

SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

SUPORTE BÁSICO DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

BASIC LIFE SUPPORT IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Angélica de Cássia Bitencourt¹, Giseli Mendes Rennó²

Como citar este artículo: Bitencourt AC, Rennó GM. Soporte vital básico en la atención primaria de salud: revisión integradora de la literatura. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2023 [acceso en: ____]; 12(1):e202363. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5288>

RESUMEN

Objetivo: Conocer la producción científica sobre Soporte Vital Básico en Atención Primaria de Salud. **Método:** Revisión integrativa de la literatura, se incluyeron artículos publicados en revistas científicas nacionales e internacionales que abordaron el tema Soporte Vital Básico en Atención Primaria de Salud., Disponible en Portugués, Inglés o español, publicado entre 2000 y 2020, disponible online en las bases de datos: LILACS, BDNF y MEDLINE.

Resultados: Las búsquedas dieron lugar a 14 artículos. Los artículos evidenciaron el conocimiento insatisfactorio de los profesionales de Atención Primaria de Salud, además de una falta de habilidades prácticas para la asistencia. Diversos estudios han señalado la necesidad de impartir formación permanente en Reanimación Cardiopulmonar. Faltaban varios materiales y equipos para el soporte vital básico. **Conclusión:** Es necesario capacitar a los profesionales de la salud, además de un mejor suministro y almacenamiento adecuado de los insumos necesarios para la reanimación cardiopulmonar.

Descriptor: Apoyo Vital Básico; Reanimación Cardiopulmonar; Atención Primaria de Salud.

¹ Enfermera de la Faculdade Wenceslau Braz (2020), Itajubá, MG. Residente del Programa de Residencia Multi-profesional del Hospital de Clínicas de Itajubá, Minas Gerais. Correo electrónico: angelicabitencourt@gmail.com <http://orcid.org/0000-0002-3516-9688>

² Enfermera de la Escuela de Enfermería Wenceslau Braz (2008). Máster en Enfermería por la Universidad Federal de Alfenas (2016), profesora del Colegio Wenceslau Braz (FWB), Itajubá, MG, Brasil. Correo electrónico: giseli renno@hotmail.com <http://orcid.org/0000-0002-7359-4239>

RESUMO

Objetivo: Conhecer a produção científica sobre o Suporte Básico de Vida na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Revisão integrativa da literatura; foram incluídos artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, que abordassem a temática Suporte Básico de Vida na Atenção Primária à Saúde, disponíveis em português, inglês ou espanhol, publicados entre os anos de 2000 e 2020, disponíveis online nas bases de dados: LILACS, BDNF e MEDLINE. **Resultados:** As buscas levaram ao encontro de 14 artigos. Os artigos evidenciaram o conhecimento insatisfatório dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, além de falta de habilidade prática para a assistência. Vários estudos apontaram para a necessidade de disponibilização de educação permanente em Reanimação Cardiopulmonar. Constatou-se a falta de vários materiais e equipamentos para o Suporte Básico de Vida. **Conclusões:** É necessária a capacitação dos profissionais da saúde, além de melhor fornecimento e adequado armazenamento dos insumos necessários para a reanimação cardiopulmonar. **Descritores:** Suporte Básico de Vida; Reanimação Cardiopulmonar; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To know the scientific production on Basic Life Support in Primary Health Care. **Method:** Integrative literature review, including articles published in national and international journals that addressed the theme Basic Support of Life in Primary Health Care, available in Portuguese, English or Spanish, published between the years 2000 and 2020, available online in the databases: LILACS, BDNF and MEDLINE. **Results:** The searches led to 14 articles. The articles showed the unsatisfactory knowledge of Primary Health Care professionals, in addition to a lack of practical skills for assistance. Several studies have pointed to the need to provide permanent education in Cardiopulmonary Resuscitation. There was a lack of various materials and equipment for Basic Life Support. **Conclusion:** It is necessary to train health professionals, in addition to better supply and adequate storage of the necessary supplies for cardiopulmonary resuscitation. **Descriptors:** Basic Life Support; Cardiopulmonary resuscitation; Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La organización del Sistema Único de Salud (SUS) en la perspectiva de una red de atención es una estrategia para superar el modelo fragmentado de funcionamiento y gestión de la salud.¹

Las Redes de Atención a la Salud (RAS) se refieren a servicios y acciones que intervienen en los procesos de salud-enfermedad con la ayuda de recursos tecnológicos, logísticos y de gestión para

garantizar la atención integral y mejorar la propuesta de acceso, equidad y eficacia en el SUS.²

Por lo tanto, los niveles de atención se estructuran a través de arreglos productivos ajustados según densidades tecnológicas, que van desde la menor, intermedia y mayor densidad tecnológica, que consecutivamente: Atención Primaria de Salud (APS), Atención Secundaria de Salud y Atención terciaria a la salud.³

