



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN

-- MEDICINA INTERNA --

“VALIDACION DE LA ESCALA CIWA EN PACIENTES CON SINDROME DE SUPRESION
AL ALCOHOL EN POBLACION MEXICANA.”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR

KENIA HERNANDEZ ANDRACA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Germán Vargas Ayala.
Dr. Fidel Cerda Téllez.

-2012-



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

VALIDACION DE LA ESCALA CIWA EN PACIENTES CON SINDROME DE SUPRESION AL
ALCOHOL EN POBLACION MEXICANA.

Dra. Kenia Hernández Andraca.

Vo. Bo.

Dr. José Juan Lozano Nuevo.

Titular del Curso de Especialización en Medicina Interna.

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación.

VALIDACION DE LA ESCALA CIWA EN PACIENTES CON SINDROME DE SUPRESION AL ALCOHOL EN
POBLACION MEXICANA.

Dra. Kenia Hernández Andraca.

Vo. Bo.

DR. Germán Vargas Ayala
Médico Internista del Hospital General de Ticomán de la Secretaria de Salud del D.F.

Vo. Bo.

DR. Fidel Cerda Téllez
Médico Internista del Hospital General de Xoco de la Secretaria de Salud del D.F.

INDICE

RESUMEN	
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACION	8
HIPÓTESIS	9
OBJETIVO	9
MATERIAL Y METODOS	10
- DISEÑO DE ESTUDIO	10
- UNIVERSO DE ESTUDIO	10
- CRITERIOS DE SELECCIÓN	10
- TAMAÑO DE LA MUESTRA	11
- DEFINICIÓN DE VARIABLES	13
- RECOLECCION DE DATOS	14
- ASPECTOS ETICOS	16
- RECURSOS	19
RESULTADOS	20
DISCUSION	27
CONCLUSION	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31
ANEXOS	
- HOJA DE RECOLECCION DE DATOS (ESCALA CIWA-Ar)	

RESUMEN

ANTECEDENTES: El síndrome de abstinencia de alcohol, se presenta en personas con consumo crónico de alcohol, que lo disminuyen o lo suspenden de forma brusca. Los síntomas del síndrome de abstinencia al alcohol pueden ser cuantificados; y se recibe tratamiento solo cuando los síntomas exceden un umbral de severidad. El instrumento más utilizado para medir la severidad de este síndrome, es la escala: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA Shaw y colaboradores 1981), modificada en 1989 a: CIWA-Ar que se ha mostrado eficaz en determinar la severidad.

MATERIALES Y METODOS: Sujetos con síndrome de abstinencia al alcohol, en un periodo de Enero del 2010 a Julio del 2011. El estudio se desarrolló en 2 fases: en la primera fase: traducción del instrumento y prueba piloto; en la segunda fase: aplicación de la escala traducida al castellano.

RESULTADOS: 71 sujetos con síndrome de abstinencia al alcohol, con una media de edad de 42 años. El índice de consistencia interna fue: $\alpha = 0.894$; en el modelo de análisis de varianza de medidas repetidas se calculó correlación intraclase cuyo resultado fue: $\rho I = .843$. Se aplicó una prueba de Spearman para ver correlaciones entre los puntajes de ambas mediciones, el valor de Rho = .886 ($p = .001$). El análisis de correlación de Pearson los resultados fueron: $r^2 = 0.835$, $r = .9140$.

CONCLUSION: La Escala CIWA-Ar en castellano, es un instrumento de medición confiable y con validez, para determinar la severidad del síndrome de abstinencia al alcohol en población mexicana.

PALABRAS CLAVE: *escala CIWA-AR en castellano, severidad del síndrome de abstinencia al alcohol, validez y confiabilidad.*

SUMMARY

BACKGROUND: The alcohol withdrawal syndrome occurs in people with chronic use of alcohol, when it is decreased or discontinued abruptly. The symptoms of alcohol withdrawal can be quantified and treated only when symptoms exceed a threshold of severity. The instrument used to measure the severity of this syndrome is the scale: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA Shaw et al 1981), amended in 1989 to: CIWA-Ar, this scale has been shown effective in determining the severity.

MATERIALS AND METHODS: Subjects with alcohol withdrawal syndrome in a period from January 2010 to July 2011. The study was developed in 2 phases: first phase: translation and pilot testing of the instrument, the second phase: the scale translated into Castilian.

RESULTS: 71 subjects with alcohol withdrawal syndrome, with an average age of 42 years. The index of internal consistency was: $\alpha = 0.894$, the model analysis of variance for repeated measures intraclass correlation was calculated and the result was: $\rho I = .843$. We applied a Spearman test to see correlations between the scores of both measures, the value of $Rho = 0.886$ ($p = .001$). The Pearson correlation analysis results were: $r^2 = 0.835$, $r = .9140$

CONCLUSION: The CIWA-Ar scale in Castilian, is a reliable and valid measuring instrument to determine the severity of alcohol withdrawal syndrome in Mexican population.

KEYWORDS: *CIWA-AR scale in Castilian, severity of alcohol withdrawal syndrome, validity and reliability*

ANTECEDENTES

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en México, la ingesta de esta sustancia lleva a las personas a consecuencias adversas en su salud incluyendo: alcoholismo, daño hepático, algunos cánceres, entre otras enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol.

Investigadores muestran que el consumo del alcohol y los problemas relacionados con su uso, son influenciados por variaciones individuales en el metabolismo del alcohol; este metabolismo es influenciado por factores genéticos, tales como variaciones en las enzimas que metabolizan al alcohol así como factores ambientales, la cantidad de ingesta y consumo individual así como estado de nutrición. Estas diferencias en el metabolismo del alcohol pueden llevar a algunas personas a tener mayor riesgo de problemas de salud asociados al consumo de alcohol mientras que otros tienen menor riesgo.^{21, 22, 23}

Su metabolismo, se realiza por oxidación hepática en un 90-98%; un 2-10% puede ser eliminado sin metabolizarse por vías accesorias como el riñón, el pulmón y el sudor, el alcohol es metabolizado por varias vías las más comunes involucran 3 enzimas: 1) La enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), en no alcohólicos realiza el 90-95% de la oxidación del etanol; la cantidad de ADH es limitada, por ello existe una capacidad fija para metabolizar el alcohol (8-10 gr/hora). 2) El sistema oxidativo microsomal del etanol (MEOS), en bebedores moderados contribuye a la oxidación en un 5 -10% y en bebedores crónicos puede inducirse y llegar hasta un 25% de la capacidad oxidativa total. Algunos fármacos compiten con el alcohol para ser metabolizados por esta vía. 3) otro sistema es la catalasa-peroxidasa, su contribución al metabolismo del alcohol es mínima.

El acetaldehído se metaboliza en ácido acético por medio de:

1) Aldehído-deshidrogenasa (ALDH), que representa hasta un 75% de la capacidad, presenta un polimorfismo genético con una enzima con nula actividad metabólica, lo cual conduce a la acumulación de acetaldehído con la aparición de efectos indeseables (cefalea, rubefacción facial, náuseas, vómitos). Algunos fármacos (Disulfiram, Cianamida) son utilizados en el tratamiento del alcoholismo e inhiben la actividad de esta enzima con lo que aparecen los síntomas antes descritos, que son la base de la terapia aversiva del alcoholismo.

2) Aldehído-oxidasa, que representa hasta un 25% del total. El ácido acético se transforma en acetil-coenzima A.

El tiempo necesario para eliminar el alcohol del organismo puede calcularse tomando como promedio una eliminación de 0,15 gr/l por hora.

Fórmula: Tiempo (horas) necesario para la eliminación = alcoholemia (gr/l)/0,15. ^{3,22}.

