



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL

BÁSICO EN LOS PLANTELES DE FÚTBOL

FEMENINO DEL CLUB ATLÉTICO

ARGENTINO DE ROSARIO 2022

Alumno: Albano, Sebastián.

Tutora: Dra. Gustafsson, Mónica Liliana.

Cotutora: Dra. Trapé, Marcela Edit.

Rosario, Argentina, 2022

Agradecimientos

Agradezco a mis padres, Sergio Albano y Mónica Edit Poletti que siempre me apoyaron incondicionalmente a lo largo de estos años, por su amor, sus consejos y su paciencia, todo lo que hoy soy es gracias a ellos. A mis hermanos, Sofía y Santiago que siempre se encuentran presentes brindándome su apoyo y consejos.

A mi tutora, la Dra. Mónica Liliana Gustafsson, por su ayuda, esmero y dedicación, tanto para la elaboración de este trabajo como para ser siempre una fuente de conocimientos de la medicina y de la vida. A mi cotutora, la Dra. Marcela Edit Trapé, por su excelente predisposición y su colaboración a lo largo de todo este trabajo y de la carrera, conformando un equipo excepcional.

A mis amigos, que me acompañaron durante estos años compartiendo buenos y malos momentos convirtiéndose en hermanos de corazón.

A mi madrina, mi padrino y demás familiares, que siempre son un sustento de buenas energías y amor.

Gracias a todos ustedes y a todas las personas que me apoyaron y creyeron en que podía lograr este objetivo.

Resumen

Introducción: El repentino colapso y la muerte de una joven atleta en el campo de juego es un evento trágico con un profundo impacto en la comunidad.

Objetivo: Cuantificar el grado de conocimientos de los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario sobre Soporte Vital Básico antes y después de recibir una capacitación específica.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y analítico, cuasi experimental; con recolección de datos de tipo prospectivo de los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario, entre febrero y mayo del año 2022. El estudio abarcó tres etapas: 1) La encuesta para relevar la información y el grado de conocimientos que poseían sobre Soporte Vital Básico; 2) Se llevó a cabo un taller de capacitación sobre la temática; 3) Se realizó la encuesta postcapacitación.

Resultados: La población presentó una edad promedio de 25 años. El 83 % correspondió al género femenino y el 17 % al género masculino. El 29.4 % tenía sus estudios secundarios incompletos. El 45.1 % de los encuestados realizaban trabajos que no estaban relacionados con el club y el 24.5 % eran estudiantes. El grado de conocimientos de los encuestados precapacitación fue de 49.7 %. Luego de la capacitación el grado de conocimientos ascendió a 87.21 %. Para comparar el grado de conocimientos pre y postcapacitación específica se realizó el coeficiente de correlación de Pearson obteniendo $r = 0.06$ y $p = 0.008$, reflejando que hubo una correlación positiva antes y después de la capacitación y una diferencia significativa.

Conclusión: Se logró cuantificar el grado de conocimientos de los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario sobre Soporte Vital Básico antes y después de la capacitación.

Predominó una población de género femenino de 25 años con estudios secundarios incompletos. En cuanto a la ocupación primó la población que tenía trabajos que no estaban relacionados con el club y en segundo lugar estudiantes.

Posterior a la capacitación se obtuvo de los encuestados un grado de conocimientos alto, el cual, según el coeficiente de correlación de Pearson fue positivo y significativo.

Palabras clave: soporte vital básico, muerte súbita cardíaca, reanimación cardiopulmonar, desfibrilador externo automático, fútbol femenino.

Índice

1. Introducción. -----	pág. 5
2. Marco Teórico. -----	pág. 9
2.1. Conceptos esenciales.	
2.2. Muerte Súbita Cardíaca.	
2.3. Etiología.	
2.4. Historia de la RCP.	
2.5. Cadena de Supervivencia.	
2.6. Desfibrilador Externo Automático. (DEA)	
2.7. Historia del Fútbol Femenino.	
2.8. Club Atlético Argentino y su Fútbol Femenino.	
3. Objetivos. -----	pág. 15
4. Materiales y Métodos. -----	pág. 16
5. Resultados. -----	pág. 20
5.1. Características generales de la población bajo estudio.	
5.2. Resultados Precapacitación.	
5.3. Resultados Postcapacitación.	
5.4. Comparación del grado de conocimiento pre y postcapacitación específica.	
6. Discusión. -----	pág. 44
6.1. Limitaciones.	
6.2. Conclusiones.	
7. Referencias Bibliográficas. -----	pág. 50
Anexos. -----	pág. 56

Listado de abreviaturas

AFA: Asociación del Fútbol Argentino.
AHA: American Heart Association.
ARC: Consejo Australiano de Resucitación.
ARF: Asociación Rosarina de Fútbol.
CLAR: Consejo Latinoamericano de Resucitación.
DEA: Desfibrilador Externo Automático.
ERC: European Resuscitation Council.
EMS: Servicio Médico de Emergencias.
EMT-D: Desfibrilador Manual.
FDA: Food and Drug Administration.
FIFA: Federación Internacional de Fútbol Asociación.
FV: Fibrilación Ventricular.
HSFC: Heart and Stroke Fundation of Canada.
ILCOR: International Liaison Committee on Resuscitation.
MSC: Muerte Súbita Cardíaca.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
PAE: Plan de Acción de Emergencias.
PCR: Paro Cardiorrespiratorio.
PCS: Paro Cardíaco Súbito.
RCP: Reanimación Cardiopulmonar.
RCSA: The Resuscitation Council of Southern África.
SV: Soporte Vital.
SVB: Soporte Vital Básico.
TEM: Técnicos de Emergencias Médicas.
TV: Taquicardia Ventricular.
UEFA: Unión de Asociaciones Europeas de Fútbol.

1.Introducción

El repentino colapso y la muerte de una joven atleta en el campo de juego es un evento trágico con un profundo impacto en la comunidad.

El paro cardíaco súbito (PCS) es la principal causa de muerte súbita en los atletas, y representa el 75 % de todas las muertes durante el ejercicio y el deporte (Harmon, et al., 2011).

Los primeros auxilios que debe recibir una persona con PCS son las maniobras denominadas Reanimación Cardiopulmonar (RCP) la cual representan la asistencia inmediata y temporal por parte de cualquier persona que se encuentre cerca de la víctima en ese momento (Martín-Recio, 2009).

