**GUIA DE PRIMEROS AUXILIOS PARA ENTRENADORES DE FUTBOL**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Facultad Ciencias de la Salud Tecnología en Atención prehospitalaria

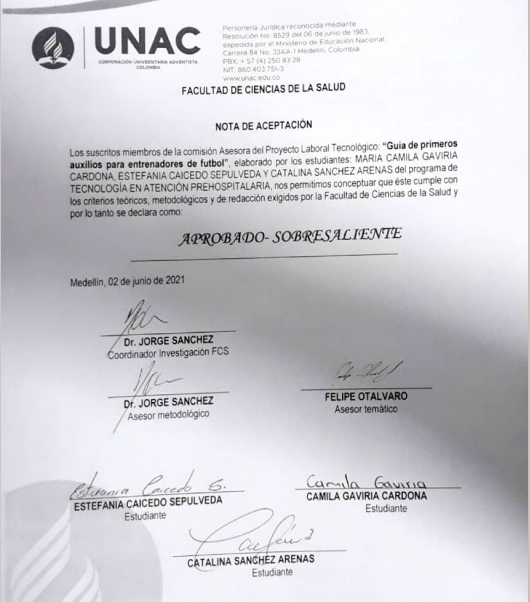
Estefanía Caicedo Sepúlveda

María Camila Gaviria Cardona

Catalina Sánchez Arenas

Medellín, Colombia

2021



**RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO**

Corporación Universitaria Adventista

**FACULTAD:** Ciencias de la Salud

**Programa:** Tecnología en Atención Prehospitalaria

**Título:** GUÍA DE PRIMEROS AUXILIOS PARA ENTRENADORES DE FUTBOL

**Nombre de los integrantes del grupo:** Estefanía Caicedo Sepúlveda, María Camila Gaviria Cardona y Catalina Sánchez Arenas

**Sigla del título académico y nombre de los asesores:** TAPH – Jorge Sánchez y Felipe Otalvaro

**Fecha de terminación del proyecto:** 11/ 06/ 2021

**PROBLEMA O NECESIDAD**

Debido al alto contacto físico que tienen los jóvenes futbolistas, son susceptibles a sufrir lesiones, al igual que los espectadores pueden presentarlas o sufrir enfermedades súbitas en el campo futbolístico, donde los primeros respondientes son entrenadores de futbol o su personal de extensión, ya que no siempre se cuenta con la participación de un médico o fisioterapeuta, por lo tanto los entrenadores y personal de extensión deben estar en la capacidad de atender lesiones o emergencias médicas de forma correcta como primer respondiente. Por lo cual se ve la necesidad de crear una guía de primeros auxilios para entrenadores de futbol y su personal de extensión para reforzar los conocimientos en cuanto al manejo de varias situaciones que se pueden presentar a la largo de un partido de futbol o entrenamiento.

**MÉTODO**

Se pretende implementar una guía de primeros auxilios para instituciones futbolísticas, iniciando con la institución Leones Futbol Club, dando la oportunidad de ser utilizada por los profesionales que hayan tenido la capacitación o cuenten con esta guía. Basándonos en investigaciones y documentos previos para el manejo adecuado en situaciones de emergencias médicas o traumatismos presentados en el ambiente futbolístico.

Este es un proyecto de desarrollo que busca ampliar el conocimiento de los entrenadores de fútbol y así favorecer esa primera atención que se le da al lesionado, la metodología se dividió en 3 fases. En fase l se buscaron textos y documentos sobre el nivel de conocimiento que tienen los profesionales deportivos en cuanto a la atención de traumatismos y urgencias médicas presentadas en el ambiente futbolístico, además de conocer qué lesiones se dan con mayor frecuencia en la cancha de futbol.

En Fase ll Se crea y aplica la encuesta a los profesionales escogidos, posterior a esto se recoger la información necesaria sobre qué temas debían ser capacitados o reforzados por su nivel de incidencia en el ámbito futbolístico además de que se comenta con los coordinadores que temas quieren ver reflejados en la guía, aunque no sean tan comunes.

Fase lll Se realiza la tabulación de las encuestas, se procede a realizar la guía con los temas que se reflejaba menor conocimiento y los hablados con el coordinador.

**RESULTADOS**

Los resultados que se vieron reflejados en el proceso de culminación del proyecto fue la alta disposición del personal en deporte frente a las capacitaciones y ganas de adquirir el conocimiento , se realizó una encuesta a los 30 participantes y se recolecto información sobre las lesiones más relevantes y frecuentes en el campo de futbol dando como resultado que las lesiones osteomusculares pasan con mayor frecuencia, se evidencia también que la mayoría de entrenadores o asistentes deportivos no tienen la formación necesaria para atender un accidente o lesión en el campo de futbol, aparte tampoco cuentan con los insumos necesarios para dicho caso.

**CONCLUSIONES**

Según los resultados de las encuestas y la búsqueda bibliográfica se pudo evidenciar que, aunque la incidencia de lesiones o emergencias médicas presentadas en los entrenamientos es común y que los entrenadores junto a su personal de extensión no cuentan con guías o estrategias establecidas para adquirir conocimiento en cuanto a una primera atención oportuna y eficaz.

Por otra parte, se manifestó interés y buena participación de los asistentes en las capacitaciones y encuestas, informándonos sobre sus experiencias y actuaciones en cuanto al manejo de lesiones que no han tenido la seguridad de atender por falta de conocimiento.

Se pudo observar que la institución contara con varias herramientas que podrían ser útiles para que sus entrenadores llevaran a la práctica todo lo aprendido, adquiriendo para cada categoría un botiquín después de finalizada la capacitación para tener más clara su responsabilidad como primeros respondientes frente a situaciones difíciles tanto en los entrenamientos como en sus partidos de futbol.

Se agradece primeramente a Dios por permitir llevar adelante este proyecto; A nuestras familias y amigos por estar presentes con su paciencia y apoyo ante todas las circunstancias; A la Corporación Universitaria Adventista y a todos los docentes que nos acompañaron, nos dieron la mano y nos trasmitieron sus conocimientos a lo largo de la carrera universitaria y a nuestros asesores que estuvieron atentos a nuestras inquietudes y nos apoyaron en cada nuevo paso a seguir.

Se dedica este trabajo y el esfuerzo en cada paso que se dio, a nuestras familias que han sido la motivación principal y el apoyo incondicional en nuestra formación académica, ellos nos han dado todas sus enseñanzas y mejores deseos a lo largo de la carrera universitaria.

**TABLA DE CONTENIDO**

[1. Guía de primeros auxilios para entrenadores de futbol 8](#_Toc72939906)

[1.1. Introducción 8](#_Toc72939907)

[1.2. Justificación 9](#_Toc72939908)

[1.3. Planteamiento del Problema 11](#_Toc72939909)

[1.4. Objetivos 13](#_Toc72939910)

[1.4.1. Objetivo General 13](#_Toc72939911)

[1.4.2. Objetivos específicos: 13](#_Toc72939912)

[1.5. Viabilidad del proyecto 14](#_Toc72939913)

[1.6. Limitaciones de la investigación 15](#_Toc72939914)

[1.7. Impacto esperado 16](#_Toc72939915)

[2. Marco Teorico 18](#_Toc72939916)

[2.1. Marco Conceptual 18](#_Toc72939917)

[2.2. Marco Referencial 23](#_Toc72939918)

[2.3. Marco Institucional 38](#_Toc72939919)

[2.4. Marco Historico 44](#_Toc72939921)

[2.4.1. Historia de los primeros auxilios 44](#_Toc72939922)

[2.4.2. Historia del futbol 45](#_Toc72939923)

[2.5. Marco Geografico 47](#_Toc72939924)

[2.6. Marco Legal o Normativo 53](#_Toc72939925)

[2.7. Marco Teorico 57](#_Toc72939926)

[2.7.1. Capacitación 57](#_Toc72939927)

[2.7.2. Conceptos básicos en primeros auxilios 59](#_Toc72939928)

[2.7.3. Valoración del Paciente 63](#_Toc72939929)

[2.7.4. Impresión General del Paciente 64](#_Toc72939930)

[2.7.5. Valoración Primaria 64](#_Toc72939931)

[2.7.6. Valoración Secundaria 66](#_Toc72939932)

[2.7.7. Lesiones Futbolísticas 66](#_Toc72939933)

[3. Desarrollo y Análisis 69](#_Toc72939934)

[4. Diseño Metodólogico 78](#_Toc72939935)

[5. Conclusiones y Recomendaciones 83](#_Toc72939936)

**INDICE DE ILUSTRACIONES**

[Ilustración 2 Gráfica 1 - Profesión 70](#_Toc73092024)

[Ilustración 3: Gráfica 2- Participación 70](#_Toc73092025)

[Ilustración 4: Gráfica 3- Cinemática 71](file:///C:\Users\WIN\Downloads\MAYO%2026%202021.docx#_Toc73092026)

[Ilustración 5: Gráfica 4- Urgencia y Emergencia 71](#_Toc73092027)

[Ilustración 6: Gráfica 6 - Conocimiento sobre primeros auxilios 72](#_Toc73092028)

[Ilustración 7: Gráfica 7- Inmovilización 72](#_Toc73092029)

[Ilustración 8: Gráfica 8- Primeros Auxilios 73](#_Toc73092030)

[Ilustración 9: Gráfica 9- Convulsión 73](#_Toc73092031)

[Ilustración 10: Gráfica 10- RCP 74](#_Toc73092032)

[Ilustración 11: Gráfica 11- Diferencias 74](#_Toc73092033)

[Ilustración 12: Gráfica 12- Sangrados 75](#_Toc73092034)

[Ilustración 13: Gráfica 13- Desmayo 75](#_Toc73092035)

[Ilustración 14: Gráfica 14- Incidencia lesiones 76](#_Toc73092036)

[Ilustración 15: Gráfica 15- Incidencia emergencia 76](#_Toc73092037)

[Ilustración 16: Gráfica 16- Tiempo del partido 77](#_Toc73092038)

[Ilustración 17: Gráfica 17- Guías de primeros auxilios para entrenadores 77](#_Toc73092039)

**INDICE DE TABLAS**

[Tabla 1: Impacto Esperado 16](#_Toc73092058)

[Tabla 2: Marcos referenciales 23](#_Toc73092059)

[Tabla 3: Población Valle de Aburra 52](#_Toc73092060)

[Tabla 4: Plan de Trabajo 80](#_Toc73092061)

[Tabla 5: Presupuesto 82](#_Toc73092062)

# guia DE primeros auxilios para entrenadores de futbol

## Introducción

El presente proyecto pretende indagar sobre la incidencia de lesiones en el ámbito futbolístico y crear una guía para los entrenadores de fútbol y su equipo de trabajo con relación al conocimiento en primeros auxilios; que favorece tanto a los jugadores como a los asistentes del partido, brindando una oportuna atención y manejo adecuado cuando se presente un traumatismo o emergencia médica en el campo de futbol. Durante el avance de este proyecto se reforzará la teoría y técnica de los primeros auxilios en el cuerpo técnico que será capacitado, basándose en encuestas y referencias bibliográficas sobre las lesiones o enfermedades que presentan mayor incidencia.

## Justificación

Según diferentes entidades deportivas como la FIFA (federación internacional de futbol asociación), El INDER (institución nacional de deportes, educación física y recreación) y Leones Futbol Club, ven la importancia de capacitar a los entrenadores en primeros auxilios para disminuir la gravedad y secuelas a corto, mediano y largo plazo dando esa primera atención antes de la llegada del personal SEM. Las lesiones o emergencias médicas deportivas son muy comunes en el escenario de un partido de futbol, ya que se generan tanto en los jugadores como en los espectadores, siendo más común en los futbolistas que tienen un contacto directo o indirecto, siendo directo al presentarse un aumento en el intercambio de energía con chocar con otros jugadores o indirecta cuando el jugador sufre autolesiones; es por esto que se pretende crear una guía para el manejo básico en primeros auxilios por parte de los entrenadores de fútbol, Tecnólogos en dirección técnica, entrenadores deportivos y la gestión deportiva. (1)

Con este proyecto se pretende optimizar la confianza, comodidad y el tiempo por parte de los entrenadores en este tipo de circunstancias y sobre todo como se debe actuar con base en los conocimientos que serán adquiridos; Esta confianza también se podrá ver reflejada en los padres de familia que inscriben a sus hijos en el club de fútbol, ya que un padre siempre busca lo mejor para ellos y siendo este un deporte de contacto físico verán reflejado una buena atención si llegara a suceder un incidente que requiera una asistencia médica. Se pretende destacar a estas instituciones por su enfoque en la seguridad y el bienestar de los jóvenes deportistas.

Este proyecto quiere resaltar y cubrir esa necesidad que tienen los primeros respondiente en la escena, el efecto positivo que se puede generar en el joven al ser atendido si se hace un trabajo adecuado de acuerdo a los conocimientos que se le transmitirán al entrenador; potenciar las habilidades, actitudes y aptitudes de los participantes en la capacitación, generando una atención inicial de calidad antes de que llegue el personal de asistencia médica o el paciente llegar a un centro de atención.

Por otra parte, pretende aportar conocimientos actualizados en cuanto al manejo básico de traumas deportivos y emergencias médicas que este se pueda implementar como una guía de trabajo íntegra que beneficie a entrenadores, jugadores y asistentes.

## Planteamiento del Problema

Cuando nos referimos a una guía, se habla de una herramienta digital o impresa de estudio que facilita el aprendizaje de un tema, describiendo de forma llamativa y sencilla, dando orientación necesaria que permita integrar los conocimientos de las personas.(2) Cuando se está realizando actividad deportiva, los jóvenes son susceptibles a sufrir traumas o enfermedades medicas debido al alto contacto y exposición que se tiene durante las actividades futbolísticas, donde los entrenadores tienen la responsabilidad de atenderlos, sino se cuenta con el personal médico entrenado en el momento; sin embargo los asistentes no están exentos a sufrir algún accidente o enfermedad médica, por ende, es necesario aportar conocimiento para enriquecer la formación de este personal en la atención primaria.

Los entrenadores son los responsables de hacer la primera atención a estos jóvenes, al no tener una guía establecida y capacitaciones sobre esta, se vuelven más propensos a cometer errores y generarse dudas en una atención básica en primero auxilios, que puede llevar a que el joven no tenga una buena evolución de su condición y por lo contrario puede empeorar o dejar secuelas para su desarrollo normal, incluso llegando a perder la oportunidad de seguir con sus actividades en el fútbol, su vida social y hasta escolar.