No existen pruebas específicas para el diagnóstico del alcoholismo, de modo que una correcta anamnesis y la exploración clínica adecuada constituyen el pilar básico del mismo. Sin embargo, los cuestionarios, escalas, etcétera, son herramientas de ayuda en la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo. Por su validez, brevedad y sencillez el CAGE, CBA y AUDIT podrían considerarse como los cuestionarios de detección más útiles en Atención Primaria.

Según los criterios diagnósticos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), de 1992, el diagnóstico de dependencia del alcohol, debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes puntos:

- 1.- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- 2.- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- 3.- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa, cuando se confirme por el síndrome de abstinencia o el consumo de alcohol (o de otra sustancia muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían cantidades menores.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol y aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal como daños hepáticos, estados de ánimo depresivos o deterioro cognitivo secundario al consumo de alcohol. Debe investigarse si la persona que consume el alcohol es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Cuando se diagnostica un trastorno por dependencia alcohólica, se debe informar al paciente del diagnóstico y de la necesidad de tratamiento, preferentemente, acudiendo a un centro especializado en adicciones. ^{23,24.}

SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL:

El síndrome de abstinencia de alcohol, se presenta en las personas con consumo crónico de alcohol, que lo disminuyen o lo suspenden completamente de forma brusca. ^{1,2,4.}

La literatura conceptualiza este cuadro, según el DSM-IV en el apartado de los trastornos inducidos por sustancias, definiéndolo en base de tres criterios:

1. La presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. El síndrome específico de la sustancia causa un cuadro clínico específico, deterioro de la actividad laboral y/o social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Los síntomas no se deben a otra enfermedad orgánica y no se explican por la presencia de otro trastorno mental. ^{2,3,4,5,6,21,23.}

Según el CIE-10, se describe el síndrome de abstinencia como:

1. El síndrome de abstinencia en uno de los indicadores del síndrome de dependencia, por lo que este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.
2. El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica.
3. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.²³

BASES BIOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL:

El síndrome de abstinencia al alcohol está mediado por afectación de varios mecanismos que sirven para mantener el balance neuroquímico cerebral, a través de neurotransmisores excitatorios e inhibitorios. En las teorías actualmente, se ha visto que el alcohol puede alterar la estructura y función de las proteínas y neurotransmisores como el ácido gamma-aminobutírico (GABA), glutamato, dopamina, serotonina, adenosina, neuropéptido y norepinefrina, receptores de cannabinoides y receptores opioides. Cuando el alcohol ingresa al sistema nervioso central tiene un efecto inhibitorio mediado por el GABA; debido a que las neuronas gabaérgicas están esparcidas en el sistema nervioso central, el alcohol potencia la

inhibición de la actividad neuronal en múltiples áreas del cerebro. El alcohol incrementa el efecto del receptor GABA; se puede asumir que con el uso crónico del alcohol se disminuirán los receptores GABA en las superficies. Esto produce un equilibrio que, a su vez, es el origen de la tolerancia, la dependencia. ^{2,10,21,23.}

Los signos y síntomas del síndrome de abstinencia al alcohol son usualmente menores, pero pueden ser considerables incluso fatales, el Delirium tremens es la manifestación más seria del síndrome de abstinencia al alcohol. ^{1,5,6,21.}

La historia clínica y examen físico establecen el diagnóstico, los datos importantes en la historia clínica incluyen: a) cantidad de ingesta de alcohol, duración de su uso, tiempo de abstinencia, antecedente de síndrome de abstinencia al alcohol, condiciones psiquiátricas y abuso de otras drogas. b) Los síntomas y signos de abstinencia se pueden agrupar en tres categorías: hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, hiperexcitabilidad del sistema nervioso autónomo y alteraciones cognitivas. ^{2,3,7,21,22,23.}

Los síntomas del síndrome de abstinencia al alcohol pueden ser cuantificados; en base a esto el paciente recibe tratamiento solo cuando los síntomas exceden un umbral de severidad; este método es tan eficaz como la terapia de dosis fija, además se requiere menos medicación. Las benzodiacepinas son el tratamiento de elección de estas las de larga acción. ^{1,2,5,7,9,14.}

Se han diseñado varias escalas clínicas para valorar la severidad del síndrome de abstinencia alcohólica. ^{6,15,16,19,20.} El instrumento más utilizado para medir la severidad de este síndrome y facilitar la terapia de acuerdo a síntomas es la escala: Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA Shaw y colaboradores 1981), modificada en 1989 a: The Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar) que se ha mostrado eficaz en determinar qué pacientes precisan tratamiento farmacológico activo. Este instrumento de medición clasifica por grados la severidad del síndrome, en una escala de puntos y establece un plan de tratamiento con base en la puntuación total obtenida. Se considera abstinencia leve cuando la puntuación es de 8, moderada si está entre 8 y 15 y severa si es superior a 15. Sugiriendo iniciar tratamiento cuando la puntuación es mayor de 10. ^{1,2,5,9,13,14,16,17,19,20,21.} Sin embargo no existen muchos trabajos que hayan valorado específicamente su utilización en pacientes con enfermedad comórbida aguda, convulsiones o delirium tremens, por lo que se ha cuestionado su utilización en estos casos. ^{1,13,17,21.}

Esta escala validada en su idioma de origen el inglés, ha sido estudiada y utilizada por muchos grupos en diferentes centros clínicos (hospitales y clínicas de desintoxicación) en pacientes sin complicaciones; debido a la facilidad de su uso ha sido utilizada en otros grupos de pacientes no representados en el estudio de validación inicial. Sin embargo esto plantea algunos problemas para utilizar adecuadamente la escala CIWA-Ar ya que los pacientes deben tener un historial de días de consumo de alcohol y ser capaces de comunicarse. Un estudio reciente informo que el 48 % de sus pacientes no cumplía estos 2 criterios, como resultado un alto porcentaje de pacientes recibieron tratamiento innecesario; otro problema es que se encuentra en el idioma ingles por lo que se recomienda la utilización de instrumentos que cuenten con propiedades psicométricas reconocidas y que hayan sido adaptados y validados en el idioma de la población a estudiar. ^{13,15,21,23,24,25.}

Se ha señalado que el aprendizaje y entrenamiento en su utilización por parte de personal sanitario calificado no es complicado. Por otra parte, el hecho de que su ventaja resida en la posibilidad de dirigir el tratamiento según la gravedad de los síntomas obliga a utilizar la escala CIWA-Ar varias veces al día, incluso cada hora en pacientes con abstinencia moderada-severa, esto puede restringir su aplicación a la práctica clínica diaria en hospitales con poco personal médico.

Dicha escala es la siguiente:

Appendix: Addiction Research Foundation Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar)

Patient _____ Date |__|_|_|_|
y m d Time ____:____
(24 hour clock, midnight=00:00)

Pulse or heart rate, taken for one minute: _____ Blood pressure: ____/____

NAUSEA AND VOMITING—As “Do you feel sick to your stomach? Have you vomited?” Observation.
0 no nausea and no vomiting
1 mild nausea with no vomiting
2
3
4 intermittent nausea with dry heaves
5
6
7 constant nausea, frequent dry heaves and vomiting

TREMOR—Arms extended and fingers spread apart. Observation.
0 no tremor
1 not visible, but can be felt fingertip to fingertip
2
3
4 moderate, with patient’s arms extended
5
6
7 severe, even with arms not extended

PAROXYSMAL SWEATS—Observation.
0 no sweat visible
1 barely perceptible sweating, palms moist
2
3
4 beads of sweat obvious on forehead
5
6
7 drenching sweats

ANXIETY—Ask “Do you feel nervous?” Observation.
0 no anxiety, at ease
1 mildly anxious
2
3
4 moderately anxious, or guarded, so anxiety is inferred
5
6
7 equivalent to acute panic states as seen in severe delirium or acute schizophrenic reactions