Es por esto que la formación en primeros auxilios es fundamental para toda aquella persona que pueda verse implicada en situaciones que requieran una actuación basada en estos conocimientos (Alba-Martín, 2018).

En este tipo de situaciones los primeros en asistir a un atleta colapsado en el campo de juego pueden incluir compañeros de equipo, entrenadores, otros atletas, personal médico del equipo o de los servicios médicos de emergencia, árbitros, empleados del lugar o espectadores no profesionales. El reconocimiento rápido y preciso del PCS, un plan de acción de emergencias (PAE) completo y ensayado, la RCP temprana; el acceso inmediato y el uso de un desfibrilador externo automático (DEA) son eslabones fundamentales en la cadena de supervivencia (Siebert & Drezner, 2018).

El PCS en deportistas es un evento inesperado que pone en peligro la vida, que a menudo no se reconoce de manera temprana y la RCP no siempre se inicia de forma inmediata (Panhuyzen-Goedkoop, et al., 2018).

Las enfermedades cardiovasculares y las condiciones que precipitan un PCS comprenden un grupo heterogéneo de trastornos que generalmente no presentan síntomas o signos de advertencia antes del evento.

Durante el ejercicio físico se produce un aumento de las catecolaminas circulantes, que se ve incrementado por el estrés que genera la competición y que exagera las respuestas de la tensión arterial, de la frecuencia cardíaca y de la contractilidad miocárdica, con el consiguiente incremento del consumo de O₂ miocárdico. Por otra parte,

la estimulación simpática puede por sí sola favorecer la aparición de arritmias o agravar una situación de isquemia miocárdica subyacente (Boraita, 2002).

Dentro de la etiología se puede mencionar a la patología cardiovascular, al igual que en la población que no practica deporte, la misma es la causa más frecuente de muerte súbita. Entre el 74 % y el 94 % de las muertes no traumáticas ocurridas durante la práctica deportiva se deben a causas cardiovasculares (Basso, et al., 1999).

A su vez, es importante destacar que la actividad física puede desencadenar taquicardia y fibrilación ventriculares, las cuales son arritmias que suelen ser potencialmente mortales en afecciones cardiovasculares subyacentes (silenciosas), como miocardiopatía, canalopatía iónica y enfermedad de las arterias coronarias (Maron, 2003; Bohm, et al., 2016).

Principalmente, en deportistas menores de 35 años, las anomalías cardíacas hereditarias o congénitas como la miocardiopatía hipertrófica, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho o las anomalías de las arterias coronarias son las más frecuentes (Corrado, et al., 1998; Maron, et al., 2009; Marijon, et al., 2011). Por otra parte, en los atletas mayores de 35 años, la enfermedad de las arterias coronarias representa la gran mayoría de muerte súbita cardíaca relacionada con el deporte (Boraita, 2002).

La preparación y el ensayo de un PAE son esenciales para disminuir la posibilidad de un resultado catastrófico. Un PAE integral incluye la capacitación de los posibles primeros en responder a un atleta colapsado, incluida toda persona que pueda encontrarse presenciando un entrenamiento o partido y también el acceso rápido a un DEA.

Uno de los aspectos más importantes es la no demora en la atención y el inicio de la RCP. Tanto en el reconocimiento temprano del paro como en la identificación de la respiración de tipo agónica o jadeo (Escalante-Kanashiro, 2010).

Vale la pena mencionar que el deporte femenino ha experimentado una gran evolución en los últimos años, provocando una evidencia representativa tanto en el desarrollo deportivo como en el contexto social del mismo. El impulso que existe detrás de este crecimiento ha sido posible gracias a la predisposición y dedicación de organismos y asociaciones internacionales y a través del desarrollo de varios proyectos que lo han hecho posible. En el caso del deporte tratado a lo largo de este trabajo de investigación, el fútbol, ha consolidado resultados extremadamente positivos en referencia a la

participación y profesionalidad de las mujeres según un informe de la Unión de Federaciones Europeas de Fútbol (UEFA) (UEFA, 2016).

El fútbol femenino es la actividad deportiva que más creció en la última década a nivel mundial, según un reciente informe del Congreso Internacional de Fútbol. Y Latinoamérica, pese a ser una de las regiones que más sufre la desigualdad y la violencia de género en el planeta, poco a poco se está sumando a la tendencia (Rudich, 2017).

Si bien no hay estadísticas oficiales sobre la cantidad de mujeres que practican fútbol en Latinoamérica, se estima que la cifra crece año a año más allá de las enormes carencias de apoyo e infraestructura. En el mundo, son 30 millones las mujeres que juegan regularmente en el ámbito federado, ya sea amateur o profesional, de acuerdo con la Federación Internacional de Fútbol Asociado (FIFA) (FIFA, 2020).

En contraposición a todos los beneficios que conlleva realizar ejercicio físico, el deporte competitivo incrementa sensiblemente el riesgo de sufrir una muerte súbita durante la realización de una actividad física intensa. Las personas que practican actividad deportiva intensa presentan una incidencia mayor de muerte súbita que las no deportistas, 1,6 muertes por 100.000 frente a 0,75 por 100.000. Además, la edad condiciona la muerte súbita durante la actividad deportiva, siendo en los menores de 35 años el riesgo menor, mientras que en los mayores de 35 años el riesgo de sufrir una muerte súbita se incrementa. Sin embargo, la prevención de la muerte súbita asociada con el deporte puede disminuir a través del reconocimiento cardiológico preparticipación deportiva y la instauración de los mecanismos necesarios para una RCP y desfibrilación sin demora (Boraita, 2002).

Es importante remarcar que la capacitación en RCP y en el uso de un DEA, así como su adquisición, resulta urgente, la prevención debe ser parte de las políticas operativas de los centros deportivos y gimnasios, para no justificar estas acciones después de una tragedia (Gaboto-Nogales, et al., 2018).

El Consejo Europeo de Resucitación Cardíaca (European Resuscitation Council - ERC-, según sus siglas en inglés) calcula que enseñando las técnicas de resucitación cardíaca a la población y mediante la colocación estratégica de desfibriladores se evitarían 50 % de muertes y se podría ayudar a salvar cada año unas 100.000 vidas en el continente europeo. Se estima que estas técnicas multiplican por dos o tres las posibilidades de supervivencia de una víctima de PCS en la calle (Catalán Piris, 2017).