Un estudio descrito en El Club Atlético River Plate durante el año 2014, 2015 y mitad de 2016 realizó un análisis con 325 participantes entre edades de 14 a 20 años, sobre la distribución de las lesiones en el transcurso de la práctica deportiva dando como resultado un total de 1.068 consultas, de las cuales 936 (87,6%) fueron traumatológicas y 132 (12,4%) de origen clínico/quirúrgico.(3) A partir de estos resultados se puede analizar que fueron mayores los traumas dando mucha más importancia a la buena preparación del entrenador que estará siempre al lado de los jóvenes jugadores brindando esa primera respuesta, que de ser adecuada podrá mejorar las condiciones del joven e incluso impedir una incapacidad prolongada que le impide seguir con sus actividades deportivas o su vida normal.

En investigaciones sobre este tipo de atención a los jóvenes deportistas, no se tiene claro el manejo de varias situaciones que se pueden presentar en el partido, además no es una habilidad fortalecida en los entrenadores, por eso la necesidad de una guía básica para este personal y que su contenido sea orientado al manejo de las situaciones más comunes, se hace importante y será beneficioso tanto para los entrenadores que podrían ayudar a sus jóvenes, como para los asistentes que evidenciaran el profesionalismo y seguridad en la cancha.

Al fortalecer los conocimiento y habilidades de un primer respondiente puede ser de vital importancia tanto para el entrenador, el club, los jugadores y los asistentes, que se basaran en la confianza de su conocimiento y rápida atención que se va a brindar a asistentes y así disminuirán las secuelas permitiendo volver pronto a su actividad cotidiana. Es de vital importancia que conozcan lo que puede complicar al jugador, cuando deben priorizar su atención y no descuidarlo, al pasar esto por alto, el trauma puede ser mayor y complicar su recuperación a tal punto que abandonen todo su proceso o afecte la calidad vida.

## Objetivos

### obejtivo General

Crear un guía de primeros auxilios para los para entrenadores de futbol y su cuerpo técnico.

### Objetivos específicos:

1. Determinar cuáles son las principales lesiones a las que se enfrenta un entrenador de futbol y su cuerpo técnico en el ámbito futbolístico mediante encuestas.
2. Identificar el nivel de conocimiento en cuanto al manejo de traumas y emergencias médicas en lo jóvenes deportistas y espectadores por medio de encuestas.
3. Seleccionar los temas para realizar un guía de primeros auxilios para entrenadores de futbol.
4. Realizar una búsqueda bibliográfica sobre las estrategias de manejo en lesiones y enfermedades medicas por parte de los entrenadores.
5. Capacitar al cuerpo técnico de la institución Leones Futbol Club sobre el uso de la guía de atención en primeros auxilios para entrenadores de futbol.

## Viabilidad del proyecto

El presente proyecto de investigación es viable ya que cubrirá una necesidad que se puede satisfacer con una atención básica en los encuentros de fútbol,  se contara con el personal de estudio necesario tanto entrenadores como jóvenes deportistas, existe un tiempo adecuado  para desarrollar el proyecto de manera correcta, se contará con una  población de estudio cercana para realizar las diferentes actividades como las encuestas, charlas  y procesos necesarios para la culminación del presente proyecto, en cuanto a lo económico el club de futbol estará dispuesto hacer un aporte, para que los entrenadores de las fuerzas básicas estén capacitados y por parte de la universidad por la parte de proyección social adicionalmente existe el apoyo por medio de un asesor para coordinar los temas de la guía, verificar cada objetivo y ser testigo del desarrollo correcto, que cuente con la veracidad pertinente y sea efectivo antes de ser llevado a la población que va dirigida.

## Limitaciones de la investigación

En la actualidad el país se está enfrentando a diversas problemáticas de salud que ninguno se esperaba o imaginaria que sucedieran, además de no tener certeza de cuando se restablecerá la normalidad a nivel social por temas de pandemia, este proyecto además de tener un contenido teórico debe implementar también un contenido práctico y aquí se encuentra el primer obstáculo, el fútbol colombiano apenas está retornando de nuevo y las escuelas de fútbol aún están a la espera de protocolos o guías de bioseguridad necesarios para comenzar legalmente con los partidos, esto quiere decir que la  muestra de investigación que requiere el proyecto puede llegar a demorar más de lo esperado.

Por otra parte, se puede llegar a presentar inconvenientes con algunas personas que se puedan necesitar durante el transcurso de la investigación como puede ser, que no participen de forma activa con el proyecto, sea por falta de tiempo o debido a múltiples situaciones externas de la investigación en particular los encuentros necesarios para las capacitaciones y practicas sobre la guía.

## Impacto esperado

**Tabla 1: Impacto Esperado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Los jugadores de futbol y sus familiares sean participes del proceso, los cuales podrán hacer un reporte si ha sido efectivo la atención rápida de los entrenadores hacia sus hijos. | Corto plazo | Al realizar un reporte sobre si ha mejorado la atención de sus hijos frente a las diferentes situaciones de lesión que se puedan presentar tanto en sus entrenamientos como en los partidos de futbol. | los padres de familia no estén al pendiente de los beneficios o insuficiencias que tenga la escuela de futbol |
| Se espera que esta guía de primeros auxilios sea solicitada por más escuelas de fútbol juvenil del Valle de Aburra. | Mediano plazo | la solicitud por parte de otras instituciones de fútbol de la guía de primeros auxilios para ser acogida en su programa. | Las escuelas de futbol, los clubes, las fundaciones encargadas de brindar el bienestar a sus jugadores de futbol podrán solicitar esta guía y capacitar a sus entrenadores. |
| La implementación de la guía de primeros auxilios para entrenadores de futbol a nivel nacional o internacional por medio de socializaciones e impacto en otras instituciones, además de convertirse en un recurso fundamental para las escuelas de fútbol a nivel nacional. | Largo Plazo | Escuelas de fútbol juvenil fuera del Valle de Aburra pidan información y capacitaciones acerca de la guía de primeros auxilios para probarla y así poder implementarlo en su escuela. | La recurrencia de otras escuelas fuera del departamento por capacitaciones e información se hace más notable y con mayor frecuencia. |

# MARCO TEORICO

1. MARCO Conceptual
   * 1. **Atención básica en salud**

Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. (4)

* + 1. **Accidente**

Acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales. Aunque en realidad el concepto de accidente es científicamente impreciso, lo que no es difícil de entender, sí conocemos la multiplicidad de causas, circunstancias y efectos que envuelven la ocurrencia de un accidente.(5)

* + 1. **Botiquín**

Es un recurso básico para la Institución, cuyo alcance no está limitado solamente a los funcionarios sino a cualquier persona usuario, comerciante, visitante, etc. Que por algún motivo de enfermedad o accidente necesita asistencia primaria, ya que en él se encuentran los elementos indispensables para dar atención básica a las víctimas que en muchos casos pueden ser decisivos para salvar vidas.(6)

* + 1. **Capacitación**

Es el conjunto de procesos organizados, relativos tanto a la educación no formal como a la informal, de acuerdo con lo establecido por la Ley General de Educación, dirigidos a prolongar y a complementar la educación inicial mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, a la mejor prestación de servicios y al eficaz desempeño del cargo.

* + 1. **Emergencia**

Según la Organización Mundial de la Salud son aquellas situaciones en las que se requieren acciones y decisiones médicas inmediatas. Dada la complejidad de la situación o afección estos ponen riesgo de vida en los involucrados.

Cuando nos referimos a emergencias médicas no hay suficiente tiempo, por eso los socorristas o encargados de la situación deben de tratar al paciente en el lugar que se encuentre con la intención de sacarlos del peligro en el que se encuentran. Posteriormente a estabilizar el riesgo de vida, será necesario trasladar al o los afectados en a un centro médico para los siguientes pasos requeridos en la mejora de su salud física y mental.

Por mencionar algunos ejemplos: Pérdida de conocimiento, Abundante pérdida de sangre, Dificultad respiratoria prolongada, Dolor intenso en el pecho, Asfixia por inmersión, Caídas desde la altura, Accidentes de tránsito, Electrocución, Convulsiones.(7)

* + 1. **Factor de Riesgo**

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.(8)

* + 1. **Guía**

Constituyen un recurso esencial del cual no se debe prescindir en los procesos de aprendizaje. Sobre este medio se centra el presente artículo cuyo objetivo es enfatizar en su uso por la significación que adquiere actualmente para optimizar las labores del profesor y del estudiante.(2)

* + 1. **Heridas**

Se define como la pérdida de solución de continuidad de un tejido o la separación de las siguientes estructuras: piel, fascia, músculo, hueso, tendones, y vasos sanguíneos.(9)

* + 1. **Lesiones**

Es el resultado de la aplicación sobre el cuerpo de fuerzas que superan su capacidad de resistencia.(10) La fuerza lesionante aguda cuando son instantáneas o crónicas cuando perduran por un tiempo mayor o indefinido puede generar dolor, inflamación, limitaciones en la movilidad.

* + 1. **Peligro**

Fuente, situación o acto con potencial para causar daño en términos de daño humano o deterioro de la salud, o una combinación de estos.(11)

* + 1. **Primeros Auxilios**

Son medidas y acciones que se realizan a una persona o personas, con previos conocimientos, son los cuidados o ayuda inmediata, temporal y necesaria que se le da a una persona que ha sufrido un accidente, enfermedad o agudización hasta la llegada de las personas de asistencia o médico. No son tratamientos médicos, son acciones de emergencia de ayuda que pueden reducir los efectos de lesiones, contención, estabilización de la víctima e inclusive salvar la vida.

* + 1. **Primer respondiente**

Es la primera persona que decide participan en la atención de un lesionado por estar preparada y entrenada para estos casos. Puede ser o no un profesional de salud. Es el encargado de evaluar la escena, comenzar la revisión del lesionado y activar el SEM. En lo posible, estar capacitar para iniciar acciones que propender al mantenimiento de la vida hasta que llegue un apoyo especializado.(12)

* + 1. **SEM**

**S**ervicio de emergencias médicas, es el servicio encargado de dar respuesta asistencial a las urgencias y emergencias sanitarias extrahospitalarias de forma rápida y eficiente, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Tal como lo señala la Resolución 926 de 2017, es un modelo general integrado que busca la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar la respuesta oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismo o paro cardiorrespiratorio que requieran atención médica de urgencias.(13)

* + 1. **Urgencias**

Una situación en donde se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo, pero este no implica riesgo en la vida de los que la involucra ni genera peligro en la evolución de su afección.

Entre qué es urgencia y emergencia según la OMS radica una diferencia, y es que en las urgencias hay más tiempo para llegar al sitio para tratar el caso o derivar al enfermo.

Por mencionar algunos ejemplos: Crisis nerviosa, Cefaleas, Cólicos renal o hepático, Fiebre elevada, mareos.(7)

* + 1. **Tecnólogo en Atención Prehospitalaria**

Es un profesional que hace parte de un cuerpo de atención médica, el cual posee la formación, los conocimientos y habilidades para atender urgencias, emergencias médicas y traumas prehospitalarios

* + 1. **Traumatismo**

Conjunto de lesiones internas o externas provocadas por violencias externas al organismo, pueden variar desde una lesión única no complicada hasta lesiones múltiples en extremo complejas. Es necesario considerar tres elementos en el manejo de estos: el mecanismo de la lesión, su gravedad y la evolución clínica que se presenta. (14)

