



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA “DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA”

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Psiquiatría.

**“Predicción del síndrome de abstinencia por alcohol mediante la
aplicación de la escala PAWSSm: estudio piloto.”**

Dra. Gabriela Nohemí Pardo Hernández.

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. César Guillermo González Salinas.

DIRECTORA METODOLÓGICA

Dra. Evelyn Van Brussel.

Febrero 2024.



Predicción del síndrome de abstinencia por alcohol mediante la aplicación de la escala PAWSSm: estudio piloto. © 2024 Por Gabriela Nohemí Pardo Hernández. Se distribuye bajo [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Psiquiatría.

"Predicción del síndrome de abstinencia por alcohol mediante la aplicación de la escala PAWSSm: estudio piloto."

Dra. Gabriela Nohemí Pardo Hernández.

No. de CVU del CONACYT: 1070012; Identificador de ORCID: 0009-0006-0562-6055
DIRECTOR CLÍNICO

Dr. César Guillermo González Salinas.

No. de CVU del CONACYT: 478956; Identificador de ORCID: 0000-0001-6401-3773.
DIRECTORA METODOLÓGICA

Dra. Evelyn Van Brussel.

No. de CVU del CONACYT: 966285; Identificador de ORCID: 0000-0002-0903-726X.

SINODALES

Dr. Andrés Rodríguez Delgado
Presidente

Dra. Guadalupe María Mayela Pérez Sandoval
Sinodal

Dra. Marisol Orocio Contreras
Sinodal

Dra. Nélida Linett Ibañez García
Sinodal suplente

Febrero 2024.

1. RESUMEN.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio fue evaluar la predicción del Síndrome de abstinencia por alcohol mediante la aplicación de la Escala de Predicción de Síndrome de Abstinencia de Alcohol modificada en pacientes ingresados en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” que tuvieran Trastorno por Consumo de Alcohol, así como evaluar otros factores que se podrían asociar con el desarrollo de la abstinencia. **Metodología:** Se trata de un estudio piloto, de prueba pronóstica en el cual se incluyeron 30 pacientes hospitalizados mayores de 18 años, con un trastorno por consumo de alcohol diagnosticado mediante el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol. En las primeras 24 horas de estancia se aplicó la escala principal del estudio; a las 72 horas de internamiento se reevaluaron los pacientes en búsqueda de síntomas de abstinencia. El análisis estadístico se realizó por medio del software estadístico R-Studio. Se evaluó el mejor valor del puntaje de la escala mediante curva ROC. En un análisis secundario se describieron las variables de los pacientes que desarrollaron síndrome de abstinencia alcohólica con los que no lo desarrollaron mediante un análisis bivariado. Para las variables continuas se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba exacta de Fisher y, por último, se realizó un análisis de regresión logística. **Resultados:** Se descartaron 9 pacientes que no cumplieron criterios de inclusión. Todos los pacientes incluidos (30) y que desarrollaron abstinencia alcohólica fueron masculinos. A mayor edad y más años de consumo, tuvieron mayor riesgo de presentarlo. El síndrome severo lo desarrollaron 10 pacientes. No se encontró relación con el consumo de otras sustancias nocivas. Se observó que la escala PAWSSm tiene una sensibilidad del 50% y especificidad de 100%, así como un valor predictivo positivo de 100% y negativo de 42%. **Conclusión:** La escala principal de este estudio tiene buena especificidad así como rendimiento diagnóstico para predecir el síndrome de abstinencia alcohólica.

Palabras clave: Trastorno por consumo de alcohol, Síndrome de abstinencia Alcohólica, PAWSSm, CIWA-ar.

2. ÍNDICE.

Página

1. Resumen	1
2. Índice	2
3. Lista de cuadros	4
4. Lista de figuras	5
5. Lista de abreviaturas	6
6. Lista de definiciones	7
7. Búsqueda Sistemática	8
8. Dedicatorias	9
9. Agradecimientos	10
10. Antecedentes	11
11. Justificación	21
12. Pregunta de Investigación	22
13. Hipótesis	23
14. Objetivos	24
15. Sujetos y métodos	25
15.1. Diseño del estudio	25
15.2. Lugar de Realización.....	25
15.3. Universo de estudio.....	25
15.4. Criterios de inclusión.....	25
15.4.1. Inclusión.....	25
15.4.2. Exclusión.....	25
15.4.3. Eliminación.....	26
15.5. Variables en el estudio.....	26
15.6. Tipo de muestreo.....	28
15.7. Prueba piloto.....	28
15.8. Cálculo de muestra.....	28
15.9. Método de aleatorización.....	29
16. Análisis estadístico	29
17. Análisis descriptivo	29

18. Plan de trabajo	29
19. Ética	31
20. Resultados	32
20.1. Características generales del grupo de estudio	32
20.2. Características sociodemográficas	33
20.3. Resultados de escala PAWSSm	33
20.4. Resultados y análisis de las escalas	34
20.5. Análisis de la escala PAWSSm	36
20.6. Análisis de las variables de control	38
21. Discusión	41
22. Limitaciones	42
23. Conclusiones	43
24. Bibliografía	44
25. Anexos	
Anexo 1 Escala AUDIT	49
Anexo 2 Escala ASSIST	50
Anexo 3 Escala MINDS	52
Anexo 4 Escala CIWA-Ar.....	53
Anexo 5 Escala PAWSSm	54
Anexo 6 Carta de consentimiento informado.....	55
Anexo 7 Modelo de revocación de consentimiento informado	64
Anexo 8 Hoja de recolección de datos	65

3. LISTA DE CUADROS

Página

Cuadro 1. Cuadro clínico del Síndrome de abstinencia por Alcohol y Delirium Tremens	17
Cuadro 2. Características sociodemográficas de los pacientes	33
Cuadro 3. Respuestas a escala de PAWSSm	34
Cuadro 4. Resultados de las escalas en pacientes sin abstinencia.....	35
Cuadro 5. Resultados de las escalas en pacientes con abstinencia	35
Cuadro 6. Comparación de puntaje de las escalas entre los grupos con abstinencia vs sin abstinencia	36
Cuadro 7. Rendimiento diagnóstico de la escala de PAWSSm para SAA	37
Cuadro 8. Características de los grupos de estudio (variables continuas)	38
Cuadro 9. Características de los grupos de estudio (variables categóricas)	39
Cuadro 10. Análisis de regresión logística	39

4. LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Flujograma de pacientes	23
Figura 2. Rendimiento diagnóstico de la escala de PAWSSm para SAA	24

5. LISTA DE ABREVIATURAS.

- **ASSIST** (por sus siglas en inglés): Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.
- **AUDIT** (por sus siglas en inglés): Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol.
- **AVAD**: Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
- **AVSP**: años de vida saludable perdidos.
- **AWS** (por sus siglas en inglés): Escala del Síndrome de Abstinencia Alcohólica.
- **CIWA-ar** (por sus siglas en inglés): Escala del Instituto Clínico de Evaluación de la supresión alcohólica.
- **DT**: Delirium Tremens.
- **ENCODAT**: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco.
- **ENSANUT**: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- **GABA** (por sus siglas en inglés): Ácido gamma aminobutírico.
- **MINDS** (por sus siglas en inglés): Escala de Desintoxicación de Minnesota.
- **NMDA** (por sus siglas en inglés): Ácido N-Metil-D-Aspártico.
- **OMS**: Organización Mundial de la Salud.
- **OR**: Odds Ratio.
- **PAWSS** (por sus siglas en inglés): Escala de Predicción de Síndrome de Abstinencia de Alcohol.
- **PAWSSm** (por sus siglas en inglés): Escala de Predicción de Síndrome de Abstinencia de Alcohol modificada.
- **SAA**: Síndrome de Abstinencia por alcohol.
- **SNA**: Sistema nervioso autónomo.
- **SNC**: Sistema nervioso central.
- **TCA**: Trastorno por consumo de alcohol.

6. LISTA DE DEFINICIONES.

- **Crisis Convulsivas:** Movimientos súbitos, descontrolados del cuerpo y cambios en el comportamiento que suceden como consecuencia de una actividad eléctrica anormal cerebral.
- **Delirium Tremens:** El paciente presenta síntomas como: desorientación, agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales.
- **Dependencia de alcohol:** enfermedad crónica en la cual una persona siente el deseo de ingerir alcohol ocasionando síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue a pesar de las consecuencias.
- **Síndrome de abstinencia de Alcohol:** conjunto de síntomas que se pueden presentar cuando una persona que ha estado consumiendo alcohol en exceso o con regularidad, de pronto deja o disminuye la cantidad de alcohol que ingiere. Los síntomas que se presentan pueden variar de gravedad.
- **Síndrome de abstinencia de Alcohol severo:** evolución de síntomas de abstinencia alcohólica que involucran agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales o del estado de alerta, manifestaciones neurológicas como crisis convulsivas, delirium tremens y que pueden conducir a la muerte.
- **Trastorno por consumo de alcohol:** patrón de consumo de la sustancia alcohólica el cual provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo en diversas esferas de la vida, por un periodo de al menos 12 meses.
- **Rendimiento diagnóstico:** capacidad de un instrumento para identificar con precisión la presencia o ausencia de una condición médica específica, evaluando la sensibilidad, especificidad, así como otros parámetros como los valores predictivos positivos y negativos.

7. BÚSQUEDA SISTEMÁTICA.

Se realizó una búsqueda de literatura con los siguientes términos:

Alcohol Abstinence [MeSH] OR Alcohol Abstinence [Ti/Ab] OR Abstinence from Ethanol [Ti/Ab] OR Abstinence from Ethanols [Ti/Ab] OR Abstinence, Alcohol [Ti/Ab] OR Abstinence, Ethanol [Ti/Ab] OR Abstinenes, Alcohol [Ti/Ab] OR Alcohol Abstinenes [Ti/Ab] OR Ethanol Abstinence [Ti/Ab].

Alcohol Withdrawal Delirium [MeSH] OR Alcohol Withdrawal Associated Autonomic Hyperactivity [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal Hallucinosi [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal Induced Delirium Tremens [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal-Induced Delirium Tremens [Ti/Ab] OR Autonomic Hyperactivity, Alcohol Withdrawal Associated [Ti/Ab] OR Delirium Tremens [Ti/Ab] OR Delirium Tremens, Alcohol Withdrawal Induced [Ti/Ab] OR Delirium, Alcohol Withdrawal [Ti/Ab] OR Hallucinosi, Alcohol Withdrawal [Ti/Ab].

Alcohol Withdrawal Seizures [MeSH] OR Alcohol Related Seizures [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal Induced Major Motor Seizure [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal Induced Seizure [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal Induced Status Epilepticus [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal Seizure [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal-Induced Major Motor Seizure [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal-Induced Seizure [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal-Induced Seizures [Ti/Ab] OR Alcohol Withdrawal-Induced Status Epilepticus [Ti/Ab] OR Alcohol-Related Seizure [Ti/Ab] OR Alcohol-Related Seizures [Ti/Ab] OR Alcoholic Seizure [Ti/Ab] OR Alcoholic Seizures [Ti/Ab] OR Major Motor Seizure, Alcohol Withdrawal-Induced [Ti/Ab] OR Seizure, Alcohol Withdrawal [Ti/Ab] OR Seizure, Alcohol Withdrawal-Induced [Ti/Ab] OR Seizure, Alcohol-Related [Ti/Ab] OR Seizure, Alcoholic [Ti/Ab] OR Seizures, Alcohol Withdrawal [Ti/Ab] OR Seizures, Alcohol Withdrawal-Induced [Ti/Ab] OR Seizures, Alcohol-Related [Ti/Ab] OR Seizures, Alcoholic [Ti/Ab] OR Status Epilepticus, Alcohol Withdrawal Induced [Ti/Ab] OR Status Epilepticus, Alcohol Withdrawal-Induced [Ti/Ab] OR Withdrawal-Induced Seizure, Alcohol [Ti/Ab] OR Withdrawal-Induced Seizures.

8. DEDICATORIA.

A mi madre, por su apoyo incondicional.

A mi padre, por ser uno de mis motores.

A mi tío Armando, por siempre haber creído en mí.

9. AGRADECIMIENTOS.

A la Dra. Evelyn Van Brussel y al Dr. César Guillermo González Salinas, su apoyo fue esencial para la realización de esta investigación. Gracias por su paciencia, motivación y atención en todo momento.

Agradezco a los profesores del departamento de psiquiatría, en especial a los Doctores Luis Alfonso Grageda Foyo y Jesús Francisco Galván Molina, ya que durante estos cuatro años han sido un valioso pilar en mi formación como psiquiatra.

También expreso mi agradecimiento al departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, por permitirme llevar a cabo este estudio.

A Víctor Ulises Arredondo Rentería, ya que su valiosa participación en esta investigación fue esencial; gracias por tu apoyo, amabilidad, paciencia y disposición, además de las ganas de aprender en todo momento.

Al Dr Venance Basil Kway y a la Dra Lorena Díaz de León Martínez, por su atención y disponibilidad en todo momento.

Agradezco a mi familia, especialmente a mi madre que ha sido un pilar en mi formación.

A Ceci, mi terapeuta durante mi formación y quien ha sido un gran soporte y guía.

A mis compañeros residentes, en especial a la generación con la que compartí estos cuatro años: Carolina, Consuelo, Nayla y Jonathan; gracias por siempre estar y por su amistad.

Por último, pero no por ello menos importantes, expreso mi agradecimiento y cariño a mis personas más allegadas que en todo momento me han motivado y han sido pacientes conmigo: Esther, Yolanda, Lupita, Alan, Alejandro, Ulises, Beto, Luis, Pau.

10. ANTECEDENTES.

Generalidades sobre el consumo de alcohol.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que a nivel mundial hay un aumento de las enfermedades no transmisibles que se ven favorecidas por el crecimiento y envejecimiento de la población, y a los estilos de vida no saludables como una dieta inadecuada, sedentarismo y el consumo de sustancias ⁽¹⁾. El alcohol es una de las drogas más aceptadas socialmente e incluso ha sido integrada a nuestra cultura. Desde hace más de 40 años el patrón de consumo de bebidas con alcohol ha sido estudiado en México. De acuerdo con las últimas Encuestas ENCODAT (2016-2017) y ENSANUT (2021), el consumo de alcohol continúa siendo uno de los más grandes problemas de salud pública en México, lo cual ha llevado a diversas dificultades en la sociedad y secuelas de salud en la población, asociándose con más de 60 enfermedades (agudas o crónicas) y un 6.5% de muertes prematuras debido a accidentes automovilísticos o accidentes de menores en el hogar donde el cuidador se ha encontrado bajo los efectos de la sustancia ⁽²⁻⁴⁾. Aunado a esto, se incrementa el riesgo de padecer trastornos mentales, violencia y lesiones autoinfligidas, conductas de riesgo y de ocasionar daños a terceros ^(5,6), por lo que es primordial que se cuenten con medidas de prevención, tratamiento y de promoción a la salud.

