

Actualización bibliográfica en urxencias prehospitalarias

Nº 18 / ANO 2021

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Manexo da urticaria en urxencias: recomendacións dun grupo multidisciplinar de expertos

Silvestre Salvador JF, Giménez-Arnau AM, Gómez de la Fuente E, González Do Castelo J, Martínez Virto AM, Miguens Blanco I, et al. Manexo da urticaria en urxencias: recomendacións dun grupo multidisciplinar de expertos. Emerxencias. 2021;33:299-308.

Resumo

Obxectivo

Optimizar o manexo do paciente con urticaria ou anxioedema e, como consecuencia, contribuír a unha mellora da calidade de vida do paciente e á redución dos custos socioeconómicos asociados á enfermidade.

Diagnóstico diferencial de anafilaxia, urticaria e anxioedema illado

Descartar que as ronchas e o anxioedema non formen parte dun cadro de anafilaxia, debido a que este tipo de lesións poden aparecer na propia anafilaxia e nas reaccións anafilactoides. Para iso, comprobar que non existen síntomas sistémicos de risco de anafilaxia asociados, como prurito de inicio nas palmas, hipotensión, arritmias, síncope, confusión, somnolencia, coma, dificultade respiratoria, broncoespasmo, edema larínxeo ou vómitos persistentes e dor abdominal.

A UA ou UC, mesmo en período de exacerbación, non cursa con síntomas de anafilaxia. Só aqueles suxeitos con UA de contacto, mediada por un mecanismo de hipersensibilidade inmediata tipo I, e algúns tipos de UC inducible son susceptibles de cursar con afectación sistémica e anafilaxia.

Tras confirmar que o diagnóstico non é de shock anafiláctico, débese comprobar e asegurar que o cadro clínico se corresponde cunha urticaria, realizando un diagnóstico diferencial con outras entidades cutáneas que poden cursar cunha erupción eritematosa prurixinosa como son as picaduras por insectos, o eccema agudo difuso, a sarna, as toxicodermias ou os exantemas de orixe viral. Con todo, en ningunha destas enfermidades a roncha (evanescente e de duración < 24 horas) é a lesión elemental.

Doutra banda, o anxioedema pode confundirse con celulite ou co eccema localizado. Estas similitudes entre a urticaria e o anxioedema poden levar a confusión no momento do diagnóstico. É necesario realizar un diagnóstico diferencial de urticaria e anxioedema, que implique unha exploración física (na que se debe establecer adecuadamente o tipo de lesións elementais) e unha correcta anamnese que axude a identificar factores precipitantes e o subtipo de urticaria. Durante o diagnóstico diferencial, ter en conta as características das lesións (tipo, distribución, localización, síntomas asociados locais ou sistémicos), probas complementarias, anamnesis dirixida a buscar a etiología do cadro (exposición a factores causantes, predisposición xenética), duración das ronchas.

Débese sospeitar urticaria vasculitis cando a duración da lesión é superior a 24 horas e tras a súa desaparición queda unha lesión residual. Nestes casos, as lesións poden ser dolorosas. O diagnóstico definitivo da urticaria vasculite non se pode realizar no SU, xa que é necesario realizar unha biopsia e avaliar se hai unha enfermidade sistémica asociada.

Descartados outros cadros clínicos, cando se manifesten ronchas de duración menor a 24 horas asociados ou non a anxioedema, e se o paciente non presenta sintomatoloxía sistémica, o diagnóstico máis probable é de urticaria. E unha vez diagnosticada débese determinar se se trata de UA ou de UC. (UA se os episodios duran menos de 6 semanas e UC se persisten máis de 6 semanas). Hai que considerar que toda UC empeza un día e pode ser que o paciente acuda a un SU sen suficiente tempo de evolución. En pacientes diagnosticados con anxioedema é imprescindible avaliar se este se asocia ou non a ronchas. Se non se asocia ronchas, impónse o diagnóstico diferencial do anxioedema illado. Nestes casos, faise imprescindible o diagnóstico diferencial entre o anxioedema histaminérxico e o anxioedema bradiceinérxico. O anxioedema mediado por histamina é o máis frecuente de todos

e pode asociarse ou non a urticaria. Pola contra, o anxioedema bradiginérico non está relacionado coa urticaria. É importante ter en conta o tempo de evolución, xa que no anxioedema histaminérico a evolución do edema e a tumefacción adoitan darse en minutos, mentres que no bradiginérico se desenvolven gradualmente durante varias horas, aumentando lentamente durante 12-36 horas e remitindo despois de 2-5 días.