AGITATION—Observation.
0 normal activity
1 somewhat more than normal activity
2
3
4 moderately fidgety and restless
5
6
7 paces back and forth during most of the interview, or constantly thrashes about

TACTILE DISTURBANCES—Ask “Have you any itching, pins and needles sensations, any burning, any numbness or do you feel bugs crawling on or under your skin?” Observation.
0 none
1 very mild itching, pins and needles, burning or numbness
2 mild itching, pins and needles, burning or numbness
3 moderate itching, pins and needles, burning or numbness
4 moderately severe hallucinations
5 severe hallucinations
6 extremely severe hallucinations
7 continuous hallucinations

AUDITORY DISTURBANCES—Ask “Are you more aware of sounds around you? Are they harsh? Do they frighten you? Are you hearing anything that is disturbing to you? Are you hearing things you know are not there?” Observation.
0 not present
1 very mild harshness or ability to frighten
2 mild harshness or ability to frighten
3 moderate harshness or ability to frighten
4 moderately severe hallucinations
5 severe hallucinations
6 extremely severe hallucinations
7 continuous hallucinations

VISUAL DISTURBANCES—Ask “Does the light appear to be too bright? Is its colour different? Does it hurt your eyes? Are you seeing anything that is disturbing to you? Are you seeing things you know are not there?” Observation.
0 not present
1 very mild sensitivity
2 mild sensitivity
3 moderate sensitivity
4 moderately severe hallucinations
5 severe hallucinations
6 extremely severe hallucinations
7 continuous hallucinations

HEADACHE, FULLNESS IN HEAD—Ask “Does your head feel different? Does it feel like there is a band around your head?” Do not rate for dizziness or lightheadedness. Otherwise, rate severity.
0 not present
1 very mild
2 mild
3 moderate
4 moderately severe
5 severe
6 very severe
7 extremely severe

ORIENTATION AND CLOUDING OF SENSORIUM—Ask “What day is this? Where are you? Who am I?”
0 oriented and can do serial additions
1 cannot do serial additions or is uncertain about date
2 disoriented for date by no more than 2 calendar days
3 disoriented for date by more than 2 calendar days
4 disoriented for place and/or person

Total CIWA-A Score _____
Rater’s Initials _____
Maximum Possible Score 67

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alcoholismo es una enfermedad que sin duda afecta a toda la sociedad sin distinción de raza ni status social, existen investigaciones que reportan los problemas de salud relacionados con la ingesta de alcohol; cuando se producen cuadros agudos como el síndrome de abstinencia al alcohol se necesita incluso de valorar hospitalización para el adecuado tratamiento y evitar complicaciones severas e incluso la muerte en los pacientes que presentan este síndrome; entendiendo que este problema de salud continuara presentándose de manera frecuente en los servicios médicos; (en nuestro caso, el servicio de Medicina Interna de los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal) por lo que considero que es necesario tener un conocimiento exacto y pautas claras de abordaje en el diagnóstico y tratamiento. Es por eso que espero que la escala CIWA-Ar al ser validada al castellano para población mexicana, sea utilizada como una escala de medición de severidad por el personal a cargo de los servicios de salud que atiendan a estos pacientes.

Esto se traducirá en un manejo homogéneo de tratamiento dado por parte del personal de salud, estableciendo medidas de eficacia y seguridad para el paciente y la familia del paciente con sus demandas.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Por qué considerar necesaria la validación al castellano de la escala CIWA-Ar en población mexicana con Síndrome de Abstinencia al alcohol?

JUSTIFICACION:

El síndrome de abstinencia al alcohol representa un porcentaje importante de ingresos en el Servicio de Medicina Interna en hospitales de la Secretaria del Distrito Federal, que supera el 5% de ingresos al servicio, siendo un problema de salud al que nos enfrentamos todos los días.

Las metas principales al diagnosticar el síndrome de abstinencia al alcohol, es conocer la severidad, para proporcionar el tratamiento inicial y reducir los síntomas y riesgos de complicaciones que se pueden presentar.

La escala CIWA-Ar valora la severidad del síndrome de abstinencia al alcohol, estableciendo un plan de tratamiento con base en la puntuación total obtenida; sin embargo dicha escala no ha sido validada al castellano en población mexicana y al ser un instrumento de medida mundialmente aceptada nos abre la posibilidad de efectuar el estudio en un país diferente y de esta manera documentar que es un instrumento de medición suficientemente aprobado como herramienta útil para evaluar el grado de severidad del síndrome de abstinencia al alcohol.

HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA:

No existe confiabilidad o validez en la aplicación de la escala CIWA-Ar en castellano para evaluar la severidad del síndrome de abstinencia al alcohol en población mexicana.

HIPOTESIS ALTERNA:

La escala CIWA-Ar en castellano es confiable y válida para evaluar la severidad del síndrome de abstinencia al alcohol en población mexicana.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Utilizar la escala CIWA-Ar validada al castellano en pacientes mexicanos con síndrome de abstinencia al alcohol.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Validar la escala CIWA- Ar al castellano para clasificar la severidad del síndrome de abstinencia al alcohol en leve, moderada y severa.
- Utilizar esta validación para homogenizar el tratamiento en pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol, por parte del personal de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS:

DISEÑO:

- Número de muestras a estudiar: uno analítico.
- Conocimiento que tienen los investigadores de los factores del estudio: Simple ciego.
- Participación del investigador: Observacional.
- Según el tiempo en recolección de los datos: Prospectivo.
- Según el análisis y relación que guardan entre sí los datos: Transversal.
- Pruebas de diagnóstico: Escala CIWA-Ar: estándar de oro para evaluar severidad del síndrome de abstinencia al alcohol.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Todos los pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol, que ingresen en el Hospital General de Ticomán y Xoco de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en un periodo de Enero del 2010 a Julio del 2011.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1. Criterios de Inclusión:

- Sujetos con diagnóstico de síndrome de abstinencia al alcohol.
- Edad mayor de 18 años.

2. Criterios de exclusión:

- Antecedente de TCE.
- Intoxicación por metanol u otras drogas como: cocaína, cannabis etc.
- Presencia de enfermedad psiquiátrica previa.

3. Criterios de eliminación:

- Muerte

4. Criterios de interrupción:

- Enfermedad cardiaca
- Decisión del paciente

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La selección de la muestra será de pacientes con síndrome de abstinencia del alcohol consecutivo, los cuales se encuentren hospitalizados en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Ticomán y Xoco).

Se utilizaron los siguientes criterios estadísticos: nivel de confianza 95%, error muestral 5%.

