

Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Trastorno del Desarrollo Intelectual en Niños, Niñas y Adolescentes



PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELECTUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Santo Domingo

Ministerio de Salud Pública

Título original

Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Trastorno del Desarrollo Intelectual en Niños, Niñas y Adolescentes

Coordinación editorial:

Dr. Francisco Neftalí Vásquez B.

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN:

Formato gráfico y diagramación:

Enmanuel Trinidad

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



“Año de la Innovación y la Competitividad”

20-08-19

RESOLUCION NO. 00008

QUE PONE EN VIGENCIA LA CUARTA GENERACIÓN DE NUEVE (9) PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y LA TERCERA GENERACIÓN DE CUATRO (4) GUÍAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

000008

20-08-19

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana del 13 de junio de 2015.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No.42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, N0. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

000008

20-08-19

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

VISTO: La Resolución No. 000013. d/f. 19-06-018, que pone en Vigencia la Tercera Generación de Veintinueve (29) Protocolos de Atención en Salud y Una (1) Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro.

En el ejercicio de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de las siguientes guías y protocolos de atención en salud:

1. Protocolo de Atención al Neonato con Hipotiroidismo Congénito.
2. Protocolo de Atención para Reanimación Neonatal.
3. Protocolo de Atención para el Manejo de Hipertensión Arterial del Adulto en Condiciones de No Emergencia.
4. Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Trastorno del Desarrollo Intelectual en Niños, Niñas y Adolescentes.
5. Protocolo de Manejo Nutricional del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica.
6. Protocolo de Manejo Nutricional En Paciente Quemado Pediátrico Hospitalizado.
7. Protocolo del Manejo Nutricional en el Paciente Quirúrgico Adulto.
8. Protocolo de Soporte Nutricional en el Período de Embarazo y Lactancia.
9. Protocolo de Anticoncepción.
10. Guía de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva.
11. Guía De Diagnóstico Y Tratamiento De VIH/Sida Pediátrico.
12. Guía De Consejería Preconcepcional, Prenatal Y Post Evento Obstétrico En El Contexto De Las Enfermedades Transmitidas Por Picadura De Mosquitos.
13. Guía Para La Atención Integral En Salud De Personas Adolescentes En República Dominicana.

000008

20-08-19

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud , correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los VEINTE (20) días del mes de AGOSTO del año dos mil diecinueve (2019).



DR. RAFAEL AUGUSTO SÁNCHEZ CARDENAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

EQUIPO RESPONSABLE

COORDINADORA

Dra. Zuleika Morillo

EQUIPO ELABORADOR

Dra. Yosira Ortiz

Dr. Juan Samuel Lara

Lic. Melissa Fiallo

Lic. Pedro Polanco

Lic. Stephanie Suárez

EVALUADORES EXTERNOS

Lic. Cristina Amiama

Dr. César Castellanos

Sociedad Dominicana de Psiquiatría (SDP)

INTRODUCCIÓN

La discapacidad intelectual (DI) es una condición del neurodesarrollo asociada con limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, así como en el comportamiento adaptativo.

La DI presenta varias comorbilidades médicas¹. Según este mismo autor, dependiendo de la etiología varía el grado de comorbilidades neurológicas y no neurológicas, entre ellas: epilepsia, distonía espástica, ataxia, discapacidades visuales o auditivas, enfermedades cardíacas congénitas, labio leporino y paladar hendido; así como anomalías en las extremidades, como talipes equinovarus congénitos, dislocación congénita de la articulación de la cadera, malformaciones renales, falta de crecimiento con vitaminas y minerales, deficiencias en el desarrollo, infecciones recurrentes, trastornos de la alimentación y baja estatura.

Según Mardomingo (2015), esta condición afecta aproximadamente a tres de cada 100 nacidos vivos y, de estos, el 3 % precisará vigilancia y protección permanente toda la vida².

