

Anexo 1

Centro de medicina basada en la evidencia de Oxford. Niveles de evidencia (mayo 2001)³⁸

Nivel	Tratamiento/ prevención. Etiología/daño	Pronóstico	Estudios de diagnóstico	Diagnóstico dife- rencial/prevalen- cia de síntomas	Económicos y de análisis de decisión
I	Al menos 1 ensayo clínico controlado apropiadamente aleatorizado				
a	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de ensayos clínicos controlados aleatorizados.	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de estudios de cohortes de inicio ^φ ; RDC ^ν (reglas de decisión clínica) validadas en diferentes poblaciones.	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de estudios diagnósticos de nivel I; RDC ^ν (reglas de decisión clínica) con estudios de nivel Ib de diferentes centros clínicos (multicéntrico).	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de estudios de cohortes prospectivos.	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de estudios económicos de nivel I.
b	Único ensayo clínico controlado y aleatorizado (con intervalo de confianza estrecho ⁺).	Único estudio de cohorte de inicio ^φ con seguimiento ≥ 80%; RDC ^ν (reglas de decisión clínica) validadas en una única población.	Único estudio de cohorte validante ^ν con buenos estándares de referencia ^κ ; o RDC probada en un solo centro clínico.	Único estudio de cohorte prospectivo con buen seguimiento ^σ .	Análisis basados en costes o alternativas clínicamente sensibles; revisión(es) sistemática(s) de la evidencia y que incluye análisis de sensibilidad multidireccionales.
c	"Todos o ninguno" ^α .	Series de casos todos o ninguno ^α .	SpPins y SnNoutes absolutas ^ξ .	Series de casos todos o ninguno ^α .	Análisis del mejor valor absoluto y peor valor absoluto ^λ .

(.../...)

(.../...)

Nivel	Tratamiento/ prevención. Etiología/daño	Pronóstico	Estudios de diagnóstico	Diagnóstico dife- rencial/ prevalen- cia de síntomas	Económicos y de análisis de decisión
II	Estudios de cohortes y de resultados finales				
a	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de estudios de cohortes.	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de estudios de cohorte retrospectivos o de grupos control no tratados en ensayos clínicos controlados aleatorizados.	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de estudios diagnósticos de nivel I-II.	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de estudios de nivel IIb y mejores.	Revisión sistemática (con homogeneidad ^μ) de estudios económicos de nivel I-II.
b	Único estudio de cohorte (incluyendo ensayo clínico controlado y aleatorizado de baja calidad; ej.: < 80% de seguimiento).	Único estudio de cohorte retrospectivo o pobre seguimiento del grupo de pacientes control no tratados en un ensayo clínico controlado aleatorizado; Derivación de RDC ^v (reglas de decisión clínica) o validación en muestras fraccionadas ^ϒ .	Estudio de cohorte explorador ^v con buenos estándares de referencia ^k ; reglas de decisión clínica (RDC) ^v tras derivación, o validados sólo en muestras fraccionadas ^ϒ o en bases de datos.	Único estudio de cohorte retrospectivo, o pobre seguimiento.	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; poca revisión(es) de la evidencia o estudios únicos; e incluye análisis de sensibilidad multidireccional.
c	"Invest. de resultados finales" ^δ ; estudios ecológicos ^T .	"Investigación de resultados finales" ^δ .		Estudios ecológicos ^T .	Investigación de "resultados" o revisiones (auditorías).

(.../...)

(.../...)

Nivel	Tratamiento/ prevención. Etiología/daño	Pronóstico	Estudios de diagnóstico	Diagnóstico dife- rencial/ prevalen- cia de síntomas	Económicos y de análisis de decisión
III	Casos controles				
	a	Revisión sistemática (con homogeneidad ¹⁴) de estudios caso-control.		Revisión sistemática (con homogeneidad ¹⁴) de estudios IIIb o mejores.	Revisión sistemática (con homogeneidad ¹⁴) de estudios IIIb o mejores.
	b	Único estudio caso control	Estudio no consecutivo; o en los que no se aplican estándares de referencia de una manera consistente.	Estudio de cohorte no consecutivo, o población muy limitada.	Análisis basado en pocas alternativas o costes. Datos de estimación de baja calidad, pero incluye análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles.
IV	Series de casos (y estudios caso-control y cohortes de baja calidad) ¹⁵ .	Series de casos (y estudios de cohortes pronósticos de baja calidad ¹⁶).	Estudio caso-control de baja calidad o con estándar de referencia no independiente.	Series de casos o estándares de referencia suplantados (mal reemplazados).	Análisis sin análisis de sensibilidad.
V	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita, o basada en la fisiología, en la investigación básica o en principios básicos.	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita, o basada en la fisiología, en la investigación básica o en principios básicos.	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita, o basada en la fisiología, en la investigación básica o en principios básicos.	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita, o basada en la fisiología, en la investigación básica o en principios básicos.	Opinión de expertos sin apreciación crítica explícita, o basada en la fisiología, en la investigación básica o en principios básicos.

