



Lista de verificación para la prevención de un segundo ataque o derrame cerebral

Medidas para **prevenir otro ataque o derrame cerebral**

<u>PREGUNTAS</u>	<u>SÍ</u>	<u>RIESGO/RECOMENDACIÓN</u>
1. ¿El paciente ha sufrido un ataque o derrame cerebral o un ataque isquémico transitorio (AIT) ?	<input type="checkbox"/>	Aproximadamente el 23% de los ataques o derrames cerebrales que se producen cada año son recurrentes. El riesgo de sufrir un ataque o derrame cerebral o un AIT recurrente es alto (un 5% a 1 año después del anterior), pero puede atenuarse mediante estrategias de prevención adecuadas.
2. ¿El paciente debe someterse a una evaluación diagnóstica para determinar la causa del ataque o derrame cerebral?	<input type="checkbox"/>	Debido al riesgo relativamente alto de un ataque o derrame cerebral recurrente, se recomienda realizar una evaluación diagnóstica para conocer la causa y planificar estrategias de prevención óptimas, con pruebas finalizadas o en curso dentro de las 48 horas posteriores al inicio de los síntomas del ataque o derrame cerebral.
3. ¿El paciente presenta una presión arterial superior a 130/80 mmHg?	<input type="checkbox"/>	El tratamiento de la hipertensión es posiblemente la intervención más importante para la prevención secundaria del accidente cerebrovascular isquémico. Para la mayoría de los pacientes, se recomienda un objetivo de presión arterial medida en el consultorio menor que 130/80 mmHg. Los medicamentos antihipertensivos son útiles.
4. ¿Se ha examinado al paciente para detectar si padece diabetes mellitus (DM) ?	<input type="checkbox"/>	La DM es un factor de riesgo independiente de recurrencia de los ataques o derrames cerebrales. Después de sufrir un AIT o un accidente cerebrovascular isquémico, todos los pacientes deben someterse a un examen de detección de DM. Se han detectado nuevos casos de DM tipo 2 en alrededor del 11.5% de los pacientes que presentan un ataque o derrame cerebral isquémico y prediabetes en el 36.2%. Para la mayoría de los pacientes, se recomienda alcanzar un nivel objetivo de hemoglobina A1c igual a o menor que el 7%.
5. ¿Es necesario reducir el nivel de colesterol del paciente?	<input type="checkbox"/>	Los pacientes que presentan un accidente cerebrovascular isquémico que no tienen una enfermedad coronaria conocida ni causas cardíacas importantes de embolia y cuyo LDL-C se excede de los 100 mg/dl deben recibir un tratamiento con 80 mg de atorvastatina al día para reducir el riesgo de recurrencia del ataque o derrame cerebral. Los pacientes que presentan un accidente cerebrovascular isquémico o un AIT y padecen una enfermedad aterosclerótica deben recibir tratamiento con una estatina y también con ezetimiba, si es necesario, hasta alcanzar un nivel objetivo de LDL-C menor que 70 mg/dl.
6. ¿El paciente es físicamente inactivo ?	<input type="checkbox"/>	Realizar actividad física de forma periódica reduce el riesgo de sufrir un ataque o derrame cerebral, influye positivamente en los factores de riesgo de ataques o derrames cerebrales y ayuda en la recuperación. Los pacientes que puedan deben realizar como mínimo actividad aeróbica de intensidad moderada durante, al menos, 10 minutos cuatro veces por semana o actividad aeróbica de intensidad alta durante un mínimo de 20 minutos dos veces por semana. En el caso de los pacientes con déficits que dificulten la capacidad de hacer ejercicio, puede ser beneficioso establecer un programa de ejercicio supervisado.
7. ¿El paciente fuma ?	<input type="checkbox"/>	Fumar aumenta a aproximadamente el doble el riesgo de sufrir un ataque o derrame cerebral. Para ayudar a los pacientes a dejar de fumar, se debe recomendar el asesoramiento con o sin tratamiento farmacológico.
8. ¿El paciente necesita hacer cambios en su dieta ?	<input type="checkbox"/>	Es razonable recomendar a los pacientes que sigan una dieta que ponga énfasis en las verduras, las frutas, los cereales integrales, los productos lácteos bajos en grasa, el pescado, las legumbres y los frutos secos, y que limite el sodio, los dulces y las carnes rojas.
9. ¿El paciente consume grandes cantidades de alcohol ?	<input type="checkbox"/>	Se debe aconsejar a los pacientes que beben en exceso que detengan o reduzcan el consumo de alcohol. El consumo de alcohol en cantidades de ligeras a moderadas (hasta dos tragos al día para los hombres y hasta un trago al día para las mujeres no embarazadas) puede ser razonable.
10. ¿Se ha examinado al paciente para detectar fibrilación auricular (FA) o se le ha diagnosticado esta afección?	<input type="checkbox"/>	La FA es un factor de riesgo potente de accidente cerebrovascular isquémico, el cual aumenta el riesgo entre 4 y 5 veces. En pacientes con FA no valvular o flúter auricular y ataque o derrame cerebral o AIT, se recomienda la administración de anticoagulantes orales.
11. ¿Se trata de un paciente que sufrió un accidente cerebrovascular isquémico o un AIT que debería tomar aspirina u otro tratamiento antiagregante plaquetario?	<input type="checkbox"/>	En el caso de los pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular isquémico no cardioembólico o un AIT, se indica el tratamiento antiagregante plaquetario en lugar de los anticoagulantes orales. Más concretamente, en las pautas se recomiendan entre 50 mg y 325 mg de aspirina al día o 75 mg de clopidogrel, o bien la combinación de 25 mg de aspirina y 200 mg de dipiridamol de liberación prolongada dos veces al día. El tratamiento antiagregante plaquetario doble solo se recomienda a corto plazo y en pacientes que reúnan los criterios específicos.
12. ¿El paciente padece apnea del sueño ?	<input type="checkbox"/>	La apnea del sueño afecta a entre el 38% y el 40% de los pacientes que presentan un ataque o derrame cerebral. El tratamiento con presión positiva en las vías respiratorias puede ser beneficioso.