

LIFE SAVING[®]

REVISTA DE EMERGÊNCIA MÉDICA

EDIÇÃO N 27

FEVEREIRO 2023



TRIBUTO
DR. JOÃO ROSA

DIRETOR E EDITOR-CHEFE

Bruno Santos

CO-EDITOR-CHEFE

Pedro Lopes Silva

EDITORES ASSOCIADOS**MINUTO VMER**
Isabel Rodrigues**PÓSTER CIENTÍFICO**
Ana Isabel Rodrigues
André Abílio Rodrigues
Catarina Jorge
Solange Mega**NÓS POR CÁ**
Catarina Tavares
Monique Pais Cabrita**FÁRMACO REVISITADO**
Catarina Monteiro**JOURNAL CLUB**
Ana Rita Clara**O QUE FAZER EM CASO DE**
André Abílio Rodrigues**CUIDAR DE NÓS**
Sílvia Labiza**EMERGÊNCIA INTERNACIONAL**
Eva Motero
Rúben Santos**ÉTICA E DEONTOLOGIA**
Teresa Salero**LEGISLAÇÃO**
Ana Agostinho
Isa Orge**CARTAS AO EDITOR**
Catarina Jorge
Júlio Ricardo Soares**TERTÚLIA VMERISTA**
Nuno Ribeiro**MITOS URBANOS**
Christian Chauvin**VOZES DA EMERGÊNCIA**
Ana Vieira
Rita Penisga
Solange Mega**UM PEDACINHO DE NÓS**
Ana Rodrigues
Teresa Castro**TESOURINHOS VMERISTAS**
Pedro Oliveira Silva**INTOXICAÇÕES NO PRÉ-HOSPITALAR**
Ernesto Ruivo
Mónica Fonseca**CONGRESSOS VIRTUAIS**
Pedro Oliveira Silva**INSTANTÂNEOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA**
Solange Mega
Teresa Mota**BEST SITES**
Bruno Santos
Pedro Rodrigues Silva**BEST APPS**
Pedro Lopes Silva**SUGESTÕES DE LEITURA**
André Abílio Rodrigues**ILUSTRAÇÕES**
João Paivá**FOTOGRAFIA**
Pedro Rodrigues Silva
Maria Luísa Melão
Solange Mega**AUDIOVISUAL**
Pedro Lopes Silva**PARCERIAS****DESIGN**
Luis Gonçalves (ABC)**Caríssimos leitores,**

A 27ª edição da Lifesaving veste-se de luto.

Um dos nossos partiu cedo de mais.

Colaborador da nossa revista de forma direta e indireta, João Rosa era um Pediatra de referência desta instituição, não só pelo seu elevado conhecimento técnico e teórico, mas também pela sua personalidade firme, bondosa e servil.

Personalidade essa que fazia dele, não só um excelente médico mas também um bom amigo, de conversas inteligentes e cativantes. Acessível a todos como conselheiro pessoal ou como consultor a nível profissional. Aquela pessoa que toda a gente quer ter por perto quando as coisas correm menos bem. A sua segurança e tranquilidade faziam parecer fácil.

A nossa revista presta-lhe a devida homenagem com a sua nota biográfica e alguns testemunhos de quem teve a oportunidade de desfrutar da sua companhia. Dada a sua importância para todos nós, também a capa lhe presta homenagem.

Esta edição pauta-se também pela estreia de uma nova rubrica, designada "Intoxicações no pré-hospitalar", em que a Dra Monica Fonseca e o Dr Ernesto Ruivo nos dão a conhecer o tratamento para a fase aguda dos sintomas provocados por diversos tóxicos, sendo nesta edição abordada a cocaína.

Nas nossas rubricas habituais, destaque para o Journal Club, onde se aborda o futuro dos serviços médicos de emergência, e o "Minuto VMER", com uma visão sobre a hipercalcémia no pré-hospitalar. A "Emergência Internacional" leva-nos numa viagem à África Espanhola dando a conhecer o Sistema de Emergência Médica de Melilla, e na rubrica Cuidar de Nós abordamos o tema do risco cardiovascular.

Já "Nós por cá" celebramos os 25 anos do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica em Portugal.

Espero que desfrutem desta edição 

Bem hajam.

Pedro Lopes Silva

CO-EDITOR-CHEFE

Enfermeiro VMER

pgsilva@chalgarve.min-saude.pt**Momentos de inspiração**

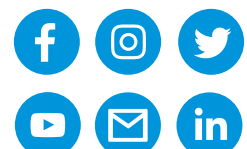
"The two hardest things to say in life are hello for the first time and goodbye for the last."

Moira Rogers

Escritora

Periodicidade
Trimestral**Linguagem**
Português**ISSN**
2184-1411

Propriedade: CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE
Morada da Sede: Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro
Telefone: 289 891 100 | NIPC 510 745 997

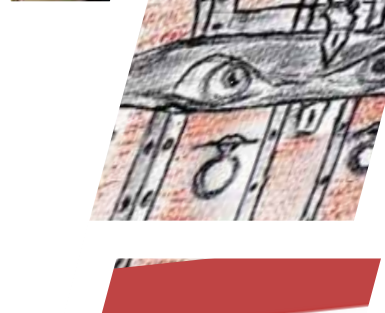


LIFE SAVING[®]

REVISTA DE EMERGENCIA MEDICA



DESDE
2016



| | |
|-----------|--|
| 06 | TRIBUTO AO DR. JOÃO ROSA |
| 12 | INTOXICAÇÕES NO PRÉ-HOSPITALAR COCAÍNA |
| 16 | MINUTO VMER RECONHECER UMA HIPERCALCÉMIA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR |
| 20 | NÓS POR CÁ 25 ANOS DO SERVIÇO DE HELICÓPTEROS DE EMERGÊNCIA MÉDICA DO INEM ASSINALADOS EM LOULÉ |
| 24 | FÁRMACO REVISITADO LIDOCAÍNA |
| 28 | JOURNAL CLUB PREHOSPITAL CARE: THE FUTURE OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES |
| 32 | O QUE FAZER EM CASO DE... OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA (GRÁVIDA) |
| 34 | CUIDAR DE NÓS RISCO CARDIOVASCULAR, REDUZA O SEU – TODOS OS MINUTOS CONTAM! |
| 38 | EMERGÊNCIA INTERNACIONAL UMA VIAGEM À ÁFRICA ESPANHOLA: O SISTEMA DE EMERGÊNCIA MÉDICA DE MELILLA |
| 44 | TERTÚLIA VMERISTA "VIA VERDE AVC, TRAUMA, ... CONSTRANGIMENTOS SENTIDOS NO TEU DIA A DIA?" |
| 46 | UM PEDACINHO DE NÓS FREDERICO MAGALHÃES, |
| 50 | TESOURINHO VMERISTA |
| 50 | CONGRESSOS E CURSOS |
| 52 | PÁGINAS ABC |
| 60 | PÁGINAS APEMERG |
| 68 | BEST SITES |
| 69 | BEST APPS |
| 70 | SUGESTÕES DE LEITURA |
| 74 | CRITÉRIOS DE PUBLICAÇÃO |
| 78 | ESTATUTO EDITORIAL |



“TRIBUTO AO DR. JOÃO ROSA”

João Rosa nasceu a 14 Maio de 1964. Licenciou-se pela Universidade de Coimbra entre 1982 e 1988. Fez internato Geral entre 1989 e 1990 nos Hospitais Universidade de Coimbra e fez internato de Pediatria entre 1991 e 1996 no então Hospital Distrital de Faro. Entre 1996 e 1997 realizou estágio de cuidados intensivos pediátricos no Hospital pediátrico de Coimbra. Pediatra com larga

experiência em ecocardiografia pediátrica e neonatal, fruto da excelente relação profissional que desenvolveu com os colegas do Hospital de Santa Cruz, inicialmente através da telemedicina. Realizava consulta de triagem cardíaca desde 2004. A sua experiência e conhecimento levou a que fosse diretor de vários cursos de SAV Pediátrico desde 2000, e fazia parte do grupo de reanimação pediátrico. Era

também instrutor ERC desde 2007. Fez parte da criação do meio INEM Transporte Interhospitalar Pediátrico (TIP) de Faro, desde a sua abertura em 2014, como operacional e médico coordenador. Ao longo do seu distinto percurso médico foi progredindo na carreira e tornou-se diretor do Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal (SMIPN) do Hospital de Faro, em 2019.

Homenageamos o **Dr. João Rosa** partilhando alguns testemunhos acerca da pessoa que ele foi em vida, antes da sua despedida a 28 de janeiro de 2023, na sequência de trágico acidente de viação.

“João Rosa um colega e amigo que se despediu de nós de uma forma extemporânea e que a todos nós nos apanhou e deixou perplexos de surpresa. A sua dor e tristeza que hoje transportamos em nossas almas impede-nos de fazermos tal despedida. Impede-nos porque todos nós sabemos que o João estará para sempre vivo nos nossos corações. Esta dor e esta tristeza que hoje sentimos transformar-se-ão no mais forte motivo para que o esquecimento nunca faça parte das nossas vidas. O João estará sempre ao nosso lado pelas recordações daquilo que foi como pessoa e profissional. Um exemplo que cultivaremos e uma memória que não deixaremos desaparecer.”

Maria José Castro

Pediatra e Diretora do Departamento
da Criança Adolescente e Família (DCAF)
– CHUA - Unidade de Faro

“Meus amigos,

Falar do Dr. João, é falar num amigo, um médico apaixonado pela medicina pediátrica, tantas conversas que tivemos como uns e outros podíamos melhorar para termos um serviço de excelência (TIP). Foi o maior ser humano que conheci, amigo, protetor, preocupado, isento, apaixonado, as nossas longas conversas também me fez crescer enquanto homem e enquanto Técnico de Emergência Pré-hospitalar. Um amigo que partiu e me deixou um vazio de saudade, O Dr. João Rosa amava a liberdade, para mim partiu um amigo, um médico um grande mestre.

Ficamos todos mais pobres.”

Carlos Baptista

TEPH TIP Faro

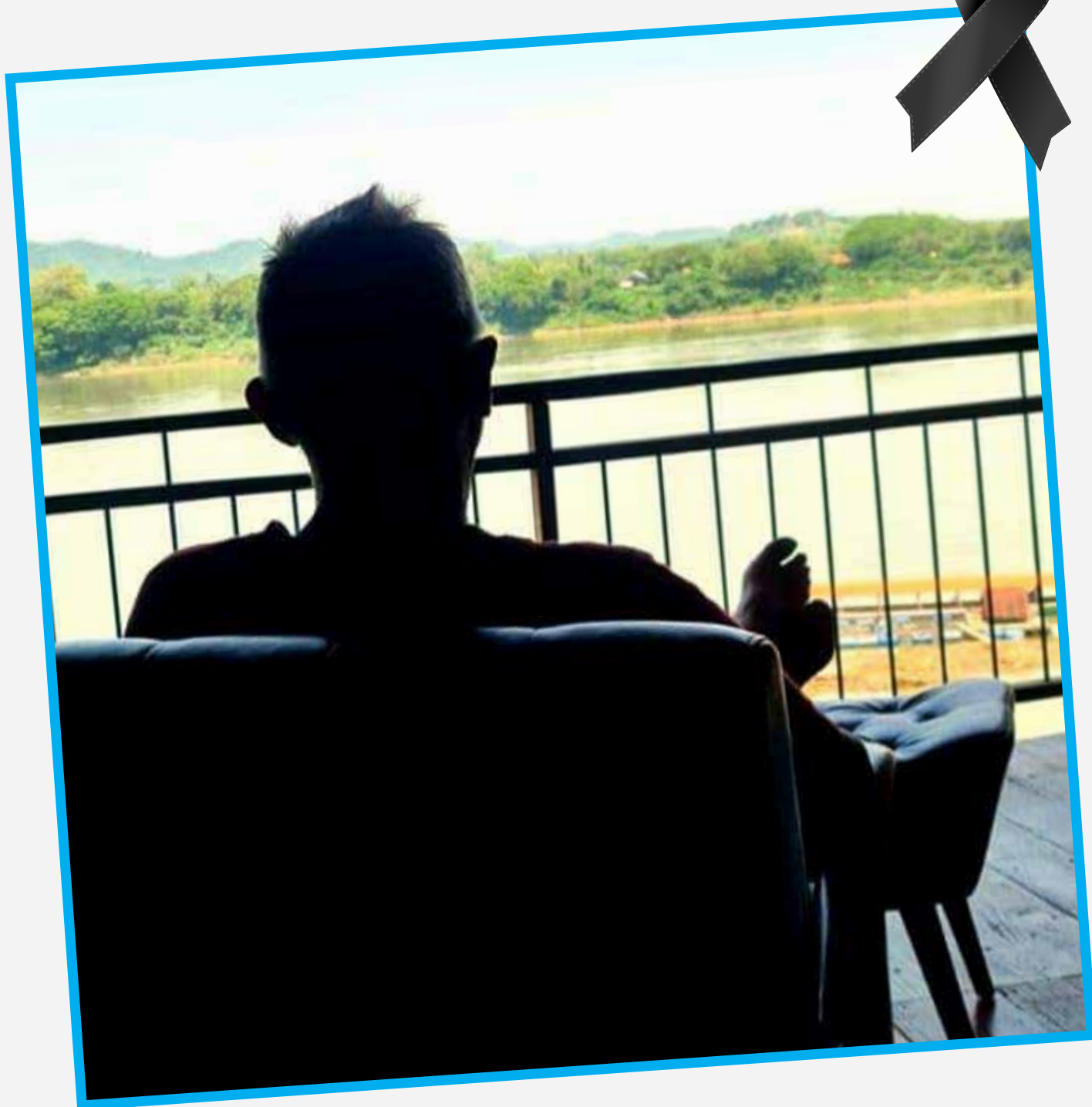


"A (curta) passagem do Drº João Rosa pela minha vida:

Conheci o doutor João à cerca de 12 anos atrás, foi na UCI Neonatal e Pediátrica do Hospital de Faro. Era um homem imponente e aparentemente de difícil acesso, mas desde o início que o admirava pela sua postura, pelo seu conhecimento e pelo seu profissionalismo. Pouco-a-pouco fomos conhecendo e rapidamente aquela pessoa humilde e de fácil conversa revelou-se e desvaneceu a noção anterior pré-concebida. Percebemos que tínhamos bastantes interesses em comum, tais como a música e a paixão pela liberdade de conduzir uma Mota. E não me recordo bem quando foi, mas houve um dia em que perdi a vergonha e convidei-o para irmos dar um passeio de mota. E não é que ele aceitou? E desde esse momento o pediatra de renome nacional deixou de ser, para mim, o doutor João Rosa e passou a ser o meu amigo João. As longas e chatas viagens de TIP (Transporte Interhospitalar Pediátrico) para Lisboa a transportar pequenitos gravemente doentes eram passadas a falar, a desabafar, a ouvir, a rir e talvez uma outra a chorar. No regresso ele pedia para vir atrás para poder descansar 1 ou 2 "horinhas" porque tinha à sua espera no hospital mais um turno de serviço. Devíamos ter aproveitado mais as nossas folgas. Se sabíamos que ele estava de serviço, naturalmente ficávamos tranquilos, pois se aparecesse um problema simples ou complexo ele saberia o que fazer, e todos aprendíamos um pouco mais. Devíamos tê-lo questionado mais e aprendido mais com ele. Convidei-o para fazer parte de um grupo de motards que se chama "Brothers & Riders" e com isso passeámos pela estradas pitorescas de Portugal, de uma ponta à outra, levei-o a conhecer a minha "Terra" e os belos petiscos da minha mãe. Devíamos ter comido mais petiscos da minha mãe. Fui testemunha de alegrias e tristezas na sua vida. E a sua forma de lidar com esses sentimentos, em grande parte através do seu humor inteligente, era simplesmente brilhante e de uma postura invejável. Devíamos ter rido mais das nossas tristezas. Partilhei com ele também as minhas alegrias e tristezas, devia ter partilhado mais. Nunca lhe disse nada disto, devia ter dito. Até já meu amigo."

Pedro Rodrigues Silva

Enfermeiro SMIPN e TIP Faro





"Falar do Dr João enquanto pediatra é muito fácil porque a sua excelência nos cuidados, a preocupação com o detalhe, o conhecimento, a inteligência com que abordava qualquer situação quer de rotina, urgência ou emergente era digna de observar e participar nas mesmas. Compartilhar o nosso dia a dia foram através de momentos de aprendizagem e partilha. Ajudava toda a equipa.. a equipa médica, a de enfermagem, as assistentes operacionais da unidade bem como todos os profissionais que passavam pela unidade. Todos conhecíamos a sua abnegação para com o SNS e como o estava a destruir internamente e a colocá-lo no limite físico esta nova realidade que estamos a vivenciar. Tentava unir a equipa, a congregar esforços para que fosse minimizado ao máximo as lacunas, especialmente de recursos humanos que existem atualmente. Tal não era fácil e víamo-lo constantemente no seu olhar. E quando mais ninguém podia lá avançava ele para mais um turno, mais uma urgência, mais uma eco ... mais uma ativação TIP.. recordo ativações da TIP, muitas noites que passamos lado a lado e após horas e horas de estabilização muitas com sucesso e algumas sem sucesso de algum RN Prematuro ou pediátrico em que literalmente passava o turno a nosso lado terminava sempre com Obrigado Nuno... nunca precisou de o fazer mas fazia-o. Era este lado que todos nós gostávamos o lado humano, o da gratidão, da humildade quando perguntava a nossa opinião sobre algum assunto que ele tinha dúvida...companheirismo... sempre pronto também, quando o serviço o permitia a mais uma ceia compartilhada com petiscos, muito humor e claro está o nosso Benfica. Foram muitas horas passadas juntos quer no hospital, na estrada, no ar...em convívios e quer o destino que também o fosse na sua despedida. Quando a noticia chegou foi impossível não o acompanhar toda a noite até ao nascer do sol. Mais uma vez estivemos lado a lado só que agora não foi um obrigado Nuno... É um até um dia Dr. João."

