



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA



HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

TRABAJO TERMINAL

“UTILIDAD DE LA ESCALA CIWA-AR VS AST PARA ESTABLECER EL GRADO DE SEVERIDAD EN PACIENTES CON SUPRESIÓN ETÍLICA DE ENERO 2022 A DICIEMBRE 2023 EN EL HOSPITAL GENERAL PACHUCA”

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA DE URGENCIAS

QUE PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO

GAMALIEL RIVERO VERAS

M. C. ESP. DR. OMAR AZUARA ANTONIO

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

DIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL

DR. EN C. MARCO ANTONIO BECERRIL FLORES

CODIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, OCTUBRE 2024

DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COORDINACION DE POSGRADO DEL ÁREA ACADÉMICA DE MECINA, AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO TERMINAL TIRULADO:

“Utilidad de la escala CIWA-ar VS AST para establecer el grado de severidad en pacientes con supresión etílica de enero 2022 a diciembre 2023 en el Hospital General Pachuca”

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN **MEDICINA DE URGENCIAS** QUE SUSTENTA EL MÉDICO CIRUJANO

GAMALIEL RIVERO VERAS

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, OCTUBRE DE 2024

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP. ENRIQUE ESPINOSA AQUINO
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

M. C. ESP. ALFONSO REYES GARNICA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA.

DR. EN C. OSVALDO ERIK SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE POSGRADO.

DR EN C. MARCO ANTONIO BECERRIL FLORES
LICENCIADO QUIMICO FARMACEUTICO BIOLOGO
MAESTRIA EN PARASITOLOGÍA

DOCTOR EN CIENCIAS
CODIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL.

POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

M.C. ESP. ANTONIO VÁZQUEZ NEGRETE
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL GENERAL PACHUCA

M.C. ESP. JOSÉ DOMINGO CASILLAS ENRÍQUEZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN

M.C. ESP. LEONORA PEREA GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS

M.C. ESP. OMAR AZUARA ANTONIO
ESPECIALISTA EN MEDICNA DE URGENCIAS
DIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL



SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO
Hospital General Pachuca
Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



HOSPITAL GENERAL PACHUCA

SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN

Pachuca de Soto, Hidalgo, a 09 de enero de 2025.

Of. N°: HGP-SECI-

0126 -2025

**Asunto: Autorización de impresión
de proyecto**

M.C. ESP. ALFONSO REYES GARNICA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA (ICsA)
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
PRESENTE

En seguimiento al oficio No. HGP/I/61/Investigación/2025 de fecha 08 de enero del año en curso (anexo al presente copia simple) donde el comité de Ética en Investigación y el comité de Investigación; autoriza la impresión del trabajo terminal del **C. Dr. Gamaliel Rivero Veras** del tercer grado de la especialidad de Medicina de Urgencias, correspondiente al ciclo académico 1° de marzo 2024 a 29 de febrero 2025, cuyo título es **"Utilidad de la escala CIWA-ar vs AST para establecer el grado de severidad en pacientes con supresión etílica de enero 2022 a diciembre 2023 en el Hospital General Pachuca"**.

Sin más por el momento, me despido de usted enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. ANTONIO VÁZQUEZ NEGRETE
ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN DEL
HOSPITAL GENERAL PACHUCA

M.C. ESP. LEONORA PEREA GARCÍA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA DE URGENCIAS

09 ENE 2025

M.C.ESP. OMAR AZUARA ANTONIO
DIRECTOR DE TESIS

ESTAFETA CORRESPONDENCIA
DES-PACHADA
COORDINACIÓN ESTATAL HIDALGO
HOSPITAL GENERAL PACHUCA

DR. EN C. MARCO ANTONIO BECERRIL
FLORES
CODIRECTOR DE TESIS

Elaboró:
L.D. Judith Alarcón Hernández
Apoyo Administrativo
Subdirección de Enseñanza

Revisó:
Dr. Jorge Abraham Vázquez Hernández
Coordinador de la Subdirección
de Enseñanza

Autorizó:
Dr. José Domingo Casillas Enriquez
Subdirector de Enseñanza, Capacitación
e Investigación

ÍNDICE

	Página
Resumen	5
I Marco teórico	6
II Antecedentes	12
III Justificación	15
IV Planteamiento del problema	16
IV.1 Pregunta de investigación	16
IV.2 Objetivos	17
IV.3 Hipótesis	18
IV.4 Hipótesis nula	18
V Material y métodos	19
V.1 Diseño de investigación	19
V.2 Análisis estadístico de la información	19
V.3 Ubicación espacio-temporal	19
V.3.1 Lugar	19
V.3.2 Tiempo	19
V.3.3 Persona	19
V.4. Selección de la población de estudio	20
V.4.1 Criterios de inclusión	20
V.4.2 Criterios de exclusión	20
V.4.3 Criterios de eliminación	20
V.5. Tamaño de la muestra	21
V.5.1 Muestreo	21
VI Aspectos éticos	22
VII Recursos humanos, físicos y financieros	25
VIII Resultados	26
IX Discusión	35
X Conclusiones	37
XI Bibliografía	38
XII.1 Anexo	41
XII.2 Anexo	44
XII.3 Anexo	45

ÍNDICE DE FIGURA	Página
Figura 1	26
Figura 2	27
Figura 3	28
Figura 4	28
Figura 5	29
Figura 6	30
Figura 7	31
Figura 8	31
Figura 9	32
Figura 10	33
Figura 11	35
Figura 12	35

RESUMEN

Antecedentes. El síndrome de abstinencia alcohólica es la expresión clínica de la interrupción brusca o disminución de la ingesta de alcohol, en donde se han establecido diversas escalas para valorar la severidad de esta entidad, la más usada es la escala CIWA-ar con una sensibilidad fue de 42% y especificidad del 70% pero actualmente se conoce la escala AST con una sensibilidad de 84% y una especificidad del 83.3% que presenta una gran sensibilidad para esta patología,

Objetivo. Determinar la utilidad de la escala CIWA-ar vs escala AST para el diagnóstico pacientes con supresión etílica en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca en el periodo comprendido de enero 2022 a diciembre 2023.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo, transversal, retrolectivo y analítico, de pacientes con supresión etílica al momento de ingresar al área de urgencias adultos del Hospital General de Pachuca, de enero 2022 a diciembre 2023. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos) y mediante la curva de ROC se analizará la validez de la escala AST. .

Resultados: Se incluyó un total de 132 pacientes, la edad que se observó con mayor frecuencia fue de 45 años, el sexo observado con mayor frecuencia fue el sexo masculino con el 73.3 %, la comorbilidad más observada fue la DM, el ser agricultor fue las recurrida, con escolaridad hasta secundaria y estar casado, el 46.6% tomaba e 1 a 2 tragos de 5 a 7 días a la semana

Conclusión: En cuanto a nuestro tema central al evaluar la sensibilidad y especificidad de la escala CIWA-AR, en los casos severos de supresión etílica, demostró que esta escala presentó mayor sensibilidad que la escala AST, en personas del sexo masculino dedicados a la agricultura, casados y con escolaridad hasta secundaria

Palabras clave. escala CIWA-ar, escala AST, supresión etílica.

I. MARCO TEÓRICO:

1.1 Alcoholismo definición

El abuso de sustancias es un problema creciente que afecta a las personas y al sistema de salud. Es cada vez más frecuente el ingreso de estos pacientes en las Unidades de Cuidados Críticos (UCI) o en el Departamento de Emergencia, a causa del efecto directo del abuso de sustancias (por intoxicación o por síndrome de abstinencia) o de otras patologías (trauma, después de una cirugía, etc.), a las cuales se suma el síndrome de abstinencia si no se conocen los antecedentes de abuso. En las UCI, es muy frecuente perder o desconocer los antecedentes alcohólicos de los pacientes por la dificultad de comunicarse, debido a la sedación, la asistencia respiratoria mecánica y el delirium. (1)

Los trastornos por consumo de alcohol son una causa importante de morbimortalidad. El trastorno por consumo de alcohol grave se presenta en hasta el 6% de la población mayor de 45 años, como es el caso del paciente que se presenta. (2)

1.2 Alcoholismo etiología

En la etiología del alcoholismo se involucran factores genéticos, psicosociales y ambientales. Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia son aquellos relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión. Se implican en la dependencia de alcohol los circuitos anatómicos de recompensa: haz prosencefálico medial, área tegmental ventral, hipotálamo lateral y áreas de la corteza prefrontal. También están implicadas las vías de neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, glutamatérgica, de opioides endógenos, GABA, y canales del calcio. (4)

1.3 Alcoholismo clasificación

Las intoxicaciones se pueden dividir según la concentración sérica de etanol, en leve, moderada y severa. En la intoxicación leve (< 100 mg/dL) se les brinda manejo de soporte. En la intoxicación moderada (100-300 mg/dL) se requiere hidratación IV y corrección del estado hidroelectrolítico. Y en la intoxicación severa (> 300 mg/dL) se

requieren de monitorización constante de signos vitales, terapia agresiva de reposición de fluidos, uso de tiamina acompañado de glucosa para prevenir la encefalopatía de Wernicke, manejo del desbalance hidroelectrolítico, control de la glicemia y de la temperatura corporal. (5)

A diferencia de la intoxicación aguda, los trastornos por consumo de alcohol se han relacionado con una mayor gravedad de la enfermedad en varios estudios. En particular, los pacientes quirúrgicos con trastornos por consumo de alcohol experimentan tasas más altas de hemorragia posoperatoria, complicaciones cardíacas, sepsis y necesidad de repetir la cirugía. Los resultados del trauma son peores para los pacientes con abuso crónico de alcohol, mientras que los pacientes quemados que están intoxicados agudamente pueden no tener peores resultados. Los trastornos por consumo de alcohol están relacionados no solo con una mayor probabilidad de neumonía y sepsis adquiridas en la comunidad, sino también con una mayor gravedad de la enfermedad y tasas más altas de neumonía y sepsis nosocomiales. El manejo de la sedación en pacientes con trastornos por consumo de alcohol puede ser particularmente desafiante debido a la mayor necesidad de sedantes y opioides y la dificultad para diagnosticar el síndrome de abstinencia. (6)

1.4. - Síndrome de Supresión Etílica.