Es por esto que este trabajo apuntó a reconocer la siguiente problemática: ¿Cuál es el grado de conocimientos de los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario sobre Soporte Vital Básico pre y postcapacitación específica?

2. Marco Teórico

2.1. Conceptos esenciales

Para la comprensión de los eventos involucrados en el Soporte Vital Básico y las situaciones clínicas que se producen, así como las maniobras que se ejecutan es necesario precisar una serie de definiciones que contribuirán a la lectura del trabajo de investigación.

- ✓ **Soporte Vital Básico (SVB):** Se define como “el conjunto de medidas encaminadas a mantener las funciones vitales en situación de riesgo inminente para la vida, evitando la parada cardiorrespiratoria, y conociendo las formas de alertar a los servicios de emergencia” (Catalán Piris, 2017).
- ✓ **Parada cardiorrespiratoria (PCR):** Situación clínica que cursa con una interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la función cardíaca y de la respiración espontánea (Catalán Piris, 2017).
- ✓ **Muerte súbita cardíaca (MSC):** En las últimas guías de la European Resuscitation Council (ERC) aparece su definición como “fallecimiento que se produce en la primera hora desde el inicio de los síntomas o el fallecimiento inesperado de una persona aparentemente sana” (Soar, et al. 2021).
- ✓ **Reanimación cardiopulmonar (RCP):** Comprende un conjunto de maniobras estandarizadas, de aplicación secuencial, encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo la respiración y la circulación espontáneas e intentando su recuperación, de forma que existan posibilidades razonables de recobrar las funciones cerebrales superiores. La RCP tradicionalmente se divide en 3 niveles: básico, instrumentalizado o inmediato y avanzado (Catalán Piris, 2017).
El objetivo de la RCP según Safar (1988) es "revertir el proceso de la muerte en enfermos a quienes no les llegó la hora de morir".
- ✓ **Desfibrilación:** Consiste en transmitir una cantidad de corriente eléctrica de suficiente magnitud a través del músculo cardíaco, en situación eléctrica y mecánica caótica, con el objetivo de despolarizar simultáneamente una masa crítica del mismo y conseguir, que el nodo sinusal reasuma el control del ritmo cardíaco; es decir, con actividad eléctrica organizada y presencia de pulso (Rodríguez de Viguri, et al. 2007).
- ✓ **DEA:** Los desfibriladores externos automáticos consisten en dispositivos sofisticados que disponen de un software que analiza el ritmo cardíaco en un tiempo muy corto (3 a 5 segundos) y tiene comandos visuales y auditivos para

facilitar al personal no médico en reanimación, la decisión de administrar una descarga o no. Cuando se recomienda descargar, solo hay que oprimir un botón para emitir el impulso a través de unos parches previamente colocados en el tórax de la persona que se encuentre con un ritmo de paro, que así lo amerite (fibrilación o taquicardia ventricular sin pulso) (Navarro, et al. 2011).

- ✓ **Cadena de supervivencia.** Es la concatenación de una serie de actuaciones que, de realizarse de forma correcta, en el orden debido y en el menor tiempo posible, ponen a la persona que ha padecido un paro cardíaco en las mejores condiciones para poderlo superarlo (Catalán Piris, 2017).

2.2 Muerte Súbita Cardíaca

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la MSC como la muerte natural, producida por causas cardíacas, precedida por la pérdida brusca de la conciencia, que se produce en el lapso de una hora, tras el comienzo de los síntomas agudos en un individuo con una cardiopatía preexistente conocida o no, pero en el que el tiempo y la forma de muerte son inesperados (Vargas Sanabria, et al., 2017). Está caracterizada por un colapso o PCS secundario a arritmias cardíacas, en personas con o sin enfermedad cardíaca; la sangre deja de fluir al cerebro y todo el organismo y causa la muerte si no es tratada dentro de minutos (Rodríguez-Reyes et al., 2015). En la mayoría de los casos este fallo de bombeo se debe a la presencia de una arritmia ventricular rápida (FV o TV), en menor medida las arritmias ventriculares lentas (asistolia, disociación electromecánica) pueden también ser responsables del episodio final, sobre todo en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada (Vargas Sanabria, et al., 2017).

Existen tres criterios diagnósticos en el síndrome de muerte súbita cardíaca. Primero, que se trate de una muerte natural (no producida por violencia externa), segundo, su carácter inesperado (puede afectar a individuos totalmente sanos como a cardiópatas conocidos) y tercero, el punto más álgido y controversial: el tiempo que debe transcurrir para considerar un deceso como súbito (Ochoa Montes et al., 2011).

Solo en Estados Unidos, las proyecciones realizadas para la incidencia anual de la MSC oscilan entre cifras de tan sólo 100.000 a 250.000 casos por año en una serie y de 400.000 a 450.000 muertes anuales al año según las estimaciones basadas en datos de estadísticas de vida. Se ha estimado que la carga anual que supone la

MSC alcanza en todo el mundo 4-5 millones de muertes, partiendo de una estimación de la población total mundial de 6.540 millones (Carter-Monroe & Virmani, 2011).

2.2. Etiología

Son varias las etiologías que pueden causar MSC, entre las principales se encuentran la cardiopatía isquémica, la cardiopatía hipertrófica, valvulopatías, cardiopatías congénitas y otros trastornos cardíacos menos comunes como las anormalidades electrofisiológicas primarias. Entre este último grupo destacan el síndrome de Wolf Parkinson White, el síndrome QT prolongado congénito, bloqueos atrio ventriculares y el síndrome de Brugada, el cual se define como una canalopatía autosómica dominante que afecta canales de sodio (Vargas Sanabria, et al., 2017).

2.3. Historia de la Reanimación Cardiopulmonar

Negovsky creó el primer laboratorio dedicado a la investigación en RCP en Moscú en el año 1930, desarrolló modelos para estudiar los procesos de exanguinación y paro cardíaco en perros. Los conocimientos obtenidos fueron aplicados con éxito durante el sitio de Moscú en la segunda guerra mundial durante los años 1941 y 1942. Se reunió en 1962 con Peter Safar y otros pioneros de la reanimación, para el desarrollo de un Simposio Internacional, más allá de las restricciones políticas impuestas por la Guerra Fría. En esa reunión se conceptualizó el Sistema de Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral, cuya aplicación y métodos estaban orientados a la protección cerebral durante el paro circulatorio. En 1961 Safar describe la asociación de ventilación y masaje terapéutico, y en 1962 Lown describió el desfibrilador de corriente continua. (Huerta-Torrijos, 2001) Estos datos se correlacionan con los que hoy actualmente se manejan en RCP: las compresiones torácicas, valoración de la respiración y el uso de un DEA.

