

Efectividad de la Gabapentina en el manejo del dolor crónico en pacientes con parálisis cerebral distónica: una revisión sistemática

ISRAEL PATIÑO^{1,2}, RAÚL SMITH^{1,3}, SAM HERNÁNDEZ-JAÑA¹

ABSTRACT

Effectiveness of gabapentin in the management of chronic pain in patients with dystonic cerebral palsy: a systematic review

Introduction: Dystonic cerebral palsy (DCP) is characterized by abnormalities in muscle tone and involuntary contractions, which lead to significant chronic pain. Gabapentin, a neuromodulatory agent, has shown benefits in pain management in pediatric populations; however, its effectiveness in DCP still requires systematic evaluation. **Materials or Patients and Methods:** A systematic review was conducted following PRISMA guidelines, including all articles from MEDLINE, LILACS, CINAHL, ScienceDirect, Cochrane, and Web of Science databases up to September 2024. Studies were included if they involved patients diagnosed with DCP who experienced pain, used gabapentin, and assessed pain reduction, according to the PICOS model. Risk of bias was assessed using adapted JBI and ROBINS-I tools. **Results:** Of 167 studies identified, three met the inclusion criteria: one pilot study, one retrospective observational study, and one pre-post intervention study. The studies reported pain reduction with gabapentin doses of at least 30 mg/kg/day, using assessment tools such as the Pediatric Pain Profile (PPP) and the International Classification of Functioning (ICF-CY). However, methodological limitations were noted, including the predominant use of subjective measures and lack of standardization in assessment tools. **Conclusion:** Despite the limited number of studies, the findings suggest a potential role for gabapentin in the management of pain in patients with DCP. Nevertheless, current evidence is constrained by methodological limitations and risk of bias, highlighting the need for controlled clinical trials and more objective assessment tools to strengthen the evidence and optimize clinical application.

Keywords: Gabapentin, Dystonic cerebral palsy, Chronic pain, Systematic review, Pediatric population.

¹Dirección Médica Nacional, Instituto Teletón. Chile.

²Unidad de Fisiatría, Subdirección Médica de Santiago, Instituto Teletón. Santiago, Chile.

³Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile.

Recibido: 16-03-2026

Revisado: 27-04-2026

Aceptado: 29-04-2026

Publicado: 09-06-2026

Correspondencia:

Israel Patiño

israel.patino@teleton.cl

RESUMEN

Introducción: La parálisis cerebral distónica (PCD) se caracteriza por alteraciones del tono muscular y contracciones involuntarias, las cuales generan dolor crónico significativo. La gabapentina, un neuromodulador, ha mostrado beneficios en el manejo del dolor en poblaciones pediátricas, pero su efectividad en PCD aún requiere una evaluación sistemática. **Material o Pacientes y Métodos:** Se realizó una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA, que incluyó todos los artículos de las bases de datos de MEDLINE, LILACS, CINAHL, ScienceDirect, Cochrane y Web of Science hasta septiembre de 2024. Se incluyeron estudios en pacientes con diagnóstico de PCD que presentaban dolor, en los que se utilizó gabapentina y que evaluaran la reducción del dolor, según el modelo PICOS. El riesgo de sesgo se evaluó con herramientas adaptadas de JBI y ROBINS-I. **Resultados:** De 167 estudios identificados, tres cumplieron con los criterios de inclusión, un estudio piloto, un estudio observacional retrospectivo y un estudio pre-post intervención. Los estudios muestran reducción del dolor con dosis de gabapentina de al menos 30 mg/kg/día, utilizando herramientas como el Pediatric Pain Profile (PPP) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF-CY). Sin embargo, se observaron limitaciones metodológicas, como el uso predominante de medidas subjetivas y la falta de estandarización en las herramientas de evaluación. **Conclusión:** A pesar de los pocos estudios, estos resultados parecieran indicar un potencial uso de la gabapentina en el manejo del dolor en pacientes con PCD. No obstante, la evidencia actual está limitada por factores metodológicos y de sesgo, destacando la necesidad de ensayos clínicos controlados y herramientas de evaluación más objetivas para fortalecer la evidencia y optimizar su aplicación clínica.

Palabras clave: Gabapentina, Parálisis cerebral distónica, Dolor crónico, Revisión sistemática, Población pediátrica.