Tamaño de la muestra:

$$n^1 = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

d^2

Donde:

- $Z_{\alpha/2}^2$ = es de 1.96 cuando el valor de alfa es de 0.05, con una confianza del 95%.
- p = prevalencia poblacional esperada para el evento en estudio (de acuerdo a reportes previos).
- d = diferencia entre el valor esperado (error aceptable)
- Valor de alfa: 5% = 0.05
- Valor de beta: 20% = 0.20
- La prevalencia que se espera obtener :10% = 0.1
- El valor más bajo a detectar: 6% = 0.06
- El valor más alto a detectar: 14% = 0.14
- Error aceptable: 0.1-0.06 = 0.04

Sustituyendo:

$$n^1 = \frac{(1.96)^2 (0.1 (1-0.1))}{(0.04)^2} = \frac{0.345}{0.0016} = 216$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$ = es de 1.96 cuando el valor de alfa es de 0.05 con una confianza del 95%.
- Valor de alfa: 5% = 0.05
- Valor de beta: 20% = 0.20
- La prevalencia que se espera obtener :10% = 0.1
- El valor más bajo a detectar: 6% = 0.06
- El valor más alto a detectar: 14% = 0.14
- Error aceptable: 0.1-0.06 = 0.04

Se necesitan 216 pacientes pero solo existen 100 pacientes en los hospitales de Xoco y Ticomán por lo que se realiza una corrección para población finita.

$$n = \frac{n^1}{1 + n^1 / \text{población existente}}$$

Sustituyendo:

$$n = \frac{216}{1 + (216/100)} = \frac{216}{3.16} = 68$$

Muestra: 68 pacientes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Ítems de la escala CIWA-Ar.	Cualitativas, ordinales, dependientes	La ingesta de alcohol: variable independiente Severidad del síndrome de abstinencia al alcohol: variable dependiente.
-----------------------------	---------------------------------------	--

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACION	INDICADOR	NIV DE MEDICION	VALOR
NAUSEA	Dep.	SENSACION DE VOMITAR	RAZON	ORDINAL	0-7
TEMBLOR	Dep.	MOVIMIENTO INVOLUNTARIO	RAZON	ORDINAL	0-7
SUDORACION PAROXISTICA	Dep.	TRANSPIRACION EXCESIVA	RAZON	ORDINAL	0-7
ANSIEDAD	Dep.	SENSACION DE PELIGRO	RAZON	ORDINAL	0-7
ALUCINACIONES TACTILES	Dep.	PERCEPCION DE SER TOCADO O TENER ALGO EN LA PIEL	RAZON	ORDINAL	0-7
ALUCINACIONES AUDITIVAS	Dep.	PERCEPCION SENSORIAL DE ESCUCHAR ALGO SIN ESTIMULO EXTERNO	RAZON	ORDINAL	0-7
ALUCINACIONES VISUALES	Dep.	PERCEPCION SENSORIAL DE VER ALGO SIN ESTIMULO EXTERNO	RAZON	ORDINAL	0-7
CEFALEA	Dep.	DOLOR LOCALIZADO EN LA CABEZA	RAZON	ORDINAL	0-7
AGITACION	Dep.	ESTADO DE INQUIETUD O ACTIVIDAD CONTINUA NO ENFOCADA A UN OBJETIVO	RAZON	ORDINAL	0-7
ORIENTACION	Dep.	LUCIDEZ EN TIEMPO, PERSONA O LUGAR	RAZON	ORDINAL	0-7

ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Pacientes que se encuentren en los hospitales de Ticomán y Xoco con diagnóstico de síndrome de abstinencia al alcohol, quienes de manera consecutiva serán evaluados en 2 mediciones con la escala CIWA-Ar, clasificando el síndrome de abstinencia alcohólica en leve, moderada o grave de acuerdo al resultado de puntos de la escala CIWA-Ar en castellano.

PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN, SE REALIZARAN 2 FASES DEL ESTUDIO:

PRIMERA FASE:

- Se seleccionó el mejor instrumento de medición para determinar la severidad del síndrome de abstinencia al alcohol: la escala CIWA-Ar en inglés.
- Se realizó la traducción del instrumento del idioma inglés al castellano y posteriormente del castellano al inglés; el autor principal realizó la primera traducción del inglés al español, posteriormente se realizó la traducción del español al inglés, esta traducción realizada por un traductor bilingüe sin conocimientos en medicina. Las diferentes traducciones obtenidas fueron analizadas por un comité de revisión (investigadores participantes) quienes realizaron propuestas de mejora y cambio en los ítems, dicho ajuste se realizó, teniendo en cuenta la definición conceptual, hasta obtener preguntas adecuadamente formuladas para el grupo de pacientes en estudio; determinando la presentación del formato para la escala CIWA-Ar en castellano. (ANEXO 1).
- Se realizó una Prueba piloto, con la aplicación del instrumento de medición traducido al idioma español en 15 sujetos (n=5 residentes de MI, n=5 residentes de urgencias, n=5 pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol con severidad leve), que cumplieran con los criterios de selección, esto con el objetivo de valorar comprensión de los ítems, ambigüedad de los ítems, frecuencia de respuesta, intervalo de respuesta; así como la utilidad de la escala a través de tiempo para realizar el instrumento, necesidad de entrenamiento y facilidad de calificación.

SEGUNDA FASE:

- Aplicación del instrumento de medición: la escala CIWA-Ar en castellano, en el tamaño de muestra obtenida; n= 71 hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de síndrome de abstinencia al alcohol.
- Cada paciente tuvo dos mediciones con la escala CIWA-Ar en castellano, definido como medición inicial y medición final.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

La variable dependiente analizada fue el síndrome de abstinencia al alcohol y los grados de severidad.

Se calcularon frecuencias absolutas del grado de severidad del síndrome de abstinencia al alcohol entre las dos mediciones. En el análisis de confiabilidad se evaluó consistencia interna, a través del estadístico Alfa de Cronbach; se utilizó un análisis de varianza de mediciones repetidas para calcular el coeficiente de Correlación Intra-clase para medir la confiabilidad test-retest. Otros métodos estadísticos utilizados fueron: correlación de Pearson, prueba t para muestras relacionadas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 19.

ASPECTOS ETICOS:

- Se firmara un consentimiento informado inicialmente por los familiares y una vez estando el paciente en condiciones, decidirá confirmar el consentimiento informado. (Recordando que el deber del médico en la investigación es el de proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los sujetos que participan en la investigación).
- Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
 - Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.
 - Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado
 - Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección III, investigación con riesgo mayor al mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado.

La hoja de recolección de datos será la escala CIWA-Ar en castellano como sigue:

ESCALA DE VALORACION DE SEVERIDAD DEL SINDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL

Paciente _____ Expediente _____
Edad: _____
Fecha _____ Hora: _____ hrs.
Pulso o FC: _____ TA: _____

NAUSEA Y VOMITO: Preguntar ¿Se siente enfermo del estómago? ¿Ha vomitado?

Observación

- 0 No náusea y no vómito.
- 1 Náusea leve, no vómito.
- 2
- 3
- 4 Náusea intermitente con arcadas, no vómito.
- 5
- 6
- 7 Náusea constante, arcadas frecuentes y vómito.

TEMBLOR: pedir al paciente tener brazos extendidos y dedos separados.

Observación:

- 0 Sin temblor.
- 1 no visible pero puede sentirse al tocar las yemas de los dedos.
- 2
- 3
- 4 Moderado, con los brazos extendidos.
- 5
- 6
- 7 Severo aun con los brazos no extendidos.

SUDORACION PAROXISTICA

Observación:

- 0 Sudoración no visible
- 1 Sudoración apenas perceptible, palmas húmedas
- 2
- 3
- 4 Gotas de sudor en la frente.
- 5
- 6
- 7 Empapado por sudor.

ANSIEDAD: Pregunte: ¿Se siente nervioso?

Observación:

- 0 Sin ansiedad.
- 1 Ansiedad leve.
- 2
- 3
- 4 Ansiedad moderada o en vigilancia así se infiere la ansiedad.
- 5
- 6
- 7 Equivalente a estado de pánico agudo como se ve en el delirium severo o en reacciones esquizofrénicas agudas.

AGITACION

Observación:

- 0 Actividad normal.
- 1 Ligeramente mayor que la actividad normal.
- 2
- 3
- 4 Moderadamente inquieto e intranquilo.
- 5
- 6
- 7 Se mueve de adelante hacia atrás durante la mayor parte de la entrevista o constantemente agitado.

ALTERACIONES TACTILES: Pregunte: ¿siente comezón, sensación de picaduras de alfileres o agujas, ardor, entumecimiento o siente insectos arrastrándose sobre o debajo de la piel? ¿siente cosas sobre su piel que sabe que no están ahí?