La International Liaison committee on resuscitation (ILCOR) tiene como función proveer un acuerdo para la exploración de conocimientos y adelantos científicos distinguidos en cuidados cardíacos, con el objetivo de publicar guías internacionales de RCP tanto a nivel elemental como desarrollado. ILCOR está conformado por comités de RCP de los 5 continentes, los cuales son: European

Resuscitation Council (ERC), American Heart Association (AHA), Consejo Australiano de Resucitación (ARC), Consejo Sudafricano (RCSA), Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC) y Consejo Latinoamericano de Resucitación (CLAR) (Torres & Silvana, 2017).

2.4. Cadena de Supervivencia

Tanto la AHA (2021) y la ERC (2021) ofrecen algoritmos en cuanto al manejo de un PCR intrahospitalaria y extrahospitalaria. Por un lado, la AHA (anexo 8) reconoce 6 (seis) eslabones fundamentales en el manejo del PCR extrahospitalario, los cuales son: activación de la respuesta a emergencias, RCP de alta calidad, desfibrilación, soporte vital avanzado, cuidados postparo cardíaco y recuperación. Por otro lado, el algoritmo brindado por la ERC (anexo 9) cuenta con un relato más detallado de cada paso a seguir y con indicaciones en cada punto, donde debemos destacar que la primer medida a tomar en una situación de PRC extrahospitalario es comprobar la seguridad de la escena.

2.5. Desfibrilador Externo Automático (DEA)

El DEA es un aparato que, mediante una descarga eléctrica, aplicada directamente sobre el pecho descubierto del paciente, puede revertir el ritmo cardíaco caótico y conseguir una contracción cardíaca eficaz. Este efecto terapéutico puede restaurar la función de bomba sanguínea de la víscera cardíaca, y evitar la muerte del paciente. Cuanto más temprana sea la descarga, mayores probabilidades de supervivencia existen, es decir, el tiempo juega un papel fundamental para disminuir la morbimortalidad (Santana, 2012).

En 1967, Pantridge y Geddes describieron un aumento en la sobrevida de pacientes que presentaron paro cardíaco extrahospitalario, mediante el uso de una unidad móvil de cuidado coronario equipada con un desfibrilador de corriente continua alimentado por baterías (Navarro-Vargas & Muñoz Corena, 2017).

En 1982, la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) dio la aprobación para los ensayos clínicos con técnicos de emergencias médicas (TEM) que llevaban un desfibrilador manual (EMT-D). Finalmente se introducen los DEA en los Servicios Médicos de Emergencias (EMS) hacia 1988. Durante estos años se realizan las primeras investigaciones estadounidenses de EMT-D manual, en Iowa

(1986), Washington (1987), Minnesota y Tennessee (1988), las cuales plantean la superioridad del DEA utilizado por un TEM frente a la desfibrilación manual, y ponen de relieve que existe una posibilidad de mejora de la supervivencia si se extiende el uso de los DEA a no profesionales sanitarios (Singer & Lewkowicz, 2016).

Entonces, como hizo referencia Link et al. (2010), el DEA es un dispositivo computarizado, seguro y sofisticado que utiliza guías de voz y visuales para dirigir a los socorristas en la asistencia de un paro cardiorrespiratorio para desfibrilar de manera segura cuando el ritmo presente en el paciente sea la fibrilación o la taquicardia ventricular.

2.6. Historia del Fútbol Femenino

Aunque su crecimiento más notable se haya producido en las últimas décadas, el fútbol femenino tiene unas raíces tan profundas como las del masculino: su primer partido oficial se disputó el 23 de marzo de 1895 (FIFA, 2021).

El primer partido entre equipos conformados por mujeres del que existe registro en Argentina se disputó en 1923, en la cancha de Boca. Ahí se enfrentaron los equipos llamados “Argentinas” y “Cosmopolitas”. Unas seis mil personas concurren al encuentro, que fue cubierto por los diarios Crítica y La Vanguardia. Ya a fines de la década del 50 comienza a consolidarse la primera generación de jugadoras.

En 1971 una delegación participó en la Copa Mundial Femenina de Fútbol que se disputó en México. El 21 de agosto, Argentina derrotó a Inglaterra por 4 a 1. Todos los goles los marcó Elba Selva. En honor de esa hazaña, se determinó que el 21 de agosto se celebre el Día de la Futbolista.

El punto bisagra para la historia del fútbol femenino fue 1991, cuando la Asociación del Fútbol Argentino (AFA) organizó el primer torneo oficial, que disputaron ocho equipos.

Luego de muchos años de reclamos de las jugadoras por la falta de visibilidad, reconocimiento y equidad, la AFA dispuso el inicio de la profesionalización del fútbol femenino en la Argentina. El 16 de marzo de 2019 se oficializó la profesionalización del fútbol femenino en Argentina y se definió un mínimo de 8 futbolistas contratadas por club (El Sol, 2020).

2.7. Club Atlético Argentino y su Fútbol Femenino

Según refiere el coordinador de fútbol femenino y dirigente del Club Atlético Argentino de Rosario, el club nace un 15 de enero de 1912, donde un grupo de habitantes del barrio refinera, varios de ellos ferroviarios, le dieron vida.

El club ingresa en la Asociación Rosarina de Fútbol (ARF) en el año 1914 y finaliza octavo en su primera participación.

En 1944 se afilió a la AFA para jugar en la Primera B. En 1945 realizó su mejor campaña en dicha categoría, ya que se ubicó en el segundo puesto. No logró ascender a Primera División, pero fue la ocasión que más cerca estuvo de hacerlo.

Hoy en día (2022) la institución se encuentra en la Primera D en el torneo de la AFA y en la Primera C en el torneo de la ARF.

El fútbol femenino en el club comenzó recién en el año 2017 donde participaron en la ARF. En este torneo compitieron catorce (14) clubes, donde cabe destacar que el Club Atlético Rosario Central y el Club Deportivo y Social "Lux" presentaron dos equipos cada uno, y Argentino de Rosario obtuvo el quinto puesto. En 2020 Argentino de Rosario comenzó a participar de la categoría "B" de la Asociación del Fútbol Argentino (AFA) donde actualmente se encuentra compitiendo por ascender a la categoría "A".

