

Frequência de Utilização e Razões de Exclusão da Terapia Trombolítica no Infarto Agudo do Miocárdio em Salvador-Bahia

Luiz Carlos Santana Passos, Carlos A. Marcílio de Souza, Cíntia Cercato, Adriano Oliveira, José P. Esteves, Gilson Feitosa

Salvador, BA

Objetivo - Determinar a frequência de utilização e as causas de exclusão da terapia trombolítica no infarto agudo do miocárdio (IAM) em unidades de terapia intensiva (UTI) de Salvador-BA.

Métodos - Estudo de coorte retrospectivo, revisando prontuários médicos de todos os pacientes admitidos com suspeita diagnóstica de IAM em seis UTI de Salvador (2 hospitais públicos e 4 privados) entre janeiro/93 e dezembro/94.

Resultados - Foram analisados 388 episódios confirmados de IAM 165 (42,0%) admitidos em hospitais públicos e 225 (58,0%) em hospitais privados. A terapia trombolítica foi indicada em 143 (36,8%) pacientes. A trombólise foi mais frequentemente utilizada para os homens (RP=1,96 e IC 95% 1,39-2,77), para os pacientes com idade <60 anos (RP=4,46 e IC 95% 2,17-9,19) e para aqueles com classe I de Killip na admissão (RP=2,62 e IC 95% 1,60-4,31). As razões de exclusão da trombólise foram: chegada tardia, idade avançada e ausência de supradesnível do segmento ST. Um terço dos pacientes apresentava múltiplas razões para exclusão. A análise multivariada mostrou que o uso de agentes trombolíticos foi menor entre as mulheres, independente de características clínicas obtidas na admissão.

Conclusão - A frequência de utilização e as razões de exclusão da trombólise no IAM em Salvador foram semelhantes àquelas encontradas em outros estudos. As atuais recomendações do Consenso Brasileiro sobre Trombólise deverão ampliar a utilização desta terapia por estendê-la a idosos e àqueles que chegam tardiamente.

Palavras-chave: infarto agudo miocárdio, terapia trombolítica, utilização

Frequency of Utilization and Reasons for Exclusion from Thrombolytic Therapy in patients with Acute Myocardial Infarction in Salvador-Bahia

Purpose - To determine the rate of utilization and reasons for exclusion from thrombolytic therapy in acute myocardial infarction (AMI) in the setting of Intensive Care Unit (ICU) Salvador-BA.

Methods - Retrospective cohort study recording patients admitted with suspected AMI in six ICU in Salvador-BA between January/93 and December/94 were reviewed.

Results - Three hundred and eighty-eight of confirmed cases of AMI were analysed, 165 (42.0%) were admitted at public hospitals and 225 (58.0%) at private hospitals. Thrombolytic therapy was indicated in 143 (36.8%) patients. The thrombolysis was more frequently performed in men (PR= 1.96 IC 95% 1.39-2.77), in patients less than 60 years of age (PR= 4.46 CI 95% 2.17-9.19) and in those with Killip class I (PR= 2.62 CI 95% 1.60-4.31). The major reasons for excluding from thrombolytic therapy were late arrival, old age and lack of ST elevation. Thirty three percent of patients were excluded for more than one reasons. Multivariate analysis showed that female gender was associated with a reduced indication for thrombolytic therapy, independent of the clinical findings on admission.

Conclusion - The frequency of the use and reasons for excluding patients from thrombolytic therapy in AMI in Salvador-BA were similar to those of other clinical studies. The recent recommendations of the Thrombolysis Brazilian Consensus will enhance the utilization of this therapy, as it expands its utilization to elderly patients and to those who arrive late to the hospital.