Panorama epidemiológico.

A nivel mundial, el 44.8% de alcohol consumido corresponde a licores, la cerveza ocupa el segundo lugar (34.3%) y es la bebida más popular en México, llegando a duplicar la cantidad de consumo de cualquier otra bebida como destilados, vinos o licores ⁽⁷⁾. El consumo de esta bebida se inicia y se promueve dentro de la esfera familiar por lo que cada vez es más tolerado y aceptado en la sociedad. Las personas que consumen alcohol consideran que el hacerlo no es peligroso a diferencia de los que no lo consumen.

Según las ENCODAT y ENSANUT hasta el 71% de la población mexicana entre los 12 a 65 años ha consumido alcohol al menos una vez en la vida y la prevalencia del consumo actual en adolescentes es del 21.1% ^(4,8). La edad en la que se suele probar por primera vez alcohol se da entre los 10 y 11 años, el consumo de manera excesiva (5 copas o más en una sola ocasión en un mes) se da entre los 16 y 17 años en hombres, y entre los 18 y 19 años en mujeres ^(1,3,9). Los fines de semana es cuando más se consume y en su mayoría son los hombres, aunque en las mujeres va en aumento ⁽²⁾; quienes más recursos económicos tienen, consumen una mayor

proporción debido a la accesibilidad sin embargo, los que menos recursos tienen, tienen patrones de consumo más riesgosos ⁽⁷⁾.

Una de las consecuencias del TCA son las enfermedades del hígado, las cuales son la sexta causa de mortalidad en general y la cuarta causa por enfermedad no transmisible en México con un total de 41,520 en todo el año 2020 y en el primer semestre del año 2021 un total de 20,644 muertes. Las enfermedades del hígado se presentan con mayor frecuencia a partir de los 25 años, siendo predominantes las de origen alcohólico (36.9%). Esta proporción se incrementa conforme se avanza en edad y en un 73.02% corresponde al sexo masculino ^(10,11).

En cuanto a la atención del consumo de alcohol en México, se estima que más de 3 millones de personas requieren intervenciones breves y casi 2 millones de personas requieren de un tratamiento especializado. La población con dependencia a alcohol en un 32.4% se ha tratado en un anexo y el 24.8% ha recibido tratamiento por intoxicación, siendo los hombres quienes acuden más al primero y las mujeres al segundo⁽²⁾. El Sistema Nacional de Salud y el Servicio Médico Forense reportaron en el 2019 que el consumo de alcohol fue la principal causa de urgencias y fallecimientos asociados al consumo de sustancias psicoactivas⁽¹⁾.

Hasta el año 2018, San Luis Potosí se encontraba en el quinto lugar a nivel nacional en consumo de alcohol con un 29.3% en población de 10 a 19 años y con un 22.6% de la población de 20 o más años consumiendo alcohol de manera diaria o semanal ^(12,13).

La información anterior demuestra que existe una gran necesidad de disminuir los obstáculos de acceso a la salud y el facilitar el acceso a un tratamiento adecuado a la población necesitada para evitar el mayor número de secuelas tanto personales, familiares y sociales.

COVID-19, consumo de sustancias y salud mental.

Durante la pandemia por COVID-19 la salud física y mental de la población se vio afectada debido a los cambios de la vida rutinaria por el confinamiento que generó miedo, preocupación, ansiedad además de producirse desestabilización en empleos, economía y pérdidas de seres queridos. Al verse afectadas las esferas biológicas, sociales y culturales, las personas modificaron sus hábitos, incluidos los patrones de consumo de sustancias, como una manera de enfrentar los cambios.

Al inicio de la pandemia la OMS recomendó evitar el consumo de alcohol y tabaco, por lo que en México se implementaron políticas nacionales y locales en la producción de dichos productos por ser actividades no esenciales, se restringió la venta y se incrementaron las campañas de prevención del consumo y la oferta de ayuda para recibir tratamiento profesional ⁽⁵⁾.

De acuerdo con el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, que implementó una encuesta a nivel nacional a hombres y mujeres para estudiar e identificar los patrones y posibles cambios respecto del consumo de sustancias psicoactivas durante la actual pandemia, la sustancia más consumida fue el alcohol (32.5%), seguida por el tabaco (24.6%) y en tercer lugar la marihuana (14.6%); la prevalencia en general fue mayor en los hombres, aunque en las mujeres de 35 a 64 años provenientes de zonas rurales y un nivel educativo medio, se incrementó el consumo de alcohol. Hasta el 60% de los participantes que consumían sustancias previamente, lo suspendieron los primeros meses del confinamiento debido a las medidas antes mencionadas ⁽¹⁾. La encuesta demostró que la salud mental se vio afectada principalmente por ansiedad y depresión, así como por un crecimiento aún no cuantificado de violencia intrafamiliar ⁽⁵⁾.

Debido a la contingencia presentada, diversas instancias tanto públicas como privadas de salud se vieron en la necesidad de modificar sus operaciones para poder adaptarse y enfrentar tal situación, lo que afectó la atención de muchas otras patologías de urgencia al verse reducidas las atenciones y por lo tanto presentándose más complicaciones y fallecimientos derivadas de estas.

Carga de enfermedad y años de vida saludable perdidos.

Las muertes o discapacidades atribuibles al alcohol son de las consecuencias más graves, esto puede ser medido por los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) o por los Años de Vida Saludable Perdidos (AVSP) ^(1,3,7,14), con lo cual se puede visualizar el impacto de los problemas de salud mental y el consumo de sustancias como el alcohol en este caso. Estos indicadores no se han utilizado con frecuencia en México. El Instituto de Métricas de la Universidad de Washington a través del Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad contabilizó en 2019 para México una pérdida de 1,710.62 años de vida por cada 100 mil habitantes debido a trastornos mentales como depresión mayor, esquizofrenia, distimia, trastorno bipolar y trastornos de ansiedad, siendo las mujeres las más afectadas. En cuanto al consumo de sustancias, el TCA

causa hasta 268.49 años de vida saludable perdidos por cada 100 mil habitantes y en el estado de San Luis Potosí hasta 282.6 años ⁽¹⁾.

Trastorno por consumo de alcohol.

El alcohol es una sustancia psicoactiva la cual se absorbe con facilidad en el tracto gastrointestinal. El etanol, o alcohol etílico, es el principal compuesto de las bebidas alcohólicas⁽³⁾. Una de las características más importantes a nivel médico es que el etanol es un depresor del sistema nervioso central, además de que esta sustancia puede generar una dependencia y deprimir al sistema inmunológico ⁽⁶⁾. Los hombres presentan mayores tasas de consumo de alcohol que las mujeres, sin embargo, las mujeres pesan menos que los hombres, tienen más grasa, menos agua corporal, y metabolizan menos el alcohol ⁽¹⁵⁾ por lo que son más propensas a desarrollar mayores consecuencias físicas.

El consumo de alcohol es un factor determinante para algunos trastornos neuropsiquiátricos y de enfermedades no transmisibles como cardiovasculares, gastrointestinales, cirrosis o cáncer hepáticos, consumo de sustancias psicoactivas como cannabis, cocaína, metanfetaminas, entre otras ⁽¹⁵⁾. El riesgo varía según las características biológicas del consumidor, sin embargo, también la situación y el contexto en el que se ingiere el alcohol es un factor importante.

Cuando hablamos de un TCA, nos referimos a un patrón problemático de consumo de la sustancia el cual provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo en diversas esferas de la vida, por un periodo de al menos 12 meses. Se caracteriza por un deseo intenso de consumo y eventualmente se genera una tolerancia (necesidad de consumir cada vez una mayor cantidad para obtener el mismo efecto) y abstinencia ^(15,16). Tiene un curso variable, se presentan episodios de remisión y recaída de manera frecuente.

Patrones de consumo de alcohol.

El patrón de consumo de alcohol está determinado por el volumen consumido por año, la cantidad de alcohol ingerida por evento y la frecuencia de la ingesta ⁽¹⁷⁾. El uso nocivo de la sustancia implica su consumo en la infancia, adolescencia, embarazo o en periodo de lactancia; así como en personas que tienen trastornos mentales o alguna comorbilidad que implique tratamientos farmacológicos contraindicados con el consumo de alcohol y corresponde a una ingesta de cinco

a más tragos (bebida estándar) o diez gramos de alcohol por evento o por un lapso de dos horas en los hombres y cuatro horas en mujeres ^(18,19).

En México se han observado dos características en el consumo de alcohol en la población. Por un lado, el consumo en episodios agudos con grandes cantidades de la sustancia durante los fines de semana y, por otro lado, un consumo excesivo crónico. El primer patrón se asocia a episodios de violencia o accidentes y el segundo a enfermedades crónicas como la cirrosis ⁽²⁰⁾.

Síndrome de Abstinencia por Alcohol (SAA)

También llamado síndrome de supresión alcohólica. Es una emergencia médica que recibe atención en los hospitales de segundo nivel en México ya que pudiera presentar complicaciones severas que requieren un manejo en sala de hospitalización de medicina interna o bien, de cuidados intensivos según la gravedad. Se considera un problema de salud pública en nuestro país ya tiene efectos directos en el incremento de los días de estancia hospitalaria, la morbilidad y mortalidad en las instituciones además de que puede tener consecuencias graves como deterioro de la función cognitiva ⁽²¹⁾. En diversas instancias hospitalarias aún es frecuente que se presente dificultad en identificar oportunamente un SAA ⁽²²⁾.

El SAA es un padecimiento neuropsiquiátrico y su diagnóstico se basa en el historial del paciente, así como en un conjunto de signos y síntomas que se presentan en los pacientes que suspenden abruptamente o disminuyen la ingesta de alcohol. Las manifestaciones se pueden dar en las primeras 6 a 48 horas (tempranos) o a más de 48 horas (tardíos) ^(21,23), y pueden aliviarse mediante la administración de alcohol o benzodiazepinas. Los síntomas presentan un pico de intensidad entre los días 2-3 y mejoran entre los días 5-7 en caso de ser síntomas leves. Posterior a la abstinencia aguda, los pacientes pueden persistir hasta 3 a 6 meses con síntomas de ansiedad, insomnio o disfunción autonómica ^(15,16). La mayoría de las personas que presentan síntomas de abstinencia tienen un historial de consumo diario y en grandes cantidades por varios años. El riesgo de síntomas graves o complicaciones aumenta con las comorbilidades y con la edad ⁽²⁴⁾.

De acuerdo con los signos y síntomas se pueden clasificar como leve (síntomas menores), moderada y severa (síntomas mayores). La forma leve requiere manejo sintomático, mientras que la forma más grave se presenta con *Delirium tremens* (DT), requiere manejo y vigilancia estrecha

en hospitales, ya que algunos pacientes pueden requerir tratamientos sedativos para evitar complicaciones mayores ⁽²⁵⁾.

Fisiopatología

El mecanismo del SAA es complejo. Los efectos clínicos pueden explicarse por la interacción del etanol con varios receptores de neurotransmisores incluyendo los GABA, glutamato (NMDA) y opioides ^(16,26). El consumo agudo de etanol provoca una depresión del sistema nervioso central (SNC) como resultado del aumento de la actividad GABAérgica y la disminución de la actividad glutamatérgica, mientras que el consumo crónico conduce a un nuevo equilibrio adaptativo de neurotransmisores como el GABA, el glutamato y la norepinefrina, dando como resultado el fenómeno de la tolerancia al alcohol ^(26,27).

La reducción abrupta o el cese de la ingesta de alcohol conduce a una disminución de los niveles de etanol en la sangre, lo que resulta en una disminución de la actividad GABAérgica y aumento de la actividad glutamatérgica la cual resulta neurotóxica ^(28,29). Debido a la supresión crónica de la transmisión excitatoria, el cerebro incrementa la producción de otros neurotransmisores excitatorios, principalmente en los núcleos noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos, que explican muchos de los síntomas del SAA ⁽¹⁶⁾. A su vez, este desequilibrio provoca una hiperexcitabilidad neuronal que conduce a síntomas que incluyen complicaciones neuropsiquiátricas como consecuencia de la hiperactividad del sistema nervioso autónomo y comienzan los síntomas como temblor, taquicardia, ansiedad, palpitaciones y posteriormente crisis convulsivas y DT. Los episodios repetidos de abstinencia conducen al llamado "encendido" en el que la hiperexcitabilidad neuronal provoca una mayor gravedad del SAA con el tiempo ⁽²³⁾.

Cuadro clínico

Los signos y síntomas del SAA varían según la temporalidad de este por lo que el curso es difícil de dilucidar. Durante las primeras etapas, los síntomas dependen de la hiperactividad autonómica. Conforme avanza el cuadro clínico los síntomas aumentan de gravedad, llegando a presentarse crisis convulsivas y posteriormente DT. A continuación, en la **tabla 1**, se enlistan los criterios diagnósticos para el SAA y DT ^(15,16,26):

Tabla 1. Cuadro clínico del Síndrome de abstinencia por Alcohol y Delirium Tremens.

Abstinencia de alcohol	Delirium Tremens
Cese (o reducción) del consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.	Síntomas de abstinencia de alcohol más:
<p>Al menos dos de los siguientes síntomas a las pocas horas o pocos días del cese del consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (taquicardia, diaforesis, etc.) • Temblor • Insomnio • Náuseas o Vómitos • Alucinaciones transitorias (táctiles, visuales, auditivas) • Agitación psicomotora • Ansiedad • Convulsiones tónico-clónicas generalizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución súbita de la atención y la conciencia. • Alteración en la atención, conciencia, memoria, orientación, lenguaje, capacidad visuoespacial, percepción o de todas estas habilidades que produzca un cambio del nivel normal y fluctúe en intensidad durante el día. • Alteraciones en la memoria, orientación, lenguaje, capacidad visuoespacial o percepción. • Ausencia de evidencia de coma u otros trastornos neurocognitivos en evolución o crónicos con diagnóstico previo.
Datos recopilados de las fuentes 12,13 y 20.	

Durante la evolución del SAA es probable que el paciente presente afecciones importantes a nivel clínico como insuficiencia hepática, neumonía por broncoaspiración, hemorragia gastrointestinal, hipoglucemia o un desequilibrio electrolítico ^(16,25). Cuando los pacientes requieren de cuidados intensivos, puede ocurrir un solapamiento de síntomas neurológicos con los del SAA. Los pacientes con lesiones neurológicas de manera frecuente presentan hiperactividad paroxística simpática, crisis convulsivas o delirium por lo que se puede subdiagnosticar el SAA ⁽²¹⁾.