3. Objetivos

General:

- Cuantificar el grado de conocimientos de los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario sobre Soporte Vital Básico antes y después de recibir una capacitación específica.

Específicos:

- 1- Describir las características generales de la población de estudio.
- 2- Identificar los conocimientos sobre muerte cardíaca súbita, paro cardiorrespiratorio y protocolo a seguir en caso de una emergencia antes y después de recibir la capacitación específica.
- 3- Comparar el grado de conocimientos antes y después de recibir la capacitación específica.

4. Materiales y Métodos

Diseño: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y analítico, cuasi experimental; con recolección de datos de tipo prospectivo.

Ámbito: Club Atlético Argentino de Rosario. El estadio del club se localiza en Víctor Mercante 750, Rosario, Santa Fe. Y su polideportivo se encuentra en Av. Sorrento 1451, Rosario, Santa Fe. Es un club privado, el cual no cuenta con un staff médico fijo en sus planteles.

Período: febrero 2022 - mayo 2022.

Población: Se trabajó con los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario. Los cuales están compuestos por jugadoras, cuerpo técnico, utileros, preparadores físicos y coordinadores de plantel presentes en los entrenamientos y partidos; donde participaron un total de 102 personas.

Se contó con los tres planteles de futbol femenino del club, los cuales fueron:

- Plantel de fútbol femenino 11 AFA: 46 integrantes.
- Plantel de fútbol femenino 11 ARF: 33 integrantes.
- Plantel de fútbol playa femenino AFA: 23 integrantes.

El muestreo realizado fue no probabilístico aleatorio y secuencial.

Criterios de Inclusión: Integrantes de los planteles de fútbol femenino (Fútbol de campo 11 en la liga AFA y liga ARF y Fútbol playa AFA) del Club Atlético Argentino de Rosario en el año 2022 que aceptaron voluntariamente participar de las encuestas y la capacitación.

Criterios de Exclusión: Integrantes de los planteles que se negaron a participar. Personas del club que no integraban los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario.

Instrumento:

En primer lugar, se procedió a validar el instrumento realizando una prueba piloto donde formaron parte diez (10) personas de la institución. Se aplicó una encuesta escrita en formato papel, la cual fue voluntaria y anónima de elaboración propia con preguntas

abiertas y cerradas (dicotómicas y de opción múltiple). Se identificó la capacidad de comprensión de las preguntas como así también la objetividad de las mismas, si presentaban alguna variación o algún interrogante y el tiempo que demoraban en realizar el cuestionario. Para la validación del instrumento se aplicó el test de confiabilidad alfa de Cronbach y el resultado que se obtuvo fue 0,70.

El estudio se dividió en tres etapas: en la primera etapa se realizó la encuesta precapacitación (anexo 6) para relevar la información y el grado de conocimientos que poseían sobre SVB, cadena de supervivencia, RCP y DEA.

En la segunda etapa se realizó un taller de capacitación, en el cual se contó con el apoyo y la participación del SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias) con formato de taller y role play, donde se transmitió los conocimientos básicos referentes a ¿qué es el Soporte Vital Básico?, la cadena de supervivencia, RCP básica y uso del DEA. A continuación, se llevó a cabo la práctica de dichos conceptos con simuladores brindados por el laboratorio de habilidades de la Universidad Abierta Interamericana y un DEA facilitado por el Club Atlético Argentino de Rosario y se plantearon distintas escenas a resolver.

En la tercera etapa se realizó la encuesta postcapacitación, la cual permitió identificar y comparar el resultado posterior a la intervención.

Definiciones:

Se entiende por Grado de Conocimientos al porcentaje de respuestas correctas que obtuvieron los encuestados basándose en las preguntas, las cuales todas tenían el mismo valor, que se encuentran en el anexo 10:

<60 % → Grado Bajo de Conocimientos.

60-80 % → Grado Medio de Conocimientos.

>80 % → Grado Alto de Conocimientos.

Operacionalización de Variables:

Variable	Dimensión	Modalidad	Tipo de variable	Objetivo Relacionado
Género	P2	Femenino – Masculino	Variable cualitativa nominal dicotómica	Específico 1
Edad	P1	En años	Variable cuantitativa discreta	Específico 1
Nivel de educación alcanzado	P3	Nunca he estudiado, Primario incompleto, Primario completo, Secundario incompleto, Secundario completo, Terciario incompleto, Terciario completo, Universitario incompleto y Universitario completo	Variable cualitativa ordinal politómica	Específico 1
Profesión u ocupación	P4	Trabaja, No trabaja, empleado del club, estudiante, otros	Variable cualitativa nominal politómica	Específico 1
Grado de conocimientos sobre MCS, PCR y protocolo a seguir en caso de una emergencia	P5,6,7,14, 15 y 22	Alto grado (>80%), Mediano grado (60-80%) y Bajo grado (<60%)	Variable cualitativa ordinal politómica	General y Específico 2
Grado de conocimientos sobre RCP	P11, 12, 13 y 16	Alto grado (>80%), Mediano grado (60-80%) y Bajo grado (<60%)	Variable cualitativa ordinal politómica	General
Conocimiento sobre DEA	P24, 25, 26	Si – No	Variable cualitativa nominal dicotómica	General
Opinión acerca de la necesidad de aprender sobre estos aspectos	P28	Si – No	Variable cualitativa nominal dicotómica	

*P: Proposiciones que se encuentran en el anexo 6.

Análisis de datos:

Los datos fueron tabulados en planillas de Excel y el procesamiento de los datos fue realizado con el programa estadístico SPSS versión 28.

Los datos de frecuencia que se realizaron para el análisis descriptivo se expresaron mediante medias, mediana y modo, y la medida de dispersión mediante el desvío estándar.

En cuanto a la comparación del grado de conocimiento pre y postcapacitación se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson donde se utilizó las fórmulas preestablecidas en Excel dando como resultado $p = 0,008$. Otorgándole significancia estadística ($p < 0,05$).

Consideraciones Éticas:

Los datos son resguardados por la Ley Nacional N° 25.326 de protección de los datos personales.