El alcohol, produce síndrome de abstinencia cuando su uso es discontinuado o cuando se disminuye la dosis para la que el organismo está habituado. Esto puede ocurrir de forma voluntaria, aunque lo más frecuente es encontrarlo por algún problema asociado como traumatismo, pancreatitis, cirugía programada, IAM, embarazo u otras causas de hospitalización que provocan una supresión brusca del alcohol. (7)

Una de las causas del síndrome de abstinencia es el uso de fármacos usados para hacer que los pacientes dejen de ingerir bebidas alcohólicas. Los medios farmacológicos que se utilizan son:

1. Medicamentos para modificar la intoxicación en sí misma y para crear aversión hacia el alcohol (por ejemplo, disulfiram).

2. Medicamentos que reducen el síndrome de abstinencia (benzodicepinas, anticonvulsivos).
3. Medicamentos que reducen el craving del alcohol [naltrexona, acamprosato, ondansetrón e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
4. Medicamentos utilizados en caso de comorbilidad del alcoholismo y otros trastornos psiquiátricos (por ejemplo, antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos). (8)

El síndrome de abstinencia alcohólica es la expresión clínica de la interrupción brusca o disminución de la ingesta de alcohol en un paciente que ha desarrollado una dependencia física al mismo. Se manifiesta típicamente tras 6-24 horas de abstinencia, de forma involuntaria si ésta viene dada por enfermedades o lesiones, o voluntaria tras una abstinencia forzada en el curso de una desintoxicación programada. (9)

El síndrome de abstinencia etílica afecta a las personas con consumo crónico de alcohol que lo disminuyen o lo suspenden completamente. En estas personas, el cerebro se ha acostumbrado a un nivel basal de alcohol que tiene un efecto depresor y, cuando se reduce, el sistema nervioso central sufre una hiperexcitación, lo cual causa un cuadro clínico característico. Los criterios DSM V son: la abstinencia se presenta cuando se interrumpe o se disminuye el consumo de alcohol (criterio A); dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio. (10) (Tabla 1)

Tabla 1.- Síntomas de supresión etílica

Cese o reducción de consumo intenso y prolongado de alcohol
Al menos dos de los siguientes síntomas posterior a reducir el consumo de alcohol
<ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad autonómica • Temblor en las manos • Insomnio • Náuseas o vómito • Alucinaciones o ilusiones transitorias • Agitación psicomotora • Ansiedad • Convulsión tónico-clónica generalizada
Que los signos y síntomas presentados no sean atribuidos a otras causas.

1.5. - Síndrome de Supresión Etílica

Durante el síndrome de abstinencia alcohólica A hay incremento del radical anión superóxido y ocurre excesiva transmisión glutamatérgica, lo que aumenta las concentraciones de calcio intracelular y las especies reactivas de oxígeno. Los mecanismos por los que el estrés oxidativo contribuye a la toxicidad por el alcohol aún no han sido dilucidados. (12)

La reducción brusca o el cese de la ingesta de alcohol produce un desequilibrio agudo debido tanto a la reducción aguda de la actividad GABA como al aumento de la acción glutamatérgica, con la consiguiente hiperexcitabilidad y desarrollo de síntomas de síndrome de abstinencia alcohólica que pueden comenzar tan pronto como unas pocas horas después de la última ingesta de alcohol. La regulación positiva de las vías dopaminérgicas y noradrenérgicas podría ser responsable del desarrollo, respectivamente, de alucinaciones y de hiperactividad autonómica durante el síndrome de abstinencia alcohólica (13)

1.6.- Síndrome de Supresión Etílica cuadro clínico

Los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica pueden agruparse en:

- Hiperexcitabilidad del sistema nervioso central
- Hiperexcitabilidad del sistema nervioso autónomo.
- Alteraciones cognitivas. (14)

Los síntomas del síndrome de abstinencia evolucionan de acuerdo con el tiempo que haya pasado desde la suspensión del consumo; los más leves, como insomnio, temblor, ansiedad, sudoración, palpitaciones, cefalea e hiporexia, pueden aparecer entre las 6 y 12 horas posteriores; las alucinaciones visuales, auditivas o táctiles suelen aparecer entre las 12 y 48 horas; las convulsiones, entre las 24 y 48 horas; las complicaciones más graves, como el delirium trémens, después de las 48 horas (15)

El riesgo de delirium tremens está en relación con el consumo a diario, la historia de episodios previos de delirium tremens, la marginación social, la edad mayor de 30 años, una enfermedad médica intercurrente que motiva la abstinencia, aumento del BUN y de la frecuencia respiratoria, y disminución de la albúmina y de la presión arterial sistólica al

ingreso, y un mayor tiempo transcurrido desde la última bebida. El riesgo de delirium tremens está en relación con el número de factores presentes: con 0 factores, el 9%, con 1 factor, el 25% y con 2 o más factores el 54% desarrolla un delirium tremens. (16)

La duración de la abstinencia no complicada es habitualmente inferior a 3 días. La duración del delirium tremens, no complicado con intervenciones como un ingreso en UCI, es inferior a 72 horas en el 75-80% de los casos. Existe un porcentaje pequeño de pacientes, entre un 3 y un 10%, que prolongan las manifestaciones de la deprivación mayor más allá de 4 días. En varios de estos casos, los síntomas del delirium pueden verse interferidos por otras enfermedades intercurrentes, como traumatismos, ingresos por patología médica o quirúrgica, etc, en el sentido de prolongar su duración. (17)

1.7.- Síndrome de Supresión Eólica tratamiento

En Atención Primaria debemos realizar una valoración de la gravedad del cuadro, teniendo en cuenta que fiebre, convulsiones, síntomas de encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, ansiedad intensa, historia de delirium previos, TA superior a 180/110 u otras alteraciones hemodinámicas, son signos de un cuadro de abstinencia grave que hemos de derivar a un centro hospitalario dado el riesgo de evolución a delirium tremens. (18)

El tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica incluirá fármacos encaminados a evitar la presentación de otras complicaciones que puedan precipitar o agravar el Síndrome de abstinencia entre los que están la vitaminoterapia con complejo B, vitamina K (si está alterado el tiempo de protrombina o en plaquetopenias), neuroprotectores (nootrópicos: piracetam, citicolina), gastroprotectores, diuréticos, laxantes, antibióticos. (19)

Además, también para el tratamiento de esta entidad, existe un consenso claro en la evidencia científica, de que las moléculas benzodiazepínicas son de primera elección para el control de sus síntomas, además de reducción de los porcentajes de morbilidad, mortalidad, duración del delirium, y tiempo de agitación. Dentro de este grupo, podemos utilizar la vía oral o parenteral, de preferencia, Lorazepam, debido a que se absorbe bien por vía intramuscular, es de alta potencia, con vida media intermedia, y no presenta metabolitos activos. Otra buena opción puede ser el diazepam. (20)

La tiamina se administra 100mg/día IM previa siempre a la administración de glucosados, el diazepam tiene una dosis de 5-10 mg/6-8 horas VO/IV, el Cloracepato dipotásico a 25-50 mg/6-8 horas VO/IM, el Lorazepam 1-5 mg c/4-6 horas, si el paciente no responde puede utilizarse clometiazol 400-600 mg/6-8 horas o en forma alternativa haloperidol 5-10 mg/IV. (21)

También como forma de tratar a los pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica que han sido refractarios a las benzodicepinas existen reportes que el uso del Propofol se utiliza de forma exitosa para el tratamiento de estos pacientes, mejorando la sintomatología y facilitando el uso de la vía aérea. (22)

1.8.- Escalas de evaluación del Síndrome de Supresión Eólica

Se han establecido diversas escalas para valorar la severidad del síndrome de supresión eólica; sin embargo, el instrumento más utilizado para medir su severidad y adecuar el tratamiento es el denominado Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA, 1981), modificada en 1989 (The Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, CIWA-Ar), que ha demostrado eficacia para determinar qué pacientes requieren tratamiento farmacológico activo. Este instrumento clasifica los grados de severidad del síndrome por una escala de puntos, se considera leve cuando la puntuación es igual a 8, moderada si es de 8 a 15 y severa si es mayor a 15 puntos. Puntajes menores de 8 indican un síndrome de supresión eólica leve que no requiere tratamiento sintomático. (23)

Esta escala permite seleccionar, en función de la gravedad que presentan, a aquellos pacientes candidatos a recibir un tratamiento farmacológico activo y permite establecer un plan de tratamiento con base en la puntuación total obtenida, con ajustes del mismo decididas en base a aplicaciones repetidas de esta escala durante el período sintomático. La aplicación de la escala CIWA-Ar por parte del personal sanitario no es difícil. Debido a que permite dirigir el tratamiento según la gravedad y evolución de los síntomas, se debería aplicar la escala varias veces al día en pacientes con abstinencia moderada-grave. (24)

El tratamiento ambulatorio para el síndrome de abstinencia se establece según la escala de CIWA-AR:

- Si es menor de 8 puntos y no hay comorbilidades renales, cardiacas, cerebrales, mentales y existe información y red de apoyo adecuada.
- Con escala CIWA-AR de 9 a 15 si hay red de apoyo adecuada, disponibilidad de atención, no hay comorbilidades ni factores de riesgo para delirium o Wernicke.

