



RETARDO MENTAL

DR. MAURICIO GUERRERO ROMAN
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

DEFINICION

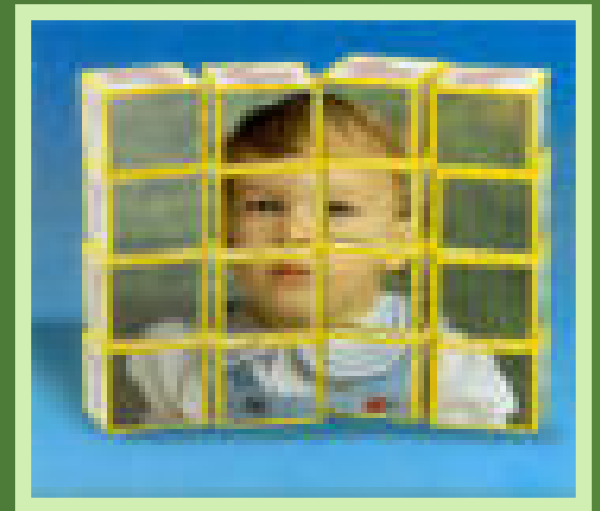
- **TRASTORNO SE CARACTERIZA POR UNA CAPACIDAD INTELECTUAL POR DEBAJO DEL PROMEDIO**
- **EDAD DE INICIO ANTERIOR A LOS 18 AÑOS**
- **DEFICIT EN LA ACTIVIDAD ADAPTATIVA**

DEFINICION

- TIENE DIFERENTES ETIOLOGIAS
- LA CAPACIDAD INTELECTUAL SE DEFINE POR EL COEFICIENTE DE INTELIGENCIA, OBTENIDO POR LOS TEST NORMALIZADOS
- EL COEFICIENTE INTELECTUAL POR DEBAJO DE 70 SE CONSIDERA BAJO

EPIDEMIOLOGIA

- SE ESTIMA QUE EL 0.3% DE LA POBLACION PRESENTA RETARDO MENTAL SEVERO
- ALREDEDOR DEL 3% TIENEN COEFICIENTE INTELECTUAL BAJO
- EL 0.1% DE LOS NIÑOS NECESITAN DE CUIDADO POR SU DISCAPACIDAD



CLINICA

- LA CARACTERISTICA ES UNA CAPACIDAD INTELECTUAL INFERIOR AL PROMEDIO
- ACOMPAÑADA DE LIMITACION ADAPTATIVA DE POR LO MENOS DOS DE LAS AREAS DE HABILIDADES
- COMUNICACIÓN, CUIDADO DE SI MISMO, VIDA DOMESTICA, INTERPERSONALES, AUTOCONTROL, ACADEMICAS, TRABAJO, SEGURIDAD, AUTONOMIA

CLINICA

- **SUELEN PRESENTAR MAS INCAPACIDAD ADAPTATIVA QUE COEFICIENTE INTELECTUAL BAJO**
- **PUEDE CLASIFICARSE EN 4 GRADOS DE INTENSIDAD:**
 - LEVE**
 - MODERADO**
 - GRAVE (SEVERO)**
 - PROFUNDO**

CLASIFICACION

- # R. M. LEVE: CI ENTRE 50-55 Y APROXIMADAMENTE 70
- # R. M. MODERADO: CI ENTRE 35-40 Y 50-55
- # R. M. GRAVE: CI ENTRE 20-25 Y 35-40
- # R. M. PROFUNDO: CI INFERIOR A 20-25
- # R. M. GRAVEDAD NO ESPECIFICADA:
CLARA PRESUNCION DE RETARDO PERO NO SE LOGRA VERIFICAR

R. M. NO ESPECIFICO

- **ALTA SOSPECHA DE RETARDO MENTAL**
- **NO SE LOGRA ESTABLECER LA INTELIGENCIA CON EL TEST USUAL**
- **PACIENTES NO COOPERADORES, NIÑOS PEQUEÑOS, EXCESIVO DEFICIT**

R. M. LEVE



- ❑ SE CONSIDERA EDUCABLE
- ❑ MAYORIA 85%
- ❑ INSUFICIENCIAS MINIMAS EN AREAS SENSORIOMOTORAS
- ❑ SUELEN DESARROLLAR HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA
- ❑ USUALMENTE NO SE DISTINGUEN DE NIÑOS NORMALES
- ❑ CONTANDO CON APOYOS ADECUADOS LOGRAN VIVIR SATISFACTORIAMENTE EN LA COMUNIDAD

R. M. MODERADA



- ➡ **CATEGORIA PEDAGOGICA ADIESTRABLE**
- ➡ **ALREDEDOR DEL 10%**
- ➡ **PUEDEN ADQUIRIR HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA**
- ➡ **PUEDEN RECIBIR FORMACION LABORAR**
- ➡ **ES IMPROBABLE QUE PROGRESEN DE UN SEGUNDO NIVEL ESCOLAR**
- ➡ **SE ADAPTAN A LA VIDA EN COMUNIDAD EN INSTITUCIONES CON SUPERVISION**

R. M. GRAVE

- ❑ SON EL 3-4% DE LA POBLACION
- ❑ LENGUAJE COMUNICATIVO ESCASO O NULO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA
- ❑ EN LA ETAPA ESCOLAR PUEDEN APRENDER HABLAR Y ADIESTRARSE EN HABILIDADES ELEMENTALES
- ❑ ADULTO SON CAPACES DE REALIZAR TAREAS SIMPLES BAJO SUPERVISION
- ❑ EN SU MAYORIA SE ADAPTAN A LA VIDA EN COMUNIDAD



