

Revisión sistemática de medicamentos esenciales para atención urgente extrahospitalaria en Galicia. Diferencias entre los puntos de atención continuada.

Iria Arias Amorín¹; Fernando Souto Mata²; Elena Portabales Tesouro³.

1 PAC MONFORTE DE LEMOS. MIEMBRO DEL GRUPO DE TRABAJO DE URXENCIAS DE AGAMFEC.

2 MÉDICO ASISTENCIAL 061 BASE FERROL. COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO DE URXENCIAS DE AGAMFEC

3 TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE VIANA DO BOLO.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Iria Arias Amorín. e-mail: arias.iria@gmail.com

Cad Aten Primaria
Año 2018
Volume 24 (1)
Páx. 26 - 30

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de la revisión es analizar los medicamentos básicos para tratar la urgencia extrahospitalaria.

Diseño: Revisión sistemática de la bibliografía médica sobre los fármacos necesarios para la atención urgente extrahospitalaria.

Fuente de datos: Guías de práctica clínica de urgencia prehospitalaria y hospitalaria que se expresan en las referencias bibliográficas¹⁻²⁰.

Palabras clave: Emergency Care, Prehospital; Utilization, Drug; Advanced Trauma Life Support.

INTRODUCCIÓN

Hablamos de Atención Urgente cuando se requiere una asistencia sanitaria inmediata ya sea por accidente, por la aparición súbita de un cuadro grave o por empeoramiento de una enfermedad crónica. Dentro de esta atención, diferenciamos entre Urgencia y Emergencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una Urgencia es "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o su familia"¹.

Emergencia se define como una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata¹.

Para atender la urgencia y emergencia existe una farmacopea de emergencia necesaria para resolver las situaciones críticas de la forma más adecuada posible.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una consulta de la bibliografía más actualizada en el manejo de la urgencia prehospitalaria¹⁻²⁰: "Jiménez Murillo, L., Montero Pérez, F.J. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación"; "ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias"; "Guía Farmacológica Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061 Compendio de medicamentos de urgencias"; "Protocolos clínico terapéuticos en urgencias extra-hospitalarias". "Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; Urgencias y emergencias extrahospitalarias GUETS – SESCAM. Guía farmacológica".

Se completó el estudio con diferentes publicaciones de tratamiento de patología urgente: "Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)(Sede Web)"; "Soporte Vital Avanzado en Trauma: Analgesia, Sedación y Relajación en el trauma"; "Analgesia en el politraumatizado obeso: utilidad de la ketamina intravenosa fuera de quirófano". "Revista de la Sociedad Española

del Dolor"; "Plan de Asistencia ao Ictus en Galicia (Servicio Galego de Saúde- SERGAS)"; "Guía de la Sociedad Española de Cardiología (ESC) 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Revista española de cardiología".

RESULTADOS

Se obtuvieron 67 fármacos de la farmacopea básica para la urgencia extra-hospitalaria según las Guías de Práctica Clínica. Estos fármacos engloban los de aplicación vía oral, intravenosa, intramuscular, oftálmica y vía tópica.

Posteriormente se eligieron los fármacos de uso en patología cardiovascular, respiratoria y traumatológica más urgente (Infarto agudo de miocardio, politraumatizado, crisis hipertensiva y emergencia respiratoria) y se clasificaron en 12 grupos por indicaciones terapéuticas en: Antiarrítmicos, analgésicos, estimulantes cardíacos, relajantes musculares, fármacos hipnótico/sedantes, antiagregantes, antihipertensivos de urgencia, anestésicos, broncodilatadores, antipsicóticos, antidotos y corticoides. (Tabla 1).

TABLA 1. Fármacos necesarios en una urgencia extrahospitalaria: tipo y cuáles.