Introducción

La parálisis cerebral (PC) se refiere a un grupo de trastornos neurológicos causados por lesiones en el cerebro en desarrollo. Estos trastornos son permanentes y no progresivos, afectando el movimiento y la postura, lo que resulta en limitaciones en la actividad y la función. La tasa de incidencia de PC es de 2 a 3 casos por cada 1.000 nacimientos¹. Además, es una condición heterogénea en relación a su etiología, tipo motor y gravedad; al respecto, se describen distintos tipos de clasificaciones desde la perspectiva de la afectación motora, dividiéndola en formas espástica, discinética y atáxica. La forma discinética se subdivide

en distónica y coreoatetósica, representando el 7% de todas las formas de PC².

En el caso de la parálisis cerebral distónica (PCD), esta se caracteriza por la presencia de contracciones musculares involuntarias, sostenidas o intermitentes, las cuales causan movimientos o posturas anormales³. Estas manifestaciones, además de afectar a la calidad del movimiento, interfieren con la funcionalidad y se asocian con dolor crónico significativo, el cual puede ser originado por la presencia de espasmos musculares, deformidades articulares y posturas anormales sostenidas^{4,5}. En este sentido, la presencia de dolor en la PC tiene una prevalencia variable, que oscila entre el 14% y el 76%, reportándose que el

31% presenta dolor crónico, y de estos, el 85% tiene PCD⁶. De este modo, el dolor tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con parálisis cerebral, generando alteraciones funcionales, psicológicas y en la independencia de los pacientes⁷.

En este sentido, el manejo del dolor en la PCD es particularmente desafiante debido a los mecanismos multifactoriales subyacentes, los cuales incluyen interacciones complejas entre la distonía, la espasticidad, el posicionamiento y el dolor musculoesquelético⁸. Existen varias opciones de manejo para el dolor en PC asociado a las alteraciones del tono, entre las cuales están la toxina botulínica, el baclofeno y la gabapentina⁹. Los fármacos neuromoduladores son una herramienta importante en el manejo del dolor. La gabapentina, un medicamento que inicialmente se clasificó como antiepiléptico, pero que hoy se cataloga como analgésico según la 51.^a reunión del *WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology*¹⁰, ha tenido un uso amplio en diferentes contextos y condiciones clínicas¹¹. La *International Association for the Study of Pain* ha sugerido el uso de este fármaco como una terapia de primera línea para el dolor neuropático en adultos¹². Así mismo, su uso también ha sido considerado en la población pediátrica^{6,13}, en la cual se ha descrito una eficacia variable, no obstante, se han reportado perfiles de seguridad favorables para su utilización en este grupo etario¹⁴.

Si bien la gabapentina es considerado de precio bajo a moderado en comparación a otros fármacos para el dolor¹², y se incluye en las recomendaciones para el tratamiento de primera línea para el dolor neuropático en Australia, Canadá y Reino Unido¹⁵, la evidencia actual sobre su efectividad en el manejo del dolor en la PCD no ha sido suficientemente explorada¹⁴. En este contexto, la presente revisión sistemática tiene como objetivo determinar la efectividad de la gabapentina en la reducción del dolor en la PCD. Con esto, se pretende sintetizar la evidencia disponible sobre el uso de gabapentina en esta población, evaluar su impacto clínico en términos de reducción del dolor, e identificar vacíos en el conocimiento para orientar futuras investigaciones.

Material o Pacientes y Métodos

Registro

Esta revisión sistemática fue registrada en la base de datos internacional de Revisiones Sistemáticas PROSPERO, donde se publicó el protocolo correspondiente y se asignó la identificación: CRD42024595014.

Criterios de elegibilidad

Los artículos incluidos en esta revisión cumplieron con los criterios de inclusión definidos por el modelo PICOS; población: pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral distónica que experimentaban dolor; intervención: uso de gabapentina como parte del manejo terapéutico; comparadores: sin restricciones; resultados: reducción del dolor; y diseño del estudio: aquellos que cumplieran los criterios previamente descritos.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La revisión se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando las bases de datos: MEDLINE (vía PubMed), LILACS, CINAHL, ScienceDirect, Cochrane y Web of Science. El período de búsqueda abarcó hasta septiembre de 2024, sin restricciones en la fecha de inicio. La estrategia combinó las palabras clave: “dystonic”, “cerebral palsy”, “pain” y “gabapentin”. No se aplicaron filtros relacionados con el idioma, o las fechas de publicación; en cuanto al tipo de estudio, se consideraron diseños retrospectivos y prospectivos con el fin de maximizar la inclusión de estudios relevantes.