Nuno Ribeiro

Enfermeiro SMIPN e TIP Faro



Fotografia da autoria do Dr. João Rosa



Escola polytechnica
Curso pratico
CIBRILIO FUND
Seccao n.º 5

Escola polytechnica
Curso pratico
CIBRILIO FUND
Seccao n.º 5

Escola polytechnica
Curso pratico
CIBRILIO FUND
Seccao n.º 5

Escola polytechnica
Curso pratico
CIBRILIO FUND
Seccao n.º 5

Escola polytechnica - B. GADIL
Dioxydo de Cobre
OXIDO DE COBRE

Escola polytechnica
Curso pratico
CIBRILIO FUND
Seccao n.º 5

INTOXICAÇÕES NO PRÉ-HOSPITALAR

COCAÍNA

Ernesto Ruivo^{1,2,3}, Mónica Fonseca^{2,3}¹ Serviço Anestesiologia do CHUA – Unidade Hospitalar de Faro² VMER Faro e Albufeira³ INEM – CODU DRS**Palavras-chave:** cocaína, intoxicação, benzodiazepinas

O abuso da utilização de cocaína (pó ou pasta extraído das plantas de coca - família Erythroxylaceae (Fig. 1)– de forma simples ou associado a uma substância alcalina – crack) é considerado um problema mundial de Saúde Pública que, de acordo com o último relatório das Nações Unidas atinge cerca de 21 milhões de consumidores¹. Os estudos epidemiológicos nacionais dos últimos anos relatam que o consumo de cocaína tem vindo a ser superior ao de heroína e apresenta-se como a segunda droga preferencialmente consumida entre os 15-74 anos de idade, segundo o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, logo atrás da canábis².

A cocaína é um alcaloide estimulante do sistema nervoso central (Fig. 2), usado de forma recreativa pelos seus efeitos eufóricos (alegria intensa, estimulação sexual, delírio e agitação). Pode ser administrada de diversas maneiras: nasal (inalada -“snifada” - a mais frequente), ingerida, injetada ou fumada, tendo como mecanismo de ação o bloqueio da recaptção da dopamina, adrenalina e serotonina, levando a



Figura 1: Planta da família Erythroxylaceae

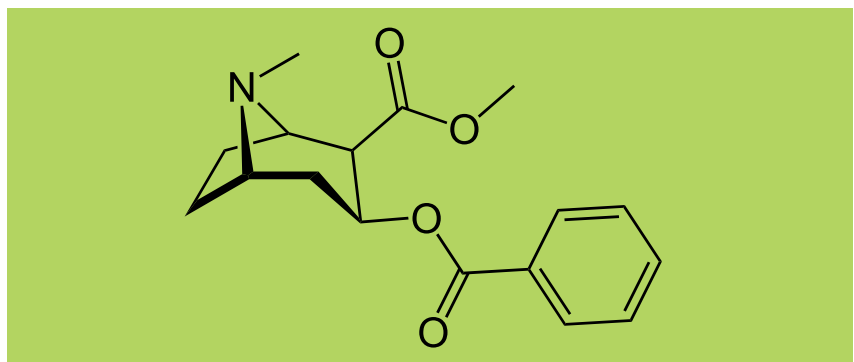


Figura 2: Estrutura molecular da cocaína

efeitos simpaticomiméticos por acumulação destes neurotransmissores na fenda sináptica. Os efeitos são de instalação rápida, com duração de

ação de cerca de 1 hora (podendo persistir por mais horas), sendo o consumo superior a 1 grama potencialmente fatal³.



SINTOMATOLOGIA E SINAIS CLÍNICOS

Os consumidores de cocaína geralmente apresentam-se agitados, ansiosos, psicóticos, com queixas de dor torácica e, eventualmente, vítimas de trauma/agressão associados⁴. O sistema cardiovascular é

particularmente suscetível ao consumo de cocaína, traduzindo uma estimulação dos receptores alfa e beta1 com aumento da frequência cardíaca, pressão arterial sistêmica e contractilidade miocárdica, sendo as artérias coronárias especialmente vulneráveis a estes efeitos (risco de SCA).

EFEITOS DA INTOXICAÇÃO AGUDA^{3,4}

| | |
|--------------------------------|---|
| Neurológicos | Euforia Ansiedade, disforia, agitação e agressão Alucinações Hipertermia, rigidez e mioclonias Convulsões |
| Cardiovasculares | Taquicardia e hipertensão arterial que podem ser severos Arritmias Síndrome coronário agudo (SCA) Prolongamento de QT Edema agudo do pulmão |
| Simpaticomiméticos periféricos | Hipertermia Fasciculações Midríase Sudorese e tremor |
| Outros/complicações | Falência renal, edema cerebral, disseção aórtica e carotídea, hemorragia intracraniana, colite isquêmica, hemorragia gástrica, pneumotórax, pneumomediastino, tromboembolismo |

Tabela 1: Efeitos da Intoxicação aguda por cocaína

ABORDAGEM

Não se conhece antídoto para a intoxicação por cocaína, devendo-se intervir nos sintomas clínicos através de medidas de suporte para obter uma estabilização clínica⁶.

A intervenção precoce em contexto pré-hospitalar perante sinais e sintomas leves e moderados como a agitação psicomotora, taquicardia e hipertensão pode impedir o desenvolvimento de quadros mais severos e potencialmente fatais como hipertermia maligna, isquemia do miocárdio, convulsões e hemorragia intracraniana.

O exame da vítima deve ser cuidadoso e criterioso, excluindo diagnósticos diferenciais como hipoglicemia, intoxicação por cetamina ou por anticolinérgicos, hemorragia intracraniana, delirium tremens, surto esquizofrênico ou síndrome neuroléptico maligno.

A abordagem deverá ser sempre efetuada pelo método ABCDE, com descontaminação e evicção imediata de contacto com o estupefaciente^{7,8}.

PERANTE AGITAÇÃO OU ALTERAÇÕES PSICÓTICAS:

- **Benzodiazepinas** (midazolam 0.05 a 0.1 mg/kg ou diazepam 0,1 a 0,2 mg/kg endovenosos) como 1ª linha. Alternativamente, podemos optar pela utilização de haloperidol, sendo a associação de benzodiazepinas e do antipsicótico uma opção sinérgica potencialmente eficiente, com redução da sedação e depressão respiratória excessivas. Deve-se evitar a contenção mecânica por potencial exacerbação de agressividade.

PERANTE CONVULSÕES:

- **Benzodiazepinas** a cada 5-10 min, até reverter convulsão ou se obter leve sedação.

PERANTE HIPERTENSÃO

E TAQUICARDIA (frequentes):

- **Benzodiazepinas** como 1ª linha;
- **Nitroglicerina** sublingual (SL);
- A administração de BCC como o verapamil perante a hipertensão pode ser eficaz, contudo não atua na taquicardia;
- A utilização de beta bloqueadores puros **é contraindicada**, pois pode levar a um estímulo alfa-agonista sem oposição com potencial choque cardiogénico. Maioritariamente contraindicado e controverso, encontram-se referências bibliográficas que descrevem a utilização de labetalol como eficiente (bloqueador misto, 0,1-0,2 mg/kg ev).

PERANTE ARRITMIAS CARDÍACAS:

- **Benzodiazepinas** como 1ª linha;
- Taquicardia Ventricular:
 - o Algoritmo de TV;
 - o Taquidisritmias (FV e torsades des pointes) que se iniciam logo após o consumo de cocaína são associadas ao bloqueio dos canais de sódio, sendo recomendado a administração de bólus de NaHCO₃ (1 a 2mEq/L), ponderar perfusão consoante resposta clínica e pH sérico;
 - o Se refratário, administrar sulfato de magnésio (2 g) e/ou lidocaína 1-2 mg/Kg IV;
 - o Se necessária a EOT, considerar aumento de fluidoterapia e hiperventilação transitória para contrabalançar acidémia associada a rabdomiólise e acidose respiratória.
- Taquicardia Supraventricular:
 - o Algoritmo de TSV;
 - o Se refratário, administrar sulfato de magnésio (2 g) e/ou lidocaína 1-2 mg/Kg IV;

PERANTE SCA

(se possível excluir disseção aórtica):


- AAS 300 mg;
- Nitroglicerina SL;
- Os trombolíticos estão contraindicados no caso de hipertensão severa, convulsões, hemorragia intracerebral e disseção aórtica.

PERANTE HIPERTERMIA:

- Deve-se privilegiar medidas de arrefecimento externo;
- T°C > 39.5:
 - o Benzodiazepinas;
 - o Fluidoterapia e medidas de arrefecimento externo;
 - o Considerar sedação e EOT.

TAKE-HOME MESSAGES:

- O consumo de cocaína é um problema de saúde pública mundial, sendo a segunda droga mais consumida em Portugal;
- Apresenta efeitos simpaticomiméticos através da acumulação de neurotransmissores na fenda sináptica;
- Abordagem médica pré hospitalar deve respeitar sempre o ABCDE;
- Benzodiazepinas são a classe de fármacos de eleição para controle de sintomatologia.

Agradecimentos: Agradecemos a colaboração do Enfermeiro Pedro Bengalinha (Serviço de Urgência do CHUA – Portimão) pela contribuição na revisão bibliográfica 

BIBLIOGRAFIA

1. Nations, U. (2022). World Drug Report 2022. Obtido de <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
2. Dependência, S. d. (2022). Relatório Anual - 2021 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
3. Nickson, C. (20 de 5 de 2016). Life in the Fastlane. Obtido de <https://litfl.com/cocaine-toxicity-ccc/>
4. Emergencies, C. P. (2020). Clinical Practice Guidelines: Toxicology and toxinology/ Psychostimulant emergencies. Queensland: Queensland Ambulance Service.
5. Richards JR, Le JK. Cocaine Toxicity. [Updated 2022 Oct 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430976/>
6. Ponce, P., & Mendes, J. J. (2019). Manual de urgência e emergência. Lisboa: Lidel.
7. Alexandre zucoloto, C. d. (2017). Manual de Toxicologia Clínica - orientações para assistência e vigilância das intoxicações agudas. são paulo: covisa.
8. Zimmerman JL (October 2012). "Cocaine intoxication". Critical Care Clinics. 28 (4): 517–26. doi:10.1016/j.ccc.2012.07.003. PMID 22998988.

EDITOR



ERNESTO RUIU
VMER Faro e Albufeira
INEM – CODU DRS

EDITORA



MÓNICA VIEIRA DA FONSECA
VMER Faro e Albufeira
INEM – CODU DRS

LIFE SAVING



RECONHECER UMA HIPERCALCÉMIA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR

Filipa Luís Simões¹

¹.Interna de Oncologia Médica, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

A hipercalcémia é um distúrbio eletrolítico potencialmente fatal. O hiperparatiroidismo primário e as doenças oncológicas são as causas mais frequentes, representando cerca de 90% dos casos. O hiperparatiroidismo primário afeta sobretudo a população idosa (> 65 anos) e o género feminino (duas a três vezes mais do que o masculino).¹ Nesta patologia, existe uma síntese excessiva de paratormona (PTH) por parte das paratiróides, cuja etiologia é

atribuível a adenomas, hiperplasia ou mais raramente carcinomas, que afetam estas glândulas. As doenças oncológicas são também uma etiologia frequente, quer seja por produção excessiva de péptido relacionado com a PTH (síndrome paraneoplásica prevalente na neoplasia do pulmão), ou por lesões/metástases osteolíticas (exemplo da neoplasia da mama e do mieloma múltiplo).² A hipercalcemia define-se

analiticamente por um cálcio total superior a 10.5 mg/dL (2.60 mmol/L), considerando-se uma hipercalcémia grave quando este é superior a 13.0 mg/dL (3.25 mmol/L), após correção com o valor de albumina.³ As manifestações clínicas variam consoante a instalação, sendo a hipercalcémia mais sintomática se a mesma se instalar de forma aguda.⁴ A sintomatologia é diversa, mas pouco específica, como por exemplo, queixas de anorexia, cansaço e

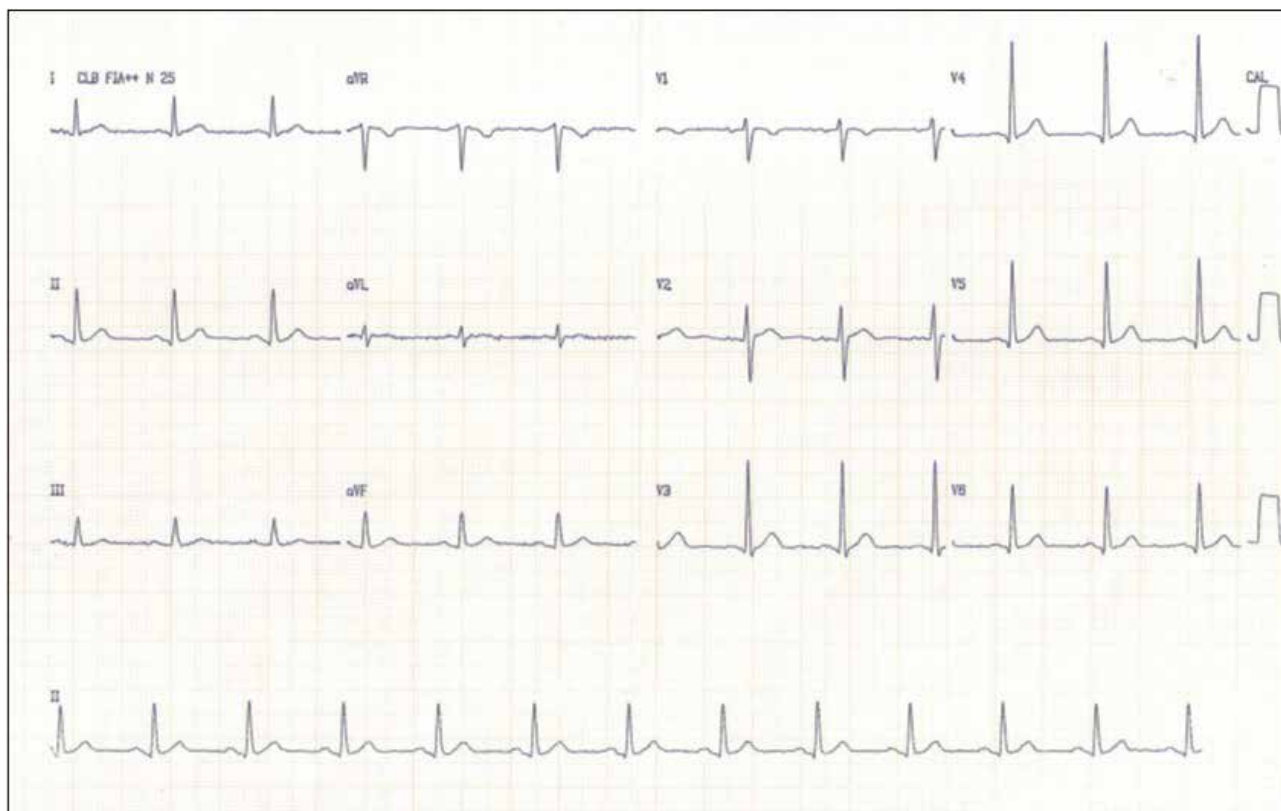


Figura 1: Eletrocardiograma com encurtamento do intervalo QT, em que é possível verificar ondas T muito próximas do complexo QRS. Intervalo QT = 320 ms e QTc = 367 ms. Imagem originalmente reproduzida na publicação: *Diagn Tratamento*. 2012;17(4):192-4.





diminuição da força muscular. São também prevalentes sintomas do foro gastrointestinal, como náuseas, vômitos, dor abdominal ou obstipação. Os doentes podem igualmente apresentar sintomas neuropsiquiátricos, tais como confusão, letargia, agitação, estupor ou até coma, em situações de maior gravidade. Para além destes, podem estar presentes manifestações cardíacas, como arritmias.¹ O eletrocardiograma (ECG), é um exame complementar de fácil acesso em meio pré-hospitalar e que pode fornecer indícios importantes. Os principais achados sugestivos de hipercalcémia são os bloqueios aurículo-ventriculares e o encurtamento do intervalo QT.⁵ De salientar que para além da hipercalcémia, também situações de utilização de medicação digitalica e síndrome de QT curto congénito

podem provocar o encurtamento do intervalo QT.

Uma vez que a hipercalcémia leva a uma depleção de volume, a fluidoterapia endovenosa é o primeiro passo do tratamento. Está preconizada a administração de 1000 mL de soro fisiológico na primeira hora, devendo esta hidratação ser iniciada precocemente no contexto pré-hospitalar.¹

Em resumo, a hipercalcemia deve ser um diagnóstico a considerar em doentes com antecedentes pessoais de hiperparatiroidismo ou neoplasias malignas, que apresentem alteração do estado de consciência, sintomas gastrointestinais e alterações eletrocardiográficas sugestivas. O ECG utilizado em conjunto com a anamnese, permite o diagnóstico deste distúrbio eletrolítico, possibilitando a instituição de terapêutica atempada **L**

BIBLIOGRAFIA

1. Minisola S, Pepe J, Piemonte S, Cipriani C. The diagnosis and management of hypercalcaemia. *BMJ* [Internet]. 2015;350(June):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.h2723>
2. Américo Friedmann AI, Grindler JI, Alberto Rodrigues de Oliveira III C, José da Fonseca III A. Encurtamento do intervalo QT. *Diagn Trat.* 2012;17(4):192–6.
3. Asonitis N, Angelousi A, Zafeiris C, Lambrou GI, Dontas I, Kassi E. Diagnosis, Pathophysiology and Management of Hypercalcemia in Malignancy: A Review of the Literature. *Horm Metab Res.* 2019;51(12):770–8.
4. Body JJ. Hypercalcemia of Malignancy. *Semin Nephrol.* 2004;24(1):48–54.
5. Diercks DB, Shumaik GM, Harrigan RA, Brady WJ, Chan TC. Electrocardiographic manifestations: Electrolyte abnormalities. *J Emerg Med.* 2004;27(2):153–60.

EDITORA



ISABEL RODRIGUES
Médica VMER
CODU

HISTÓRIA

40
ANOS



Serviço de Helicópteros
de Emergência Médica
do INEM

Inauguração a 17 de julho de 1997

25 ANOS DO SERVIÇO DE HELICÓPTEROS DE EMERGÊNCIA MÉDICA DO INEM ASSINALADOS EM LOULÉ

Carlos Raposo^{1,2}, Vasco Monteiro^{2,3}, Cátia Alves^{2,4}

¹Médico Assistente Graduado Cirurgia Geral,

²INEM,

³Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico Cirúrgica,

⁴Coordenadora do Gabinete de Marketing e Comunicação

Foi no passado dia 10 de dezembro de 2022 que se comemorou a 4ª edição do Dia do Serviço de Helicópteros de Emergência (SHEM) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). A data ficou marcada por uma conferência que se realizou em Loulé e que, entre outros temas, assinalou os 25 anos do meio mais diferenciado de resposta do Sistema Integrado de Emergência Médica, e que é uma referência no sistema de emergência médica nacional.

A conferência, realizada no auditório do Palácio Gama Lobo, em Loulé, iniciou-se com a sessão de abertura, levada a cabo pelo Presidente do Conselho Diretivo do INEM, Luís Meira, e pelo Presidente da Câmara Municipal de Loulé, Vítor Aleixo. Neste momento, o Presidente do INEM aproveitou para homenagear os profissionais do SHEM que perderam a vida naquele que foi o único acidente nos 25 anos do serviço, no dia 15 de dezembro de 2018. Foram lembrados, num minuto de silêncio, o Médico Luis Vega, a Enfermeira Daniela Silva e os Pilotos João Silva e Luís Rosindo.