Analgésicos	Antiarrítmicos	Estimulantes cardíacos	Fármaco hipnótico/sedantes	Relajantes musculares
Paracetamol	Adenosina	Isoproterenol	Midazolam	Succinilcolina
Metamizol	Amiodarona	Adrenalina	Diazepam	Rocuronio
AINES	Verapamilo	Dopamina		

Analgésicos	Antiarrítmicos	Estimulantes cardiacos	Fármaco hipnótico/sedantes	Relajantes musculares
Tramadol	Atenolol	Dobutamina		
Cloruro Mórfico	Sulfato de Magnesio	Noradrenalina		
Fentanilo	Digoxina	Atropina		
Antiagregantes	Antihipertensivos de urgencia	Anestésicos/Analgésicos	Antídotos	Broncodilatadores
Clopidogrel	Captopril	Etomidato	Flumazenilo	Salbutamol
Ticagrelor	Furosemida	Propofol	Naloxona	Bromuro Ipratropio
Prasugrel	Labetalol	Ketamina		
	Urapidilo			
Corticoides	Antipsicóticos			
Hidrocortisona	Sinogam			
Metilprednisolona	Akineton			
	Haloperidol			

DISCUSIÓN

Desglosado por patologías:

Infarto agudo de miocardio.

Galicia dispone del "Programa Galego de Atención ao Infarto Agudo de Miocardio (PROGALIAM)" que pretende mejorar la atención al infarto agudo de miocardio (IAM) mediante la integración y mejora en la coordinación entre la atención extrahospitalaria y hospitalaria*. Las actuaciones de la atención extrahospitalaria requieren el uso de los siguientes fármacos^{10, 20}:

Ácido Acetilsalicílico (AAS): 165mg a 325 mg masticada si no está contraindicada.

Antiagregantes: en pacientes con alto riesgo de sangrado (edad mayor de 75 años, pacientes anticoagulados, accidente cerebrovascular (ACV) previo, cirugía mayor reciente) y en los que se vaya a realizar fibrinólisis está indicado el Clopidogrel 600 mg v.o. En el resto de pacientes se utiliza preferentemente Ticagrelor 180 mg v.o. El Prasugrel 60 mg v.o se reserva para pacientes con Diabetes Mellitus (DM) o sospecha de trombosis de stent (IAM en mismo territorio), cuando no existen contraindicaciones para su uso: ACV previo, >75 años, <60 kg de peso.

Nitroglicerina sublingual: hasta 3 dosis de 0,4 mg, si no hay contraindicaciones.

Cloruro mórfico si dolor: bolos de 3 a 5 mg i.v. hasta alivio del dolor.

ARRITMIAS.

Adenosina es un fármaco frenador de conducción en nodo auriculoventricular (AV). Indicada en el tratamiento de las taquicardias

supraventriculares (SV) con circuitos de reentrada que incluyen el nodo auriculoventricular(AV).²⁰

Amiodarona indicada en casos de control de taquicardia ventricular (TV) monomórfica, polimórfica y taquicardia de complejo ancho de origen incierto hemodinámicamente estables. También indicada en control de frecuencia ventricular rápida producida por conducción de vías accesorias y/o conseguir cardioversión química. Otra indicación importante es tras una cardioversión eléctrica sin éxito, para conseguir cardioversión química o aumentar la probabilidad de éxito en una cardioversión eléctrica posterior.²⁰ Además de ser el tratamiento indicado de la fibrilación ventricular (FV) refractaria²⁻⁸.

Digoxina indicada fundamentalmente para casos de fibrilación auricular(FA) con respuesta ventricular rápida²⁻⁸.

Verapamilo es un fármaco bloqueante de los canales del calcio, indicado en taquicardias regulares de complejo estrecho estables no controladas por adenosina y en el control de frecuencia ventricular en pacientes con FA o flutter auricular y función ventricular conservada²⁰.