Crisis Convulsivas

Entre las 12 y 72 horas de iniciado el SAA, hasta el 10% de los pacientes presentan crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas^(25,28), suelen coincidir con los síntomas tempranos y generalmente remiten al terminar los síntomas agudos. Se pueden presentar en pacientes con lesiones cerebrales orgánicas o en quienes cuentan con un consumo concomitante de otras sustancias psicoactivas^(23,25).

Delirium Tremens (DT)

Un SAA no reconocido a tiempo o mal tratado puede conducir a un DT que es la manifestación más grave del SAA y el cual se presenta entre las 24 y 72 hrs de inicio del cuadro clínico ⁽²⁴⁾. Si el SAA avanza entre 48 y 92 horas, el 5% de los pacientes pueden presentar DT hasta por 2 semanas o incluso fallecer, aunque se ha reportado que dichos síntomas pudieran iniciar y terminar de manera abrupta ⁽²⁵⁾. Los pacientes con antecedente de DT, niveles bajos de albúmina, niveles altos de urea plasmática son más propensos a presentar un DT ⁽²⁶⁾.

Los síntomas se originan por la hiperactividad del SNA y las manifestaciones iniciales son conocidas como “las tres T”: temperatura elevada, temblor, taquicardia coincidiendo con los síntomas iniciales del síndrome de abstinencia. Posteriormente los síntomas progresan a una hiperreflexia, alcalosis respiratoria, hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia y trombocitopenia, lo cual puede condicionar a la presentación de arritmias que pueden ocasionar la muerte en el paciente hasta en un 4 a 5% ^(16,28). Para establecer el diagnóstico de DT es necesario que el paciente presente alteraciones cognitivas. Los factores más importantes en el pronóstico del DT son: puntajes de CIWA-Ar >15, presión sistólica >150 mmHg, frecuencia cardíaca >100 lpm, crisis convulsivas generalizadas durante el episodio de DT (hasta 20%), edad avanzada y suspensión reciente de otros depresores del sistema nervioso central ^(16,23).

Se deben considerar diagnósticos diferenciales como infecciones, hiperactividad paroxística simpática, toxicidad anticolinérgica inducida por medicamentos, síndrome neuroléptico maligno o intoxicaciones por estimulantes, es por eso que se enfatiza en la importancia de la historia clínica de los pacientes ⁽²¹⁾.

Herramientas clínicas de evaluación.

Para realizar mediciones objetivas y estadificar el consumo de alcohol y del SAA, hay instrumentos desde hace algunas décadas. Para la valoración del consumo de alcohol hay escalas validadas por la OMS las cuales determinan si el patrón de consumo es perjudicial y si se acompaña del consumo de otras sustancias psicoactivas que requieran intervenciones a la salud. Dichas escalas corresponden al AUDIT ([anexo 1](#)) el cual mide el patrón de consumo y puntúa de 0 a 40 (8-15 consumo de riesgo medio, 16–19 consumo perjudicial, 20 – 40 dependencia) y el ASSIST ([anexo 2](#)) que evalúa la presencia de consumo de otras sustancias y las clasifica cada una de acuerdo a la intervención que requerirá (puntuación máxima de 39 para cada sustancia: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, opioides, alucinógenos) ^(30,31).

Para evaluar el SAA se cuenta con la Escala del Instituto Clínico de Evaluación de la supresión alcohólica (CIWA-Ar) y la Escala del Síndrome de Abstinencia Alcohólica (AWS), las cuales identifican cuándo un tratamiento está indicado, si requiere un tratamiento intensivo o bien, cuándo se debe discontinuar este cuidado^(16,28,32,33). Otra evaluación es la Escala de Desintoxicación de Minnesota (MINDS) (anexo 3), que valora la gravedad de los síntomas del SAA sin requerir la participación activa del paciente; tiene nueve componentes, con una puntuación mayor a 5 establece pautas de intervención farmacológica inmediata⁽²¹⁾. En el 2014, se realizó un estudio piloto para evaluar la Escala de Predicción de Síndrome de Abstinencia de Alcohol (PAWSS) para predecir la severidad de la presentación de SAA en pacientes hospitalizados^(16,21,34), ya que hasta ese momento no se contaba con herramientas clinimétricas que apoyaran previo a la presentación de los síntomas del SAA, si no hasta que éste ya estaba instaurado.

La escala CIWA-Ar (anexo 4) es la más utilizada actualmente para evaluar el SAA^(35,36), tiene categorías de sudoración, ansiedad, temblores, alteraciones auditivas, táctiles o visuales, agitación, náuseas-vómitos, cefalea y orientación. El intervalo de puntuación es de 0 a 67. Los puntajes igual o menor a 8 indican un SAA leve que no requiere tratamiento sintomático, de 9 a 19 es un SAA moderado que se puede tratar con benzodiazepinas y puntaje igual o mayor a 20 indica un SAA severo que debe tratarse en hospitalización ya que se asocia a un mayor riesgo de presentar CC y DT^(28,35). Tiene algunas limitaciones como que los pacientes deberán contar con una adecuada capacidad de comunicación por lo que si tienen alguna sedación o alteración del estado de alerta se dificulta su aplicación^(35,37). En nuestro país, según diversos estudios, se ha documentado una sensibilidad de 42%, especificidad del 70%, valor predictivo positivo de 58% y valor predictivo de 56%^(21,25,28), a nivel internacional se ha documentado una sensibilidad de 47% y especificidad del 88%⁽³⁸⁾.

En cuanto a la escala PAWSS tiene una sensibilidad y especificidad de 100%, valor predictivo positivo de 93.1% y valor predictivo negativo de 99.5%. Consta de tres apartados donde se evalúan criterios de exclusión basado en la ingesta de alcohol o bien una medición de alcoholemia, seguido por preguntas dirigidas al paciente sobre sus hábitos de consumo o antecedentes de abstinencia y por último una valoración clínica dirigida, los cuales llevan a determinar los factores de riesgo para el SAA. El punto de corte es de 4 puntos, al ser menor se clasifica en un riesgo bajo y al ser igual o mayor se clasifica a los pacientes con alto riesgo de desarrollar un SAA severo.

En caso de no contar con un instrumento como alcoholímetro, se puede realizar un PAWSS modificado (PAWSSm) (anexo 5) donde se prescinde de esta medición ^(16,21,39).

Tratamiento del SAA.

El tratamiento del SAA y sus complicaciones debe realizarse de manera sistémica. El objetivo es reducir la severidad de los síntomas, así como prevenir la evolución del cuadro a un DT mediante la identificación y tratamiento de las comorbilidades del paciente. Existen puntos relevantes en el tratamiento, de los cuales se pueden mencionar las medidas generales de soporte, el control de la agitación psicomotora, reducción y control de las crisis convulsivas en caso de presentarse, disminuir el riesgo de contusiones por caídas, así como disminuir el riesgo de muerte ⁽¹⁶⁾.

Inicialmente se debe realizar un examen físico minucioso, monitoreo de signos vitales, hidratación, y estudios de laboratorio en sangre para identificar problemas subyacentes en el cuadro clínico; los estudios pueden ser una biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y renal, tiempos de coagulación, electrolitos séricos, gasometría arterial ⁽²⁴⁾.

Dentro de los fármacos descritos para tratar el SAA se encuentran las benzodiazepinas como primera elección debido a su efecto GABAérgico. Las más utilizadas son el Diazepam (intravenoso o Vía Oral), Lorazepam (Vía Oral, Subcutáneo, Intramuscular), y Midazolam (intravenoso, intramuscular) los cuales si se inician dentro de las primeras 24 horas reducen el tiempo de estancia hospitalaria. Ninguno tiene superioridad sobre el otro en cuanto a los efectos, pero sí diferencias farmacocinéticas; los pacientes que requieren manejo en la unidad de cuidados intensivos es habitual que requieran mayores dosis de estos medicamentos⁽⁴⁰⁾. Las dosis varían en cada caso, se ha documentado un uso de hasta 2gr al día de Diazepam a razón de 10 a 50mg cada 15 minutos y posteriormente cada 30 minutos de 10 a 20mg ⁽⁴¹⁾. Como adyuvantes se pueden utilizar anticomiciales como carbamazepina, valproato, gabapentina, topiramato y antipsicóticos como quetiapina o haloperidol en casos de agitación severa ^(23,26).

En todos los casos se debe administrar tiamina ya que su falta provoca un deterioro de la conducción nerviosa en la periferia y en el SNC, lo que resulta en neuropatía periférica y encefalopatía. Es importante destacar que en casos de DT resistente al tratamiento, complicaciones sistémicas o con estatus epiléptico, está indicado el uso de polifarmacia e incluso el uso de sedación con ventilación mecánica asistida hasta la estabilización del paciente ^(16,23).

Una vez controlado el cuadro y egresado el paciente, el tratamiento deberá continuar con psiquiatría, intervenciones sociales, manejo comunitario y programas de rehabilitación^(42,43).

11. JUSTIFICACIÓN.

En México el trastorno por consumo de alcohol es un problema de salud pública el cual tiene diversas implicaciones a la salud, incluidas las complicaciones como el síndrome de abstinencia el cual cada vez es más frecuente. La ingesta de alcohol se asocia con diversas comorbilidades en especial psiquiátricas, lo que conduce a una mortalidad prematura debido a las secuelas, accidentes, eventos de violencia o bien de auto agresión llegando a consumir un suicidio bajo los efectos de esta sustancia. Como ya se mencionó dentro de los antecedentes, en nuestro Estado el consumo de alcohol ocasiona hasta 282.6 años de vida saludables perdidos.

Desde el inicio de la pandemia, el consumo de esta sustancia se ha incrementado y durante los primeros meses ocurrió una supresión del consumo concomitante con una disminución de atención en las salas de emergencia para los padecimientos no transmisibles lo cual afectó el curso de las complicaciones propias del trastorno.

El síndrome de abstinencia de alcohol es una emergencia médica que tiene muchas variaciones clínicas, el pronóstico de ésta depende de diversos factores y determinantes en la evolución del cuadro, los cuales aún no se determinan con exactitud. Hasta el momento no contamos con una herramienta que nos apoye en predecir en qué pacientes es probable que se desarrolle la abstinencia o sus complicaciones.

En San Luis Potosí aún no se ha estudiado la evolución temporal de sus manifestaciones clínicas, ni los factores que condicionan su evolución hacia formas más graves, por lo que durante el 2023 se llevó a cabo este estudio piloto en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

La implementación de herramientas concisas como la escala PAWSSm, que nos permitan anticiparnos o bien, una detección temprana del SAA, jugaría un papel crucial en el cual se facilitaría la aplicación de tratamientos oportunos y pertinentes, al permitir el establecimiento de medidas efectivas y seguras destinadas a prevenir complicaciones adicionales en los pacientes.

12. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿La aplicación de la escala PAWSSm podrá predecir el desarrollo del síndrome de abstinencia por alcohol en pacientes hospitalizados que tengan trastorno por consumo de alcohol?

13.HIPÓTESIS.

La aplicación de la escala PAWSSm podrá predecir de manera significativa la presencia de síndrome de abstinencia alcohol en pacientes con Trastorno por Consumo de Alcohol que se encuentren hospitalizados en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

14. OBJETIVOS.

14.1 Objetivo general

1. Evaluar la predicción del síndrome de abstinencia por alcohol mediante la aplicación de la escala PAWSSm en pacientes con Trastorno por Consumo de Alcohol que se encuentren hospitalizados en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

14.2 Objetivos específicos

1. Determinar el rendimiento diagnóstico de la escala PAWSSm para predecir síndrome de abstinencia alcohólica.
2. Identificar a los pacientes que desarrollen síndrome de abstinencia alcohólica durante su hospitalización mediante la escala CIWA-Ar.
3. Describir las variables predictoras asociadas a las principales características de los pacientes
4. Describir los datos demográficos generales de los pacientes que presentan síndrome de abstinencia por alcohol.

14.3 Objetivos secundarios.

1. Identificar a los pacientes que desarrollen Síndrome de Abstinencia por Alcohol Severo durante su hospitalización.
2. Comparar las características de los pacientes que desarrollaron Síndrome de Abstinencia por Alcohol con los que no lo desarrollaron.
3. Evaluar los factores clínicos y demográficos de los pacientes que se asociarán con el desarrollo de SAA.
4. Determinar la gravedad del SAA con una evaluación de CIWA-Ar.
5. Detectar patrones de dependencia a alcohol con la escala AUDIT.
6. Detectar consumo de otras sustancias comórbidas con alcohol mediante la escala ASSIST.
7. Evaluar la gravedad de la abstinencia con el uso de la escala MINDS.

15. SUJETOS Y MÉTODOS.

15.1 Diseño del estudio.

Estudio piloto de prueba pronóstica.

15.2 Lugar de realización:

Hospital Central, “Dr. Ignacio Morones Prieto” de la ciudad de San Luis Potosí, en las áreas de Urgencias adultos, Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia.

15.3 Universo de estudio:

Pacientes adultos de ambos géneros que presenten Trastorno por Consumo de Alcohol que se encuentren hospitalizados en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” de la ciudad de San Luis Potosí.

15.4 Criterios de selección:

15.4.1 Inclusión

1. Pacientes entre 18 y 99 años que se encuentren hospitalizados en el Hospital Central, “Dr. Ignacio Morones Prieto” en las áreas de urgencias adultos, medicina interna, cirugía general, traumatología y ortopedia.
2. Tener Trastorno por consumo de alcohol diagnosticado mediante la escala AUDIT al obtener un puntaje de 16 o más (consumo perjudicial).
3. Paciente que requiera una hospitalización de 72 horas o más.
4. Paciente que acepte voluntariamente su participación mediante la firma de un consentimiento informado ya sea por él/ella o por un familiar responsable.

15.4.2 1 Exclusión

1. Tener un Síndrome de abstinencia por alcohol a su ingreso a hospitalización.
2. Pacientes con traumatismo craneoencefálico moderado o severo.
3. Tener un diagnóstico psiquiátrico crónico preexistente como Esquizofrenia o Trastorno Bipolar.
4. Tener un diagnóstico neurológico preexistente como epilepsia.

15.4.3 Eliminación

1. Egreso voluntario de la institución o del presente estudio.
2. Pacientes que egresen por cualquier motivo antes de 72 horas.
3. Retiro del consentimiento informado.
4. Que no se puedan obtener las principales variables de interés del estudio.