Abordaxe terapéutica

Anafilaxia: poñer en marcha o protocolo. Os fármacos necesarios segundo a gravidade do cadro e resposta son: adrenalina intramuscular, atropina, sueroterapia, dopamina, perfusión intravenosa de adrenalina, noradrenalina, glucagón e salbutamol.

Urticaria: os síntomas débense tratar con antihistamínicos-H1 de segunda xeración. Debido aos seus efectos sedantes, non se recomenda o uso de antihistamínicos-H1 de primeira xeración. Nos pacientes que se manteñen refractarios a estas doses mínimas autorizadas segundo ficha técnica recoméndase aumentar a dose ata catro veces a dose estándar. Ademais, cando os cadros son moi extensos ou sintomáticos, e o anxioedema é a principal manifestación da enfermidade, o paciente debe ser tratado con pautas curtas de corticosteroides sistémicos. Con todo, **non se recomenda o tratamento con corticosteroides engadido á terapia con antihistamínicos-H1 en pacientes con UA que non presentan anxioedema, xa que segundo un recente estudo, o tratamento combinado non mellora a sintomatoloxía nin a clínica destes pacientes.** Os pacientes con urticaria poden ser dados de alta do SU antes de que os síntomas melloren. Con todo, se corresponde, o paciente debe ser informado ao recibir a alta para evitar o axente causal e se é posible suspender os AINE, xa que estes constitúen un factor agravante ou causante da urticaria moi importante. Non é necesario facer recomendacións dietéticas, salvo que exista unha sospeita fundada dunha alerxia alimentaria. En canto ao tratamento de continuación, aconséllase prescribir un antihistamínico- H1 de segunda xeración, e, en caso de necesidade, corticoides durante cinco días.

En caso de diagnóstico previo de anxioedema illado, débese poñer en marcha un protocolo diferente ao de urticaria. Con todo, debe terse en conta que actualmente o anxioedema idiopático que responde o tratamento antihistamínico se considera que pertence ao espectro da urticaria.

Anxioedema: se o paciente ten diagnóstico confirmado de anxioedema hereditario débese poñer en marcha o protocolo de anxioedema inducido por bradigininas, que implica un tratamento específico (inhibidor C1 esterasa ou acetato de acatibant).

Os pacientes sen diagnóstico confirmado de anxioedema non histaminérico débense tratar inicialmente con antihistamínicos e corticoides e, en caso de sospeita de anafilaxia ou compromiso de vía aérea, empregar adrenalina. Avaliar a resposta clínica a este tratamento transcorridos 30 minutos. Se o paciente responde, mantelo en observación entre 2 e 6 horas. Se non responde o tratamento, iniciar o protocolo de anxioedema inducido por bradigininas.

Por que nos parece interesante?

Un grupo de expertos en Dermatoloxía e en Medicina de Urxencias e Emerxencias revisou as principais guías e publicacións, e desenvolveu e acordou unha ferramenta práctica para a abordaxe da urticaria, o anxioedema e a anafilaxia en urxencias.

Aplicabilidade no noso traballo

A Central de Coordinación de Urxencias Sanitarias de Galicia-061 recibe numerosas chamadas polas patoloxías descritas. Estas guías son unha boa ferramenta para tomar decisións sobre como actuar con estes pacientes.

Guía ESC 2020 sobre o diagnóstico e tratamento da fibrilación auricular, desenvolta en colaboración da European Association for Cardio- Thoracic Surgery (EACTS)

Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et ao.

Eur Heart J. 2020. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

Resumo

A continuación pasamos a resumir diferentes apartados das guías coas súas principais novidades.

Definición, diagnóstico e cribado

O diagnóstico da FA clínica segue sendo con base na súa documentación electrocardiográfica, pero irrompe con forza o uso de dispositivos portátiles como teléfonos ou reloxo intelixentes, que infiren o ritmo cardíaco mediante a análise do sinal fotopletismográfica. O seu potencial, aínda que extenso, supón certo grao de incerteza polos episodios de FA subclínica

detectados que non necesariamente se corresponden cos niveis de risco xa coñecidos nos pacientes con FA clínica. Ademais, a súa especificidade pode ser limitada, o que podería incrementar innecesariamente a demanda asistencial. Os estudos Apple Heart e Huawei revelaron un valor predictivo positivo do 34 e o 87% respectivamente, o que confirma a necesidade de confirmación por profesionais sanitarios.