La Atención Primaria de Salud (APS) o Atención Básica se estructuró para ser la puerta de entrada al Sistema de Salud, interviniendo desde un conjunto de acciones de salud individual, familiar y colectiva que abarcan la promoción, prevención, protección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños, cuidados paliativos, atención y vigilancia de la salud. En este contexto, también es importante mencionar que es responsable de la primera atención de urgencias/emergencias.⁴

La Política Nacional de Atención de Urgencias surge en 2003 con el objetivo de organizar redes locales y regionales de atención integral de urgencias, como eslabones de la cadena de mantenimiento de la vida, estructurándolas en sus diversos componentes: Prehospitalario Fijo, Prehospitalario Móvil, Hospitalario y Posthospitalario. Forman parte del componente Prehospitalario Fijo las Unidades Básicas de Salud (UBS) y la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), los equipos de agentes comunitarios de salud, los ambulatorios especializados, los servicios de diagnóstico y terapéuticos y las Unidades de Atención de Urgencias Extrahospitalarias.⁵

Los profesionales que actúan en la APS pueden, en cualquier momento, enfrentarse a la demanda de atención de los usuarios en situaciones de riesgo

inminente de muerte, como la CRA, por lo que es imperativo que el equipo tenga los conocimientos, la actitud y las habilidades para actuar en esta situación.⁶

El Paro Cardiorrespiratorio (CRA) consiste en la interrupción súbita de las actividades del sistema cardíaco y respiratorio, provocando la pérdida del conocimiento, sin pulso ni signos de circulación, lo que puede resultar en un daño cerebral irreversible.^{6,7}

Se estima que alrededor de 200.000 personas experimentan PCR cada año en Brasil y la mitad de los casos se registran en el ambiente prehospitalario.^{7,8}

La tasa más alta de PCR extrahospitalaria tiene una etiología cardíaca, siendo la cardiopatía isquémica la principal causa, se estima que menos del 6% de las víctimas sobreviven.^{9,8}

En cuanto al ritmo de la PCR en el medio extrahospitalario, la fibrilación ventricular (FV) y la taquicardia ventricular sin pulso (TVP) se consideran las principales causas, alcanzando casi el 80% de los episodios, con una buena tasa de éxito en la reversión, si se logran. son tratados inmediatamente. Cuando la desfibrilación se realiza dentro de los 3 a 5 minutos del inicio de la CPA, la tasa de supervivencia es de aproximadamente 50% a 70%.⁹

La reanimación cardiopulmonar (RCP) se refiere al conjunto de acciones

estandarizadas que tienen como objetivo sostener artificialmente el flujo sanguíneo al cerebro y otros órganos vitales, hasta el retorno de la circulación espontánea a través del correcto funcionamiento de la bomba cardíaca. La RCP se realiza utilizando Soporte Vital Básico (BLS) y Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS).⁶

El SVB en adultos recomienda las siguientes actuaciones: reconocimiento inmediato de la PCR, activación del servicio de urgencias, inicio de RCP de alta calidad y uso del desfibrilador externo automático (DEA), tan pronto como esté disponible. La atención eficaz para las víctimas también incluye la ALS y la atención posterior a la CPA. Esta secuencia de cuidados se conoce como cadena de supervivencia, ya que si todos los eslabones funcionan correctamente, la probabilidad de supervivencia aumenta significativamente.^{9,8}

La probabilidad de supervivencia resulta en gran medida del período entre la aparición de la PCR y el comienzo de las maniobras de RCP. El rápido reconocimiento de signos clínicos y la ejecución de maniobras de RCP, con la implementación de compresiones torácicas efectivas, pueden aumentar de dos a tres veces la tasa de supervivencia de las víctimas en un entorno extrahospitalario.^{6,7} Cada minuto sin RCP un la probabilidad

de supervivencia se reduce del 7 al 10% en una víctima con CA.^{9,8}

La Atención Prehospitalaria Fija (APH) es la asistencia que se brinda en el primer nivel de atención a los usuarios con condiciones clínicas agudas, traumáticas o psiquiátricas que pueden desencadenar sufrimiento, secuelas o incluso la muerte. Sin embargo, aunque la APS forma parte de la red de atención de emergencia, es frecuente que los profesionales de la salud, ante una situación de emergencia más grave, tengan el impulso de derivarlos rápidamente a una unidad más compleja, sin tener al menos una valoración previa. y estabilización de la situación, por la inseguridad y el desconocimiento de cómo actuar.¹⁰

Un estudio realizado con enfermeros que actúan en la red de Atención Básica de un municipio de la región norte de Espírito Santo identificó debilidades en conocimientos, habilidades y actitudes en el cuidado de las PCR. De los participantes, el 87,5 % tuvo dificultades para identificar la secuencia correcta de cuidados, el 70,8 % tuvo dificultades para identificar los ritmos indicativos de desfibrilación, el 70,8 % no reconoció las técnicas utilizadas en la administración de medicamentos en PCR y el 62,5 % refirió no estar seguro todos los pasos a realizar en el cuidado del CPA.⁶