Key-words: acute myocardial infarction, thrombolytic therapy, utilization

Arq Bras Cardiol, volume 66 (nº5), 257-261, 1996

Universidade Federal da Bahia - Salvador

Correspondência: Luiz Carlos S. Passos - Rua Amir Macedo, 119/1003 - 40285-460 - Salvador, BA

Recebido para publicação em 23/5/95

Aceito em 31/1/96

A terapia trombolítica reduz de forma significativa a mortalidade do infarto agudo do miocárdio (IAM)¹ e deve ser utilizada como tratamento inicial, sempre que não existam contra-indicações específicas. Em 1990, a Sociedade de Cardiologia do Estado da Bahia estabeleceu, através de

consenso, recomendações para ampliar o uso da terapia trombolítica em hospitais de Salvador-BA². Recomendações que foram amplamente divulgadas através de publicação específica. Apesar dos esforços iniciais para aumentar a utilização dos agentes trombolíticos, não existem informações sobre a frequência da utilização desses agentes em Salvador, bem como em outras capitais do país. A única publicação sobre o assunto foi o levantamento institucional realizado em 1988 por Nicolau³. O objetivo deste estudo é determinar a extensão do uso de agentes fibrinolíticos no IAM em Salvador, e as principais causas para exclusão de pacientes da terapia trombolítica.

Métodos

Salvador possui 13 grandes hospitais com unidades de terapia intensiva (UTI) que atendem a pacientes vítimas do IAM. Foram selecionadas, inicialmente, 11 instituições para participarem deste estudo, tendo sido excluídos dois hospitais privados que possuíam pequeno número de leitos de UTI (<5 leitos) e que atendiam de forma seletiva a clientes de determinado seguro de saúde. Assim, o estudo foi iniciado com 5 instituições do setor público e 6 do setor privado. Dois hospitais públicos foram excluídos por problemas com o arquivo médico e um 3º por não dispor de serviço de emergência (atendimento a pacientes encaminhados de outros serviços). No setor privado, um dos hospitais foi excluído por utilizar, preferencialmente, a angioplastia transluminal coronária primária como estratégia de reperfusão no IAM, ao invés da terapia trombolítica intravenosa e, o outro, pelo elevado número de prontuários não localizados (>20%). Por fim, seis instituições participaram deste estudo: setor privado/filantrópico - Hospital Aliança, Instituto Cardio-Pulmonar, Hospital Espanhol, Hospital São Rafael, e setor público - Hospital Ernesto Simões Fº e Hospital Geral do Estado (o maior hospital do setor público (SUS) do estado).

Foram revistos de forma retrospectiva todos os prontuários de pacientes admitidos em UTI dos hospitais parti-

cipantes com suspeita de IAM, entre janeiro/93 e dezembro/94, utilizando-se questionário padrão para coleta de dados. Apenas os prontuários com diagnóstico de IAM, confirmado por dois dos três critérios clássicos (dor torácica, alteração eletrocardiográfica e elevação de enzimas miocárdicas) foram incluídos para análise. Excluíram-se os pacientes em que o intervalo de tempo entre início dos sintomas e atendimento médico tivesse sido >24h. Admitiu-se como razão para exclusão da terapia trombolítica aquelas estabelecidas nas "Recomendações para uso de agentes trombolíticos no infarto agudo do miocárdio" elaborado pela Sociedade de Cardiologia do Estado da Bahia (1990).

Utilizou-se o programa EPI-INFO versão 5.0 1B para elaboração do banco de dados. O teste do qui-quadrado e o teste t de Student foram usados para determinar a significância entre diferenças das proporções e médias, respectivamente. Todos os testes foram bicaudais e considerou-se o erro alfa de 5%. Utilizou-se a análise multivariada para avaliar se características clínicas e demográficas obtidas na admissão (especialmente sexo feminino) estavam relacionadas de maneira independente ao uso de agentes trombolíticos.

Resultados

Entre janeiro/93 e dezembro/94, 668 pacientes foram admitidos com suspeita de IAM nas UTI participantes. Preenchiam os critérios para inclusão neste estudo 388 episódios de IAM. A terapia trombolítica foi usada em 143 (36,8%) pacientes. A estreptoquinase foi utilizada em 135 (94,4%) pacientes e o ativador do plasminogênio tissular em 8 (5,6%). O uso da terapia trombolítica variou de forma significativa de acordo com características clínicas obtidas na admissão (tab. I). A média de idade dos doentes que usaram trombolíticos foi de 57,8±11,5 anos e 63,9±13,1 anos para os pacientes que não utilizaram esses agentes (p<0,01). A média de tempo entre início dos sintomas e chegada ao hospital foi de 4,1±3,5h para os trombolisados

Tabela I - Frequência de terapia trombolítica segundo características na admissão