Por otro lado, Harris (2006) establece que han sido realizadas diferentes encuestas para determinar la incidencia de este diagnóstico en todo el mundo, con estimaciones que varían del 1 al 3 %, observándose una prevalencia mayor en los hombres que en las mujeres, de 4:1; y en los medios sociales desfavorecidos, de tal modo que la pobreza contribuye a una disminución de nueve puntos en el coeficiente intelectual de niños y niñas³.

En República Dominicana, el Servicio de Salud Mental para Niños, Niñas y Adolescentes del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral ha asistido a cerca de tres mil niños y niñas, de los cuales un 4.4 % ha sido diagnosticado con trastorno del desarrollo intelectual.

A lo largo de las últimas décadas se ha producido un aumento del número de sujetos que presentan discapacidad intelectual, como consecuencia de tres factores²:

1. El descenso de la natalidad y la mortalidad perinatal.
2. Una mayor longevidad en las personas que sufren discapacidad intelectual.
3. Aumento de las instituciones y los servicios dedicados a su atención.

1. OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos para la atención de niños, niñas y adolescentes con trastorno de discapacidad intelectual, mediante la identificación, el diagnóstico y la intervención psicoterapéutica y farmacológica.

2. EVIDENCIAS: REFERENCIAS DE OTRAS GUÍAS TOMADAS COMO BASE

- Colombia Salud, Guía de Manejo para Retraso Mental. CIE-10. Bogotá, Colombia. Mayo, 2014.
- Discapacidad Intelectual y Salud Mental: Trabajo en Red. Guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento. Sevilla, España, 2016.
- Kishore, M. T., Udipi, G. A., & Seshadri, S. P. (2019). Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of intellectual disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 2), 194–210. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_507_18
- Organización Mundial de la Salud OMS. Guía de intervención de los mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 2011.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Este protocolo va dirigido a todo personal de salud: médicos generales y familiares, internistas, pediatras, pediatras emergenciólogos, neuropediatras, neuropsicólogos, psiquiatras y psiquiatras de niños, niñas y adolescentes; así como psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, especialistas en estimulación temprana y pedagogos.

4. POBLACIÓN DIANA

Niños, niñas y adolescentes que cumplan con los criterios diagnósticos de trastorno de discapacidad intelectual, según el Sistema de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10/CIE-11).

Nota aclaratoria: la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11) entra en vigencia a partir del 01 de enero de 2022. Los organismos reguladores han permitido la utilización de esta última versión debido a los cambios significativos en la sección de salud mental.

5. DEFINICIÓN

La Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) cita a Luckasson y otros (2011)⁴ para definir la discapacidad intelectual como “un trastorno del desarrollo neurológico que se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento cognitivo como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”.

6. CLASIFICACIÓN

Para el diagnóstico, será utilizado el CIE 11 (OMS, 2022)⁵, atendiendo a los mismos criterios de los adultos, con especial atención a las variables propias del desarrollo cognitivo y social de niños, niñas y adolescentes.

7. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del trastorno del desarrollo intelectual (TDI), es de vital importancia realizar una historia clínica detallada, además de explorar las características de la familia y del medio sociocultural en que vive, con el fin de hacer un informe completo de las necesidades del niño. Son importantes no solo las dificultades del menor, sino también las habilidades, pues de este modo podrá ser elaborado un plan de tratamiento de carácter personal y, por tanto, mucho más eficaz.

Atendiendo a esto, los especialistas en salud mental y en educación deberán utilizar los instrumentos de medición descritos en la tabla 1., los cuales cumplen con los criterios internacionales para diagnosticar un posible trastorno del desarrollo intelectual.

Luckason y otros (2008): anteriormente, las puntuaciones de coeficiente intelectual (CI) a la hora de realizar el diagnóstico de discapacidad intelectual se han visto acompañadas por el desarrollo cada vez mayor de otra serie de dimensiones a tener en cuenta de cara a la evaluación que reflejan el carácter social de la misma. Este es el caso de la dimensión “conducta adaptativa”, actualmente definida como “el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria”⁴.