Observación:

- 0 Ninguna
- 1 Muy leve comezón, sensación de picaduras de agujas, ardor o entumecimiento.
- 2 Leve comezón, sensación de agujas ardor o entumecimiento.
- 3 Moderada comezón, sensación de agujas ardor o entumecimiento.
- 4 Alucinaciones moderadamente severas
- 5 Alucinaciones severas
- 6 Alucinaciones extremadamente severas
- 7 Alucinaciones continuas.

ALTERACIONES AUDITIVAS: Pregunte:

¿Está más atento a los sonidos que le rodean? ¿Son desagradables? ¿Lo asustan? ¿Está escuchando alguna cosa que le molesta? ¿Está escuchando cosas que sabe que no están?

Observación.

- 0 No están presentes
- 1 Muy leves sonidos atemorizantes y molestos
- 2 leves sonidos atemorizantes y molestos
- 3 Moderadamente atemorizantes y molestos
- 4 Alucinaciones moderadamente graves
- 5 Alucinaciones graves
- 6 Alucinaciones graves en extremo
- 7 Alucinaciones continuas

ALTERACIONES VISUALES : Pregunte ¿la luz le parece estar muy brillante? ¿Le molesta en los ojos? ¿Está viendo cosas que le molestan? ¿Está viendo cosas que sabe que no están ahí?

Observación:

- 0 No están presentes.
- 1 Sensibilidad muy leve.
- 2 Sensibilidad leve.
- 3 Sensibilidad moderada.
- 4 Alucinaciones moderadamente graves.
- 5 Alucinaciones graves.
- 6 Alucinaciones graves en extremo.
- 7 Alucinaciones continuas.

CEFALEAS, PESADEZ DE CABEZA:

Pregunte: ¿Su cabeza se siente diferente?
¿Siente como si tuviera una banda alrededor de la cabeza?

No calificar por mareo o aturdimiento. Si no es así califique la gravedad

- 0 No están presentes
- 1 Muy leve
- 2 Leve
- 3 Moderado
- 4 Moderadamente grave
- 5 Grave
- 6 Muy grave
- 7 Extremadamente grave

ORIENTACIÓN Y CAPACIDAD DEL

SENSORIO: Pregunte ¿Qué día es hoy?,
¿Dónde está?, ¿Quién soy yo?.

Observación:

- 0 Orientado y puede hacer sumas seriadas.
- 1 No puede hacer sumas seriadas o está inseguro sobre la fecha.
- 2 Desorientado en la fecha por no más de dos días del calendario.
- 3 Desorientado en la fecha por más de dos días del calendario.
- 4 Desorientado en lugar y/o persona.

Total puntaje CIWA-Ar: _____

Calificadores iniciales: _____

Máximo puntaje posible: 67

Sullivan, J.T.; Sykora, K.; Schneiderman, J.; Naranjo, C.A.; and Sellers, E.M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction* 84:1353-1357, 1989.

RECURSOS.

1. Recursos Humanos.

Investigador: Dra. Kenia Hernández Andraca.

Actividad: captación de pacientes, recolección de datos.

Número de horas por semana: 10 hrs.

Tutor: Dr. Germán Vargas Ayala.

Actividad: accesoria metodológica, análisis de los datos.

Número de horas por semana: 5

Cotutor: Dr. Fidel Cerda Téllez.

Actividad: accesoria metodológica, captación de pacientes, análisis de los datos

Número de horas por semana: 5

2. Recursos materiales.

Los recursos que se requiere adquirir son:

Hojas de papel, impresora, cartucho para impresora, lápices.

3. Recursos financieros.

Los recursos se obtendrán de los investigadores involucrados.

RESULTADOS.

De un total de 71 Pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol, tuvieron una media de edad de 42.42, la mediana y la moda fue de 43 y 45 años respectivamente, con intervalo entre 23 a 66 años de edad, esto nos muestra las edades predominantes en los sujetos estudiados, la desviación estándar (DS) fue de 8.3. (FIGURA. 1). Solo una mujer formo parte de los sujetos en estudio (FIGURA.2).

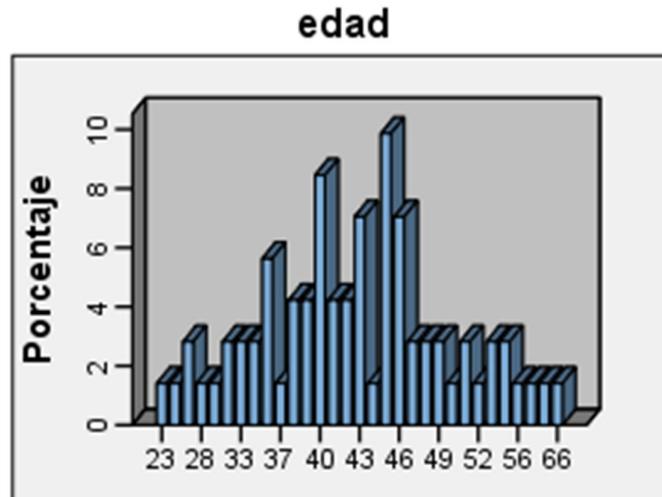


FIGURA. 1.



FIGURA.2

De los 71 pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol evaluados con la escala CIWA-Ar en castellano entre la medición inicial fue: 18 pacientes (25.35%) se clasificaron en forma leve, 13 (18.31%) en moderada y 40 (56.33%) en severa; con una media de 2.31 y DS de .855; y en la medición final, 13 pacientes (18.31%) se clasificaron en forma leve, 16 (22.53%) moderada y 42 (59.15) severa; con una media de 2.41 y DS de .785.(FIGURA.3 y 4).

FIGURA. 3.

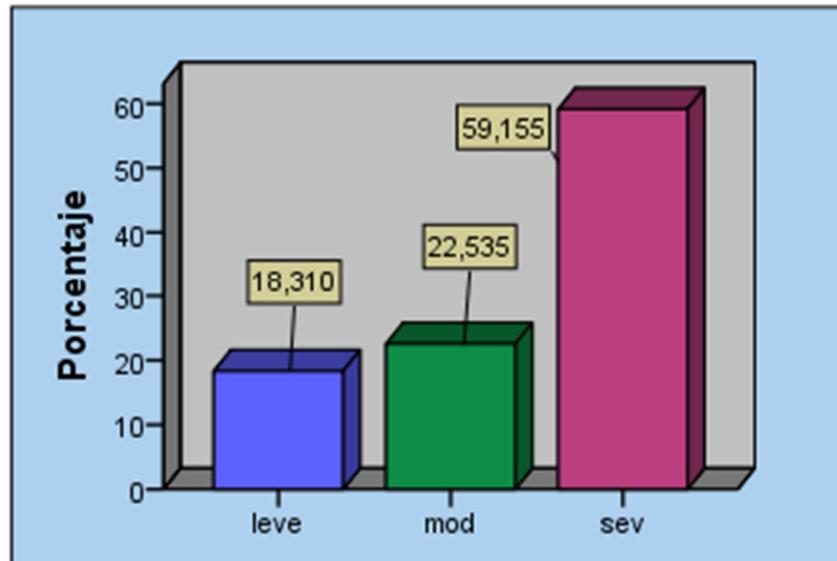
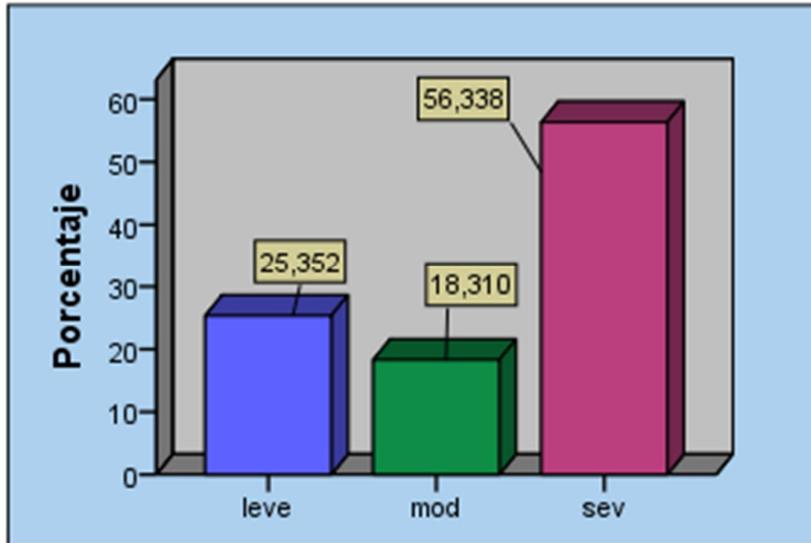


FIGURA.4.