Características		Nº total	Nº tratados	%	p	RP*	IC 95%
Sexo	Homens	255	113	44,5	<0,01	1,96	1,39 - 2,77
	Mulheres	133	30	22,6	-	-	-
Idade	<60	170	77	45,3	<0,01	4,46	2,17 - 9,19
	60 - 74	149	59	39,6	<0,01	3,90	1,88 - 8,10
	>74	69	7	10,1	-	-	-
Killip	I	302	129	42,7	<0,01	2,62	1,60 - 4,31
	>I	86	14	16,3	-	-	-
Infarto	Supradesnível ST	289	125	43,2	<0,01	4,90	2,26 - 10,64
	Infradesnível ST	62	6	8,8	-	-	-
Hipertensão arterial	ausente	128	52	40,6	0,28	1,16	0,89 - 1,52
	Presente	260	91	35,0	-	-	-
DM**	Ausente	283	110	38,9	0,18	1,24	0,90 - 1,70
	Presente	105	33	31,4	-	-	-
Serviço	Privado	225	94	41,8	0,01	1,45	1,07 - 1,97
	Público	163	49	30,1	-	-	-

*RP - razão de prevalência; ** DM - diabetes melitus

Razão	n	%
Chegada tardia	81	33,1
Ausência de supradesnível ST	14	5,7
Idade >75	14	5,7
Hipertensão arterial grave não controlada	3	1,2
Miscelânea	8	3,2
Múltiplas razões	84	34,3
Nenhuma	41	16,7

e 9,7±8,0h para os não trombolisados (p<0,01). Não receberam agentes trombolíticos 245 (63,2%) pacientes. Na tabela II estão dispostas as razões de exclusão da terapia trombolítica. A chegada tardia (>6h), a idade avançada, e a ausência de supradesnível do segmento ST foram as principais razões isoladas de exclusão. Em 41 (16,7%) pacientes não foram identificadas razões para não utilização da terapia trombolítica. Mais de um motivo para exclusão da terapia trombolítica foi encontrado em 84 (34,3%) doentes. Os pacientes do sexo masculino, os mais jovens e aqueles com classe funcional de Killip I utilizaram mais frequentemente agentes trombolíticos. As mulheres apresentaram características clínicas de pior prognóstico na admissão, que poderiam estar relacionadas a menor utilização de agentes trombolíticos, como mostra a análise univariada (tabela III). A análise estratificada e a análise multivariada, no entanto, mostram que as mulheres receberam menos frequentemente agentes trombolíticos independente de achados clínicos identificados na admissão (tab. IV e V).

Discussão

No final dos anos 80, em ensaios clínicos randomizados, apenas um terço dos pacientes avaliados eram efetivamente alocados para receber tratamento com agentes trombolíticos ou placebo⁴. Recentemente, a utilização da terapia trombolítica em grandes instituições pode atingir até 87% dos pacientes⁵⁻⁸. Em nosso país, existem poucos estudos sobre a utilização de terapia trombolítica na prática clínica, exceto em instituições isoladas^{9,10}. Este estudo envolveu seis instituições públicas e privadas da cidade

Característica	Sexo masculino	Sexo Feminino	p
	n=255 (%)	n=133 (%)	
Idade	59,5±12,4	65,8±12,7	<0,01
Tempo de sintomas	7,0± 6,8	8,6± 7,7	0,08
Classe funcional			
Killip I	213 (83,5)	89 (66,9)	
Killip >I	40 (16,5)	44 (33,1)	<0,01
Localização*			
Anterior	158 (62,0)	64 (68,4)	
Ínfiro-lateral	92 (36,1)	61 (25,6)	0,03
Electrocardiograma*			
Supradesnível ST	198 (77,6)	91 (68,4)	
Infradesnível ST	34 (13,3)	34 (25,6)	0,01
Risco de sangramento			
Presente	11 (4,3)	11 (11,3)	0,11
Ausente	244 (95,7)	122 (91,7)	
Doença sistêmica			
Presente	21 (8,2)	15 (11,3)	0,33
Ausente	234 (91,8)	118 (88,7)	

* Em menos de 10% dos pacientes os achados do ECG da admissão não puderam ser obtidos ou o IAM não pôde ser localizado de forma adequada.