O primeiro painel da conferência revisitou os 25 anos do SHEM. O Médico António Marques apresentou uma retrospectiva sobre a história da criação deste serviço e as vicissitudes que culminaram na criação do SHEM em 1997. Neste painel, o Médico Carlos Raposo, atual coordenador do SHEM, e o Enfermeiro Vasco Monteiro, falaram sobre a atividade dos helicópteros nos últimos 25 anos, com enfoque no presente, perspetivando no entanto a atividade no futuro.

Ainda durante a manhã, os Médicos João Ribeiro e Nuno Gaibino apresentaram as mais-valias do helitransporte para a transferência de doentes que estejam sob a técnica de suporte vital ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal). De seguida, o Médico Paulo Calvino e o Enfermeiro Fernando Rodrigues fizeram uma intervenção sobre Transplantação e Transplantes, dando conta da forma como o helitransporte pode ser uma mais-valia para esta área da medicina.

Na parte da tarde da conferência, foram apresentadas perspetivas internacionais, nomeadamente através do Enfermeiro Roberto Montes, da região espanhola de Castilla la

Mancha, do Médico dos Estados Unidos da América, Craig Bates, e do Piloto-Comandante Daniel Blanco, que apresentou a realidade do helitransporte no país vizinho. Foram apresentadas ainda visões para o futuro do SHEM, através de palestras efetuadas pelo Piloto-Comandante Diogo Wanzeller e do Comandante Rui Santos.

Para finalizar a conferência, num registo mais informal, os médicos Carlos Carneiro, Paula Neto e Manuel Gomes, bem como o Piloto-Comandante Lino Miguel, contaram como resolveram algumas situações, potencialmente problemáticas, que surgiram no decorrer de missões do SHEM.

A emergência médica “ganhou asas” há 25 anos em Portugal, sendo que a inauguração foi marcada por uma cerimónia que se realizou no heliporto do Hospital do Barlavento Algarvio, em Portimão, e que contou a presença do Primeiro-Ministro e da Ministra da Saúde em funções nessa data, António Guterres e Maria de Belém Roseira, respetivamente.





Nesse mesmo dia, eram realizados os primeiros transportes no âmbito do SHERM. Pelas 12h48m, o Helicóptero de Emergência Médica (HEM) de Lisboa voou para o Hospital de Évora, colaborando na transferência de uma vítima de um acidente de viação para o Hospital de São José, em Lisboa. No Norte, o HEM localizado em Matosinhos foi acionado para o Hospital de Bragança. Eram 17h10m. Um homem de 25 anos, vítima de agressão, necessitava de transferência urgente para o Hospital de Santo António, no Porto.

Nessa altura, os helicópteros funcionavam apenas 12 horas por dia, situação que foi alterada a partir do dia 16 de outubro de 2002, quando os helicópteros passaram a estar disponíveis 24 horas por dia.

Atualmente, os quatro Helicópteros de Emergência Médica funcionam 24 sobre 24 horas, 365 dias por ano. A sua atividade divide-se entre missões primárias, nas quais o helicóptero coloca uma equipa médica e equipamento no local da ocorrência; missões secundárias, nas quais o helicóptero transporta doentes críticos entre unidades de saúde; e outras missões, como o transporte de órgãos, ECMO, e até o transporte inter-hospitalar pediátrico.

A tripulação dos helicópteros é constituída pela equipa de pilotos (o Comandante e um Piloto) e pela equipa médica (um Médico e um Enfermeiro). Os Médicos e os Enfermeiros que prestam serviço nos Helicópteros do INEM têm formação específica, compreendendo um Curso de Fisiologia de Voo e Segurança em Heliportos e um curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Têm também experiência em Emergência Pré-hospitalar, em Cuidados Intensivos e/ou Serviço de Urgência [L](#)

EDITORA



CATARINA TAVARES
Enfermeira VMER
Heli INEM

LIFE SAVING



30 mL Single-dose
Preservative-Free

B only

1%

LIDOCAINE HCl

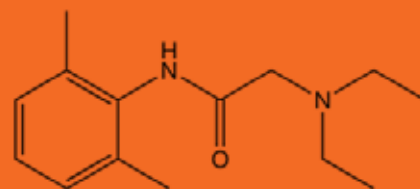
Injection, USP

10 mg/mL

MIDPHAR, INC., LAKE FOREST, IL 60045 USA

LOT 93-822-04

LIDOCAÍNA



Afonso Eliseu¹, Luis Miguel Costa¹

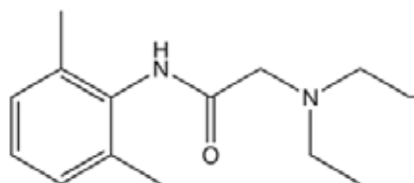
¹Médicos Internos de Formação Específica em Anestesiologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Faro

INTRODUÇÃO

Lidocaína foi o nome atribuído ao composto LL30, sintetizado em Estocolmo em 1942 e aprovado para uso clínico em 1948 com o nome comercial *Xilocaína*®, pertencendo à lista de fármacos essenciais da *World Health Organization* desde 1977.

A sua molécula é composta por um grupo hidrofílico (amina terciária) e um grupo lipofílico (anel benzeno), unidos por uma cadeia intermediária com uma ligação amida, categorizando-se como anestésico local aminoamida.

De acordo com a classificação de Vaughan-Williams é um antiarrítmico classe Ib.



Fórmula molecular: C₁₄H₂₂N₂O

FORMAS DE APRESENTAÇÃO E CONSERVAÇÃO

O cloridrato de lidocaína é um sólido cristalino, estável, inodoro e hidrossolúvel.

As formulações mais comuns incluem solução endovenosa a 1% ou 2% (com ou sem adrenalina), gel tópico a 2% ou 5% e solução aerossolizada a 5% ou 10%.

Soluções de lidocaína devem ser mantidas a 25°C e protegidas da luz direta.

FARMACOCINÉTICA

- Absorção e distribuição

A lidocaína é uma base fraca (pKa 7.9), existindo na forma ionizada e não-ionizada, sendo que o pH fisiológico é favorável à forma não-ionizada lipofílica, que prontamente atravessa as membranas celulares^{1,2}. No plasma, encontra-se cerca de 65% ligada a proteínas, nomeadamente à alfa-1-glicoproteína, um reagente de fase aguda².

Tem um início de ação de 1 a 5 minutos após infiltração local e 5 a 15 minutos após administração perineural. O aumento do pH da

solução utilizada com bicarbonato de sódio aumenta a proporção da forma não-ionizada e acelera o início de ação³. A absorção sistémica depende da dose e vascularização tecidual¹. A utilização de noradrenalina (1:200000) atrasa esta absorção, prolongando a duração do efeito anestésico e diminuindo o risco de toxicidade¹.

Após administração endovenosa tem uma semivida de distribuição de 5 a 8 minutos⁴. O coração e o cérebro apresentam uma grande concentração tecidual de lidocaína após um bólus endovenoso, justificando a sua predisposição para a toxicidade deste fármaco⁵.

A lidocaína atravessa a barreira hematoencefálica e a placenta por difusão passiva simples e é excretada no leite materno, existindo risco de toxicidade no feto ou lactente⁴.

- Metabolização e excreção

Apenas 5% da lidocaína administrada é excretada na urina sem biotransformação. O restante é metabolizado no fígado, através de desalquilação mediada pela CYP3A4. Origina dois metabolitos ativos, a monoetilglicina xilidina e glicina

xilidina, ambos excretados no rim². Esta metabolização está significativamente reduzida em doentes com insuficiência hepática, insuficiência cardíaca congestiva ou enfarte agudo do miocárdio². A semivida de eliminação é cerca de 100 minutos após bólus ou perfusão inferior a 12-24 horas².

MECANISMO DE AÇÃO E APLICABILIDADE

- Antiarrítmico

A ação da lidocaína nos canais de sódio das fibras de Purkinje leva à diminuição do declive da fase 4 do potencial de ação, altera o limiar de excitabilidade e diminui a duração do potencial de ação e o período refratário destas fibras². Está indicada para a profilaxia e tratamento de arritmias ventriculares e é uma alternativa à amiodarona em contexto de paragem cardíaca em fibrilhação ou taquicardia ventricular, na dose de 100mg ou 1.5mg/kg por via endovenosa².

- Analgesia endovenosa

O efeito analgésico da lidocaína por via endovenosa é multifatorial e apenas parcialmente conhecido. É atribuível à dessensibilização de neurónios do corno dorsal da medula espinhal, bem como a redução da atividade de recetores NMDA e muscarínicos^{1,2}. Está documentado o seu efeito analgésico, reduzindo o consumo de opióides e as respetivas reações adversas no pós-operatório, bem como a hiperalgesia após perfusão de remifentanilo⁶. Utiliza-se ainda na indução anestésica endovenosa para

redução da dor associada à injeção de propofol¹.

Recomendações recentes sugerem o uso de lidocaína endovenosa com bólus não superior a 1.5mg/kg em 10 minutos e subsequente perfusão de 1.5mg/kg/h até 24 horas, sendo que este efeito analgésico pode prolongar-se até 36 horas após interrupção de tratamento.^{7,8}

- Anestésico local

Após administração perineural a lidocaína desloca-se para o espaço intracelular, liga-se a canais de sódio voltagem dependentes e impede o influxo deste ião, interrompendo a despolarização membranar¹. Assim, à semelhança de outros anestésicos locais, produz um bloqueio reversível da condução nervosa. As fibras nervosas sensitivas são particularmente afetadas pelo seu menor calibre e menor grau de mielinização¹.

Está indicada para anestesia local e regional por aplicação tópica, infiltração local, bloqueio de nervos periféricos, bloqueio do neuroeixo e bloqueio endovenoso local (bloqueio de Bier)¹. O bloqueio epidural ou de nervos periféricos com lidocaína tem um *onset* caracteristicamente rápido, instalando-se bloqueio sensitivo em 10-20 minutos².

A dose neste contexto depende do tipo de bloqueio pretendido e local de administração.

- Imunomodulador e anticancerígeno

A lidocaína apresenta propriedades anti-inflamatórias, inibindo a ativação, adesão e migração leucocitária e reduzindo a libertação de TNF-alfa e citocinas pró-inflamatórias (IL-6 e IL-9)². Existe também evidência de atividade


anticancerígena, aumentando a apoptose de células tumorais e potenciando fármacos quimioterápicos como a cisplatina⁹. A aplicabilidade clínica destes achados requer mais investigação.

TOXICIDADE

A janela terapêutica da lidocaína corresponde a concentrações plasmáticas de 2.5-3.5mcg/mL. Fora deste intervalo tem um potencial para toxicidade neurológica e cardíaca. Níveis acima de 5mcg/mL podem produzir sintomas neurológicos, parestesias periorais, sabor metálico e acufenos, podendo progredir para alteração do estado de consciência e coma. A toxicidade cardíaca surge com concentrações superiores a 10mcg/mL, podendo manifestar-se como hipotensão, bradicardia e colapso cardiorrespiratório¹⁰. Para mitigar este risco foram propostas doses tóxicas máximas para a lidocaína - 5mg/kg ou 300mg sem adição de adrenalina e 7mg/kg ou 500mg com adrenalina^{1,2}. Além das causas de metabolização reduzida supracitadas, a acidemia e a hipoalbuminémia também agravam o risco de toxicidade pelo aumento da fração livre de fármaco em circulação².

O tratamento da toxicidade consiste em medidas de suporte ventilatório e cardiovascular e a administração precoce de emulsão lipídica 20% - bólus inicial de 1.5mL/kg seguido de perfusão de 0.25mL/kg/min. Perante instabilidade cardíaca, deve-se repetir o bólus inicial ou perfundir a 0.5mL/kg/min até um total máximo de 12mL/kg¹.

TAKE HOME MESSAGES

- A lidocaína é um anestésico local amida e um antiarrítmico classe Ib, sendo estas as suas duas indicações formais.
- Bólus endovenosos não devem ser superiores a 1.5mg/kg e administrações locais não devem superar a dose máxima de 5mg/kg, podendo ir até 7mg/kg em associação com adrenalina.
- Tem potencial de toxicidade neurológica e cardíaca, com um quadro progressivo bem descrito e previsível para diferentes concentrações plasmáticas supra-terapêuticas de lidocaína.
- O tratamento da toxicidade da lidocaína inclui medidas de suporte e emulsão lipídica 20% 

BIBLIOGRAFIA

1. Gropper, M.A., Miller, R.D. and Cohen, N.H. (2020) Miller's anesthesia.
2. Hemmings, H.C. and Egan, T.D. (2019) Pharmacology and physiology for anesthesia: Foundations and Clinical Application
3. Malamed SF, Tavana S, Falkel M. Faster onset and more comfortable injection with alkalized 2% lidocaine with epinephrine 1:100,000. *Compend Contin Educ Dent.* 2013
4. Beaussier M, Delbos A, Maurice-Szamburski A, Ecoffey C, Mercadal L. Perioperative Use of Intravenous Lidocaine. *Drugs.* 2018;78(12):1229-1246. doi:10.1007/s40265-018-0955-x
5. Oertel, R.; Arenz, N.; Zeitz, S.G.; Pietsch, J. Investigations into distribution of lidocaine in human autopsy material. *Biomed. Chromatogr.* 2015, 29, 1290–1296
6. Cui, Weihua MD*; Li, Yanping MD*; Li, Shuren MD*; et al. Systemic Lidocaine Inhibits Remifentanyl-induced Hyperalgesia via the Inhibition of cPKCgamma Membrane Translocation in Spinal Dorsal Horn of Rats. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology* 21(4):p 318-325, 2009. DOI: 10.1097/ANA.0b013e3181abbde5
7. Dubowitz J, Toner A, Riedel B, Corcoran T. The use of intravenous lidocaine for postoperative pain and recovery. *Anaesthesia.* 2021;76(5):719-720. doi:10.1111/anae.15400
8. Koppert W, Weigand M, Neumann F, et al. Perioperative intravenous lidocaine has preventive effects on postoperative pain and morphine consumption after major abdominal surgery. *Anesth Analg.* 2004;98(4):1050-1055. doi:10.1213/01.ANE.0000104582.71710.EE
9. Yang, X.; Zhao, L.; Li, M.; Yan, L.; Zhang, S.; Mi, Z.; Ren, L.; Xu, J. Lidocaine enhances the effects of chemotherapeutic drugs against bladder cancer. *Sci. Rep.* 2018, 8, 598, doi:10.1038/s41598-017-19026-x
10. Becker DE, Reed KL. Local anesthetics: review of pharmacological considerations. *Anesth Prog.* 2012 Summer;59(2):90-101. doi: 10.2344/0003-3006-59.2.90.

EDITORA



CATARINA MONTEIRO
Médica VMER

LIFE SAVING



Prehospital Care: The Future of Emergency Medical Services

Ana Rita Clara¹

¹Médica de Medicina Intensiva na UUM, Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; Médica SHEM

"Numa era em que a tecnologia impera no mundo da medicina intra e extra-hospitalar, será que conseguimos atingir os objectivos traçados no passado na emergência pré-hospitalar?"

INTRODUÇÃO

Caros leitores, o início do ano impõe, habitualmente, um momento de reflexão.

Numa era em que a tecnologia impera no mundo da medicina intra e extra-hospitalar, será que conseguimos atingir os objectivos traçados no passado na emergência pré-hospitalar?

30 anos de SEM

Em Abril de 1991 era publicado, por *Johnson et al*¹, um artigo que olhava para o futuro dos Serviços de Emergência Médica (SEM). Os autores defendiam como objectivo prioritário dos SEM a disponibilidade de *staff* e dispositivos de emergência médica, por forma a que a ajuda pudesse chegar aos locais e populações mais remotas. Depois da disponibilidade estar resolvida, a

acessibilidade seria o segundo objectivo. Na altura da publicação do artigo 23% da população americana vivia em meios urbanos e 2% em meios rurais, residindo os restantes entre estas duas populações. A uniformização do acesso a todos os cidadãos seria ideal, no entanto, em falha devido às limitações de recursos dos SEM.

Tempo de resposta

Quando avaliados pelos autores, variou entre mais de 8 minutos e 6 horas, de acordo com a menor e maior distância.

Sobrevivência cardíaca

Os estudos da época mostravam que quando aplicado suporte básico de vida nos primeiros 4 minutos e desfibrilhação (quando indicado) nos primeiros 8 minutos, a sobrevida aumentava.

Abordagem da via aérea

As equipas dos SEM encontraram dificuldades na abordagem da via aérea em cerca de 30% dos doentes abordados no pré-hospitalar, para a realidade dos autores, levando

inclusivé à morte. Na altura, estavam em desenvolvimento vários dispositivos que poderiam facilitar o trabalho do dia-a-dia e limitar o número de tentativas falhadas de intubação orotraqueal, tal como o tubo obturador esofago-gástrico.

Acesso intravenoso

Nesta altura, debatia-se a necessidade de colocação de um acesso para medicação endovenosa, visto que o número de tentativas e tempo dispendido variava de forma proporcional à experiência das equipas, e que não seria um acto totalmente isento de riscos (p.e. flebites). Os autores reportaram vários estudos que reportavam benéfica colocação de um acesso endovenoso apenas quando o tempo de transporte era elevado ou quando existia uma taxa *major* de hemorragia. Assim, a conclusão é que não seria uma intervenção primária na abordagem pré-hospitalar.

Olhando para o passado de olhos postos no futuro?

Nos últimos 30 anos muito mudou no mundo da emergência pré-hospitalar



e na resposta que os meios proporcionam às populações. A re-estruturação das equipas, colocando meios mais diferenciados no terreno, ajudou nos casos mais graves. Nos dias que correm, um acesso venoso é quase uma atitude transversal, quando abordados por meios de Suporte Imediato ou Avançado de Vida.

Sabe-se que as tecnologias digitais de saúde podem ajudar na corrida contra o tempo enquanto tentamos estabilizar/salvar uma vida. Falamos de i-STAT®, LUCAS®, electrocardiograma, ecografia point-of-care, videolaringoscopia, etc. Mas falamos também de uma medicina cada vez mais tecnológica, onde usamos aplicações, drones ou mesmo a inteligência artificial a favor dos SEM.²

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em qualquer cidade, deve haver pelo menos 1 ambulância para 80.000 pessoas. Ainda de acordo com a OMS, o tempo de resposta padrão básico para uma ambulância deve ser de 8 a 10 minutos.³

Estando muitas cidades longe desta realidade, empresas como a Uber® ou a Lyft®, desenvolveram serviços de Ambulância, activados através de aplicações digitais.⁴

Também nas aplicações digitais, encontrou-se forma de limitar o erro humano. Até 80% do erro médico, de acordo com alguns relatórios, são causados por falta de comunicação entre as equipas.² Neste sentido, têm sido desenvolvidas aplicações para eliminar o erro humano da equação e por forma a simular as dificuldades que as equipas poderão encontrar no terreno.

Existem start-ups a desenvolver jogos de simulação, com cenários realistas, como modo de treino do staff do SEM.²


A utilização de drones no campo médico tem sido vista como multivalentajosa; se por um lado são capazes de transportar vacinas, medicamentos e outros, como desfibriladores automáticos externos, poderão também ser utilizados na localização de acidentes major em países onde ainda não existe geolocalização.

REFLEXÃO

Apesar das infinitas possibilidades que a era digital nos traz, não devemos deixar de olhar para o passado e questionar: "será conseguimos cumprir os objectivos primário e secundário traçados há 30 anos atrás?".

Os habitantes rurais, ou de ambientes inhóspitos, continuam a apresentar um maior tempo de resposta por parte dos SEM.

Quando a afluência aos serviços é maior, nem sempre o número de ambulâncias e staff é suficiente, chegando, em determinadas alturas, o doente a aguardar largos minutos pela chegada do socorro.

Cada vez mais os dispositivos avançados de emergência médica estão dotados das mais recentes ferramentas tecnológicas, que nos permitem abordar o doente grave da melhor forma possível, mas conseguiremos chegar a todos os que realmente necessitam de ajuda? 

BIBLIOGRAFIA

1. Johnson JC. Prehospital care: the future of emergency medical services. *Ann Emerg Med.* 1991 Apr;20(4):426-30. doi: 10.1016/s0196-0644(05)81670-1. PMID: 2003675.
2. <https://www.hunimed.eu/news/the-future-of-emergency-medicine-6-technologies-that-make-patients-the-point-of-care/>
3. <https://www.who.int/>
4. <https://www.ncrypted.net/ambulance-on-demand-app-development>

EDITORA



ANA RITA CLARA
Médica de Medicina Intensiva - CHLC,
Médica SHEM-SUL

LIFE SAVING



O QUE FAZER EM CASO DE...

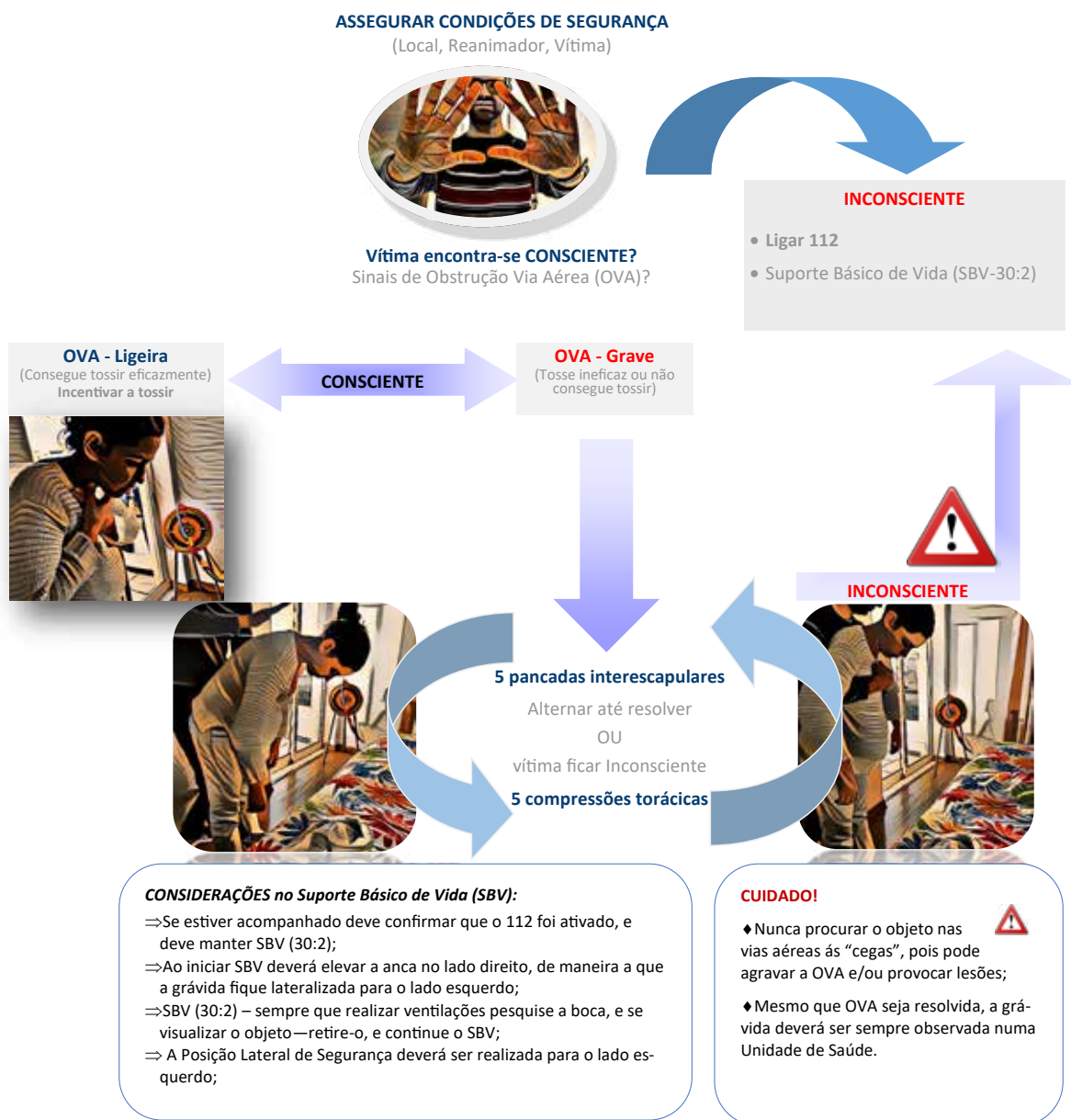
Obstrução da Via Aérea (Grávida)

André Abílio Rodrigues ¹
¹Enfermeiro VMER, SIV

Na presente edição da LIFESAVING vamos abordar o tema da Obstrução da Via Aérea (OVA) na Grávida.

A Obstrução da Via Aérea ocorre quando um corpo estranho (ex: dentes, pastilha elástica, moeda, comida), entra na via aérea e a obstrui, parcial ou totalmente.

A OVA na grávida é uma situação especial. Devido ao perímetro abdominal aumentado, em situação de OVA, a abordagem e socorro deverão ser corretamente adaptados. Neste sentido, apresentamos, em forma de algoritmo, os cuidados e atuação que deverão ser prestados.



EDITOR

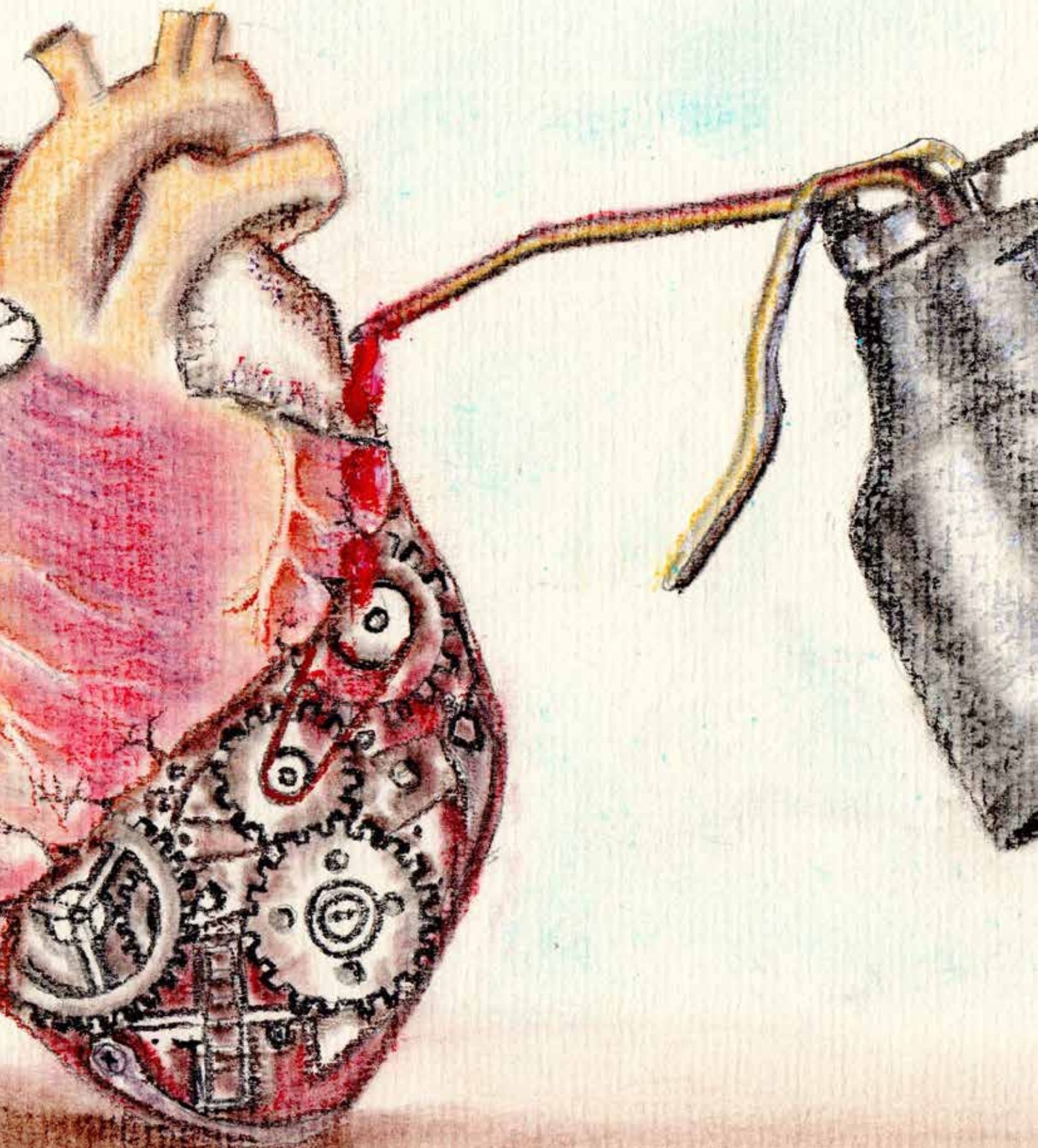


ANDRÉ ABÍLIO RODRIGUES
Enfermeiro SIV/VMER

BIBLIOGRAFIA

1. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support; DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
2. Manual de Suporte Avançado de Vida - INEM- versão 2.0 - 1ª Edição 2020, p. 189-193
3. Programa de edição de fotos: Paint®

LIFE SAVING



RISCO CARDIOVASCULAR, REDUZA O SEU – TODOS OS MINUTOS CONTAM!

Dina Bento¹

¹Assistente Hospitalar de Cardiologia- Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Unidade de Faro.

A doença cardiovascular aterosclerótica é uma causa principal de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos e tem como principais expressões o enfarte agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença arterial periférica. Os fatores de risco major que conduzem ao seu desenvolvimento são bem conhecidos: tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidade.¹

Relativamente à **dislipidemia** continua a ser difundido nas redes sociais e alguns órgãos de comunicação social o “mito do colesterol e das estatinas”. Na comunidade científica não existem dúvidas de que os benefícios associados à redução do colesterol-LDL são enormes com evidência em centenas de milhares de doentes.¹

A **hipertensão arterial** é uma causa major de doença cardiovascular e o risco de mortalidade aumenta de forma linear com a elevação da pressão arterial sistólica e/ou diastólica.¹ O **tabagismo** é responsável por 50% das mortes evitáveis nos fumadores, conduzindo a uma redução da sobrevida em cerca de 10 anos.¹

A **diabetes mellitus** aumenta o risco em 2 vezes de desenvolver doença cardiovascular aterosclerótica.¹ A prevalência da **obesidade** tem aumentado substancialmente nas crianças, adolescentes e adultos. Verifica-se que existe uma relação linear entre o índice de massa corporal e o risco de mortalidade por causas cardiovasculares.¹

Perante a evidência supracitada a prevenção primária deveria ser uma preocupação primordial, com início logo após o nascimento e perdurar ao longo de toda a vida. A desejada prevenção assenta na adoção de um estilo de vida “saudável”.

Os benefícios da **atividade física regular** são inquestionáveis, com evidência no controlo/prevenção dos fatores de risco cardiovascular e consequente redução de mortalidade.

A **Sociedade Europeia de Cardiologia** recomenda a prática de 150 minutos/semana de atividade física aeróbica de intensidade moderada (caminhada, corrida, ténis, natação, pilates,...).¹ É reconhecido que atividades de menor duração têm também benefício cardiovascular sendo possível adotar a premissa “todos os minutos contam”.

Paralelamente à atividade física, a **alimentação** tem um impacto enorme no risco cardiovascular. Está recomendada a adoção de uma **dieta mediterrânica** ou similar contemplando mais alimentos de origem vegetal, redução de consumo de gorduras saturadas e carnes vermelhas, redução do consumo de sal (<5g/dia), açúcares (bebidas e alimentos) e álcool. O consumo de fruta, vegetais, fibras e frutos secos deve ser encorajado.¹

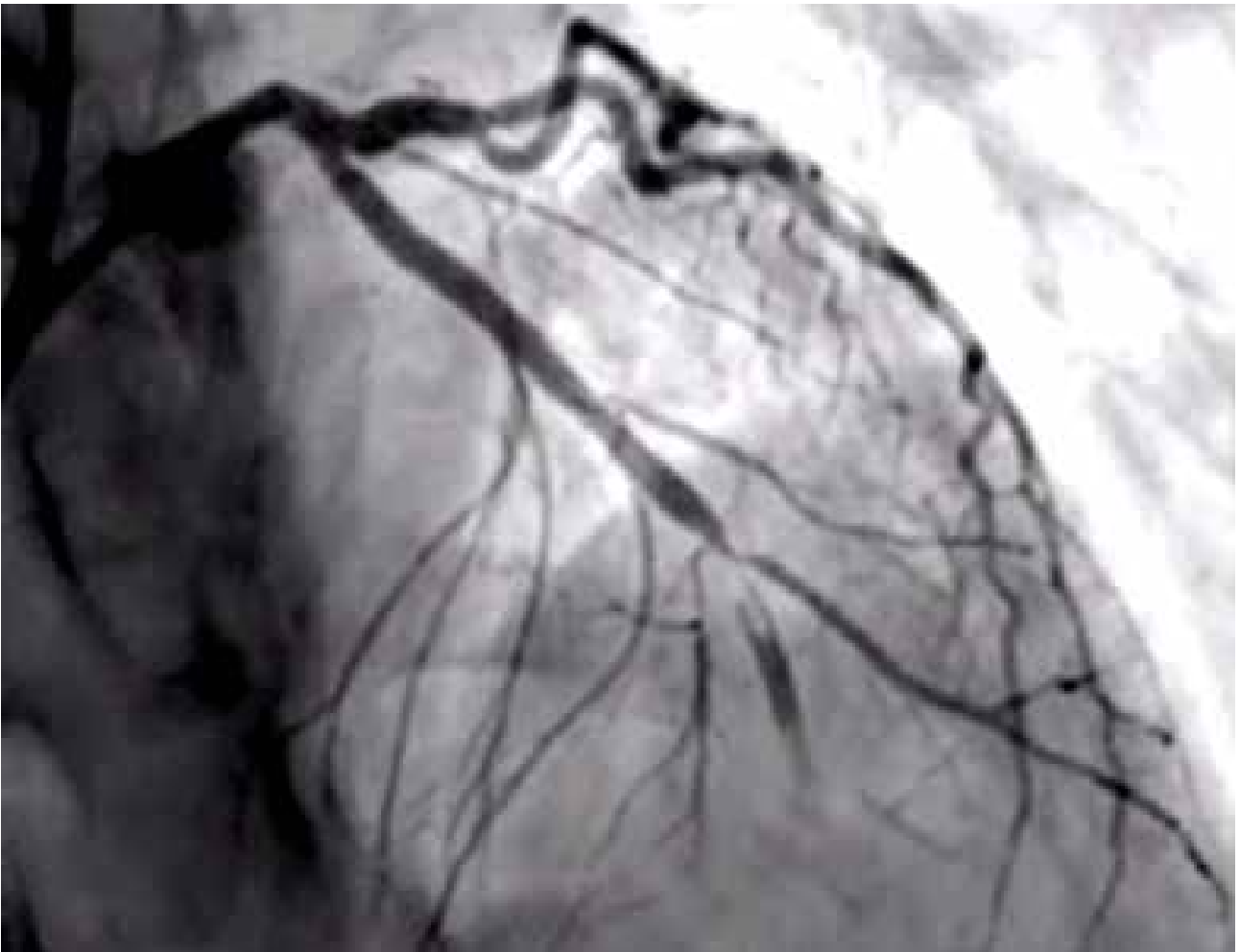
E por último mas não menos importante, a **cessação do tabagismo** é uma medida crucial para o aumento da sobrevida com qualidade.

Com estas “simples” medidas é possível **reduzir o risco cardiovascular e prevenir o desenvolvimento de doenças cardiovasculares**. Os valores de pressão arterial, colesterol-LDL e glicemia sofrem reduções significativas quando existe um cumprimento efetivo de um estilo de vida saudável com consequente redução ou mesmo suspensão da terapêutica farmacológica.


Concomitantemente, o peso corporal também se reduz conferindo maior vitalidade e motivação para manter os hábitos saudáveis. Para atingir o

LIFE SAVING





sucesso não devem ser estabelecidos objetivos demasiado ambiciosos. Devem ser definidas etapas de atividade física de pequena duração, com aumento progressivo de acordo com tolerância física, como são exemplo etapas de 10 minutos diários.

Porque todos os minutos efetivamente contam, reduza o seu risco cardiovascular 

BIBLIOGRAFIA

1. Visseren, F.L., Mach, F., Smulders, Y.M., Carballo, D., Koskinas, K.C., Böck, M., Athanase Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J.M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C.H., Desormais, I., Angelantonio, E., Franco, O.H., Halvorsen, S., Hobbs, R., Hollander, M., Jankowska, E.A., Michal, M., Sacco, S., Sattar, N., Tokgozoglul, L., Tonstad, S., Tsioufis, K., van Dis, I., van Gelder, I.C., Wanner, C., Williams, B.; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. S. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.