Consolídase, con todo, métodos clínicos convencionais para o cribado de FA, por exemplo, a palpación do pulso.

Recoméndase o cribado oportunista de pacientes maiores de 65 anos (I) e o cribado sistemático dos maiores de 75 anos ou con alto risco de ictus (IIa).

Abordaxe integral

A guía recomenda o tratamento integral individualizado e centrado no paciente (I). Este enfoque require un equipo interdisciplinario coordinado, así como o empoderamento do paciente respecto á educación, o estilo de vida e a toma de decisións.

Como novidade importante inclúese o persoal de Enfermería especialista en FA como parte fundamental que contribúe ao control dos factores de risco, á adherencia farmacolóxica e a estilos de vida saudables.

Epidemioloxía e presentación clínica

Mantense a FA como a arritmia sostida máis común en adultos. E recóllense novos datos que sitúan a prevalencia de FA no 2-4% da poboación. Espérase que a prevalencia se duplique debido á maior lonxevidade da poboación (confirma a idade como o factor de risco máis potente), a intensificación da procura e a incorporación da FA subclínica ao panorama clínico.

Mantense sen cambios a clásica forma de clasificación temporal da FA: primeiro diagnóstico, paroxística, persistente, persistente de longa evolución e permanente.

Recoméndase explicitamente abandonar os termos FA illada, valvular fronte a non valvular e crónica pola confusión que introducen e non ter claro o respaldo fisiopatolóxico.

Ademais, promóvese un cambio da clasificación á caracterización estruturada da FA (IIa) mediante o innovador esquema 4 S- AF, que aborda catro aspectos clave con implicacións terapéuticas e prognósticas como son: o risco embólico (stroke), a gravidade dos síntomas (symptoms; salientase o valor da escala EHRA), a carga de FA (severity of AF burden) e o substrato (substrate).

Anticoagulación e prevención do ictus

As escalas recomendadas para a avaliación do risco seguen sendo as CHA₂DS₂-VASc e HAS-BLED.

O ictus hemorráxico incrementa o risco de novo ictus isquémico e debe considerarse na escala. O antecedente de miocardiopatía hipertrófica debe puntuar, o sexo feminino é un modulador máis que un factor de risco.

Os biomarcadores (elevación de troponinas ou péptidos natriuréticos) poderían axudar á toma de decisións en casos dubidosos cun só factor de risco.

Destácase a importancia da valoración dinámica e a reavaliación periódica de persoas con baixo risco de ictus.

En canto o risco hemorráxico, este debe utilizarse para identificar os factores modificables e tratar de corraxilos, pero nunca para establecer a contraíndicación de anticoagulación (a contraíndicación a anticoagulación só se establece en caso de sangrado activo, trombocitopenia (< 50.000 plaquetas), anemia grave en estudo ou hemorraxia intracranial recente).

En canto á elección do anticoagulante, dáse clara preferencia aos anticoagulantes de acción directa (ACOD) polo seu mellor perfil de eficacia e seguridade. Este é un aspecto de importancia no noso medio, xa que no noso país se restrinxe mediante un visado o financiamento dos ACOD a situacións especiais (ademais de que existen diferenzas normativas entre as comunidades autónomas, que supón unha inequidade manifesta no acceso aos ACOD).

Hai que ter en conta que máis do 50% dos pacientes que toman antagonistas da vitamina K (AVK) en España teñen un control deficiente.

Advirten que é frecuente a redución de dose, o que resta eficacia sen reducir eventos adversos da anticoagulación.

O tratamento antiagregante plaquetario como profilaxe de enfermidade tromboembólica en FA está desaconsellado (III).

Control sintomático

- Control da frecuencia cardíaca.

Séguese aconsellando unha frecuencia cardíaca menor de 110 lpm, a menos que se precise un control máis estrito por clínica, deterioración da función ventricular ou necesidade de asegurar unha estimulación biventricular continua.