Variável	Trombólise		p
	Homens n=255	Mulheres n=133	
Idade <60 anos	(65/129)* 50,4%	(12/41) 29,3%	=0,02
Idade ≥60 anos	(48/126) 38,1%	(18/92) 19,1%	<0,01
Killip I	(102/213) 47,9%	(27/89) 30,3%	<0,01
Killip >I	(11/42) 26,2%	(3/44) 6,8%	=0,01
Infartos transmuralis**	(100/198) 50,5%	(25/91) 27,5%	<0,01

* O numerador representa número de pacientes submetidos a trombólise e o denominador o total de pacientes; ** infartos com supradesnível do segmento ST na admissão.

de Salvador altamente representativas dos nossos hospitais gerais. Receberam tratamento trombolítico 143 (36,8%) pacientes. Frequência similar àquela encontrada em outros países⁵⁻⁷, devendo-se, no entanto, salientar que este não é um estudo populacional e seus dados devem ser interpretados com cautela. Dados válidos quando conside-

Variável	Coefficiente	Erro padrão	p	Odds Ratio	IC 95%
β (constante)	-8,8430	1,4707	0,0001	-	
Sexo (M/F)	0,8669	0,2890	0,0027	2,38	1,35 - 4,19
Tempo de sintomas	1,8569	0,2889	0,0001	6,40	3,64 - 11,28
Killip	1,1499	0,3623	0,0015	3,16	1,55 - 6,42
Idade	0,3330	0,2567	0,1946	1,40	0,84 - 2,31
Local IAM	0,5931	0,2587	0,0219	1,81	1,09 - 3,00
Supradesnível ST	1,2408	0,3217	0,0001	3,46	1,84 - 6,50
DS	0,9558	0,5354	0,0743	2,60	0,91 - 7,43
DRS	2,5227	1,0894	0,0206	12,46	1,47 - 105,42
PCR	0,7903	0,6555	0,2280	2,20	0,61 - 7,96

As variáveis foram categorizadas da forma seguinte: tempo de sintomas: ≤ 6h ou > 6h, Killip: I ou > I, idade: < 60 anos ou ≥ 60 anos, local do IAM: anterior ou inferior. Supradesnível ST, DS - doença sistêmica; DRS - doença com risco de sangramento; PCR - parada cardiorrespiratória classificadas como presentes ou ausentes.

ramos a população de pacientes admitidos em UTI, e não para todos vítimas de infarto de nossa cidade. Entre os 388 pacientes envolvidos neste estudo, a terapia trombolítica foi mais freqüentemente utilizada no setor privado. A razão de prevalência entre uso da terapia trombolítica entre setor público e privado foi 1,45 ($p=0,01$), revelando claramente a maior utilização da terapia trombolítica no setor privado. Por outro lado, ressaltamos a grande deficiência de leitos hospitalares (notadamente na UTI) do setor público, que pode mascarar a verdadeira realidade da situação que atravessa a rede pública do nosso estado e país.

A utilização de agentes trombolíticos foi maior para homens e para os mais jovens, bem como para aqueles com classe funcional I de Killip na admissão. A maioria dos ensaios realizados para avaliar a eficácia clínica da terapia trombolítica não informa a classe funcional de Killip na admissão dos pacientes. Em recente estudo de revisão, Bates e Topol demonstraram que os dados disponíveis são insuficientes para assegurar que o uso da terapia trombolítica promova um significativo benefício clínico para pacientes com classe funcional de Killip $>I$ na admissão¹¹. Para doentes com classe funcional IV de Killip, o uso da terapia trombolítica ainda é mais controverso e as informações disponíveis bastante limitadas¹². Em relação à idade, a recomendação da exclusão dos pacientes com idade >75 anos dos protocolos de terapia trombolítica (até recentemente) justifica a menor média de idade entre os trombolisados, porém a análise estratificada (tab. I) mostra que, entre os indivíduos de 60-74 anos de idade, o uso de agentes trombolíticos foi comparável ao uso da terapia trombolítica para pacientes com idade <60 anos. As recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia devem ampliar a utilização desses agentes entre os mais idosos, uma vez que o limite cronológico de idade (75 anos) deixa de ser contra-indicação absoluta para uso de agentes fibrinolíticos.

