

Acerca del Consenso sobre Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo

He leído con suma atención el Suplemento Consenso Sobre Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo publicado en vuestra revista¹. El mismo resume en forma excelente el pensamiento de los referentes de las diferentes sociedades miembros del consenso.

Si bien mi conocimiento no puede compararse al de este grupo de expertos, intento, humildemente, efectuar un par de consideraciones en temas que siguen siendo controversiales.

La palabra “accidente” se define, según la Real Academia Española, como un suceso eventual o acción de que resulta daño involuntario para las personas o las cosas. Claramente refiere a la imprevisibilidad. El primer documento de la *Brain Attack Coalition*, una coalición entre un organismo gubernamental de EE.UU. (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos e Ictus, en español) y 17 sociedades científicas relacionadas con la evaluación y el tratamiento del ictus, establece la importancia de llamarlo ataque cerebral al ictus². Y fundamenta el hecho de llamarlo ataque porque esta palabra revela imprevisibilidad, ya que el ictus es prevenible primariamente, siendo este otro de los puntos clave de la coalición. También aclara fuertemente *Stroke is Brain Attack*, es decir que el ictus es un ataque cerebral, en analogía con la expresión popular de ataque cardíaco.

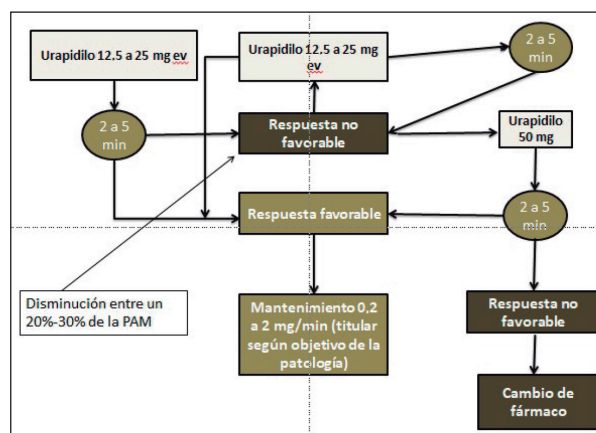
Habida cuenta que el término ACV es el más conocido por la población y muchos de los médicos no especialistas, cambiando el vocablo Accidente por Ataque se mantiene el mismo acrónimo. Lo mismo es válido para el término “Accidente isquémico transitorio” cuyo nombre en inglés es “*Transient Ischemic Attack*” y está magníficamente explicado y justificado³.

En este orden de ideas la traducción adecuada de *stroke* es ictus o ictus cerebral.

Sé que probablemente esto parezca una nimiedad, pero desde Sarmiento en adelante es regla en nuestro país usar los anglicismos solo si no pueden reemplazarse por una palabra en español.

Fuera ya de consideraciones lingüísticas, el segundo tópico en que quiero realizar un aporte es en el de “Tratamiento de la Hipertensión Arterial”. Tanto en el texto como en la Figura 2 no se menciona la droga urapidilo. Esta droga de acción dual, central y periférica, es la más utilizada por los intensivistas europeos y está citada en las recomendaciones de la Iniciativa Europea en Ictus (EUSI) y en las Guías de Control de la Hipertensión Arterial de la

Fig. 1.– Algoritmo de decisión para la titulación de urapidilo en el control de la emergencia hipertensiva, que incluye al ictus isquémico y hemorrágico



Sociedades Europeas de Cardiología e Hipertensión, en el capítulo de emergencias hipertensivas⁴⁻⁶.

La droga, autorizada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) de Argentina desde 2016 (disposición 8064/16), se comercializa en nuestro país, para su uso intravenoso, desde hace 3 años. En la Figura 1 se muestra el algoritmo de decisión utilizado en la División Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández. Como se desprende del mismo en 15 minutos se determina si la droga será útil o no en el control de la emergencia hipertensiva. En nuestra experiencia, que será comunicada en el 29° Congreso Argentino de Terapia Intensiva, el 99% de los pacientes respondieron dentro de los 10 minutos y el 1% a los 15 minutos, como está publicado en diferentes revistas.

Por otra parte, el urapidilo tiene la ventaja de disminuir la presión arterial sin aumentar la presión intracraneal ni producir taquicardia, virtudes sin duda interesantes a la hora de tratar la hipertensión arterial secundaria al ictus, tanto isquémico como hemorrágico.

Agradeciendo desde ya la consideración para la publicación de este modesto aporte y felicitando nuevamente a los autores, los saludo con mi consideración más distinguida.

Ignacio J. Previgliano

Terapia Intensiva y Neurología

Hospital General de Agudos Juan A. Fernández

e-mail: iprevi@gmail.com

1. Pigretti SG, Alet MJ, Mamani CE, et al. Consenso Sobre Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo. *Medicina (B Aires)* 2019; 79 Supl 2: 1-46.
2. Camarata PJ, Heros RC, Latchaw RE. "Brain attack": the rationale for treating stroke as a medical emergency. *Neurosurgery* 1994; 34: 144-57; discussion 157-8.
3. Fisher CM. Concerning recurrent transient cerebral ischemic attacks. *Can Med Assoc J* 1962; 86: 1091-9.
4. Vuylsteke A, Vincent JL, de La Garanderie DP, et al. Euro-STAT Investigators. Characteristics, practice patterns, and outcomes in patients with acute hypertension: European registry for Studying the Treatment of Acute hypertension (Euro-STAT). *Crit Care* 2011; 15: R271.
5. European Stroke Initiative Executive Committee; EUSI Writing Committee, Olsen TS, Langhorne P, Diener HC, Hennerici M, Ferro J, Sivenius J, Wahlgren NG, Bath P. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update 2003. *Cerebrovasc Dis* 2003; 16: 311-37.
6. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2018; 36: 1953-2041.