ANALISIS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

El índice de consistencia interna fue: $\alpha = 0.894$

En las tablas 1 y 2 se muestran los datos de confiabilidad de cada ítem que al correlacionar con el total del instrumento, encontramos índices con baja correlación en los ítems de la primera medición: Cefalea $r = .091$; ítem Nausea-vómito $r = .271$, con un nuevo valor de confiabilidad si se elimina este elemento de $.912$ y $.905$ respectivamente; en la segunda medición, en el ítem Cefalea $r = .143$, con un nuevo valor de confiabilidad de la escala si se elimina este elemento de $.907$.

TABLA 1	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Nausea-Vómito	18,94	158,140	,271	,905
Temblor	16,08	124,021	,830	,871
Sudoración	17,32	128,508	,735	,879
Ansiedad	17,80	129,989	,722	,880
Alt. Táctiles	18,86	154,008	,403	,898
Alt. Auditivas	18,20	131,446	,876	,870
Alt. Visuales	17,87	126,369	,880	,867
Cefalea	18,83	165,028	,091	,912
Agitación	16,62	122,782	,840	,870
Orientación	17,56	148,907	,672	,887

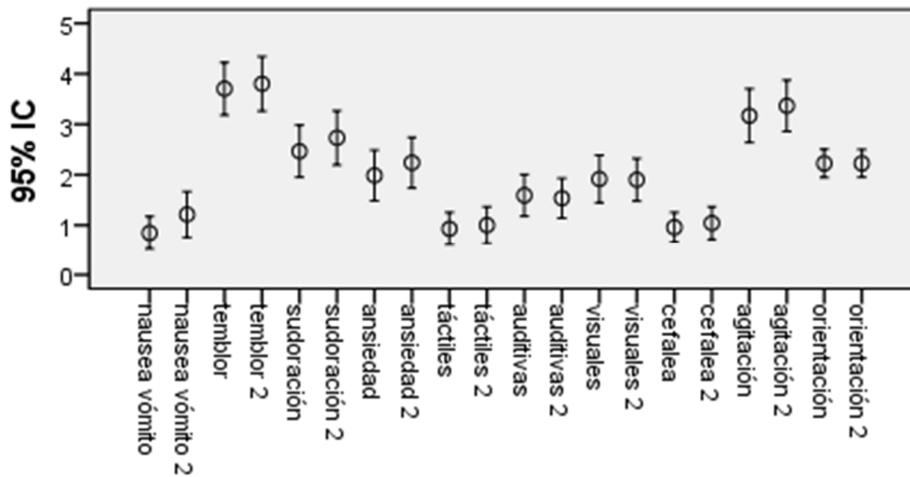
TABLA.2.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Nausea-vómito 2	19,85	148,447	,509	,890
Temblores 2	17,25	130,449	,772	,871
Sudoración 2	18,32	132,108	,742	,874
Ansiedad 2	18,82	134,266	,759	,872
Táctiles 2	20,06	157,940	,404	,895
Auditivas 2	19,52	142,482	,773	,873
Visuales 2	19,15	137,704	,838	,868
Cefalea 2	20,01	168,986	,143	,907
Agitación 2	17,69	133,417	,765	,872
Orientación 2	18,83	156,371	,627	,885

También se calculó la confiabilidad test- Re test a través del modelo de análisis de varianza de medidas repetidas cuyo resultado fue: $\rho I = .843$

Se aplicó una prueba de Spearman para ver correlaciones entre los puntajes de ambas mediciones, el valor de Rho = .886 ($p = .001$).

La consistencia entre las medias de los ítems fueron analizadas con mediciones repetidas encontrando diferencias entre las medias de cada ítem. (Grafico 1)

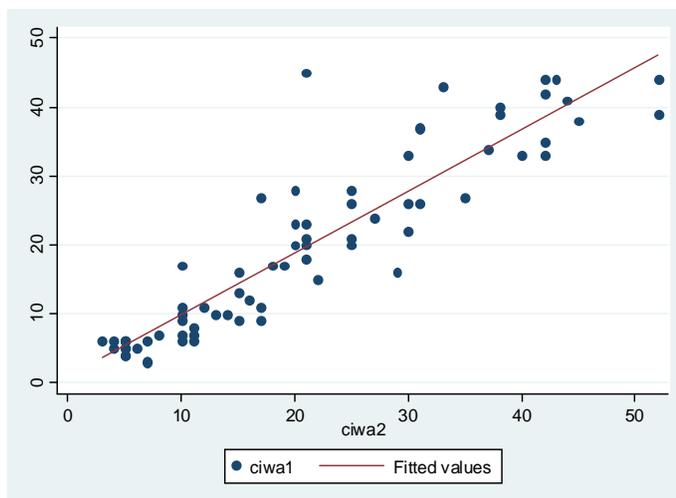


En la tabla 3 se muestran los resultados de una prueba t para muestras relacionadas para conocer los cambios que se presentaron antes y después de la aplicación de la escala CIWA-Ar en castellano. En todos los ítems no se encontraron diferencias significativas entre sus medias, en esta evaluación; excepto en el ítem náusea-vómito. $t_{(70)} = -2.333$; $p < 0.023$; entre las mediciones antes y después con una media de .85 y media 1.21 respectivamente. (TABLA.3.)

Tabla 3. Diferencias relacionadas						t	p
	Media	DS	IC, 95% para la diferencia				
			Inferior	Superior			
Nausea vomito – nausea vomito 2	-,366	1,323	-,679	-,053	-2,333	,023	
temblor – temblor 2	-,099	1,148	-,370	,173	-,723	,472	
sudoración – sudoración 2	-,268	1,287	-,572	,037	-1,752	,084	
ansiedad – ansiedad 2	-,254	1,592	-,630	,123	-1,342	,184	
táctiles – táctiles 2	-,070	1,313	-,381	,240	-,452	,653	
auditivas – auditivas 2	,056	1,081	-,199	,312	,439	,662	
visuales – visuales 2	,014	,886	-,196	,224	,134	,894	
cefalea – cefalea 2	-,085	,824	-,279	,110	-,864	,390	
agitación – agitación 2	-,197	1,238	-,490	,096	-1,342	,184	
orientación – orientación 2	,000	,878	-,208	,208	,000	1,000	

En el análisis de correlación de Pearson los resultados fueron: $r^2= 0.835$ y una $r = .9140$

(Grafico 2).



DISCUSIÓN.

