

Pte.	Edad	Sexo	Forma Clínica	Años enfermo	Meses de tratamiento	Resultado
1	13	M	Sist.	11	24	RC; susp. esteroides a 8 meses de tto
2	14	M	Sist.	5	24	No respuesta
3	14	M	Sist.	7	24	susp. esteroides a 6 meses de tto.
4	6	F	Poli.	5	24	RC; no tto. concomitante
5	15	F	Sist.	10	12 ^a	RC; susp. esteroides a 4 meses de tto
6	13	M	Sist.	5	12 ^b	RC; susp. esteroides a 4 meses de tto. Recaída
7	8	F	Poli.	6	7	RP; susp. esteroides a los 2 meses de tto.
8	14	F	Pauci.	5	2	No evaluable aún. Se mantiene con esteroides

RC: respuesta completa (desaparición de todos los síntomas y signos de actividad)

RP: respuesta parcial (disminución de signos en al menos el 25%)

a: suspendido el tratamiento con IFN por embarazo

b: la recaída fue un mes después de haber abandonado el tratamiento

REFERENCIAS

1. CANNON, G. W. *et al.* (1989). *Arthritis Rheum.*; 32: 964-9732. PERNICE, W. *et al.* (1989). *Arthritis Rheum.*; 32: 643-646.

PROGRAMA NACIONAL DE APLICACION DE LA ESTREPTOQUINASA RECOMBINANTE EN EL INFARTO DEL MIOCARDIO AGUDO. INFORME PRELIMINAR

A. Toruncha, C. Sánchez, Pedro López-Saura, M. A. Pascual, L. Llerena, P. Yunes, C. Martínez, S. Silva, W. Torres, R. Concepción y el Grupo de Trabajo para la Evaluación de la Estreptoquinasa Recombinante.

ESTUDIO MULTICENTRICO NACIONAL. CUBA

INTRODUCCION

En 1992 se realizó un estudio nacional (1) para conocer la letalidad de los pacientes con infarto miocárdico agudo (IMA) que tenían indicación de trombolisis, cuando no recibían ese tratamiento. Después de conocer los resultados de varios ensayos clínicos que demostraron que la Estreptoquinasa Recombinante (Heberkinasa) se comporta de modo semejante a la Estreptoquinasa Natural (2-5) en ese tipo de pacientes, se decidió extender la aplicación de ese fármaco a todos los hospitales de Cuba para tratar los pacientes con IMA sin contraindicación para esa terapéutica.

Esta comunicación es un informe preliminar de los primeros 997 pacientes tratados.

MATERIALES Y METODOS

En 50 hospitales se trataron los pacientes con IMA sospechado de menos de 12 horas de evolución, sin límite de edad, con 1,5 MU de Heberkinasa por vía IV. Los criterios de exclusión fueron los habituales. Se recomendó el uso de aspirina y betabloqueantes.

RESULTADOS

En el transcurso de 1 año se trataron 997 pacientes con sospecha de IMA (se estima que representa el 44,9% del total de IMA). La edad fluctuó entre 28 y 93 (media 60,5) años y 74,5% fueron hombres. El intervalo síntomas-tratamiento fue de 289 minutos en promedio. El IMA se confirmó en 93%. Recibió aspirina el 94,8% y betabloqueadores el 65,5% de los casos. La letalidad fue de 11,7% y las variables que influyeron sobre ella fueron: la edad avanzada, el sexo femenino, el antecedente de diabetes mellitus o de angina, la clase de Killip y no recibir la dosis completa de Heberkinasa. Se hizo autopsia en 72,6% de los fallecidos; en 95,2% se confirmó el IMA.

Los efectos adversos más frecuentes fueron hipotensión arterial, escalofríos y fiebre. Se presentó alergia en 3,7%, sangramiento mayor en 0,7% y hemorragia cerebral en 0,6%. La insuficiencia cardíaca, el reinfarto y el choque cardiogénico concurren en 12,6%; 2,6% y 2,4% respectivamente.

DISCUSION

La Heberkinasa redujo la letalidad y la frecuencia de aparición de insuficiencia cardíaca, reinfarto y shock con respecto al estudio nacional (1). La reducción de la letalidad fue similar a la que informó el estudio GISSI (6) pero es probable que las poblaciones no sean comparables.