Selección de los Artículos y Extracción de Datos

Inicialmente, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos seleccionadas utilizando la combinación de pa-

labras clave previamente descritas. Los artículos identificados se importaron a la herramienta de gestión de referencias Zotero, y luego se exportaron a la plataforma web para revisiones sistemáticas Rayyan¹⁶, donde se procedió con la eliminación de duplicados y la revisión de títulos y resúmenes de forma independiente por dos investigadores principales (IP, SH-J), utilizando la función de revisión a ciegas para evitar sesgos. En caso de discrepancias, un tercer revisor tomó la decisión final (RS). Los artículos seleccionados fueron evaluados en su texto completo para confirmar que cumplían con los criterios de inclusión. Finalmente, se extrajeron los siguientes datos de los estudios incluidos: autor, año de publicación, número de participantes, edad, sexo, intervención realizada, duración del estudio, instrumentos de medición y resultados principales.

Evaluación de riesgo de sesgo

Para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios retrospectivos, utilizamos la 'JBI Critical Appraisal Checklist for Case-Control Studies'¹⁷. Esta herramienta fue diseñada originalmente para estudios retrospectivos de casos y controles, por lo que se adaptó para los estudios de esta revisión. No consideramos los dominios 1, 2 y 3, ya que los estudios incluidos no involucraron grupos de control. Para el estudio piloto, utilizamos 'The Risk of Bias in Non-Randomized Studies of Interventions (ROBINS-I)'¹⁸.

Método de síntesis

Considerando la cantidad de estudios y el diseño de estos, solo se incluyó una síntesis cualitativa de los resultados.

Resultados

Selección de estudio

Una vez concluida la búsqueda en las bases de datos, se obtuvieron un total de 167 artículos, tal y como se muestra en la Figura 1. Sin embargo, luego de aplicar los criterios

de inclusión y exclusión, solo 3 estudios cumplieron los criterios establecidos para su revisión completa.

Características de los estudios

Se incluyeron tres estudios en esta revisión, dos con diseño retrospectivo¹⁹ y un estudio piloto²⁰. La edad media más alta entre los grupos se encontró en el estudio de Alghamdi & Lysecki (14,3 años)¹⁹, mientras que en los otros dos estudios rondaba los 10 años^{20,21}. Asimismo, el estudio de Liow et al., fue el que alcanzó el mayor tamaño muestral²¹, superando ampliamente las otras dos investigaciones. En la Tabla 1 se muestran las principales características demográficas y clínicas de los participantes.

Riesgo de sesgo

Los estudios retrospectivos fueron evaluados con un riesgo de sesgo alto^{19,21}, principalmente debido a problemas relacionados con las variables de confusión (Tabla 2). Del mismo modo, el estudio piloto también fue calificado con un riesgo de sesgo serio²⁰, el cual se debió a problemas relacionados con el cegamiento (Tabla 3).

Resultados de los estudios individuales

En esta revisión, se observaron diferencias en los criterios de inclusión de los estudios analizados. Dos de ellos seleccionaron pacientes con dolor crónico como criterio principal^{19,20}, mientras que el tercero incluyó genéricamente a pacientes con diagnóstico de distonía²¹. En cuanto a las dosis de gabapentina empleadas durante las intervenciones, todos los estudios utilizaron dosis promedio superiores a 30 mg/kg/día, con un rango de dosificación entre 23 y 57 mg/kg/día dependiendo del protocolo.

Con respecto a las herramientas de medición utilizadas, dos estudios emplearon la Pediatric Pain Profile (PPP)^{19,20}, mientras que el tercero midió el dolor generalizado utilizando una dimensión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud versión para niños y jóvenes (CIF-CY)²¹.