Mientras el tratamiento hospitalario se aplica en pacientes con CIWA-AR 9 a 15 con antecedentes o riesgo de delirium o falla hepática, enfermedad médica grave, enfermedad mental o sin información suficiente. Y en todo paciente con CIWA-AR de 16 o más puntos. (25)

Una limitación de la CIWA-Ar es su naturaleza fuertemente subjetiva. Sólo 3 de 10 componentes (temblor, sudoración paroxística, agitación) pueden evaluarse únicamente mediante observación. Los otros 7 componentes requieren al menos cierta discusión con el paciente. Dado que las benzodiazepinas se administran en función de la puntuación CIWA-Ar, existe el riesgo de una dosificación incorrecta cuando las puntuaciones no son fiables, lo que conlleva un potencial daño al paciente. La segunda limitación de la CIWA-Ar, es el estado de conciencia. (26)

II. ANTECEDENTES:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alcohol contribuye al 4% de las muertes a nivel global, en Estados Unidos se ha establecido un intervalo de 5 a 20%, aproximadamente 8 millones de personas con dependencia crónica según el reporte de 2013 de National Survey on Drug Use and Health. En el Reino Unido se encuentran reportes menores a 5%, los costos hospitalarios anuales se aproximan a 1.5 mil millones de euros, con hospitalización promedio de 26 días. En México el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida. De acuerdo con la Secretaría de Salud 77% de la población mayor de 18 años consume alcohol y 6 millones de ellos son dependientes. Es causa de muerte de 4000 personas al año, lo que coloca a nuestro país entre los primeros con mayor mortalidad por alcoholismo en el mundo, en el Hospital general de Pachuca durante el periodo comprendido 2022-2023 se registraron 186 pacientes los cuales ingresaron al servicio de urgencias con el diagnóstico de síndrome de abstinencia alcohólica. En México se observa un aumento entre los años 2000 y 2012 en el porcentaje

total de adultos que consumen alcohol, con 39.7% en 2000, 34.1% en 2006 y 53.9% en 2012. Separándolos por sexo, observamos que los hombres tienen el siguiente esquema: 56.1% en 2000, 53.1% en 2006 y 67.8% en 2012 y entre las mujeres 24.3% en 2000, 18.5% en 2006 y 41.3% en 2012. (3)

Hernández K et al (2012) en su estudio intentó validar la escala CIWA, en pacientes mexicanos con síndrome de supresión alcohólica; se aplicó a 71 sujetos con síndrome de abstinencia de alcohol. El índice de consistencia interna del instrumento fue de 0.894. Al correlacionar cada ítem con el total del instrumento se encontraron índices con baja correlación en dos ítems: 1) cefalea $r = 0.091$ y 2) náusea-vómito $r = 0.271$, con un nuevo valor de confiabilidad de la escala si se eliminan estos ítems de 0.912 y 0.905, respectivamente, por lo que se sugiere que se podrían eliminar. La confiabilidad test-retest (ρ) fue de 0.843; en el análisis de correlación de Pearson los resultados fueron: $r^2 = 0.835$ y una $r = 0.9140$.(27)

Crcaño L et al (2016) quiso Identificar la correlación entre las diferentes escalas utilizadas en pacientes con síndrome de abstinencia (SAA) y con el perfil bioquímico-hematológico, donde analizó 49 pacientes con este síndrome, se analizó la correlación las escalas de Maddrey, MELD y Glasgow con la escala CIWA-Ar. No hubo correlación entre la gravedad evaluada en la escala CIWA-Ar y las escalas de Maddrey, MELD y Glasgow (correlación de Pearson=0,033, -0,08, 0,029; $p = 0,823, 0,955, 0,842$, respectivamente). El análisis de regresión mostró que la puntuación de Maddrey en el momento del diagnóstico no tiene correlación con la puntuación CIWA-Ar ($R^2 = 0,001$, $p = 0,823$, IC95%); lo mismo ocurrió con la puntuación de Glasgow ($R^2 = 0,001$).; sin embargo, si una relación lineal ($p = 0,000$, IC95%). No hubo diferencias significativas en la duración de la estancia hospitalaria cuando se analizó por tipo de tratamiento. (28)

Holzman S, et al (2016), comparó la Escala de Abstinencia de Alcohol Modificada de Glasgow (GMAWS) y la Escala de "Ansiedad, Sudor, Temblor" (AST) diseñada con la Escala de Evaluación de Abstinencia (CIWA-Ar), e incluyó 85 pacientes únicos. La mediana de la puntuación CIWA-Ar fue 6 (rango 0-13), con una mediana de la puntuación GMAWS de 2 (rango 0-5) y una puntuación AST de 3 (rango 0-7). La consistencia interna de CIWA-Ar y GMAWS fue pobre, con puntuaciones alfa de Cronbach de 0,46 ($n = 156$)

y 0,41 (n = 156), respectivamente. La consistencia interna de la escala AST fue significativamente mejor, con un alfa de Cronbach de 0,68 (n = 176). AST identificó individuos con CIWA-Ar ≥ 8 con un área bajo la curva característica operativa del receptor de 0,83 (intervalo de confianza del 95 %: 0,77-0,89), en comparación con 0,81 (intervalo de confianza del 95 %: 0,74-0,88) para GMAWS. Una puntuación AST de ≥ 3 (de 9 posibles) predijo CIWA-Ar ≥ 8 , con una sensibilidad del 93% y una especificidad del 63%, mientras que el GMAWS tuvo una sensibilidad y especificidad del 100% y 12%, respectivamente. (29)

Suárez J, et al (2022), buscaron caracterizar el desempeño de una escala corta AST (Ansiedad, Sudores, Temblores) en pacientes con SAA. Se aplicaron tres escalas: CIWA-Ar (Clinical Institute Retirement Assessment Scale-Revised), GMAWS (Glasgow Modified Alcohol Withdrawal Syndrome) y AST. Se utilizaron las pruebas alfa de Cronbach y kappa de Cohen para determinar la confiabilidad y la concordancia. Se incluyeron 68 hombres con una edad media de 41,2 años, con educación secundaria y consumo elevado de alcohol. Las puntuaciones medias de CIWA-Ar, GMWAS y AST fueron $17,4 \pm 11,2$, $3,9 \pm 2,3$ y $3,8 \pm 2,6$, respectivamente, sin diferencias significativas. La escala AST mostró una confiabilidad y concordancia aceptables (0,852 y 0,439; $p < 0,0001$) en comparación con CIWA-Ar y GMAWS. El análisis de componentes de AST evidenció temblor (77,5% de varianza), sudor (12,1% de varianza) y ansiedad (10,4% de varianza). El rendimiento diagnóstico de la escala AST fue similar al de la escala GMAWS, evidenciando una sensibilidad del 84%, una especificidad del 83,3% y un área bajo la curva (AUC) de 0,837 para discriminar SAA severo, según CIWA-Ar. (30)

III.JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol es un problema de salud pública que requiere de acciones preventivas inmediatas y de promoción de la salud. El abuso del alcohol en las sociedades occidentales se aproxima a 20%, se estima que alguna vez en su vida 20% de los hombres y 10% de mujeres tendrán esta condición clínica, definida como problemas de repetición por abuso del alcohol y el 50% tiene alguna vez un episodio de síndrome de supresión etílica

La incidencia de abstinencia alcohólica grave en pacientes que ingresan al área de urgencias oscila entre un 5 y un 20%, los cuales se asocian a complicaciones tales como es la necesidad de uso de ventilador, mayor tiempo de estancia hospitalaria, aumento en las secuelas cognitivas y aumento en la mortalidad. Por lo que tener instrumentos que de fácil uso y aplicación para la identificación de estos pacientes mejoraría su pronóstico a corto plazo otorgando un tratamiento adecuado.

En esta investigación, la propuesta está en validar si la escala de CIWA-ar presenta una mayor utilidad que la escala AST, con referencia al diagnóstico resultante con los diferentes criterios que menciona cada encuesta, el tiempo de aplicación y factibilidad para usarse en el área de urgencias

Por tanto, de realizar este estudio se podría ofrecer información confiable sobre la utilidad de la escala AST, la cual según estudios previos tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.852, y comparar esta con la escala CIWA-ar, para saber cuál de estas dos presenta una mejor utilidad en la población de nuestro hospital con supresión etílica, lo que sería de utilidad ya que una adecuada estadificación de la severidad ayudara a establecer mejor el manejo medico así como los días de estancia hospitalaria y la optimización de recursos humanos, infraestructura, e insumos dentro del servicio de urgencias del hospital general de Pachuca.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en los antecedentes ya explicados se puede observar que las dos escalas arrojan ventajas y desventajas sin embargo no se sabe cuál de estas dos podrá tener mayor utilidad aplicado en los pacientes del hospital general de Pachuca.

Al realizar este estudio se conocerá cuál de estas dos escalas presenta mayor utilidad en el área de urgencias del Hospital General Pachuca para diagnosticar la gravedad de los pacientes con supresión etílica, para así utilizarla en el momento que ingresen estos pacientes, una adecuada identificación de la gravedad del síndrome de supresión etílica conlleva a menor uso de recursos así como disminuir el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes, el uso de fármacos y recursos humanos materiales

IV.1.- Pregunta de investigación

Por lo que me planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la utilidad de la escala AST vs la escala CIWA-ar para el establecer el grado de severidad de pacientes con supresión etílica en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca de enero 2022 a diciembre 2023?

IV.2- OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la utilidad de la escala CIWA-ar vs escala AST para el grado de severidad de pacientes con supresión etílica en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca de enero 2022 a diciembre 2023 considerando la escala CIWA-ar y AST

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas y comorbilidades como sexo, edad, escolaridad y estado civil de los pacientes que ingresan con supresión etílica al servicio de urgencias del hospital general de Pachuca en el periodo comprendido de enero 2022 a diciembre 2023
2. Analizar la capacidad diagnóstica de la escala CIWA-ar para estadificar la supresión etílica al momento de ingreso al área de urgencias mediante la curva de ROC en el servicio de urgencias del hospital general Pachuca en el periodo enero 2022 a diciembre 2023.
3. Evaluar la capacidad diagnóstica de la escala AST para estadificar la supresión etílica al momento de ingreso al área de urgencias mediante la curva de ROC en el servicio de urgencias del hospital general Pachuca en el periodo enero 2022 a diciembre 2023.
4. Evaluar la utilidad de ambas escalas para estadificar la severidad del síndrome de supresión etílica mediante la curva de ROC en el servicio de urgencias del hospital general Pachuca en el periodo enero 2022 a diciembre 2023

IV.3- Hipótesis:

H₁: La escala AST tiene una utilidad mayor en el diagnóstico de severidad de supresión alcohólica en comparación de la escala CIWA-ar en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca de enero 2022 a diciembre 2023.