EDITORA



SILVIA LABIZA
Enfermeira VMER
Heli INEM



UMA VIAGEM À ÁFRICA ESPANHOLA: O SISTEMA DE EMERGÊNCIA MÉDICA DE MELILLA

Entrevista: Dra. Ana Gómez Anes¹

¹ Coordenadora do Serviço de Emergência de Melilla (061)

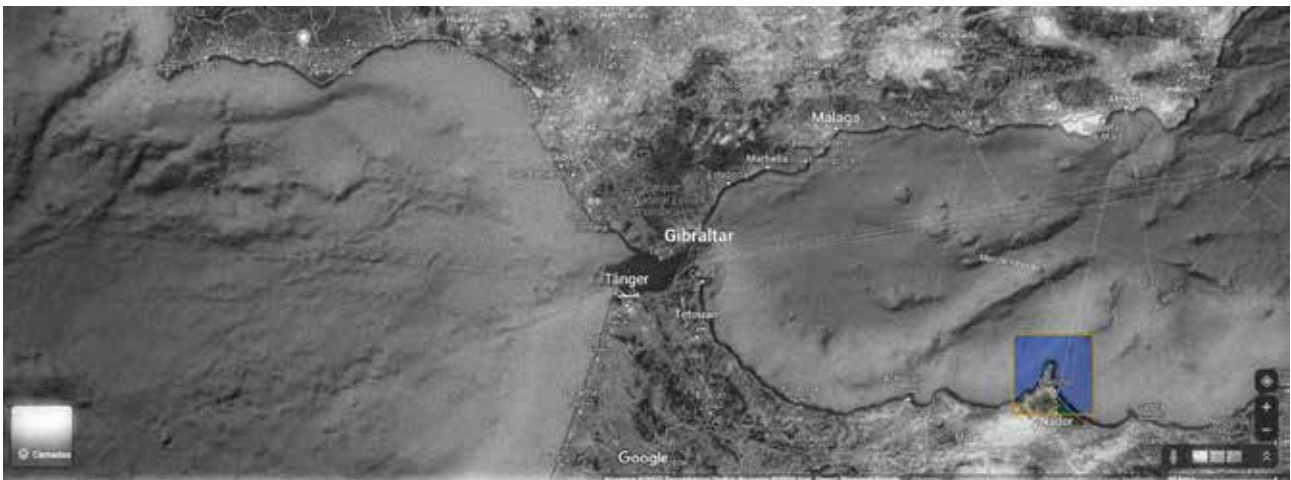


Figura 1: Localização geográfica de Melilla

Estimados lectores,

Nesta edição da rubrica Emergência Internacional iremos realizar uma viagem até África sem sair da Europa! Parece algo difícil de perceber mas iremos explicitar tudo já de seguida. Vamos visitar Melilla ou Melilha, cidade autónoma espanhola situada no norte de África. Situa-se no coração da região de Rife e tem cerca de 90.000 habitantes, faz fronteira terrestre com Marrocos e marítima com o Mar de Alborão. Neste sentido esta região apresenta várias particularidades fruto da sua posição geográfica e da sua história, assim como da sua atividade cultural e económica, resultado da convivência dos cristãos, muçulmanos e judeus

desde o século XIX. Melilla depende administrativamente de Espanha, tal como Ceuta, por exemplo. Como podem imaginar as relações entre Marrocos e Espanha neste aspeto são difíceis e tem sofrido grandes desafios nos últimos anos por reivindicações de soberania, pela tentativa de cruzamento fronteiras por parte de refugiados, nomeadamente menores sem estarem acompanhados pelos seus pais. Estas particularidades acima referidas criam imensos desafios ao sistema de emergência pré-hospitalar desta região, que se vê obrigado a demonstrar diariamente uma grande capacidade de organização e adaptação constantes, pois é um sistema completamente

autónomo e tem de dar resposta a ocorrências ímpares e muito distantes da realidade de todo o território Espanhol e mesmo da Europa. Para nós era desafiante conhecer esta realidade e perceber de que forma estava organizado este sistema de emergência que se vê obrigado a dar resposta a situações de emergência médica, trauma, catástrofe, ajuda humanitária e com doenças que são pouco prevalentes na nossa realidade, por exemplo o Ébola. Para nos ajudar a compreender todo este sistema vamos conversar com a Dra. Ana Gómez Anes (AA), coordenadora do serviço de emergência de Melilla (061). Desde já agradecemos imenso a sua colaboração e ter aceite o nosso convite.



Figura 2: Assistência a barco com migrantes



Figura 3: Equipa 061 de Melilla

(LS) 1. Como é começou o seu percurso em Melilla?

(AA) Como qualquer médico que é convidado e o primeiro pensamento é: “tão longe, cruzar o estreito, conseguirei adaptar-me?”. No ano 2000 Espanha tinha excesso de médicos, muito diferente da realidade de hoje, e isso coincidiu com a criação do serviço de emergência pré-hospitalar de Melilla. Era um projeto apaixonante porque eu era médica de família, mas sempre gostei da medicina desde todos os pontos de vista e nessa altura a única que ainda não tinha feito era urgência. Tive uma formação previa exaustiva e a seguir colaborei na criação do 061 de Melilla.

(LS) 2. Quais foram as principais dificuldades que encontrou?

(AA) A particularidade do 061 de Melilla está de acordo com o que é a cidade. Melilla é uma ilha no território de Marrocos, de 12km², quer para o bom quer para o mal. Melilla é um conjunto de culturas com diferenças muito marcadas. Antes da pandemia atendíamos doenças múltiplas que em Espanha têm uma prevalência muito baixa, por exemplo malária, e atendíamos partos em ambiente pré-hospitalar na grande maioria fruto de gravidez não vigiada e com várias doenças pré-natais, por exemplo ictiose. Além disso como somos o hospital



Figura 4: Campanha durante o covid

de referência do norte de Marrocos também assumimos acidentes graves, queimados e politraumatizados. E devido as diferenças culturais, por vezes não falam espanhol e isso adiciona uma grande dificuldade na assistência medica. Podemos ver como alguns setores da sociedade atiram sempre pedras cada vez que veem uma ambulância, uma ironia já que estamos para ajudar.

(LS) 3. Tem alguma situação que a marcou especialmente?

(AA) Sim. Avisaram que vinha um barco com umas 20 pessoas, tudo aconteceu por volta das 22:00 horas, e não fomos avisados do estado no qual se encontravam. Foi ativada a ambulância medicalizada e uma ambulância convencional que leva o material todo de Suporte

Avançado de Vida (SAV), o meu enfermeiro e eu estávamos fora de serviço nesse dia, mas eu atendo sempre o telemóvel e fomos lá. Quando chegamos ao local, já lá estava a proteção civil, a Guarda Civil e uma ambulância. Quando chegou a embarcação pedimos para descerem os que consigam andar (triagem de catástrofe), porque não se conseguia ver quem é que estava ferido e as condições de gravidade. Quando fomos abordar detetámos 7 pessoas em paragem cardio-Respiratória (PCR), importa relembrar que nas situações de PCR com hipotermia se prolonga o tempo de reanimação cardio-pulmonar (RCP), motivo pelo qual foi dramático, eram pessoas novas sem documentação e tinham aspeto de estar bem cuidado. Ou seja, eu pensava se os pais tinham conhecimento da situação, será que têm família? Foi muito duro física e psicologicamente.

(LS) 4. Qual a preparação que fizeram para o COVID?

(AA) Nós temos uma ambulância medicalizada e adaptada para uma equipa de médico, enfermeiro e técnico. Depois temos uma outra sem pessoal, mas equipada para sair. Quando a pandemia já estava na China, nós tínhamos reposto todo o equipamento de proteção individual (EPI) a pensar no Ébola, por isso não tivemos falta de material de proteção. No início criámos circuitos e protocolos de desinfeção do material, começamos com tendas emprestadas pelos militares que voaram com os ventos de Melilla ou então ficaram inundadas, até que o Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa) nos deu uma estrutura estável que é a que temos agora. Desde as primeiras informações sobre o covid, adaptámos os recursos que tínhamos,



Figura 5: Simulacro de emergências

nomeadamente: tratamento da chamada, triagem de sintomas e transporte ao hospital. O Ingesa aumentou o número de ambulâncias, e a ambulância que tínhamos disponível durante 16 horas passou para 24 horas. Temos que ter em conta que os tempos de reação aumentaram porque tínhamos que vestir os EPI's, e ao terminar tínhamos que desinfetar a ambulância e tirar todo EPI, pelo que uma ambulância demorava mais a ficar disponível.

(LS) 5. Existem algumas lições aprendidas que possa partilhar conosco?

(AA) 061 é um serviço que foi criado para situações de exceção, muitas das que encontro lá podiam acontecer hipoteticamente nos protocolos já estabelecidos, mas ainda assim, a realidade supera o hipotético, por isso a proteção, o treino prévio, a antecipação, são termos que já fazem parte do nosso dia a dia.





Agradecemos muito o seu contributo e disponibilidade para esta entrevista. Compreendemos que os protocolos pré-estabelecidos são os mesmos, nomeadamente a abordagem a vítima, fármacos de emergência, entre outros, mas reconhecemos que existem situações que só se conseguem resolver com uma equipa muito treinada, com perspicácia e eficiência para desenvolver a atividade de emergência em situações de dificuldade elevada e risco acrescido, até do ponto de vista de segurança da própria equipa.

Queremos enviar a nossa solidariedade para todas as equipas de emergência de Melilla e que continuem a defender a vida humana apesar de todas as dificuldades.

Muito Obrigado!

Eva Motero e Ruben Santos

EDITORA



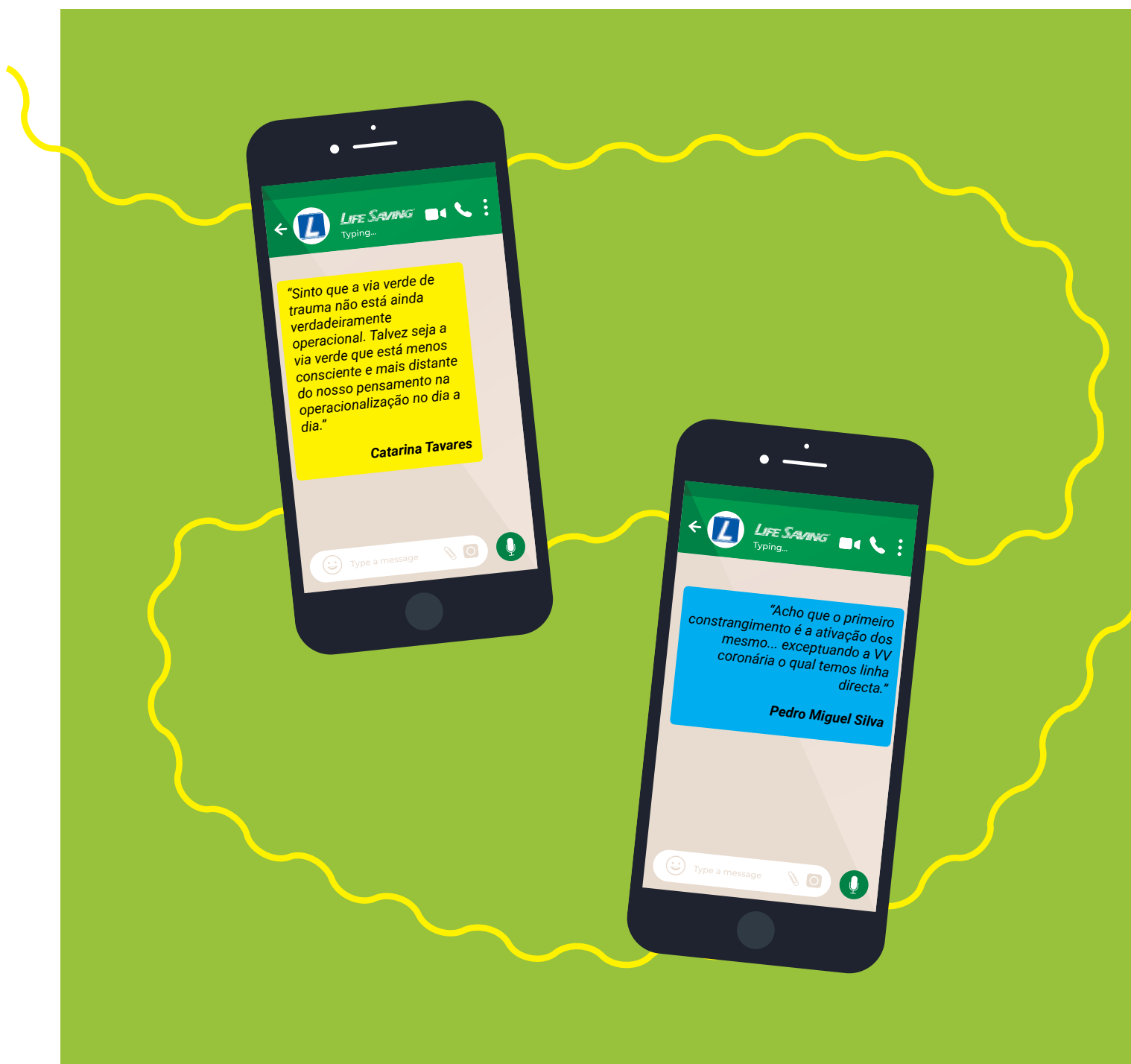
EVA MOTERO
Médica VMER

EDITOR



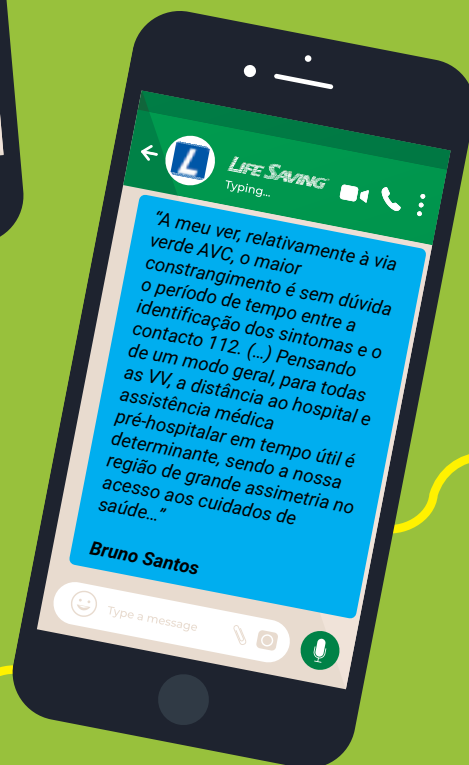
RUBEN SANTOS
Enfermeiro VMER

"VIA VERDE AVC, TRAUMA, ... CONSTRANGIMENTOS SENTIDOS NO TEU DIA A DIA?"



**NOTA DO EDITOR**

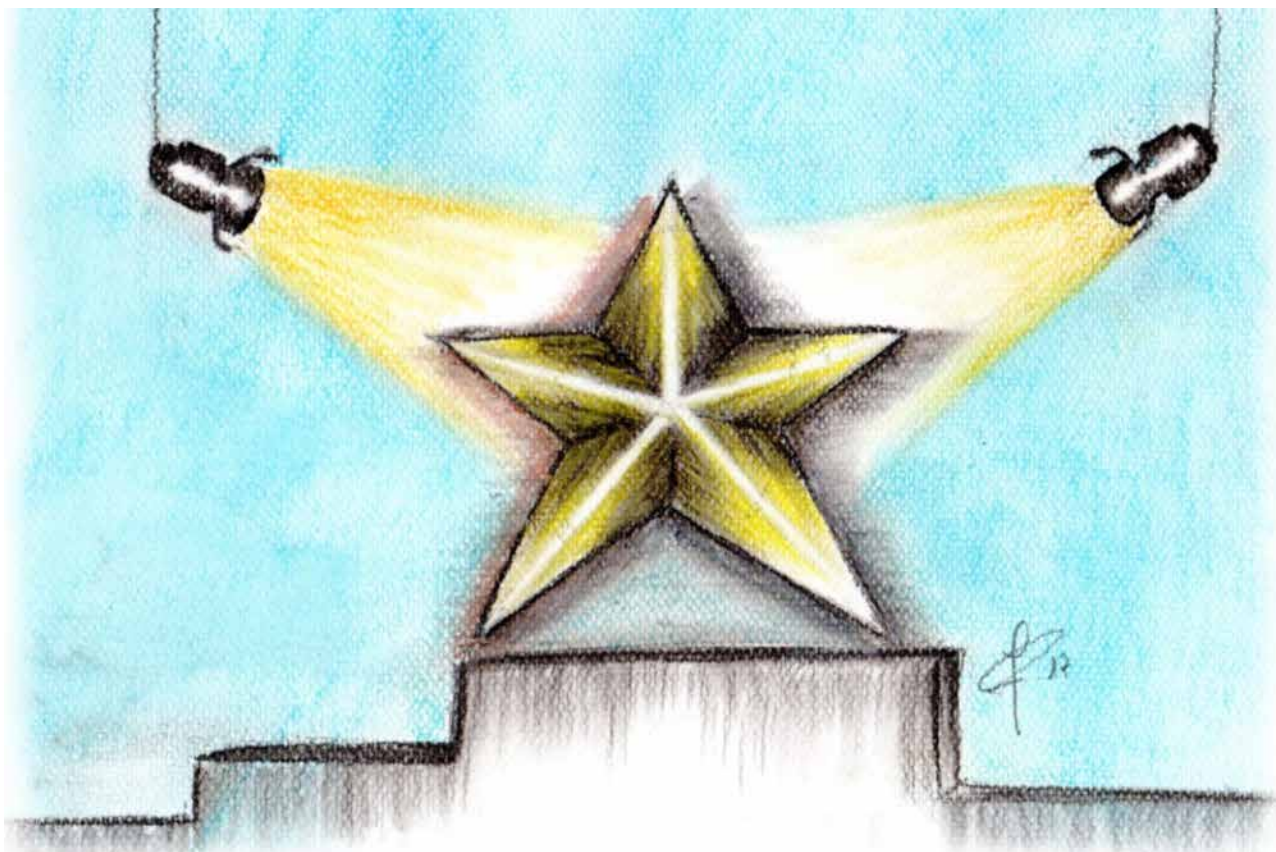
As respostas obtidas à questão colocada na Tertúlia VMERista são da exclusiva responsabilidade dos intervenientes no "inquérito", e que são opiniões estritamente pessoais, das quais a LIFESAVING necessariamente se demarca...



EDITOR



NUNO RIBEIRO
Enfermeiro VMER
TIP



UM PEDACINHO DE NÓS

Ana Rodrigues¹, Teresa Castro²

¹Enfermeira das VMER de Faro e Albufeira,

²Enfermeira da VMER de Albufeira

Neste novo ano 2023 estamos de volta, com a nossa rubrica “Um Pedacinho de Nós”, com mais um ilustre convidado, **Frederico Magalhães**, Enfermeiro da VMER Faro/Albufeira, nascido a 16 de Julho de 1983, natural de Amarante, cidade situada na sub-região do Tâmega e Sousa, pertencente ao distrito do Porto.