Este estudio epidemiológico está relacionado con la validación de escalas, en este caso una escala de severidad del síndrome de abstinencia al alcohol; (escala CIWA-Ar traducida al castellano) la medición de salud de un sujeto en estudio puede ser a través de indicadores sobre los que un investigador hace una apreciación, convirtiéndose dichos indicadores en instrumentos de medición, en los cuales deben realizarse pruebas de exactitud y confiabilidad. En este estudio a través de los datos obtenidos de la aplicación de la escala a validar, se realizaron métodos estadísticos de confiabilidad y validez, teniendo como resultados indicadores de que la escala CIWA-Ar en castellano puede considerarse un instrumento de medición fiable y con validez para evaluar la severidad del síndrome de abstinencia al alcohol en población mexicana. El tiempo para realizar el instrumento fue de 5 a 8 minutos y fue fácil de calificar; el tiempo entre la primera y segunda medición fue de 15 minutos. Los pacientes representaron una muestra aleatoria de la población estudiada, se observó un mayor número de casos en el grupo de edad de 40 años, considero que la alta frecuencia de este padecimiento en este grupo de edad, esté relacionada probablemente por un mayor tiempo de ingesta de alcohol; Con respecto al género solo uno era femenino, esta diferencia entre hombres y mujeres muestra una mayor proporción del padecimiento en los hombres, ya que para la muestra no se tuvo restricción con respecto al género a la hora de elegir a los sujetos.

Iniciando la búsqueda de un punto de correlación que nos indicara que los ítems están midiendo dominios diferentes del mismo fenómeno encontramos un índice de consistencia interna aceptable: $\alpha = 89.4\%$, al evaluar la estabilidad del instrumento de medición, relacionados con el tiempo de aplicación se utilizó el coeficiente de correlación Intraclase el

cual fue de: $\rho I = .843$, cuyo resultado nos dice que el 84% de la varianza en los puntajes depende de la verdadera varianza entre los sujetos, concordancia casi perfecta de acuerdo con la escala propuesta por Landis y Koch; otorgándose una confiabilidad prueba---re-prueba (test-retest) aceptable. Al correlacionar cada ítem con el total del instrumento para calcular la validez de cada ítem, se observó que los ítems: náusea y cefalea fueron no válidos para la medición del instrumento dando la sensación inicial de que podría ser eliminado el ítem náusea-vómito así como el ítem cefalea; en el ítem Cefalea $r = .091$; ítem Náusea y vómito $r = .271$, con un nuevo valor de confiabilidad si se elimina este elemento de $.912$ y $.905$ respectivamente; en la segunda medición, en el ítem Cefalea: $r = .143$, con un nuevo valor de confiabilidad de la escala si se elimina este elemento de $.907$. Para analizar la existencia de diferencias entre los 10 ítems, se utilizó un modelo lineal general de medidas repetidas observando primero en los contrastes multivariados una significación menor de $.001$, lo que nos dice que existen diferencias significativas entre alguno de los 10 ítems, posteriormente para ver en cuales ítems existía esta diferencia vemos las comparaciones por pares en la que se encontró que hubo diferencias en las medias, pudiendo observar las diferencias en las medias entre las variables observando un valor bajo en los ítems de náusea y cefalea con respecto al resto de los ítems. Corroborando estos resultados en el análisis de correlación de Pearson en el que se observa que los ítems se encuentran fuertemente relacionados con una tendencia lineal de manera positiva, lo que se afirma que relación no es debido al azar.

Estos resultados indican que los ítems de menor validez y fiabilidad para la ayuda de medición del instrumento en el grado de severidad del síndrome de abstinencia al alcohol fueron el ítem cefalea y el ítem de náusea- vómito por lo que se sugiere que se podrían eliminar ya que las diferencias observadas, concluyen que no tienen una validez estadísticamente significativa para la ayuda en la medición de la severidad del síndrome de

abstinencia al alcohol y además al eliminarlos mejoran la confiabilidad de la escala. Sin embargo existen algunas limitaciones en el estudio:

En la mayoría de estudios de validación de escalas, se incluye generalmente otro instrumento que mida el mismo fenómeno a estudiar, con el fin de asegurar la fiabilidad y validez del nuevo instrumento a validar. En nuestro estudio no comparamos con otro instrumento de medición, sin embargo conociendo que existen métodos que se han tomado como validaciones sin serlo (solo traducciones o solo pruebas de concordancia), se decidió utilizar los métodos estadísticos de confiabilidad y validez sugeridos por organizaciones de expertos en este tema de validación, con el fin de respaldar que los resultados sean confiables, ya que esto dará validez a las conclusiones, y probablemente sea una base en la toma de decisiones clínicas que se apoyen en esta investigación.

Un aspecto positivo fue el que la escala CIWA-Ar es el estándar de oro para determinar la severidad del síndrome de abstinencia al alcohol.

En el futuro será necesario mejorar este estudio utilizando la nueva escala CIWA-Ar en castellano propuesta con 8 o 9 ítems (dependiendo si el investigador decide eliminar 1 o los 2 ítems con menor validez reportados en este estudio) con la escala CIWA-Ar en castellano con 10 ítems para determinar la validez de la nueva escala propuesta.

CONCLUSION

Tras los análisis realizados, podemos concluir que la Escala CIWA-Ar en castellano, es un instrumento de medición confiable y con validez para determinar la severidad del síndrome de abstinencia al alcohol en población mexicana. Ya que demostró tener una consistencia interna y una confiabilidad prueba-reprueba satisfactoria, siendo fácil su aplicación, sin requerir de entrenamiento complejo. Es por eso que proponemos la utilización de esta escala, para su empleo generalizado en todas las unidades hospitalarias que atiendan a pacientes con síndrome de abstinencia al alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.-Thomas r. Kosten, Patrick G O'connor, Management of drug and alcohol withdrawal, *New england journal medic* 2003 348: 1786-95.
- 2.-Max Bayard, Jonah McIntyre, Keith R. Hill, and Jack Woodside, Jr. Alcohol withdrawal syndrome. *Am fam physician* 2004;69:1443-50
- 3.- Jeffrey A. Kraut and Ira Kurtz; Toxic alcohol ingestions: clinical features, diagnosis, and management, *clin j am soc nephrol* 3: 208-225,2008
- 4.- Paula A. Worby, Kurt C. Organista Alcohol use and problem drinking among male mexican and central american im/ migrant laborers, *hispanic journal of behavioral sciences* volume 29,numero 4 noviembre 2007 413-455
- 5.- Michael F. Mayo-smith, Mph; Lee H. Beecher; Timothy I. Fischer; David A. Gorelick; Jeanette I. Guillaume; Arnold hill; Gail Jara; Chris Kasser; John Melbourne, Management of alcohol withdrawal delirium *arch intern med.* 2004;164:1405-1412
- 6.-tom palmstierna. a model for predicting alcohol withdrawal delirium *psychiatric services* 52:820–823, 2001
- 7.-anne m. holbrook, pharmd; renée crowther; ann lotter; chiachen cheng; derek king, bmath diagnosis and management of acute alcohol withdrawal *cmaj* 1999;160:675-80
- 8.- kevin fiscella, md, mph, naomi pless, md, sean meldrum, ms, and paul fiscella, jd alcohol and opiate withdrawal in us jails *am j public health.* 2004;94:1522–1524
- 9.-anne m. holbrook, pharmd; renée crowther; ann lotter; chiachen cheng; derek king, bmath meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal *cmaj* 1999;160:649-55.
- 10.- ashwin a. patkar, raman gopalakrishnan, prakash c. naik¹, heather w. murray, michael j. vergare and charles a. marsden, changes in plasma noradrenaline and serotonin levels and craving during alcohol withdrawal *alcohol & alcoholism* vol. 38, no. 3, pp. 224–231, 2003
- 11.-m. lucht, k. u. kuehn, j. armbruster, g. abraham, m. gaensicke, s. barnow, h. tretzel and h. j. freyberger. alcohol withdrawal treatment in intoxicated vs non-intoxicated patients: a controlled open-label study with tiapride/carbamazepine, clomethiazole and diazepam *alcohol & alcoholism* vol. 38, no. 2, pp. 168–175, 2003
- 12.- claudia d. spies, and hans rommelspacher alcohol withdrawal in the surgical patient: prevention and treatment *anesth analg* 1999;88:946–54
- 13.- a. foy, j. kay and a. taylor the course of alcohol withdrawal in a general hospital *q j med* 1997; 90:253–261
- 14.-jean-bernard daeppen; pascal gache; ulrika landry; eva sekera; verena schweizer; stephane gloor; bertrand yersin, symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal *arch intern med.* 2002;162:1117-1121