Por lo tanto, es fundamental que los profesionales estén capacitados para lidiar con esto. Además, todas estas unidades deberán contar con un espacio adecuadamente dotado de materiales y medicamentos esenciales para la estabilización de emergencias que se presenten en su área de cobertura y/o sean derivadas a ellas, hasta que sea factible el traslado a una unidad mayor, cuando necesario.¹⁰

Frente a la actuación de la APS mencionada en la Política Nacional de Atención de Urgencias, surgió la siguiente pregunta problema: ¿Cuál es la producción científica existente sobre SVB en las Unidades de Atención Primaria de Salud?

El estudio ayudará a los profesionales de la APS a repensar su trabajo dentro del BLS. Además, los enfermeros de las unidades podrán basar su práctica de gestión en políticas de salud y evidencias científicas, brindando capacitación frecuente a los empleados, proporcionando insumos materiales, equipos y estructura compatibles con la atención de emergencia. Se puede sensibilizar a los gestores a nivel municipal para mejorar el suministro de recursos a las unidades.

Este estudio tuvo como objetivo conocer la producción científica sobre Soporte Básico de Vida en la Atención Primaria de Salud.

MÉTODO

Se trata de una revisión integrativa de la literatura que reúne los resultados obtenidos en investigaciones sobre el tema SVB en la APS.

La revisión integradora consta de seis pasos, en los que se sintetizan estudios previos sobre el tema en estudio, con un análisis del conocimiento ya producido y apuntes sobre interrogantes que pueden ser respondidos con nuevos estudios.¹¹

La primera etapa de la revisión se refiere a la identificación del tema y selección de la hipótesis o pregunta de investigación, donde tiene lugar la definición del problema, estrategias de búsqueda, definición de palabras clave y descriptores. El segundo paso cubre la definición de los criterios de inclusión y exclusión para el estudio. En la tercera etapa, la identificación de los estudios preseleccionados se realiza mediante la lectura de los resúmenes, palabras clave y títulos de las publicaciones, y la organización de los estudios. El cuarto paso comprende la categorización de los estudios seleccionados. El quinto paso realiza el análisis e interpretación de los resultados. El sexto y último paso representa la presentación de la revisión y síntesis del conocimiento a través de la

elaboración de un documento que detalle la revisión y propuestas de nuevos estudios.¹¹

La pregunta que guió esta investigación fue: ¿Cuál es la producción científica existente sobre SVB en unidades de APS?

Para el perfeccionamiento de la investigación, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en inglés, portugués y español. Los criterios de exclusión fueron: estudios definidos como informes de casos y casos clínicos; estudios definidos como informes de experiencia; disertaciones; tesis; artículos repetidos en las Bases de Datos y artículos no disponibles en su totalidad, ya que se priorizó mantener el rigor metodológico para este tipo de estudios.

Se incluyeron artículos publicados en revistas científicas nacionales e internacionales que abordaran el tema de SVB en APS, encontrados íntegramente y publicados entre los años 2000 y 2020. Las publicaciones deberán estar disponibles en línea en las Bases de Datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Base de Datos en Enfermería (BDENF) y Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en Línea (MEDLINE).

Para la ubicación de las publicaciones se utilizó el criterio de dos búsquedas para responder la pregunta de investigación a través de los Descriptores

de Ciencias de la Salud (DeCs) seguido de boleando y: Soporte Vital Básico y Atención Primaria de Salud y Reanimación Cardiopulmonar y Atención Primaria de Salud, ya que fueron las que mejor se adecuaron a los objetivos.

La recolección de datos ocurrió en abril de 2020 y fue apoyada por un formulario denominado Instrumento de recolección de datos de los estudios seleccionados. El instrumento incluye los siguientes ítems: identificación del artículo original, características metodológicas del estudio, evaluación del rigor metodológico, intervenciones medidas y resultados encontrados.^{12,13}

Para el análisis de los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión se utilizó un cuadro sinóptico especialmente construido para tal fin en el programa Microsoft Excel 2010, que contiene variables que responden a la pregunta guía del estudio, abarcando los siguientes aspectos considerados relevantes: título, año, autores, objetivos, resultados y nivel de evidencia.

El nivel de evidencia consiste en una clasificación basada en el tipo de metodología que responde a una pregunta de investigación con la menor cantidad de error y genera los hallazgos más confiables. Los artículos fueron clasificados según los siguientes niveles de evidencia¹⁴:

- a) Nivel 1: revisiones sistemáticas o metanálisis de ensayos clínicos relevantes;
- b) Nivel 2: evidencia derivada de al menos un ensayo clínico controlado aleatorio bien diseñado;
- c) Nivel 3: ensayos clínicos bien diseñados sin aleatorización;
- d) Nivel 4: estudios de cohortes y de casos y controles bien diseñados;
- e) Nivel 5: revisión sistemática de estudios descriptivos y cualitativos;
- f) Nivel 6: evidencia derivada de un solo estudio descriptivo o cualitativo;
- g) Nivel 7: dictamen de autoridades o informe de comités de expertos.