IV.4 Hipótesis nula: La escala AST no tiene mayor utilidad en el diagnóstico de severidad de supresión alcohólica en comparación de la escala de CIWA-ar en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca de enero 2022 a diciembre 2023.

V.- MATERIAL Y MÉTODOS

. V.1.- Diseño de investigación

Descriptivo, Transversal. Analítico y Retrolectivo,

V.2.- Análisis estadístico de la información

El análisis descriptivo se obtuvo estadística descriptiva no paramétrica, para las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos). Se analizó la sensibilidad y especificidad por medio de la curva de ROC, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. Se utilizó prueba de chi cuadrada para comparación de proporciones, considerando significativo un valor de p menor 0.05. El análisis de los datos se efectuó mediante el paquete estadístico SPSS versión 23.

V.3.- Ubicación espacio-temporal

V.3.1.- Lugar

Servicio de urgencias del Hospital General de Pachuca

V.3.2.- Tiempo

Enero 2022 a diciembre 2023

V.3.3.- Persona

Expedientes clínicos de pacientes que ingresaron a hospitalización con diagnóstico o sospecha de supresión ética o que durante su hospitalización desarrollen supresión, en el área de hospitalización Urgencias del Hospital General de Pachuca, durante periodo de enero 2022 a diciembre 2023

V.4.- Selección de la población de estudio

V.4.1.- Criterios de inclusión

- Expedientes de pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con diagnóstico confirmado de supresión etílica a su ingreso o que lo desarrollen en su hospitalización en el servicio de urgencias del Hospital General Pachuca
- Expedientes de pacientes que hayan permanecido en el área de urgencias mínimo 24 horas

V.4.2.- Criterios de exclusión

- Expediente de pacientes que ingresen al servicio de Urgencias y estén bajo el efecto de otra sustancia que altere el sistema nervioso
- Expedientes de pacientes en tratamiento de enfermedades neurológicas o psiquiátricas que comprendan alteraciones orgánicas del sistema nervioso central
- Mujeres embarazadas

V.4.3.- Criterios de eliminación

- Expedientes que no cuenten con la información necesaria para este estudio, en el expediente.

V.5 - Tamaño de la muestra TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se registraron durante el periodo 2022-2023 un total de 186 casos de síndrome de supresión etílica en el servicio de urgencias del Hospital General Pachuca

V.5.1.- Muestreo

La muestra se realizó con 186 expedientes de pacientes con síndrome de supresión etílica

VI.- Aspectos éticos

Este estudio está diseñado de acuerdo con los lineamientos en los siguientes códigos:

- El presente protocolo se apega a la “Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares” publicada el 5 de julio del año 2010 en el Diario Oficial de la Federación: Capítulo I, Artículo 3 y sección VIII en sus disposiciones generales la protección de datos. La confidencialidad de los datos del paciente será garantizada mediante la asignación de números o claves que solo los investigadores identifiquen, para brindar la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- Norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
- Declaración del Helsinki: Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión en Escocia, octubre 2000. Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado, "Todos los sujetos en estudio firmaran el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes”.

Este es un estudio se considera sin riesgo ya que solo se recolectarán datos, esto de acuerdo con la ley General de Salud en materia de investigación para la salud título segundo de los aspectos éticos de la investigación de los seres humanos. CAPITULO I Disposiciones comunes, artículo 17. Por lo anterior y cumpliendo los lineamientos de ética se anexa consentimiento informado.

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III. Las molestias o los riesgos esperados;

IV. Los beneficios que puedan obtenerse;

V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTICULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;
- II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud;
- III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: con la presente investigación se manejará la confidencialidad de datos, cada expediente de paciente será identificado como paciente 1, paciente 2, etc. Y solo tendrá acceso a esta información el director de tesis y tesista, para el análisis de datos y obtención de resultados

Al tratarse de un estudio retrospectivo, en el cual se revisarán expedientes clínicos, se considera investigación sin riesgo.

En este trabajo, no se incluirá la participación de expedientes clínicos que pertenezcan a pacientes vulnerables, como menores de 18 años ni embarazadas.

Este protocolo deberá ser presentado ante el comité de ética y el de investigación para su aprobación

VII.- Recursos humanos, físicos y financieros

Recursos Humanos:

Investigador: MC Gamaliel Rivero Veras

Director clínico: Med. Esp. Dr. Omar Azuara Antonio

Codirector: Dr. En C. Marco Antonio Becerril Flores

Recursos físicos y financieros:

Recursos materiales:

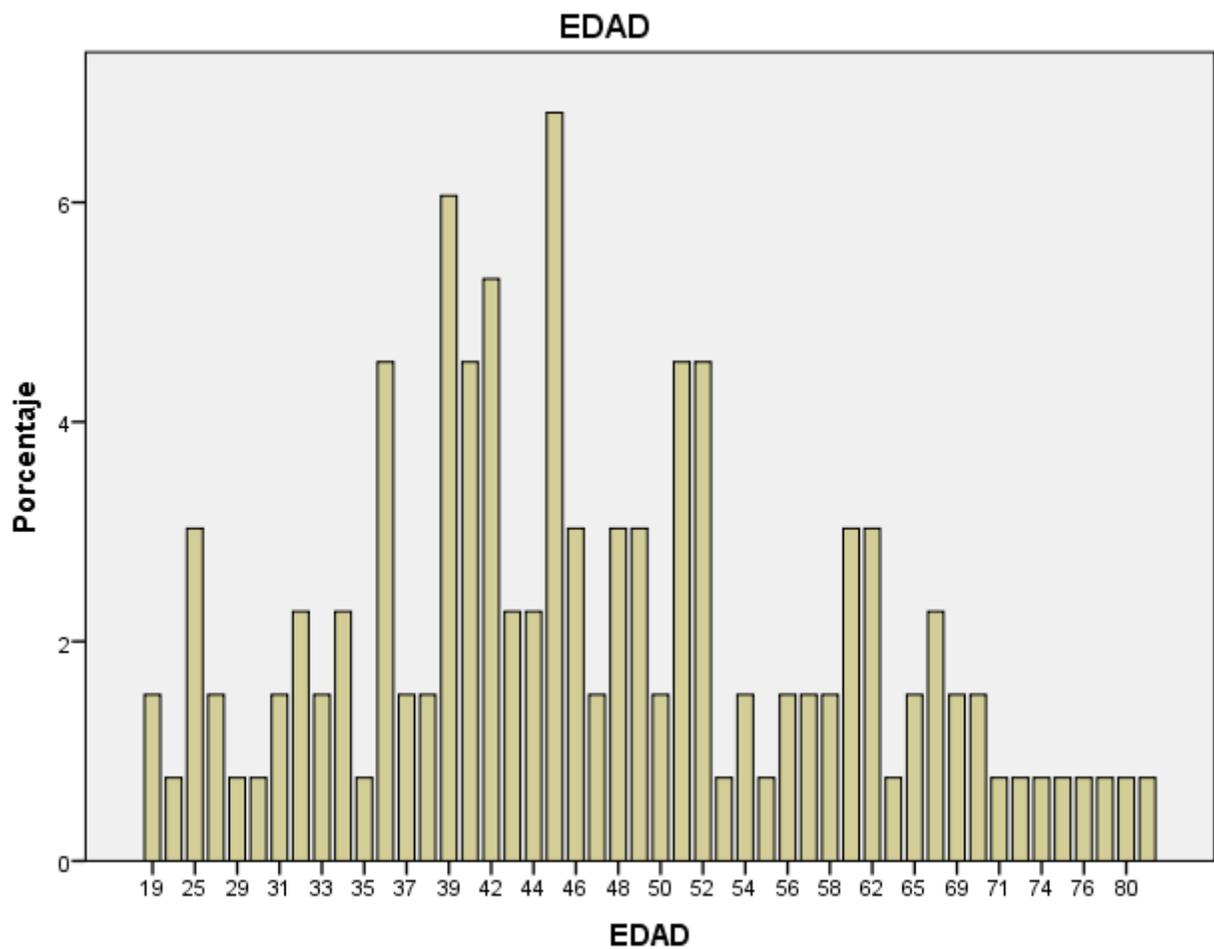
- Computadora	\$15,000
- Expediente electrónico	\$0,0
- Lápiz	\$ 7.00
- Papel	\$450,00
- Internet	\$380,00
- Software	\$1000,00

VIII. RESULTADOS

Análisis Variables

Se incluyó un total de 132 pacientes. El promedio de edad fue de 47.2 años, con una edad mínima 19 y máxima de 83 años, la edad que se observó con mayor frecuencia fue de 45 años. (Figura 1)

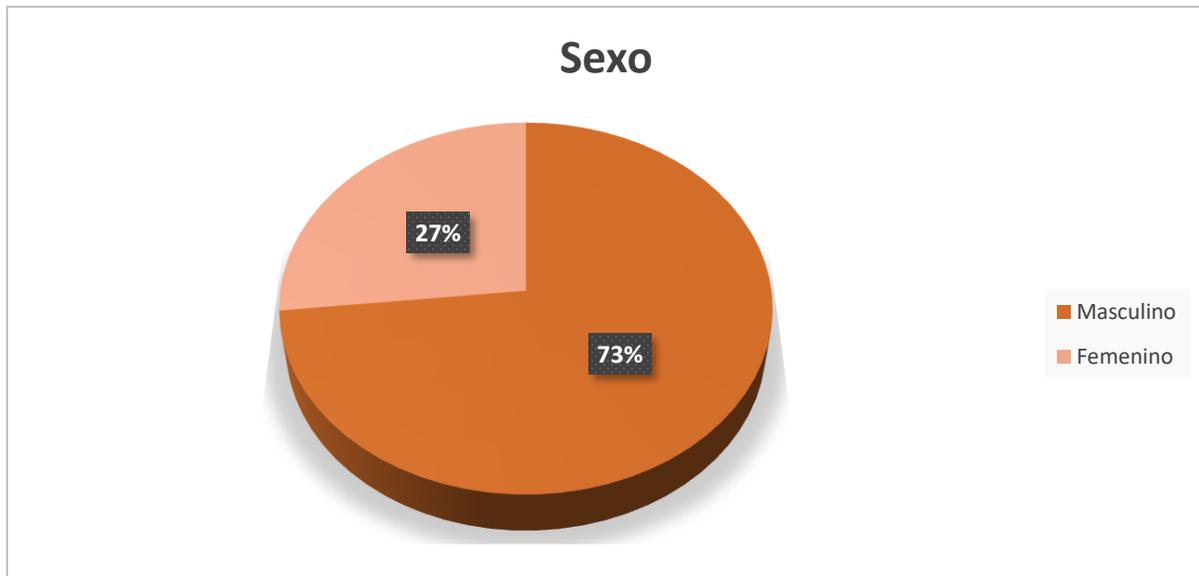
Gráfica 1. Pacientes con supresión ética de acuerdo a edad en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Fuente: Expediente clínico

Con referencia al sexo se observó una frecuencia del masculino de 73.3% y del femenino de 26.7%.