Todo o seu percurso académico, foi realizado no Algarve e em Évora. Trabalha atualmente na Unidade de Saúde e Segurança do Município de Albufeira, no Serviço de Urgência Básica de Albufeira (SUB - Albufeira), e também como enfermeiro da VMER no Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA). É também o

Responsável Técnico do Programa de Desfibrilhação Automática Externa (DAE) do Município de Albufeira.

O apoio da família é muito importante para a gestão familiar face ao Stress do trabalho por turnos e acredita que: “... *nenhum objetivo na nossa vida é atingido sem o apoio dos que nos rodeiam, por isso para mim a forma mais bonita e especial é ser grato a cada um dos membros da minha família que estão e estiveram sempre ao meu lado, o que me permitiu chegar onde estou e continuar a sonhar sempre com novos objetivos, sejam eles, na minha área profissional ou pessoal.*”

No que respeita à Enfermagem e à gestão de toda a parte familiar e

social, sempre foi e será um grande desafio, uma vez que existem diversos fatores, como por exemplo a carga horária e o trabalho por turnos (rotativos), que interfere tanto na qualidade de vida e saúde, como também a nível social e familiar. Sente que, as condições de trabalho terão sempre um impacto significativo nas nossas vidas, e aproveita o momento, para deixar um desafio aos Serviços de Saúde Ocupacional: “... *monitorizarem e perceberem, em que ponto nos encontramos e quais os riscos que corremos diariamente, qual o impacto direto nas nossas vidas profissionais e familiares? Por vezes, é a própria*

família que se apercebe da alteração de comportamentos da nossa parte..."

Considera que, é através do nosso horário de trabalho que fazemos o planeamento de atividades em família, de lazer, de convívio social e desportivas. O que sente é que, por vezes o dia torna-se pequeno para realizar tudo o que gostaria de fazer, e daí, por vezes, não se conseguir um equilíbrio entre o tempo de trabalho e o tempo fora do trabalho.

O trabalho por turnos, também pode condicionar uma série de aspetos das nossas vidas pessoais, na mesma medida que também pode trazer uma série de vantagens, dependendo da perspectiva e da filosofia de vida de cada um de nós.

Na verdade, confessa que foi após a sua integração como Enfermeiro do Trabalho no Município de Albufeira ficou mais sensível a um conjunto de situações a que os colaboradores podem estar expostos durante a sua atividade laboral. Os Riscos Psicossociais (Ritmo de Trabalho; o Envelhecimento Ativo; Aumento da Carga de Trabalho; Difícil Conciliação família/trabalho; Elevadas Exigências; Stress e a Violência; Relação profissional/chefia; Relação profissional/colega; Relação profissional/organização; entre outras) e a cultura das Organizações têm um impacto direto no aumento do absentismo.

No entanto, e numa conversa mais intimista reflecte sobre que impacto terá o trabalho por turnos (Roulement) a longo prazo na nossa saúde, na nossa família: "...estaremos nós, como seres humanos capazes de trabalhar desta forma durante anos, certamente e falando por mim, claramente que não. Todos nós temos os nossos objetivos pessoais e profissionais, e uma parte deles implica termos condições



financeiras para os poder concretizar e daí resultar em fazermos 2 e 3 trabalhos, e muito facilmente vamos atingir 300 horas mensais!!!... Estaremos nós capazes de implementar medidas de prevenção a nível individual?... para assim desenvolvermos condutas por forma a: eliminar as fontes de stress ou que neutralizem as consequências do mesmo; promover estratégias de assertividade; "desligar" do trabalho fora do horário laboral e definirmos objetivos reais e atingíveis para que o seu impacto, tenha menos consequências nas nossas vidas pessoais."

Quanto aos principais interesses, aptidões e capacidades, diz-nos que desde os seus 10/11 anos de idade pratica desporto. Começou pelo atletismo, até ao escalão de iniciados, onde foi campeão regional de cortamato por 3 anos consecutivos, e fez parte da Seleção do Algarve em Marcha Atlética ficando em 2º e 3º lugar em Estafeta, também pela Seleção do Algarve. Com os seus 17/18 anos de idade foi fazer o seu 1º treino num ginásio e à data atual, resulta já em cerca de 20 anos nesta modalidade, que de certa forma é um pouco traiçoeira, uma vez que: "...é

muito difícil ganhar músculo, mas por outro lado, é muito fácil perdê-lo!!! ..., no entanto a maturidade muscular ajuda!". Como hobby e fonte de prazer, gosta muito de andar de Karting e adora viajar pelo mundo.

No que se refere à gastronomia, a qual elogia desde logo por considerar que no Algarve somos uns privilegiados, pois a nossa alimentação é rica e variada, e diz-nos que tenta cumprir uma "boa educação alimentar". Considera que o nosso mar é a característica mais marcante da nossa culinária Portuguesa. Sempre que se refere ao Algarve, assume que esta região, na verdade não foi escolhida por si, mas sim pelos seus pais. Reside no Algarve desde os 3 anos de idade e por aqui foi ficando até hoje, no entanto sempre que é possível gosta de viajar até à sua terra de origem, onde tem grande parte da sua família materna e paterna e gosta de: "... sentir aquela energia do campo e das pessoas!". O Algarve também tem imensas coisas positivas, desde as suas praias fantásticas, à sua gastronomia e ao seu clima, no entanto não é fácil viver no Algarve, pelo elevado custo de vida

LIFE SAVING



que nos é imposto e exigido. Quanto ao seu percurso profissional, Frederico diz-nos que realizou o Curso de Formação Inicial de Bombeiro nos B.V. de Albufeira e foi aí que surgiu o carinho pela área do pré-hospitalar. Com a transferência do CHA- Faro para o SUB- Albufeira, surge a oportunidade da realização do Curso de Suporte Imediato de Vida (SIV), integrando a equipa da Ambulância SIV sediada no SUB - Loulé e posteriormente a formação para operacional da VMER. Transmite-nos ainda que, quando é real e tudo funciona como o esperado, o sentimento é muito positivo, fazendo-nos sentir que, fizemos a diferença na vida de uma pessoa!!!


Realça que, tal como muitos de nós Enfermeiros, na nossa formação de base aprendemos a desenvolver atividades e técnicas que normalmente são exercidas em um contexto organizado numa Instituição de Saúde. Porém, na área do pré-hospitalar existe a necessidade de aplicarmos conhecimentos e habilidades técnicas muitas vezes improvisadas através da exigência da criatividade, iniciativa e consciência profissional para não excedermos determinados limites e nem deixar de prestar os cuidados de qualidade. No entanto, por vezes deparamo-nos com situações menos agradáveis, mas que naturalmente não podemos deixar de agir. Testemunha 2 situações complicadas, designadamente:

1. Um homem de 75 anos de idade, vítima de um incêndio florestal, resultando 93 % da superfície corporal queimada, que ainda se encontrava consciente na nossa abordagem inicial e que apenas lhe restavam umas sandálias em pele calçadas, completamente derretidas pela elevada temperatura a que esteve

exposto. Desde a dificuldade em proteger a via aérea, passagem de dados a solicitar o helitransporte, e com a ambulância a ficar sem luzes interiores a 2 km do CHUA – Faro, como devem calcular tivemos tudo para correr mal e o desfecho foi mesmo o pior;

2. Um outro episódio bastante delicado, também foi um jovem adulto de 23 anos de idade, vítima de um enforcamento, após várias tentativas de suicídio nos meses anteriores e vários internamentos, e que infelizmente conseguiu concretizar o seu intento. Foi uma ativação bastante delicada, uma vez que a vítima foi encontrada pelas autoridades e foram estas que informaram a família, pois estava desaparecido desde o início do dia. À nossa chegada, a família e um aglomerado de 15/20 pessoas já se encontravam a cerca de 500 metros do local, no cimo de uma ravina e o que mais o "marcou" foi: "... os gritos daquela mãe e daquela irmã de 12 anos de idade, que possivelmente já previam o pior resultado, não sei!!!"

Por fim, conta-nos como é importante a gestão do factor psicológico nas situações complicadas, e na sua sincera opinião, tudo de baseia no stress que nos rodeia, desde o momento da nossa ativação, até ao cenário com a vítima, e a partir desse momento sentirmos que existe um desequilíbrio entre as exigências que nos são colocadas e a nossa capacidade de responder. Sem dúvida que, a intensidade deste stress tem uma ligação direta com o que já foi abordado anteriormente, que são os Riscos Psicossociais, a que poderemos estar expostos. No entanto, procura sempre, e através das pesquisas que realiza, aplicar algumas técnicas que o ajudaram a gerir situações mais complicadas,

designadamente: uso da assertividade; definição de barreiras; da resiliência; realização de um *debriefing* com os elementos da equipa, e resta a consciência de que dentro dos recursos humanos e materiais disponíveis aplicou e tudo fez independentemente do resultado final. Em 2022 realizou uma missão em Dulombi (Guiné), e depois desta vivência, sente que cresceu como pessoa a vários níveis e obteve mais ferramentas e estratégias que o ajudaram realmente a gerir melhor e mais eficazmente muitas situações complicadas e delicadas. Termina a sua entrevista, referindo-nos que: *"Hoje sinto-me uma pessoa muito grata de tudo o que tenho, e aprendi a agradecer mais.... Aprendi que quando a nossa motivação é maior do que a vontade de desistir, a vitória é nossa!"* 

Quanto ao futuro, remete-nos para este pensamento de Paulo Coelho: **"O mundo está nas mãos daqueles que têm a coragem de sonhar e de correr o risco de viver seus sonhos."**

Paulo Coelho – Escritor

EDITORA

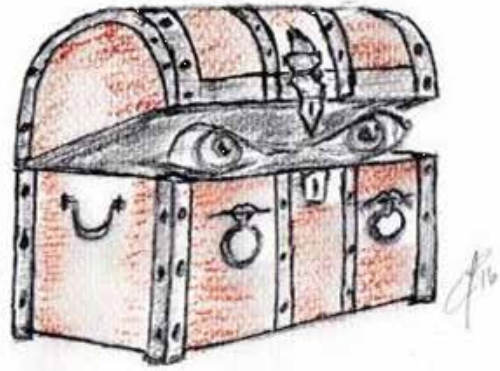


ANA RODRIGUES
Enfermeira VMER
Heli INEM

EDITORA



TERESA CASTRO
Enfermeira VMER

**Pedro Oliveira Silva ¹**¹ Médico VMER

Numa noite fria de dezembro, a VMER de Faro foi ativada para uma paragem cardiopulmonar numa aldeia simpática do concelho de Tavira, onde todas as estradas parecem as mesmas e todas as curvas parecem intermináveis, especialmente com um nevoeiro incaracterístico em terras algarvias. Conseguimos rapidamente chegar à periferia do suposto local, mas como,

infelizmente, demasiadas vezes acontece, estava mal localizado, ... e como tal, fomos explorando o local, enquanto do outro lado da linha telefónica nos punham em contacto com a família da vítima para melhor localização. Nesta marcha mais lenta, somos interpelados por um senhor, onde a idade não se representa em números mas sim em experiência, que nos

assinala, movendo quase violentamente os braços, a sua figura. À aproximação, num tom muito pouco harmonioso – “*Ainda bem que chegaram, estava mesmo a precisar de boleia para casa*”. Depois de um sorriso esbatido e de informar que o carro amarelo não era um táxi, continuamos a nossa marcha de emergência [L](#)



Congressos e Cursos

ICE 23 – INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY

| 14 abril 2023

| Lisboa

EDITOR



PEDRO OLIVEIRA SILVA
Médico VMER
CODU

LIFE SAVING talks

"A dar que falar" na Emergência Médica desde 2016





ABC
ALGARVE BIOMEDICAL CENTER

ABC DISTINGUE PREMIADOS NOS PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E TRANSLACIONAL BY ABC



A cerimónia de entrega dos Prémios de Investigação Clínica e Translacional em nome dos homenageados José Mariano Gago e João Larguito, decorreu no dia 28 de novembro, no Auditório da CCDR, em Faro, e atribuiu os prémios de investigação aos investigadores José

Bragança e Marco Campinho. Os prémios são atribuídos aos melhores projetos em investigação clínica e translacional, sendo-lhes concedido um financiamento de 100 mil euros para a sua execução e contribuindo, assim, para o desenvolvimento da investigação

científica no Algarve. O financiamento é suportado por fundos da Associação para o Desenvolvimento do Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve (AD- ABC).



VII Symposium

Portuguese GLIAL NETWORK

ALGARVE
**ALBUFEIRA MUNICIPAL
AUDITORIUM**

02·MAY

Keynote Speaker: Amanda Sierra

Invited Speakers: Ana Luísa Cardoso, Christa Rhiner,
Corrado Cali, Juliana Rosa, Renzo Mancuso

satellite event of:



Sponsors:



DIGITAL HEALTH SUMMIT 2022



O **DIGITAL HEALTH SUMMIT 2022** foi um Evento de 4 dias presencial e on-line (Pitch Ceremony) dedicado aos cuidados de saúde e ao futuro da saúde que decorreu no Funchal, na Universidade da Madeira - Colégio dos Jesuítas e no Museu da Electricidade de 14 de dezembro a 17 de dezembro de 2022.

O Evento, organizado pela **PREMIVALOR**, associada do **ABC** no **projecto COLAB**, e pela **H-INNOVA**, teve: Palestras, Networking, Startups, Stands de empresas e organizações. Em representação do **ABC** estiveram presentes a **Prof.ª Sandra Pais**, que tem ao longo dos anos colaborado com diversas iniciativas desta entidade e **Vânia Roberto**, que participaram na mesa-redonda:

- **FEDERATED LEARNING - What Hospitals and Other Healthcare Providers Can Learn With Each Other With Collaborative Projects**



Nesta mesa-redonda a **Prof.ª Sandra Pais** apresentou uma comunicação sobre a mudança do paradigma da saúde dum modelo médico curativo para um modelo integrado de saúde e social onde as comunidades têm um papel relevante na promoção da saúde dos cidadãos, com ambientes promotores de saúde e onde cada pessoa tem um papel relevante na adoção de estilos de vida saudáveis. Neste contexto foi dado destaque ao papel do ecossistema **Algarve**

Active Ageing (centro de referência para o envelhecimento ativo e saudável), bem como do **ABC** promovendo projectos e colaborações entre academia, o 3º setor e empresas com impacto na saúde da população algarvia. Segundo **Vânia Roberto**, foi uma excelente oportunidade para trocar experiências e conhecimento, assim como estabelecer novos contactos e colaborações, elementos valiosos para o sucesso de qualquer projeto em crescimento.

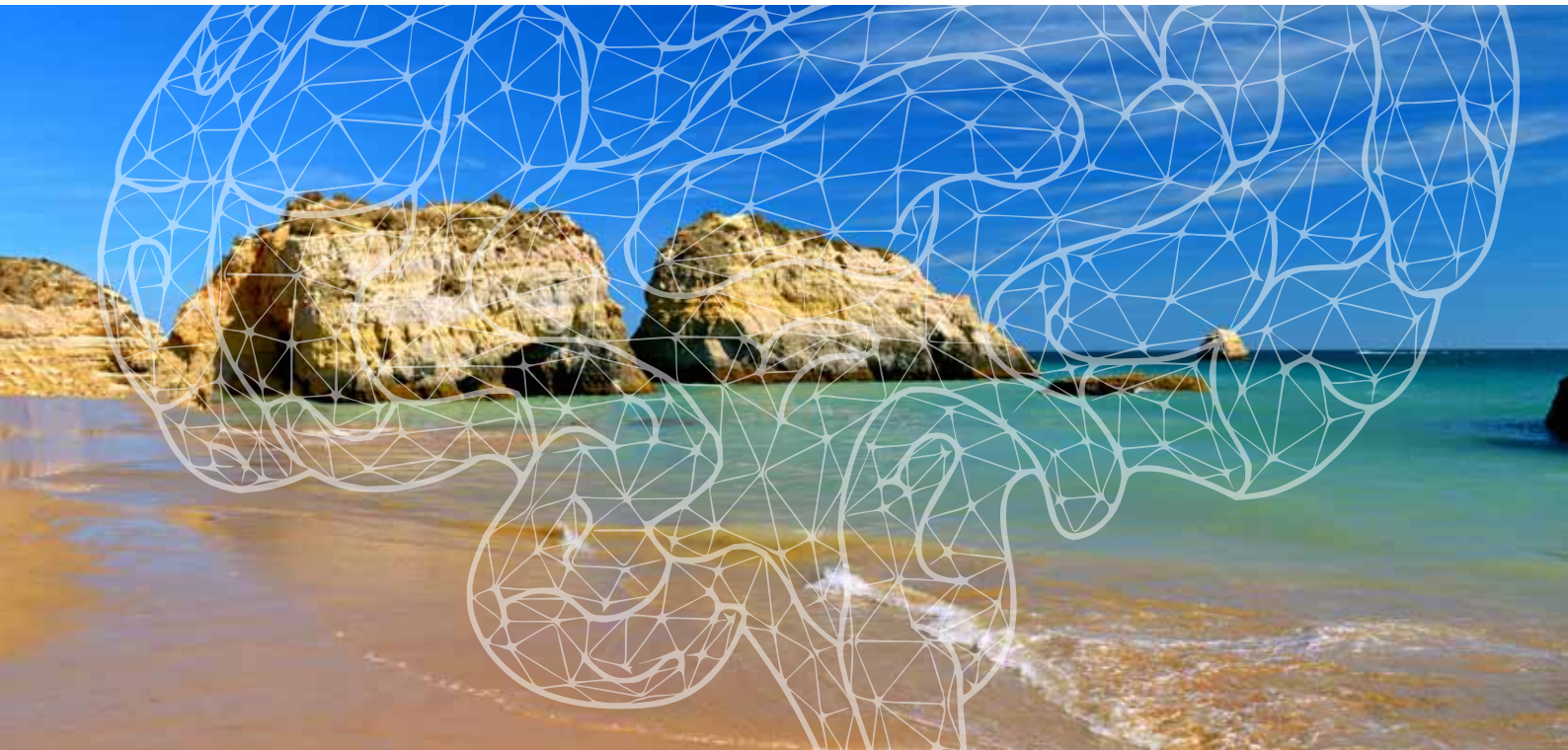


FRM 2023

FENS REGIONAL MEETING
3-5 MAY | ALGARVE, PORTUGAL
Salgados Palace Hotel



fensrm2023algarve.pt



*Be part of the
Neuroscience experience*

Organised by



Federation of
European
Neuroscience
Societies



SPN
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE NEUROCIÊNCIAS

Hosted by



ALGARVE BIOMEDICAL CENTER

Institutional Partners



ALGARVE BIOMEDICAL CENTER
RESEARCH INSTITUTE



UAIG FMCB
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E BIOMÉDICAS



ALBUFEIRA
MUNICÍPIO



TURISMO DE
PORTUGAL



REPÚBLICA
PORTUGUESA



AMAL
Associação de Municípios do Algarve

Sponsors



INTERNATIONAL BRAIN
RESEARCH ORGANIZATION



CONCURSO FRM 2023 - FENS REGIONAL MEETING (ALBUFEIRA, ALGARVE)