La frecuencia de sangramiento mayor, hemorragia cerebral y episodios alérgicos, estuvo entre los límites reportados en los principales megaensayos que han empleado Estreptoquinasa Natural en pacientes con IMA. Los resultados de esta investigación sugieren que la Heberkinasa es un medicamento de eficacia y seguridad comparables al de aquella.

REFERENCIAS

1. TORUNCHA, A. *et al.* (1993). VIII Foro Nacional de Ciencia y Técnica, Ciudad de la Habana, Cuba.
2. TORUNCHA, A. *et al.* (1992). *Biología Aplicada* 9:289-291.
3. TORRES, W. *et al.* (1992). *Biología Aplicada* 9:266-267.
4. LLERENA, L. *et al.* (1991). XVII Congreso Nacional de Cardiología. Guadalajara, Jalisco, Mexico.
5. TORUNCHA, A. *et al.* (1994). *Avances en Biología Moderna* 2:215.
6. GISSI (1986). *Lancet* 1:397-402.

ESTREPTOCINASA RECOMBINANTE EN EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS DEL ACCESO VASCULAR PERMANENTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL TRATADOS CON HEMODIALISIS PERIODICA

M. Hernández¹, J. Valdivia¹, I. Martínez¹, J. Lage¹ y Pedro López-Saura².

¹Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. ²Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, Apartado 6162, La Habana 6. Ciudad Habana, Cuba.

INTRODUCCION

La hemodiálisis (HD) es el método más universal de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) y para su realización exitosa es menester un acceso vascular permanente con flujo de sangre mayores de 200 cc/min. La Trombosis del Acceso Vascular (TAV) es una complicación frecuente (hasta un 20%) y conlleva a la pérdida de éste, pudiendo originar agotamiento de los vasos utilizables e incapacidad para continuar tratamiento con HD. El tratamiento de la TAV con agentes trombolíticos tiene antecedentes exitosos.

La disponibilidad de estreptocinasa recombinante (ER) constituye una nueva posibilidad, nos proponemos con este trabajo, presentar los resultados de los 8 primeros casos.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 8 pacientes procedentes de 3 centros de Ciudad de La Habana. El diagnóstico presuntivo se basó en: Flujo de sangre menor de 200 cc/min. y disminución o desaparición del Thrill y/o soplo. El diagnóstico de certeza se hizo mediante Fistulografía Contrastada (FC). Se excluyeron los pacientes de acuerdo a las causas descritas en el protocolo. Se administró ER a razón 5 000 UI/min hasta la reperfusión o que transcurrieran 4 horas de evolución. El tratamiento se realizó en la UCI. Se repitió FC evaluando los pacientes cada 15 min. Concluida la reperfusión se realiza

observación durante 24 horas en la UCI, repitiendo FC post tratamiento. Se consideró éxito si el acceso se recuperó con flujos mayores de 200 cc/min. y fracaso si no cumplía estos parámetros. El resultado radiológico se clasificó en bueno, regular y malo.

Se tomaron muestras de sangre para Hb., Hto., Coagulograma y productos de degradación del Fibrinógeno (PDF), pretratamiento, a las 8 y 24 horas después del tratamiento.

RESULTADOS

Se trataron 8 pacientes, todos con flujo sanguíneo por Fístula Cimino y Brescia menores de 200 cc/min y disminución del Thrill y/o soplo. La TAV se comprobó por FC en 5 casos; en 3 no se realizó. Se logró éxito en 62,5% (5 de 8). La reperfusión se verificó con FC en 4 de los 5 casos. En 3 casos no hubo reperfusión por lo que se consideraron fracasos. Reacciones adversas en el 75% de los casos, la más común lumbalgia. Los resultados de laboratorio fueron: Alargamiento de Tiempo de Protrombina (TP) y Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT); disminución del Fibrinógeno F y aumento de los PDF.

DISCUSION

La presencia de TAV en uno de los centros fue de 20%, lo que concuerda con la literatura (entre 15 y 20%). El diagnóstico fue realizado sobre bases clínicas