Betabloqueantes, verapamilo e o diltiazem son os fármacos de primeira liña en presenza de fracción de execución do ventrículo

esquerdo conservada. A combinación con digoxina exponse como segunda liña se non se alcanza un control óptimo (aínda que a indicación de digoxina poida que cambie en próximas edicións dados os resultados do estudo RATE- AF, presentado simultaneamente con esta guía e pon de manifesto que a digoxina achega beneficios respecto aos bloqueadores beta para o control de frecuencia cardíaca en pacientes de idade avanzada).

Desaconséllase administrar antiarrítmicos para alcanzar bo control da frecuencia cardíaca, (aínda que a amiodarona pode ser útil en pacientes con necesidade de tratamento farmacolóxico combinado).

A ablación do nódulo AV/AV recoméndase cando falla o tratamento farmacolóxico.

En presenza de cardiopatía estrutural ou disfunción ventricular, a resincronización mediante estimulación biventricular considérase tratamento de primeira liña.

- Control de ritmo

O seu obxectivo é mellorar a sintomatoloxía e, por tanto, a calidade de vida dos pacientes.

A presentación desta guía coincidiu coa publicación dos resultados do EAST- AFNET 4 que comparaba en FA de recente comezo (menos dun ano) unha estratexia de control do ritmo, fronte á práctica clínica habitual (fundamentalmente control da frecuencia). A frecuencia de mantemento do ritmo sinusal a dous anos de seguimento foi significativamente maior no grupo de control de ritmo (a 82 fronte ao 62%). Este estudo ofrece datos que permiten sospeitar que, en pacientes con FA de recente diagnóstico, a recuperación e a conservación temperás do ritmo sinusal se traducen en beneficio para o pronóstico.

Como aspecto novo, recóllese que unha estratexia de «esperar e ver» durante 48 horas (cardioversión unicamente se non cedese) en pacientes con FA recente (< 48 horas) parece ser tan eficaz como a cardioversión inmediata no mantemento do ritmo sinusal a catro semanas.

A indicación de ablación debe individualizarse. A guía avoga pola ablación con catéter cando fracasou polo menos un fármaco antiarrítmico.

- Anticoagulación en cardioversión/ablación.

Un aspecto novo é o do risco tromboembólico en relación coa cardioversión. Mantendo unha indicación IIa para realizar cardioversión precoz en pacientes non anticoagulados previamente, con duración de FA < 48 horas, a guía apunta individualizar segundo o contexto clínico. Lémbrese que os datos dispoñibles indican un bo perfil de seguridade en pacientes con FA recoñecida de menos de 12 horas e CHA2 DS2- VASc 0 en homes ou 1 en mulleres.

Con todo, a evidencia noutros perfís de pacientes, como aqueles con FA de entre 12 e 48 horas e CHA2 DS2- VASc máis alto, non é tan sólida e o seu risco podería ser maior (estes poderían ser candidatos para ser derivados a unha estratexia de cardioversión diferida mesmo se a súa FA presenta unha duración menor de 48 horas).

A diferenza das guías anteriores, para os pacientes con CHA2 DS2- VASc 0 en homes ou 1 en mulleres, indícase anticoagulación oral durante catro semanas tras a cardioversión dunha FA de duración > 24 horas (na guía anterior establecíase en > 48 horas).

Se a duración da FA é «definitivamente» < 24 horas, matízase que a indicación é opcional.

Factores de risco, comorbilidades e condicións especiais

En conxunto, a promoción de hábitos cardiosaudables e tratamento adecuado dos factores de risco asociados á arritmia ten unha recomendación de clase I. Pero, como novidade, reduciuse a recomendación sobre o tratamento optimizado dos pacientes con apnea obstrutiva e o exercicio físico regular (IB).

As recomendacións de tratamento antitrombótico para o paciente con FA sometido a intervención coronaria percutánea recollen novidades. Tras un adecuado balance entre os riscos isquémico e hemorráxico, recoméndase:

- 1) Administrar un ACOD máis clopidogrel durante 12 meses na síndrome coronaria agudo e seis meses no crónico.
- 2) O tratamento dobre con ACOD prefírese aos AVK.
- 3) O tratamento triplo debe limitarse á primeira semana, con posibilidade de prolongalo a un mes cando hai elevado risco isquémico ou de trombose do stent (IIa).

É de resaltar que a guía non considera as diferenzas entre síndrome coronaria aguda e crónica, sabendo que o risco trombótico é diferente.