Em relação ao menor uso da trombólise entre as mulheres, as razões são menos claras. Outros autores, também, recentemente, chamaram atenção para a subutilização da trombólise entre as mulheres¹³⁻¹⁷. As razões para essa menor utilização podem estar relacionadas a idade mais elevada, forma de doença mais grave (maior classe funcional de Killip) e a chegada tardia^{14,18}. No presente trabalho, as mulheres eram mais idosas e apresentavam maior classe funcional de Killip na admissão (tab. III). Os infartos de parede anterior e sem ondas Q também foram mais freqüentes entre elas (tab. III). A análise estratificada e a análise multivariada (tab. IV e V), no entanto, apontam de forma inequívoca para uma menor utilização da terapia trombolítica entre as mulheres independente dos achados clínicos da admissão. Esse resultado fortalece os achados de outros autores sobre a possibilidade de tratamento subótimo do IAM entre as mulheres, não apenas em relação aos agentes trombolíticos, mas, também, em relação aos beta-bloqueadores^{16,17}. É possível que a diferença de abordagem terapêutica para o IAM entre homens e mulheres possa

contribuir para o pior prognóstico do IAM entre as mulheres^{15,18,19}. São necessários mais estudos entre nós para esclarecer de forma adicional esta questão.

A chegada tardia foi o principal motivo isolado para não utilização da trombólise, seguida de idade avançada e alterações eletrocardiográficas não específicas, achados esses semelhantes a estudos recentes^{4,7,20}. Adotando os novos critérios recomendados pelo Consenso Brasileiro sobre Trombólise²¹ (chegada tardia definida após 12h do início dos sintomas) 37 pacientes (9,5% dos 388 pacientes) poderiam ser submetidos a terapia trombolítica de forma adicional. A 2ª causa isolada para exclusão de pacientes foi a idade avançada, a sua abolição (também recomendação do Consenso Brasileiro de Trombólise), estenderia o uso da trombólise para mais 14 (3,6%) pacientes. Finalmente, 41 (10,6%) pacientes deixaram de receber os benefícios da trombólise sem que nenhuma razão específica pudesse ser identificada. A correção destes pontos poderia resultar numa utilização de terapia trombolítica em 235 (60%) pacientes. Este percentual está mais próximo daquele sugerido por alguns autores como ideal de utilização da trombólise²². Os demais pacientes dificilmente poderiam vir a receber agentes fibrinolíticos, pois apresentavam múltiplas razões de exclusão ou situações onde a trombólise não estava indicada como em pacientes com infarto sem ondas Q, com risco de sangramento potencialmente letal e doença sistêmica grave.

Algumas razões, não citadas em prontuário, que poderiam justificar a não utilização de agentes trombolíticos são: 1) indisponibilidade do fármaco; 2) falta de iniciativa do médico em oferecer o tratamento; 3) dúvidas quanto à eficácia desses agentes; 4) erro na interpretação inicial do eletrocardiograma; 5) incapacidade de reconhecer de início a etiologia cardíaca da dor. Razões citadas recentemente no estudo de Avasthi e col²³ como responsáveis por até 25% das causas da não utilização de terapia trombolítica no IAM e que poderiam ser melhor estudadas através de estudos prospectivos.

Concluindo, a terapia trombolítica foi utilizada em 36,8% dos pacientes admitidos com IAM em UTI de Salvador. Apesar da menor utilização desses agentes em hospitais do setor público, os resultados iniciais são animadores. Os pacientes com classe I de Killip, na admissão, e os mais jovens receberam com maior freqüência agentes trombolíticos, refletindo uma prática de muitos ensaios clínicos internacionais. As mulheres receberam menos freqüentemente agentes trombolíticos independente de achados clínicos na admissão, caracterizando subutilização da trombólise entre elas. As atuais recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia deverão estimular a maior utilização de agentes trombolíticos em idosos e entre aqueles que chegam mais tardiamente (até 12h ao hospital). O menor uso desses agentes entre as mulheres e em pacientes com insuficiência ventricular esquerda, na admissão, no entanto, permanece não resolvido.