1. Marco Referencial

**Tabla 2: Marcos referenciales**

|  |
| --- |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** Lesiones en futbolistas de un equipo sudamericano durante 1 año de seguimiento |
| **ACTOR:** Jorge Jaime Márquez Arabia, Gustavo Ramón Suárez,Cristian Quiceno Noguera |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** Medellín, Antioquia |
| **INTITUCIÓN:** Universidad de Antioquia |
| **PAIS:** Colombia |
| **AÑO:** 2016 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** Determinar las características de las lesiones derivadas de la práctica del fútbol en jugadores de un equipo profesional durante 1 año de competencia en la primera división del fútbol profesional colombiano |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES:** la edad promedio fue de 26,5±5 años El índice de masa corporal fue 24,57±1,06. El 50 % de los jugadores se lesionaron. El 58,3 % de las lesiones ocurrieron durante la competencia. No se presentaron lesiones recurrentes. El sitio anatómico más afectado fue la rodilla. La mayoría de las lesiones fueron ligamentosas y musculares. El diagnóstico más frecuente fue el esguince. La mayoría de las lesiones fueron de no contacto (66,66 %). El 33,33 % de todas las lesiones fueron por sobreuso y el 66,66 % por trauma. El 50 % de las lesiones fueron severas.  CONCLUSIONES se presentaron más lesiones durante la competencia, la mitad severas, principalmente esguinces ligamentosos en miembros inferiores, de no contacto, porsobreuso y trauma. |
| **ENLACE:** http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-215X2016000100006&script=sci\_arttext&tlng=en |
| **FECHA:** Enero – junio 2016 |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** El Salvador |
| **INTITUCIÓN:** Asociación de preparadores físicos de fútbol |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** Vendaje funcional para prevención de esguinces de tobillo en futbolistas del equipo profesional del centro Deportivo Olmedo |
| **ACTOR:** Lema, Mónica Cecilia  Andrés Fernando, Escobar Beltrán |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** Riobamba -Ecuador |
| **INTITUCIÓN:** Universidad Nacional de Chimborazo |
| **PAIS:** Ecuador |
| **AÑO:** 2017 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** Dentro de los problemas más comunes que se puede evidenciar en el Centro Deportivo Olmedo es el esguince de tobillo siendo este una torcedura o lesión producida en los ligamentos. Al tratar de este tema encontramos varios tipos de esguinces partiendo desde un primer grado que puede ser una pequeña distensión ligamentaria hasta un tercer grado el cual representa una ruptura total del ligamento llegando a la intervención quirúrgica. Los esguinces de tobillo para llegar a sanar completamente pueden tardar un tiempo relativamente corto, aunque puede también llegar a tardar un tiempo mucho más largo. De tal manera es por este motivo que se tomó en cuenta para la realización del presente proyecto de investigación la utilización del vendaje funcional preventivo para esguinces de tobillo debido a que tiene un alto índice de eficacia fisioterapéutica especialmente en los jugadores del Centro Deportivo Olmedo. En el proyecto de investigación al hablar del marco teórico contiene un resumen especifico de las diferentes fuentes bibliográficas encontradas en el tema expuesto, el marco metodológico constara de varios métodos utilizados como: de campo, exploratorio y experimental en los cuales se utilizó diferentes técnicas entre estas encontramos una encuesta, fichas de evaluación inicial y final, método de Star Excursion Balance Test (el cual nos sirvió para determinar si existe o no una prevención en la utilización del vendaje funcional de tobillo), de las cuales nos evidenció que un 97% de los jugadores llegan a prevenir y a su vez recuperar el estado de la lesión que han presentado o presentan actualmente |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES:** se logró describir qué es el vendaje funcional y de esta manera mediante la evaluación inicial y final se pudo evidenciar que al ocupar el vendaje su rango de movilidad llega a mejorar siendo así que el vendaje tiene un alto índice de ayuda en la prevención de esguinces de tobillo en los jugadores del “Centro Deportivo Olmedo”. El vendaje funcional aplicado en el tobillo se lo utiliza como una medida que pretende prevenir el esguince de tobillo, entre sus efectos podemos mencionar efecto mecánico, exteroceptivo y propioceptivo que estos se ven influenciados en gran magnitud por el efecto psicológico que se tiene al utilizar una medida que brinda una sujeción, siendo así que el futbolista cuando siente una estabilidad en su tobillo automáticamente mejora su actividad física y también ayuda a la recuperación de quien se encuentra con la lesión. Se determinó que el vendaje funcional tiene una influencia efectiva en el esguince de tobillo debido que mediante el Star Excursion Balance Test se llegó a evidenciar mediante datos que con la utilización del vendaje se mantiene la articulación del tobillo mucha más estable y de esta manera se va a prevenir el mecanismo de lesión de esta patología en los futbolistas profesionales del “Centro Deportivo Olmedo”**.** |
| **ENLACE:** http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4273 |
| **FECHA:** 2017 |
|  |
|  |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** Epidemiología de las lesiones sufridas por los jugadores durante el XXVII campeonato sudamericano de fútbol sub-20 |
| **ACTOR:** Pangrazio O 1, Forriol F |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** Comisión Médica Conmebol (Confederación Sudamericana de Fútbol). Fútbol). Facultad de Medicina, Universidad San Pablo-CEU- revista trauma vol. 26 N 1 Mapfre |
| **INTITUCIÓN:** Madrid, España |
| **PAIS:** España |
| **AÑO:** 2015 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** Contabilizar las lesiones que se produjeron en el XXVII campeonato sudamericano de fútbol sub-20. |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES** Se recogieron un total de 109 lesiones, de las cuales 44 se produjeron por contacto entre los jugadores y 18 fueron causadas por faltas sancionadas, aunque un 39% de las lesiones no fueron sancionadas por los árbitros. Del total de lesiones, 59 requirieron tratamiento médico, encontrando un promedio de 3,11 lesiones por partido. La causa de las lesiones fue, por orden decreciente, 35 contusiones, 34 lesiones musculares sin intercurrencias, 10 distensiones musculares, 9 esguinces de tobillo y 4 conclusiones sin pérdida de conocimiento. Las más graves fueron dos fracturas y una rotura del LCA sin inestabilidad articular. |
| **ENLACE:** https://app.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v26n1/docs/v26n1.pdf#page=11 |
| **FECHA:** Enero- marzo 2015 |
|  |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** Prevención Efectiva de Lesiones en Fútbol |
| **ACTOR:** Donald T. Kirkendall y Jiri Dvorak |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** Revista de entrenamiento deportivo |
| **INTITUCIÓN:** THE PHYSICIAN AND SPORTSMEDICINE |
| **PAIS:** Zürich, Switzerland. |
| **AÑO:** 2016 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:**La participación deportiva está acompañada por el riesgo de lesión, y cada deporte específico tiene su propio perfil único de lesiones. Uno de los objetivos de los profesionales abocados a la medicina del deporte es la prevención de lesiones, y en la pasada década han sido reportados numerosos resultados de estudios sobre prevención de lesiones. |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES:** En Base a los resultados actuales de ensayos aleatorios controlados existe buena evidencia sobre la efectividad de los programas preventivos en reducir la incidencia de lesiones comunes en futbol. Estos resultados muestran reducciones significativas de lesiones ligamentaria de tobillo y rodilla, así como lesiones musculares, cuando se cumple con un programa preventivo diseñado con este objetivo principal. Aunque existen protocolos para la prevención de lesiones específicas, un programa de entrada en calor general que incorpore aspectos de los programas preventivos específicos, como “Los 11+” puede abordar los problemas de las lesiones más comunes en el futbol. La comunidad médica deportiva necesita ser diligente en la promoción de programas preventivos simples y efectivos para los equipos que se encuentran bajo sus cuidados. Educando a los entrenadores en como dichos programas son efectivos en la reducción de lesiones con pérdida de participación debería generar un estímulo en los mismos que los lleve a incorporar programas preventivos como un componente esencial de su programa de entrenamiento**.** |
| **ENLACE:** https://g-se.com/prevencion-efectiva-de-lesiones-en-futbol-1473-sa-T57cfb2721b168 |
| **FECHA:** 2016 |
|  |
| **TITULO DE ARTÍCULO:**Caracterización de lesiones en jugadores de fútbol en las categorías sub-19 y sub-20 de La Equidad Seguros |
| **ACTOR:** Juan Camilo Martínez Baquero, Daniel Zambrano, Laura Elizabeth Castro Jiménez, Yelenka Tatiana Velasco |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN: Bogotá** |
| **INTITUCIÓN:** La equidad seguros |
| **PAIS:** Colombia |
| **AÑO:** 2015 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** Conocer los principales factores que producen lesiones en los deportistas del club deportivo de la Equidad categoría Sub 19 y Sub 20 de la Sede Creativo de la Ciudad de Bogotá. Metodología. Se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y diseño transversal. La población de estudio son los deportistas de las categorías sub-19 y sub20 del Club Deportivo de la Equidad Seguros. |
| **RESULTADOS:** El 73,1% ha presentado una lesión durante su práctica deportiva, de éstos el 60,9% ha presentado 1 a 2 lesiones, el 13% de 3 a 4 lesiones y más de 5 lesiones el 6,5%. Encontrando mayor presencia de lesiones por mala movilidad articular, seguido de falta de estiramiento.  **CONCLUSIONES:** Se evidencio que existen diferentes factores que conllevan a  lesiones a jugadores de la equidad seguros (categoría sub-19 y sub-20), lo que muestra la necesidad de disminuir estos factores, con el fin de que los deportistas no pierdan su ritmo de entrenamiento, y   puedan   seguir   incrementando   su   nivel   deportivo (rendimiento deportivo) |
| **ENLACE:** http://repository.usta.edu.co/handle/11634/10318 |
| **FECHA:** 2018 |
|  |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** Evaluación funcional y factores de riesgo de lesiones músculo esqueléticas en miembros inferiores en los deportistas de la selección de fútbol UCSG. |
| **ACTOR:** López Aguayo, María Gabriela |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** Guayaquil |
| **INTITUCIÓN:** Universidad Católica de Santiago de guayaquil |
| **PAIS:** Ecuador |
| **AÑO:** 2018 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** Determinar las evaluaciones funcionales y factores de riesgo de las lesiones musculoesqueléticas en miembros inferiores a los deportistas de la selección de fútbol UCSG mediante una investigación de campo para prevenir lesiones en la práctica deportiva. |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES:** Al realizar la encuesta a los jugadores de la selección de fútbol masculina y femenina, se logró determinar que la mayoría han sufrido lesiones musculoesqueléticas en la práctica deportiva en los miembros inferiores, sin embargo, un número reducido se sometió a algún tipo de tratamiento. |
| **ENLACE:** http://192.188.52.94:8080/bitstream/3317/11285/1/T-UCSG-PRE-MED-TERA-137.pdf |
| **FECHA:** septiembre 10 2018 |
|  |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** Efectos de un entrenamiento con sobrecarga excéntrica y su relación con la prevención de lesiones articulares en jugadores de 15 a 17 años de la escuela de fútbol Barcelona cantón Milagro año 2017. |
| **ACTOR:** Darwin Gregorio Villa Yambay |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** Guayaquil |
| **INTITUCIÓN:** UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL |
| **PAIS:** Ecuador |
| **AÑO:** 2017 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** Diseñar un programa de ejercicios con sobrecarga excéntrica para prevenir las lesiones articulares en los jugadores de la escuela de fútbol Barcelona del cantón Milagro. |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES:** A lo largo de este proyecto se realizó un análisis de los problemas más frecuentes que muestran los jugadores mediante la realización de una encuesta para poder reconocer de manera necesaria cuáles son las falencias que tienen en su desempeño en el campo deportivo y así poder tomar en cuenta cuáles serían las cambios que se debieron realizar en el campo deportivo, adaptándolos a las necesidades principales que soliciten los jugadores y de esta manera poder mejorar sus habilidades en cuanto a las lesiones musculares por parte de los futbolistas. |
| **ENLACE:** http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/29124/1/Villa%20Yambay%20Darwin%20Guillermo%20080-2017.pdf |
| **FECHA:** 2017 |
|  |
| **TITULO DE ARTÍCULO:**Factores psicológico y socio-deportivo y lesiones en jugadores de fútbol semiprofesionales y profesionales. |
| **ACTOR:** Francisco Jose Ortiz Montero |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** España |
| **INTITUCIÓN:** Universidad de Murcia |
| **PAIS:** España |
| **AÑO:** 2010 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** Conocer la relación entre variables psicológicas y socio-deportivos y la vulnerabilidad del futbolista a las lesiones. Comprobar la influencia del resultado en el número de lesiones de los entrenadores posteriores**.** |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES:** Partiendo del Modelo de Estrés y Lesión de Andersen y Williams (1988), se pretende analizar en los futbolistas profesionales las relaciones entre variables psicológicas, variables socio-deportivas y lesiones. La muestra está formada por 210 futbolistas de 14 equipos que compiten en Segunda División A, Segunda División B y Tercera División dentro del Grupo XIII. Para la consecución de los objetivos se lleva a cabo un seguimiento de las lesiones de los sujetos a lo largo de 10 meses de temporada, registrando aspectos relacionados con el tipo, zona, situación, acción, y consecuencias de cada lesión. Además, se realiza una evaluación psicológica a los sujetos en base a las variables psicológicas más relevantes en la lesión deportiva. Los resultados muestran relación entre aspectos como el resultado deportivo o las estrategias de afrontamiento en la probabilidad de tener lesión y en su gravedad**.** |
| **ENLACE**: https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/13245 |
| **FECHA:** junio 23 2010 |
|  |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** Protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida al primer respondiente |
| **ACTOR:** Lina María Rodríguez Granada y Daniela Gómez Delgadillo |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:**  Colombia |
| **INTITUCIÓN:** Universidad del bosque |
| **PAIS:** Colombia |
| **AÑO:** 2019 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** El primer paso de la intervención para la rehabilitación psicológica de lesión deportiva es la atención al deportista durante las primeras 72 horas después de la lesión. El presente proyecto tuvo como objetivo realizar una propuesta del diseño de protocolo de atención en crisis por lesión deportiva dirigida por el primer respondiente durante entrenamiento o competencia. El protocolo tiene como objetivo ofrecer una serie de recomendaciones acerca de las acciones que deben tener en cuenta las personas que realizan el rol de primer respondiente en situaciones de lesión deportiva; fue elaborado de acuerdo con el modelo de atención en crisis de Hernández y Gutiérrez (2014) y Slaikew (1996), definiendo los momentos de aplicación claves de las lesiones y crisis, condiciones ambientales y contextuales. Mediante el método Delphi se sometió al juicio de diez jueces expertos quienes revisaron el manual a través del protocolo y acerca de aspectos relevantes desde el modelo teórico hasta las instrucciones y ejemplos; posteriormente, cada evaluación realizada por los jueces fue transcrita y analizada mediante los programas SPSS y Atlas Ti. Palabras clave: Lesión deportiva, Crisis, Atención en Primera Instancia |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES** En primera instancia se realizó el análisis de contenido de las entrevistas mediante el programa Atlas ti, en el cual se transcribieron las entrevistas de los jueces y luego se agruparon las citas acordes con las categorías establecidas; en la tabla 1 se puede observar la fundamentación que cada categoría obtuvo; en segunda instancia se realizó un análisis cuantitativo mediante SPSS sobre las percepciones de los jueces acerca del protocolo**.** |
| **ENLACE:** https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/2798/G%c3%b3mez\_Delgadillo\_Daniela\_2019.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y |
| **FECHA:** 2019 |
|  |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** Muerte súbita en el deporte, propuesta de intervención temprana |
| **ACTOR:**  Oscar Felipe Erazo MartínezJorge Norvey Alvarez Ríos |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** Caldas |
| **INTITUCIÓN:** [Revista](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0864-215X&lng=es&nrm=iso) Iberoamericana de ciencias de la actividad física y el deporte |
| **PAIS:** Colombia |
| **AÑO:** 2018 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** A pesar de las bajas tasas de ocurrencia, la muerte súbita se produce en deportistas sanos e incluso en eventos deportivos de alto rendimiento a nivel mundial.  Su etiología se atribuye principalmente a enfermedades cardiovasculares y patologías congénitas.  El objetivo principal de este artículo es realizar una recopilación y revisión de artículos especializados para establecer el estado del arte en esta materia.  Una búsqueda especializada se realizó en las bases de datos PubMed, Science Direct, Scielo, Redalyc y La Referencia, identificando 43.608 artículos relacionados seleccionando 29 de ellos que cumplen ciertos criterios de selección adoptados. Finalmente, las principales causas, síntomas y factores desencadenantes de muerte súbita son identificados y analizados, y se describen los procedimientos orientados a la prevención y el manejo adecuado de estos eventos, así como el entrenamiento necesario de habilidades y destrezas dirigidos a los primeros respondientes. |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES** La muerte súbita en deportistas cuenta con varios estudios recientes, con artículos científicos destacados en los últimos dos años (2016–2017). Las investigaciones realizadas se destacan en diferentes lugares y cuentan con un análisis detallado.   * Los artículos revisados muestran que la principal causa de mortalidad en los deportistas son cardiopatías congénitas y la enfermedad ateroesclerótica. * Los deportistas de alto rendimiento requieren exámenes previos y periódicos por parte de recurso humano calificado, de tal forma, que se identifique de manera temprana factores de riesgo de muerte súbita. * Es determinante que los equipos deportivos, entrenadores, deportistas y en general todos los primeros respondientes a una muerte súbita, cuenten con entrenamiento de habilidades y destrezas de reanimación cardiopulmonar |
| **ENLACE:** https://revistas.uma.es/index.php/riccafd/article/view/4857 |
| **FECHA:** mayo 02 2018 |
| |  | | --- | | **TITULO DE ARTÍCULO:** Estrés y lesiones en el deporte: revisión bibliográfica**.** | | **ACTOR:** María Asunción Pérez Ferrández**.** | | **LUGAR DE PUBLICACIÓN: ESPAÑA** | | **INTITUCIÓN:** Universidad Miguel Hernández | | **PAIS:** ESPAÑA | | **OBJETIVO/ ABSTRACT:** el objetivo es realizar una revisión bibliográfica para conocer el estado de la investigación respecto al efecto del estrés en el deporte con una mayor o menor predisposición a una lesión y su posterior facilidad o dificultad en la rehabilitación deportiva. Para ello se ha realizado una búsqueda de la literatura en diferentes bases de datos como Dialnet, PubMed, ISOC y Google Académico | | **RESULTADOS/ CONCLUSIONES** el estrés es una variable muy importante en los deportistas de competición, ya que puede actuar produciendo una lesión y dificultando su rehabilitación. Sería de gran importancia que los deportistas reciban programas de control del estrés como nivel de prevención de las lesiones y durante la rehabilitación, ya que esto reduciría el número de lesiones y el tiempo dedicado a la recuperación, por tanto, sería beneficioso para el deportista. Por último, habría que destacar la poca cantidad de estudios sobre lesiones deportivas en deportistas de alto rendimiento, encontrando una gran cantidad de investigaciones en deportistas escolares y deportistas ocasionales. Por tanto, es interesante aumentar los estudios en una muestra de élite, ya que, probablemente será la muestra más afectada por las lesiones deportivas**.** | | **ENLACE:** http://193.147.134.18/bitstream/11000/6294/1/Mar%C3%ADa%20Asunci%C3%B3n%20P%C3%A9rez%20Ferr%C3%A1ndez%20TFG.pdf | | **FECHA:** 15 de junio de 2017**.** | |  | |  | | **TITULO DE ARTÍCULO:** Efecto de la fatiga generada en un partido de fútbol sobre los perfiles de fuerza-velocidad y rigidez muscular en jugadores adolescentes de fútbol | | **ACTOR:** Julián Jaime Navarrete Martínez | | **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** ESPAÑA | | **INTITUCIÓN: U**niversidad Miguel Hernández | | **PAIS:** ESPAÑA | | **AÑO:**2017 | | **OBJETIVO/ ABSTRACT:** El objetivo principal de este proyecto de investigación será analizar el efecto de la fatiga generada por un partido de fútbol sobre los perfiles de fuerza-velocidad y rigidez muscular en jugadores adolescentes. Un total de 50 jugadores de fútbol de edades comprendidas entre 13- 16 años, de diferentes equipos del campeonato aficionado de la federación de la Comunidad Valenciana de fútbol formarán parte del presente estudio. | | **RESULTADOS/ CONCLUSIONES** Una estadística descriptiva de todas las variables será llevada a cabo a través del cálculo de la media y desviación típica. El análisis estadístico de los datos se realizará a través del programa SPSS en su versión 24 para Windows. Para comparar las medias o lo que es lo mismo,comprobar si el factor intra**-**sujeto influye sobre las variables dependientes entre el pre-test y post-test se utilizará el ANOVA de medidas repetidas. El nivel de significación se establecerá en p < 0,05 | | **ENLACE:** <http://193.147.134.18/bitstream/11000/5263/1/NAVARRETE%20MART%C3%8DNEZ%2C%20JULI%C3%81N%20JAIME_TFM.pdf> | | **FECHA:** 2017 | |  | |  | |

|  |
| --- |
|  |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** FACTORES DE RIESGO DE LA LESIÓN DE ISQUIOTIBIALES EN FÚTBOL: REVISIÓN SISTEMÁTICA. |
| **ACTOR:** ARRIBAS-ROMANO, A.1), GUTIÉRREZ-GARCÍA, L. 2), CHENA-SINOVAS, M. 3), CALVO-FERNÁNDEZ, A., 4) Y ASÍ-IZQUIERDO, |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** |
| **INTITUCIÓN:** Universidad de Alcalá |
| **PAIS:** España |
| **AÑO:** 2018 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** Analizar la literatura científica existente sobre factores de riesgo en la lesión de isquiotibiales y su influencia directa |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES** Los factores de riesgo que se describen en la literatura científica son numerosos, destacando la edad, lesión previa, función y rango de movimiento (ROM) de isquiotibiales, asimetrías y demarcación, entre otros. La existencia de lesiones previas es el factor de riesgo que más se ha podido asociar significativamente, en comparación, al resto de factores en los que existe gran controversia |
| **ENLACE:** https://www.researchgate.net/profile/Luis\_Gutierrez\_Garcia/publication/334207974\_Factores\_de\_riesgo\_de\_la\_lesion\_de\_isquiotibiales\_en\_futbol\_Revision\_sistematica/links/5d1f1d40a6fdcc2462c179a5/Factores-de-riesgo-de-la-lesion-de-isquiotibiales-en-futbol-Revision-sistematica.pdf |
| **FECHA** octubre 29 2018 |

|  |
| --- |
| **TITULO DE ARTÍCULO:**Influencia de la lesión deportiva en los cambios del estado de ánimo y de la ansiedad precompetitiva en futbolistas |
| **ACTOR:**Aurelio Olmedilla, Enrique Ortega y José María Gómez |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** Universidad de Murcia |
| **INTITUCIÓN:** Universidad de Murcia |
| **PAIS:** MURCIA ESPAÑA |
| **AÑO: 2014** |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** analizar la incidencia de la lesión sobre los posibles cambios en el estado de ánimo y en la ansiedad precompetitiva de los futbolistas. La muestra estuvo formada por 13 jugadores de equipos de fútbol masculino que se lesionaron durante el desarrollo de la temporada 2011-2012. El rango de edad fue de 21 a 29 años, con una media de 24.58 años (DT=3.42). |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES** La muestra estuvo formada por 13 jugadores de equipos de fútbol masculino del Grupo XIII de la Tercera División Nacional de la Federación de Fútbol de la Región de Murcia, que se lesionaron durante el desarrollo de la temporada 2011-2012. El rango de edad fue de 21 a 29 años, con una media de 24.58 años (DT=3.42). Del total de jugadores dos eran porteros, cuatro defensas, cuatro medios y tres delanteros. Respecto a la gravedad de las lesiones todos los jugadores analizados tuvieron una lesión de tipo moderada (Olmedilla, García-Montalvo y Martínez-Sánchez, 2006). |
| **ENLACE:**http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1578-84232014000100007  Fecha enero 2014 |

|  |
| --- |
| **TITULO DE ARTÍCULO:** La intervención prehospitalaria urgente en el campo de fútbol |
| **ACTOR:**Roberto J. Barcala Furelos\*, José Palacios Aguilar\*\*, José L. García Soidán\* y Andoni Oleagordia Aguirre |
| **LUGAR DE PUBLICACIÓN:** |
| **INTITUCIÓN:** Federación Española de Docentes de Educación Física |
| **PAIS:** España |
| **AÑO:** 2007 |
| **OBJETIVO/ ABSTRACT:** Dar frente a las lesiones en el campo de fútbol asegurando que los jugadores tengan una atención rápida y más segura donde se sepa que lo que hacen es algo bueno. Se explica el concepto de «cadena de supervivencia» y como se debe activar, para hacer frente a otros tipos de accidentes (traumatismos craneoencefálicos, desmayos, atragantamientos o «muerte súbita») menos específicos del fútbol, pero de consecuencias más graves. |
| **RESULTADOS/ CONCLUSIONES** un buen manejo de todos los protocolos, conocer los tipos de lesiones dan un resultado de mejor atención. |
| **ENLACE** https://www.redalyc.org/pdf/3457/345732277005.pdf  **FECHA** diciembre 2007 |

1. MARCO INSTITUCIONAL
2. Corporación Universitaria Adventista

**RESEÑA HISTORICA**

En el año 1937 inició labores en Medellín, el Colegio Industrial Coloveno, con el fin de atender las necesidades educativas de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La tarea educativa comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo – venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria.

El Decreto 80 de 1980, emanado de la Presidencia de la República, en el artículo 21, define el Sistema de Educación Superior, y tal definición obligó al Instituto Colombo – Venezolano a revisar sus Estatutos; el día 18 de julio de 1981, en la sede del Instituto Colombo – Venezolano, se reunieron los representantes legales de las distintas organizaciones territoriales adventistas de Colombia y crearon la Corporación Universitaria Adventista, con el objetivo de impartir la educación postsecundaria en la modalidad universitaria, que estaba encomendada al Instituto Colombo – Venezolano. La UNAC recibió la Personería Jurídica según la resolución No. 8529, el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

En la actualidad funcionan 5 Facultades que administran 13 programas de pregrado, 4 de posgrado, todos con registro calificado otorgado por el Ministerio de Educación Nacional: Licenciatura en Música, Licenciatura en Educación Infantil, Licenciatura en Español e Inglés, Licenciatura en Matemáticas, Especialización en Docencia y Maestría en Educación, de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación; Contaduría Pública, Administración de Empresas, Tecnología en Mercadeo, Especialización en Gerencia de Organizaciones con Énfasis en Liderazgo y Servicio, y Especialización en Gestión Tributaria, de la Facultad de Ciencias Administrativas y Contables; Ingeniería de Sistemas e Ingeniería Industrial de la Facultad de Ingeniería; Licenciatura en Educación Religiosa y Teología, de la Facultad de Teología; Enfermería y Tecnología en Atención Prehospitalaria de la Facultad de Ciencias de la Salud, recientemente el MEN aprobó la extensión de este programa en la ciudad de Bucaramanga.

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competentes y de altas calidades morales y espirituales; por ello, dentro de su quehacer cotidiano, participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la acreditación otorgada por la Asociación de Acreditación de Escuelas, Colegios Superiores y Universidades Adventistas (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera, el Ministerio de Educación Nacional ha reconocido la calidad educativa al otorgar Acreditación de Alta Calidad para los siguientes programas: Licenciatura en Teología (actualmente Licenciatura en Educación Religiosa), Licenciatura en Música y Tecnología en Atención Prehospitalaria; además se avanza en ese proceso de mejoramiento continuo que permita este reconocimiento gubernamental para todos sus programas**.**(15)

**Misión**

Transformar personas en líderes íntegros, innovadores, con responsabilidad social y ambiental, al servicio de Dios y del mundo

**Visión**

Ser una universidad comprometida con la cultura de calidad y el desarrollo social y ambiental, a través de un modelo educativo transformador e innovador, con impacto glocal.

**Valores Institucionales**

Somos una universidad renovada, por eso creemos firmemente que nuestros valores son el pilar de nuestra educación.

**Integridad**

**Perspectiva Aspiracional:**

La integridad en la UNAC busca fortalecer al individuo en su decir y hacer, basado en principios y valores cristianos.

**Perspectiva Fundamental:**

Permite el desarrollo armonioso de las facultades de la persona, generando un actuar coherente en la sociedad.

**Perspectiva Operacional:**

Nuestro accionar diario está enmarcado por un estilo de vida coherente con los principios y valores cristianos.

**Compromiso**

**Perspectiva Aspiracional**

El compromiso en la UNAC busca desarrollar en cada uno de sus miembros, una actitud responsable frente al cumplimiento de la misión, que redunde en beneficio de la sociedad y el cuidado del medio ambiente.

**Perspectiva Fundamental**

Permite materializar el llamado divino a ser fieles mayordomos de los recursos bajo nuestra responsabilidad.

**Perspectiva Operacional**

A través del desarrollo de una cultura organizacional que posibilite la sostenibilidad institucional, conservando un equilibrio entre el crecimiento económico, la protección del medio ambiente, el cuidado de la salud y el bienestar social.

**Innovación**

**Perspectiva Aspiracional:** La innovación en la UNAC busca fortalecer una cultura permanente de cambio en toda la organización, que facilite el desarrollo institucional.

**Perspectiva Fundamental:** Permite anticipar y adaptar la institución a las nuevas realidades y tendencias de una sociedad cambiante, dentro de una cosmovisión bíblica cristiana.

**Perspectiva Operacional:** Toda la institución comprometida con la generación e implementación de nuevas ideas, que permitan la transformación tanto de la universidad como de la sociedad.

**Pasión**

**Perspectiva Aspiracional:** La pasión en la UNAC es el motor necesario para consolidar, en sus diferentes miembros, una vocación permanente de servicio que logre una transformación social.

**Perspectiva Fundamental:** Permite ejemplificar el modelo de liderazgo servidor de Cristo, tanto en el quehacer institucional como en el impacto a la sociedad.

**Perspectiva Operacional:** Se consolida a través del desarrollo de un espíritu de servicio altruista, materializado en el trabajo social con un alto grado de soporte espiritual.

**Esperanza**

**Perspectiva Aspiracional:** La esperanza en la UNAC permite que todos sus miembros con optimismo y confianza puedan encontrar el propósito en la vida actual y la eterna.

**Perspectiva Fundamental:** Permite que todos sus miembros crezcan en la sabiduría, el conocimiento, el amor y el gozo de Dios.

**Perspectiva Operacional:** Todo el quehacer institucional será permeado con el mensaje de una vida eterna que permita tener una postura positiva en esta vida y la convicción de un mundo mejor.(16)

1. Leones Futbol Club

### Reseña Histórica

Nuestro equipo que Anteriormente se llamó Corporación Deportivo Rionegro, fue fundado en 1944 y fue patrimonio del municipio del Oriente. En el año 2013, luego de perder el partido por el ascenso ante Fortaleza FC, nos vimos obligados a abandonar la ciudad de Rionegro por la falta de apoyo del sector público y privado. En enero del año 2014, la alcaldía de Bello en cabeza de su alcalde, el Dr. Carlos Muñoz López nos acogió como huéspedes en su municipio y el Torneo Postobón lo jugamos en su estadio, El Tulio Ospina.

En octubre de ese año, fue aprobado el cambio de nuestro nombre, pasamos de llamarnos Corporación Deportivo Rionegro, para convertirnos en Leones Fútbol Club S.A. De nuevo nuestro DT Álvaro Hernández nos llevó a la final, y fueron los bellanitas quienes tuvieron el privilegio de disfrutarla, esta vez ante el Deportes Quindío. En el año 2015, se dieron conversaciones con Indeportes Antioquia, de la mano de su gerente Mauricio Mosquera y con el apoyo del gobernador el Doctor Sergio Fajardo Valderrama, nos trasladamos a la zona de Urabá Antioqueño. Por primera vez en su historia la zona bananera obtiene una ficha en el fútbol profesional colombiano. Nuestra nueva sede sería el estadio Jhon Jairo Tréllez del municipio de Turbo. El proyecto urabaense duraría hasta el 5 de julio del 2016.

Por los mismos motivos que salimos de Rionegro, nos vimos obligados a abandonar el proyecto de Urabá. Retornamos a la ciudad de Medellín y gracias a Indeportes Envigado y al Club Envigado F.C. pudimos enfrentar el Torneo Águila de ese segundo semestre en el estadio Polideportivo Sur.

#### Misión

Somos una organización deportiva, que busca formar y promover deportistas de alto rendimiento de una manera responsable e integral, a través de nuestro equipo profesional, divisiones menores y diferentes programas sociales.

#### Visión

Ser una organización deportiva reconocida a nivel nacional e internacional, por la promoción de deportistas de alto rendimiento, la innovación en el deporte y la proyección social en las comunidades, a través de procesos responsables, integrales y sostenibles.

**Valores**

Disciplina, honestidad, responsabilidad, trabajo en equipo e innovación.(17)

1. MARCO HISTÓRICO
2. Historia de los PRIMEROS AUXILIOS

La información existente sobre los primeros auxilios es que los hombres prehistóricos, se remonta a los inicios de las sociedades humanas organizadas en la que se brindaba tratamiento para las heridas de guerra, fracturas, control de sangrado y retiro de flechas.

Se habla también de que aproximadamente en el año 869 a.C, se realiza la primera reanimación exitosa y la técnica boca a boca los cuales se describen en los jeroglíficos mayas. Utilizados en la batalla del norte de Italia y así cambió el mundo. Más tarde en 1859 Henry Dunant, un hombre de negocios de Ginebra, Suiza, al presenciar el sufrimiento de las víctimas de batalla lo lleva a organizar a los vecinos para atender a los soldados sin importar a donde pertenecían; Esta iniciativa, fue la que inspiró la creación de organizaciones de socorro nacionales y voluntarias para ayudar en las guerras y campos de batalla y 4 años más tarde se crea el movimiento internacional de sociedades de la cruz roja y la Media Luna Roja, convirtiendo a los primeros auxilios en uno de los servicios principales de la Cruz roja, ya que según Stefan Seebacher, jefe del Departamento de salud de la Federación Internacional de Sociedades de Cruz Roja (FICR), En algunas circunstancias la falta de conocimiento o intervenciones no apropiados pueden dar resultado a la muerte o complicaciones del paciente. (18)

En la sociedad moderna los primeros auxilios evolucionaron gracias a la experiencia militar cuando los cirujanos le en enseñaban a los soldados como vendar heridas de batalla. En el año 2005 la Asociación Americana del Corazón (American Heart Assoociaton – AHA) junto con la Cruz Roja Americana fundaron el Comité Nacional para la Recomendación científica en Primeros Auxilios. Su objetivo era revisar y evaluar la literatura científica sobre primeros auxilios creando las primeras guías de diagnósticos y tratamiento en primero auxilios. Para el 2010 se incluyen 28 organizaciones mundiales formando por primera vez la Comisión Internacional para la Recomendación Científica sobre Primeros Auxilios cuyo objetivo era disminuir la morbilidad y mortalidad debida a eventos de emergencia.(19)

Cuando se habla de primeros auxilios en el deporte futbolístico es necesario tener presente orígenes, y dar validez de la intervención realizada de forma inmediata y la aplicación se aplican las técnicas apropiadas al lesionado, mientras se espera la llegada de un personal de extensión médico apropiado y con más experiencia, se pueden reducir de forma considerable las heridas y posibles muertes.

1. HISTORIA DEL FUTBOL

La historia moderna del deporte más popular del planeta abarca más de 100 años de existencia. Comenzó en el 1863, cuando en Inglaterra se separaron los caminos del "rugby-football" (rugby) y del "association football" (fútbol), fundándose la asociación más antigua del mundo: la "Football Association" (Asociación de Fútbol de Inglaterra), el primer órgano gubernativo del deporte.

Se lo conocía como "Ts'uh Kúh", y consistía en una bola de cuero rellena con plumas y pelos, que tenía que ser lanzada con el pie a una pequeña red. Ésta estaba colocada entre largas varas de bambú, separadas por una apertura de 30 a 40 centímetros. Otra modalidad, descrita en el mismo manual, consistía en que los jugadores, en su camino a la meta, debían sortear los ataques de un rival, pudiendo jugar la bola con pies, pecho, espalda y hombros, pero no con la mano.

Del Lejano Oriente proviene, mientras tanto, una forma diferente: el Kemari japonés, que se menciona por primera vez unos 500 a 600 años más tarde, y que se juega todavía hoy en día. Es un ejercicio ceremonial, que, si bien exige cierta habilidad, no tiene ningún carácter competitivo como el juego chino, puesto que no hay lucha alguna por el balón. En una superficie relativamente pequeña, los actores deben pasárselo sin dejarlo caer al suelo.

Mucho más animados eran el "Epislcyros" griego, del cual se sabe relativamente poco, y el "Harpastum" romano. Los romanos tenían un balón más chico y dos equipos jugaban en un terreno rectangular, limitado con líneas de marcación y dividido con una línea media. El objetivo era enviar el balón al campo del oponente, para lo cual se lo pasaban entre ellos, apelando a la astucia para lograrlo. Este deporte fue muy popular entre los años 700 y 800, y si bien los romanos lo introdujeron en Gran Bretaña, el uso del pie era tan infrecuente que su ascendencia en el fútbol es relativa.(20)

1. MARCO GEOGRÁFICO
2. AREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRA

El Área Metropolitana del Valle de Aburrá es una entidad administrativa de derecho público que asocia a 10 municipios: Medellín es la ciudad núcleo, alrededor os municipios de Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Itagüí, Sabaneta, Envigado, La Estrella y Caldas; vinculados por dinámicas e interrelaciones territoriales, ambientales, económicas, sociales, demográficas, culturales y tecnológicas que para la programación y coordinación de su desarrollo sustentable, desarrollo humano, ordenamiento territorial y racional prestación de servicios públicos requieren un ente coordinador.

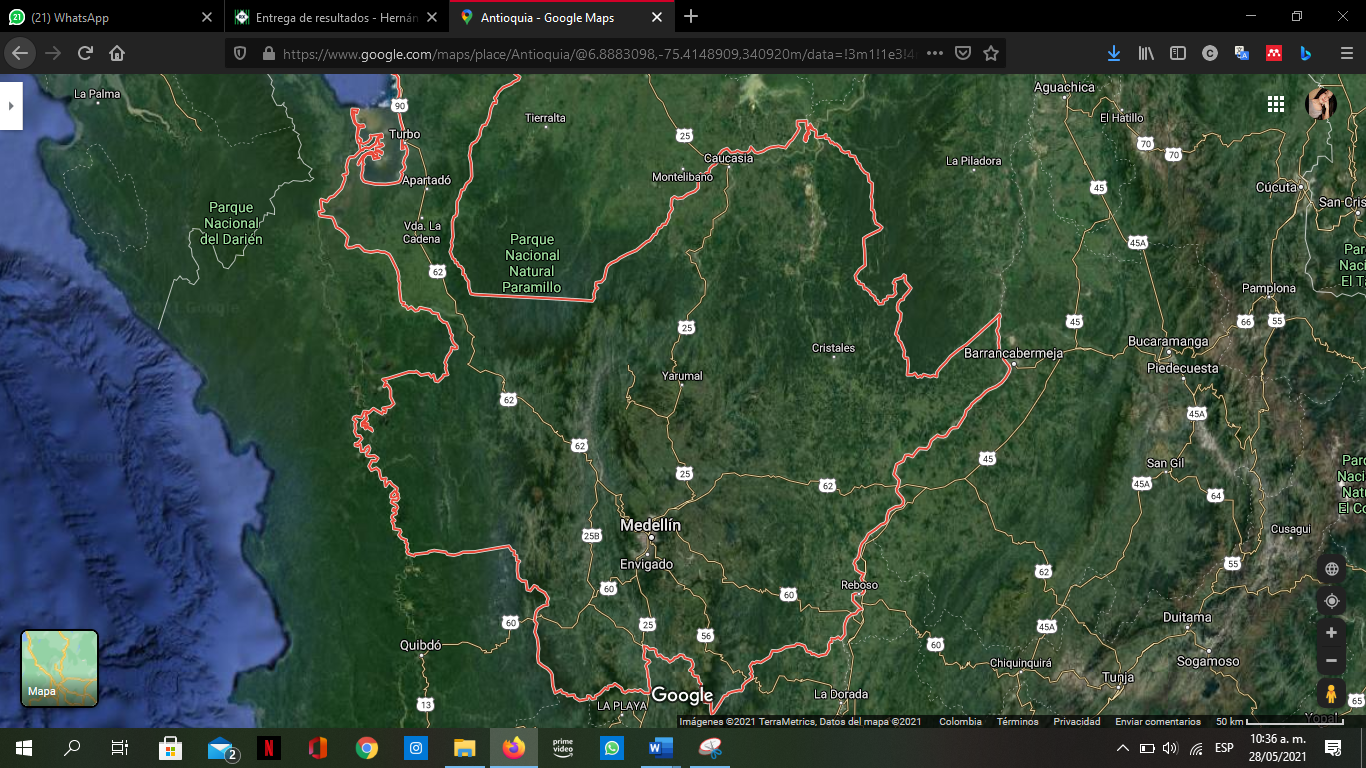
El Área Metropolitana se presenta como un esquema asociativo territorial que permite promover y liderar el impulso de estrategias de desarrollo eficaces y de procesos regionales sólidos a partir de la gobernanza, con la participación del sector privado, la universidad y los actores organizados, generando alianzas entre instituciones y organizaciones que promuevan el ordenamiento territorial equitativo. La Junta Metropolitana la conforman los 10 alcaldes del Valle de Aburrá y la preside el alcalde de Medellín, ciudad núcleo. Esto permite sumar esfuerzos y voluntades, y generar sinergias para crecer de manera articulada y equitativa.  
  
Para gestionar adecuadamente territorios de estas características, vinculados entre sí por estrechas relaciones de orden físico, económico, social y ambiental, que dan al conjunto la forma de una unidad urbana, con configuraciones geográficas similares, se crearon desde la Constitución y la Ley, las áreas metropolitanas.

El Área Metropolitana del Valle de Aburrá fue creada mediante la Ordenanza Departamental N.º 34 de noviembre 27 de 1980, para la promoción, planificación y coordinación del desarrollo conjunto y la prestación de servicios en los municipios que la conforman.  
  
Entre sus funciones principales se encuentran:

* Programar y coordinar el desarrollo armónico, integrado y sustentable de los municipios que la conforman.
* Liderar la construcción de infraestructura metropolitana de espacios públicos y equipamientos de carácter social, la vivienda y su entorno.
* Ser autoridad de la calidad ambiental y el desarrollo sostenible abarcando asuntos del cuidado y protección, la gestión, la vigilancia y el control ambiental y de gestión del riesgo.
* Ser ente articulador del transporte público metropolitano como autoridad de movilidad; fomentar este transporte y otras alternativas de movilidad, el ordenamiento logístico, la seguridad vial y conectividad regional.
* Ser articulador de seguridad y convivencia gracias a las capacidades técnicas y tecnológicas del territorio.

**Territorio**

El Valle de Aburrá es una subregión del departamento de Antioquia que se extiende a lo largo de diez municipios. Ubicada en la Cordillera Central tiene una extensión de 1.165,5 km2 con una longitud aproximada de 60 kilómetros y amplitud variable. La conformación del Valle de Aburrá es el resultado de la unidad geográfica determinada por la cuenca del río Aburrá-Medellín, principal arteria fluvial que lo recorre de sur a norte y por una serie de afluentes que caen a lo largo de su recorrido.



Las cordilleras que lo encierran dan lugar a la formación de diversos microclimas, saltos de agua, bosques, sitios de gran valor paisajístico y ecológico.

Desde el siglo XVIII se perfilaron los asentamientos que dieron lugar a las cabeceras municipales del Valle de Aburrá. Para las décadas del 50 y 60, el proceso de industrialización y el creciente índice de migraciones campesinas a centros urbanos, aceleró el proceso de crecimiento poblacional lo que incidió en un desbordamiento de los cascos urbanos más próximos a Medellín, produciendo un fenómeno de conurbación o área urbanizada continua.  
  
A principios de la década de los años 70 resultaba evidente entre algunos municipios, particularmente entre Medellín, Itagüí, Bello y Envigado, el desarrollo de procesos de urbanización lineales. Para responder al fenómeno de la conurbación surgió a nivel nacional el concepto de Áreas Metropolitanas que se incorporó en la reforma de la Constitución Política de 1968, materializada luego con la Ley 61 de 1978 denominada Ley Orgánica del Desarrollo Urbano.

En ejercicio de las facultades extraordinarias otorgadas al ejecutivo en la mencionada Ley se expidió el Decreto-Ley 3104 de 1979, en virtud del cual se reguló sobre los alcances, propósitos, condiciones de constitución y de funcionamiento de las Áreas Metropolitanas en Colombia, y se autorizó el funcionamiento de las Áreas del Valle de Aburrá, Barranquilla, Pereira y Bucaramanga.

Definidas entonces desde un inicio como entidades administrativas de derecho público, orientadas hacia la planificación y programación armónica del desarrollo de todo el territorio puesto bajo su jurisdicción, y provistas de atributos normativos con una jerarquía superior a la de los municipios asociados, fueron reguladas sus atribuciones planificadoras a partir de la Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica de los Planes de Desarrollo.  
  
Hacia 1983 se expidió la Ley 14, que reguló sobre la formación y actualización de los catastros municipales, y una de sus disposiciones definió los alcances de lo que hoy se conoce como la “sobretasa metropolitana”, en los mismos términos y para similares propósitos a los que alude el artículo 22 de la Ley 128 de 1994, Ley Orgánica de las Áreas.  
   
Actualmente, El Área Metropolitana del Valle de Aburrá está presente en la planeación a nivel macro, en la ejecución de grandes proyectos, y en todo aquello que contribuye a consolidar una región articulada con oportunidades de desarrollo sostenible para todos sus habitantes, altos niveles de calidad de vida, con una ciudadanía responsable y participativa, que cree y confía en sus instituciones.(21)

**Misión​**

El Área Metropolitana del Valle de Aburrá, es una Entidad de orden administrativo, enmarcada en los esquemas asociativos, que busca liderar el desarrollo sostenible y equitativo del territorio, mediante acciones articuladas y concertadas con los entes municipales para la planificación del ordenamiento territorial y ambiental de la región, la racionalización en la prestación de los servicios públicos, la ejecución de obras de interés común, el ejercicio de la autoridad ambiental urbana y en movilidad, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de toda la población.

​**Visión 2030**

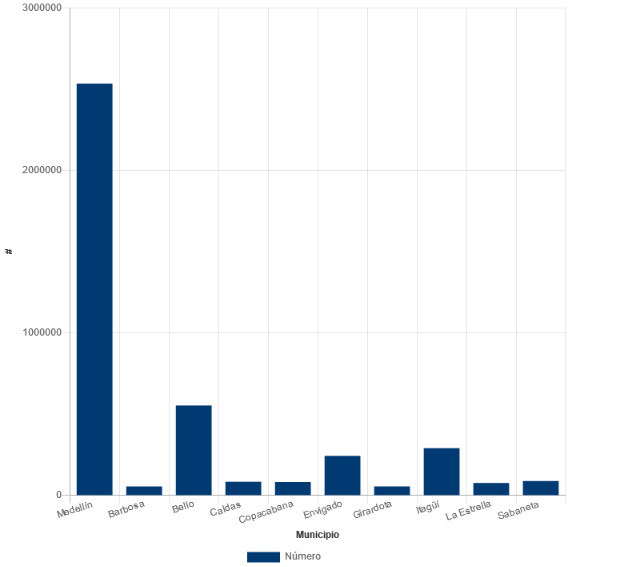
Para el año 2030 el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, será reconocida en el ámbito nacional e internacional, por actores institucionales, académicos, empresariales y ciudadanos, como una Entidad pública sólida y efectiva en el cumplimiento de su misión, que de acuerdo a las realidades del territorio metropolitano, planifica y desarrolla una gestión con altos estándares de calidad en el cumplimiento de la normatividad vigente, así como en la atención y respuesta oportuna a la ciudadanía, utilizando diferentes medios, evaluando y cualificando su práctica continuamente, para lograr una gobernanza metropolitana.

**Principios**

* Bienestar del Talento Humano
* Productividad y trabajo en equipo
* Investigación, innovación y desarrollo
* Respeto de la autonomía municipal
* Concertación  
  **Valores**
* Solidaridad
* Diálogo
* Igualdad
* Honestidad
* Responsabilidad.​​(22)

**POBLACION 2020**

**Tabla 3: Población Valle de Aburra**



Según datos arrojadas el Valle de Aburra actualmente cuenta con una población por municipio así Medellín 2533424, Barbosa 54347, Bello 552154, Caldas 83423, Copacabana 81820, Envigado 242197, Girardota 54439, Itagüí 289994, La Estrella 75517 y Sabaneta con 87981

1. MARCO LEGAL O NORMATIVO

Se menciona reglamentos vigentes que se han considerado viables para sustentar el marco legal del proyecto los cuales se exponen a continuación.

**Ley 100 del 23 diciembre de 1993:** La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (23)

**Ley 1098 de 2006 código de la infancia y la adolescencia**

**Artículo 17 “**Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano.”

**Artículo 18”** Derecho a la integridad personal. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra maltrato los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar comunitario”

**Artículo 27 “**Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, semi públicas privadas, podrán abstenerse atenderán niño, niña que requiera atención en salud”.

**Artículo 29** “Derecho al desarrollo integral en la primera infancia. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En El Primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas”(24)

**DECRETO 114 15 DE ENERO DE 1996**

**CAPÍTULO II ESTRUCTURA DEL SERVICIO EDUCATIVO NO FORMAL**

**ARTÍCULO 8º.­** Los programas de formación en el campo de la participación ciudadana y comunitaria tienen como objeto preparar a la persona para impulsar procesos de autogestión, de participación, de formación democrática y en general, de organización del trabajo comunitario e institucional.(25)

**Código de ética de la federación colombiana de fútbol**

El Código de Ética de la FCF tiene como objetivo definir pautas y lineamientos de comportamiento de las ligas, clubes, jugadores, oficiales, oficiales de partido y demás personas que estén sujetas al presente código en el actuar diario de la FCF y el fútbol como deporte en Colombia. En resumidas cuentas, el Código de Ética de la FCF busca fortalecer la ética, la transparencia, la imagen y el buen gobierno de la Federación y de todos los vinculados a esta que por ende resulten sujetos a este código.

**Oficiales:** Toda persona que ejerza una actividad futbolística en el seno de FCF, sus divisiones, un club o una liga, sea cual fuere su título, la naturaleza de su función (administrativa, deportiva u otra) y el período de duración de ésta, excluidos los jugadores. Se consideran oficiales, sobre todo, los directivos, los entrenadores, los miembros de comisiones y las personas que en general, desempeñan funciones en los organismos deportivos de fútbol (excepto jugadores e intermediarios). Así como los oficiales de partido, es decir, el árbitro, los árbitros asistentes, el cuarto árbitro, el comisario de partido, el inspector de árbitros, el responsable de la seguridad, así como otras personas delegadas por la FCF, DIMAYOR, DIFÚTBOL, ligas o los clubes, según el caso, para asumir responsabilidades en relación con el partido (excepto jugadores e intermediarios). Jugadores: Todo futbolista registrado ante una de las ligas o divisiones de la FCF.

**Reglamento Ético:** Para referirse al presente reglamento podrá emplearse indistintamente la denominación “Reglamento Ético” o “Código de Ética”.

**Eventos de la FCF:** Cualquier evento, incluidos, pero no exclusivamente, Asambleas Generales, sesiones del Comité Ejecutivo o de Comisiones, las competiciones oficiales de la FCF y de sus divisiones y ligas y cualquier otro acto que recaiga dentro de las competencias de la FCF o esté organizado por esta. (26)

**TITULO IV Del Deporte**

**Artículo 15.** El deporte en general es la específica conducta humana caracterizada por una actitud lúdica y de afán competitivo de comprobación o desafío expresada mediante el ejercicio corporal y mental, dentro de disciplinas y normas preestablecidas orientadas a generar valores morales, cívicos y sociales**.**

**Artículo 16. Entre otras, las formas como se desarrolla el deporte son las siguientes:**

**Deporte formativo.** Es aquel que tiene como finalidad contribuir al desarrollo integral del individuo. Comprende los procesos de iniciación, fundamentación y perfeccionamiento deportivos. Tiene lugar tanto en los programas del sector educativo formal y no formal, como en los programas desescolarizados de las Escuelas de Formación Deportiva y semejantes**.**

**Deporte competitivo.** Es el conjunto de certámenes, eventos y torneos, cuyo objetivo primordial es lograr un nivel técnico calificado. Su manejo corresponde a los organismos que conforman la estructura del deporte asociado**.**(27)

1. MARCO TEÓRICO
2. Capacitación

Apropiación de ciertos conocimientos, capaces de modificar los comportamientos propios de las personas y de la organización a la que pertenecen. La capacitación es una herramienta que posibilita el aprendizaje y por esto contribuye a la corrección de actitudes del personal en el puesto de trabajo.

**Principios de la Capacitación**

La capacitación, implica una serie de puntos que por ser indiscutibles para que la misma sea exitosa podemos llamar principio, ya que aceptamos sin necesidad de demostrar y estos son:

**La participación.** Es fundamental que todos los capacitados participen en forma activa de las acciones que se desarrollan en los cursos. Por ello, además de exposiciones magistrales, es necesario que todas las capacitaciones tengan un espacio programado para permitir la participación de todos los integrantes del curso.

**La responsabilidad**. Los participantes de una capacitación deben reflejar responsabilidad. Esto es para quien capacita y para quien es capacitado. Una actitud irresponsable de quien imparte la capacitación dará a quienes reciben la capacitación una imagen de poca importancia a los temas que se traten, una actitud irresponsable de los participantes dará la imagen de poca importancia que dan estos al tema. Esta responsabilidad, debe darse en todos los aspectos, entre los que podemos citar:

* + la puntualidad
  + la imagen
  + el entorno
  + la organización
  + el material para entregar –
  + actitudes siempre positivas
  + el vocabulario utilizado
  + la duración debe ser la prometida
  + la realidad del mensaje que se da
  + la realidad de los ejemplos que se utilizan(28)

**Objetivos de una capacitación**

1. Fomentar el desarrollo integral de los individuos y en consecuencia el de la entidad.
2. Proporcionar conocimientos orientados al mejor desempeño en la ocupación laboral.
3. Disminuir los riesgos de trabajo.
4. Contribuir al mejoramiento de la productividad, calidad y competitividad de las entidades.

**Organización y operación del proceso capacitador**

1. Análisis Situacional
2. Detección de Necesidades
3. Plan y Programas de Capacitación
4. Operación de las Acciones de Capacitación
5. Evaluación y Seguimiento de la Capacitación

**Tipos de capacitaciones**

La capacitación para su análisis se ha conceptualizado tradicionalmente en dos aspectos fundamentales: Primero, referido a la tarea del sector educativo para preparar y formar a las personas con el objeto de incorporarlas al mercado laboral, lo que representa la capacitación para el trabajo. El segundo aspecto, corresponde a las actividades que realizan las empresas para la formación integral del personal que desempeña un trabajo en la organización, por lo que se le denomina capacitación en el trabajo

1. Conceptos básicos en primeros auxilios

**Primeros Auxilios**

Los primeros auxilios son los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales brindados a las personas accidentadas o con enfermedades de aparición súbita antes de la llegada de profesionales especializados o de la respectiva atención en un centro asistencial. Asimismo, se considera que abarcan las técnicas sanitarias básicas que se llevan a cabo en los primeros momentos y que no siempre se pueden realizar con medios sofisticados o especializados y que en la mayoría de las ocasiones se realiza mediante materiales mínimos que son improvisados en el lugar de los hechos.

Como tal, los primeros auxilios implican una facilitación en el proceso de intervención siendo su finalidad la pronta recuperación del paciente. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no reemplazan en ningún momento la atención e intervención especializada del personal de salud. De ahí la relevancia ante la presencia de una persona que requiera de los primeros auxilios, se utilicen las técnicas básicas para mantener a la persona estable para su consiguiente atención integral.(29)

Cualquier persona en la situación que presente puede iniciar o brindar los primeros auxilios a una persona enferma o lesionada ayudando a recuperarse más rápidamente. En las emergencias graves, los primeros auxilios pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte.

**Pasos fundamentales de primeros auxilios**

Evaluar la escena

Comprobar que esta sea segura para prestar los primeros auxilios sin que exista peligro para su vida, la víctima o cualquier persona que esté cerca. Continuar evaluando la escena mientras presta los primeros auxilios y así estar atento de las situaciones cambiantes, es importante recordar que no podrá ayudar a nadie si usted resulta herido. El primer paso en cualquier acción de primeros auxilios es asegurar la escena.

Llamar para pedir ayuda: Cuando evalúe la necesidad de primeros auxilios, es importante conocer cuándo y cómo llamar para pedir ayuda. Al llamar al número local de emergencias, se activará la red de personal de SEM (servicios de emergencias médicas).

Algunos ejemplos de cuándo se debe llamar al número local de emergencias son si la persona enferma o herida:

No puede mover parte del cuerpo repentinamente

No responde cuando se le habla o toca

Siente molestias o dolor en el pecho

Tiene problemas respiratorios o hemorragias

Tiene quemaduras o lesiones grave

Presenta unas convulsiones

Recibió una descarga eléctrica

Ha estado bajo efectos de sustancias toxicas

Ha perdido el conocimiento.

**Posición Anatómica**

La posición anatómica del cuerpo humano se rige por las referencias espaciales que posibilitan la descripción de la disposición tanto de los sistemas del cuerpo humano, los tejidos y órganos que lo componen.

Una posición anatómica estándar consiste en que la persona debe de estar erguida con la cabeza y cuellos firmes y la mirada se dirija al frente. Los brazos se dejarán caer a ambos lados del cuerpo extendidos hacia el suelo y con las palmas de las manos hacia delante. Las piernas deberán estar extendidas y ligeramente separadas, con los pies y los tobillos extendidos.

**Referencias espaciales**

**- Eje vertical:** de la cabeza a los pies.

- **Eje transversal:** de lado a lado.

- **Eje anteroposterior:** delante hacia atrás.

**Planos anatómicos**

**-  Plano sagital:** este divide el cuerpo en dos mitades simétricas. Mitad derecha y mitad izquierda.

- **Plano coronal o frontal:** Este plano divide el cuerpo en anterior o ventral y posterior o dorsal.

- **Plano transversal u horizontal:** divide el cuerpo en dos mitades, en este caso no son simétricas. Lo divide en una parte superior y otra parte inferior o caudal.

**Tipos de posiciones anatómicas**

Las posiciones en las que se puede colocar a una persona se diferencian entre: posiciones quirúrgicas y posiciones básicas. Éstas últimas están dirigidas a los/las pacientes encamados/as con movilidad reducida, principalmente para evitar úlceras por presión.

**Posición Fowler:** La forma en la que encontramos al o la paciente en esta posición es: semi sentado/a en un ángulo de 45º con las piernas flexionadas y los pies en flexión dorsal.

**Indicaciones:** se utiliza en enfermos con patologías respiratorias, en exploraciones de cabeza, ojos, cuello, oídos, nariz, garganta y pecho.

**Efectos a nivel fisiológico:** mejora la ventilación y reduce la presión craneal. Relaja los músculos abdominales.

**Decúbito supino:** El/la paciente se coloca de forma que queda acostado/a sobre su espalda. Los miembros superiores extendidos quedan pegados al cuerpo de modo que las manos se encuentran a cada lado del cuerpo y en pronación, mientras que las extremidades inferiores, también extendidas, quedan juntas. Se trata de una posición que mejora la visibilidad y disminuye las complicaciones.

**Indicaciones:** pacientes con lesiones en la espalda, exploraciones de abdomen, piernas, pies y mamas. Puede utilizarse también para cirugía abdominal, vascular, de cara y cuello, así como abordajes de la zona axilar e inguinal.

**Efectos a nivel fisiológico:** reducción de la ventilación por disminución de expansión de la caja torácica. Posibilidad de compresiones de la vena cava (sobre todo en pacientes obesos/as), dolor en espalda, riesgo de pie equino y posibilidad de formación de UPP en talón o sacro.

**Decúbito lateral izquierdo/Derecho:** El/la paciente se acuesta de lado con las piernas extendidas y brazos paralelos al cuerpo.

**Indicaciones:** administración de inyectables intramusculares, administración de enemas y supositorios, higiene y masajes del paciente encamado. Se utiliza para el cambio de ropa de una cama ocupada, para prevenir UPP y cambios posturales.

**Decúbito prono/ ventral:** El/la paciente descansa sobre su abdomen y pecho, con la cabeza inclinada hacia un lado.

**Indicaciones:** en pacientes post-operados, pacientes comatosos o inconscientes, pacientes con anestesia general (prevención de aspiración de vómito). Para intervenciones del recto y columna vertebral, así como para la exploración de la espalda.

**Efectos a nivel fisiológico:** dificultad para la movilización de la caja torácica con reducción de la ventilación, compresiones de la vena cava inferior y congestión craneal. Puede molestar por provocar presión en las rodillas y en los pechos de las mujeres.(30)

1. Valoración del Paciente

**Signos Vitales**

Reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Su proveedor de atención médica puede observar, medir y vigilar sus signos vitales para evaluar su nivel de funcionamiento físico. Estos pueden variar con la edad, el sexo, el peso, la capacidad para ejercitarse y la salud general.

Los rangos normales de los signos vitales para un adulto sano promedio mientras están en reposo.

* **La presión arterial**, que mide la fuerza de la sangre contra las paredes de las arterias. La presión arterial que es [muy alta](https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressure.html) o [muy baja](https://medlineplus.gov/spanish/lowbloodpressure.html) puede causar problemas. Su presión arterial tiene dos números. El primer número es la presión cuando el corazón late y bombea la sangre. El segundo es cuando el corazón está en reposo entre latidos. Una lectura de la presión arterial normal para adultos es inferior a 120/80 y superior a 90/60
* **La frecuencia cardiaca o pulso**, que mide la velocidad con la que su corazón late. Un problema con el ritmo cardíaco puede ser una [arritmia](https://medlineplus.gov/spanish/arrhythmia.html). Su ritmo cardíaco normal depende de factores tales como su edad, cantidad de ejercicio, si usted está sentado o de pie, los medicamentos que toma y su peso
* **La frecuencia respiratoria**, que mide su respiración. Cambios respiratorios leves pueden ser por causas tales como tener la nariz tapada o hacer ejercicio intenso. Pero una respiración lenta o rápida también puede ser un signo de un [problemas respiratorios](https://medlineplus.gov/spanish/breathingproblems.html) graves 12 - 20 respiraciones por minuto
* **La temperatura**, que mide qué tan caliente está su cuerpo. Una temperatura corporal que es más alta de lo normal (más de 98,6 grados F o 37 grados C) se llama [fiebre](https://medlineplus.gov/spanish/fever.html).

1. **Impresión General del Paciente**

Hace referencia al comienzo rápido del estado de los sistemas respiratorio, circulatorio y neurológico del paciente para identificar amenazas obvias a la vida o a las extremidades, como la evidencia de hemorragia severa comprimible; compromiso de la vía aérea, la ventilación, la circulación, o grandes deformaciones. Cuando al inicio se aproxima al paciente, el primer respondiente, debe observar al paciente si mueve aire de manera efectiva, si está despierto o no responde, si se mueve espontáneamente. Una vez se esté al lado del paciente, el proveedor se presenta y procede a preguntarle su nombre ¿qué pasó? si el paciente responde, se encuentra cómodo, con expresiones concretas, oraciones completas, se podrá concluir que el paciente tiene una vía aérea permeable, suficiente función ventilatoria para apoyar el habla, perfusión cerebral adecuada y razonable funcionamiento neurológico, es decir, quizá no haya amenazas inmediatas a la vida de este paciente.  Si un paciente es incapaz de brindar dichas respuestas o está ansioso, inicie una revisión primaria detallada para identificar problemas que amenacen la vida.

1. Valoración Primaria

En un paciente con traumatismo, es importante dar prioridad en la atención identificando y manejando rápidamente las condiciones que amenacen la vida, en pacientes con traumatismo en un solo sistema se puede profundizar más en su valoración, mientras en aquellos que las lesiones involucran más de un sistema necesita ser más concreta, es decir, un paciente crítico a veces solo se le hará la valoración primaria, Esta debe tener una secuencia lógica e intervenir en cada uno de los pasos si es necesario.

**XABCD:** Se utiliza cuando se sospecha que el paciente se encuentra en un estado crítico, es una secuencia organizada que permite dar prioridades al primer respondiente frente a su paciente.

**X- Hemorragia exanguinante:** Una hemorragia severa debe identificarse y manejarse inmediatamente, antes de manejar la vía aérea, esta incluye hemorragias arteriales de una extremidad, cuero cabelludo o unión de una extremidad con el tronco, lo cual necesita compresión directa con apósitos (gasas), empaquetados, aunque a veces el sangrado es pequeño y con una compresión manual suele ser suficiente.

**A-Manejo de la vía aérea:** Se debe garantizar la permeabilidad de la vía aérea del paciente (abierta y limpia) si hay algo que la obstruya, es necesario utilizar maniobras básicas para su manejo, o limpiarla si hay sangre, sustancias corporales o cuerpos extraños.

**Restricción de la movilidad:** Si existe un trauma contuso o de una energía significativa, hay que tener presente que podría tener una lesión vertebral, por ende, es necesario evitar el movimiento excesivo del paciente, para evitar que el daño sea mayor llevando al paciente a una posición anatómica haciendo restricción del cuello y cabeza de forma manual y neutral.

**B: Ventilación y Oxigenación:** la ventilación funciona para entregar de forma efectiva oxígeno a los pulmones. Se hace necesario comprobar que el paciente está ventilando, que exista movimiento del tórax y entrada de aire por boca y nariz, si el paciente no respira (apneico), inicie con ventilaciones salvavidas 1 cada 6 segundos, es importante verificar si el paciente está respirando rápido (taquipnea) o muy despacio (bradipnea) además de ver su profundidad, si el paciente está consciente hay que verificar como es su comunicación.

**C: Circulación y sangrado:** Para esto se hace necesario comprobar los pulsos periféricos, el color de la piel, la temperatura y diaforesis, para así determinar si es adecuada o no la circulación del paciente.

**D: Discapacidad:** Lo que busca es verificar la oxigenación cerebral y determinar el nivel de consciencia, se puede utilizar el ADVI (Alerta, al dolor, al llamado o inconsciente)

**E: Exposición/Ambiente:** Se debe hacer remoción de las prendas del paciente, la parte del cuerpo que no se exponga será la más gravemente lesionada, no siempre, pero es necesario para una valoración corporal total.(31)

1. **Valoración Secundaria**

Es una valoración más detallada de pies a cabeza del paciente, se hace después de la primaria, es decir, se van a tratar los problemas menos serios, para eso se necesita un abordaje, ver, escuchar y sentir.

**Ver:** Examinar toda la piel, estar pendiente de signos de hemorragia, lesiones de tejidos blandos, como abrasiones, contusiones, hematomas, laceraciones, edemas, deformaciones, marcas o algo que no luzca bien.

**Escuchar:** Sonidos anormales cuando el paciente ventila.

**Sentir:** Palpar todas las regiones corporales y observar si algo se mueve de forma irregular, hay hipersensibilidad, pulsos presentes, es necesario mover las articulaciones de cada región para verificar el rango de movimiento.

**SAMPLE:** Con este se tiene un historial rápido del paciente, que será de ayuda cuando llegue el personal médico, este consiste en:

S síntomas ¿De qué se queja el paciente? ¿Problemas ventilatorios? ¿Entumecimiento?

A alergias.

M medicamentos, ya sea que los consume regularmente o esporádico (Suplementos dietarios, o naturales).

P Historial médico y quirúrgico pasado, es decir, padece de alguna enfermedad o requiere atención médica continua.

L la última comida, hace cuánto.

E evento previo antes de la lesión. (32)

1. Lesiones Futbolísticas

La lesión está considerada como aquella afectación que compromete una o varias partes del cuerpo y que puede ocurrir durante la práctica de un deporte o durante el ejercicio físico. Algunas de éstas se pueden dar de manera accidental o por factores extrínsecos (calzado apropiado, indumentaria cómoda o las espinilleras) que a su vez generan un daño a nivel de los tejidos óseos, tegumentarios, ligamentosos, tendinosos o musculares.

**Factores que intervienen en las lesiones**

Según los estudios de la universidad Santo Tomás sobres los factores que producen lesiones principalmente interfiere las condiciones del espacio físico en donde se realizan la práctica deportiva, también influye el estado físico del joven futbolista en los que constantemente realizan ejercicio surgen lesiones por un desgarro, contracciones musculares entre otras lesiones específicas.

Márquez, Suárez, y Quiceno (2016), plantean un estudio detallado a 24 jugadores de fútbol durante un año acerca de las lesiones físicas presentadas antes, durante y después de la práctica deportiva. Dentro de las rutinas que se realizaban diariamente, el médico realizaba un registro consignado las lesiones de cada jugador en entrenamiento o competencia, donde registraba fecha de lesión, parte del cuerpo afectada, diagnóstico inicial, causa de la lesión y días de incapacidad necesarias para mejorar dicha condición, como resultado de esto evidenciaron cuales eran las lesiones más comunes dentro de las que resaltan las afecciones musculares y esguinces, obteniendo como la causa principal las malas prácticas en la fase del calentamiento, además arrojando a la rodilla como la principal articulación comprometida y dejando como precedente a su estudio la necesidad de prestar suma atención a cada una de las partes de la sesión de entrenamiento. Los hábitos alimenticios es otro factor que influye sobre el jugador.

**Factores Personales** Este es un tema que como en toda actividad o profesión es muy importante ya que no estará concentrado en cada movimiento y no es consciente de su próxima jugada pudiendo así causar una lesión por distracción o a uno de sus compañeros y es difícil, más en una población infantil de jugadores donde muchos no han aprendido a controlar sus emociones y deciden desahogarse en la cancha.

**Lesiones más frecuentes en futbolistas**

Afecciones musculares, esguinces que muchas veces se causan por mal calentamiento antes del juego, lesión de los ligamentos cruzados anterior las dos causas más comunes como lo son golpes y los giros inadecuados sobre el propio eje.(33)

# desarrollo y analisis

1. POBLACIÓN

La población objeto incluye a 30 profesionales los cuales varían entre personal de gestión deportiva, fisioterapeutas, tecnólogos en dirección técnica, técnicos y entrenadores de futbol, los cuales hacen acompañamiento en los entrenamientos y partidos de los jóvenes deportistas. Dichos profesionales pertenecen al equipo Leones Futbol club ubicados en el municipio de Itagüí en Antioquia, la institución cuenta con horarios de 08:00 a 17:00 todos los días, siendo los entrenamientos de dos horas por equipo, esto se ve influenciado por condiciones ambientales debido a que no se siempre se cuenta con una estructura cubierta haciendo más susceptibles a alteraciones en la salud e integrad de quienes participan en estos eventos. Fueron escogidos para este proyecto ya que se identificó la necesidad de afianzar conocimiento en primeros auxilios y acciones como primer respondiente al verse influenciado por la variedad de personas que asisten.

**¿Cuál es su profesión o función en el equipo Leones Futbol Club?**

3,3%

6,7%

Gráfico, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 1 Gráfica 1 - Profesión**

En esta grafica se muestra que de los 30 encuestados el 43,3 % son técnicos de futbol, el 30% entrenador de deporte, el 16,7% gestión deportiva, el 6,7% fisioterapeuta y el 3,3% tecnólogo en dirección técnica.

**¿Participaría usted en una capacitación de primeros auxilios?**

Interfaz de usuario gráfica, Gráfico, Aplicación

Descripción generada automáticamente

3,3%

**Ilustración 2: Gráfica 2- Participación**

En esta grafica de los 30 encuestados el 96,7% respondieron que si participarían en una capacitación de primeros auxilios y el 3,3% dijo que no.

Interfaz de usuario gráfica, Gráfico, Aplicación

Descripción generada automáticamente**¿Sabe usted que es cinemática de trauma deportivo?**

**Ilustración 3: Gráfica 3- Cinemática**

En esta grafica el 63,3% respondieron que si saben que es cinemática del trauma y el 36,7% dijo que no.

**¿Conoce usted la diferencia entre urgencia y emergencia?**

Interfaz de usuario gráfica, Gráfico, Aplicación

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 4: Gráfica 4- Urgencia y Emergencia**

En esta grafica se les pregunto si conocían la diferencia entre una urgencia y emergencia el 73,3% respondieron que sí y el 26,7% dijeron que no.

**¿Tiene conocimiento sobre primeros auxilios, ha realizado algún curso o capacitación?**

Interfaz de usuario gráfica, Gráfico

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 5: Gráfica 6 - Conocimiento sobre primeros auxilios**

En esta grafica el 50% respondieron que si tienen conocimiento sobre primeros auxilios y el 50% dijo que no.

**¿Por qué medio adquirió el conocimiento de inmovilización?**

Gráfico

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 6: Gráfica 7- Inmovilización**

En esta grafica se preguntó por qué medio adquirió conocimientos de inmovilización el 33,3% respondió que no tiene conocimiento, el 23,3% en capacitación, el 20% gracias a un curso, el 13,3% es empírico y el 10% en una técnica.

**¿Sabe usted que es primeros auxilios?**

Interfaz de usuario gráfica, Gráfico, Aplicación, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 7: Gráfica 8- Primeros Auxilios**

En esta grafica de los 30 encuestados el 90% respondieron que, si saben que es primeros auxilios, el 10% dijo que no saben.

**¿Sabe cómo identificar y actuar ante una convulsión?**

Interfaz de usuario gráfica, Gráfico, Aplicación, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 8: Gráfica 9- Convulsión**

En esta gráfica, se les pregunto si saben identificar y actuar ante una convulsión el 63,3% de los encuestados respondieron que no y el 36,7% dijeron que sí.

**¿Conoce ustesd las siglas RCP y que significan?**

Gráfico, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 9: Gráfica 10- RCP**

En esta grafica se preguntó si conocen las siglas RCP y que significan, el 43,3% dijo que si, el 40% ha escuchado sobre ellas y el 16,7 no sabe que es.

**¿Sabe reconocer la diferencia entre una luxación, esguince o fractura?**

Gráfico, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 10: Gráfica 11- Diferencias**

En esta grafica se les pregunto si sabían la diferencia entre luxación, esguince o fractura, el 70% respondieron que sí y el 30% dijo que no.

**¿Sabe usted la diferencia entre un sangrado venoso y un sangrado arterial?**

Gráfico, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 11: Gráfica 12- Sangrados**

En esta grafica se les pregunto si saben la diferencia entre un sangrado venoso y un sangrado arterial el 60% respondieron que no, el 40% dijeron que si conocen la diferencia.

**¿Ha presenciado y sabe actuar ante un desmayo?**

Gráfico, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 12: Gráfica 13- Desmayo**

En esta grafica se les pregunto si ha presenciado o sabe actuar ante un desmayo el 50 % respondió que sí, el 50% respondió que no.

**¿Cuál de las siguientes lesiones considera usted que ocurren con mayor frecuencia en un partido de futbol?**

Gráfico, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 13: Gráfica 14- Incidencia lesiones**

En esta grafica se les pregunto que cual es la lesión que más frecuencia suceden durante un partido de futbol, respondieron que la más frecuente son las contusiones con un 53,3%, seguida de esguince con un 33,3% y el 13,3% otras.