Notas

- ‡ Para aconsejar cómo interpretar, valorar y usar ensayos u otros estudios con intervalos de confianza amplios, se puede añadir un signo menos "-" para indicar el nivel que no se logra conseguir de una manera concluyente debido a:
- Bien un resultado único con un intervalo de confianza demasiado amplio (como por ejemplo, un riesgo de reducción absoluto en un ensayo clínico aleatorizado no es estadísticamente significativo pero sus intervalos de confianza no logran excluir un beneficio o daño clínicamente importante).
 - O bien una revisión sistemática con heterogeneidad preocupante (y estadísticamente significativa).
 - Esta evidencia es inconclusiva, y por tanto sólo puede generar recomendaciones GRADO D.

(.../...)

(.../...)

- α Cuando **todos** los pacientes morían antes de que un tratamiento estuviera disponible y con él algunos pacientes sobreviven, o bien cuando algunos pacientes morían antes de su disponibilidad y con él no muere **ninguno**.
- β Por estudio de **cohorte** de baja calidad se refiere a aquel sin clara definición de los grupos de comparación y/o sin medición objetiva (preferiblemente ciega) de las exposiciones y resultados del estudio, tanto en los individuos expuestos como en los no expuestos y/o sin identificar o controlar apropiadamente las variables de confusión conocidas y/o sin prolongación del estudio durante suficiente tiempo o sin seguimiento completo de los pacientes. Por estudio caso-control de baja calidad entendemos aquel que no define claramente los grupos de comparación y/o no mide de un modo objetivo las exposiciones y resultados del estudio (preferiblemente ciego) tanto en los casos como en los controles y/o no identifica o controla apropiadamente las variables de confusión conocidas.
- ψ **Validación de muestra fraccionada** se consigue mediante la recogida de toda la información en un bloque único y después esta muestra se divide artificialmente en muestras de "derivación" y de "validación".
- δ "Investigación de resultados finales" se refiere a **estudios de cohortes** de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben.
- φ Cohorte de inicio, todos los pacientes se incorporan al estudio en un mismo momento evolutivo de la enfermedad, habitualmente en estadios tempranos (*inception cohort*).
- τ Estudios ecológicos: describen la posible relación entre un factor de riesgo y el desarrollo de un evento en la población. Ej: edad y accidentes de tránsito.
- υ **Regla de decisión clínica**. Son algoritmos o sistemas de puntuación que conducen a una estimación pronóstica o a una categoría diagnóstica.
- ξ Un "SpPin absoluto" es un hallazgo diagnóstico cuya **eSpecificidad** es tan alta que un resultado **Positivo Induce** al diagnóstico.
Un **SnNout Absoluto** es un hallazgo diagnóstico cuya **Sensibilidad** es tan alta que un Resultado **Negativo excluye** (rule-out) el diagnóstico.
- κ Un **buen estándar de referencia** es independiente de la prueba a valorar, y es aplicado de manera ciega o aplicado objetivamente a todos los pacientes. Un estándar de referencia pobre es aquel que es aplicado de manera azarosa aunque aún es independiente de la prueba a valorar. El uso de un estándar de referencia no-independiente (donde la prueba a valorar está incluida en la referencia, o donde la prueba afecta a la referencia) implica un estudio de nivel IV.
- λ Los tratamientos del mejor-valor son igualmente buenos pero más baratos o al mismo tiempo mejores aunque al mismo o menor coste. Los tratamientos del peor-valor son igualmente buenos pero más caros, o peores aunque con el mismo o mayor coste.
- μ Por **homogeneidad** se entiende una revisión sistemática que está libre de variaciones preocupantes (heterogeneidad) en direcciones y grados respecto a los resultados de los estudios individuales. No en todas las revisiones sistemáticas con heterogeneidad estadísticamente significativa, ésta tiene que ser preocupante, y no toda la heterogeneidad

(.../...)

(.../...)

preocupante necesita ser estadísticamente significativa. Como se indica más arriba, los estudios que muestran una heterogeneidad preocupante deberían ser etiquetados con un “-” al final de su nivel designado.

- v **Estudios de validación** son aquellos que prueban la calidad de una prueba diagnóstica específica, basándose en las pruebas preexistentes. Un estudio exploratorio recoge información y extrae los datos de ahí (por ejemplo usando un análisis de regresión) para encontrar qué factores son “significativos”.
- π Por estudio de cohorte pronóstico de baja calidad entendemos aquel en el que el muestreo tiene un sesgo a favor de los pacientes que ya han alcanzado el objetivo final, o que la medida de los resultados sólo se ha realizado en < 80% de los pacientes del estudio, o que los resultados se determinan de manera no ciega, no objetiva o en los que no se realiza corrección por los factores de confusión.
- σ Buen seguimiento en un estudio de diagnóstico diferencial es > 80%, con tiempo adecuado para que los diagnósticos alternativos puedan surgir (por ejemplo 1-6 meses en enfermedades agudas, 1-5 años en enfermedades crónicas).