Tabla 1.
Instrumentos para la evaluación del trastorno del desarrollo intelectual (TDI)

Edad de aplicación	Constructo teórico	Instrumentos
Infancia y adolescencia	Cognitiva	BSID. Escalas de Bayley de desarrollo infantil. WIPPSI. Escala de Inteligencia para preescolar y primaria. WISC-V. Escala de Inteligencia de Weschler para niños. RIAS. Escala de Inteligencia de Reynolds.
	Conducta adaptativa	ABAS- II Sistema de evaluación de la conducta adaptativa. BASC – 2 Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes.
Edad adulta	Cognitiva	WAIS- III. Escala de Inteligencia de Weschler para adultos. RIAS. Escala de Inteligencia de Reynolds
	Conducta adaptativa	ABAS- II Sistema de evaluación de la conducta adaptativa.

Para la comprensión de la severidad de la condición, el CIE-11 establece la siguiente clasificación diagnóstica:

- **Trastorno del desarrollo intelectual. Leve 6A00.0**

Caracterizado por niveles intelectuales muy por debajo del promedio; así como por un funcionamiento y un comportamiento adaptativo ubicados dos o tres estándares de desviación por debajo de la media (aproximadamente, entre 0.1 y 2.3 percentiles).

- **Trastorno del desarrollo intelectual. Moderado 6A00.1**
Caracterizado por niveles intelectuales muy por debajo del promedio; además de un funcionamiento y un comportamiento adaptativo de tres a cuatro estándares de desviación por debajo de la media (aproximadamente, entre 0.003 y 0.1 percentiles).
- **Trastorno del desarrollo intelectual. Severo 6A00.2**
Caracterizado por un nivel intelectual muy por debajo del promedio; además de un funcionamiento y un comportamiento adaptativo de cuatro o más estándares de desviación por debajo de la media (aproximadamente, menor que el percentil 0.003).
- **Trastorno del desarrollo intelectual. Profundo 6A00.3**
Caracterizado por un nivel intelectual muy por debajo del promedio; además de un funcionamiento y un comportamiento adaptativo de aproximadamente cuatro o más estándares de desviación por debajo de la media (menor que el percentil 0.003).
- **Trastorno del desarrollo intelectual. Provisional 6A00.4**
Esta clasificación es asignada cuando hay evidencia de un trastorno del desarrollo intelectual; pero el individuo es un infante o niño menor de cuatro años, o no es posible realizar una evaluación válida de funcionamiento y comportamiento adaptativo debido a deficiencias sensoriales o físicas.
- **Trastorno del desarrollo intelectual. No especificado 6A00.Z**
No cumple con ninguno de los criterios descritos anteriormente para ser considerado dentro de los diagnósticos definidos.

7.1 Historia clínica

7.1.1 Anamnesis

- a. Historia clínica completa con especial atención al embarazo de la madre, infecciones durante el embarazo y trabajo de parto.
- b. Antecedentes heredofamiliares de discapacidad intelectual, consanguineidad entre los padres y enfermedades hereditarias conocidas.
- c. Evaluar la presencia de signos y síntomas de otras enfermedades neurológicas y del neurodesarrollo.
- d. Explorar la historia general del desarrollo.

7.1.2 Signos y síntomas

- A. **Deficiencias de funciones intelectuales** como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia. Tales irregularidades deben ser confirmadas mediante evaluación clínica y pruebas estandarizadas de inteligencia individual.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que provocan el fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en el hogar, la escuela, el trabajo, la comunidad y otros escenarios.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo.

7.1.3 Examen físico

Al momento del examen físico, el profesional de la salud debe asegurarse de que la evaluación general pediátrica esté completa y haya sido descartada la presencia de otras patologías, sobre todo de origen genético, debido a la elevada incidencia de trastornos hereditarios que cursan con discapacidad intelectual y otros retrasos del neurodesarrollo (ver anexo 1).

7.2 Análisis de laboratorio, exámenes complementarios y de imágenes

7.2.1 **Análisis de laboratorio:** hemograma, urea, creatinina, TGO, TGP, T3, T4, TSH, orina, glicemia y niveles de plomo.

Estudios cromosómicos: ante la sospecha de síndromes genéticos coexistentes.