Atenolol es un betabloqueante, indicado para control de frecuencia ventricular en taquicardias regulares de complejo estrecho, en FA y flutter cuando la función ventricular está preservada.²⁻⁷

El sulfato de magnesio está indicado en taquicardia ventricular polimórfica. Este fármaco actualmente aparece también en protocolo de broncoespasmo y en urgencias obstétricas como el eclampsia²⁻⁵.

Como estimulantes cardiacos se recomienda: atropina, adrenalina e Isoproterenol. Isoproterenol y Adrenalina son fármacos de segundo escalón en la bradicardia sintomática²⁻⁸.

Los fármacos inotrópicos positivos, dopamina, noradrenalina y dobutamina, indicados en hipotensión en ausencia de hipovolemia y shock cardiogénico²⁻⁸.

POLITRAUMATIZADO.

Ante un paciente politraumatizado es fundamental un correcto control de volumen y analgesia para evitar el deterioro del paciente hasta llegar al estado de shock. En el tratamiento analgésico, está indicado iniciar por el tercer escalón de la OMS⁹:

Cloruro mórfico: Este fármaco produce vasodilatación, bajada de frecuencia cardiaca y broncoconstricción, no recomendado en hipovolemia, ni en inestabilidad hemodinámica, ni en asmáticos, lo que no contribuye a la estabilización del paciente politraumatizado.

Fentanilo: Fármaco recomendado para control del dolor en politraumatizado o paciente hemodinámicamente inestable. No producen bajada de tensión ni de frecuencia cardiaca ni broncoconstricción.

Ketamina: Los trabajos sobre este fármaco usado a dosis subanestésicas como analgésico son muy numerosos y su conclusión común es la efectividad de dicho fármaco unida a su seguridad. En concreto en el politraumatizado, la ketamina se ha propuesto recientemente como un fármaco muy seguro y se propugna, junto a otras drogas, como fármaco de elección en el ámbito extrahospitalario: ambulancias y primeros auxilios del accidentado¹⁴.

ASLAMIENTO DE VÍA AÉREA

Ante la necesidad de una intubación extrahospitalaria en un paciente inestable y no en parada cardiorrespiratoria, está indicada

la secuencia rápida de intubación: analgesia + sedación + relajación neuromuscular²⁻¹⁷.

Como fármacos sedantes se encuentran el midazolam, etomidato y propofol. Entre los efectos secundarios de Midazolam se encuentran: bajada de tensión arterial y depresión respiratoria hasta apnea (mayor en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC, ancianos y obesos).

El Etomidato es de inicio de acción rápido, no produce alteraciones hemodinámicas, baja la presión intracraneal (PIC), produce mínima depresión respiratoria. Indicado en inestabilidad hemodinámica o aumento de la PIC. El Propofol baja ligeramente la tensión arterial, produce ligera depresión respiratoria y baja el flujo sanguíneo cerebral y la PIC⁴.

Como fármacos bloqueantes neuromusculares se encuentran la Succinilcolina y el Rocuronio.

La Succinilcolina es un bloqueante neuromuscular despolarizante cuyos efectos secundarios son: aumenta la PIC, produce hiperpotasemia en politraumatizados, quemados, produce hipercalcemia, libera histamina e induce la aparición de arritmias⁴. Su efecto más beneficioso es su inicio de acción que es menor de 1 minuto, y su duración de unos 5 minutos, aunque esto lo convierte en un fármaco no válido para un traslado mayor de 5 minutos extrahospitalario.

El rocuronio presenta mayor estabilidad hemodinámica, no produce hiperpotasemia, no aumenta la PIC, no libera histamina, tiene un inicio de acción rápida y una duración del efecto de 30 minutos aproximadamente.

Este fármaco cuenta con antídoto, el sugammadex, para casos en los que es necesario revertir los efectos paralizantes por no poder ventilar adecuadamente al paciente. En muchas guías es el relajante muscular recomendado para la secuencia de intubación rápida⁴⁻¹⁷.

URGENCIA Y EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Entre los fármacos antihipertensivos de urgencia se encuentran:

Captopril, furosemida, labetalol y urapidilo^{2,3,5,7}.