RESULTADOS

Las búsquedas resultaron en 122 artículos (100%), 100 (82%) para los siguientes descriptores “Soporte Vital Básico y Atención Primaria de Salud” y 22 (18%) para los siguientes descriptores “Reanimación Cardiopulmonar y Atención Primaria en Salud”, que se sometió a un análisis inicial, con lectura de títulos y resúmenes, para la selección de estudios que respondieran al objetivo. Después de la primera lectura, los artículos seleccionados fueron leídos en su totalidad, 19 (15,6%) artículos aparecieron en ambos criterios de búsqueda, 89 (72,9%) no cumplieron con los criterios de trabajo y 14 (11,5%) componían la muestra final, como se muestra en Tabla 1 y 2.

Tabla 1 - Distribución de artículos por Base de Datos según el primer criterio de búsqueda “Soporte Vital Básico y Atención Primaria de Salud”, Itajubá, Minas Gerais, Brasil, 2020, N: 100

Base de datos	Encontró	No cumplió con los criterios de inclusión.	seleccionado para el trabajo
BDENF	12	12	0
LILAS	25	19	6
MEDLINE	63	56	7
Total	100 (100%)	87 (87%)	13 (13%)

Fuente: del autor

Tabla 2 -Distribución de artículos por Base de Datos según el segundo criterio de búsqueda “Reanimación Cardiopulmonar y Atención Primaria de Salud”, Itajubá, Minas Gerais, Brasil, 2020, N: 22

Base de datos	Encontró	repetido	No cumplió con los criterios de inclusión.	seleccionado para el trabajo
BDENF	0	0	0	0
LILAS	6	4	1	1
MEDLINE	dieciséis	15	1	0
Total	22 (100%)	19 (86,4%)	2 (9,1%)	1 (4,5%)

Fuente: por los autores

Para el análisis de los artículos se utilizaron las siguientes variables: título, año, autores, objetivos, resultados, nivel de evidencia y país. El título de los ítems, año, autores y nivel de evidencia se describen en la Tabla 3.

Tabla 3 -Distribución de artículos de revisión integradora por título, año, autores y nivel de evidencia, Itajubá, Minas Gerais, Brasil, 2020

Título	Año	Autores	Objetivos	nivel de evidencia
A1. Conocimientos teóricos de los Médicos de Familia sobre reanimación cardiopulmonar	2002	Díaz et al.15	Conocer los niveles teóricos de formación en RCP de los médicos de familia del municipio de Quemado de Güines.	6
A2. Preparedness for cardiopulmonary resuscitation in primary care	2004	Nurmi y Castrén16	Evaluar la preparación para la reanimación de pacientes con paro cardíaco en atención primaria.	6
A3. Principles of resuscitation in primary care	2006	Jevon y Halliwell17	Describir la acción que deben tomar los profesionales de la salud cuando ocurre un paro cardíaco en la comunidad.	7

A4. Out-of-hospital cardiac arrests occurring in primary health care facilities in Singapore	2007	Ong et al.18	Estudiar los paros cardíacos extrahospitalarios que ocurren en establecimientos básicos de salud en Singapur y compararlos con los que ocurren en la comunidad.	4
A5. Preparedness of Primary Healthcare Centers for Critical Emergency Situations in Southwest Turkey	2008	yorganci y yaman19	Evaluar la disponibilidad de equipos de emergencia y el conocimiento del personal que trabaja en los centros de atención primaria de salud.	6
A6. Test Raval Sud para medir habilidades de soporte vital básico y desfibrilación en médicos y enfermeras de atención primaria.	2010	Abril et al.20	Desarrollar y validar un instrumento para medir habilidades de SVB y desfibrilación semiautomática adaptado a profesionales sanitarios de equipos de atención primaria.	6
A7. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária	2016	Meira Júnior et al.21	Evaluar los conocimientos y habilidades técnicas en resucitación cardiopulmonar antes y después de un curso de capacitación en SVB para médicos y enfermeros que actúan en la ESF.	6
A8. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida	2017	Moraes y Paiva22	Analizar el conocimiento teórico de los enfermeros que actúan en la APS sobre medidas de SVB en el cuidado de la PCR en adultos y su relación con la edad y otros factores.	6
A9. Out of hospital Cardio-pulmonary arrest – Is there a role for the primary healthcare teams?	2017	Vinker23	-	7
A10. Self-perceived limitations and difficulties by Primary Health Care Physicians to assist emergencies	2018	Martínez et al.24	Identificar la formación recibida en medicina de urgencias por los médicos de atención primaria de salud, y las limitaciones y dificultades percibidas por estos médicos para atender las urgencias.	6
A11. Avaliação dos conhecimentos e habilidades em ressuscitação cardiopulmonar assimilados por profissionais da atenção primária em saúde	2018	Nogueira et al.25	Evaluar la retención de los conocimientos teóricos y las habilidades asimiladas por los profesionales de APS, un año después de participar en un curso de formación sobre	6