Si se indaga sobre errores innatos del metabolismo realizar, además: amonio, sodio, potasio, cloro, ácido láctico y pirúvico, acetato y betahidroxibutirato.

7.2.2 Exámenes complementarios

- Electroencefalograma (EEG), ante la sospecha de un trastorno comicial, por la alta incidencia de epilepsia en pacientes con discapacidad intelectual (ver anexo).
- La capacidad auditiva debe ser evaluada siempre, mediante la realización de potenciales evocados y/o audiometría.
- Los estudios de neuroimagen están indicados en los casos donde exista microcefalia, macrocefalia, pérdida de las capacidades adquiridas previamente o signos neurológicos como distonía, espasticidad o reflejos alterados.

8. CRITERIOS DE INGRESO

Ingreso: agitación psicomotriz, heteroagresividad, ideación o intento suicida y homicida.

Egreso: atenuación de los criterios de ingreso.

9. TRATAMIENTO:

Las intervenciones en niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual se basan en la evaluación de sus necesidades sociales, educativas, psiquiátricas y ambientales. La discapacidad intelectual se asocia a un amplio espectro de trastornos psiquiátricos comórbidos que suelen precisar un tratamiento específico (ver anexo 3: “Entidades psiquiátricas asociadas”).

Si el retraso es leve, el niño puede seguir la escolaridad normal con clases de refuerzo; si es moderado y con buena adaptación, las aulas de integración que también permitan compartir actividades diarias con el resto de los niños son una respuesta adecuada; pero si el retraso es grave, precisará de una escuela de educación especial.

9.1 Intervenciones psicoterapéuticas

9.1.1 Estimulación temprana: aprovechar los primeros seis años de vida porque son una etapa clave en el desarrollo del lenguaje y es muy difícil recuperar las habilidades orales obtenidas durante dicho lapso. Por tanto, todos los niños y niñas deben tener acceso a programas de estimulación temprana a cargo de personal cualificado: especialistas en el área, pedagogos y psicólogos.

9.1.2 Terapia psicopedagógica: trabaja directamente sobre los trastornos que involucran el área cognitiva: procesos de atención, memoria, sensopercepción y, en especial, la estructura del pensamiento, fundamental para el proceso del aprendizaje y vital para el desarrollo integral de niños y niñas.

9.1.3 Terapia de la conducta y terapia cognitivo-conductual: son las más usadas, de modo particular si existen problemas de comportamiento. Permiten que el niño adquiera habilidades y modos de respuesta que le ayuden con su adaptación. La terapia cognitivo-conductual se recomienda cuando los menores con discapacidad presentan sentimientos de incompetencia y expectativas de logro negativas.

9.2 Tratamiento farmacológico

Evaluación de las necesidades farmacoterapéuticas para:

- Ayuda diagnóstica
- Procedimientos complementarios
- Mantenimiento por presencia de síntomas invalidantes de la capacidad adaptativa (hipercinesia, problemas atencionales) y el afrontamiento de la cotidianidad. Debe ser realizado por el equipo interdisciplinario neurólogo y el psiquiatra infantil.

9.3 Comorbilidades

A continuación, se abordará el tratamiento de algunos de los trastornos psiquiátricos comórbidos con discapacidad intelectual:

9.3.1 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad:

El tratamiento de los niños con discapacidad intelectual y trastorno con déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es eficaz en un alto porcentaje de los casos. Es indicada la administración de metilfenidato de acción corta —refiriéndose a la vida media del producto en el torrente sanguíneo— con un inicio a dosis bajas: de 2.5 a 5 mg, tomando en consideración el peso y talla del paciente. Por la disforia que pueden presentar, a los pacientes con TDAH sin comorbilidad debe indicárseles dosis más bajas que al resto de esta población (ver tabla 4).

9.3.2 Depresión mayor: los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son los fármacos de elección para el tratamiento de la depresión (sertralina, fluoxetina, escitalopram). Ver anexo 4.