5. Resultados

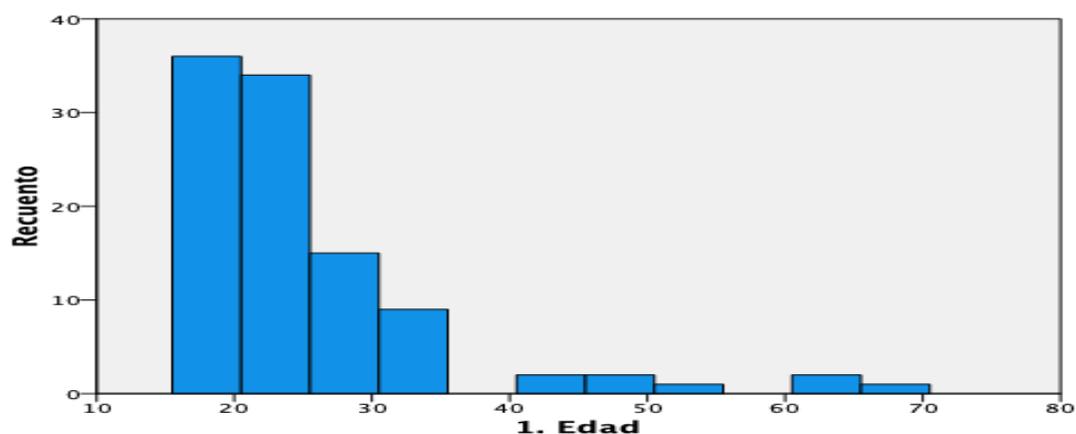
5.1. Características generales de la población bajo estudio.

➤ Edad:

N	102
Media	25.44
Mediana	22.00
Desviación estándar	9.755

La población presentó una edad promedio mayor a los 25 años, con un desvío estándar de 9.76 y con una mediana de 22 años. Las edades abarcaron desde 18 hasta 68 años. Como puede observarse en el siguiente gráfico.

Gráfico 1: Edad.



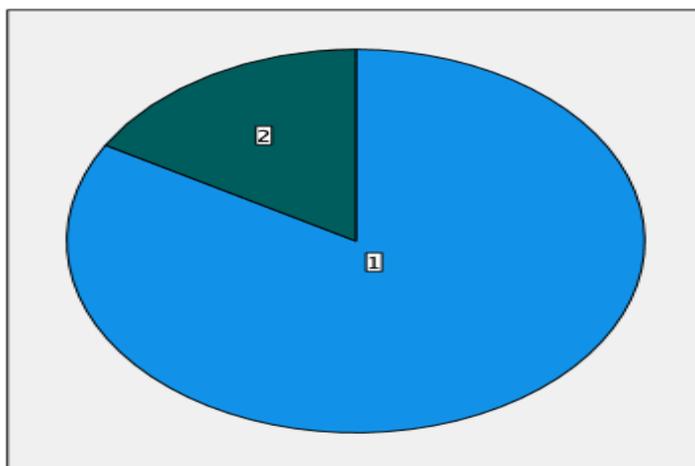
➤ Género:

Tabla 2: Frecuencia y porcentaje de "Género"

	Frecuencia	Porcentaje
1= Femenino	85	83.3 %
2= Masculino	17	16.7 %
Total	102	100 %

El 83 % correspondió al género femenino y el 17 % al género masculino. A continuación, se puede observar gráficamente.

Gráfico 2: Género

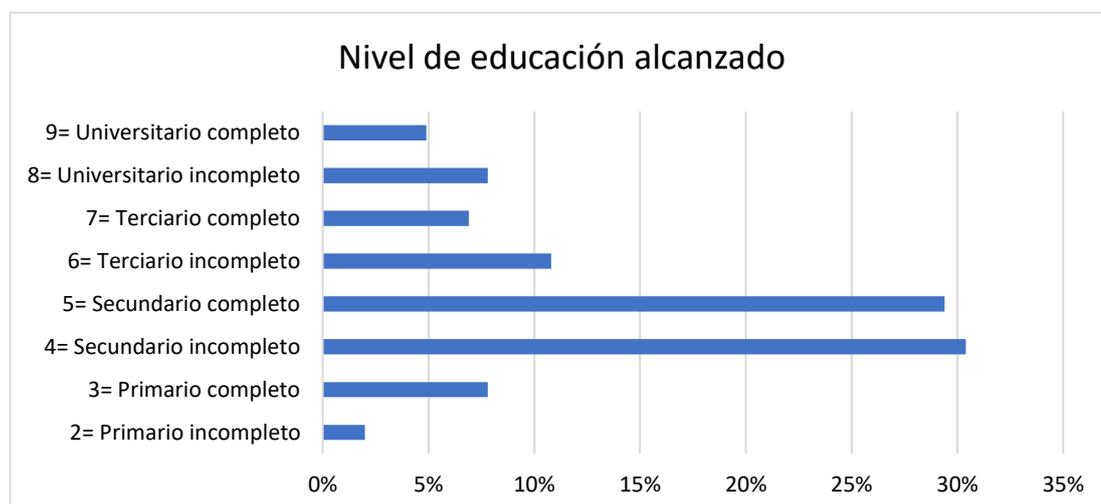


(1=Femenino; 2=Masculino)

➤ Nivel de educación alcanzado:

Del total de la población analizada: el 2 % no logro completar el primario, el 7.8 % presentó únicamente el primario completo, el 30.4 % tiene el secundario incompleto, el 29.4 % manifestó tener el secundario completo, el 10.8 % tiene un terciario incompleto, el 6.9 % logro completar un terciario, el 7.8 % tiene incompletos sus estudios universitarios y el 4.9 % realizó de forma completa estudios universitarios.

Gráfico 3: Nivel de educación alcanzado



➤ Profesión u ocupación:

Cada respuesta manifestada por los encuestados fue ubicada dentro de alguna de las categorías planteadas en la siguiente tabla. Con respecto a la categoría “Trabaja”, se incluyó a las personas que se encontraban realizando trabajos que no estén relacionados con el Club Atlético Argentino de Rosario, abarcando las siguientes profesiones u ocupaciones: albañil, peluquera, empleada doméstica, personal de limpieza, docente, cocinera, psicóloga, emprendedora, empleada en un local de ropa, carnicero, entre otras. Dentro del total de encuestados un 45.1 % poseía un empleo que no estaba relacionado con la institución, el 24.5 % eran estudiante, el 13.7 % no trabajaba y el restante 16.7 % trabajaba para el club.