15.5 VARIABLES EN EL ESTUDIO

Cuadro de Variables:

VARIABLE DEPENDIENTE				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Síndrome de abstinencia alcohólica.	Conjunto de síntomas que se pueden presentar cuando una persona deja o disminuye la cantidad de alcohol que ingiere.	0: No 1: Sí	No aplica	Catagórica Dicotómica
Síndrome de abstinencia alcohólica severo.	Evolución del SAA con agitación psicomotriz, alteraciones sensorceptuales o del estado de alerta, crisis convulsivas, DT, que pueden conducir a la muerte.	0: No 1: Sí	No aplica	Catagórica Dicotómica
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Escala PAWSSm	Instrumento de medición que clasifica una predicción de la severidad para SAA sin medición de alcoholemia. Aplicado en las primeras 24hrs de estancia. (anexo 5)	4 a 9	Puntos	De intervalo
Escala AUDIT	Instrumento de medición para determinar si el consumo de alcohol es perjudicial. Aplicado	16 a 40	Puntos	De intervalo

	en las primeras 24hrs de estancia. (anexo 1)			
Escala ASSIST	Instrumento de medición que permite la pesquisa del consumo de sustancias psicoactivas. Aplicado en las primeras 24hrs de estancia. (anexo 2)	0 a 39	Puntos	De intervalo
Escala CIWA-AR	Instrumento de medición de la gravedad de los síntomas del SAA. Aplicado a las 72hrs de estancia. (anexo 4)	0 a 67	Puntos	De intervalo
Escala MINDS	Instrumento de medición de la gravedad de los síntomas del SAA. Aplicado a las 72hrs de estancia. (anexo 3)	0 a 46	Puntos	De intervalo
VARIABLES DE CONTROL				
Tiempo de hospitalización.	Tiempo desde el ingreso del paciente hasta su egreso del internamiento.	3 a 30	Días	Cuantitativa de intervalo
Manejo en UCI	Presencia de internamiento en la unidad de cuidados intensivos	0: No 1: Sí	No aplica	Categoría Dicotómica
Delirium Tremens.	Presencia de Delirium Tremens. (ver definiciones)	0: No 1: Sí	No aplica	Categoría Dicotómica
Crisis Convulsivas.	Presencia de crisis convulsivas (ver lista de definiciones)	0: No 1: Sí	No aplica	Categoría Dicotómica
Tiempo de presentación de síntomas.	Tiempo en el que se presentan los primeros síntomas de abstinencia de alcohol tras el cese del consumo.	0: < de 6 1: 6 a 12 2: 12 a 24 3: 24 a 48 4: 48 a 72	Horas	De intervalo

Años de consumo de alcohol	Tiempo en el que el paciente ha consumido alcohol de manera regular	1 a ∞	Años	Cuantitativa Continua
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	18 a 99	Años	Cuantitativa Continua
Sexo	Características biológicas que distinguen a hombres y mujeres desde el nacimiento	Masculino: 0 Femenino: 1	No aplica	Catagórica Dicotómica
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida	Soltero: 0 Casado: 1 Divorciado: 2 Viudo: 3 Separado: 4	No aplica	Catagórica Nominal
Comorbilidad	Presencia o no de comorbilidad médica	NO: 0 SI: 1	No aplica	Catagórica Dicotómica
Situación laboral	Estado con relación al trabajo	Empleado: 0 Desempleado: 1	No aplica	Catagórica Dicotómica
Tratamientos previos.	Consumo previo de tratamientos psiquiátricos.	NO: 0 SI: 1	No aplica	Catagórica Dicotómica

15.6 Tipo de muestreo.

Muestreo no probabilístico, consecutivo por conveniencia.

15.7 Prueba piloto

Dado que no se conoce la asociación entre las características de los pacientes con síndrome de abstinencia por alcohol y la escala pronóstica PAWSSm, se realizó una prueba piloto.

15.8 Cálculo del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra de los estudios piloto, según diversos autores, se recomienda entre 30 y 50 pacientes con los cuales se colecta una cantidad suficiente para obtener una curva de

normalidad^(44,45). Con estos antecedentes, se seleccionaron 30 pacientes que cumplieron con los criterios de selección ya mencionados.

15.9 Método de aleatorización

No aplica.

16. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se realizó por medio del software R-Studio. Para el análisis inferencial se determinó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo. Se evaluó el mejor valor del puntaje de la escala PAWSSm con el diagnóstico de SAA mediante curva ROC considerando como estándar de oro de la escala CIWA-Ar, esto para determinar el rendimiento diagnóstico de la escala de interés PAWSSm.

17. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables donde se compararon las variables de los pacientes que desarrollaron SAA de los que no, esto mediante la prueba de Shapiro-Wilk para conocer su distribución y normalidad. Las variables de distribución normal se describieron con su media y desviación estándar, y las de distribución no normal con mediana y mínimo-máximo; las variables categóricas o cualitativas se describirán con su número y porcentaje.

Se realizó un análisis bivariado de las variables continuas con las pruebas T de Student y U de Mann-Whitney. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba exacta de Fisher. Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística para el desarrollo de SAA.

18. PLAN DE TRABAJO

1.- Se sometió el protocolo a la autorización del Comité académico de la especialidad de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UASLP, posteriormente se sometió a autorización por el Comité de investigación del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

2.- Tras la aprobación del presente protocolo, se inició con la búsqueda de pacientes en las áreas de Urgencias adultos, Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología y Ortopedia.

3.- A cada paciente se le propuso su participación en el estudio. Una vez que el paciente o su familiar responsable aceptaron mediante la firma de un consentimiento informado (anexo 6) y se cumplieron los criterios de inclusión, se realizó una entrevista dirigida para recopilar datos en la hoja de recolección (anexo 8) y se procedió a aplicar las escalas:

- a) AUDIT: en las primeras 24 horas; en caso de puntuar con igual o más de 16 (riesgo alto/consumo perjudicial), se aplicaron las siguientes dos escalas. Tiempo estimado de aplicación: 2 a 4 minutos.
- b) ASSIST: se aplicó posterior al AUDIT en las primeras 24 horas de estancia. Tiempo estimado de aplicación: 3 a 5 minutos.
- c) PAWSSm: se aplicó en las primeras 24 horas de estancia y posterior al ASSIST; tiempo estimado de aplicación es de 3 a 5 minutos.
- d) CIWA-Ar: se aplicó a las 72 horas para evaluar la presencia de síntomas de SAA, tiempo estimado de aplicación de 5 a 10 minutos.
- e) MINDS: se aplicó simultáneo a la escala CIWA-Ar para evaluar el desarrollo de síntomas de SAA, por lo que el tiempo estimado igualmente es de 5 a 10 minutos.

Las escalas son breves. El tiempo de realización total estimado fue de 15 minutos, y fue realizado por la tesista además de contar con el apoyo de un estudiante de medicina de pregrado, Víctor Arredondo.

Los datos obtenidos se recolectaron en una base de datos de Excel.

Una vez completada la muestra y la base de datos, se realizó el análisis ya mencionado.

19. ÉTICA.

El presente estudio es una investigación con riesgo mínimo ya que las escalas por aplicar son parte de la exploración física de los pacientes y no requieren alguna otra intervención.

El estudio no viola los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki. El protocolo fue aprobado por el comité académico del posgrado, el Comité de Investigación y del Comité de Ética de Investigación del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y con número de registro: 92-22 ([anexo 9](#)).

En todo momento se mantuvo la integridad, respeto, dignidad, bienestar y protección de datos, preservando la confidencialidad de los pacientes. Atendiendo el Código de Nuremberg, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación y la **Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012**, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

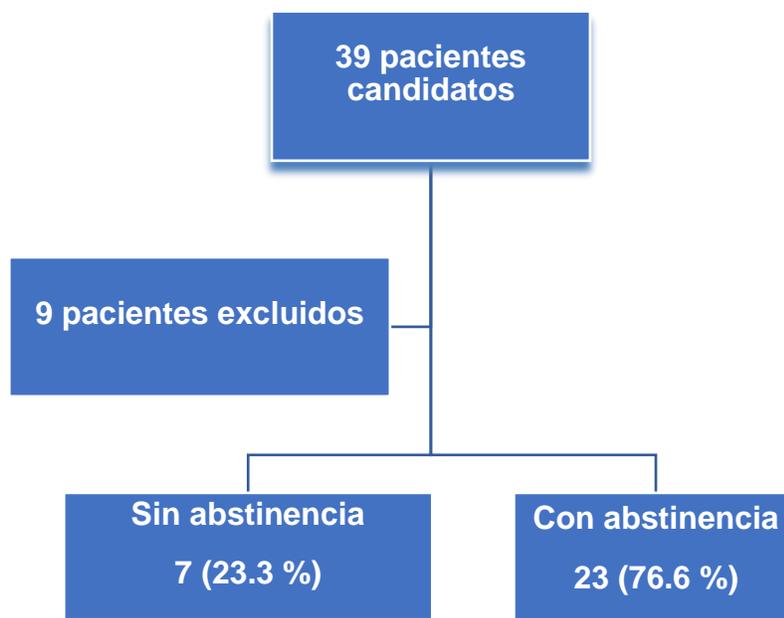
Con base a esto se aclara que los resultados obtenidos no influyeron en la decisión final del tratamiento del paciente. No generó ningún costo para el paciente ni para el hospital esta investigación. No existen conflictos de intereses en alguno de los implicados en la ejecución de este proyecto ([anexo 10](#)).

20. RESULTADOS

20.1 Características generales del grupo de estudio.

Durante el periodo de estudio, que se extendió desde enero de 2023 hasta octubre de 2023, se documentaron un total de 30 pacientes internados con Trastorno por Consumo de Alcohol en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" de la ciudad de San Luis Potosí. La aplicación de los criterios de selección resultó en la exclusión de 9 pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión, permitiendo así alcanzar el tamaño de muestra completo con la participación de 30 pacientes que sí cumplieron con los criterios de inclusión. El grupo se dividió en 23 pacientes (76.6 %) clínicamente con abstinencia y 7 pacientes (23.3 %) sin abstinencia. **Ver Figura 1.**

Figura 1: Flujograma de pacientes



20.2 Características sociodemográficas.

La población estuvo compuesta por 30 hombres (100%) y ninguna mujer (la única paciente candidata no cumplió los criterios de inclusión); la mediana de edad fue de 44.9 años (de 26 a 92) y la mitad se encontraba casado (15%); veinte de los pacientes tenían un empleo al momento del

estudio (66.6%), al menos 17 se identificaron con comorbilidades médicas (56.7%) y únicamente dos tuvieron un tratamiento psiquiátrico previo para el consumo de alcohol (6.7%). **Ver tabla 2.**

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes.

Características	No. (%)
Total de pacientes	30
Edad (media)	44.9
Sexo	
Masculino	30 (100%)
Femenino	0 (0%)
Estado civil	
Soltero	7(23.3%)
Casado	15 (50.0%)
Divorciado	5 (16.7%)
Viudo	2 (6.7%)
Separado	1 (3.3%)
Situación laboral	
Empleado	20 (66.6%)
Desempleado	10 (33.33%)
Comorbilidades	
Sin comorbilidades	
Con comorbilidades	17(56.7 %)
Tratamientos previos	
Sin tratamiento previo	28 (%)
Con tratamiento previo	2 (6.7%)

20.3 Resultados de Escala PAWSSm.

Todos los participantes refirieron haber consumido alcohol al menos 30 días previos a su ingreso hospitalario, de los cuales el 90% llegó al estado de embriaguez por la sustancia. Únicamente el 33.5% admitió haber acudido alguna vez a rehabilitación para el cese del consumo de alcohol, sin embargo, a mayoría (73.3%) admitió haber combinado el alcohol con otras sustancias de abuso. Así mismo, al menos 18 pacientes se identificaron con síntomas de abstinencia alcohólica en algún momento de su vida (60.0%). **Ver tabla 3.**

Tabla 3. Respuestas a escala de PAWSSm

Respuestas (n=30)	No. (%)
¿Consumió (tomó) alcohol en los últimos 30 días?	
Sí	30 (100%)
No	0 (0%)
¿Estuvo recientemente intoxicado/borracho dentro de los últimos 30 días?	
Sí	27(90.0%)
No	3 (10.0%)
¿Realizó alguna vez rehabilitación alcohólica o tratamiento para el alcoholismo?	
Sí	10 (33.3%)
No	20 (66.6%)
¿Alguna vez experimentó episodios de abstinencia alcohólica, sin importar la severidad?	
Sí	18 (60.0%)
No	12 (40.0%)
¿Alguna vez experimentó desmayos?	
Sí	7 (23.3%)
No	23 (76.67%)
¿Alguna vez experimentó convulsiones relacionadas con abstinencia alcohólica?	
Sí	4 (13.3%)
No	26 (86.67%)
¿Alguna vez experimentó delirium tremens?	
Sí	3 (10.0%)
No	27 (90.0%)
¿Alguna vez combinó alcohol con algún depresor como <u>benzodiazepinas</u> o barbitúricos en los últimos 90 días?	
Sí	3 (10.0%)
No	27 (90.0%)
¿Alguna vez combinó alcohol con otras sustancias de abuso?	
Sí	22 (73.3%)
No	8 (26.67%)
¿Hay evidencia de aumento de actividad autonómica? (p. ej.: FC > 120 lpm, temblor, sudor, agitación, náuseas)	
Sí	10 (33.3%)
No	20 (66.6%)

20.4 Resultados y análisis de las escalas.

Los 30 participantes participaron con las escalas PAWSSm, AUDIT, ASSIST, CIWA-Ar y MINDS. El análisis descriptivo de cada una de las escalas se resume en las **tablas 4 y 5**.

Tabla 4. Resultados de las escalas en pacientes sin abstinencia.

Escalas	n	Media	SD	Min	Max	Mediana
PAWSSm	7	3 [‡]	0.58	2	4	3
AUDIT	7	20 ^Ω	2.31	17	24	20
ASSIST	7	9.86 ^δ	9.48	0	20	13
CIWA-Ar	7	0	0	0	0	0
MINDS	7	0.43	0.79	0	0	0

ASSIST (por sus siglas en inglés): Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. **AUDIT** (por sus siglas en inglés): Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol. **CIWA-ar** (por sus siglas en inglés): Escala del Instituto Clínico de Evaluación de la supresión alcohólica. **MINDS** (por sus siglas en inglés): Escala de Desintoxicación de Minnesota. **PAWSSm** (por sus siglas en inglés): Escala de Predicción de Síndrome de Abstinencia de Alcohol modificada. ‡ Corresponde a bajo riesgo de desarrollar SAA severa. Ω Corresponde a dependencia. δ Corresponde a intervención breve.