- 15.- John T.Sullivan, Ch.B.,Kathy Sykora, Joyce Schneiderman y colaboradores; Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) *British Journal of addiction* (1989) 84,1353-1357.
- 16.-tilman wetterling, bernhard weber, markus depfenhart, barbara schneider and klaus junghanns. development of a rating scale to predict the severity of alcohol withdrawal syndrome. *alcohol & alcoholism* vol. 41, no. 6, pp. 611–615, 2006.
- 17.- john michael bostwick, maria i. lapid. false positives on the clinical institute withdrawal assessment for alcohol—revised: is this scale appropriate for use in the medically ill? *psychosomatics* 45:3, may-june 2004.
- 18.- pc.naik,j. lawton and w. brownell. comparing general practitioners and specialist alcohol services in the management of alcohol withdrawal. *psychiatric bulletin* (2000), 24,214-215.
- 19.- david williams, julia lewis and andrew mcbride. a comparision of rating scales for the alcohol – withdrawal syndrome. *alcohol & alcoholism* vol 36, no 2, pp. 104- 108, 2001.
- 20.- tilman wetterling, rolf-deter kanttz, bettina besters, dorothea fischer y colaboradores, a new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (aws scale). *alcohol & alcoholism* vol. 32, no. 6, pp. 753-760, 1997.
- 21.-Mary Clare Sarff, Jeffrey A Gold. Alcohol Withdrawal syndromes in the intensive care unit; *Crit Care Med* 2010 vol 38, Num 9.
- 22.- Alcohol Alert number 72 April 2007. *Alcohol Research & health* volume 30 number1 2007
- 23.- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2007. En *Guías de recomendaciones del alcohol España*.
- 24.- SÁIZ, P.A.; G-PORTILLA, M^a P.; PAREDES, M.^a B.; BASCARÁN, M^a. T.; BOBES, J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo, *ADICCIONES* (2002), VOL. 14, SUPL. 1.
- 25.- Management of substance abuse, process of translation and adaptation of instruments, World Health Organization, (fecha de consulta: 18 de Febrero del 2011) disponible en <http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/and/adaptation/of/instruments>.

ESCALA DE VALORACION DE SEVERIDAD DEL SINDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL

Paciente _____
Edad: _____
Fecha _____ Hora: _____ hrs.
Pulso o FC: _____ TA: _____

NAUSEA Y VOMITO: Preguntar ¿Se siente enfermo del estómago? ¿Ha vomitado?

- Observación
- 0 No náusea y no vómito.
 - 1 Náusea leve, no vómito.
 - 2
 - 3
 - 4 Náusea intermitente con arcadas, no vómito.
 - 5
 - 6
 - 7 Náusea constante, arcadas frecuentes y vómito.

TEMBLOR: pedir al paciente tener brazos extendidos y dedos separados.

- Observación:
- 0 Sin temblor.
 - 1 no visible pero puede sentirse al tocar las yemas de los dedos.
 - 2
 - 3
 - 4 Moderado, con los brazos extendidos.
 - 5
 - 6
 - 7 Severo aun con los brazos no extendidos.

SUDORACION PAROXISTICA

- Observación:
- 0 Sudoración no visible
 - 1 Sudoración apenas perceptible, palmas húmedas
 - 2
 - 3
 - 4 Gotas de sudor en la frente.
 - 5
 - 6
 - 7 Empapado por sudor.

ANSIEDAD: Pregunte: ¿Se siente nervioso?

- Observación:
- 0 Sin ansiedad.
 - 1 Ansiedad leve.
 - 2
 - 3
 - 4 Ansiedad moderada o en vigilancia así se infiere la ansiedad.
 - 5
 - 6
 - 7 Equivalente a estado de pánico agudo como se ve en el delirium severo o en reacciones esquizofrénicas agudas.

AGITACION

- Observación:
- 0 Actividad normal.
 - 1 Ligeramente mayor que la actividad normal.
 - 2
 - 3
 - 4 Moderadamente inquieto e intranquilo.
 - 5
 - 6
 - 7 Se mueve de adelante hacia atrás durante la mayor parte de la entrevista o constantemente agitado.

ALTERACIONES TACTILES: Pregunte: ¿siente comezón, sensación de picaduras de alfileres o agujas, ardor, entumecimiento o siente insectos arrastrándose sobre o debajo de la piel? ¿siente cosas sobre su piel que sabe que no están ahí?

- Observación:
- 0 Ninguna
 - 1 Muy leve comezón, sensación de picaduras de agujas, ardor o entumecimiento.
 - 2 Leve comezón, sensación de agujas ardor o entumecimiento.
 - 3 Moderada comezón, sensación de agujas ardor o entumecimiento.
 - 4 Alucinaciones moderadamente severas
 - 5 Alucinaciones severas
 - 6 Alucinaciones extremadamente severas
 - 7 Alucinaciones continuas.

ALTERACIONES AUDITIVAS: Pregunte: ¿Está más atento a los sonidos que le rodean? ¿Son desagradables? ¿Lo asustan? ¿Está escuchando alguna cosa que le molesta? ¿Está escuchando cosas que sabe que no están?

- Observación.
- 0 No están presentes
 - 1 Muy leves sonidos atemorizantes y molestos
 - 2 leves sonidos atemorizantes y molestos
 - 3 Moderadamente atemorizantes y molestos
 - 4 Alucinaciones moderadamente graves
 - 5 Alucinaciones graves
 - 6 Alucinaciones graves en extremo
 - 7 Alucinaciones continuas

ALTERACIONES VISUALES : Pregunte ¿la luz le parece estar muy brillante? ¿Le molesta en los ojos? ¿Está viendo cosas que le molestan? ¿Está viendo cosas que sabe que no están ahí?

- Observación:
- 0 No están presentes.
 - 1 Sensibilidad muy leve.
 - 2 Sensibilidad leve.
 - 3 Sensibilidad moderada.
 - 4 Alucinaciones moderadamente graves.
 - 5 Alucinaciones graves.
 - 6 Alucinaciones graves en extremo.
 - 7 Alucinaciones continuas.

CEFALEAS, PESADEZ DE CABEZA:

Pregunte: ¿Su cabeza se siente diferente?
¿Siente como si tuviera una banda alrededor de la cabeza?

No calificar por mareo o aturdimiento. Si no es así califique la gravedad

- O No están presentes
- 1 Muy leve
- 2 Leve
- 3 Moderado
- 4 Moderadamente grave
- 5 Grave
- 6 Muy grave
- 7 Extremadamente grave

ORIENTACIÓN Y CAPACIDAD DEL

SENSORIO: Pregunte ¿Qué día es hoy?,
¿Dónde está?, ¿Quién soy yo?.

Observación:

- 0 Orientado y puede hacer sumas seriadas.
- 1 No puede hacer sumas seriadas o está inseguro sobre la fecha.
- 2 Desorientado en la fecha por no más de dos días del calendario.
- 3 Desorientado en la fecha por más de dos días del calendario.
- 4 Desorientado en lugar y/o persona.

Total puntaje CIWA-Ar: _____

Calificadores iniciales: _____

Máximo puntaje posible: 67

Sullivan, J.T.; Sykora, K.; Schneiderman, J.; Naranjo, C.A.; and Sellers, E.M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction* 84:1353-1357, 1989.