Tabla 3: Frecuencia y porcentaje de “Profesión u ocupación”

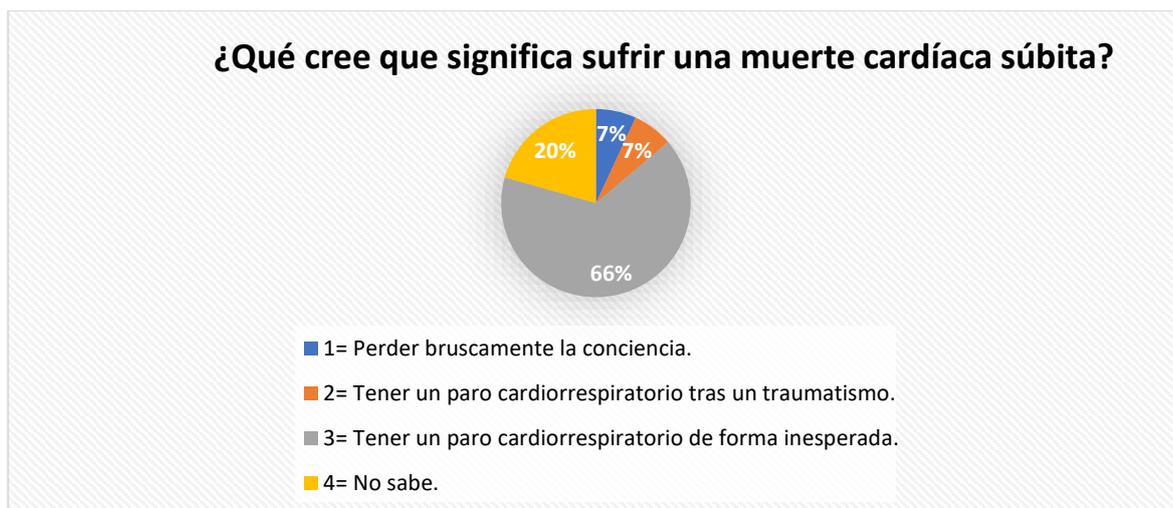
Profesión u ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Colaborador del club	6	5.9
Director técnico	4	3.9
Coordinador de plantel	3	2.9
Estudiante	25	24.5
No trabaja	14	13.7
Preparador físico	1	1.0
Trabaja	46	45.1
Utilero	3	2.9
Total	102	100 %

✓ 5.2 Resultados Precapacitación:

➤ ¿Qué cree que significa sufrir una muerte cardíaca súbita?

La mayoría de los encuestados, 65.7 % consideró que sufrir una muerte cardíaca súbita era tener un paro cardiorrespiratorio de forma inesperada. El 6.9 % consideró que era perder bruscamente la conciencia, también el 6.9 % de los encuestados estimaba que era tener un paro cardiorrespiratorio tras un traumatismo y el 20.6 % respondió que no sabía lo que era sufrir una muerte súbita cardíaca.

Gráfico 4: Concepto de Muerte cardíaca súbita



➤ ¿Qué personas piensa usted, pueden sufrir una muerte cardíaca súbita?

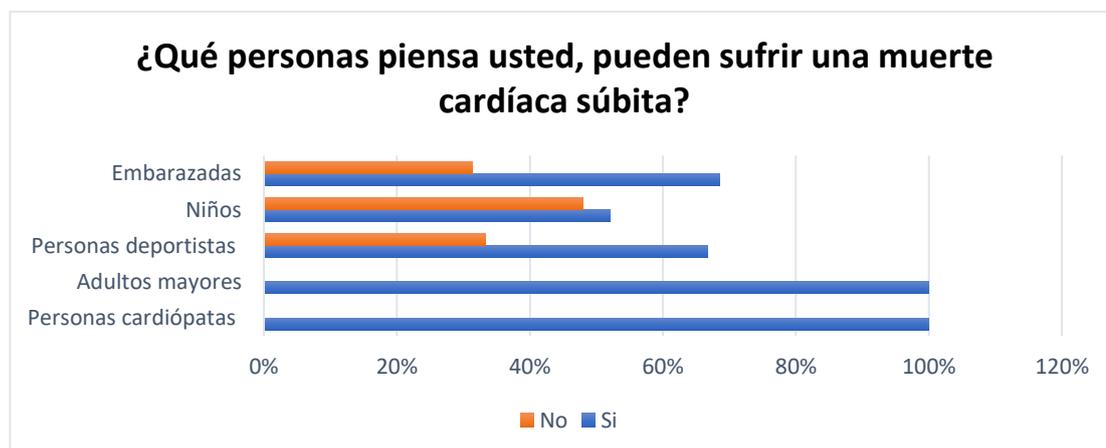
El 100 % de los encuestados coincidió en que tanto las personas cardíopatas como los adultos mayores podrían sufrir una muerte cardíaca súbita.

Respecto de las personas deportistas, el 66.7 % de los encuestados consideraron que podrían sufrir una muerte cardíaca súbita y el 33.3 % restante consideraron lo opuesto.

Respecto de los niños, el 52 % consideraban que efectivamente podrían sufrir una muerte cardíaca súbita y el 48 % restante consideró lo contrario.

Respecto a las embarazadas, el 68.6 % de los encuestados refirieron que podrían sufrir una muerte cardíaca súbita y el 31.4 % expresó que estas personas no podrían sufrir una muerte cardíaca súbita.