Tabla 5. Resultados de las escalas en pacientes con abstinencia

Escalas	n	Media	SD	Min	Max	Mediana
PAWSSm	23	5.09 [‡]	1.98	2	9	5
AUDIT	23	24 ^Ω	4.97	16	33	24
ASSIST	23	11.65 ^δ	11.99	0	32	9
CIWA-Ar	23	12.96 [°]	10.14	1	41	11
MINDS	23	12.65 [♠]	11.92	0	37	12

ASSIST (por sus siglas en inglés): Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias. **AUDIT** (por sus siglas en inglés): Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol. **CIWA-ar** (por sus siglas en inglés): Escala del Instituto Clínico de Evaluación de la supresión alcohólica. **MINDS** (por sus siglas en inglés): Escala de Desintoxicación de Minnesota. **PAWSSm** (por sus siglas en inglés): Escala de Predicción de Síndrome de Abstinencia de Alcohol modificada. ‡ Corresponde a alto riesgo de desarrollar SAA severa. Ω Corresponde a dependencia. δ Corresponde a intervención breve. °Corresponde a abstinencia moderada. ♠Corresponde a iniciar benzodiazepina intravenosa (5 a 14 puntos; midazolam 5mg dosis única).

Continuando con el análisis general de las escalas, la escala PAWSSm registró una puntuación general de 4.00 ± 1.48 , y se observó un puntaje significativamente mayor en el grupo con síndrome de abstinencia, con 5.09 ± 1.48 puntos, en comparación con los 3.0 ± 0.00 puntos del grupo sin abstinencia, con un valor de p de 0.007. La escala AUDIT registró una puntuación general de 23.10 ± 4.78 puntos, y hubo diferencias estadísticamente significativas registrando menor puntuación en el grupo sin abstinencia 20.0 ± 1.48 puntos, comparado con 24.0 ± 4.97 puntos en el grupo con abstinencia, con un valor de $p < 0.001$. En cuanto a la Escala CIWA-Ar, los pacientes sin síndrome de abstinencia presentaron una puntuación de 0.00 ± 0.00 , mientras que

aqueellos con síndrome de abstinencia mostraron una puntuación de 11.0 ± 11.86 puntos. Marcando diferencia significativa con valor de $p < 0.001$. El registro en la escala MINDS fue de 0.00 ± 0.00 puntos en pacientes sin síndrome de abstinencia y 12.65 ± 11.92 puntos en pacientes con síndrome de abstinencia, con un valor de p de 0.0031. En cuanto a la escala ASSIST, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. A grandes rasgos todas las escalas diferenciaron bien los grupos excepto escala de ASSIST. **Ver tabla 6.**

Tabla 6. Comparación de puntaje de las escalas entre los grupos con abstinencia vs sin abstinencia

Escala	Grupo completo N = 30 (100%)	Abstinencia Alcohólica		P valor
		Sin abstinencia N =7 (23.3 %)	Con abstinencia 23 (76.6 %)	
AUDIT	23.10 \pm 4.78	20.0 \pm 1.48	24.0 \pm 4.97	< 0.001* ^t
ASSIST	10.00 \pm 14.83	13.0 \pm 10.38	9.0 \pm 13.34	0.705 ^w
PAWSSm.	4.00 \pm 1.48	3.0 \pm 0.00	5.09 \pm 1.48	0.007* ^w
CIWA-Ar	6.00 \pm 8.90	0.00 \pm 0.00	11.0 \pm 11.86	< 0.001* ^w
MINDS	12.0 \pm 16.31	0.00 \pm 0.00	12.65 \pm 11.92	0.0031* ^w

*Estadísticamente significativo. t = t de Student w = Wilcoxon test

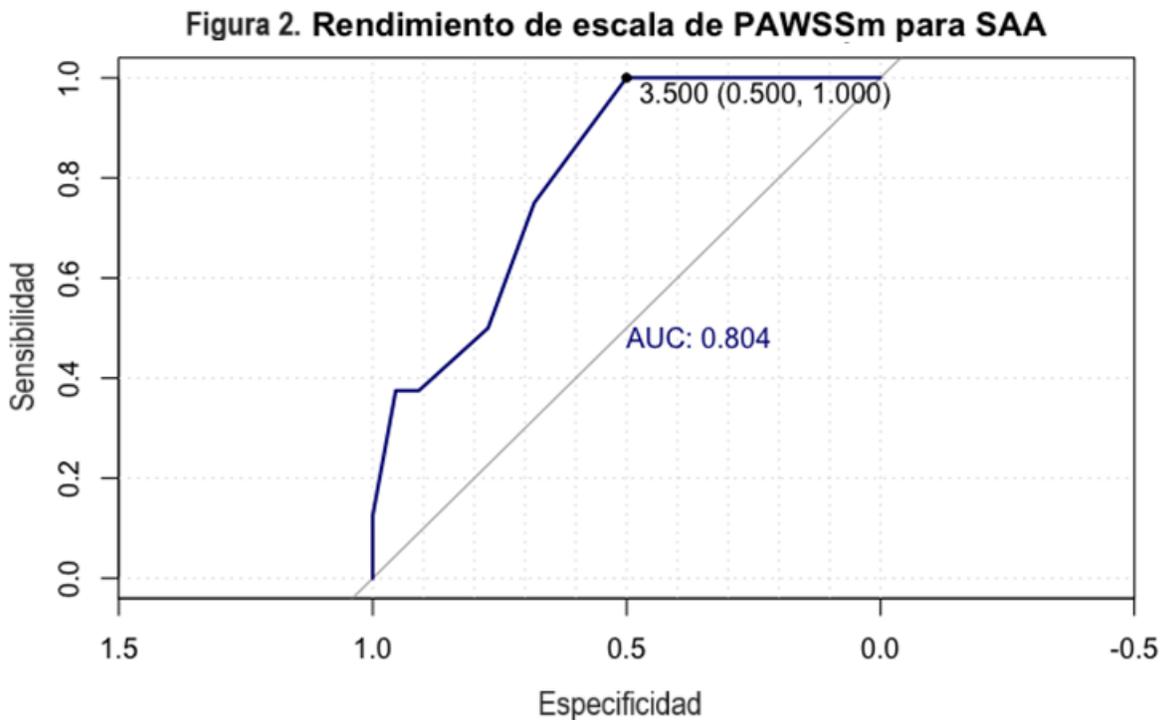
20.5 Análisis de la escala PAWSSm

Se consideró el punto de corte de igual o mayor de 4 puntos en escala de PAWSSm para predecir el desarrollo de SAA, y como prueba referencia y clasificador de severidad se consideró la escala de CIWA-Ar con puntaje igual o mayor a 20 (severo). Se observó que la sensibilidad de la escala PAWSSm es del 50%, lo que indica una limitación en su capacidad para identificar ciertos casos. Sin embargo, se destaca su alta especificidad del 100%, así como un valor predictivo positivo y negativo del 100% y 42%, respectivamente. **Ver tabla 7.**

Tabla 7. Rendimiento diagnóstico de la escala de PAWSSm para SAA.

Parámetro	Valor
Sensibilidad	50 % (28,72)
Especificidad	100 % (63,100)
Valor predictivo positivo	100 % (72,100)
Valor predictivo negativo	42 % (20,67)
AUC	0.804

Se realizó una Curva ROC donde se observa un buen rendimiento diagnóstico de la escala PAWSSm con un Área debajo de curva de 0.804 con un IC del 95%. Este rendimiento para predecir el SAA se observa a partir del punto de corte igual o mayor a 3.5 puntos (sensibilidad 50% y especificidad 100%). **Ver Figura 2.**



20.7 Análisis de las variables de control.

La edad, los años de consumo de alcohol y el tiempo de hospitalización difirieron significativamente entre los grupos, siendo mayor en el grupo con abstinencia comparado con el grupo sin abstinencia, según los valores de p asociados de 0.0047, 0.0106 y 0.020, respectivamente. El grupo con síndrome de abstinencia demostró menor tiempo para el inicio de síntomas 2.0 ± 1.48 (días) comparado con 4.0 ± 0.00 días p valor 0.0120 del grupo sin abstinencia. **Ver Tabla 8.**

Tabla 8: Características de los grupos de estudio (Variables continuas)

Variable	Grupo Completo N = 30 (100%)	Abstinencia Alcohólica		P valor
		Sin abstinencia N =7 (23.3 %)	Con abstinencia 23 (76.6 %)	
Edad (Años)	42.00 \pm 16.31	30.0 \pm 2.97	48.0 \pm 16.31	0.0047* ^w
Años de consumo	25.50 \pm 15.57	15.0 \pm 5.93	31.0 \pm 14.83	0.0106* ^w
Tiempo de inicio de síntomas (Días)	3.00 \pm 1.48	4.0 \pm 0.00	2.0 \pm 1.48	0.0120* ^w
Tiempo de hospitalización	9.00 \pm 5.19	7.0 \pm 4.45	9.0 \pm 5.93	0.020* ^w

*Estadísticamente significativo. ^w = Wilcoxon test

En la población de estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a estado civil, la condición de empleado, presencia de comorbilidades y abstinencia alcohólica severa. El Delirium se presentó solamente en 7 pacientes con síndrome de abstinencia (30.4%) y tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos con un valor de p de 0.154. El 96.7% de los pacientes no requirieron manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Ver tabla 9.**

Tabla 9: Características de los grupos de estudio (Variables categóricas)

Variable	Grupo completo N = 30 (100%)	Abstinencia Alcohólica		P valor
		Sin abstinencia N =7 (23.3 %)	Con abstinencia 23 (76.6 %)	
Estado civil				
Soltero	7(23.3%)	2 (28.5 %)	5 (21.7%)	
Casado	15 (50.0%)	3 (42.8 %)	12 (52.1%)	
Divorciado	5 (16.7%)	2 (28.5%)	3 (13.0%)	
Viudo	2 (6.7%)	0 (0.0%)	2 (8.6%)	0.870 ^F
Separado	1 (3.3%)	0 (0.0 %)	1 (4.3%)	
Empleado	20 (66.6%)	5 (16.67%)	15 (65.2%)	1.000 ^F
Con comorbilidades	17 (56.7 %)	2 (6.67%)	15 (65.2%)	0.189 ^F
Tratamientos previos	2 (6.7%)	0 (0.0%)	2 (8.6%)	1.000 ^F
Crisis Convulsivas	3 (10%)	0 (0.0%)	3 (13.1)	1.000 ^F
Delirium	7 (23.3%)	0 (0.0%)	7 (30.4%)	0.154 ^F
Sin Manejo en UCI	29 (96.7%)	7 (100%)	22 (95.6%)	1.000 ^F
Abstinencia Alcohólica Severa	10 (33.3%)	0 (0.0%)	10 (43.5%)	0.006^F

F: Prueba exacta de Fisher

En cuanto al análisis de regresión logística se encontró que solamente la edad y Tiempo Presentación de los síntomas tuvieron valores de *p* significativos. **Ver tabla 10.**

Tabla 10 Análisis de regresión logística

Factor	Categoría	OR Univariado	P-valor	IC 95%
Edad	Años	1.17	0.0425*	1.05– 1.62
Estado Civil	Soltero	2.5	0.273	0.3 -4.1
	Casado	1.6	0.656	0.02 – 3.3
	Divorciado	0.6	0.680	0.1-3.0
	Viudo	17.2	0.995	0.7 -26
	Separado	17.8	0.997	0.20 -24
Situación Laboral	Desempleado	1.33	0.760	1.0 – 2.9
Comorbilidad	Con comorbilidad	4.6	0.102	0.0- 9.6
Tratamientos Previos	Con tratamiento	3	0.995	0.01- 5.0
Manejo en UCI	Ingreso a UCI	0.0	0.994	0.0-0.98
Crisis Convulsivas	Con convulsiones	1.48	0.994	1.02-3.0
Delirium	Con delirio	5.05	0.994	0.07-8.09
Tiempo Presentación de síntomas	Días	0.21	0.0344*	0.007 – 0.59
Tiempo de Hospitalización	Días	1.1	0.221	0.4- 4.8
Años de consumo de alcohol	Años	0.21	0.212	0.0-2.2

* Estadísticamente significativo

La edad con un OR = 1.17 significa que, manteniendo constante la influencia de otros factores, por cada unidad adicional en la edad, el riesgo de experimentar el SAA se incrementa en un 17%. Un OR mayor que 1 sugiere una asociación positiva entre la edad y el riesgo de desarrollar el SAA.

El odds ratio para el tiempo de presentación de los síntomas es 0.2, lo que indica que el riesgo de presentar SAA disminuye un 80% por cada unidad adicional en el tiempo de presentación de síntomas (días). Un OR menor que 1 sugiere una asociación inversa, lo que significa que no hay un aumento en el riesgo de presentar SAA con un mayor tiempo de presentación de síntomas, manteniendo constantes otras variables.

21. DISCUSIÓN

En este estudio piloto se demuestra que la aplicación de la escala PAWSSm en las primeras horas de ingreso hospitalario puede predecir el desarrollo del síndrome de abstinencia por alcohol en pacientes hospitalizados con trastorno por consumo de alcohol con buena especificidad y rendimiento diagnóstico. Esta información es similar a la ya reportada en la literatura hasta el momento^(16,34,39,46), aunque en nuestros pacientes, según sus características, manifestaciones clínicas y respuestas otorgadas, dieron como resultado valores ligeramente inferiores a los mencionados en otros estudios, su utilidad como prueba pronóstica sigue siendo valiosa.

Según los últimos datos epidemiológicos de nuestro estado en 2018, los mayores consumidores de alcohol abarcan desde los 10 hasta los 19 años en un 29.3% y de los 20 años en adelante con un 22.6% de la población. En nuestro estudio, la edad promedio fue de 42 años, y aquellos con complicaciones como el síndrome de abstinencia, tuvieron un promedio de 48 años. Estudios previos^(24,47) han demostrado que la mayoría de las personas con síntomas de abstinencia grave tienen un historial de consumo diario y en grandes cantidades durante varios años. Además, el riesgo de complicaciones aumenta con la edad⁽²⁴⁾, este último factor se comprobó en nuestro estudio, con un valor estadístico significativo, difiriendo de algunas investigaciones en las que no se ha encontrado una asociación entre la edad y el SAA severo^(48,49).

En nuestro país, las encuestas nacionales de Nutrición y de consumo de drogas, alcohol y tabaco, muestran que los hombres presentan tasas más altas de consumo de alcohol que las mujeres y con inicio en edad temprana^(1,3,9,25). En nuestro estudio esto no difirió ya que el 100% de los pacientes incluidos fueron hombres, únicamente una persona fue de sexo femenino y no cumplió con los criterios de inclusión.

Las formas más severas del SAA, como el DT y las Crisis Convulsivas, requieren atención y vigilancia estrecha en entornos hospitalarios como en la Unidad de Terapia o Cuidados Intensivos, ya que algunos pacientes pueden necesitar tratamientos sedativos para evitar complicaciones mayores⁽⁴⁰⁾. En nuestro estudio, los pacientes que presentaron síndrome de abstinencia experimentaron un promedio de 2 días de latencia antes de la aparición del cuadro clínico. Según la literatura^(24,25), si el síndrome de abstinencia avanzara entre 48 y 92 horas, hasta el 5% de los pacientes podrían desarrollar complicaciones, en este tiempo es que se observaron dichas complicaciones en quienes las presentaron y en un mayor porcentaje que el mencionado lo que

indica una necesidad de identificar pacientes con alta probabilidad de desarrollar complicaciones de SAA.