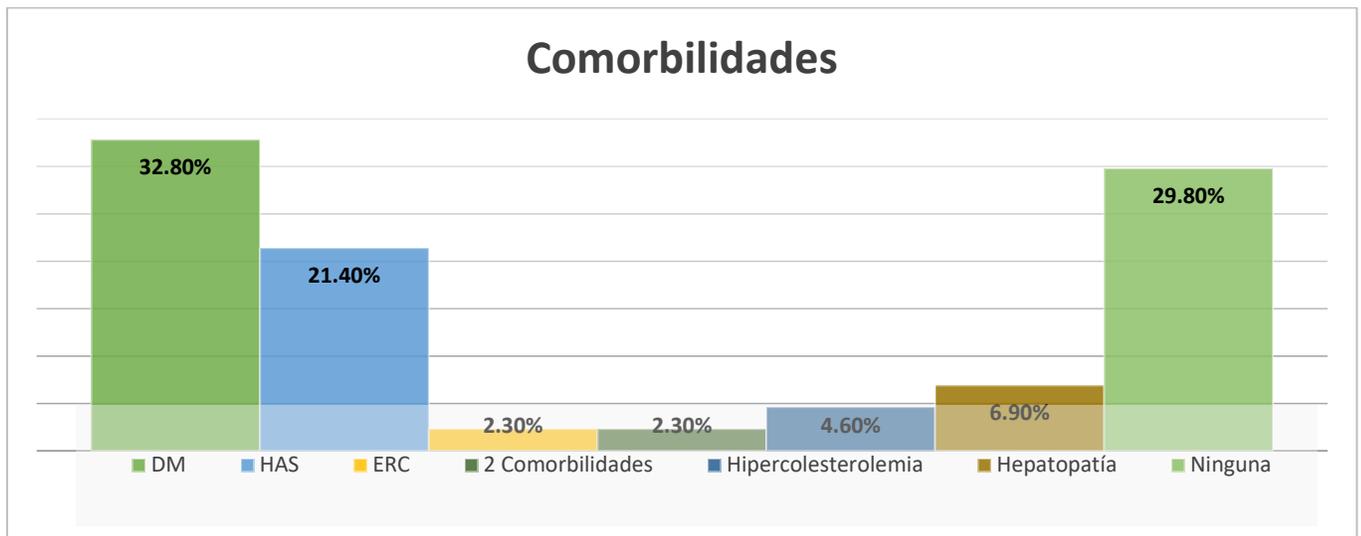
Figura 2. Sexo de pacientes con supresión ética en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Fuente: Expediente clínico

En cuanto a las comorbilidades en los pacientes con supresión ética se encontró que el 32.8% presentaban DM, el 29.8% no tenían ninguna patología adyacente el 21.4% eran hipertensos, el 6.9% presentaba hepatopatía, el 4.6% tenía hipercolesterolemia y el 2.3% refirieron presentar ERC y dos comorbilidades.

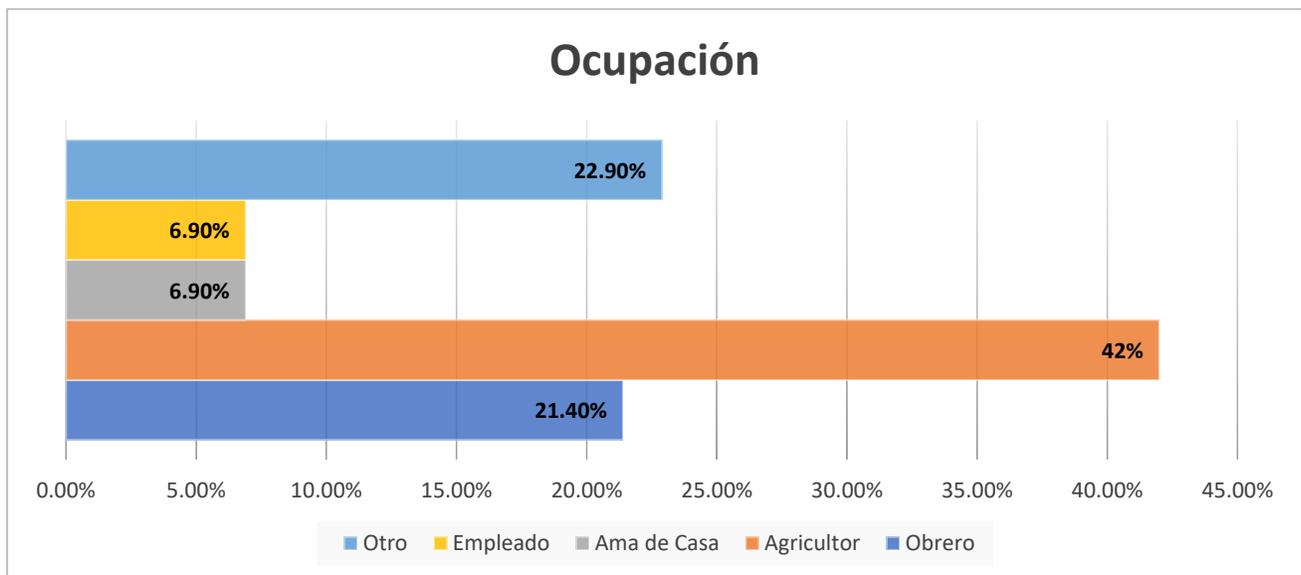
Figura 3. Comorbilidades de pacientes con supresión ética en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Fuente: Expediente

En cuanto a la ocupación de los pacientes ingresados el 42% eran agricultores, el 22.9% no refirieron alguna otra actividad, el 21.4% eran obreros, y el 6.9% eran empleados y ama de casa respectivamente.

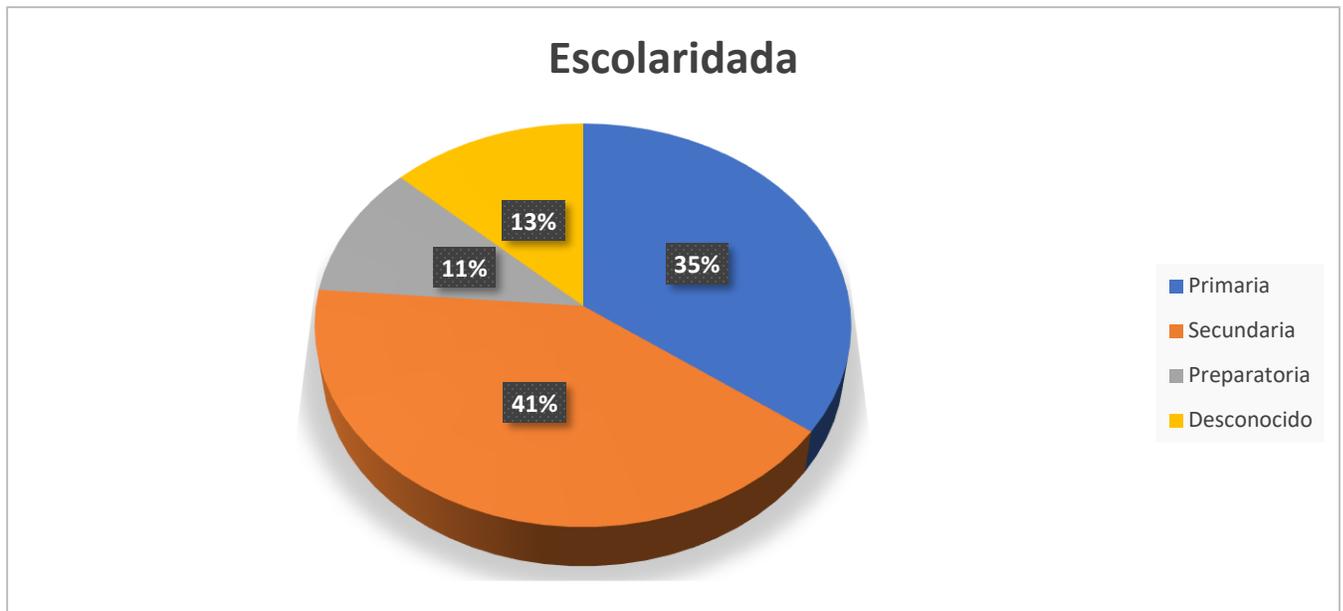
Figura 4. Ocupación de pacientes con supresión ética en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Fuente: Expediente clínico

Analizando la escolaridad el 41.2% habían estudiado hasta la secundaria, el 35.1% refirieron primaria completa, el 13% se desconoció el nivel de estudios y el 10.7% tenían nivel de preparatoria.

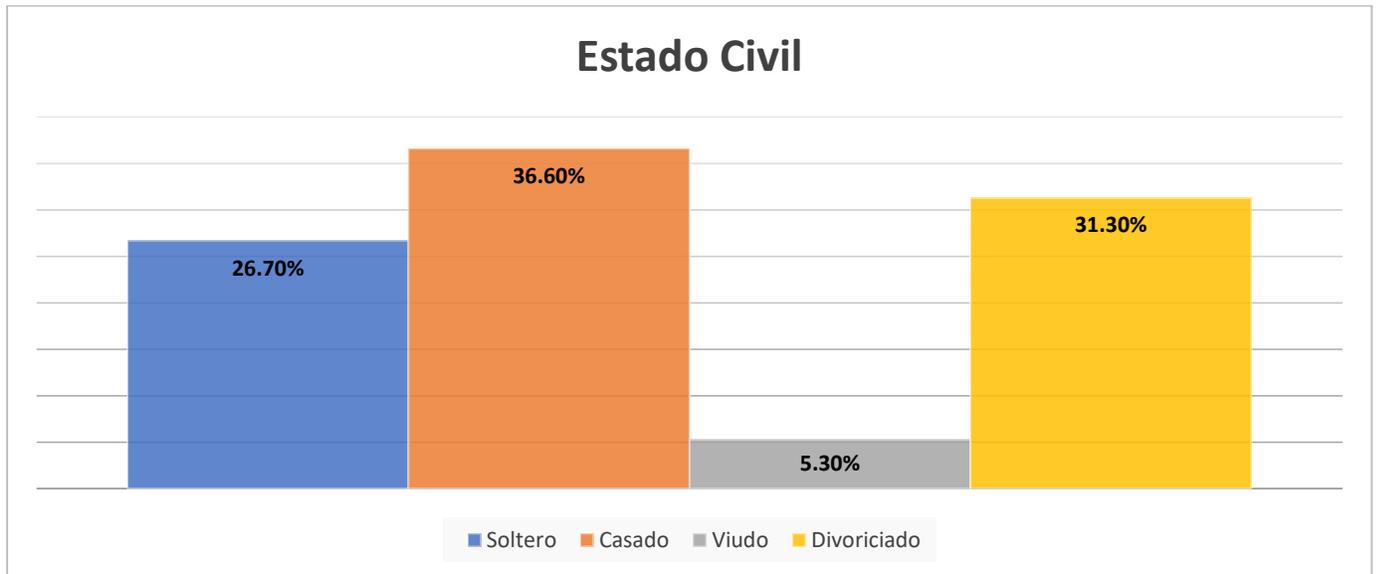
Figura 5. Escolaridad de pacientes con supresión ética en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Fuente: Expediente

Con respecto al estado civil, el 36.6% eran casados, el 31.3% divorciados, el 26.7% fueron solteros y el 5.3% viudos.

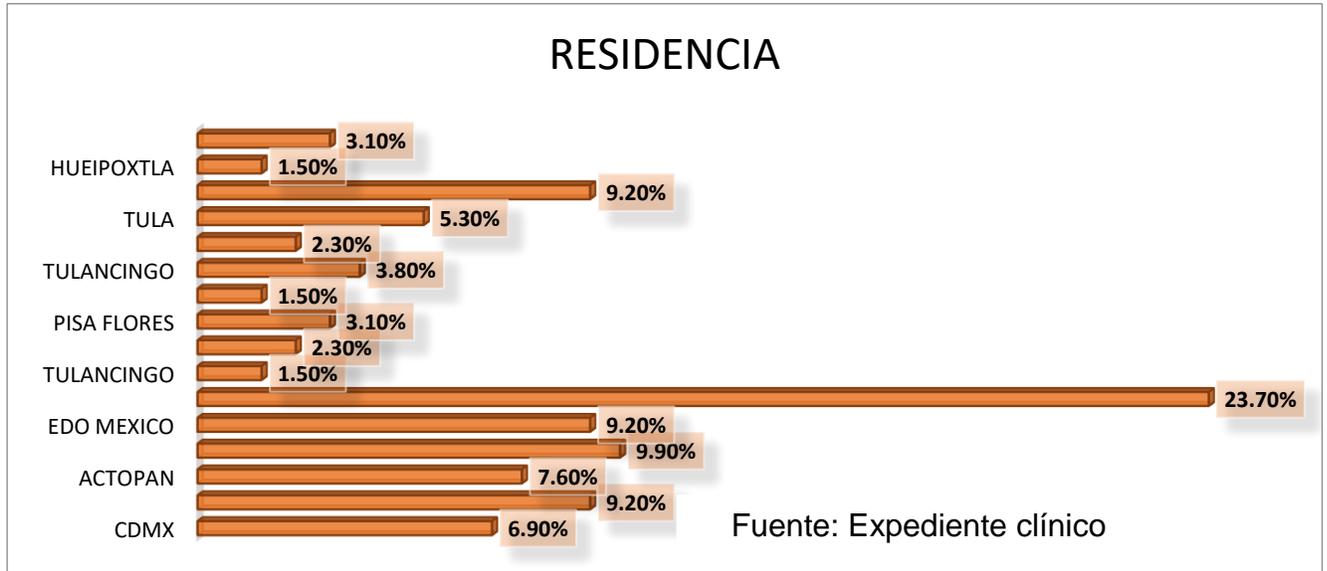
Figura 6. Estado civil de pacientes con supresión ética en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Fuente: Expediente clínico

Al determinar el lugar de residencia el 23.7% viviana en Pachuca, el 9.9% de Apan, el 9.2% de Tepeji, San Agustín Tlaxiaca y Edo. de México respectivamente, el 7.6% eran de Actopan, el 6.9% de CDMX, el 5.3% de Tula, el 3.8% de Tulancingo, el 3.1% de pisa Flores y de residencia desconocido respectivamente, el 2.3% eran de Ixmiquilpan y de Sahagún, y el 1.5% de Puebla y de Hueipoxtla respectivamente.

Figura 7. Residencia de pacientes con supresión ética en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Al referirnos al consumo de alcohol el 14.5% consumía alcohol por lo menos de 1 a dos tragos durante uno a dos días, el 38.9% tres a cuatro días, ingería de 1 a dos tragos al día, y el 46.6% tomaba alcohol de cinco a 7 días, de 1 a 2 tragos al día .

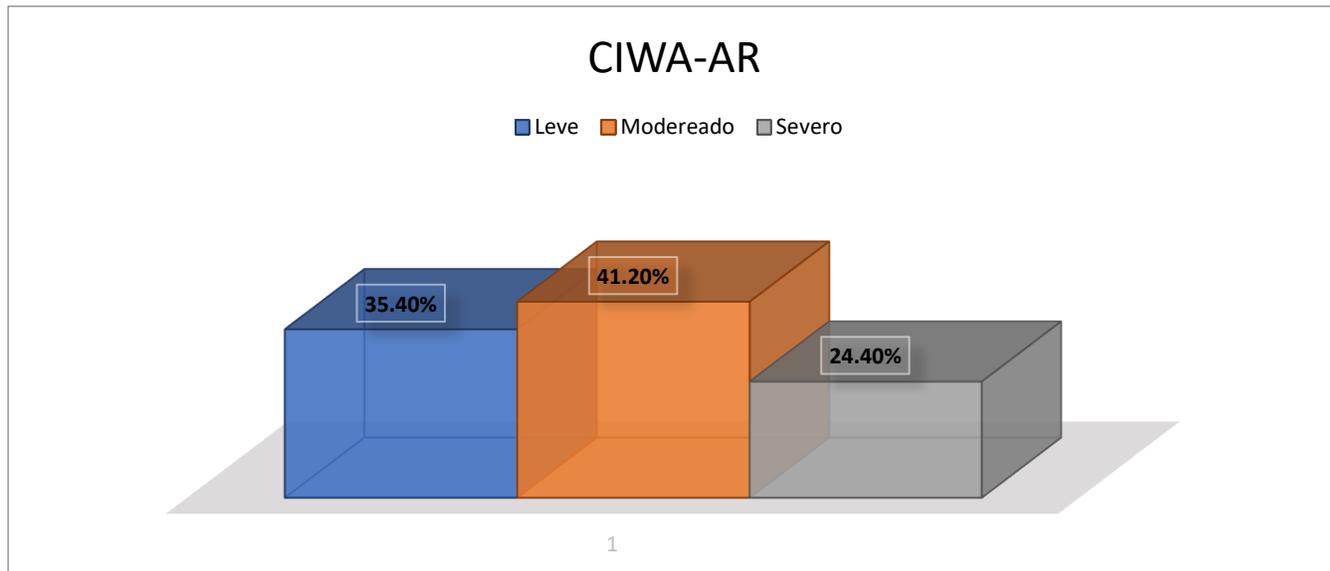
Figura 8. Consumo de alcohol de pacientes con supresión ética en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Fuente: Expediente clínico

Se observó de acuerdo a la escala CIWA-AR, el 41.2% presentaba supresión moderada, el 34.4% supresión leve y el 24.4% supresión severa.

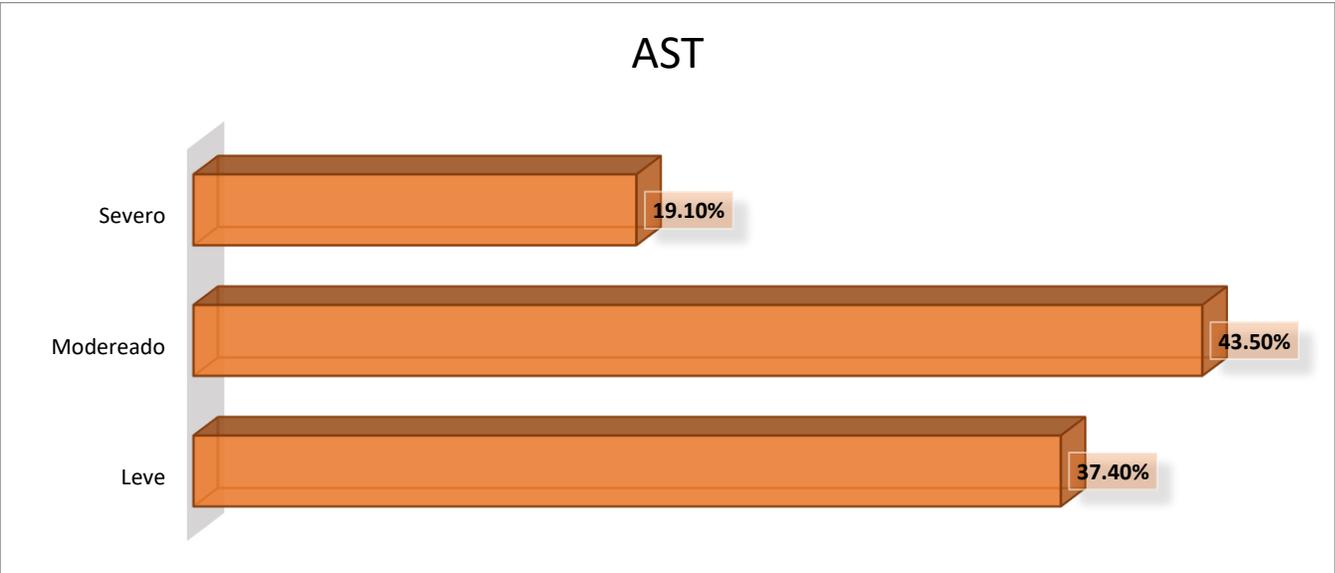
Gráfica 9. Escala CIWA-AR de pacientes con supresión etílica en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Fuente: Expediente clínico

En cuanto al utilizar la escala AST en los pacientes con supresión etílica el 43.5% tenían supresión moderada, el 37.4% era leve y el 19.1% severa

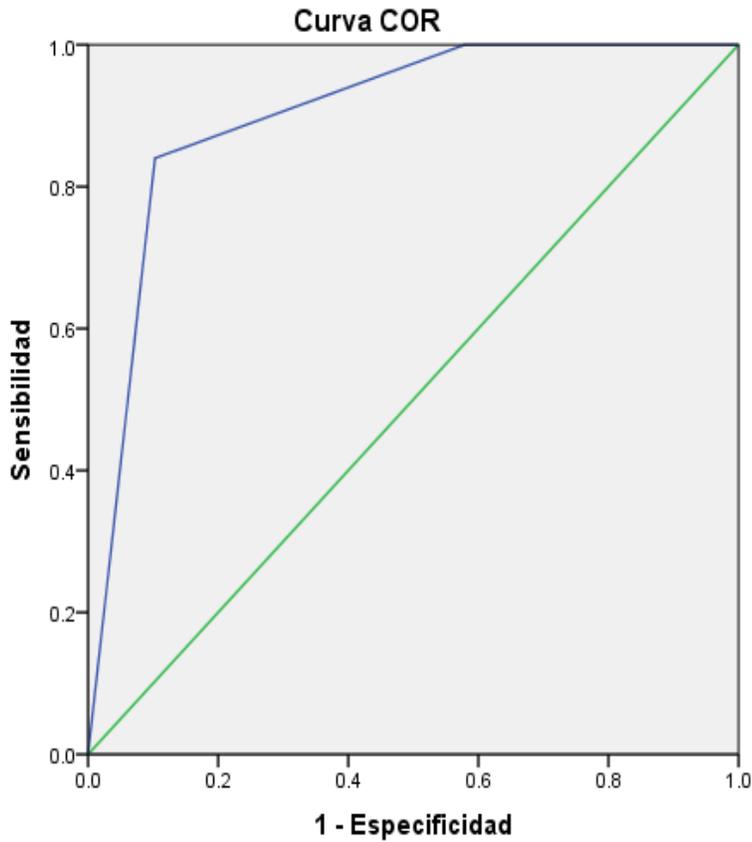
Figura 10 Escala AST de pacientes con supresión ética en el período enero 2022 a diciembre 2023 en el servicio de Urgencias del Hospital General de Pachuca



Fuente: Expediente clínico

Al analizar la sensibilidad y especificidad de estas dos escalas, para determinar el estadio severo, la escala CIWA-AR, presentó una sensibilidad del 85% y una especificidad del 10%, mientras que para el estado leve tuvo una sensibilidad del 20% y una especificidad del 90%, por último, para el estado moderado llegó a una sensibilidad del 90% y una especificidad del 40%.

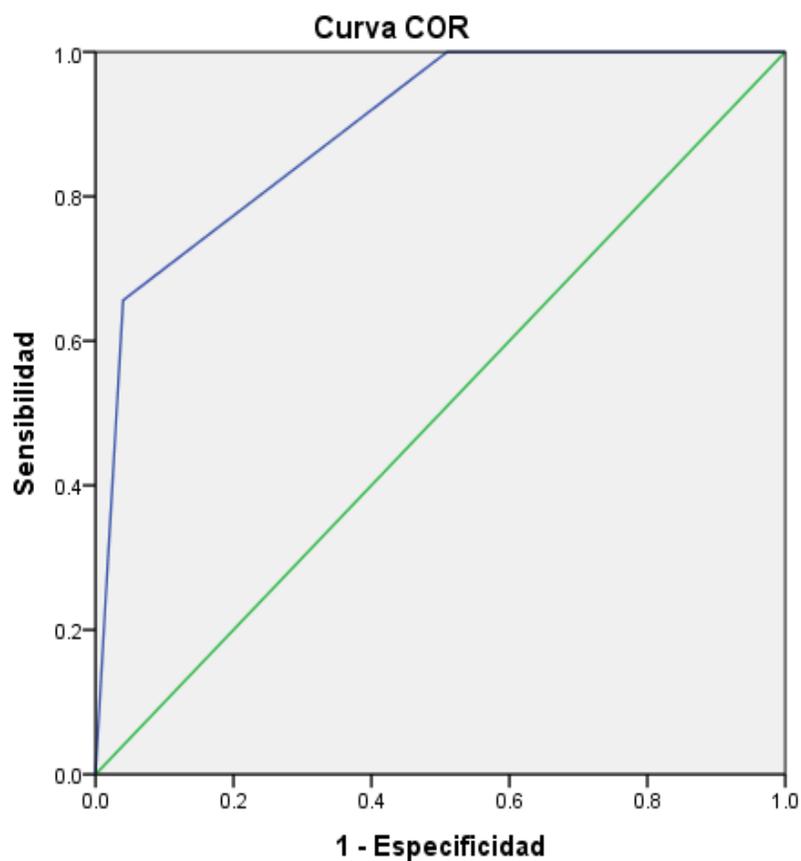
Figura 11.- Curva de ROC, estadio severo. Sensibilidad 85%, especificidad 10%



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

En cuanto la escala AST para el grado severo llego a una sensibilidad del 65% y una especificidad del 10%, para los pacientes que dieron leve, tuvo una sensibilidad del 20% y una especificidad del 90%, y para los que dieron moderado tuvo una sensibilidad del 80% y una especificidad del 40%.

Figura 12.- Curva de ROC, estadio severo. Sensibilidad 65%, especificidad 10%



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

IX.DISCUSIÓN

Kumar A, et al (2014), quisieron identificar los factores que afectan el síndrome de abstinencia mediante la escala CIWA-AR. Se estudiaron 201 pacientes hombres dependientes del alcohol con abstinencia de alcohol. La edad media del grupo fue de 37,18 (DE 9,35, rango 18-69) años. La mayoría de ellos estaban casados (83,3%), Vivian

en un sitio urbano el 64.7%, tenían hasta educación preparatoria el 90%, el 83% eran empleados, la puntuación a las 36 horas fue de $20,4 \pm 9,09$, mientras en nuestro estudio la edad que más se observó fue a los 45 años, la ocupación más presente fue la agricultura, también se diferenció en el grado de escolaridad ya que en nuestra investigación tenían estudio hasta secundaria, mientras el estado civil casado fue el mismo y el vivir en zona urbana también, por último el estado severo de la escala CIWA-AR tuvo la misma significancia en ambos estudios

Unlu H, et al (2024), buscaron las características que provocan un síndrome de abstinencia, incluyeron un total de 130 pacientes, donde se implementó la escala CIWA-Ar, en donde el 53.8% eran hombres y el 46.2% mujeres, la mediana de edad fue de 19 años, la mayoría de los pacientes tenían escolaridad hasta la secundaria, y el 6.1% hasta universidad. Un total del 44% de los pacientes ($n = 65$) presentaron ideas suicidas y el 26% ($n = 40$) tuvieron intentos de suicidio. Se implementó la escala CIWA-Ar a la primera hora de hospitalización, a las 6 horas y a las 24 horas, en donde la puntuación máxima fue de 9 con un mínimo de 4 sin diferencias entre pacientes masculinos y femeninos. El 2% presentaron delirium. Mientras en nuestra investigación el sexo fue el mismo siendo más común en ellos hombre, aunque Unlu H, et al estudio población más joven, también presento semejanza en el grado escolar, aunque esta investigación presentó diferentes variables, nos da un panorama más amplio para en próximos estudios valorar, las características de los pacientes ya hospitalizados

X. CONCLUSIONES

En esta investigación se analizaron 132 expediente con supresión ética, y se encontró que la edad donde más se presenta esta situación es en la quinta década de la vida a los 45 años, con mayor frecuencia en el sexo masculino.

En estos pacientes también se analizaron ciertas variables entre las cuales fueron las comorbilidades que estos presentaban al momento de la hospitalización y la que más se presento fue la diabetes, en cuanto a las características sociodemográficas la ocupación que se observó mayormente fue la agricultura, con estudios completos hasta secundaria, y el estar casado y divorciado fue el estado civil con mayor representación

En cuanto al lugar de residencia Pachuca fue el sitio que más refirieron estos pacientes que vivían. También valoramos el consumo de alcohol y el 46.6% constató que tomaba de cinco a 7 días, 1 trago o menos al día en las mujeres y 2 tragos o menos al día en los hombres.

En cuanto a las escalas aplicadas la CIWA-AR determino que más del 40% tenía supresión moderada, el cual fue similar al de la escala AST, donde si varió fue en el estado severo la escala CIWA-AR, detecto mayores casos que la AST.