Ante una urgencia hipertensiva se recomienda reducción gradual de la tensión arterial iniciando con captopril vía oral, si no es eficaz se utilizarán la furosemida, labetalol y urapidilo.

Concretamente estos dos últimos están presentes en el actual protocolo del "CÓDIGO ICTUS"¹² del SERGAS.

El CÓDIGO ICTUS es un sistema que permita la rápida identificación, notificación y traslado del paciente con un ictus agudo al hospital de referencia más próximo preparado para valorar la realización de trombolisis.

Es frecuente encontrar cifras de tensión arterial elevadas durante el ictus agudo. El protocolo de atención al ictus describe: " no se tratarán las cifras de presión arterial elevada, con la excepción de la coexistencia de signos de insuficiencia cardiaca, angina de pecho, encefalopatía hipertensiva si la presión arterial es superior a 185/105 mm Hg". La pauta de tratamiento recomendada es la siguiente: labetalol, 20 mg iv en 1-2 minutos. En pacientes con insuficiencia cardiaca, alteraciones de la conducción cardiaca o asma, el tratamiento indicado es urapidilo en bolos de 12.5 -25 mg¹². No se recomienda nifedipino ni captopril¹².

DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA ATENCIÓN URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN GALICIA: UN EJEMPLO.

Como Grupo de Urgencias de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC) hemos hecho una recogida de datos sobre la dotación farmacológica de los Puntos de Atención Continuada (PAC) de las diferentes Estructuras Organizativas de Xestión Integrada (EOXI) de la Comunidad de Galicia, para analizar las diferencias en disponibilidad de fármacos que se pueden observar en la Tabla 2.

TABLA 2.1. Disponibilidad de fármacos en las EOXI de Galicia. (100%- Todas / 0%- Ninguna).

Grupo Farmacológico	Fármaco	Disponibilidad (%)
ANALGÉSICOS	Paracetamol	100%
	Metamizol	100%
	AINES	100%
	Tramadol	100%
	Cloruro Mórfico	100%
	Fentanilo	14%
ANTIARRÍTMICOS	Adenosina	100%
	Amiodarona	100%
	Verapamilo	57%
	Atenolol	28%
	Sulfato de Magnesio	28%
	Digoxina	100%
ESTIMULANTES CARDIACOS	Isoproterenol	28%
	Adrenalina	100%
	Dopamina	0%
	Dobutamina	0%
	Noradrenalina	0%
	Atropina	100%
HIPNÓTICO/SEDANTES	Midazolam	100%
	Diazepam	100%
RELAJANTES MUSCULARES	Succinilcolina	42%
	Rocuronio	14%
ANTIAGREGANTES	Clopidogrel	100%
	Ticagrelor	14%
	Prasugrel	14%

TABLA 2.2 Disponibilidad de fármacos en las EOXI de Galicia. (100%.- Todas / 0%.- Ninguna).

Grupo Farmacológico	Fármaco	Disponibilidad (%)
ANTIHIPERTENSIVOS DE URGENCIA	Captopril	100%
	Furosemida	100%
	Labetalol	28%
	Urapidilo	14%
ANESTÉSICOS/ ANALGÉSICOS	Etomidato	14%
	Propofol	28%
	Ketamina	0%
ANTÍDOTOS	Flumazenilo	100%
	Naloxona	100%
BRONCODILADORES	Salbutamol	100%
	Bromuro Ipratropio	100%
Grupo Farmacológico	Fármaco	Disponibilidad (%)
CORTICOIDES	Hidrocortisona	100%
	Metilprednisolona	100%
ANTIPSICÓTICOS	Sinogam	100%
	Akineton	100%
	Haloperidol	100%

A través de una encuesta enviada por correo electrónico a los PAC de todas las EOXI de Galicia obtuvimos los fármacos disponibles en cada una y con una recogida en una tabla de Excel analizamos los porcentajes de presencia de los fármacos en las EOXI, siendo 100% que está presente en todas y 0% en ninguna.