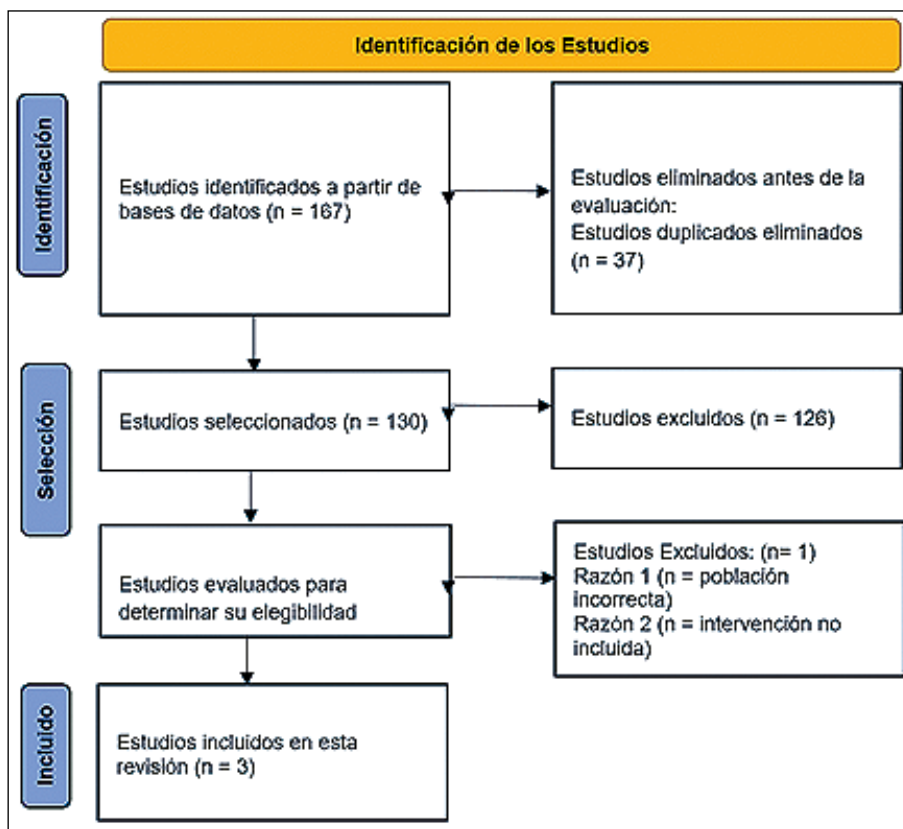


Figura 1. Diagrama de flujo.

Tabla 1. Principales características clínicas y demográficas de los participantes

Estudio	País	Diseño de estudio	Participantes (n)	Edad (años)	Mujer/Hombre	Período/Intervalo	Diagnóstico
Alghamdi & Lysecki	Canadá	Estudio retrospectivo	11	Media: 14,3 Rango: 7-22	Masculino: 7 Femenino: 4	2015-2017	Parálisis cerebral GMFCS V y dolor
Harvey, et al	Australia	Estudio piloto	13	Media: 10,4 DE: 2.4	Masculino: 4 Femenino: 9	2016-2018	Parálisis cerebral, cualquier GMFCS y dolor
Liow, et al	Reino Unido	Estudio retrospectivo	82	Media: 10,2 DE: 4.37		2009-2014	Parálisis cerebral, cualquier GMFCS y dolor

DE: desviación estándar; GMFCS: Gross Motor Function Classification System.

Los resultados de los estudios individuales mostraron una reducción en el dolor tras la administración de gabapentina. En el estudio de Alghamdi & Lysecki, se reportó una mejoría del dolor en el 100% de los pacientes, mientras que los comportamientos relacionados con el

dolor y la distonía mejoraron en un 66,7%¹⁹. El estudio de Harvey, et al., evidenció mejoras significativas en el dolor, el confort y los comportamientos relacionados con el dolor a las 12 semanas de seguimiento, utilizando múltiples herramientas de evaluación como la

Tabla 2. JBI Critical appraisal checklist para estudios de casos y controles

Study	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Overall risk of bias
Alghamdi & Lysecki (2022)	+	+	-	-	+	+	+	-
Liow et al (2016)	!	!	-	-	+	+	+	-

- +** "Sí" para dominios / Bajo riesgo para el riesgo global de sesgo.
- !** "Incierto" para dominios / Moderado para el riesgo general de sesgo.
- "No" para dominios / Alto riesgo para el riesgo general de sesgo.

D4: ¿Se midió la exposición de una manera estandarizada, válida y confiable?; D5: ¿Se midió la exposición de la misma manera para casos y controles?; D6: ¿Se identificaron factores de confusión?; D7: ¿Se establecieron estrategias para abordar los factores de confusión?; D8: ¿Se evaluaron los resultados de manera estandarizada, válida y confiable para casos y controles?; D9: ¿Fue el periodo de exposición lo suficientemente largo como para ser significativo?; D10: ¿Se utilizó un análisis estadístico adecuado?