A guía desaconsella o uso de prasugrel ou ticagrelor. Con todo, estes fármacos son unha opción como parte dunha estratexia de tratamento dobre (un só antiagregante máis anticoagulación) para pacientes con risco trombótico moderado-alto segundo a guía sobre SCASEST, publicada simultaneamente (este é un punto de discrepancia entre ambos os documentos que deberá de aclararse).

En pacientes con FA tratados con revascularización cirúrxica, débese renovar a anticoagulación tan pronto como se controle a hemorraxia, posiblemente en combinación con clopidogrel e evitando o tratamento triplo.

En pacientes con FA e ictus, a toma previa de anticoagulación contraindica a trombolise debido ao risco hemorráxico, salvo

que a última dose do ACOD se administrase 48 horas antes e a función renal fose normal. No resto dos casos, os pacientes deben someterse a tratamento endovascular. Os pacientes tratados con dabigatrán poderían recibir fibrinólise se o antídoto idarucizumab estiver dispoñible. Saliéntase que en caso de ictus isquémico, o inicio da anticoagulación antes de 48 horas relaciónase con transformación hemorráxica e maior mortalidade e non está recomendada (III). A administración de ACOD en prevención secundaria está recomendada por encima dos AVK (IA) para os pacientes con ictus.

Para os pacientes con cardiopatía valvular con estenose mitral moderada-grave ou prótese mecánica, os ACOD están contraindicados; non é así no resto de valvulopatías.

Respecto ao paciente ancián, obtén un maior beneficio clínico neto do tratamento anticoagulante, aínda que desafortunadamente unha porcentaxe alta non recibe anticoagulación e si antiagregación.

No embarazo recoméndanse preferentemente o control de ritmo, os ACOD están contraindicados.

Por que é interesante?

Como comentamos con anterioridade, a FA é a arritmia sostida máis común en adultos e espérase que a prevalencia se duplique debido á maior lonxevidade da poboación (a idade é o factor de risco máis potente), dato que cobra aínda maior importancia no noso medio cunha poboación como a nosa tan envellecida e con outras comorbilidades.

Respecto á avaliación dos riscos de tromboembolia e hemorraxia, lembramos que se debe facer unha reavaliación periódica, particularmente en pacientes con alto risco de sangrado para tentar abordar os factores modificables e reducir este risco de sangrado.

Ademais, os autores da guía lémbrennos que o risco de sangrado non debe orientar o uso da anticoagulación oral.

As guías desaconsellan calquera tratamento en pacientes con CHA₂DS₂-VASc=0, incluída a antiagregación.

Saliéntase na necesidade de anticoagular preferentemente con anticoagulantes orais directos (ACOD), excepto naqueles pacientes con contraindicacións como pacientes con próteses valvular metálica e estenose mitral moderada/grave.

No caso particular dos pacientes con angioplastia recente por síndrome coronaria e coexistencia de fibrilación auricular débese suspender o ácido acetilsalicílico. En caso de usar dobre terapia farase con anticoagulación oral e clopidogrel preferentemente. A partir do ano, tras a implantación do stent, o paciente só recibirá anticoagulación oral, como xa indicaban as guías anteriores.

Un dos aspectos que se resaltan repetidamente ao longo do documento é que o obxectivo final é a mellora de resultados centrados no paciente. A adherencia aos tratamentos recomendados pola guía asóciase con mellores resultados en saúde. Con todo, múltiples rexistros internacionais mostran que hai marxe de mellora e unha variabilidade xeográfica significativa.

A nova guía recomenda a recollida e implementación de indicadores de calidade para identificar oportunidades de mellora (IIa) e aconsellan utilizar medidas estandarizadas na práctica clínica habitual.

Aplicabilidade

A aplicación desta guía no noso medio é plausible e necesaria. O uso cada vez máis estendido de teléfonos ou reloxo intelixentes vai facer que cada vez se detecten máis episodios de FA subclínica. Isto implica que, en caso de identificarse por calquera destes dispositivos, o resultado sexa interpretado e confirmado por un facultativo para garantir o correcto manexo do paciente.

Como comentamos, a especificidade destes dispositivos pode ser limitada, o que podería incrementar innecesariamente a demanda asistencial.