9.3.3 Trastorno bipolar: existen pocos estudios sobre el uso de fármacos en esta población. El litio fue uno de los primeros fármacos en usarse con buen resultado y los anticomociales son otra opción terapéutica. Los antipsicóticos aprobados para el trastorno bipolar en niños por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) son la risperidona y el aripiprazol. Igualmente, han demostrado eficacia la quetiapina y la olanzapina (la edad requerida se encuentra en el anexo 4).

9.3.4 Trastornos de ansiedad: la primera opción terapéutica son los ISRS, seguidos de las benzodiacepinas del tipo clonazepam.

9.3.5. Trastornos de conducta: los fármacos de elección para niños con discapacidad intelectual y problemas serios de conducta, como agresiones y destrucción de objetos, son los antipsicóticos atípicos, con la risperidona en primer lugar³. En caso de eventos psicóticos, serán utilizados los algoritmos farmacológicos que permitan la remisión del cuadro. Para dosis de psicofármacos, ver anexo 4.

10. INFORMACIÓN PARA PADRES Y TUTORES

Independientemente del rango de severidad, es muy importante explicar en cada caso a los adultos encargados de estos niños, niñas y adolescentes todo lo necesario acerca de la discapacidad intelectual detectada, trabajar en la aceptación del diagnóstico y prepararlos para luchar por un mejor pronóstico.

Los padres o tutores deberán colaborar e involucrarse en el tratamiento siguiendo el encuadre terapéutico sugerido por los profesionales de la salud a cargo, el cual incluirá las intervenciones anteriormente descritas, según la edad y las necesidades particulares de cada menor, así como las medidas pedagógicas y educativas correspondientes.

11. INDICADORES

Para el seguimiento a la implementación del protocolo clínico se debe recolectar información relacionada a los siguientes indicadores.

Proceso de atención	Indicador
Diagnóstico	Número de pacientes diagnosticados con aplicación del Instrumentos para la evaluación del trastorno del desarrollo intelectual (TDI) según edad.
Tratamiento	Número de pacientes con discapacidad intelectual asociadas a entidades psiquiátricas, a los cuales se les aplicó un tratamiento según protocolo.