Tabla 3. Risk of Bias in Non-Randomized Studies of Interventions (ROBINS-I)

Estudio	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Overall risk of bias
Harvey et al., (2021)	Serious	Low	Low	Serious	Low	Low	N/I	Serious

D1: Dominio de confusión; D2: Dominio de selección de participantes; D3: Dominio de clasificación de intervenciones; D4: Dominio de desviaciones de la intervención prevista; D5: Dominio de datos perdidos; D6: Dominio de medición de resultados; D7: Dominio de selección de resultados reportados.

Faces Pain Scale-Revised, el PPP, y la escala de objetivos relacionados con el dolor²⁰. Por último, en el estudio de Liow, et al., se observó una disminución significativa del dolor generalizado en el grupo de intervención en comparación con el grupo control²¹ (Tabla 4).

Eventos adversos

Solamente el estudio de Harvey et al., declaró efectos adversos, los cuales fueron principalmente leves o moderados, siendo los más frecuentes los síntomas gastrointestinales, somnolencia, fatiga, debilidad general y cambios conductuales. Se reportaron dos eventos adversos graves: una convulsión no relacionada con el fármaco y alteraciones conductuales posiblemente asociadas a su uso. Un participante abandonó el estudio por efectos secundarios, y la aparición de estos eventos limitó el alcance de dosis más altas en varios pacientes²⁰.

Discusión

Esta revisión sistemática tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la gabapentina en la reducción del dolor en pacientes con PCD. Analizamos tres estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y que, dado los resultados asociados a la reducción del dolor, podrían indicar un uso potencial del fármaco en esta población para el manejo del dolor.

Los artículos revisados se basan en reportes subjetivos de dolor percibido y en observaciones conductuales reportadas por los cuidadores sobre cambios en comportamientos asociados al dolor y la distonía. Y si bien, herramientas como la escala PPP, utilizada en dos de los tres estudios analizados han demostrado ser útiles para identificar y monitorear el dolor en niños con discapacidades neurológicas severas²², la heterogeneidad de las escalas utilizadas limita la reproducibilidad y la validez externa de los hallazgos. Esto plantea la necesidad de adoptar

Tabla 4. Principales resultados de la intervención

Estudio	Criterios de inclusión	Régimen de intervención	Medición	Resultados
Alghamdi & Lysecki	Sin límite de edad, uso de gabapentina en comportamiento relacionados con el dolor	32 mg/kg/d (rango 23-57 mg/kg/d)	Pediatric Pain Profile	Mejora el dolor en 100%. Mejora los comportamientos relacionados con el dolor y la distonía en 66,7%
Harvey, et al	Dolor crónico que afecta las actividades de la vida diaria	30-50 mg/kg/d	Pediatric Pain Profile Faces Pain Scale-Revised Pain related goal BADS	A las 12 semanas, el dolor, la comodidad y el comportamiento relacionado con el dolor mejoraron
Liow, et al	Diagnóstico de distonía	54 mg/kg/d	ICF-CY Grade (dolor generalizado)	Disminución del dolor generalizado en el grupo de intervención respecto al control

BADS: Barry-Albright Dystonia Scale; ICF-CY: International Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth.

medidas más objetivas²³, las que deberían ser validadas y adaptadas a las características de esta población con limitaciones funcionales, cognitivas y de comunicación²⁴, en la cual el dolor tiene una alta prevalencia y está condicionado por comorbilidades médicas complejas. Este enfoque debe incluir aspectos como la localización, frecuencia, intensidad y su impacto en el bienestar emocional y la calidad de vida^{6,25}.

Actualmente, las mejores opciones en el manejo del dolor neuropático en niños son los gabapentinoides y la lidocaína²⁶, a pesar de que la rentabilidad de la gabapentina para el manejo del dolor crónico en estudios realizados con adultos es superada por otros fármacos neuromoduladores^{27,28}. En el manejo del dolor crónico, irritabilidad y alteraciones del tono, la dosis de gabapentina varía desde 2,5 mg/kg/dosis en neonatos, hasta 50 mg/kg/día en infantes y adolescentes^{29,30}. En esta revisión, dosis promedio superiores a 30 mg/kg/día serían adecuadas para el manejo del dolor. Si bien el estudio de Alghamdi & Lysecki, reportó una mejoría del dolor en la totalidad de los pacientes intervenidos y una disminución de los comportamientos asociados al dolor y la distonía en dos tercios de la muestra¹⁹, estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido a limitaciones metodológicas relevantes.