Grados de recomendación

Fuerza o grado de recomendación	Significado	
A	Extremadamente recomendable.	Estudios consistentes del nivel I.
B	Recomendación favorable.	Estudios consistentes del nivel II o III o extrapolaciones de los estudios del nivel I.
C	Recomendación favorable pero no concluyente.	Estudios del nivel IV o extrapolaciones de los estudios nivel II o III.
D	No se recomienda ni se desaprueba.	Evidencia del nivel V o estudios con problemas inconsistentes o inconclusivos de cualquier nivel.

“Extrapolación” se aplica cuando nuestro escenario clínico tiene potenciales diferencias importantes respecto a la situación original del estudio³⁸.

Anexo 2

Criterios diagnósticos para el TDHA según DSM-IV³⁷

A) Cumple criterios, bien del grupo uno o del grupo dos.

A-Grupo 1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de inatención han persistido por lo menos 6 meses en un grado que no se justifica por la edad y producen mala adaptación a su entorno:

PREGUNTAS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN	Sí	No
1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, trabajo u otras actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (y no se debe a un comportamiento negativista o a la incapacidad para comprender las instrucciones).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A menudo evita, le disgusta o rechaza desempeñar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, lápices, libros, ejercicios escolares, herramientas, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos externos irrelevantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A menudo es olvidadizo en las actividades o rutinas diarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación total (número de respuestas afirmativas)	_____	

A-Grupo 2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos 6 meses en un grado que no se justifica por la edad y producen mala adaptación a su entorno:

PREGUNTAS DE HIPERACTIVIDAD	Sí	No
1. A menudo mueve en exceso manos (ejemplo: movimientos de aleteo) o pies o se remueve en su asiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A menudo corre sin rumbo o salta excesivamente, en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adultos o adolescentes puede estar limitado a sensación subjetiva de no descansar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Suele actuar como si estuviera movido por un motor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A menudo habla en exceso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(.../...)

(.../...)

PREGUNTAS DE IMPULSIVIDAD		Sí	No
7.	A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	A menudo tiene dificultades para guardar su turno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (conversaciones, juegos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación total (número de respuestas afirmativas)		_____	

B) Algunos de estos síntomas de hiperactividad-impulsividad o inatención estaban ya presentes antes de los 7 años de edad.

C) Existe evidencia clara de interferencias negativas en el ámbito social, académico u ocupacional.

D) Algunas interferencias negativas de estos síntomas están presentes en 2 ó más ambientes (por ejemplo, escuela y casa).

E) Los síntomas no ocurren exclusivamente en el contexto de una enfermedad del desarrollo, esquizofrenia u otras enfermedades psiquiátricas y no se encuadran mejor en otro desorden mental (ejemplo: distimias, desorden de ansiedad, disociativo o de personalidad)

CLASIFICACIÓN DE LOS SUBTIPOS

Global o combinado. Cumple criterios de déficit de atención y de hiperactividad e impulsividad.

Déficit de atención aislado o inatento. Cumple criterios de déficit de atención pero no de hiperactividad e impulsividad.

Hiperactividad aislada. Cumple criterios de hiperactividad e impulsividad pero no de déficit de atención.

Anexo 3

<i>Encuesta diagnóstica de micción no coordinada</i>					
Cuestionario clínico de micción no coordinada (modificado de Farhat y cols ⁸⁶).					
Nombre					
Edad			Sexo niño/niña		
Nº Hª			Fecha		
Durante el último mes	Casi nunca o nunca	Menos de la mitad de las veces o del tiempo	Más o menos la mitad de las veces o del tiempo	Casi siempre o siempre	Sin respuesta
1. Se me ha mojado un poco la ropa interior o exterior durante el día.	0	1	2	3	-
2. Al mojarme (lavarme las manos...), se me ha empapado completamente mi ropa interior.	0	1	2	3	-
3. Hago "caca" todos los días.	3	2	1	0	-
4. He tenido que hacer bastante esfuerzo para que salga la caca.	0	1	2	3	-
5. He ido a orinar sólo una o dos veces al día.	0	1	2	3	-
6. He logrado aguantarme el pipí pero "cruzando las piernas", agachándome o bailando (moviéndome).	0	1	2	3	-
7. Cuando he tenido ganas de orinar no he podido esperar.	0	1	2	3	-
8. He tenido que hacer fuerza para orinar.	0	1	2	3	-
9. Cuando orinaba me escocía (dolía o quemaba).	0	1	2	3	-
10 Pregunta a los padres: su hijo ha tenido alguna situación estresante como los ejemplos	No (0)		Sí (3)		
TOTAL					

(.../...)

(.../...)

Ejemplos:

- Nuevo hermanito.
- Cambio de casa.
- Cambio de colegio.
- Problemas escolares.
- Abuso (sexual o psíquico).
- Problemas en casa (divorcio, muertes, de salud...).
- Eventos especiales (cumpleaños...).
- Accidente/ heridas/fracturas...

Otros: