

Pronóstico de pacientes con Síndrome Coronario Agudo valorados con el GRACE score vs TIMI y sus factores de riesgo

Ventura M*, García G*, Hernández J° y Rivera D°

RESUMEN

Objetivo: determinar el pronóstico y la supervivencia de los pacientes con síndrome coronario agudo y sus factores de riesgo valorados con las escalas de riesgo de GRACE y TIMI.

Métodos: se realizó un estudio longitudinal de carácter prospectivo de tipo supervivencia, en el período de febrero del 2015 a febrero del 2016 en la Clínica Unión Médica del Norte, de Santiago de los Caballeros, República Dominicana. La investigación se llevó a cabo aplicando un instrumento de recolección 10 preguntas, de los scores GRACE y TIMI, previo aviso de un consentimiento informado a una población de 94 pacientes.

Resultados: Con una población de 94 pacientes (33% femeninas y 67% masculinos), con una edad media de 62 años y un diagnóstico predominante de infarto agudo al miocardio (59.6%). En la escala de GRACE el 58.5% estuvo ubicado en riesgo bajo y en el caso de TIMI un 53.3% estuvieron en riesgo intermedio. Ambos scores GRACE y TIMI mostraron valores similares en el valor predictivo de mortalidad en el seguimiento de un año en los pacientes de alto riesgo.

Conclusiones: En comparación con GRACE la capacidad de pronóstico el TIMI mostró ser superior en la predicción de eventos cardiovasculares en el seguimiento de los pacientes, mientras GRACE presentó mejor evaluación de aquellos en la categoría del alto riesgo.

Palabras Claves: Síndrome Coronario Agudo, GRACE score, TIMI score, Diabetes, Hipertensión Arterial

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to determine the prognostic and survival of patients diagnosed with acute coronary syndrome (ACS) who were evaluated with the GRACE score and TIMI score at the private clinic in Santiago de los Caballeros, Dominican Republic, Union Médica del Norte.

Methods: This is a survival study based on a cohort of 94 patients diagnosed with ACS who were admitted at the private clinic in Santiago de los Caballeros, Union Médica del Norte. The results of GRACE score and TIMI score of all the patients that were admitted to the Union Médica Del Norte with a diagnosis of ACS that presented to the clinic between February 2015 and February 2016 were included in this study.

Results: Of the 94 patients (33% were women and 67% were men), with an age mean of 62 years with a predominant diagnosis of acute myocardial infarction (59.8%). According with the risks scores 58.5% of the population was graded with low risk in the GRACE risk score while 53.3% was graded with middle risk by the TIMI risk score. Both score showed values alike with the patients in the higher risks (4.3% of the population).

Conclusions: TIMI risk score had a superior prognostic ability during the followed up period, while GRACE score was better at predicting the outcome of patients in a higher risk.

Key words: Acute Coronary Syndrome, GRACE risk score, TIMI risk score, Diabetes, Hypertension.

* *Estudiante PUCMM*, ° *Docente PUCMM*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria lidera la tasa de mortalidad a nivel mundial¹. La asociación Americana de Cardiología (AHA) le atribuye 1 muerte cada 40 segundos en Estados Unidos² y en República Dominicana es la enfermedad no transmisible responsable de un 36% de la mortalidad³. El Síndrome Coronario Agudo (SCA), es producto de la enfermedad coronaria y es un espectro de 3 patologías: angina inestable, infarto agudo al miocardio con o sin elevación del segmento ST y muerte súbita⁴.

La isquemia o infarto dado la reducción completa o incompleta del flujo coronario que da lugar al SCA, es de causa multifactorial. La evaluación de esos riesgos en poblaciones distintas da origen a las escalas de riesgo o scores⁵, no solo categorizando a los pacientes para establecer su pronóstico sino sirviendo como herramientas para manejo en el desenlace de los SCA. De estas escalas de riesgo o scores destacan el GRACE (*Registro Global de Eventos Coronarios Agudos*) que funciona como predictor de riesgo de mortalidad intrahospitalaria y a los 6 meses de dar de alta a los pacientes⁶. Y el TIMI (significado de la abreviatura) que deriva del uso experimental de terapia antitrombolítica en pacientes con SCA⁷. Ambos evalúan variables de modo distinto, una de las razones que los han hecho siempre rivales a la hora de ser elegidos para la decisión médica.

Con el pasar del tiempo República Dominicana ha seguido las tendencias

mundiales en cuanto al riesgo coronario, pero no se ha valorado el uso de escalas de riesgo coronario en esta población, aun siendo utilizadas por varios especialistas que siguen el uso de los protocolos internacionales. La investigación presentada a continuación, se planteó usar tanto las escalas de TIMI y GRACE en pacientes dominicanos con diagnóstico de SCA para categorizar su pronóstico y valorar la supervivencia de los mismos en la Clínica Unión Medica del Norte en el período febrero 2015 a febrero 2016.

MÉTODOS

El presente estudio longitudinal de carácter prospectivo, de tipo supervivencia fue llevado a cabo en la clínica privada Unión Médica del Norte de Santiago de los Caballeros. En esta investigación se incluyeron todos los pacientes diagnosticados con SCA que asistieron a la clínica y fueron captados durante visitas en un horario de 8:00 am - 8:00 pm, en el período de febrero 2015 a febrero de 2016. Se trabajó con la población completa o universo (94 pacientes) sin necesidad de un muestreo.

Fueron incluidos en el estudio todos los pacientes dominicanos, mayores de 18 años que contaban con el diagnóstico, las pruebas de laboratorio (glicemia, colesterol, creatinina, enzimas cardíacas) y electrocardiograma realizados y que accedieron, mediante la firma voluntaria del consentimiento informado, a participar de esta investigación. Se excluyeron aquellos pacientes: menores

de 18 años, aquellas que se encontraban embarazadas, quienes no fueron admitidos en la clínica Unión Médica del Norte y quienes no contaban con medios de comunicación tipo teléfono o celular para su seguimiento posterior.

El objetivo principal de esta investigación fue determinar el pronóstico de los pacientes diagnosticados con SCA y sus factores de riesgo. Para eso se utilizaron las variables: pronóstico, GRACE score y TIMI. A partir de los objetivos específicos, relacionados a los factores de riesgo y supervivencia, se usaron las variables: supervivencia, mortalidad, sexo, uso de tabaco, glicemia y angioplastia coronaria.

Para valorar las variables se creó un instrumento a partir de las traducciones de las escalas de riesgo de GRACE y TIMI respectivamente y fue validado mediante una prueba piloto para dicho fin. Consistió en 3 acápite: 1) datos generales y variables no analizadas ni en TIMI ni en GRACE, 2) el instrumento de GRACE y 3) el instrumento de TIMI, anexo a este instrumento se encontraba el consentimiento informado aprobado por el departamento de bioética de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra. En el primer acápite del instrumento se tomaron en cuenta datos generales como: edad, sexo, diagnóstico, codificación que se le dio a cada paciente (día, mes e iniciales de primer y segundo apellido), historia de hipertensión arterial, historia de diabetes, estatus de fumador, exposición a humo de segunda mano, nivel de

glicemia al azar y tratamiento de elección.

El segundo acápite como tal fue la escala de GRACE se evaluaron *las variables*: edad, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, antecedente de IAM, creatinina sérica, antecedentes de fallo cardíaco, elevación de enzimas cardíacas, desviación del segmento ST y la intervención percutánea coronaria. El tercer acápite o la tercera parte del instrumento correspondió a la evaluación con TIMI, se presentan las variables de: edad mayor o igual a 65 años, presencia de más de 3 factores de riesgo para enfermedad coronaria aguda, uso de aspirina (en los últimos 7 días), estenosis coronaria, episodio de angina en las últimas 24 horas, desviación del segmento ST y elevación de las enzimas cardíacas.

Para todas las preguntas del instrumento de recolección se establecieron codificaciones numéricas que permitieron la tabulación de la información de una forma más eficiente. También para las variables de interés se establecieron preguntas cerradas que comprueban la presencia o no de la variable deseada. En el caso de ambas escalas de riesgo se añadió una equivalencia en cuanto al pronóstico en: alto riesgo, riesgo medio y bajo riesgo, para poder compararlo más adelante.

Luego de la recolección de datos, se crearon 2 bases de datos, en dos computadoras miniHp latitude 2120 y Acer transformer 10; en el programa Microsoft Excel 2013, una con

información sensible (nombre de los participantes, diagnóstico, fechas de seguimiento y número telefónico) que fue la base para el seguimiento (que ocurrió vía telefónica, cada 2 meses durante toda la duración del estudio) y otra con todos los datos del instrumento codificados. Ambas fueron unificadas en otra base en el mismo Microsoft Excel 2013 y añadidas las variables de supervivencia. Para el análisis de datos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0, a las variables continuas se les expresó en media \pm y desviación estándar mientras que las categóricas se les calculó porcentajes (%). Comparación entre variables categóricas mediante la prueba de Chi cuadrado fueron elaboradas y anotadas cualquier significancia estadística. Para el análisis de supervivencia la curva de Kaplan Meier fue utilizada. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95% y los valores $p \leq 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

RESULTADOS

La población consistió en 94 participantes 33% femeninas y 67% masculinos, con una edad media de 62 años con una desviación estándar de ± 14.3 y que se encontraban en un rango de 22 a 91 años. El tipo de SCA predominante fue el infarto agudo de miocardio con un 59.6%. De los factores de riesgo evaluados el más observado en la presencia de SCA en un 74.5% fue la historia de hipertensión arterial, en segundo lugar, con un 36.2% la diabetes mellitus tipo 2, le siguió a esta la exposición a humo de segunda mano

con un 23.3% y de último, el uso de tabaco con un 10.6%.

En la estratificación de riesgo de los pacientes con las escalas de riesgo de GRACE y TIMI. De la población total 11 pacientes sufrieron el evento durante el tiempo de la investigación y la evaluación de la curva de Kaplan Meier en la valoración con el score de GRACE en el estrato donde más se presentó el evento fue en el bajo riesgo con 6 casos (54.5%), seguidos por los de riesgo intermedio que fueron 3 casos (27.2%) de la población de riesgo intermedio y los de riesgo alto con 2 casos (18.2%); mientras de la valoración con el score de TIMI la mayoría recayó en el riesgo intermedio con un total de 7 casos (63.6%), los de bajo riesgo con 3 casos (27.2%) y los de alto riesgo 1 caso (9.1%) de la población total de alto riesgo. A la conclusión del estudio un 11.7% de los pacientes murieron durante el seguimiento, del 88.2% restante: 14.9% correspondió a los no localizados y un 74.5% en los que no ocurrió el evento.

DISCUSIÓN

De la población total que fueron 94 pacientes con diagnóstico de SCA se encontró que la población mayoritaria fueron los del sexo masculino con 67% con edad menor de 60 años en comparación las mujeres que tuvieron una edad entre los 66 años y una media entre ambos de 62 años. En el estudio de Sánchez Torres et al.⁸ se encontraron valores similares en cuanto al sexo que predominó el sexo masculino de una población de 659 con una edad en el rango de 61 a 70 años. Estos resultados

también fueron similares según en el estudio de Alcántara et al.⁹ realizado en República Dominicana donde la población masculina fue la mayoritaria, mientras estudios como el EFRICARD-II¹⁰ en el mismo país tuvo proporciones 2: 1 mujeres a hombres.

Los niveles de glicemia al azar por encima de 200mg/dl estuvieron elevados en un 29.8% de la población, con un resultado de Chi cuadrado con un valor p de 0.709 para TIMI y un valor p de 0.062 para GRACE, en el estudio no se presentó ninguna relación entre las escalas de riesgo y los niveles de glicemia en el pronóstico de los pacientes. De acuerdo a Murder et al.¹¹ los niveles altos de glicemia se observan en un 50% de los pacientes con SCA y es un factor asociado a un peor pronóstico; pero en esta investigación no pudieron asociar el manejo de este factor como una reducción del área de infarto ni una mejoría en los pacientes con el evento. La relación de la hiperglicemia con las enfermedades cardiovasculares tiene mucha controversia en cuanto al pronóstico como lo describen Deedwania et al.¹² en una recopilación, donde pacientes con niveles de glicemia elevados al momento de la admisión presentaron un aumento en el riesgo en un período de 30 días. Los resultados obtenidos en la investigación pudieron presentar datos diferentes a otras investigaciones debido a que las escalas de riesgos valoradas no fueron diseñadas para relacionar los niveles de glicemia con el pronóstico de los pacientes.

El uso de tabaco es una variable que se dividió en tres categorías: fumadores, ex fumadores, no fumadores. De acuerdo a esto un 10.6% eran fumadores activos, 29.8% ex fumadores y la mayor parte de la población fueron los no fumadores con un 59.6%. La estratificación realizada con las escalas de riesgo de GRACE y TIMI no presentaron pacientes de alto riesgo asociados a esta variable. El estudio de Aggarwall et al.¹³ mostraron que el uso de tabaco es uno de los principales factores de riesgo cardiovasculares predisponente al desarrollo de enfermedad aterosclerótica debido a que estaba asociada a factores como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, y síndrome metabólico. Es importante al momento de hablar de la variable de uso de tabaco tener en cuenta la paradoja que surge con respecto a los fumadores que explicó Aune et al.¹⁴ donde dieron a conocer que el humo de tabaco en los fumadores activos tiene un efecto protector en contra del síndrome coronario agudo en comparación con los pacientes no fumadores. Los resultados obtenidos en la investigación no presentaron ser estadísticamente significativos y las variables no mostraron relación entre ambas lo cual pudo deberse a que los scores no fueron creados para asociar el humo de tabaco.

La supervivencia de los pacientes dominicanos con SCA, valorados con las escalas de riesgo de GRACE y TIMI fue evaluado a través de la curva de Kaplan Meier. En el caso del score de GRACE la mayoría de los pacientes se clasificaron en el estrato más bajo (54.5%) y en el

caso del score de TIMI la mayoría lo hizo en el estrato intermedio (63.6%), en ambos scores la minoría se ubicó en el estrato más alto. Los datos con respecto a la ubicación en la estratificación fueron similares a los encontrados con Aristizábal et al.¹⁵ en Colombia con 164 pacientes, donde la mayoría de la población del score de TIMI también se encontraba en el estrato intermedio. La estratificación con ambas escalas en esta población presentó que la más alta mortalidad ocurrió durante los primeros tres meses del estudio, presentando TIMI una capacidad predictiva más alta para estratificar a los pacientes en base a su riesgo en comparación con GRACE.

Por su parte en el caso de GRACE se observó mayor poder predictivo de aquellos pacientes en el estrato más alto, dado que en comparación con la escala de TIMI, todos los ubicados en este estrato fallecieron. Existen todavía investigaciones como la de Correira et al.¹⁶ en Brasil donde se ha visto que la escala de riesgo de GRACE puede captar a todos los pacientes que presentaran otro evento cardiovascular en comparación con TIMI que solo captó un 54%, que se observa solo cuando se evalúa la escala nuevamente de forma extra hospitalaria.

Los resultados de esta investigación llevan a concluir que, a pesar de la rivalidad de las dos escalas de riesgo o scores, la capacidad pronóstico de ambas es de gran utilidad en el manejo de los pacientes dominicanos con SCA; sin embargo, el score de TIMI fue quien demostró un mejor desempeño en la

predicción de la mortalidad intrahospitalaria.

Dentro de los aspectos a destacar para investigaciones futuras se encuentran: la calibración de las escalas de riesgo para la población dominicana, la diferenciación en el diagnóstico del IAM con o sin elevación del segmento ST, la elección de otros medios de comunicación para el seguimiento seguro y la inclusión de la valoración de otros factores de riesgo asociados al desarrollo del SCA.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y CONFLICTOS DE INTERESES

Esta investigación fue costeadada por el grupo de estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra a cargo de esta investigación. No hay conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes y al equipo de médicos internos, pasantes y residentes de la Clínica Unión Medica del Norte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Global Status Report of non-communicable diseases 2010. Italia: OMS [internet]; 2011. [acceso el 10 de octubre 2014]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
2. American Heart Association. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update A Report From the American Heart Association. Estados Unidos. AHA [internet] 2016. [acceso 7 de febrero

- 2016]. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000366
3. Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014, Suiza [acceso 6 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf
 4. American Heart Association (AHA). 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. AHA [internet] 2016. [acceso 7 de febrero 2016]. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000134
 5. Medina M, Sales A, Riquenes Y, Pérez L. Validación del score GRACE como predictor de riesgo tras un infarto agudo de miocardio. Revista Cubana de cardiología y cirugía vascular [Internet] 2015 [acceso 17 de febrero 2016]; 21(2). Disponible en: http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/viewFile/578/pdf_13
 6. Eagle K, Lim M, Dabbous O, Pieper K, Goldberg R, Van de Werf F et al. A Validated Prediction Model for All Forms of Acute Coronary Syndrome Estimating the Risk of 6-Month Postdischarge Death in an International Registry. [internet] JAMA, 2004 [acceso 17 de febrero 2016] 291(22). Disponible en: <http://pmmp.cnki.net/Resources/CDDP/df/evd%5C200801%5CJAMA%5C%E9%98%9F%E5%88%97%E7%A0%94%E7%A9%B6%5Cjama2004291062727.pdf>
 7. Hess E, Perry J, Calder L, Thiruganasambandamoorthy V, Body R, Jaffe A et al. Prospective Validation of a Modified Thrombolysis In Myocardial Infarction Risk Score in Emergency Department Patients With Chest Pain and Possible Acute Coronary Syndrome. Academic Emergency Medicine [Internet] 2010 [acceso 16 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2010.00696.x/pdf>
 8. Sánchez Torres N, Pérez del Todo J M, Del Pino Sánchez E, Martínez García G, Suarez Rivero A, Guevara Mirabal G. Caracterización por sexo de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST sometidos a intervencionismo coronario. Rev. Cubana Cardiol Cir Cardiovasc (internet) 2011 (acceso el 22 de Febrero del 2014); 17(1). Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/viewFile/82/74>
 9. Alcántara A, Pérez M, Martínez D. Comportamiento del síndrome coronario agudo en adultos menores de 45 años en el Hospital Docente Padre Billini. Rev. Med Dom [Internet]. 2010 [acceso 18 de junio de 2014]; 71(3): 83. Disponible en: http://www.cmd.org.do/index.php?option=com_phocadownload&view

- =category&id=11:revistas-
mdica&Itemid=2
10. Pichardo R, Gonzales A, Ramírez W, Rodríguez C, Jiménez R. Estudio EFRICARD- II. 2012 [acceso 6 de septiembre de 2014] Disponible en: <http://saludfunglode.org/documentos/efricard-2.pdf>
 11. De Murder M, Umans VA, Cornel JH, Van der Zant FM, Stam F, Oemrawsingh RM, et al. Intensive Glucose regulation in hyperglycemic acute coronary syndrome: results of the randomized Biomarker study to identify the acute risk of a coronary syndrome-2 (Biomarcs-2) glucose trial. *JAMA Intern Med* (internet) 2013 (acceso el 14 de marzo del 2013). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24018647>
 12. Deedwania P, Kosiborod M, Barret E, Ceriello A, Isley W, Mazzone T, et al. Hyperglycemia and Acute Coronary Syndrome. *AHA* (internet) 2016 (acceso el 25 de Febrero del 2014). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18299505>
 13. Aggarwal A, Aggarwal S, Sarkar PG, Sharma V. Predisposing factors to premature coronary artery disease in young (Age ≤ 45 years) smokers: A single center retrospective case control study from India. *J cardiovasc Thorac Res* [Internet]. 2014; [acceso 29 de junio de 2014] 6(1): 15-19. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24753826>
 14. Aune E, Roiselein J, Mathisen M, Thelle D, Otterstad J E. The "smoker's paradox" in patients with acute coronary syndrome: a systematic review. *BMC* (internet) 2011 (acceso el 25 de febrero del 2016); 9: 27. Disponible en: <http://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-97>
 15. Aristizábal JC, Senior JM, Fernández A, Rodríguez A, Acosta N. Validación de las escalas de riesgo TIMI y GRACE para el síndrome coronario agudo en una cohorte contemporánea de pacientes. *Acta Medica Colombiana*. [Internet] 2014 [Acceso 16 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n4/v39n4a06.pdf>
 16. Correia LCL, Freitas R, Bittencourt AP, Souza AC, Almeida MC, Leal J, et al. Valor pronóstico del score de riesgo GRACE versus el riesgo TIMI en síndromes coronarios agudos. *Arq. Bras Cardiol* [Internet] 2010 [acceso 15 de febrero de 2016]; 94(5): 595-601. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010005000036&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Tabla 1. Estadística descriptiva