Entre ellas destacan su diseño retrospectivo, el bajo tamaño muestral, la ausencia de un grupo comparador y la dependencia exclusiva de reportes subjetivos, lo que limita la inferencia causal y la generalización de los resultados a otras poblaciones con PCD¹⁹. De manera similar, Harvey et al., reportaron mejorías en el dolor y el confort a las 12 semanas, pero este estudio piloto presenta limitaciones importantes, como registros de datos incompletos y baja adherencia, lo que afecta su validez²⁰. Por su parte, Liow et al., evidenció una disminución significativa del dolor en el grupo de intervención en comparación con el grupo control, aunque careció de detalles clave, como los métodos específicos de registro de datos y la clasificación diagnóstica, limitando su aplicabilidad clínica²¹. Lo que podría ser concordante con un ensayo clínico realizado en cuidados paliativos pediátricos que señala que la gabapentina reduce la intensidad del dolor en un 76%, lo cual destaca su utilidad en escenarios clínicos complejos³¹.

La gabapentina presenta, en general, un perfil de seguridad favorable en población pediátrica, con efectos secundarios mayoritariamente leves y transitorios. No obstante, los hallazgos de esta revisión, particularmente los reportados en el estudio piloto de Harvey et al., evidencian que una proporción rele-

vante de los pacientes experimentó eventos adversos, principalmente somnolencia, fatiga, debilidad general, síntomas gastrointestinales y cambios conductuales. Aunque la mayoría de estos eventos fueron de intensidad leve a moderada y se resolvieron espontáneamente, su aparición condicionó ajustes de dosis y limitó el alcance de dosis terapéuticas más altas en varios participantes. Esto subraya la necesidad de un monitoreo clínico estrecho y de protocolos de titulación progresiva, especialmente en niños con PCD, quienes podrían presentar mayor sensibilidad a los efectos sedantes del fármaco. En un estudio realizado en el Hospital de Boston, se respalda la tolerancia con dosis de hasta 50 mg/kg/día²³. No obstante, la mayoría de los hallazgos actuales provienen de estudios observacionales, lo que limita la determinación de causalidad³². Por otro lado, algunos fármacos comúnmente utilizados en la población adulta, como los opioides, no están autorizados para su uso en niños, y en el caso de los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, tienen perfiles de seguridad que requieren precaución debido a sus efectos secundarios potenciales como la ideación suicida y los efectos anticolinérgicos²⁶.

Fortalezas y limitaciones

Esta revisión posee aspectos que deben ser destacados. El desarrollo de la investigación siguió un procedimiento sistemático de búsqueda y selección de artículos, permitiendo identificar evidencia relevante que no fue excluida por fecha o idioma, lo cual garantiza una consideración amplia de artículos que podrían haber sido incluidos según los criterios establecidos. En este sentido, y a pesar del número limitado de estudios incluidos, los resultados sugieren una disminución del dolor relativamente consistente asociada al uso de gabapentina en pacientes con PCD, observada en distintos contextos clínicos y mediante diversas herramientas de evaluación. Esta consistencia, aunque preliminar, es relevante considerando la escasez de opciones farmacológicas específicamente evaluadas para el

manejo del dolor en esta población. No obstante, la evidencia disponible es insuficiente para establecer recomendaciones clínicas robustas, dado que los estudios incluidos carecen de diseños experimentales controlados, presentan tamaños muestrales reducidos y utilizan escalas heterogéneas, predominantemente subjetivas.

En consecuencia, futuras investigaciones deberían enfocarse en el desarrollo de ensayos clínicos controlados y aleatorizados que incluyan criterios diagnósticos claramente definidos de PCD, estrategias de titulación estandarizadas, comparadores activos o placebo, y herramientas de evaluación del dolor validadas y adaptadas a las limitaciones cognitivas y comunicativas de esta población. Asimismo, resulta prioritario incorporar desenlaces clínicamente relevantes, como calidad de vida, impacto funcional y carga del cuidador, junto con un registro sistemático de eventos adversos, con el fin de establecer de manera más precisa la relación beneficio-riesgo del uso de gabapentina en este contexto.