La diferencia en la presencia de los fármacos, puede condicionar el modo de actuación del profesional sanitario ante una emergencia. Como su definición dice, emergencia precisa una atención inmediata, y cuanto más completa y adecuada sea, mayores posibilidades de supervivencia tendrá el paciente que la padece.

Encontrar estas diferencias de posibilidades de tratamiento en una misma Comunidad se podría traducir una desigualdad en oportunidades de supervivencia de los pacientes según el área geográfica en la que residan.

Sirva a modo de ejemplo, el tratamiento del dolor en paciente politraumatizado, en el cual dependiendo donde tenga lugar ese

accidente el paciente tendrá acceso a una analgesia potente o no, con lo que influye en su confort y lo que es más importante, en su aumento de morbimortalidad. Es básico el tener un opioide potente y con menor riesgo de descompensación hemodinámica, que se pueda administrar vía intravenosa, como el fentanilo.

Desde el grupo de Urgencias de AGAMFEC Y a la vista del estudio realizado consideramos que, la dotación farmacológica para la atención de urgencias y emergencias de los centros sanitarios extrahospitalarios es mejorable.

Como Grupo de Urgencias de la Asociación Gallega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC) recomendamos, al menos, el suministro a todos los centros sanitarios de:

- Ticagrelor 90 mg comprimidos
- Rocuronio 100 mg en ampollas
- Etomidato 20 mg en ampollas
- Ketamina viales de 500 mgr.
- Fentanilo Ampolla 3mL (50 mcg/ml).
- Labetalol 100 mg ampollas.
- Urapidilo ampollas de 50 mg.

Creemos que es necesaria una mayor dotación de fármacos y homogenización de los recursos disponibles en todas las EOXI para fomentar una mayor equidad a la hora de tratar un paciente.

Además de lo anterior, pensamos que la formación continuada del profesional es fundamental y básica para familiarizarse, conocer sus indicaciones y sus efectos secundarios y poder utilizarlos adecuadamente y con seguridad ante una emergencia médica.

Por ello, desde el grupo de urgencia de AGAMFEC, intentamos contribuir desde hace unos 10 años aproximadamente, con una cartera de formación, con todo tipo de cursos, englobados en el programa Nacional de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria, y homologados por el consejo español de RCP, que es el PROGRAMA ESVAP.

Dicho programa consta de los siguientes cursos: soporte vital avanzado, soporte vital inmediato del adulto, soporte vital inmediato pediátrico, soporte vital básico y desfibrilación semiautomática. Los dos primeros enseñan y entrenan el uso de todos estos fármacos recomendados para tratar una urgencia o emergencia con casos simulados.

El año pasado se han reciclado en los distintos cursos ofertados desde el grupo de urgencias más de 300 alumnos (profesionales sanitarios: sobre todo médicos, pero también enfermer@s) con una valoración media de satisfacción de los cursos del 97% y un 98% de los alumnos recomendarían el cursos que había hecho.

Tenéis toda la información de los cursos ofertados este año en la página web www.agamfec.com y en el enlace de eventos:

<https://www.agamfec.com/eventos/categorias/cursos-e-obradoiros/>

Agradecimientos a los miembros del grupo de urgencias de AGAMFEC, por la gran labor realizada todos estos años con la formación de profesionales gallegos y para la recogida de todos estos datos.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Concepto de Urgencia, Emergencia, Catástrofe y Desastre: Revisión Bibliográfica. Oviedo. 2013. Acceso web (08 Enero 2018): <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17739/3/TFM%20cristina.pdf>
2. Jiménez Murillo, L., Montero Pérez, F.J. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2015. P.452-454.
3. ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias. 3ª Ed. A Coruña. Netbiblo. 2012.
4. Aguilera Luque J.M., Barreiro Díaz M.V. Guía Farmacológica. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 Compendio de medicamentos de urgencias. Ed. Xunta de Galicia. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061. 2012.
5. Vázquez Lima M.J., Casal Codesido J.R. Guía de Actuación en Urgencias. 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana. 2017.
6. Vergara Olivares, J.M. et al. Protocolos clínico terapéuticos en urgencias extrahospitalarias. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Ed. Madrid. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2013. P. 395-398.
7. Julián Jiménez A. et al. Manual de Protocolos y Actuación en URGENCIAS. 4ª Ed. Sanidad y Ediciones, S.L. (SANED) 2014. Servicio de Urgencias - Hospital Virgen de la Salud - Complejo Hospitalario Toledo. P. 1625-1687.
8. Canabal Berlanga R., Pastor Pons G., et al. Urgencias y emergencias extrahospitalarias GUETS – SESCAM. Guía farmacológica. 2ªEd. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM. Castilla la Mancha. 2014. P.911-987
9. Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
10. Roffi, Marco. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Revista española de cardiología. Año:2015 vol.:68 iss:12 pág.:1125. e1 -1125.e64
11. Barrabés, J. Comentarios a la guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Revista española de cardiología. Año:2015 vol.:68 iss:12 pág.:1061 -1067
12. SERGAS (Sede Web). PLAN DE ASISTENCIA AO ICTUS EN GALICIA (PLAN ICTUS). Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.2016. (Acceso 11 de Enero 2018). Acceso web: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/874/PLAN%20DE%20ASISTENCIA%20AO%20ICTUS%20EN%20GALICIA_def_2.pdf
13. Cernuda Martínez, José. Conocimientos teóricos y habilidades prácticas autopercibidas en medicina de urgencia y emergencia de los médicos de Atención Primaria de Salud de Asturias. Educación médica. Año:2017.
14. Analgesia en el politraumatizado obeso: utilidad de la ketamina intravenosa fuera de quirófano. Revista de la Sociedad Española del Dolor [1134-8046] Rodríguez Navarro, M A Año:2015 vol.:22 iss:6 pág.:281 -282
15. Wiel E, Zitouni D, Assez N, Sebilleau Q, Lys S, Mauriaucourt P, et al. Continuous infusion of ketamine for out-of-hospital isolated orthopedic injuries secondary to trauma: a randomized controlled trial. Prehosp Emerg Care 2014;18: 254
16. Servicio Galego de Saúde (Sede Web) Galicia. 2018. Acceso 17 de Enero 2018. ¿Qué integran las EOXI?. Acceso web: <https://www.sergas.es/Recursos-Humanos/Preguntas-Frecuentes-FIDES#3>
17. SEMICYUC (Sede Web). Soporte Vital Avanzado en Trauma. Analgesia, Sedación y Relajación en el trauma. 2017. Acceso 19 de Enero de 2018. Acceso web: http://www.semicyuc.org/files/RCP_files/SVAT_17.pdf
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Sede Web). Vergara Olivares, J.M. et al. Protocolos clínico terapéuticos en urgencias extrahospitalarias. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2013. (Acceso 10 de Octubre 2017). Acceso web: http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/Protocolos_clinico_terapeuticos.htm
19. Ríos Vázquez R., Novedades científicas y aplicación de las mismas en guías y protocolos. A propósito de un protocolo. Sociedad española de Cardiología. (Sede Web) 2014. Acceso web: 03 Enero 2018. Acceso web: <http://secardiologia.es/proyectos/cvvt/doc/s08-dr-rios-cvvt-3-julio-2014.pdf>
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Sede Web). Vázquez González, N. Experiencia en la creación de redes para la atención del SCACEST eN Galicia. (Sede Web) 2017. Acceso web: 08 Enero 2018. Acceso web: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/eventosPCSNS/CardiopatiaIsquemica/redesAtencionSindromeCoronarioAgudoGalicia.pdf>