A pesar de que existen diversas escalas que determinan el riesgo de consumo de sustancias, como el ASSIST y el AUDIT^(30,31), entre otras, es notable que, en este estudio, las pacientes con un alto puntaje en la escala de AUDIT presentaron SAA, lo que podría estar relacionado con la dependencia a la sustancia. Esta investigación no mostró diferencias significativas en puntaje de la escala de ASSIST, es factible que la disparidad en los puntajes de esta escala entre los pacientes con SAA y aquellos sin síntomas de abstinencia pueda atribuirse al fenómeno de ilegalidad, así como al temor de los pacientes de admitir el consumo de otras sustancias ilegales debido a implicaciones legales.

Para la predicción y diagnóstico del síndrome de abstinencia por alcohol es de vital importancia ya que se ha reportado una asociación con daño neuronal en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas⁽⁵⁰⁾, por lo que, es crucial reducir al mínimo los falsos positivos con el fin de evitar diagnósticos incorrectos. En estas circunstancias, se busca una alta especificidad para asegurar que los resultados positivos sean más confiables. La escala PAWSS fue validada en la Universidad de Stanford de Estados Unidos en el año 2015 con una sensibilidad de 93.1%, especificidad del 99.5%, valor predictivo positivo de 93.1% y negativo de 99.5%⁽⁵⁰⁾. En nuestro estudio se observó que el modelo de PAWSSm muestra una sensibilidad que si bien no es tan eficaz para identificar ciertos casos, es altamente específica (**ver tabla 7**), por lo que apoya en que se descarte de manera adecuada el diagnóstico de SAA, esto aunado al valor predictivo positivo obtenido nos apoya en mencionar que la escala PAWSSm tiene un buen rendimiento diagnóstico para SAA.

22. LIMITACIONES:

El presente estudio cuenta con varias limitaciones como el sesgo de las respuestas de las escalas ya que algunos pacientes pudieran no haberlas respondido adecuadamente por el temor a tener alguna consecuencia debido a la implicación del consumo de la sustancia. Es posible que, debido a esto, un número significativo de pacientes con TCA haya quedado excluido del estudio, incluido el sexo femenino.

Como limitación adicional, no se contó con el uso de medición de alcoholemia para poder utilizar la escala PAWSS sin la modificación, aunque nuestro estudio sugiere que la escala modificada

(PAWSSm) es de utilidad para predecir el SAA en las primeras horas de contacto con el paciente que llega a atención médica.

Ante la presentación temprana de algunos síntomas de abstinencia, algunos pacientes fueron tratados de manera inmediata y adecuada con benzodiazepinas, por lo que, pudieron no presentar otras manifestaciones clínicas de la abstinencia y no haberse captado en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas.

23. CONCLUSIONES:

La escala PAWSSm es útil para predecir la manifestación del síndrome de abstinencia por alcohol con una buena especificidad y rendimiento diagnóstico.

La evaluación con esta escala durante las primeras horas de internamiento de los pacientes puede detectar a los que tengan mayor riesgo de presentar un SAA (puntaje mayor o igual a 4).

Factores como la edad, años de consumo, el tiempo de inicio de síntomas y tiempo hospitalización difieren de manera significativa entre quienes desarrollaron SAA versus los que no.

Por cada por cada año adicional en la edad, la probabilidad de experimentar el SAA se incrementa y por cada aumento de días de inicio de los síntomas, el riesgo presentar SAA disminuye.

El uso de la escala PAWSSm permitirá al personal de salud identificar el SAA de manera oportuna y, en consecuencia, iniciar medidas de tratamiento de forma más precoz.

Proponemos continuar esta línea de investigación realizando la validación de la escala en nuestro País, con el objetivo de que en el futuro se implemente su uso rutinario en el ámbito médico.

24. BIBLIOGRAFÍA:

1. Alcocer Varela J, López-Gatell Ramírez H, Zabicky Sirot G, Julio González Olvera J, Carmen Torres Mata D, Javier Mendoza Velásquez J, et al. Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de sustancias Psicoactivas en México. 2021.
2. Muñiz IN de PR de la F. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. 2017;190.
3. Ahumada-Cortez, Jesica Guadalupe; Gámez-Medina MEV-M, Carolina. El Consumo de Alcohol como Problema de Salud Pública. Ra Ximhai. 2017;13:13–24.
4. ENSANUT. Encuesta Nacional De Salud Y Nutricion 2021 Sobre Covid-19 [Internet]. 2021. 324 p. Available from:
https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf
5. Barrera-Núñez D, Rengifo Reina HA, López-Olmedo N, Barrientos-Gutiérrez T, Reynales-Shigematsu LM. Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de COVID – 19. ENSANUT 2018 y 2020. Salud Publica Mex. 2022;en prensa(2):137–47.
6. CONADIC. Consumo de bebidas alcohólicas durante la jornada nacional de sana distancia por covid-19. 2020;(60):1–6. Available from: www.gob.mx/salud/conadic
7. Pan American Health Organization. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. World Heal Organ [Internet]. 2018;1–28. Available from:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Adicciones CN contra las. Programa Anual de Trabajo 2019 Comisión Nacional Contra las Adicciones. 2019; Available from: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/programa-anual-de-trabajo-2019-224944>
9. González Portillo, Alfredo. Robles Soto N. Comisión Nacional contra las Adicciones Guía breve para la implementación del enfoque de reducción de riesgos y daños con usuarios de drogas. 2019;11.
10. INEGI. Características De Las Defunciones Registradas en México Durante 20201, Preliminar. Comun prensa. 2021;402(21):1–5.
11. INEGI. Estadística De Defunciones Registradas Enero a Septiembre De 2021 (Preliminar).

- Comun prensa [Internet]. 2022;2021. Available from:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2022_02.pdf
12. González Block MA, Figueroa-Lara A, Ávila Burgos L, Balandrán-Duarte DA, Aracena-Genao B, Cahuana-Hurtado L, et al. Retos a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2017. *Salud Publica Mex.* 2017;59(2):126–7.
 13. Shamah LT, Cuevas NL, Romero MM, Gaona PEB, Gómez ALM, Mendoza AL, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. 2020. 268 p. Available from:
<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
 14. Hammer JH, Parent MC, Spiker DA, World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Vol. 65, Global status report on alcohol. 2018. 74–85 p. Available from:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29355346>
 15. Association AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5th ed. Psiquiatría AA de, editor. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents. Editorial Médica Panamericana.; 2014. 1000 p.
 16. Rebolledo-García D, Granados-Moreno DL, González-Vargas PO. Perspectives about withdrawal alcoholic syndrome: Mexican treatment. *Med Interna Mex.* 2018 Jul 1;34(4):582–93.
 17. Luis F, Moncayo G. Prevención del consumo nocivo de alcohol. *Minist Salud y Protección Soc y Of las Nac Unidas contra la Drog y el Delito.* 2013;56.
 18. Centro de Integración Juvenil. Consumo de drogas: riesgos y consecuencias. 2014.
 19. Ley General de Salud Pública. Ley Gen Salud Pública. 2020;
 20. López-Jiménez JL. Patron de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. *Salud Publica Mex.* 1998;40(6):487–93.
 21. Farrokh S, Roels C, Owusu KA, Nelson SE, Cook AM. Alcohol Withdrawal Syndrome in Neurocritical Care Unit: Assessment and Treatment Challenges. *Neurocrit Care.* 2021;34(2):593–607.
 22. Evans L, Lewis ZB, Seupaul RA. Can We Predict Severe Alcohol Withdrawal Syndrome? *Ann Emerg Med* [Internet]. 2020;76(3):328–9. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.02.022>

23. Attilia F, Perciballi R, Rotondo C, Capriglione IDA, Iannuzzi S, Attilia ML, et al. Alcohol withdrawal syndrome : diagnostic and therapeutic methods Síndrome astinenziale da alcol : processi diagnostici e terapeutici. 2018;53(May 2022):118–22.
24. Frenk Mora J, Ruelas Barajas E, Tapia Conyer R, Castañón Romo R, Belsasso G, Gustavo Lomelín Cornejo L, et al. Guía para el manejo psiquiátrico del síndrome de abstinencia del paciente alcohólico en el primer nivel de atención. [Internet]. 2018. Available from: www.salud.gob.mx/unidades/conadic
25. Hernández AR, Jiménez Saab NG, Elizalde Barrera CI, Huerta Ramírez S, Ayala San Pedro JA, Cabrera Miranda LJ, et al. CIWA-Ar como escala predictora y diagnóstica de delirium tremens en pacientes con supresión etílica. *Med Interna Mex.* 2012;28(6):541–6.
26. Dixit D, Endicott J, Burry L, Ramos L, Yeung SYA, Devabhakthuni S, et al. Management of Acute Alcohol Withdrawal Syndrome in Critically Ill Patients. *Pharmacotherapy.* 2016;36(7):797–822.
27. Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpide A, Vicente Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med Segur Trab (Madr).* 2009;55(214):26–40.
28. Ramírez-Velasco DH, Sánchez-Hernández G. Capacidad diagnóstica de las escalas Cushman y AWS para supresión etílica. *Med Interna Mex.* 2013;29(1):26–31.
29. Airagnes G, Ducoutumany G, Laffy-Beaufils B, Le Faou AL, Limosin F. Alcohol withdrawal syndrome management: Is there anything new? *Rev Med Interne.* 2019;40(6):373–9.
30. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunderson J MM. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria [AUDIT Questionnaire for the Identification of Disorders due to Alcohol Consumption Guidelines for its use in Primary Ca. *Organ Mund la Salud.* 2001;41.
31. OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Oms. 2011. 73 p.
32. Wetterling T, Kantz R, Besters B, Fischer D, Zerfass B, John U, et al. Alcohol-Withdrawal Syndrome (Aws Scale). 1997;32(6):753–60.
33. Gonzáles LF. Escala Ciwa-Ar. *Crit Care Med.* 1989;(s):1–3.
34. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, Hills-Evans K, Swendsen H, Lolak S, et al. The “Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale” (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol [Internet].* 2014;48(4):375–90. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.01.004>

35. Hernández Andraca K, Vargas Ayala G, Cerda Téllez F, Melchor López A, Huerta Ramírez S, Elizalde Barrera CI. Validación de la escala CIWA en pacientes mexicanos con síndrome de supresión alcohólica. *Med Interna Mex.* 2012;28(2):103–11.
36. Aguirre NAV, Gonzalez GTF, Sanchez JLG, Rangel RMR, Santaella ALM, Minamy JIG, et al. Use of the AST scale for alcohol withdrawal syndrome in Mexican population. *Med Interna Mex.* 2020;36(6):774–80.
37. Knight E, Lappalainen L. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised might be an unreliable tool in the management of alcohol withdrawal. *Can Fam Physician.* 2017;63(9):691–5.
38. Elefante, Raymond Julius MD; Batkis, Marcelo MD; Nelliot, Archana BS; Abernathy, Karen MSN, RN, CRNP-PMH, PMHC-BC; Rocha, Kristi MSN, RN; Jenkins, Freddie MSN, RN, CDNC; Rastegar, Darius Anthony MD; Neufeld, Karin Jane MD M. Psychometric Properties of the Revised Clinical Institute Withdrawal Alcohol Assessment and the Brief Alcohol Withdrawal Scale in a Psychiatric Population. *J Addict Med.* 2020;14((6)):e355–8.
39. Martínez Amezága, Luis; Ghelfi, Albertina; Kilstein JG. ¿Podemos Predecir el Síndrome de Abstinencia Alcohólica en Pacientes Hospitalizados? *Hosp Esc “Eva Perón.”* 2017;21.
40. Casabella C, Kutscherauer DO, Carini F, Garay C, Goldberg A, Marchena MC, et al. Manejo del Síndrome de Abstinencia Alcohólica en los pacientes críticos. Revisión de la literatura. *Rev Argentina Ter Intensiva [Internet].* 2017;34(2):41–52. Available from: <http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/511/421>
41. Lee JA, DUBY JJ, Cocanour CS. Effect of early and focused benzodiazepine therapy on length of stay in severe alcohol withdrawal syndrome. *Clin Toxicol [Internet].* 2019;57(7):624–7. Available from: <https://doi.org/10.1080/15563650.2018.1542701>
42. Choi HY, Seo JS, Lee SK. Assessment and Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome. *Korean J Gastroenterol.* 2020;76(2):71–7.
43. Tiglao SM, Meisenheimer ES, Oh RC. Alcohol Withdrawal Syndrome: Outpatient Management. *Am Fam Physician.* 2021;104(3):253–62.
44. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investig en Educ Médica.* 2013;2(8):217–24.
45. Browne RH. On the use of a pilot sample for sample size determination. *Stat Med.*

1995;14(17):1933–40.

46. Evan Wood, MD, PhD, FRCPC^{1, 2}; Loai Albarqouni, MD, MSc³; Stacey Tkachuk, BSc P et al. Will This Hospitalized Patient Develop Severe Alcohol Withdrawal Syndrome? The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*. 2018;320((8)):825–33.
47. Oviedo H. Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol. *Univ Médica*. 2016;47(2):112–20.
48. Rathlev NK, Ulrich A, Fish SS et al. Clinical characteristics as predictors of recurrent alcohol-related seizures. *Acad Emerg Med*. 2000;7:886–91.
49. Mennecier D, Thomas M, Arvers P et al. Factors predictive of complicated or severe alcohol withdrawal in alcohol dependent inpatients. *Gastroenterol Clin Biol*. 2008;32:792–7.
50. Maldonado JR, Sher Y, Das S, Hills-Evans K, Frenklach A, Lolak S, et al. Prospective validation study of the prediction of alcohol withdrawal severity scale (PAWSS) in medically ill inpatients: A new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol Alcohol*. 2015;50(5):509–18.

25. ANEXOS.

ANEXO 1: ESCALA AUDIT

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol: instrumento de medición para determinar si el consumo de alcohol es perjudicial.

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p> <input type="text"/>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más</p> <input type="text"/>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p> <input type="text"/>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p> <input type="text"/>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.</p> <input type="text"/>

0 – 7 puntos	Riesgo bajo
8 – 15 puntos	Riesgo medio
16 – 19 puntos	Riesgo alto/perjudicial
20 – 40 puntos	Dependencia

ANEXO 2: ESCALA ASSIST V3.1 ANVERSO

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias: Instrumento de medición que permite la pesquisa del consumo de sustancias psicoactivas.