Conclusión

Esta revisión sistemática pone de relieve el potencial terapéutico de la gabapentina en la reducción del dolor asociado a PCD. Según los estudios incluidos, dosis promedio superiores a 30 mg/kg/día podrían representar una opción eficaz para el manejo del dolor en esta población. No obstante, la evidencia disponible presenta limitaciones metodológicas importantes que impiden calcular medidas de efecto globales o establecer recomendaciones clínicas sólidas. Por ello, se hace imprescindible avanzar hacia investigaciones más rigurosas, que incluyan ensayos clínicos controlados, metodologías estandarizadas y herramientas de evaluación objetivas, con el fin de optimizar el uso de la gabapentina y explorar adecuadamente su uso en el contexto terapéutico.

Asimismo, este trabajo subraya la necesidad de incorporar un enfoque de salud pública en el abordaje del dolor en niños con discapacidad, promoviendo el acceso equitativo a tratamientos farmacológicos seguros y eficaces. Reconocer el dolor como un problema relevante de salud

en personas con parálisis cerebral permite visibilizar la urgencia de impulsar esfuerzos de investigación más amplios. Estos esfuerzos son fundamentales para desarrollar soluciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan esta condición.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo de la Subdirección de Desarrollo Académico e Investigación, parte de la Dirección Médica Nacional de Teletón Chile y a Jorge Olivares-Arancibia por su apoyo en la investigación.

Referencias

- Smigelski GD. Cerebral palsy: Current concepts and a glimpse into the future. *JAAPA Off J Am Acad Physician Assist.* 2025;38(3):30-35. doi:10.1097/01.JAA.0000000000000178
- te Velde A, Morgan C, Novak I, Tantsis E, Badawi N. Early Diagnosis and Classification of Cerebral Palsy: An Historical Perspective and Barriers to an Early Diagnosis. *J Clin Med.* 2019;8(10):1599. doi:10.3390/jcm8101599
- Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl.* 2007;109:8-14.
- Sokal P, Rudaś M, Harat M, Szyłberg Ł, Zieliński P. Deep anterior cerebellar stimulation reduces symptoms of secondary dystonia in patients with cerebral palsy treated due to spasticity. *Clin Neurol Neurosurg.* 2015;135:62-68. doi:10.1016/j.clineuro.2015.05.017
- Blackman JA, Svensson CI, Marchand S. Pathophysiology of chronic pain in cerebral palsy: implications for pharmacological treatment and research. *Dev Med Child Neurol.* 2018;60(9):861-865. doi:10.1111/dmcn.13930
- Harvey A, Smith N, Smith M, Ostojic K, Berryman C. Chronic pain in children and young people with cerebral palsy: a narrative review of challenges, advances, and future directions. *BMC Med* 11 Junio De. 2024;22(1). doi:10.1186/s12916-024-03458-0
- Mckinnon CT, Meehan EM, Harvey AR, Antolovich GC, Morgan PE. Prevalence and characteristics of pain in children and young adults with cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2019;61(3):305-314. doi:10.1111/dmcn.14111
- Ramstad K, Jahnsen R, Skjeldal OH, Diseth TH. Characteristics of recurrent musculoskeletal pain in children with cerebral palsy aged 8 to 18 years: Musculoskeletal Pain in CP. *Dev Med Child Neurol.* 2011;53(11):1013-1018. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.04070.x
- Ostojic K, Paget SP, Morrow AM. Management of pain in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2019;61(3):315-321. doi:10.1111/dmcn.14088
- World Health Organization. 51st Meeting of the WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology: Executive Summary. World Health Organization; 2022. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/international-nonproprietary-names-\(inn\)/atc-ddd/51st_atc_ddd_executive_summary.pdf?sfvrsn=ef45dbc4_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/international-nonproprietary-names-(inn)/atc-ddd/51st_atc_ddd_executive_summary.pdf?sfvrsn=ef45dbc4_3)
- Yasaei R, Katta S, Patel P, Saadabadi A. Gabapentin. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2024. Accessed May 29, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493228/>
- Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2015;14(2):162-173. doi:10.1016/S1474-4422(14)70251-0
- Harvey A, Bear N, Rice J, Antolovich G, Waugh M. National surveillance of oral medication prescription for children with dystonic cerebral palsy. *J Paediatr Child Health.* 2021;57(8):1222-1227. doi:10.1111/jpc.15429
- Branstetter JW, Mantione J, Deangelo A, Branstetter LA. Safety and Efficacy of Gabapentin for Pain in Pediatric Patients: A Systematic Review. *Hosp Pediatr.* 2024;14(1):e57-e65. doi:10.1542/hpeds.2023-007376
- Mathieson S, Lin CWC, Underwood M, Eldabe S. Pregabalin and gabapentin for pain. *BMJ.* 2020;369. doi:10.1136/bmj.m1315
- Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4
- Moola S, Munn Z, Sears K, et al. Conducting systematic reviews of association (etiology): The Joanna Briggs Institute's approach. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):163-169. doi:10.1097/XEB.0000000000000064
- Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ.* Published online October 12, 2016:i4919. doi:10.1136/bmj.i4919
- Alghamdi K, Lysecki D. Role of gabapentin in reducing the need for high-risk medications in patients with stable severe neurological impairment. *J Taibah Univ Med*