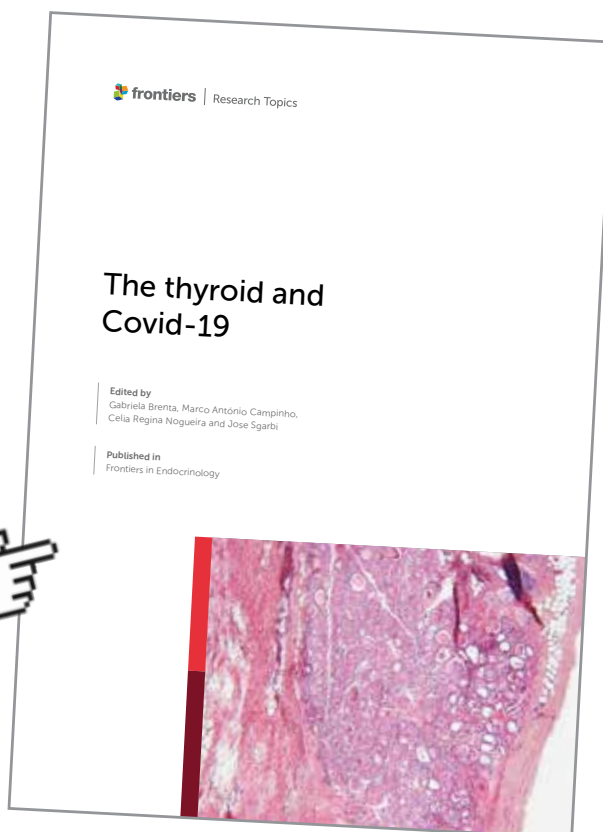
Fecharam no dia 31 Janeiro as inscrições para o Concurso de Fotografia da FRM 2023. O concurso cuja temática são as neurociências procura uma bela história contada através da fotografia. Mais informação em:

<https://fensrm2023algarve.pt/neuroscience-photography-contest/>



INVESTIGADOR ABC-RI EDITA LIVRO SOBRE RELAÇÃO ENTRE TIREOIDE E COVID-19

Marco Campinho, investigador principal do ABC -RI da UALG, publicou recentemente o e-book *The Thyroid and Covid-19*, publicado pela *Frontiers*, no qual explora a relação entre a tiroide e a COVID-19 e pretende fornecer novos dados clínicos e epidemiológicos sobre esta interação.



ALGARVE BIOMEDICAL CENTER RESEARCH INSTITUTE (ABC-RI): INVESTIGADORES DESCOBREM PROTEÍNA CRUCIAL NO DESENVOLVIMENTO DE DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS



Investigadores da Universidade do Algarve (UALg), grupo do qual faz parte, **Clévio Nóbrega, investigador principal do ABC -RI**, descobriram uma proteína "crucial" no desenvolvimento de duas doenças neurodegenerativas para as quais não existe, atualmente, qualquer terapia que possa atrasar ou parar a

sua progressão.

A publicação do artigo na **revista científica Brain** na qual dá a conhecer uma investigação pioneira que identifica uma nova proteína como alvo terapêutico para duas doenças neurodegenerativas raras e incuráveis: a ataxia espinocerebelosa tipo 2 e a ataxia espinocerebelosa

tipo 3 (também conhecida como doença de Machado-Joseph). A doença de Machado-Joseph apresenta uma predominância grande em Portugal, atingindo prevalência máxima a nível mundial em algumas ilhas dos Açores, segundo fonte da UALG.



ABC
ALGARVE BIOMEDICAL CENTER

Mourão C, Cartaxo V, Marques N.



APEMERG[®]

Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência

Ainda não é Membro?

Conheça as vantagens de ser Associado

- Entrada grátis em webinares formativos a organizar pela APEMERG;
- Descontos nos eventos a organizar pela APEMERG;
- Participar na Assembleia Geral da APEMERG, nos termos definidos nos estatutos;
- Prioridade na participação em projectos educacionais e estudos que a associação vier a promover;
- Convites para entrada em eventos de parceiros na área do doente crítico.
- Descontos em eventos realizados pelos nossos parceiros".

Como ser membro APEMERG

Para se inscrever como membro na Associação Portuguesa de Enfermeiros

Aceda [aqui](#)
com o seu smartphone



ICE
2023

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY



APEMERG

Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência



LEMBRETE

14 abril 2023 — LISBOA

www.apemerg.pt





ICE
2023

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY



GESTÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Emergency department management



INOVAÇÕES EM EMERGÊNCIA MÉDICA

Innovation in emergency



EXTREME MEDICINE



VIA VERDE CORONÁRIA

STEMI fast track

14 abril 2023

LISBOA
PORTUGAL

 www.apemerg.pt



APEMERG

Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência





ICE
2023

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY

14 abril 2023

LISBOA
PORTUGAL

REGULAMENTO PARA A SUBMISSÃO DE E-POSTERES



APEMERG[®]

Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência



ICE
2023

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY

14 abril 2023

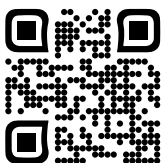
LISBOA
PORTUGAL

ICE 2023 – International Congress on Emergency

A comissão organizadora do ICE 2023 – International Congress on Emergency criou um espaço, para a divulgação e a partilha de trabalhos sob a forma de e-poster, com temas subordinados à temática da urgência e emergência que pela natureza do congresso serão privilegiados na sua aceitação.

Regras para submissão dos resumos:

1. A submissão será feita unicamente via email, com envio do resumo para apemerg.trabalhos@gmail.com
2. Data limite para envio dos resumos: 5 de Março de 2023 inclusivé.
3. Data limite para comunicação de aceitação dos resumos: 19 de Março de 2023.
4. Serão aceites trabalhos de casuística/investigação, casos clínicos e imagens com relevância na área da urgência e emergência.
5. Os resumos só poderão apresentar material original, não publicado ou apresentado previamente à realização do Congresso.
6. A estrutura do resumo deve atender aos seguintes itens: introdução e objetivos, métodos, resultados e discussão, conclusões, referências mais importantes. Não é admitida a referência a marcas comerciais de fármacos ou produtos médicos. Nos Casos Clínicos descarta-se a necessidade de incluir métodos ou resultados.
7. O resumo deve ter no máximo 2000 caracteres, incluindo espaços e pontuação.
8. Todas as abreviaturas devem ser definidas quando citadas pela primeira vez.
9. Os resumos aceites serão publicados exatamente como submetidos. Não serão possíveis alterações aos mesmos. A submissão do resumo constitui consentimento para efeitos de publicação no âmbito do Congresso.
10. Os trabalhos serão apresentados sob a forma de e-poster.
11. A comunicação com o(os) autor(es) será feita por via electrónica (e-mail), pelo que o endereço de e-mail do autor responsável pela apresentação deverá ser comunicado obrigatoriamente.
12. O(s) autor(es) pode(m) submeter mais do que um trabalho, desde que os mesmos não contenham dados iguais ou semelhantes.
13. Cada trabalho poderá ter no máximo 5 autores.
14. O primeiro autor será informado, via e-mail, da aceitação ou recusa do trabalho submetido, bem como da data, local e hora da sua apresentação. Em caso de aceitação ser-lhes-á também atribuído um código de referência relativo ao e-poster.



Rua Duarte Lopes 28 A
1950-098 Lisboa, PORTUGAL
apemerg@gmail.com
Tel: (+351) 966 226 022



Reg: 2016077703



APEMERG[®]
Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência



ICE
2023

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY

14 abril 2023

LISBOA
PORTUGAL

15. O autor que fará a apresentação deverá estar inscrito no evento e identificado como primeiro autor.
16. Todos os autores terão direito a certificado relativo ao trabalho aceite como autores ou co-autor.
17. O e-poster deverá obedecer às especificações divulgadas, com tempo limite de 3 minutos para apresentação e 2 de discussão.
18. Será nomeado um júri pela Comissão Científica para selecionar os candidatos aos melhores trabalhos. Os prémios a atribuir serão os seguintes:
 - 1º lugar: 150€ + inscrições dos autores no ICE 2024
 - 2º lugar: Menção honrosa + inscrições dos autores no ICE 2024
 - 3º lugar: Menção honrosa + inscrições dos autores no ICE 2024
19. Os trabalhos deverão ter obrigatoriamente o banner do congresso que será fornecido aos trabalhos aceites para apresentação.
20. A decisão de não aceitação dos resumos não é passível de recurso.

Regras relativas ao envio e apresentação dos e-poster:

1. Data limite para envio: **2 de abril de 2023**
2. Data limite de inscrição para autor(es) do e-póster – **24 de Março de 2023**
3. Os e-posters devem ser enviados em formato JPEG constituído por apenas 1 slide.
4. A janela de projeção deverá ser 16:9, vertical.
5. O e-poster deverá ser legível a 2 metros de distância.
6. Privilegiar tabelas e quadros ao invés de textos longos.
7. Os autores dos e-posters devem enviar os mesmos para o seguinte email: apemerg.trabalhos@gmail.com colocando no assunto a palavra «POSTERS ICE 2023» seguido do código referência atribuído ao trabalho.
8. No caso de algum dos autores dos resumos pertencer às comissões do evento, os e-posters respetivos não serão elegíveis para concurso.
9. Após enviado, não serem aceites novas versões ou correções ao poster.

Qualquer situação omissa neste Regulamento, será analisada pela Comissão Científica.



Rua Duarte Lopes 28 A
1950-098 Lisboa, PORTUGAL
apemerg@gmail.com
Tel: (+351) 966 226 022



Reg: 2016077703



APEMERG[®]
Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência



ICE
2023

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY

14 abril 2023

LISBOA
PORTUGAL

CrITÉrios de avaliaÇão:

A avaliaÇão dos e-pósteres terá como base os seguintes critérios não ordenados por preferênciA:

1. Qualidade da redaÇão e organizaÇão do texto
2. Rigor cientÍfico e qualidade do título
3. IntroduÇão
4. Metodologia
5. Resultados /Discussão
6. Conclusões
7. Referências Bibliográficas
8. Relevância clínica
9. Atualidade da informaÇão
10. ConstruÇão grÁfica do e-poster
11. Criatividade e originalidade
12. Cumprimento do tempo estipulado para apresentaÇão



Rua Duarte Lopes 28 A
1950-098 Lisboa, PORTUGAL
apemerg@gmail.com
Tel: (+351) 966 226 022



Reg: 2016077703



APEMERG[®]

Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência



ICE 2023

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY

14 abril 2023

LISBOA
PORTUGAL


www.apemerg.pt



BEST SITES

CIAV

O Centro de Informação Antivenenos (CIAV), foi criado em 16 de Junho de 1982 no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e trata-se de um centro médico de apoio na área da toxicologia, acessível por consulta telefónica

(800 250 250), a profissionais de saúde ou ao público em geral. É responsável pela prestação, em tempo útil, das informações necessárias e adequadas à abordagem correta e eficaz de vítimas de intoxicação 




<https://www.inem.pt/category/servicos/centro-de-informacao-antivenenos/>



TOXICOLOGY

A revista Toxicology divulga artigos de pesquisa originais, de elevada qualidade, e artigos de revisão sobre

qualquer tópico relevante no âmbito da toxicologia, submetidos a rigorosa revisão por pares 



<https://www.sciencedirect.com/journal/toxicology/about/aims-and-scope>



EDITOR



BRUNO SANTOS
Médico VMER

BEST APPS


Neste número apresentam-se 2 app's de simples utilização, que pretendem evitar acidentes.

A primeira, relacionada com o artigo sobre acidentes de mergulho apresentado na Lifesaving Scientific, pretende ser um auxílio para

mergulhadores. A segunda relacionada com a administração de doses tóxicas de 2 medicamentos que comumente temos nas nossas casas, e que por diversos motivos podem ser utilizados de forma perigosa.

DIVESAFE




Dive Safe é uma aplicação que ajuda os praticantes de mergulho a contabilizar as quantidades de gás necessário para o tempo e profundidade de mergulho, evitando acidentes 

[DiveSafe – Apps no Google Play](#)

PARACETAMOL E IBUPROFENO



Esta app permite ao utilizador, calcular a dose de paracetamol e de ibuprofeno de acordo com o peso, registar a hora da toma do medicamento e da temperatura, e partilhar registos com outros utilizadores (Ex: Pai e Mãe, que poderão ter os registos partilhados nos seus dispositivos).

Pretende com a sua utilização a prevenção de administração de doses tóxicas destes medicamentos 

[Paracetamol e Ibuprofeno – Apps no Google Play](#)

EDITOR



PEDRO LOPES SILVA
Enfermeiro VMER
Heli INEM

SUGESTÕES DE LEITURA



ISBI Practice Guidelines for Burn Care

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916301449>



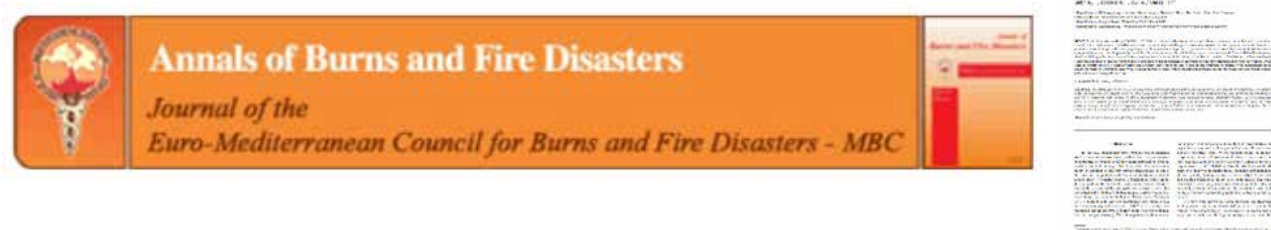
ISBI Practice Guidelines for Burn Care[☆]

ISBI Practice Guidelines Committee^{1,2}

ISBI Practice Guidelines Committee, Rajeev B. Ahuja, Nicole Gibran, David Greenhalgh, James Jeng, David Mackie, Amr Moghazy, Naiem Moiemem, Tina Palmieri, Michael Peck, Michael Serghiou, Stuart Watson, Yvonne Wilson, Ariel Miranda Altamirano, Bechara Atieh, Alberto Bolgiani, Gretchen Carrougher, Dale Edgar, Linda Guerrero, Marella Hanumadass, Lisa Hasibuan, Helma Hofland, Ivette Icaza, Leo Klein, Hajime Matsumura, Richard Nnabuko, Arash Pirat, Vinita Puri, Nyoman Putu Riasa, Fiona Wood, Jun Wu, Xia Zhao-Fan, Paul van Zuijlen, ISBI Practice Guidelines for Burn Care, Burns, Volume 42, Issue 5, 2016, Pages 953-1021, ISSN 0305-4179, <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417916301449>)

The airway in inhalational injury: diagnosis and management

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28592930/>



Sabri A, Dabbous H, Dowli A, Barazi R. The airway in inhalational injury: diagnosis and management. Ann Burns Fire Disasters. 2017 Mar 31;30(1):24-29. PMID: 28592930; PMCID: PMC5446904, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28592930/>

Burn Guidelines—An International Comparison

<https://www.mdpi.com/2673-1991/2/3/10>



Review

Burn Guidelines—An International Comparison

Katharina I. Koyro *, Alperen S. Bingoel, Florian Bucher and Peter M. Vogt

Koyro KI, Bingoel AS, Bucher F, Vogt PM. Burn Guidelines—An International Comparison. *European Burn Journal*. 2021; 2(3):125-139.

<https://doi.org/10.3390/ejb2030010>

State of the Art: An Update on Adult Burn Resuscitation

<https://www.mdpi.com/2673-1991/2/3/12>



Review

State of the Art: An Update on Adult Burn Resuscitation

Jacqueline M. Causbie ¹, Lauren A. Sattler ^{1,2}, Anthony P. Basel ^{1,3}, Garrett W. Britton ^{1,3,*} and Leopoldo C. Cancio ³

Causbie JM, Sattler LA, Basel AP, Britton GW, Cancio LC. State of the Art: An Update on Adult Burn Resuscitation. *European Burn Journal*. 2021; 2(3):152-167.

<https://doi.org/10.3390/ejb2030012>

The Accuracy of Prehospital Fluid Resuscitation of Burn Patients: A Systematic Review

<https://www.mdpi.com/2673-1991/3/4/44#>



Review

The Accuracy of Prehospital Fluid Resuscitation of Burn Patients: A Systematic Review

Alsaqabi F, Ahmed Z. The Accuracy of Prehospital Fluid Resuscitation of Burn Patients: A Systematic Review. *European Burn Journal*. 2022; 3(4):517-526.