Al determinar la sensibilidad y especificidad de las dos escalas, la evaluación de CIWA-AR, presento una mayor sensibilidad que la escala AST y una especificidad similar, lo que arroja que la escala CIWA-AR es mejor para determinar la severidad de los verdaderos casos de supresión ética en nuestra población.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Reina R, Casbella C, Olmos D, et al, Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en los pacientes críticos. Revisión de la literatura; 2017;34 (2); pp 1-12
2. López A, Chavarría R, Oviedo G, Dilema terapéutico: síndrome de abstinencia alcohólica y encefalopatía hepática concurrentes. A propósito de un caso; *rev colomb psiquiat*; 2021;50(1):52–56
3. Navarrete B, Secín R. Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. *Acta méd. Grupo Ángeles*; 2018; 16(1): 47-53
4. Ochoa E, Madoz A, Vicente N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med. segur. trab.* 2009; 55 (214): 26-40
5. Sandí L, Solano L, Merenstein Y. Alcoholismo en adultos mayores en Costa Rica. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2020; 6(1): 22-30
6. Marjolein W, Drew J, Curtis S, et al, Trastornos por consumo de alcohol en el paciente crítico; 2010; 138 (4); pp 994-1003
7. Davila E, Davila E, Jurczuk I, et al, Protocolo de tratamiento del Síndrome de Abstinencia Alcohólica; 2008; 14 (3); pp 20-29
8. Marusić S, Thaller V, Javornik N. Psicofarmacoterapia en el tratamiento de los trastornos relacionados con el alcohol. *Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.)*; 2004; 18(4): 249-258
9. Monte R, Rabuñal R, Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, 2ª edición; *Galicia Clin* 2011; 72 (2): 51-64
10. Oviedo H. Arboleda P, Fisiopatología y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol *Universitas Médica*; 2006; 47 (2); pp. 112-120.
11. Rebolledo D. Granados D. González P, Perspectives about withdrawal alcoholic syndrome: Mexican treatment; 2018; 34(4):582-593.
12. Mirijello A, D'Angelo C, Ferrulli A, et al. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs.* 2015;75(4):353-65.
13. Díaz M, Calderín J, Síndrome de abstinencia alcohólica: Resultado del estrés oxidativo y desequilibrio neuronal. *Estado del art*; 2020; 31 (2); pp 95-105
14. GPC Manejo de Abstinencia Alcohólica en el Adulto en el primer nivel, SSA-097-08; 2012; pp 1-13

15. De la Espriella R, De la Hoz A, Uribe A, Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol; Rev. Colomb. Psiquiat.,2012;41 (4);805-825
16. Santolaria F., González E. Mortalidad en el síndrome de abstinencia alcohólica. An. Med. Interna (Madrid), 2006; 23(7): 305-306
17. Monte R; Rabuñal R, Paz F, et al, Curso temporal del síndrome de abstinencia alcohólica en un hospital general Adicciones, 2010; 22 (2); pp. 141-146
18. Martin A, Rojano P, Tratamiento farmacológico de los problemas por el alcohol; 2001; 31 (1); pp 135-140
19. Bustos J, Capponi I, Frausin M, Abstinencia alcohólica: prevención, 2010; 16 (3); pp 221-224
20. Cáceres D, Urgencias en alcoholismo: abordaje desde los centros de tratamiento de adicciones; 2007; 32 (2); pp 131- 148
21. Galicia J, Cervantes V, Espino F, Uso de propofol en síndrome abstinencia alcohólica mayor refractario a benzodiacepinas; 2015; 7 (3); PP107-108
22. Souza M, Cruz L, Diaz L, et al, Toxicología y manejo de los síndromes de intoxicación y abstinencia de psicotrópicos; 2007; 8 (2): pp 170-188
23. Vázquez N, Fonseca G, García J, et al. Uso de la escala AST en síndrome de supresión etílica en población mexicana. Med Int Méx. 2020; 36 (6): 774-780.
24. Gallego C, Rodríguez M, Manzano M, Abstinencia alcohólica en el paciente hospitalizado: lo que el farmacéutico clínico debe conocer; 2015; 25 (4): pp 237-242.
25. De la Espriella R, De la Hoz A, Uribe A, Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Parte II: Evaluación y manejo de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol, Revista Colombiana de Psiquiatría, 2012; 41 (4); pp. 805-825
26. 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):691-695

27. Hernández K, Vargas G, Cerda F, et al, Validación de la escala CIWA en pacientes mexicanos con síndrome de supresión alcohólica; Med Int Mex 2012;28(2):103-111.
28. Carcaño L, Ramos C, Salcedo M, et al Análisis factorial y evaluación entre el protocolo CIWA-Ar con el perfil bioquímico-hemático en pacientes con síndrome de supresión etílica; 2015; 78 (4); pp 155-161
29. Holzman SB, Rastegar DA. AST: A Simplified 3-item Tool for Managing Alcohol Withdrawal. J Addict Med. 2016;10(3):190-5
30. Suárez J, Toledo C, Espinosa M, Diagnostic Performance of AST Scale in Mexican Male Population for Alcohol Withdrawal Syndrome. Int J Environ Res Public Health. 2022; 28;19(15):9208.
31. Ediciones Larousse, 2005, 2da edición, pag 880



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO



ANEXO 1

VALIDEZ DE LA ESCALA CIWA-AR VS ESCALA AST PARA EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON SUPRESIÓN ETÍLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

Paciente: #

Sexo: Hombre (1), Mujer (2) **Edad:** _____

Escolaridad: Primaria (1), Secundaria (2), Preparatoria (3), Técnica (4),
Licenciatura (5).

Estado civil: soltero (1), casado (2), viudo (3), divorciado (4), unión libre (5).

Escala AST: Ninguno (0), Leve (1), moderado (2), severo (3)

Escala CIWA-ar: leve :< o igual a 8 puntos, moderado: de 9 a 19 puntos, severo: > o igual a 20.

Ocupación: Obrero (1), Agricultor (2), Ama de casa (3,) Empleado (4) Otro (5).

Comorbilidades: DM (1), HTAS (2), ERC (3), Obesidad (4), Hipercolesterolemia (5)
SICA (6)

Lugar de origen:

Consumo de Alcohol:

uno a dos días 1 trago o menos al día en las mujeres y 2 tragos o menos al día en los hombres_____

tres a cuatro días, 1 trago o menos al día en las mujeres y 2 tragos o menos al día en los hombres_____

cinco a 7 días, 1 trago o menos al día en las mujeres y 2 tragos o menos al día en los hombres_____

Escala CIWA-Ar

Para evaluar el grado de severidad del síndrome de abstinencia alcohólica

ALTERACIONES TÁCTILES	
0	Ninguna
1	Muy leve (punzante)
2	Idem suave
3	Idem moderado
4	Alucinaciones moderadas
5	Alucinaciones severas
6	Alucinaciones extremas
7	Alucinaciones continuas

ALTERACIONES AUDITIVAS	
0	Ninguna
1	Muy leve (sonidos secos)
2	Idem leves
3	Idem moderados
4	Alucinaciones moderadas
5	Alucinaciones severas
6	Alucinaciones extremas
7	Alucinaciones continuas

ALTERACIONES VISUALES	
0	Ninguna
1	Muy leve
2	Leves
3	Moderadas
4	Alucinaciones moderadas
5	Alucinaciones severas
6	Alucinaciones extremas
7	Alucinaciones continuas

CEFALEA	
0	Ninguna
1	Muy leve
2	Leve
3	Moderada
4	Moderadamente severa
5	Severa
6	Muy severa
7	Extremadamente severa

NÁUSEAS Y VÓMITOS	
0	Negativo
1	Leves náuseas sin vómito
4	Náuseas con esfuerzos secos
7	Náuseas constantes y vómitos

SUDOR	
0	No visible
1	Palmas húmedas
4	Sudor en frente
7	Empapado

AGITACIÓN	
0	Normal
1	Ligero hiperactivo
4	Moderadamente inquieto
7	Cambio continuo de postura

CLASIFICACIÓN	
Leve	< o igual 8
Moderado	9 - 19
Severo	> o igual 20

ORIENTACIÓN Y FUNCIONES SUPERIORES	
0	Orientado y puede sumar
1	NO puede sumar, indeciso en fecha
2	Desorientado en tiempo (+2d)
3	Desorientación temporal (+2d)
4	Desorientación espacial y persona

ANSIEDAD	
0	No ansioso
1	Ligeramente
4	Moderado
7	Ataque agudo de pánico

TEMBLOR	
0	Negativo
1	Fino en los dedos
4	Moderado en brazos
7	Severo en brazos no extendidos

Sullivan T, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989 Nov;84(11):1353-7
 Hernández K, et al. Validación de la escala CIWA en pacientes mexicanos con síndrome de supresión alcohólica. Med Int Mex 2012;28(2): 103-111

Escala Ansiedad, Sudoración y Temblor (AST)

	Ninguno (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Severo (3)
Ansiedad	Sin ansiedad	Levemente ansioso	Moderadamente ansioso	Con pánico
Sudoración	Sin sudoración	Apenas perceptible	Gotas de sudor	Empapado en sudor
Temblor	Sin temblor	No visible, pero se puede sentir	Moderado, con los brazos extendidos	En reposo, sin los brazos extendidos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO



ANEXO 2

Consentimiento informado

Fecha: marzo 2024
Consentimiento informado

Yo. _____

_____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada Utilidad de la escala CIWA-ar VS AST para establecer el grado de severidad en pacientes con supresión etílica de enero 2022 a diciembre 2023 en el Hospital General Pachuca. Entiendo que este estudio busca conocer la utilidad de la Escala CIWA-AR en comparación con la escala AST, para valorar su sensibilidad y especificidad en pacientes con supresión etílica y sé que mi participación se llevará a cabo en autorizar la utilización de los datos contenido en el expediente clínico generado durante su hospitalización en el servicio de urgencias del Hospital General de Pachuca. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación del estudio, sin que esta información podrá beneficiar de manera indirecta, y, por lo tanto, tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin excepción de causa ni consecuencia negativa para mí. Si, acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa el estudio puede comunicarse con el Dr. Gamaliel Rivero Veras, tel. 771 221 2776 o con el director del Comité de Ética en Investigación, Dra. Maricela Soto Rios, tel. 771 713 4649

ANEXO 3

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **Comparación de la escala CIWA-ar VS AST para establecer el grado de severidad en pacientes con supresión etílica**, cuyo propósito es producto comprometido tesis. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente

Nombre: Gamaliel Rivero Veras

Investigador(a) Responsable: Gamaliel Rivero Veras