Referências

1. Fibrinolytic Therapy Trialists (FTT) Collaborative Group - Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. *Lancet* 1994; 343: 311-22.
2. Comissão de Trombólise da Bahia - Recomendações para uso de agentes trombolíticos no infarto agudo do miocárdio. Boletim da Sociedade de Cardiologia do Estado da Bahia, 1990.
3. Nicolau JC - Uso de drogas trombolíticas no Brasil (1982-1988). *Arq Bras Cardiol* 1989; 53: 81-3.
4. Muller DWM, Topol EJ - Selection of patients with acute myocardial infarction for thrombolytic therapy. *Ann Intern Med* 1990; 113: 949-58.
5. Maynard C, Weaver WD, Litwin PE et al - Hospital mortality in acute myocardial infarction in the era of reperfusion therapy (the myocardial infarction triage and intervention project). *Am J Cardiol* 1993; 72: 877-82.
6. Thompson PL, Persons RW, Jamrozik K, Hockey RL, Hobbs MS, Broadhurst RJ - Changing patterns of medical treatment in acute myocardial infarction. Observations from Perth Monica Project 1984-1990. *Med J Aust* 1992; 157: 87-92.
7. Behar S, Abinader E, Caspi A et al - Frequency of use of thrombolytic therapy in acute myocardial infarction in Israel. *Am J Cardiol* 1991; 68: 1291-4.
8. Ranjadayalan K, Umachandran V, Timmis A - Clinical impact of introducing thrombolytic and aspirin therapy into the management policy of a coronary care unit. *Am J Med* 1992; 92: 233-8.
9. Tarkieltaub E - Avaliação da terapia trombolítica sobre a mortalidade em pacientes internados em UTI adulto de Hospital Municipal. *Arq Bras Cardiol* 1995; 64: 345-6.
10. Polanczyk CA, Prado K, Borges MS, Ribeiro JP - Infarto agudo do miocárdio na era trombolítica: elevada mortalidade em pacientes idosos. *Rev Ass Med Brasil* 1993; 39: 65-72.
11. Bates ER, Topol EJ - Limitations of thrombolytic therapy for acute myocardial infarction complicated by congestive heart failure and cardiogenic shock. *J Am Coll Cardiol* 1991; 18: 1077-84.
12. Col NF, Gurwitz JH, Alpert JS, Goldberg RJ - Frequency of inclusion of patients with cardiogenic shock in trials of thrombolytic therapy. *Am J Cardiol* 1994; 73: 149-57.
13. Maynard C, Althouse R, Cerqueira M, Olsufka, Kennedy JW - Underutilization of thrombolytic therapy in eligible women with acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991; 68: 529-30.
14. Christensen JH, Ravn L, Rasmussen SE, Sorensen HT - Recruitment of patients with acute myocardial infarction for thrombolytic therapy and clinical impact. *Am J Med* 1994; 96: 394-5.
15. Maynard C, Litwin PE, Martin JS, Weaver D - Gender differences in the treatment and outcome of acute myocardial infarction. Results from the myocardial infarction triage and intervention registry. *Arch Intern Med* 1992; 152: 972-6.
16. Clarke KW, Gray D, Keating NA, Hampton JR - Do women with acute myocardial infarction receive the same treatment as men. *Br Med J* 1994; 309: 563-6.
17. Wilkinson P, Kooridhottumkal L, Ranjadayalan K, Parsons L - Acute myocardial infarction in women: survival analysis in first six months. *Br Med J* 1994; 309: 566-70.
18. Fiebach NH, Viscoli CM, Horwitz R - Differences between women and men in survival after myocardial infarction (biology or methodology?). *JAMA* 1990; 263: 1092-6.
19. Tsuyuki RT, Teo KK, Ikuta RM, Bay KS, Greenwood PV, Montague TJ - Mortality risk and patterns of practice in 2070 patients with acute myocardial infarction, 1987-92. Relative importance of age, sex and medical therapy. *Chest* 1994; 105: 1687-92.
20. Anderson VH, Willerson JT - Thrombolysis in acute myocardial infarction. *N Eng J Med* 1993; 329: 703-8.
21. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Consenso brasileiro sobre trombólise. *Arq Bras Cardiol* 1994; 63(supl II): 1-8.
22. Woods KL, Ketley D - Thrombolysis and acute myocardial infarction. *Lancet* 1994; 343: 232-3.
23. Avasthi G, Wander GS, Parti A, Anand IS - Feasibility of thrombolytic therapy: A one year prospective study. *Indian Heart J* 1992; 44: 133-6.