**¿Cuál de las situaciones considera usted que se presentan con mayor frecuencia en un partido de futbol?**

Gráfico, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

3,3%

**Ilustración 14: Gráfica 15- Incidencia emergencia**

En esta grafica se les pregunto qué situación sucede con mayor frecuencia en un partido de futbol, el 86,7% respondieron que calambres, el 10% mareos y las 3,3 %convulsiones.

**¿En qué tiempo del partido es más común enfrentarse a una lesión o afección de salud en el ámbito futbolístico?**

Interfaz de usuario gráfica, Gráfico, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 15: Gráfica 16- Tiempo del partido**

En esta grafica se preguntó en que tiempo de los partidos es más común una lesión futbolística el 83.3% dijeron que durante el partido y el 16,7% en el entrenamiento.

**¿Conoce alguna guía en primeros auxilios creado para entrenadores de fútbol?**

Gráfico, Gráfico circular

Descripción generada automáticamente

**Ilustración 16: Gráfica 17- Guías de primeros auxilios para entrenadores**

En esta grafica se preguntó si conocían una guía sobre primeros auxilios para entrenadores de futbol, de los 30 encuestados el 86,7% dijeron que no y el 13,3% que sí.

# DIseño metodologico

###### ALCANCE DEL PROYECTO

Se pretende implementar una guía en atención en primeros auxilios para instituciones futbolísticas, iniciando con la institución Leones Futbol Club, dando la oportunidad de ser utilizada por los profesionales que hayan tenido la capacitación o cuenten con esta guía. Basándonos en investigaciones y documentos previos para el manejo adecuado en situaciones de emergencias médicas o traumatismos presentadas en el ambiente futbolístico, buscando optimizar y reducir los malos procedimientos que se puedan dar durante la atención, además de fortalecer técnicas y métodos de recolección de información relevante sobre el paciente y así poder determinar cuándo es adecuado la intervención de un sistema de emergencias.

###### METODOLOGIA DEL PROYECTO

El presente proyecto será de desarrollo, se basa en la recolección de información por medio de encuestas aplicadas a los profesionales de gestión deportiva, fisioterapeutas, tecnólogos en dirección técnica, técnicos y entrenadores de futbol, de la institución Leones Futbol Club del municipio de Itagüí, que por medio de estadísticas se busca determinar el nivel de conocimiento, técnicas y métodos con lo que cuentan estos profesionales para dar una primera atención cuando se presenten situaciones de emergencia médica o traumatismo en el ambiente futbolístico.

En la primera fase de este proyecto se buscaron textos y documentos que hablaran sobre el nivel de conocimiento que tienen los entrenadores de futbol en cuanto el manejo de emergencias médicas y traumatismos presentados en el ambiente futbolístico, además de cuáles son las principales afecciones en la salud que se presentan durante los entrenamientos o partidos de futbol.

En la segunda fase se crea y aplica la encuesta a los profesionales escogidos, para así poder recolectar la información necesaria sobre qué temas debían ser capacitados o reforzados por su nivel de incidencia en el ámbito futbolístico. Además de que se comenta con los coordinadores que temas querían ver reflejados en la guía, aunque no sean tan comunes.

En la tercera fase se realiza la tabulación de las encuestas y se procede a realizar la guía con los temas que se reflejaba menos conocimiento y los hablados el coordinador.

###### PLAN DE TRABAJO

**Tabla 4: Plan de Trabajo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo Especifico** | **Actividades** | **Fecha de inicio de actividad** | **Fecha de culminación** | **Persona Responsable** |
| Realizar una búsqueda bibliográfica sobre las estrategias de manejo en lesiones y enfermedades medicas por parte de los entrenadores. | Investigar la existencia de blogs, páginas web sobre manejo de trauma y emergencia medicas en el campo de futbol | Marzo 09 del 2021 | Mayo 12 del 2021 | Estefanía Caicedo, Camila Gaviria, Catalina Sánchez |
| Analizar las fuentes bibliográficas ya obtenidas y destacar las más acordes al tema | Marzo 10 del 2021 | Mayo 12 del 2021 | Estefanía Caicedo, Camila Gaviria, Catalina Sánchez |
| Determinar cuáles son las principales lesiones a las que se enfrenta un entrenador de futbol en el ámbito futbolístico y el conocimiento en cuanto al manejo de traumas y emergencias médicas en lo jóvenes deportistas y espectadores por medio de encuestas. | Realizar encuestas a los entrenadores de futbol y personas de extensión. | Abril 29 del 2021 | Abril 29 del 2021 | Estefanía Caicedo, Camila Gaviria, Catalina Sánchez |
| Tabulación de encuestas para empezar a capacitar y fortalecer temas | Mayo 10 2021 | Mayo 23 del 2021 | Estefanía Caicedo, Camila Gaviria, Catalina Sánchez |
| Capacitar al cuerpo técnico de la institución Leones Futbol Club sobre el uso de la guía de atención en primeros auxilios para entrenadores de futbol. | * Realizar capacitación a los entrenadores y personal de extensión de la institución Leones Futbol Club. | Mayo 19 del 2021 Capacitación | Mayo 19 del 2021 | Estefanía Caicedo,  Camila Gaviria, Catalina Sánchez |
| * Guía de primeros auxilios para entrenadores de futbol física. | Junio 05 del 2021 | Junio 05 del 2021 | Estefanía Caicedo, Camila Gaviria, Catalina Sánchez |

###### PRESUPUESTO

**Tabla 5: Presupuesto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cantidad | Descripción | Valor Unitario | Total |
| 3 | Internet | 45000 | 405.000 |
| 1 | Diseño | 20000 | 20.000 |
| 1 | Guía | 40000 | 40.000 |
| 3 | Pasajes | 6390 | 115.020 |
| 3 | Alimentación | 15000 | 45.000 |
| Total |  | 126.390 | 625.020 |

# conclusiones y recomendaciones

1. CONCLUSIONES

Según los resultados de las encuestas, se puede evidenciar que en el ámbito futbolístico las principales lesiones a las que se ve enfrentado un entrenador de futbol y su personal de extensión son osteomusculares, siendo principalmente las fracturas, esguinces y contusiones, es por esto que se ve la necesidad de una guía y su capacitación sobre el manejo de estas lesiones para así brindar una atención adecuada.

En la búsqueda bibliográfica se pudo evidenciar que, aunque la incidencia de lesiones o emergencias médicas presentadas durante los entrenamientos o en el trascurso de los partidos es común, los entrenadores de futbol no cuentan con guías o estrategias establecidas que sean básicas y cómodas para adquirir un conocimiento y técnicas necesarias para brindar los primeros auxilios de forma adecuada y eficaz antes de la llegada de un personal avanzado.

Basado en las encuestas y propuestas dadas por el coordinador de leones futbol club se concluyen los temas requeridos para la guía que serán presentados en las capacitaciones.

En el proceso se concluye que existe la necesidad de reforzar los conocimientos en primeros auxilios en equipos de futbol en cuanto al manejo de lesiones o emergencias médicas, siendo Leones Futbol Club una institución elegida para la muestra de este proyecto, al ser una entidad que cuenta con el tipo de personas requeridas y dispuestas para la investigación.

Se evidencio la importancia de capacitar a los entrenadores de futbol de la institución, además de que por parte de ellos se notó el interés en el momento de la capacitación informándonos lo importante que era afianzar los conocimientos básicos en primeros auxilios ya que muchas veces dentro del campo de futbol no sienten la confianza para actuar ante las lesiones o emergencias médicas presenciadas; con el desarrollo de la guía y una capacitación podrán implementar esto en su vida profesional.

Se pudo observar que la institución contara con varias herramientas que podrían ser útiles para que sus entrenadores llevaran a la práctica todo lo aprendido adquiriendo para cada categoría un botiquín después de finalizada la capacitación, para tener más claro su responsabilidad como primeros respondientes frente a situaciones difíciles tanto en los entrenamientos como en sus partidos de futbol.

1. RECOMENDACIONES

Adecuar un espacio donde se tengas los insumos básicos para atender a un paciente incluyendo camilla adecuada, botiquín, personal adecuado e implementos para inmovilizar cual sea la necesidad.

Implementar capacitaciones periódicas que fortalezcan los conocimientos de las personas en cuanto a primeros auxilios.

Acreditar e implementar el uso del DEA (desfibrilador externo automático) ya que en la ley 1831 de 2017, articulo 3, escenario C; permite acceso a “Escenarios deportivos, tanto públicos como privados, tales como estadios, coliseos, polideportivos, canchas sintéticas, gimnasios, clubes deportivos, acuáticos y parques naturales, de diversiones o recreacionales, ciclovías y centros de alto rendimiento o entrenamiento”.

**BIBLIOAGRAFIA**

1. Prensa C De. La FIFA , la OMS y otras organizaciones elaboran documento de consideraciones médicas y un instrumento de evaluación de riesgos. FIFA.com [Internet]. 2021;1–2. Available from: https://es.fifa.com/who-we-are/news/la-fifa-la-oms-y-otras-organizaciones-del-futbo

2. Clara S, Garc I, Blanco C, Auxiliar P, Nacional E, Habana L, et al. Las guías didácticas : recursos necesarios para el aprendizaje autónomo. Vol. 6, SCIELO. 2014. p. 162–75.

3. Federico Brandt J. Análisis estadístico de lesiones en Fútbol Juvenil. Asoc Argentina Traumatol del Deport [Internet]. 2017;24(1):26–31. Available from: https://revista.aatd.org.ar/wp-content/uploads/2017/12/analisis\_estadistico\_de\_lesiones\_en\_futbol\_juvenil-24\_1.pdf

4. Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996. 1996;1996(Noviembre 20):1. Available from: http://www.medellin.gov.co/ManualContratacion/Normatividad/Resolucion 4288 de 1996.pdf

5. Liranza NF. Revista Cubana de Medicina General Integral Accidentes en los niños : un problema de salud actual . Revisión bibliográfica. SCIELO [Internet]. 2021;7–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-21251996000300012

6. Karen Viviana Lucumí García. Instructivo uso de botiquin primeros auxilios [Internet]. 2018. p. 2. Available from: http://www.ipes.gov.co/images/informes/SDE/Mapa\_de\_Procesos/Proceso\_Gestion\_de\_talento\_humano/2020/In\_060\_Uso\_De\_Botiquin\_De\_Primeros\_Auxilios.pdf.pdf

7. Urgencia ES, Seg E, Oms LA, Oficial W, Informaci S, Duda A. ¿ Sabías que urgencia y emergencia no es lo mismo ? ¿ Qué es una urgencia ? [Internet]. BLOGEUROINNOVA BUSSINESS SCHOOL. p. 1–14. Available from: https://www.euroinnova.co/que-es-urgencia-y-emergencia-segun-la-oms

8. Chevez Elizondo D. Organización Mundial de la Salud - Factores de Riesgo Cardiovasculares [Internet]. Vol. 4, Revista Ciencia y Salud: Integrando conocimientos. 2020. p. 1–2. Available from: https://www.who.int/topics/risk\_factors/es/

9. UISALUD. Protocolo manejo de heridas por quemaduras. 2018;2–4. Available from: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/UISALUD/prestacionServiciosAsistenciales/Protocolos/TUD.03.pdf

10. Tratamiento CY. Lesiones deportivas (Miguel). ELSEVIER. 2011;30:37.

11. Prevencionar.com. ¿Cuál es la diferencia entre peligro y riesgo? | Prevencionar [Internet]. 2018. p. 6–7. Available from: https://prevencionar.com/2018/03/06/la-diferencia-peligro-riesgo/

12. Elizabeth D, Martínez M. Primer respondiente Primer respondiente como auxiliador o socorrista. p. 1,2.

13. Ministerio de Salud. Sistema de emergencias médicas SEM [Internet]. 2021. p. 2–3. Available from: https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-de-emergencias-medicas-SEM.aspx

14. Menéndez López JR; MIVRAMP y YSG. Revista Cubana de Medicina Militar. Rev Cuba Med Mil. 2003;v.32(n.4 oct.-dic):1–4.

15. UNAC. Reseña Historia de la Corporación Universitaria Adventista [Internet]. 2021. p. 1. Available from: https://www.unac.edu.co/?page\_id=178

16. unac. Misión Ser una universidad comprometida con. 2021;3–5. Available from: https://www.unac.edu.co/?page\_id=4958

17. Equipo TEN. Visión Valores. 2021;3–5. Available from: https://www.metropol.gov.co/area/Paginas/planeacion-estrategica/planeacion-corporativa.aspx

18. Seebacher S. Primeros auxilios: Un legado universal que salva vidas - IFRC [Internet]. 2013. p. 24–6. Available from: https://www.ifrc.org/es/noticias/noticias/common/primeros-auxilios-un-legado-universal-que-salva-vidas-/

19. Zuniga-villanueva G. Manual Universitario de Primeros Auxilios. 2012;(January).

20. Chaponick H. Historia del futbol argentino. 1955;1–4. Available from: https://www.monografias.com/trabajos106/historia-del-futbol/historia-del-futbol.shtml

21. Somos NES. Area Metropolitana del Valle de Aburra. :3–5. Available from: https://www.metropol.gov.co/area/Paginas/somos/quienes-somos.aspx

22. Planeación Estratégica Corporativa PEC. :3–5.

23. Ministerio de la Protección Social. Ley 100 De 1993 [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 1993. p. 1689–99. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\_pdf.php?i=1319

24. Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia. In 2006. p. 3–5.

25. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 114 de 1996. 1996;2–5. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103099\_archivo\_pdf.pdf

26. Base TI, La P, Sanciones IDE. Código de ética 1. 27 abril. 2020;7,8,9.

27. Ley 181 de Enero 18 de 1995. 1995;

28. INGENIERIA F DE. ¿Qué es una capacitacioón? 2007;72–8.

29. Escribano F. Manual básico de primeros auxilios cruz roja. 2013;1–106. Available from: https://ocioaventura.files.wordpress.com/2012/03/manualbc3a11.pdf

30. González Berman MY. Planimetría Y Cavidades: Terminología Básica. 2009;2–11. Available from: http://www.academiamengar.es/global/MisArchivos/Documentos/Celadores\_SESPA/Material 2/Planimetria y cavidades-posiciones-planos-ejes.pdf

31. NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians). Evaluación y Majeno del Paciente. Revisión Primaria. Phtls. 2019. 501–523 p.

32. Ferretiz G, Cárdenaz N. Evaluación secundaria. Rev Mex Anestesiol [Internet]. 2018;41(10):195–9. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181bk.pdf

33. Quintero Barrera L. Urgencias Y Emergencias En Medicina Deportiva. 2016;1–198.