Este aspecto é importante para nós, que somos o primeiro contacto ou porta de entrada do paciente co sistema sanitario, dado que as novas guías salientan que para comezar o tratamento o primeiro é documentar a arritmia e nese sentido, promoven a realización de electrocardiogramas ata conseguilo.

Isto parece moi obvio, pero con frecuencia os pacientes refiren palpitacións ou síntomas compatibles que se subestiman e que poden pasar por alto o diagnóstico de FA nun primeiro momento se non temos presente esta posibilidade diagnóstica. Neste sentido, é de destacar que as guías fan énfase nunha procura activa e continua.

Os ACOD adquiren un papel relevante e son un aspecto pendente no noso sistema sanitario que haberá que valorar.

Esta nova guía destaca pola súa interpretación fundamentalmente clínica, promovendo un enfoque integral, onde o empoderamento do paciente cobra particular relevancia e deixa claros os beneficios derivados do uso de indicadores de calidade apropiados.

Efecto da idade, o sexo e o momento do día no tempo ata o aviso a emerxencias en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación do segmento ST. estudo CLOC'AGE

<http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-33/numero-3/efecto-de-la-edad-el-sexo-y-el-momento-del-daen-el-tiempo-hasta-el-aviso-a-emerxenciasen-pacientes-con-infarto-agudo-de-miocardiocon-elevacin-del-segmento-st-estudio-clocage/>

O infarto agudo de miocardio con elevación do segmento ST é unha emerxencia médica. A supervivencia e o prognóstico dependen, en gran medida, do tempo de reapertura da arteria coronaria ocluída. É unha emerxencia tempo-dependente.

O tempo de aviso a emerxencias (TAE) é o tempo que transcorre desde o inicio dos síntomas ata o momento da chamada ao sistema de emerxencias, e é un factor clave na duración total da isquemia miocárdica. A redución deste tempo é primordial, xa que condiciona o prognóstico do paciente. Outros criterios son o tempo estimado de finalización de angioplastia, a idade do paciente e a localización do infarto.

Resumo

Este estudo pretende analizar o efecto da idade, o sexo e o momento do día no tempo de activación a emerxencias en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación do segmento ST. O tempo desde o inicio dos síntomas ata o aviso ao sistema de emerxencias é un factor prognóstico decisivo. É necesario coñecer os factores que inflúen na súa duración.

O estudo CLOC'AGE analizou datos do rexistro E- MUST que é un rexistro observacional, prospectivo, prehospitalario e multicéntrico, que se realizou na área metropolitana de París, cunha poboación de 12 millóns de habitantes.

Incluíronse no rexistro todos os pacientes atendidos por unha UVI móbil que cumprisen as seguintes condicións clínicas e electrocardiográficas: 1) dor torácica > 20 min e < 24 h de evolución, asociado con 2) elevación do segmento ST > 1 mm nas derivacións das extremidades e > 2 mm nas precordiais, en polo menos dúas derivacións adxacentes ou asociado con bloqueo de rama esquerda de nova aparición.

As variables rexistradas son diversas, desde os datos administrativos, factores de risco cardiovascular, características da dor torácica, momento da aparición da dor, momento de chamada ao servizo de emerxencias, primeiro contacto médico ata o momento da punción para a inserción do cable guía na angioplastia.

Os resultados mostraron o seguinte, a mediana do TAE foi de 60 minutos (55 min en homes e 79 min en mulleres). O tempo foi maior pola noite e máis curto pola tarde, aumentando coa idade, tanto en homes como en mulleres.

Por que é interesante?

É interesante polo concepto TAE (tempo de aviso a emerxencias), é importante realizar unha correcta educación sanitaria a toda a poboación, para que esta teña conciencia da gravidade que ten a dor torácica como síntoma e o IAMEST como enfermidade tempo-dependente, polo que habería que definir os obxectivos prioritarios de políticas de educación sanitaria á poboación.

Aplicabilidade

A dor torácica non traumática é unha causa frecuente de consulta nos servizos de Urxencias e Emerxencias, tanto extrahospitalarios como hospitalarios. É fundamental a anamnese e coñecer os factores de risco cardiovascular para identificar o IAMEST tanto en pacientes con dor torácica típica como atípica. No grupo das mulleres habería que facer maior fincapé, por presentar con maior frecuencia dor torácica de características atípicas e por tanto promovendo unha alerta precoz en mulleres.