			SVB.	
A12. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida	2019	Cassinelli et al.26	Describir la estructura de la UBS para atender a los usuarios de la BLS.	6
A13. Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida	2019	Santos et al.27	Evaluar el conocimiento teórico y las habilidades prácticas de los profesionales de APS sobre SVB en el cuidado de adultos con AC antes y después de una intervención educativa.	6
A14. Suporte básico de vida: conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na estratégia de saúde da família	2020	Santos et al.28	Analizar el conocimiento de los enfermeros que actúan en la ESF, sobre el SVB, frente a la PCR.	6

Fuente: por los autores

Nota: RCP, reanimación cardiopulmonar; SVB, Soporte Vital Básico; ESF, Estrategia de Salud de la Familia; APS, Atención Primaria de Salud; PCR, paro cardíaco; UBS, Unidad Básica de Salud

De los artículos encontrados, seis (42,9%) fueron desarrollados en Brasil^{21,22,25,26,27,28}, dos (14,3%) en España^{20,24}, uno (7,1%) en Turquía¹⁹, uno (7,1%) en Cuba¹⁵, uno (7,1%) en Finlandia¹⁶, uno (7,1%) en Singapur¹⁸ y dos (14,4%) no involucraron investigación de campo.^{17,23}

En cuanto a los estudios desarrollados en Brasil, las regiones fueron: tres (50%) en São Paulo^{22,25,26}, dos (33%) en Minas Gerais^{21,27} y uno (17%) en Bahía.²⁸ En cuanto al idioma, seis (43%) fueron publicados en portugués^{21,22,25,26,27,28}, seis (43%) en inglés^{16,27,18,19,20,23} y dos (14%) en español.^{15,20}

En cuanto al método, once (78,6%) estudios tienen nivel de evidencia 6, dos

(14,3%) tienen nivel de evidencia 7 y uno (7,1%) tienen nivel de evidencia 4. De los estudios con nivel de evidencia 6, diez (90,9%) son de enfoque cuantitativo^{15,16,19,21,22,24,25,26,27,28} y uno (9,1%) de validación de instrumentos de medida.²⁰ Los estudios con nivel de evidencia 7 se refieren a la opinión de autoridad²³ e informe de comité de expertos.¹⁷ El estudio con nivel de evidencia 4 es prospectivo y observacional.¹⁸

DISCUSIÓN

Los profesionales de la APS investigados en los estudios tienen conocimiento en cuanto a la identificación de signos clínicos presentes en una persona con PCR en un ambiente prehospitalario.

El conocimiento teórico satisfactorio se asoció con la evaluación del nivel de conciencia de la víctima y la toma del pulso.^{22,28}

Sin embargo, el reconocimiento de una CRA fue un ítem difícil en un estudio realizado en el interior de Minas Gerais.²⁷

También había suficiente conocimiento relacionado con la profundidad mínima a aplicar durante la ejecución de las compresiones torácicas y la secuencia de RCP en adultos si fuera posible garantizar las ventilaciones.²⁸

En otro artículo se encontró que el 70% de los profesionales saben señalar la importancia de realizar maniobras de reanimación.²² Un estudio realizado en Cuba encontró que los médicos de familia tienen un nivel teórico aceptable en cuanto a la RCP.¹⁵

Por otro lado, el conocimiento insatisfactorio de los profesionales fue identificado con mayor frecuencia en los artículos analizados. Los profesionales de la APS tienen lagunas en los conocimientos y habilidades de atención al paciente CRA. Estos resultados muestran un escenario crítico en cuanto al potencial de recuperación de los usuarios atendidos durante una parada por dichos equipos.^{27, 21}

La secuencia de la cadena de supervivencia para la RCP en un ambiente extrahospitalario fue objeto de desconocimiento teórico. Este hallazgo es

preocupante, ya que la implementación de la secuencia de acciones tras el reconocimiento de una PCR es crucial para la supervivencia con buen pronóstico neurológico de las víctimas en PCR.^{22, 28, 25}

Hubo escaso conocimiento de los profesionales sobre el manejo del DEA y los cuidados a implementar al utilizar el desfibrilador en el paciente en PCR.^{22,27}

También se identificó un nivel teórico por debajo del nivel deseado en relación al lugar adecuado para la posición de las manos al realizar las compresiones torácicas en individuos adultos.²⁸