R. M. PROFUNDO

- ⊕ **INCIDENCIA 1-2%**
- ⊕ **LA MAYORIA PRESENTA ENFERMEDAD NEUROLOGICA IDENTIFICADA**
- ⊕ **ALTERACIONES SENSORIOMOTORAS**
- ⊕ **EL DESARROLLO MOTOR Y LAS HABILIDADES PARA LA COMUNICACIÓN Y EL CUIDADO PERSONAL PUEDEN MEJORAR CON ADECUADO ADIESTRAMIENTO**

DIAGNOSTICO



- ⇒ HISTORIA CLINICA EXHAUTIVA
- ⇒ ANTECEDENTES FAMILIARES
- ⇒ ARBOL GENEALOGICO
- ⇒ ANTECEDENTES PRENATAL Y PERINATAL
- ⇒ EXAMEN FISICO COMPLETO: RASGOS FENOTIPIICOS, CURVAS DE CRECIMIENTO, DESARROLLO PSICOMOTOR
- ⇒ REVISAR FOTOGRAFIAS FAMILIARES E HISTORIAS

DIAGNOSTICO



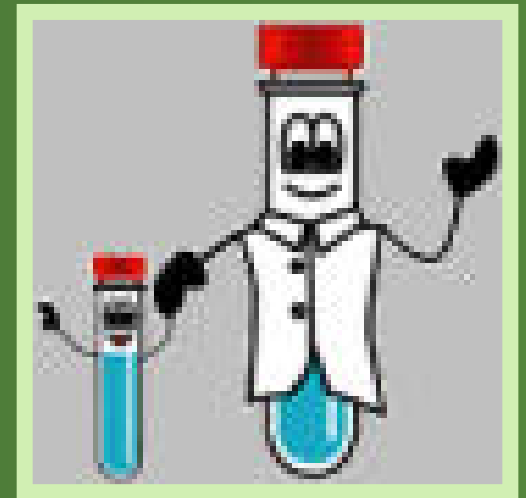
- **CITAR Y MEDIR MIEMBROS DE LA FAMILIA**
- **ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS**
- **VALORACION POR OTRAS ESPECIALIDADES**
- **TEST DE INTELIGENCIA**
- **EVALUCION COMPLETA REQUIERE DE VARIAS SESIONES**

TEST DE INTELIGENCIA

<u>TEST PSICOMETRICOS</u>	<u>EDAD</u>
BAILEY SCALES OF MENTAL DEVELOPMENT	2M – 2 1/2A
McCARTHY SCALES OF CHILDREN ABILITIES	2 1/2 A - 8 1/2A
KAUFMAN ASSESSMENT	2 1/2A - 12A 5M
STANDARD-BINET	2 - 23 A
WECHSLER PRESCHOOL AND PRIMARY SCALE	4 – 6 1/2 A
WECHSLER INTELLIGENCE SCALES FOR CHILDREN	6A -16A 11M

PARACLINICOS

- TEST DE: CLORURO FERRICO EN ORINA, DINITROFENILHIDRAZINA, BENEDICT
- TAMIZAJE DE AMINOACIDOS
- ESTUDIOS CROMOSOMICOS: CARIOTIPO, ANALISIS DE PEDIGREE, TECNICAS MOLECULARES



CROMOSOMOPATIAS

<u>DESORDEN</u>	<u>FRECUENCIA</u>
TRISOMIA 21	1:600
TRISOMIA 18	1:5000
TRISOMIA 13	1:15000
KLINEFELTER	1:700 VARONES
SINDROME XYY	1:800 VARONES
TURNER	1:1500 MUJERES
X FRAGIL	1:2000 MUJERES
TRIPLE XXX	1:1000 MUJERES

PATOLOGIAS ASOCIADAS

- SINDROME DE BECKWITH-WIEDEMANN
- ENFERMEDAD DE HUNTINGTON
- NEUROFIBROMATOSIS I
- MUCOPOLISACARIDOSIS
- ERRORES INHATOS DEL METABOLISMO:
FENILCETONURIA, JARABE DE ARCE,
HIPERGLICEMIA NO CETOSICA,
ACIDEMIA METILMALONICA,
METABOLISMO DEL AMONIO

TRATAMIENTO

- # REQUIERE DE TODAS LAS NECESIDADES BASICAS DE UN NIÑO NORMAL
- # LA NUTRICION ES DIFICIL DEBIDO A LA DISFUNCION ORAL-MOTORA, FALTA DE APETITO
- # PRACTICAS ALTERNAS DE ALIMENTACION (ASISTIDA PROLONGADA, ALIMENTOS BLANDOS)

TRATAMIENTO

- ✦ CUIDADO DENTAL ADECUADO
- ✦ INTERDISCIPLINARIO
- ✦ NO INSTITUCIONALIZAR:
AMBIENTE FAMILIAR MEJOR
SOCIALIZACION Y RELACIONES
INTERPERSONALES
- ✦ CASAS GRUPALES PARA
ADOLESCENTES: INDEPENDENCIA,
RELACIONES INTERPERSONALES,
HABILIDADES DE VIDA DIARIA



TRATAMIENTO

- ★ TERAPIA FISICA, LENGUAJE
- ★ SALUD OCUPACIONAL, MEDICOS DE DIFERENTES ESPECIALIDADES
- ★ PSICOLOGIA
- ★ ESTERILIZACION? - EDUCACION SEXUAL
- ★ EDUCACION INDIVIDUALIZADA (EDUCADOR ESPECIAL)

PRONOSTICO



- POCOS CASOS PUEDEN PREVENIRSE Y MENOS CURARSE
- PUEDE MEJORARSE LA CALIDAD DE VIDA
- ES INDIVIDUAL
- SI TIENE PATOLOGIA DE BASE ES PREDECIBLE
- SU EXPECTATIVA DE VIDA NO ES PRECISA



GRACIAS



<http://www.acsam.com.co>