(N= 94), n (%)		
Características demográficas		
Media, ± DS años, (rango de edad)		62.6 ± 14.3, (22-91)
Sexo	Femenino	31 (33)
	Masculino	63 (67)
Diagnóstico	Angina inestable	38 (40.4)
	IAM	56 (59.6)
Características cardiovasculares		
Presión Arterial Sistólica Media ±DS mmHg		141.2 ± 28.09
Presión Arterial Diastólica Media ±DS mmHg		87.1 ± 15.52
Angioplastia coronaria	Si	25 (26.6)
	No	69 (73.4)
Factores de riesgo		
Historia de HTA*	Si	70 (74.5)
	No	24 (25.5)
Diabetes Mellitus	Diabético tipo 1	1 (1.1)
	Diabético tipo 2	34 (36.2)
	No diabético	59 (62.8)
Uso de Tabaco	Fumador	10 (10.6)
	Ex-Fumador	28 (29.8)
	No Fumador	56 (59.6)
Exposición a humo de segunda mano	Si	22(23.4)
	No	72 (76.6)
Pronóstico		
GRACE	Bajo Riesgo	55 (58.5)
	Riesgo Intermedio	35 (37.2)
	Alto Riesgo	4 (4.3)
TIMI	Bajo Riesgo	39 (41.5)
	Riesgo Intermedio	50 (53.2)
	Alto Riesgo	5 (5.3)
Mortalidad †	Muerte	11 (11.7)
	Censurados	83 (88.3)
Censurados‡	Perdidos	14 (14.9)
	Vivos	70 (74.5)
HTA*: Hipertensión arterial; † Mortalidad referida a todas las causas ‡ Para los estudios de supervivencia se refiere a aquellos pacientes en los que no se produce el evento a estudiar.		

Fuente: instrumento de recolección de la información

Tabla 2. GRACE vs Sexo

		GRACE (%)			Total
		Bajo Riesgo	Riesgo Intermedio	Alto Riesgo	
Sexo	Femenino	13(23.6)	17(48.6)	1(25)	31(33)
	Masculino	42(76.4)	18 (51.4)	3(75)	63(67)
Total		55(100)	35(100)	4(100)	94(100)
Valor p: 0.046					

Fuente: instrumento de recolección de la información

Tabla 3. TIMI vs sexo

		TIMI			Total
		Bajo Riesgo	Riesgo Intermedio	Alto Riesgo	
Sexo	Femenino	11(28.2)	18(36)	2(40)	31(33)
	Masculino	28(71.8)	32(64)	3(60)	63(67)
Total		39(100)	50(100)	5(100)	94(100)
Valor p:0.698					

Fuente: instrumento de recolección de la información

Tabla 4. GRACE vs glicemia

		GRACE			Total
		Bajo Riesgo	Riesgo Intermedio	Alto Riesgo	
Niveles de Glicemia al Azar	<200mg/dl	42(76.4)	20(57.1)	4(100)	66(70.2)
	≥200mg/dl	13(23.6)	15(42.9)	0(0)	28(29.8)
Total		55(100)	35(100)	4(100)	94(100)
Valor p: 0.062					

Fuente: instrumento de recolección de la información

Tabla 5. TIMI vs glicemia

		TIMI			Total
		Bajo Riesgo	Riesgo Intermedio	Alto Riesgo	
Niveles de Glicemia al Azar	<200mg/dl	29(74.4)	34(68)	3(60)	66(70.2)
	≥200mg/dl	10(25.6)	16(32)	2(40)	28(29.8)
Total		39(100)	50(100)	5(100)	94(100)
Valor p: 0.709					

Fuente: instrumento de recolección de la información

Tabla 6. GRACE vs uso de tabaco

		GRACE (%)			Total
		Bajo Riesgo	Riesgo Intermedio	Alto Riesgo	
Uso de Tabaco	Fumador	6(10.9)	4(11.4)	0(0)	10(10.6)
	Ex-Fumador	17(30.9)	10(28.6)	1(25)	28(29.8)
	No Fumador	32(58.2)	21(60)	3(75)	56(59.6)
Total		55(100)	35(100)	4(100)	94(100)
Valor p: 0.951					

Fuente: instrumento de recolección de la información

Tabla 7. TIMI vs uso de tabaco

		TIMI			Total
		Bajo Riesgo	Riesgo Intermedio	Alto Riesgo	
Historia de Tabaco	Fumador	3(7.7)	7(14)	0(0)	10(10.6)
	Ex-Fumador	8(20.5)	17(34)	3(60)	28(29.8)
	No Fumador	28(71.8)	26(52)	2(40)	56(59.6)
Total		39(100)	50(100)	5(100)	94(100)
Valor p: 0.190					

Fuente: instrumento de recolección de la información