Pregunta 1 (sírvese marcar la respuesta para cada categoría de sustancia)

Durante toda su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias usó alguna vez? (SOLAMENTE USO NO MEDICADO)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otro tipo - especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si todas las respuestas son negativas sugiera:
"¿Ni siquiera cuando estaba en el colegio?"

Si la respuesta a todos los puntos es "No" suspenda la entrevista.

Si la respuesta a alguno de los puntos es "Si", haga la pregunta 2 respecto a cada una de las sustancias que se hayan usado

Pregunta 2

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo usó las sustancias que mencionó anteriormente (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otro tipo - especificar	0	2	3	4	6

Si la respuesta a todos los puntos en la Pregunta 2 es "Nunca", vaya a la pregunta 6.

Si en los tres meses previos usó alguna de las sustancias de la Pregunta 2, continúe con las Preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que se hayan usado.

Pregunta 3

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo sintió usted un fuerte deseo o una urgencia por consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otro tipo - especificar	0	3	4	5	6

Pregunta 4

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) lo llevó a tener problemas de salud, sociales, legales o financieros?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otro tipo - especificar	0	4	5	6	7

Pregunta 5

Durante los últimos tres meses, ¿cuán a menudo usted no hizo lo que se esperaba que hiciera debido a su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otro tipo - especificar	0	5	6	7	8

ESCALA ASSIST V3.1 REVERSO

Haga las Preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que se hayan usado alguna vez (por ejemplo las que se mencionaron como consumidas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Alguna vez un pariente, un amigo o cualquier otra persona se han preocupado por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otro tipo - especificar	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha tratado alguna vez de reducir el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) pero no logró hacerlo?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o <i>Píldoras para dormir</i> (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Midazolam etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otro tipo - especificar	0	6	3

Pregunta 8 (por favor sírvase marcar la respuesta que corresponda)

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha usado alguna vez una droga inyectable? (SOLAMENTE POR USO NO MÉDICO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVISO IMPORTANTE:

A los clientes que hayan usado drogas inyectables durante los últimos 3 meses se les debe preguntar respecto a su patrón de uso durante ese periodo para poder determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE USO

En promedio, 4 días por mes, durante los últimos 3 meses o menos.

En promedio, más de 4 días por mes, durante los últimos 3 meses.

PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN

Breve intervención incluyendo la tarjeta "Riesgos al Inyectarse"

Mayor evaluación y tratamiento más intensivo*

CÓMO CALCULAR EL PUNTAJE ESPECÍFICO PARA CADA SUSTANCIA

Para cada sustancia (codificadas de a hasta j) sume los puntos recibidos a partir de la pregunta 2 hasta la 7 inclusive. No incluya los resultados de la Pregunta 1 ni de la Pregunta 8 en el puntaje total. Por ejemplo el puntaje para Cannabis debería calcularse de la siguiente manera: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c
 Note que la P5 para el tabaco no está codificada y se calcula de la siguiente manera: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA SEGÚN EL PUNTAJE DE CONSUMO DE SUSTANCIA ESPECÍFICA DEL PACIENTE

	Registre el puntaje específico de la sustancia	No intervención	Recibe intervención breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 - 3	4 - 26	27+
b. alcohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína		0 - 3	4 - 26	27+
e. anfetamina		0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalable		0 - 3	4 - 26	27+
g. sedantes		0 - 3	4 - 26	27+
h. alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27+
i. opiáceos		0 - 3	4 - 26	27+
j. otras drogas		0 - 3	4 - 26	27+

ANEXO3: ESCALA MINDS

Escala de Desintoxicación de Minnesota: Instrumento de medición de la gravedad de los síntomas del SAA.

Presión arterial diastólica	
Menor a 90	0
90 a 110	1
Mayor a 110	2
Temblores	
Ausentes	0
Severos	6
Sudoración	
Ausente	0
Empapado	6
Alucinaciones	
Ausentes	0
Severas, continuas	3
Agitación	
Actividad normal	0
Destrozando, caminando rápido	9
Orientación	
Orientado	0
Desorientado	6
Delirios	
Ausentes	0
Presentes	6
Crisis convulsivas	
Ausentes	0
Presentes	6

- Menor a 5: no benzodiacepina y revalorar en 30 min.
- 5 a 14: Midazolam 5mg IV y revalorar en 30 min.
- 15-19: Midazolam 7.5mg IV y revalorar en 30 min.
- Mayor a 20: Midazolam 10mg IV, monitoreo y revalorar en 30 min.

ANEXO 4: ESCALA CIWA-Ar

Escala del Instituto Clínico de Evaluación de la supresión ética: Instrumento de medición de la gravedad de los síntomas del SAA.

Pulso, tomado por 1 minuto: _____

Presión arterial: _____

Náuseas o vómitos	Temblor	Sudores paroxísticos	Orientación y alteración del sensorio
(0) Sin náuseas o vómitos (1) Náusea leve sin vómitos (2) (3) (4) Náusea intermitente (5) (6) (7) Náuseas constantes, vómitos	(0) Sin temblor (1) No visible, pero se puede apreciar tocando la punta de los dedos (2) (3) (4) Moderada, con los brazos extendidos (5) (6) (7) Severo, incluso con los brazos no extendidos	(0) Sin sudor visible (1) Sudor apenas perceptible, en las palmas (2) (3) (4) Sudor obvio en la frente (5) (6) (7) Sudor profuso	(0) Orientado y puede realizar sumas (1) Desorientado en el día y no puede hacer sumas (2) Desorientado en día por no más de 2 días (3) Desorientado en día por más de 2 días (4) Desorientado en lugar y persona
Ansiedad	Agitación	Cefalea u opresión en la cabeza	Puntuación total: _____ Aplicador: _____ Puntuación máxima: 67
(0) Sin ansiedad, tranquilo (1) Levemente ansioso (2) (3) (4) moderadamente ansioso, o a la defensiva, la ansiedad está inferida (5) (6) (7) ataque agudo de pánico	(0) Actividad normal (1) Más actividad que la normal (2) (3) (4) Moderadamente inquieto sin dormir (5) (6) (7) Se mueve hacia adelante y hacia atrás durante toda la entrevista o se revuelca	(0) Ausente (1) Muy leve (2) Leve (3) Moderada (4) Moderadas a severa (5) Severa (6) Muy severa (7) Extremadamente severa	
Alteraciones táctiles	Alteraciones auditivas	Alteraciones visuales	CLASIFICACIÓN: Leve: < de 8 puntos Moderado: 9 a 19 puntos Severo: > 20 puntos
(0) Ninguna (1) Picazón, pinchazos, quemazón o adormecimiento muy leves (2) Picazón, pinchazos, quemazón o adormecimiento leves (3) Picazón, pinchazos, quemazón o adormecimiento moderadas (4) Alucinaciones de moderadas a severas (5) Alucinaciones severas (6) Alucinaciones extremadamente severas (7) Alucinaciones constantes	(0) Ausentes (1) Muy leve hostilidad o capacidad para asustarse (2) Leve hostilidad o capacidad para asustarse (3) Moderada hostilidad o capacidad para asustarse (4) Alucinaciones de moderadas a severas (5) Alucinaciones severas (6) Alucinaciones extremadamente severas (7) Alucinaciones constantes	(0) Ausentes (1) Muy leve sensibilidad (2) Leve sensibilidad (3) Moderada sensibilidad (4) Alucinaciones de moderadas a severas (5) Alucinaciones severas (6) Alucinaciones extremadamente severas (7) Alucinaciones constantes	

ANEXO 5: ESCALA PAWSSm

Escala de Predicción de Síndrome de Abstinencia de Alcohol modificada: Instrumento de medición que clasifica una predicción de la severidad para SAA sin medición de alcoholemia.

PREDICTION OF ALCOHOL WITHDRAWAL SEVERITY SCALE (PAWSS)	
Parte A Criterio de exclusión:	(SI o NO)
¿Consumió (tomó) alcohol en los últimos 30 días? O ¿El paciente tuvo nivel de alcohol en sangre positivo en la admisión? Si la respuesta de alguna de ellas es <u>SI</u> proceder al test.	
Parte B: Basado en la entrevista con el paciente	(1 punto cada una)
1) ¿Estuvo recientemente intoxicado/borracho dentro de los últimos 30 días?	
2) ¿Realizó alguna vez rehabilitación alcohólica o tratamiento para el alcoholismo?	
3) ¿Alguna vez experimentó episodios de abstinencia alcohólica, sin importar la severidad?	
4) ¿Alguna vez experimentó desmayos?	
5) ¿Alguna vez experimentó convulsiones relacionadas con abstinencia alcohólica?	
6) ¿Alguna vez experimentó delirium tremens?	
7) ¿Alguna vez combinó alcohol con algún depresor como benzodiacepinas o barbitúricos en los últimos 90 días? (dar ejemplos)	
8) ¿Alguna vez combinó alcohol con otras sustancias de abuso?	
Parte C: Basado en evidencia clínica:	(1 punto cada una)
¿Fue el nivel de alcohol en sangre (NAS) en la presentación ≥ 200 ?	
¿Hay evidencia de aumento de actividad autonómica? (p. ej.: FC > 120 lpm, temblor, sudor, agitación, náuseas)	
Puntaje Total	
Nota: Puntaje máximo = 10. Este instrumento está intencionado a ser una herramienta de screening. Cuanto mayor sea el número de hallazgos positivos, mayor será el riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia alcohólica. Puntaje ≥ 4 sugiere un alto riesgo del desarrollo de síndrome de abstinencia alcohólica severa (complicada), profilaxis o tratamiento del mismo estaría indicada.	

ANEXO 6: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON INTERVENCIÓN DE RIESGO MÍNIMO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

HOSPITAL CENTRAL “DR. IGNACIO MORONES PRIETO”

DIVISIÓN DE MEDICINA INTERNA.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA / SALUD MENTAL.

PACIENTE ADULTO

TÍTULO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
“Predicción del síndrome de abstinencia mediante la aplicación de la escala PAWSSm: estudio piloto.”	
Nº REGISTRO DEL PROTOCOLO AUTORIZADO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	PERIODO DE EJECUCIÓN DEL PROTOCOLO AUTORIZADO
INVESTIGADOR PRINCIPAL	ADSCRIPCIÓN DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL
Dr. César Guillermo González Salinas	Departamento de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UASLP. División de medicina interna, servicio de psiquiatría en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”
CO-INVESTIGADORA	ADSCRIPCIÓN DEL CO-INVESTIGADORA
Dra. Gabriela Nohemí Pardo Hernández	Médica residente de la Especialidad de Psiquiatría Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UASLP

FECHA DE LA PRESENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Nº DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	

Objetivos y justificación del estudio.

El Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y el servicio de Psiquiatría de la División de Medicina Interna del Hospital Central, realizan un protocolo con el objetivo de evaluar la predicción de la severidad del síndrome de abstinencia por alcohol.

En este estudio se incluirán a todos los pacientes del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” que cuenten con un consumo perjudicial de la sustancia y se realizará en las instalaciones de este.

Selección de participantes para el estudio de investigación.

Su médico le ha explicado con detalle en qué consiste su condición de salud y la importancia de preservarla para evitar complicaciones. Usted ha sido invitado a participar en este estudio ya que durante su valoración se ha encontrado un antecedente de consumo de alcohol lo cual estamos evaluando para poder predecir las posibles complicaciones ante la suspensión de su consumo.

Para realizar este estudio, se incluirá a 30 pacientes inicialmente, los cuales tengan un antecedente de consumo perjudicial de alcohol y se realizará en las áreas de urgencias adultos, medicina interna, cirugía

general y traumatología y ortopedia del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”. Los pacientes seleccionados serán adultos y participarán de manera voluntaria. Una vez que se obtenga la información necesaria, se analizará para determinar si hay algunas características que nos ayuden a predecir la severidad del síndrome de abstinencia por alcohol, para de esta manera contribuir a su tratamiento oportuno.

Participación voluntaria o retiro del estudio.

Usted ha sido invitado a participar debido a las características de su condición médica, es decir, de las molestias, resultados de la revisión médica y de los análisis o estudios que se le han realizado para diagnosticar su condición que es un trastorno por consumo de alcohol con probable síndrome de abstinencia.

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en libertad de negarse a participar en este estudio y esta decisión no afectará de ninguna forma el trato médico que reciba en la institución para su condición. Si decide participar, usted puede revocar o anular el consentimiento que ahora firma, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación. Su decisión de continuar o no en el estudio, no afectará de ninguna forma el trato médico que reciba en la institución para su condición. Si decide terminar su participación en este estudio, deberá comunicarlo al **Dr. César Guillermo González Salinas o a la Dra. Gabriela Nohemí Pardo Hernández**, quienes le proporcionarán un documento (formato) muy sencillo en el que usted pondrá algunos de sus datos e indicará que ya no desea participar en el estudio.

Información para el sujeto de investigación.

Actualmente el consumo en abuso de alcohol es un problema de salud pública en nuestro país, estando dentro de las primeras 6 causas de muerte por enfermedades no transmisibles. En los últimos dos años ha incrementado el consumo y abuso de esta sustancia, esto asociado a la pandemia por COVID-19. El trastorno por consumo de alcohol se encuentra cuando hay un consumo de más de 5 tragos en un solo evento o en menos de 4 horas, este puede complicarse con una dependencia y abstinencia. La abstinencia de alcohol se presenta cuando se disminuye mucho o deja de consumir el alcohol y la persona comienza a tener malestares físicos importantes; es una emergencia médica ya que se pueden presentar síntomas graves como alucinaciones, convulsiones, desorientaciones, etc, que pueden llevar a la muerte.

Para conocer si un consumo de alcohol implica un riesgo potencial y para valorar el síndrome de abstinencia contamos con algunos cuestionarios como el AUDIT y ASSIST (valorar el consumo de alcohol) y PAWSSm, CIWA-Ar y MINDS (para evaluar el síndrome de abstinencia). Estos cuestionarios consisten en preguntas sencillas y observaciones del estado físico del paciente en el que no se involucran procedimientos médicos o estudios adicionales.

Al participar en este estudio, colaborará en la investigación sobre si se puede predecir de manera más ágil con uno de nuestros cuestionarios un síndrome de abstinencia grave en una persona con consumo de alcohol, permitiéndonos actuar de manera más rápida y oportuna para su tratamiento.

Procedimientos a los que se someterá el sujeto de investigación.

Si usted acepta participar, le pediremos que lea cuidadosamente el presente documento de consentimiento informado y que haga todas las preguntas necesarias al médico investigador responsable, el **Dr. César Guillermo González Salinas** para que pueda resolver sus dudas.