12. IMPLEMENTACIÓN

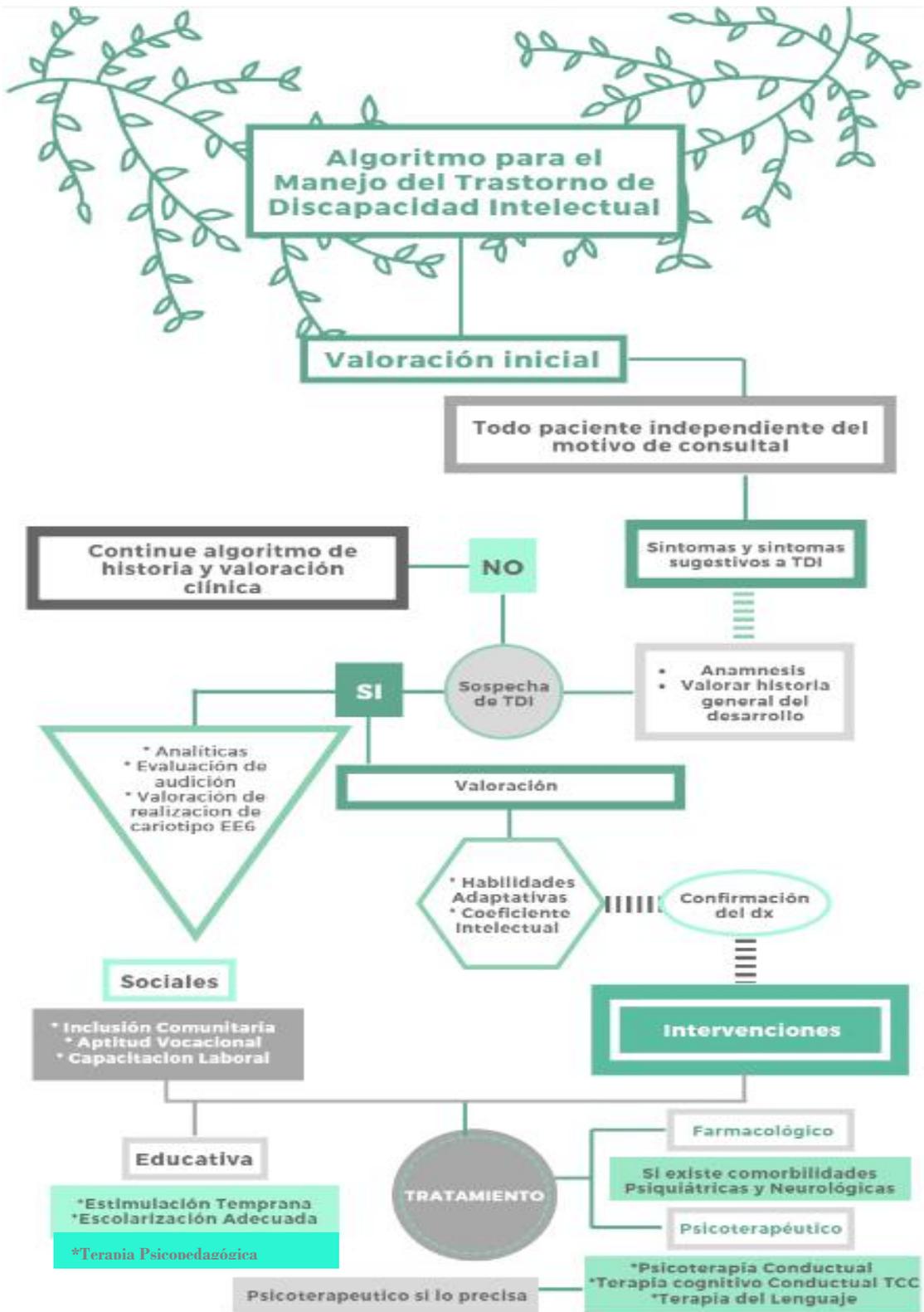
La institución prestadora de servicios de salud según sus condiciones particulares, el tipo y las características de los protocolos a implementar, define las estrategias de implementación que usará para establecer su respectivo plan. Esto permitirá definir más claramente la contribución del proceso al impacto en la gestión de la organización.

El plan de implementación es el conjunto de directrices que deben seguirse para llevar a la práctica y diseminar adecuadamente la guía dentro de cada institución prestadora de servicios de salud. Así mismo el plan de implementación debe identificar acciones y responsables en cada etapa del proceso.

Elementos sugeridos para la implementación

1. Conformar un equipo responsable de impulsar la implementación compuesto por los profesionales de dicha especialidad.
2. Disponibilidad y acceso: Consiste en garantizar la disponibilidad y acceso de los protocolos en todo momento y todo lugar donde se haya definido que se van a utilizar, como los consultorios.
3. Sesiones formativas: Dirigida a crear espacios en que los usuarios de los protocolos puedan revisar sus conocimientos y actitudes acerca del tema tratado en cada uno de los protocolos, con respecto a los conocimientos y actitudes de sus colegas y el contenido de los mismos.
4. Identifique las barreras y facilitadores de la implementación de las recomendaciones seleccionadas
5. Auditoría y retroalimentación: Se basa en la verificación de resultados
6. Recordatorios: Consiste en disponer diferentes actividades y medios que les recuerden a los usuarios permanentemente que existe un proceso de protocolización institucional, que se deben usar los protocolos y algunos contenidos de los protocolos.
7. Incentivos: Consiste en realizar actividades que motiven la aceptación y práctica de las acciones incluidas en los protocolos, disponiendo reconocimientos de diferente clase para los usuarios en proporción directa a los protocolos.
8. Realice un seguimiento a la adopción de las recomendaciones a través de los indicadores propuestos en el protocolo o pueden desarrollarse unos indicadores específicos.