Los médicos en Cuba tuvieron un bajo porcentaje de respuestas correctas a las preguntas relacionadas con el manejo de la vía aérea.¹⁵ La mayoría de los profesionales no pudieron distinguir el paro respiratorio de la PCR.²⁷

Los profesionales que actúan en la ESF mostraron fallas en la atención adecuada a la víctima de PCR, especialmente en lo que se refiere a la correcta posición de las manos, profundidad y frecuencia de las compresiones, posicionamiento para las ventilaciones y, sobre todo, el manejo del DEA.²¹

Los profesionales no sabían cómo realizar correctamente las maniobras de BLS antes de la formación práctica. Los participantes tuvieron una evaluación inadecuada de los siguientes ítems: sitio de

compresión, postura durante la compresión, velocidad de compresión, apertura de la vía aérea, posicionamiento de bolsa-válvula-mascarilla, manejo de bolsa-mascarilla-válvula, ventilación efectiva y manejo del DEA.²⁷

Uno de los estudios que identificó los conocimientos y habilidades de los profesionales como insatisfactorios también encontró que la mayoría de los participantes nunca había recibido capacitación sobre el tema.²⁷

Una investigación realizada en una ciudad rural de Turquía mostró un resultado similar, ya que se identificó que los centros de APS no estaban preparados para ofrecer SVB. El puntaje de conocimiento indicó que el equipo necesita capacitación, y los mismos profesionales afirmaron que serían más competentes si pudieran participar en la capacitación de SVB.¹⁹

Un estudio realizado en la ciudad de Campinas identificó mejor desempeño entre los profesionales que tuvieron contacto previo con el tema, ya sea a través de cursos, actualizaciones, estudios de posgrado o experiencia profesional reciente (menos de cinco años) en sectores como Atención de Emergencia, Ayuda de Emergencia (PS), Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y APH.²²

En un artículo de un especialista israelí, sugirió que la posibilidad de que

ocurra una PCR en una unidad de APS es muy baja. Por tanto, el impacto de las interrupciones que se producen en atención primaria sobre la supervivencia de la población general es bajo. Pero, aunque el impacto es pequeño, los profesionales sanitarios deben estar familiarizados con el SVB, el teléfono del Servicio Móvil de Atención de Urgencias (SAMU) y el manejo del DEA.²³

En Singapur, las paradas que se producen en las unidades de APS corresponden al 6% de todas las AC extrahospitalarias a lo largo del año. Los autores consideran que este es un porcentaje significativo y comentan que los proveedores de atención tienen un papel importante en el manejo de los paros cardíacos extrahospitalarios.¹⁸

Estudios realizados en Brasil y Finlandia identificaron que falta una formación regular en SVB para los profesionales que actúan en la APS22, 16, por lo que varios autores apuntan a la necesidad de proporcionar educación permanente en RCP.^{22, 28, 15, 20}

La educación permanente en salud es una estrategia para incrementar la continuidad de la formación de los profesionales de la salud, asegurando el acceso al conocimiento, el desarrollo de habilidades para la práctica, la actualización y el fortalecimiento de habilidades importantes para el trabajo.²⁹

La intervención educativa fue realizada por algunos autores. En una investigación con la implementación de capacitación en SVB con los equipos de salud de la APS, se constató que los profesionales clasificaron su propio conocimiento como pobre en el pre-test y como excelente en el post-test.²⁷

Un estudio realizado en Montes Claros, Minas Gerais, obtuvo el impacto positivo de la formación. También se sugirió la capacitación mediante simulaciones realistas para mejorar el conocimiento y las habilidades de los profesionales.²¹

Sin embargo, se analizó la retención de conocimientos de los profesionales sobre SVB y se observó una caída considerable en el promedio de respuestas correctas después de un año de formación. Es decir, hubo una reducción del conocimiento a lo largo del tiempo.²⁵

Ante la posibilidad de disminución de los conocimientos teóricos y prácticos de los profesionales a lo largo del tiempo, se enfatiza la necesidad de una formación permanente, incluida una formación que incluya estrategias teórico-prácticas.^{25, 24}

Un estudio realizado en un municipio del interior de São Paulo encontró que la mayoría de las UBS no cumplían con los requisitos estructurales mínimos para la atención del SVB, el 92,3% de las unidades adaptaron sus habitaciones para

la atención de emergencia, utilizando espacios improvisados.²⁶

La cantidad insuficiente de materiales y equipos se menciona como una limitación para la atención adecuada al usuario de CRA en las unidades.²⁴ En una ciudad rural de Turquía, solo el 9,5% de los centros de APS estaban equipados con todos los insumos para la atención del SVB.¹⁹

De los materiales considerados básicos, solo se encontraron guantes de procedimiento y bolsa-válvula-mascarilla de adulto en todas las unidades estudiadas en una ciudad del interior de São Paulo.²⁶

También hubo una falta de diversos materiales y equipos necesarios para BLS. El tablero rígido se observó sólo en una unidad (7,7%). Los elementos: máscara simple, goggles y delantales también fueron clasificados como insatisfactorios, ya que no estaban presentes en todas las unidades.²⁴