Cuando ya no tenga alguna duda con respecto a lo que se hará en este estudio, le pediremos que firme su aceptación de participar al final de este documento, y le pediremos nos proporcione información general como su nombre, su edad, escolaridad, ocupación, antecedentes de tratamientos psiquiátricos,

antecedentes de consumo de alcohol y otras drogas, antecedentes de otras enfermedades médicas; en una entrevista de aproximadamente 5 minutos, que realizará la **Dra. Gabriela Nohemí Pardo Hernández** en las áreas de Urgencias adultos, medicina interna, cirugía general o traumatología y ortopedia de éste hospital, por lo que no será necesario revisar su expediente clínico a menos que no recuerde alguno de los datos antes mencionados. Para mantener sus datos anónimos se le asignará un código con el que únicamente los médicos investigadores que participan en este estudio podrán saber su identidad.

Además de la entrevista, le solicitaremos su autorización para realizar los cuestionarios previamente mencionados, iniciando a las primeras 24 horas de su internamiento con los AUDIT, ASSIST y PAWSSm, y a las 72 horas con los cuestionarios de CIWA-ar y MINDS; los cuales se pueden realizar en un tiempo breve de máximo 15 minutos y únicamente se requiere de sus respuestas verbales y algunos datos que los médicos observarán sin realizar estudios médicos adicionales. Dentro de los datos a preguntar se encuentran antecedentes de consumo de alcohol y otras sustancias, malestares físicos presentados, cantidad consumida, en qué momento dejó de consumir; tratamientos médicos previos y afectaciones en su vida a consecuencia del consumo. Una vez terminados todos los cuestionarios su participación finalizará.

Procedimientos y tratamientos alternativos existentes.

Usted no tiene que participar en este estudio para recibir tratamiento contra el consumo de alcohol y su síndrome de abstinencia. No se espera complicación alguna por su participación en el estudio, la atención médica que necesita es la que se realizará independientemente de su participación. Si decide no participar en este estudio, su médico le indicará el tratamiento correspondiente. Su médico del estudio puede brindarle más información sobre la condición que tiene y analizará con usted los riesgos y beneficios de los tratamientos médicos, haciendo énfasis en que no existen tratamientos alternativos.

Compromisos por parte del participante durante el estudio.

Si usted accede a participar en este estudio, tiene las siguientes responsabilidades:

En relación con las citas/visitas y procedimientos del estudio:

- Seguir las instrucciones de los investigadores del estudio
- Realizar las actividades requeridas según lo indicado, por ejemplo, responder cuestionarios.

En relación con el tratamiento del estudio:

- Es muy importante que tome el tratamiento que el médico le indique, y no debe hacer nada diferente con el mismo. No omita ninguno.
- Al final del estudio, usted puede continuar con su tratamiento establecido.
- Usted puede hablar con un médico o un profesional de atención de la salud, que no esté involucrado directamente en el estudio, acerca de las cuestiones de salud o problemas médicos relacionados con el tratamiento del consumo de alcohol o revelar información relacionada con el tratamiento del estudio.

En relación con los efectos secundarios y otros medicamentos que esté tomando:

- Informe al investigador si presenta síntomas inusuales, algún efecto secundario, así como sobre otras visitas al médico u hospitalizaciones que pueda tener.
- Debe informarle al investigador acerca de cualquier medicamento que esté tomando actualmente o que pueda tomar durante el curso del estudio, incluyendo medicamentos sujetos a prescripción, medicamentos de venta sin receta, así como vitaminas y suplementos.
- Si está tomando otros medicamentos, es posible que requiera suspenderlos o reducir la dosis para manejar los efectos secundarios. Esto es con la finalidad de evitar una confusión de los efectos entre los otros medicamentos y el tratamiento del estudio.

Beneficios para el sujeto de investigación y/o sociedad.

Usted no recibirá un beneficio directo o inmediato cuando se realice esta medición. Sin embargo, estará colaborando con el área de investigación del Departamento de Psiquiatría perteneciente a la división de Medicina Interna del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

Potenciales riesgos para el sujeto de investigación.

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Los riesgos de complicaciones de su atención por el síndrome de abstinencia por alcohol son independientes de su participación en el estudio. Si alguna de las preguntas que le realizarán lo(a) hicieran sentir incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. El personal que realiza el estudio está altamente capacitado.

Tenga la confianza que el personal que realizará este proceso está capacitado para realizarlo adecuadamente, para responder cualquier duda que tuviera y para atender cualquier molestia o posible complicación.

En el remoto caso de que sintiera alguna otra molestia generada por la investigación, es necesario notificarla inmediatamente al Dr. César Guillermo González Salinas quien se encargará de proporcionarle la atención necesaria, la cual no generará algún costo para usted.

Gastos y costos derivados de su participación en el estudio.

Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio y su participación no generará ningún costo para usted y/o el hospital adicional al que requiera su atención habitual, ya que estos gastos serán cubiertos por el presupuesto de este estudio de investigación.

Consideraciones Éticas.

Este estudio se considera de riesgo mínimo debido ya que los investigadores responsables de este estudio no tomarán decisiones referentes a su tratamiento y únicamente le solicitarán los autorice a realizar los cuestionarios ya mencionados.

No le solicitaremos su autorización para revisar su expediente clínico, únicamente le haremos algunas preguntas, como ya le hemos explicado previamente.

Existen instituciones u organismos mexicanos como la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos sanitarios (COFEPRIS), la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA) o incluso el Comité de Ética en Investigación (CEI) de este hospital, que se encargan de vigilar el buen manejo de los datos personales y médicos que usted y los demás participantes han autorizado para que sean utilizados en la realización de estudios de investigación como el presente. Estas instituciones u organismos pueden solicitar en cualquier momento a los investigadores de este estudio, la revisión de los procedimientos que se realizan con su información y con sus mediciones, con la finalidad de verificar que se haga un uso correcto y ético de los mismos; por lo que podrán tener acceso a esta información que ha sido previamente asignada con un código de identificación, cuando así lo requieran.

Confidencialidad de la información.

La información personal y médica obtenida de usted en este estudio es de carácter confidencial y será utilizada únicamente por el equipo de investigación de este proyecto para analizar y complementar los resultados obtenidos y no estará disponible para ningún otro propósito. Esta información se conjuntará con la de otros participantes para realizar el presente estudio. Con la finalidad de mantener el anonimato, se le asignará un código para el uso de sus datos.

Si usted así lo decide, los investigadores responsables de este estudio le podrán informar a su médico tratante que usted ha aceptado participar en este estudio, para que la información que se obtenga sea incluida en su expediente clínico. Con esta finalidad, le pediremos que indique al final de este documento si está o no de acuerdo en lo anterior.

Los resultados de este estudio podrán ser publicados con fines científicos en revistas especiales dirigidas al personal médico, de enfermería, químicos e investigadores relacionados con el área de la salud con la finalidad de que conozcan si se puede predecir la gravedad del síndrome de abstinencia por alcohol. También los resultados de este estudio podrán ser presentados en reuniones científicas en las que se discuten los nuevos hallazgos que se han obtenido de este y otros estudios relacionados con la salud y el tratamiento de pacientes con su mismo diagnóstico. Los datos clínicos de todas los participantes se presentarán de forma anónima de tal manera que no podrán ser identificados.

De acuerdo a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y a Ley de Protección de Datos Personales del estado de San Luis Potosí, sus datos personales no podrán tratarse, transferirse o utilizarse para fines no descritos expresamente en este documento, a menos que sea estrictamente necesario para el ejercicio y cumplimiento de las atribuciones y obligaciones expresamente previstas en las normas que regulan la actuación de los investigadores responsables del estudio; se dé cumplimiento a un mandato legal; sea necesario por razones de seguridad pública, orden público, salud pública o salvaguarda de derechos de terceros.

Cualquier otro uso que se requiera para el uso de sus datos o análisis o manejo de sus muestras y/o resultados de los análisis que se describen en este documento, deberá ser informado y solicitado con la debida justificación al Comité de Ética en Investigación de este Hospital, quien determinará la pertinencia de la solicitud y en su caso, autorizará un uso diferente para sus datos, muestras y/o productos derivados de sus muestras y/o resultados; siempre en apego a los lineamientos y normas legislativos nacionales e internacionales y en beneficio y protección de la integridad de los actores participantes.

Motivos para finalizar su participación en el estudio.

El investigador puede retirarlo de este estudio por cualquier motivo justificado de acuerdo con el protocolo. Los siguientes son ejemplos de motivos por los cuales usted podría tener que suspender algunas de las actividades relacionadas con el estudio o todas, incluyendo el tratamiento del estudio:

1. Usted requiere un tratamiento que no está permitido en este estudio.
2. Usted no sigue las instrucciones.
3. Usted queda embarazada (si se embaraza, se requerirá un consentimiento informado adicional para seguimiento del embarazo).
4. Usted experimenta efectos secundarios derivados de tratamientos del estudio que considera inaceptables.
5. El investigador considera que mantenerlo en el estudio podría ser perjudicial para usted.
6. El investigador decide detener el estudio o el desarrollo del tratamiento del estudio.

Compromiso de información sobre su participación en el estudio.

Usted tiene derecho a ser informado y a que sus preguntas sobre su participación en el estudio sean resueltas en todo momento.

Se le entregará una copia de este consentimiento informado, firmada por el investigador responsable donde se incluyen sus datos de contacto y los datos del Comité de Ética en Investigación de este hospital para aclarar cualquier duda que pudiese surgir.

Para realizar cualquier pregunta, duda o aclaración sobre su participación en el estudio, usted puede comunicarse con:

Dr. César Guillermo González Salinas. (Investigador principal)

Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UASLP

División de Medicina Interna, Servicio de Psiquiatría del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Dra. Gabriela Nohemí Pardo Hernández. (co-investigadora o tesista)
Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UASLP

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a sus derechos como participante en el estudio de investigación, también puede ponerse en contacto con una persona no involucrada con el equipo de investigadores de este estudio:

Dra. Ana Ruth Mejía Elizondo
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Aceptación del documento de Consentimiento Informado

Si usted desea participar de manera voluntaria en esta investigación, por favor proporcione su nombre, firma y fecha este documento en los espacios proporcionados en la parte inferior. Su firma significa que usted acepta lo siguiente:

1. Se me ha dado la información completa y adecuada en forma verbal y por escrito sobre el objetivo del estudio y me han explicado los riesgos y beneficios de participar en lenguaje claro.
2. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento y terminar mi participación en este estudio en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención médica.
3. Es mi responsabilidad preguntar para aclarar cualquier punto que no entienda en relación a mi participación en este estudio. He hecho todas las preguntas a la persona que realiza el proceso de consentimiento y he recibido respuestas satisfactorias.
4. No he ocultado o distorsionado cualquier condición médica actual o cualquier antecedente médico relacionado con mi salud. He respondido todas las preguntas en relación a mi salud en forma precisa y verdadera.
5. Soy mayor de edad y legalmente capaz de dar este consentimiento.
6. Acepto participar en este estudio de manera voluntaria sin que me haya presionado u obligado. Entiendo que mi negación a participar o la discontinuación de mi participación en cualquier momento, no implicará penalidad o pérdida de beneficios a los que de otra forma tengo derecho.
7. Entiendo y estoy de acuerdo en que la información obtenida a partir del presente estudio puede ser utilizada para la publicación de estos resultados con fines académicos como parte de la divulgación científica y como apoyo a la práctica clínica, pero que en todo momento se utilizará un código asignado para mantener mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.
8. Me han explicado que la información personal y clínica que he consentido en proporcionar conservará mi privacidad y que se utilizará solo para los fines que deriven de este estudio.
9. Los investigadores que participan en este proyecto se han comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio en el momento en el que lo solicite y me entregarán una copia de este documento de consentimiento informado.

Autorización para informar a mi médico tratante de mi participación en este estudio de investigación y para que mis resultados sean incluidos en mi expediente clínico.

Se le solicita que indique su acuerdo o desacuerdo para que los investigadores responsables de este estudio de investigación le informen a su médico tratante, el Dr(a). _____, que ha aceptado participar en este estudio con el número de registro _____ ante el CEI de este hospital y para que los resultados obtenidos de las escalas que ha consentido en que se realicen, sean incluidos en su expediente clínico para que puedan ser utilizados como referencia para su tratamiento por su médico tratante. Marque con una X su respuesta:

____ Sí, doy mi autorización.

____ No doy mi autorización.

Por medio del presente documento de consentimiento informado acepto participar en el estudio de investigación denominado "Predicción de la severidad del síndrome de abstinencia mediante la aplicación de la escala PAWSSm: estudio piloto.", de manera libre y voluntaria.

NOMBRE DEL PACIENTE	FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL PACIENTE
FECHA DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)	FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL
FECHA DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	PARENTESCO
DIRECCIÓN / TELÉFONO DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE LEGAL	

NOMBRE DEL TESTIGO 1		FIRMA DEL TESTIGO 1	
FECHA		PARENTESCO	
DIRECCIÓN / TELÉFONO DE CONTACTO DEL TESTIGO 1			

NOMBRE DEL TESTIGO 2		FIRMA DEL TESTIGO 2	
FECHA		PARENTESCO	
DIRECCIÓN / TELÉFONO DE CONTACTO DEL TESTIGO 2			

Dra. Gabriela Nohemí Pardo Hernández. (nombre y firma de quien obtiene el consentimiento informado) INVESTIGADOR PARTICIPANTE EN EL PROTOCOLO	

Dr. César Guillermo González Salinas INVESTIGADOR PRINCIPAL Y RESPONSABLE EN EL HOSPITAL CENTRAL División de Medicina Interna, Servicio de Psiquiatría. Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina, UASLP. CÉDULA PROFESIONAL: 6051415	Dra. Gabriela Nohemí Pardo Hernández COINVESTIGADORA Y RESIDENTE Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, UASLP CÉDULA PROFESIONAL: 10492003
--	--

ANEXO 7: MODELO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto al Investigador Principal, el Dr. César Guillermo González Salinas que es mi voluntad revocar el consentimiento informado que he aceptado el día _____, para participar en el protocolo de Investigación titulado "Predicción del síndrome de abstinencia por alcohol mediante la aplicación de la escala PAWSSm: estudio piloto." Es mi derecho solicitar que mis datos clínicos y personales, así como los resultados de las pruebas que me han realizado hasta el momento sean eliminadas de esta investigación y ya no sean incluidas en los resultados finales y los reportes o publicaciones que se generarán de este estudio de investigación.

NOMBRE DEL PACIENTE	FIRMA DEL PACIENTE
FECHA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

NOMBRE DEL TESTIGO 1	FIRMA DEL TESTIGO 1
FECHA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

NOMBRE DEL TESTIGO 2	FIRMA DEL TESTIGO 2
FECHA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Dr. César Guillermo González Salinas.
INVESTIGADOR PRINCIPAL
Departamento de Psiquiatría.
División de Medicina interna.
Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"
CÉDULA PROFESIONAL 6051415

