

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

y radiológicas, el primero con sensibilidad y especificidad cercana al 100%; no obstante la FC sigue siendo necesaria para buscar causas subyacentes. Se logró comprobar TAV en el 62,5%, aunque tenían más de 48 h de establecido. Se utilizó con éxito en dos casos de poliquistosis, entidad no aceptada por otros autores para Trombolisis por el riesgo de sangramiento. Se obtiene buena tolerancia y reacciones adversas descritas. No se modificaron los valores de Hb y Hto. y las pruebas de Coagulación mostraron aumento de PT y TPT, así como disminución del F y aumento de los PDF.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ESTREPTOQUINASA RECOMBINANTE Y NATURAL EN PACIENTES CON INFARTO MIOCARDICO AGUDO. EFECTO SOBRE LA PERMEABILIDAD CORONARIA, LA HEMOSTASIA Y LA GENERACION DE ANTICUERPOS ANTI-ESTREPTOQUINASA

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

Hospitales Hermanos Ameijeiras, Carlos J. Finlay, Luis Díaz Soto, Provincial de Villa Clara, Saturnino Lora, CIMEQ, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Centro Nacional de Coordinación de Ensayos Clínicos y Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, Cuba.

INTRODUCCION

Los resultados de varios pequeños ensayos clínicos mostraron que la estreptoquinasa recombinante (EQR) se comportó de modo similar a la estreptoquinasa natural (EQN) en pacientes con infarto miocárdico agudo (IMA) con respecto a los cambios inducidos sobre la hemostasia (1, 2) y la perfusión coronaria (3). Para verificarlo se realizó esta investigación en la que se evaluó, además, la respuesta antigénica después de la administración de uno u otro fármaco.

MATERIALES Y METODOS

En 7 centros se trataron 224 pacientes con IMA de 4,4 horas (media) de evolución; la edad promedio fue de 55,1 años y 80,8% fueron hombres. Aleatoriamente fueron asignados a tratamiento con EQN (Streptase) - n = 111- o EQR (Heberkinasa) -n = 113- en dosis de 1,5 MU por vía IV en el transcurso de 1 h. Se administró aspirina y betabloqueantes si no hubo contraindicación. Se estudió la permeabilidad coronaria mediante coronariografía y los cambios de la concentración de

REFERENCIAS

1. TORRES, A., M. HERNÁNDEZ Y R. BHORQUES (1991). Método de Depuración Extraterrenal en *Temas de Nefrología*. Tomo 2. Editorial Ciencias Médicas. ECIMED Ciudad de La Habana, Cuba 47:47.
2. LORRAINE, S. (1992). Maintaining Patency of dialysis Vascular Access. *Dialysis & Transplantation* 21(11): 687.
3. GOLBERG, J. P. (1985). Intravenous streptokinase for thrombolysis of occluded access. Its use in patients undergoing hemodialysis. *Arch. Int. Med.* 145:1405.

fibrinógeno (F), los productos de degradación de F y fibrina (PDF) y el tiempo de trombina (TT) así como el nivel de anticuerpos anti-estreptoquinasa (anti-EQ) antes y después de la trombolisis.

RESULTADOS

Los grupos fueron comparables excepto por la edad que fue 3,4 años mayor en los tratados con EQR (p = 0,006). No hubo diferencia con respecto al intervalo síntomas-tratamiento ni a la letalidad. Alrededor del 90% de los pacientes de cada grupo recibió aspirina y cerca del 60% betabloqueantes (p = NS). La permeabilidad coronaria, 8 días después de la trombolisis fue de 70,7% y 67,1% en los tratados con EQN o EQR respectivamente (p = NS). Con los 2 fármacos se observó descenso marcado del F y elevación de los PDF y del TT que se normalizaron a los 2-3 días sin que hubiera diferencia significativa entre los grupos. Antes del tratamiento el nivel de anti-EQ fue similar en los dos grupos; aunque se incrementó a los 10 días, la cifra fue semejante en ambos (p = NS) al igual que ocurrió 3 y 6 meses después de la terapéutica.