En los estudios analizados se identificó que el DEA no es un ítem que se encuentra en todas las unidades.^{28,18} Además, el DEA tampoco es de uso habitual en los centros de atención primaria de salud de Finlandia y Singapur.^{16,18} Se recomienda realizar la RCP y el uso del DEA por parte del reanimador para aumentar la probabilidad de supervivencia en casos de PCR extrahospitalaria.³⁰

La desfibrilación precoz es uno de los principales motivos que influyen en la supervivencia, ya que la fibrilación ventricular es la causa más frecuente de muerte cardíaca y su tratamiento consiste en la fibrilación. Cuando la desfibrilación se realiza dentro de los 3 minutos posteriores al paro cardíaco, las tasas de supervivencia alcanzan hasta el 74%. Por ello, se debe disponer de desfibriladores en las unidades y los profesionales deben saber utilizarlos.^{18, 17}

También se verificó divergencia en el almacenamiento, estandarización y control de los materiales. La mayoría de los materiales fueron ordenados en lugares que presentaban algún obstáculo para el acceso, el 53,8% no utilizaba protocolos para el control de materiales y el 69,2% no asignaba un profesional permanente para realizar la tarea de control de materiales.²⁶

Se menciona la importancia de revisar con mayor frecuencia las condiciones y cantidad de materiales y equipos, a fin de elevar la calidad de la atención. Se destaca la importancia de la elaboración de protocolos de material y equipo, así como el mantenimiento de la conferencia y su funcionamiento.^{24, 26}

CONCLUSIONES

El estudio permitió resaltar la producción científica existente sobre SVB

en la APS. La mitad de las AC ocurren en un entorno extrahospitalario y las unidades de atención primaria actúan como puerta de entrada al sistema de salud unificado. Por lo tanto, es de suma importancia fortalecer la atención primaria, a través de la calificación y capacitación de los profesionales que forman parte del equipo, además del suministro de insumos.

El presente estudio suscitó algunas reflexiones. Los vacíos en el conocimiento teórico-práctico, la falta de educación permanente y la falta de recursos materiales, equipos y estructura, ocurren debido a que los gestores municipales, enfermeras de las unidades básicas de salud y otros profesionales que forman parte del equipo, no ven el cuidado de la CPA como parte de la ¿tu rol?

Es importante señalar que la APS, ya sea ESF o UBS, forman parte de la red de atención de emergencia como un componente fijo Prehospitalario. Por lo tanto, las unidades deben tener una atención resolutiva desde que la víctima es estabilizada hasta la llegada del SAMU.

Por lo tanto, se sugiere realizar un estudio con gestores municipales y gestores de enfermería para determinar su nivel de conocimiento sobre la Política Nacional de Atención de Urgencias.

REFERENCIAS

1. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2013 [citado em 10 out 2020]; 21(Spec):131-39. doi:/10.1590/S0104-11692013000700017
2. Moll MF, Goulart MB, Caprio AP, Ventura CAA, Ogoshi AACM. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [citado em 12 out 2020]; 11(1):86-93. doi:/10.5205/1981-8963-v11i1a11881p86-93-2017
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 12 out 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 15 set 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003 [citado em 07 jul 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
6. Claudiano MS, Lopes NNL, Santos MVF, Lopes AB, Fiorin BH. Conhecimento, atitudes e prática dos enfermeiros da atenção primária em relação a parada cardiorrespiratória. *Revista Nursing* [Internet]. 2020 [citado em 06 jul 2020]; 23(260):3502-06. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/260/pg26.pdf>
7. Resende RT, Barbosa ACS, Luiz FS, Santos KB, Frank DBP, Motta DS, Tony ACC, Carbogim FC. Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre suporte básico de vida. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [citado em 08 jul 2020]; 13(5):1231-36. doi./10.5205/1981-8963-v13i05a238984p1231-1236-2019
8. Zandomenighi RC, Martins EAP. Parada cardiorrespiratória pré-hospitalar: avaliação dos atendimentos segundo o Utstein Style. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [citado em 06 jul 2020]; 13:e241559. doi./10.5205/1981-8963.2019.241559
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2019 [citado em 14 jun 2020]; 113(3):449-663. doi./10.5935/abc.20190203
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [citado em 10 jul 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
11. Lemos CS, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [citado em 23 mar 2020]; 50(1):154-62. doi./10.1590/S0080-623420160000100020
12. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2006 [citado em 25 mar 2020]; 14(1):124-31. doi./10.1590/S0104-11692006000100017
13. Ursi, ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação] [Internet]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005 [citado em 22 mar 2020]. Disponível em:

[https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf)

[095456/publico/URSI_ES.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf)

14. Melnyk BM, Fineout-overholt E.

Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.