13. ALGORITMO O FLUJOGRAMA



14. BIBLIOGRAFÍA

1. Guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o comportamiento. Primera ed. Sevilla, 2016.
2. Ke X LJ. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP JM R, editor. Ginebra, 2017.
3. Informe Mundial sobre discapacidad. Clasificación que proporciona un lenguaje uniforme y estandar y un contexto para describir la salud y los estados conexos. Informe. Organización Mundial de la Salud (OMS).
4. Guía de manejo para retraso mental CIE-10. Bogotá, 2014.
5. Kishore MT,UGASSP. Clinical Practice Guidelines for Assesment and Management of intellectual disability Indian: Indian Journal of Psychiatry. 2019.
6. Clasificación estadística internacional de enfermedades y relacionados a problemas de la salud. undecima edicion ed.: Organización Mundial de la Salud. 2022.
7. Guía de intervención de los mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada: Organización Mundial de la Salud (OMS). 2011.
8. Mardomingo MdJ. En Mardomingo MdJ. Tratado de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Madrid. 2015. p. 113-140.

ANEXOS

Anexo 1. Síndromes asociados a la discapacidad intelectual

<u>Síndrome</u>	<u>Hallazgos Examen Físico</u>
Down	<u>Fascies</u> típica, pliegue palmar único, <u>preja</u> pequeña y de implantación baja
Turner	Mujer con talla baja, cuello alado presencia de <u>nevus</u> , tórax amplio, <u>teletelia</u> (pezones muy separados)
X- frágil	Pabellones auriculares grandes, mentón grande, macro-orquídea.
Klinefelter	Varón talla alta, <u>hipogonadismo</u> en la adultez
<u>Neurocutaneos</u> 1-Neurofibromatosis 2- Esclerosis Tuberosa	1- Manchas color café 2- Manchas <u>hipocrómicas</u>
<u>Prader-Willi</u>	<u>Fascies</u> de duende, cachetes caídos, cejas en arco, edema <u>periorbitario</u> .
Fetal Alcohólico	Hirsutismo, <u>telecanto-hipotelorismo</u> .
<u>Angelman</u>	Accesos de risa, con una marcha atáxica.

ANEXO 2

Síndromes epilépticos asociados a la discapacidad intelectual	
Lactantes	Encefalopatía epiléptica infantil Encefalopatía epiléptica mioclónica temprana Síndrome de West Esclerosis Tuberosa Síndrome de Down
Niños	Síndrome de Lennox-Gastaut Síndrome de Doose Epilepsia mioclónica progresiva

ANEXO 3

Comorbilidades psiquiátricas asociadas a la discapacidad intelectual	
TDAH	Hasta un 20 % de los pacientes con discapacidad presentan TDAH.
Depresión mayor	Hasta el 50 % presentan un episodio depresivo.
Trastorno bipolar	Alrededor de 2-12 % de los pacientes tienen discapacidad intelectual.
Trastornos de ansiedad	Hasta un 30 % puede presentar un trastorno de ansiedad comórbido
Trastornos de conducta	Mayor que en la población general.
Trastornos psicóticos	De 2-3 % de los pacientes con discapacidad.

ANEXO 4

Tratamiento de entidades psiquiátricas asociadas a la discapacidad intelectual	
TDAH	Estimulantes Metilfenidato: DI: 0.30 mg/kg/día DM: 0.60 mg/kgdía
Depresión mayor	ISRS Fluoxetina: 10-20 mg/día Sertralina: 25-50 mg/día
Trastorno bipolar	Eutimizantes Litio: en mayores de 12 años, 600-1500 mg/día, divididos en tres dosis. Carbamazepina: 10-20mg/kg/día, divididos en 2 o 3 tomas. Antipsicóticos Risperidona: 0.02 mg/kg/día-0.06mg/kg/día Aripiprazol: 10-30 mg/día
Trastorno de ansiedad	ISRS Fluoxetina: 10-20 mg/día Sertralina: 25-50 mg/día Benzodiacepinas Alprazolam: Clonazepam:
Trastorno de conducta	Risperidona: 0.02 mg/kg/día-0.06mg/kg/día
Trastornos psicóticos	Risperidona: 0.02 mg/kg/día-0.06mg/kg/día