<https://doi.org/10.3390/ejb3040044>

Prehospital management of burns requiring specialized burn centre evaluation: a single physician-based emergency medical service experience

<https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-020-00771-4>

Maudet et al. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*
(2020) 28:84
<https://doi.org/10.1186/s13049-020-00771-4>

Scandinavian Journal of Trauma,
Resuscitation and Emergency Medicine

ORIGINAL RESEARCH

Open Access

Prehospital management of burns requiring specialized burn centre evaluation: a single physician-based emergency medical service experience



Ludovic Maudet^{1,2,3*} , Mathieu Pasquier^{1,2}, Olivier Pantet^{1,4}, Roland Albrecht⁵ and Pierre-Nicolas Carron^{1,2}

Maudet, L., Pasquier, M., Pantet, O. et al. Prehospital management of burns requiring specialized burn centre evaluation: a single physician-based emergency medical service experience. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 28, 84 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00771-4>

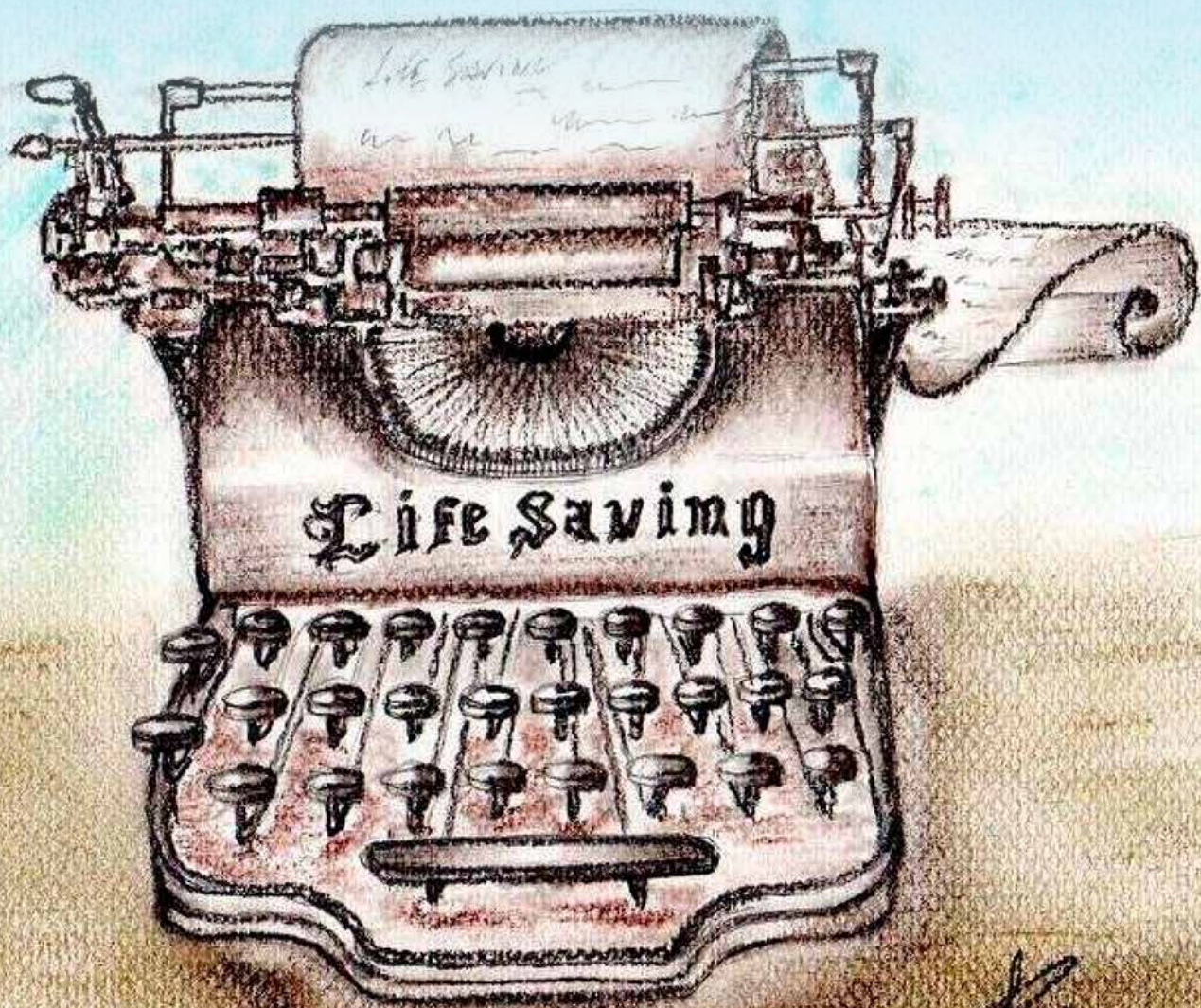


EDITOR



ANDRÉ ABÍLIO RODRIGUES
Enfermeiro SIV/VMER

LIFE SAVING



[Handwritten signature]

CRITÉRIOS DE PUBLICAÇÃO

ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO – Novembro de 2021

1. Objectivo e âmbito

A Revista **LIFESAVING (LF)** é um órgão de publicação pertencente ao **Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)** e dedica-se à promoção da ciência médica pré-hospitalar, através de uma edição trimestral.

A LF adopta a definição de liberdade editorial descrita pela World Association of Medical Editors, que entrega ao editor-chefe completa autoridade sobre o conteúdo editorial da revista. O CHUA, enquanto proprietário intelectual da LF, não interfere no processo de avaliação, selecção, programação ou edição de qualquer manuscrito, atribuindo ao editor-chefe total independência editorial.

A LF rege-se pelas normas de edição biomédica elaboradas pela *International Committee of Medical Journal Editors e do Committee on Publication Ethics*.

2. Informação Geral

A LF não considera material que já foi publicado ou que se encontra a aguardar publicação em outras revistas.

As opiniões expressas e a exatidão científica dos artigos são da responsabilidade dos

respectivos autores.

A LF reserva-se o direito de publicar ou não os artigos submetidos, sem necessidade de justificação adicional.

A LF reserva-se o direito de escolher o local de publicação na revista, de acordo com o interesse da mesma, sem necessidade de justificação adicional.

A LF é uma revista gratuita, de livre acesso, disponível em <https://issuu.com/lifesaving>. Não pode ser comercializada, sejam edições impressas ou virtuais, na parte ou no todo, sem autorização prévia do editor-chefe.

3. Direitos Editoriais

Os artigos aceites para publicação ficarão propriedade intelectual da LF, que passa a detentora dos direitos, não podendo ser reproduzidos, em parte ou no todo, sem autorização do editor-chefe.

4. Critérios de Publicação

4.1 Critérios de publicação nas rúbricas

A LF convida a comunidade científica à publicação de artigos originais em qualquer das

categorias em que se desdobra, de acordo com os seguintes critérios de publicação:

Nós Por Cá

- Âmbito: Dar a conhecer a realidade de actuação das várias equipas de acção pré-hospitalar através de revisões estatísticas da sua casuística. Dimensão: 250 palavras.

Tertúlia VMERISTA

- Âmbito: Pequenos artigos de opinião sobre um tema fraturante. Dimensão: 250 palavras.

Minuto VMER

- Âmbito: Sintetização para consulta rápida de procedimentos relevantes para a abordagem de doentes críticos. Dimensão: 1000 palavras

Fármaco Revisitado

- Âmbito: Revisão focada na aplicabilidade clínica de um fármaco usado em contexto de emergência pré-hospitalar;
- Estrutura: Título; Autores - máximo 1 (primeiro nome, último nome, título, afiliação); Introdução; Formas de Apresentação e Conservação; Posologia e Modo de Administração; Farmacocinética; Farmacodinâmica; Indicações

Terapêuticas; Contra-indicações; Efeitos Adversos e Interações medicamentosas; Take Home Messages; Referências

- Dimensão: até 1200 palavras (excluindo referências); até 10 referências

- Iconografia: deverá ser enviada uma imagem/fotografia associada ao tema da rubrica (em formato JPEG com resolução original)

Journal Club

- Âmbito: Apresentação de artigos científicos pertinentes relacionados com a área da urgência e emergência médica pré-hospitalar e hospitalar.

Dimensão: 500 palavras

Nós e os Outros

- Âmbito: Apresentação de artigos científicos ou artigos de opinião sobre a actuação de equipas de emergência pré-hospitalar não médicas.

Dimensão: 1000 palavras

Ética e Deontologia

- Âmbito: Apresentação de artigos científicos ou artigos de opinião sobre questões éticas desafiantes no ambiente pré-hospitalar. Dimensão: 1000 palavras

Legislação

- Âmbito: Enquadramento jurídico das diversas situações com que se deparam os profissionais de emergência médica. Dimensão: 500 palavras

O que fazer em caso de...

- Âmbito: Informação resumida mas de elevada qualidade para leigos em questões de emergência. Dimensão: 500 palavras.

Mitos Urbanos

- Âmbito: Investigar, questionar e esclarecer questões pertinentes, dúvidas e controvérsias na prática diária da emergência médica.

Dimensão: 1000 palavras.

Cuidar de Nós

- Âmbito: Diferentes temáticas, desde psicologia, emocional, metabólico, físico, laser, sempre a pensar no auto cuidado e bem estar do profissional. Dimensão:

500 palavras.

Pedacinho de Nós

- Âmbito: Dar a conhecer os profissionais das equipas de emergência pré-hospitalar.

Dimensão: 400 palavras.

Tesourinhos VMERISTAS

- Âmbito: Divulgação de situações caricatas, no sentido positivo e negativo, da nossa experiência enquanto VMERistas. Dimensão: 250 palavras

Congressos Nacionais e Internacionais

- Âmbito: Divulgação de eventos na área da Emergência Médica. Dimensão: 250 palavras.

Best Links/ Best Apps de Emergência Pré-hospitalar

- Âmbito: Divulgação de aplicações e sítios na internet de emergência médica pré-hospitalar -Dimensão: 250 palavras

Cartas ao Editor

- Objetivo: comentário/exposição referente a um artigo publicado nas últimas 4 edições da revista promovendo a discussão e visão

crítica. Poderão ainda ser enviados observações, casuísticas particularmente interessantes de temáticas atuais que os autores desejem apresentar aos leitores de forma concisa.

- Instruções para os autores:

1. O corpo do artigo não deve ser subdividido; sem necessidade de resumo ou palavras-chave.
2. Deve contemplar entre 500 a 1000 palavras, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. Apenas será aceite 1 figura e/ou 1 tabela.
4. Não serão aceites mais de 5 referências bibliográficas. Devendo cumprir as normas instituídas para revista.
5. Número máximo de autores são 4.

Instantâneos

em Emergência Médica

- Âmbito: Fotografias em contexto pré-hospitalar, contextualizadas nas diversas áreas da Emergência.

- Formato: Título; Autores – (primeiro nome, último nome, título, categoria profissional - opcional); imagem em formato JPEG com resolução original); Legenda explicativa com breve enquadramento ou breve comentário acerca do sentido da imagem para o Autor. – máx. 100 palavras.

É de a responsabilidade dos autores respeitar a POLITICA DE PRIVACIDADE, De acordo com o art. 13.º do Regulamento Europeu de Proteção de Dados Pessoais Reg. UE 201/679. Os Autores são responsáveis por

respeitar e obter o consentimento de imagem, quando necessário (n.º 1 do artigo 79.º do C.C).

Posters em Emergência Médica

- Âmbito: Apresentação sumária de Póster científico original, sobre a temática da Emergência pré e intra-hospitalar, e do doente crítico. Dimensão: 800 a 1000 palavras. Limite de tabelas e imagens: 6

Intoxicações no pré-hospitalar

- Âmbito: Revisão geral sobre determinada substância (tóxico), consequências de sobredosagem ou contacto/ consumo inadvertido ou intencional e qual a abordagem em contexto de Emergência Médica Pré-hospitalar. Formato: Título; Autores; palavra (s)-chave; 1 ou 2 imagens (podendo incluir gráficos e/ou tabelas devidamente legendados); 500 a 1000 palavras; Agradecimentos; Referências bibliográficas

4.2 Critérios gerais de publicação

O trabalho a publicar deverá ter no máximo 120 referências. Deverá ter no máximo 6 tabelas/ figuras devidamente legendadas e referenciadas.

O trabalho a publicar deve ser acompanhado de no máximo 10 palavras-chave representativas. No que concerne a tabelas/ figuras já publicadas é necessário a autorização de publicação por parte do detentor do copyright (autor ou editor). Os

ficheiros deverão ser submetidos em alta resolução, 800 dpi mínimo para gráficos e 300 dpi mínimo para fotografias em formato JPEG (.Jpg), PDF (.pdf). As tabelas/figuras devem ser numeradas na ordem em que ocorrem no texto e enumeradas em numeração árabe e identificação.

No que concerne a trabalhos científicos que usem bases de dados de doentes de instituições é necessário fazer acompanhar o material a publicar do consentimento da comissão de ética da respectiva instituição. As submissões deverão ser encaminhadas para o e-mail: revistalifesaving@gmail.com

5. Referências

Os autores são responsáveis pelo rigor das suas referências bibliográficas e pela sua correta citação no texto. Deverão ser sempre citadas as fontes originais publicadas. A citação deve ser registada empregando a Norma de Vancouver **L**



Estatuto Editorial

A Revista LIFESAVING é uma publicação científica e técnica, na área da emergência médica, difundida em formato digital, com periodicidade trimestral. Trata-se de um projeto inovador empreendido pela Equipa de Médicos e Enfermeiros das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) de Faro e de Albufeira, pertencentes ao Centro Hospitalar Universitário do Algarve, e que resultou da intenção estratégica de complementar o Plano de formação contínua da Equipa. A designação “Lifesaving”, que identifica a publicação, é bem conhecida por todos os profissionais que trabalham na área da emergência médica, e literalmente traduz o desígnio da nobre missão que todos desempenham junto de quem precisa de socorro – “salvar vidas”.

Esta Publicação inovadora, compromete-se a abraçar um domínio editorial pouco explorado no nosso país, com conteúdos amplamente dirigidos a todos os profissionais que manifestam interesse na área da emergência médica. Através de um verdadeiro trabalho de Equipa dos vários Editores da LIFESAVING, e

aproveitando a sua larga experiência em Emergência Médica, foi estabelecido o compromisso de apresentar em cada número publicado, conteúdos e rubricas de elevada relevância científica e técnica no domínio da emergência médica. Por outro lado, este valioso instrumento de comunicação promoverá a partilha das ideias e conhecimentos, de forma completa, rigorosa e assertiva.

Proprietário: Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

NIPC: 510 745 997

Morada: Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro

N.º de registo na ERC: 127037

Diretor: Dr. Bruno Santos

Editor-Chefe: Dr. Bruno Santos

Morada: Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro

Sede da redação: Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro

Periodicidade: trimestral

TIPO DE CONTEÚDOS

Esta publicação periódica pretende ser uma compilação completa de uma seleção de matérias científicas e técnicas atualizadas, incluídas em grande diversidade de Rubricas, incluindo:

– “Nós Por Cá” – Âmbito: Dar a conhecer a realidade de atuação das várias equipas de ação pré-hospitalar através de revisões estatísticas da sua casuística. Poderá incluir também a descrição sumária de atividades, práticas ou procedimentos desenvolvidos localmente, na área da emergência médica – Dimensão: 500 palavras;

– “Tertúlia VMERISTA” – Âmbito: Pequenos artigos de opinião sobre um tema fraturante – Dimensão: 250 palavras;

– “Minuto VMER” – Âmbito: Sintetização para consulta rápida de procedimentos relevantes para a abordagem de doentes críticos, ou de aspetos práticos relacionados com Equipamentos utilizados no dia-à-dia. Dimensão: 1000 palavras;

– “Fármaco Revisitado” – Âmbito: Revisão breve de um fármaco usado em emergência pré-hospitalar, ou que poderia ser uma mais valia a sua implementação na carga VMER. Dimensão: 500 palavras;

– “Journal Club” – Âmbito:

Apresentação de artigos científicos pertinentes relacionados com a área da urgência e emergência médica pré-hospitalar e hospitalar. Dimensão: 500 palavras;

– “Nós e os Outros” – Âmbito:

Apresentação de artigos científicos ou artigos de opinião sobre a atuação de equipas de emergência pré-hospitalar não médicas. Dimensão: 1000 palavras;

– “Ética e Deontologia” – Âmbito: Apresentação de artigos científicos ou artigos de opinião sobre questões éticas desafiantes no ambiente pré-hospitalar. Dimensão: 500 palavras;

– “Legislação” – Âmbito: Enquadramento jurídico das diversas situações com que se deparam os profissionais de emergência médica. Dimensão: 500 palavras;

– “O que fazer em caso de...” – Âmbito: Informação resumida, mas de elevada qualidade, para leitores não ligados à área da saúde, ou da emergência médica Dimensão: 500 palavras;

– “Mitos Urbanos” – Âmbito: Investigar, questionar e esclarecer questões pertinentes, dúvidas e controvérsias na prática diária da emergência médica. Dimensão: 1000 palavras;

- “Cuidar de Nós” – Âmbito: Discussão de diferentes temáticas, de caráter psicológico, emocional, metabólico, físico, recreativo, centradas no autocuidado e bem estar do profissional da emergência. -Dimensão: 500 palavras;
- “Pedacinho de Nós” – Âmbito: Dar a conhecer, em modo de entrevista, os profissionais da Equipa das VMER de Faro e Albufeira ou outros Elementos colaboradores editoriais da LIFESAVING. – Dimensão: 500 palavras;
- “Vozes da Emergência” – Âmbito: Apresentar as Equipas Nacionais que desenvolvem trabalho na Emergência Médica, dando relevância a especificidade locais e revelando diferentes realidades. – Dimensão 500 palavras;
- “Emergência Global” – Âmbito: publicação de artigos de autores internacionais, que poderão ser artigos científicos originais, artigos de opinião, casos clínicos ou entrevistas, pretendendo-se divulgar experiências enriquecedoras, além fronteiras;
- “Tesourinhos VMERISTAS” – Âmbito: Divulgação de situações caricatas, no sentido positivo e negativo, da experiência dos Profissionais da VMER. – Dimensão: 250 palavras;
- “Congressos Nacionais e Internacionais” – Âmbito: Divulgação de eventos na área da Emergência Médica – Dimensão: 250 palavras;
- “Best Links/ Best Apps de Emergência Pré-hospitalar” – Âmbito: Divulgação de aplicações e sítios na internet de emergência médica pré-hospitalar -Dimensão: 250 palavras

PREVISÃO DO NÚMERO DE PÁGINAS: 50;

TIRAGEM: – não aplicável para a publicação eletrónica, não impressa em papel.

ONDE PODERÁ SER CONSULTADA:

Pode ser consultada no site do CHUAlgarve, no setor “Comunicação”, no domínio <http://www.chualgarve.min-saude.pt/lifesaving/>, e adquirida gratuitamente por subscrição nesse mesmo site. Não dispomos ainda de um site oficial para organização dos nossos conteúdos, de modo que atualmente todas as Edições estão a ser arquivadas no Repositório Internacional ISSUU, onde poderão ser consultadas gratuitamente (<https://issuu.com/lifesaving>). Marcamos presença ainda noutras plataformas de divulgação (Facebook, Instagram, Twiter e Youtube).


DIVULGAÇÃO DA LIFESAVING:

A LIFESAVING será difundida no site do Centro Hospitalar do Algarve (no setor média e imagem), e sua Intranet, com possibilidade da sua subscrição para receção trimestral via e-mail. Inserida on-line no repositório de publicações ISSUU, adquirindo um aspeto gráfico otimizado para tornar a leitura ainda mais agradável. Será também difundida na página de Facebook da VMER de Faro, página própria com o nome LIFESAVING.

N.º 1 do art.º 17.º da Lei de Imprensa: Garanta de liberdade de imprensa:

1 - É garantida a liberdade de imprensa, nos termos da Constituição e da lei.

2 - A liberdade de imprensa abrange o direito de informar, de se informar e de ser informado, sem impedimentos nem discriminações.

3 - O exercício destes direitos não pode ser impedido ou limitado por qualquer tipo ou forma de censura 

LIFE SAVING[®]
REVISTA DE EMERGÊNCIA MÉDICA

FEVEREIRO 2023