Philadelphia: Pippincot Williams & Wilkins; 2011 [citado em 21 mar 2020].

15. Díaz AA, Berrio TS, Hermida DC, Cabrera JPA. Conocimientos teóricos de los médicos de familia sobre reanimación cardiopulmonar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [Internet]. 2002 [citado em 10 abr 2020]; 18(2):126-31. Disponível em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200004

16. Nurmi J, Castrén M. Preparedness for cardiopulmonary resuscitation in primary care. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2004 [citado em 12 abr 2020]; 22(2):87-90. doi./10.1080/02813430410006477

17. Jevon P, Halliwell D. Principles of resuscitation in primary care. *Nurs Times* [Internet]. 2006 [citado em 10 abr 2020]; 102(30). Disponível em:

<https://www.nursingtimes.net/archive/principles-of-resuscitation-in-primary-care-21-11-2006/>

18. Ong MEH, Yan X, Lau G, Tan EH, Panchalingham A, Leong BSH, et al. Out-of-hospital cardiac arrests occurring in primary health care facilities in Singapore. *Resuscitation* [Internet]. 2007 [citado em 16 abr 2020]; 74(1):38-43.

doi./10.1016/j.resuscitation.2006.11.004

19. Yorganci M, Yaman H. Preparedness of primary healthcare centers for critical emergency situations in southwest Turkey. *Prehosp Disaster Med.* [Internet]. 2008 [citado em 18 abr 2020]; 23(4):343-45. doi./10.1017/s1049023x00005987

20. Abril BC, Tintorer DL, Gironella TC, Bratescu AP, Ortega MDG, Pla AA, et al. Test Raval Sud para medir habilidades de soporte vital básico y desfibrilación en médicos y enfermeras de atención primaria. *Aten Prim.* [Internet]. 2010

[citado em 13 abr 2020]; 42(1):7-13. doi./10.1016/j.aprim.2009.03.006

21. Meira Júnior LE, Souza FM, Almeida LC, Veloso GGV, Caldeira AP. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2016 [citado em 09 abr 2020]; 11(38):1-10.

doi./10.5712/rbmfc11(38)1231

22. Moraes TPR, Paiva EF. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida. *Rev Ciênc Méd.* [Internet]. 2017 [citado em 10 abr 2020]; 26(1):9-18.

doi./10.24220/2318-0897v26n1a3783

23. Vinker S. Out of hospital cardio-pulmonary arrest - Is there a role for the primary health care teams? *Isr J Health Policy Res.* [Internet]. 2017 [citado em 11 abr 2020]; 6(36):1-3. doi./10.1186/s13584-017-0161-4

24. Martínez JAC, Delgado RC, González PA. Self-perceived limitations and difficulties by Primary Health Care Physicians to assist emergencies. *Medicine* [Internet]. 2018 [citado em 08 abr 2020]; 97(52):1-4.

doi./10.1097/MD.00000000000013819

25. Nogueira LS, Wilson AMMM, Karakhanian ACM, Parreira EV, Machado VMP, Mira VL. Avaliação dos conhecimentos e habilidades em ressuscitação cardiopulmonar assimilados por profissionais da atenção primária em saúde. *Sci Med.* [Internet]. 2018 [citado em 10 abr 2020]; 28(1):1-9.

doi./10.15448/1980-6108.2018.1.28843

26. Cassinelli F, Melo ES, Costa CRB, Reis RK. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. *Saúde e Pesqui.* [Internet]. 2019 [citado em 10 abr 2020]; 12(2):317-22. doi./10.17765/2176-9206.2019v12n2p317-322

27. Santos APM, Santana MMR, Tavares FL, Toledo LV, Moreira TR, Ribeiro L, et al. Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida. *HU Rev.*

[Internet]. 2019 [citado em 10 abr 2020]; 45(2):177-84. doi./10.34019/1982-8047.2019.v45.26815

28. Santos JS, Santana TS, Sousa AR, Teixeira JRB, Serra HHN, Paz JS. Suporte básico de vida: conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na estratégia de saúde da família. REVISA [Internet]. 2020 [citado em 10 abr 2020]; 9(1):40-52. doi./10.36239/revisa.v9.n1.p40a52

29. Jesus MC, Silva VA, Mota RS, Costa JCB, Mendes AS, Oliveira MJ. Repercussões da educação permanente nas práticas assistenciais dos profissionais de enfermagem. Rev Baiana Enferm.

[Internet]. 2019 [citado em 20 set 2020]; 33:e27555. doi./10.18471/rbe.v33.27555

30. American Heart Association. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE [Internet]. Dallas, Texas, EUA: AHA; 2015 [citado em 15 ago 2020]. Disponível em: <http://www.bombeiros.ms.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-das-Diretrizes-de-RCP-e-ACE-2015.pdf>

RECIBIDO: 23/02/21

APROBADO: 09/12/22

PUBLICADO: 03/2023