- Sci Febrero De. 2023;18(1):170-174. doi:10.1016/j.jtumed.2022.07.006
20. Harvey A, Waugh MC, Rice J, et al. A pilot feasibility study of gabapentin for managing pain in children with dystonic cerebral palsy. *BMC Pediatr.* 2021;21(1):368. doi:10.1186/s12887-021-02847-1
 21. Liow NYK, Gimeno H, Lumsden DE, Marianczak J, Kaminska M, Tomlin S. Gabapentin can significantly improve dystonia severity and quality of life in children. *Eur J Paediatr Neurol EJPJ J Eur Paediatr Neurol Soc Enero De.* 2016;20(1):100-107. doi:10.1016/j.ejpn.2015.09.007
 22. Hunt A, Goldman A, Seers K, et al. Clinical validation of the Paediatric Pain Profile. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46(01). doi:10.1017/S0012162204000039
 23. Letzkus L, Fehlings D, Ayala L, et al. A Systematic Review of Assessments and Interventions for Chronic Pain in Young Children With or at High Risk for Cerebral Palsy. *J Child Neurol.* 2021;36(9):697-710. doi:10.1177/0883073821996916
 24. Benromano T, Pick CG, Merick J, Defrin R. Physiological and Behavioral Responses to Calibrated Noxious Stimuli Among Individuals with Cerebral Palsy and Intellectual Disability. *Pain Med.* Published online July 29, 2016;pnw155. doi:10.1093/pm/pnw155
 25. Harvey AR, McKinnon CT, Smith N, et al. Establishing consensus for the assessment of chronic pain in children and young people with cerebral palsy: a Delphi study. *Disabil Rehabil.* 2022;44(23):7161-7166. doi:10.1080/09638288.2021.1985632
 26. Einhorn LM, Hudon J, Ingelmo P. The Pharmacological Treatment of Neuropathic Pain in Children. *Curr Neuropharmacol.* 2024;22(1):38-52. doi:10.2174/1570159X21666230804110858
 27. Bellows BK, Nelson RE, Oderda GM, LaFleur J. Long-term cost-effectiveness of initiating treatment for painful diabetic neuropathy with pregabalin, duloxetine, gabapentin, or desipramine. *Pain.* 2016;157(1):203-213. doi:10.1097/j.pain.0000000000000350
 28. Athanasakis K, Petrakis I, Karampli E, Vitsou E, Lyras L, Kyriopoulos J. Pregabalin versus gabapentin in the management of peripheral neuropathic pain associated with post-herpetic neuralgia and diabetic neuropathy: a cost effectiveness analysis for the Greek healthcare setting. *BMC Neurol.* 2013;13(1):56. doi:10.1186/1471-2377-13-56
 29. Burnsed JC, Heinan K, Letzkus L, Zanelli S. Gabapentin for pain, movement disorders, and irritability in neonates and infants. *Dev Med Child Neurol.* 2020;62(3):386-389. doi:10.1111/dmcn.14324
 30. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Gabapentina. Published online Edición 2015. <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/gabapentina>
 31. Drake R, Prael G, Phyo Y, et al. Gabapentin for Pain in Pediatric Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 2024;67(3):212-222.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.11.011
 32. Nwankwo A, Koyyalagunta D, Huh B, D'Souza RS, Javed S. A comprehensive review of the typical and atypical side effects of gabapentin. *Pain Pract.* 2024;24(8):1051-1058. doi:10.1111/papr.13400