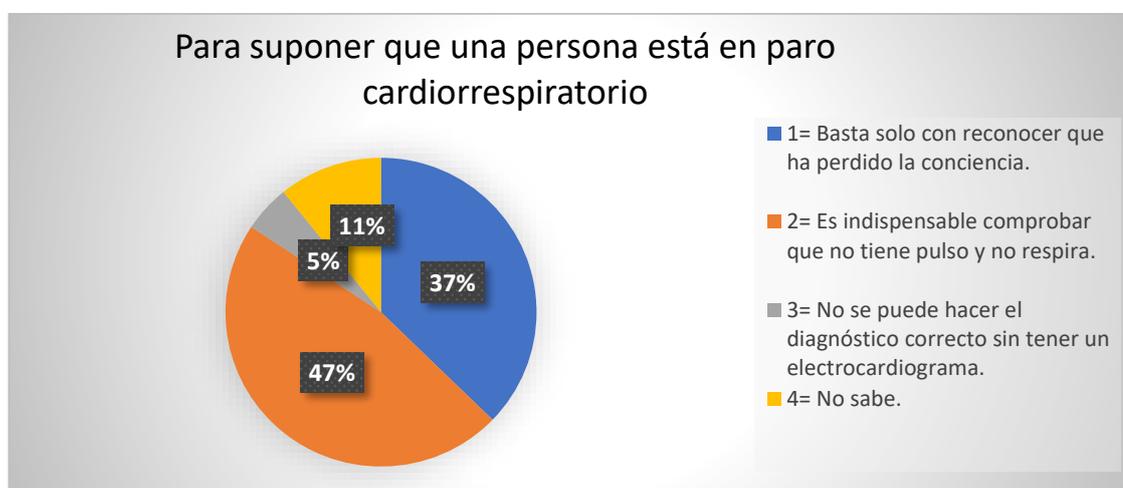
Gráfico 5: Quiénes pueden sufrir una muerte cardíaca súbita



- Para suponer que una persona está en paro cardiorrespiratorio:

El 47.1 % de los encuestados coincidió en que sería indispensable comprobar que no tiene pulso y no respira para suponer que dicha persona estaba en paro cardiorrespiratorio. El 37.3 % consideró que bastaba solo con reconocer que ha perdido la conciencia para suponer que estaba en paro. El 4.9 % refirió que no se puede hacer el diagnóstico correcto sin tener un electrocardiograma y el 10.8 % no sabía cómo suponer que una persona estaba en paro cardiorrespiratorio. A continuación, se puede observar gráficamente.

Gráfico 6: Paro cardiorrespiratorio

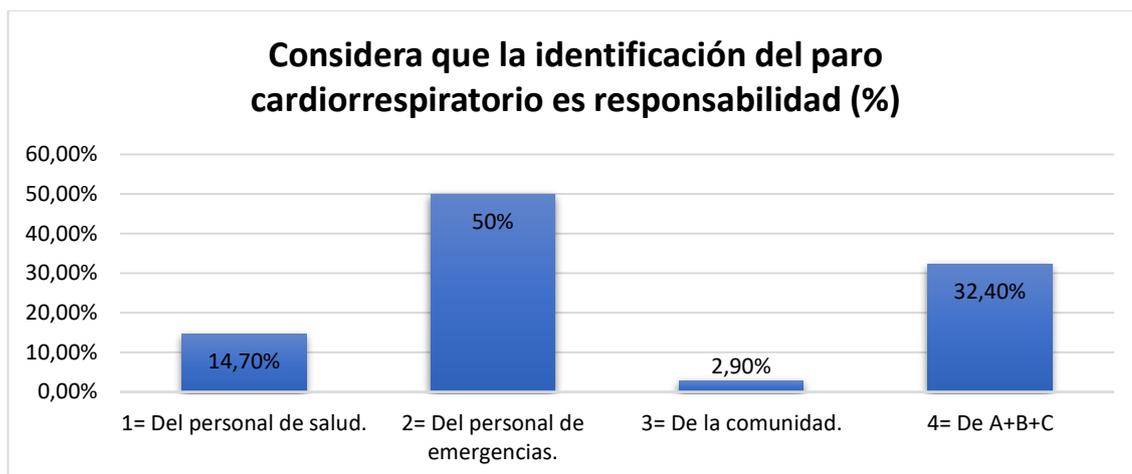


- Considera que la identificación del paro cardiorrespiratorio es responsabilidad:

El 50 % consideró que la identificación del paro cardiorrespiratorio era responsabilidad del personal de emergencias, el 14.7 % estimó que la identificación del paro era responsabilidad del personal de salud y el 2.9 % afirmó que la responsabilidad era de la comunidad.

Por otro lado, el 32.4 % consideró que la responsabilidad era parte tanto del personal de salud, el personal de emergencias y de la comunidad.

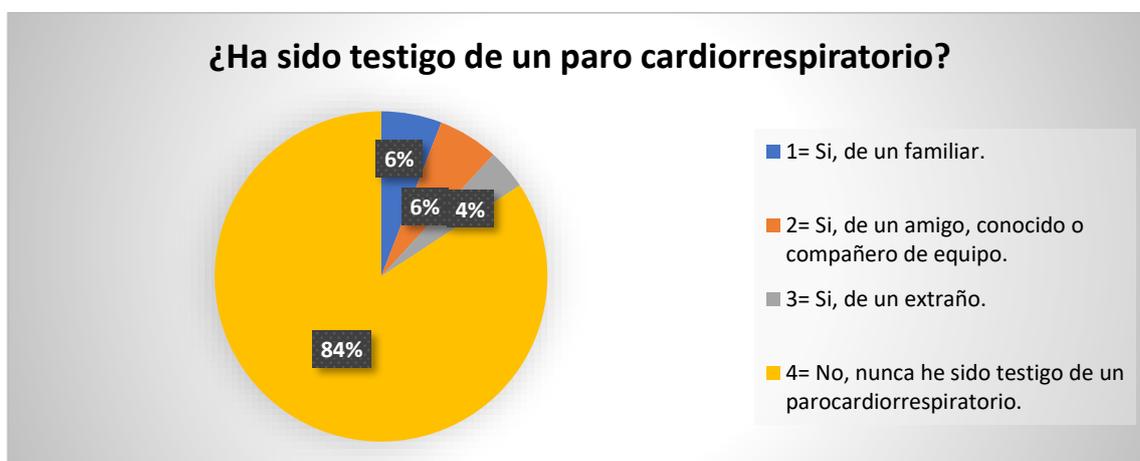
Gráfico 7: Identificación del paro cardiorrespiratorio



➤ ¿Ha sido testigo de un paro cardiorrespiratorio?

Solamente el 15.7 % de los encuestados fueron testigos de un paro cardiorrespiratorio, donde el 5.9 % de estos fue un amigo, conocido o compañero de equipo.

Gráfico 8: Presencia en un paro cardiorrespiratorio



➤ ¿Qué fue lo primero que hizo ante esa situación?

Solo el 3 % sobre 16 encuestados expresaron que la primera medida que realizó ante esta situación fue tomar los signos vitales. El 4 % mencionó llamar al servicio de emergencias. El resto de los encuestados no tomo una iniciativa concreta o solo vio como resolvían las demás personas presentes.

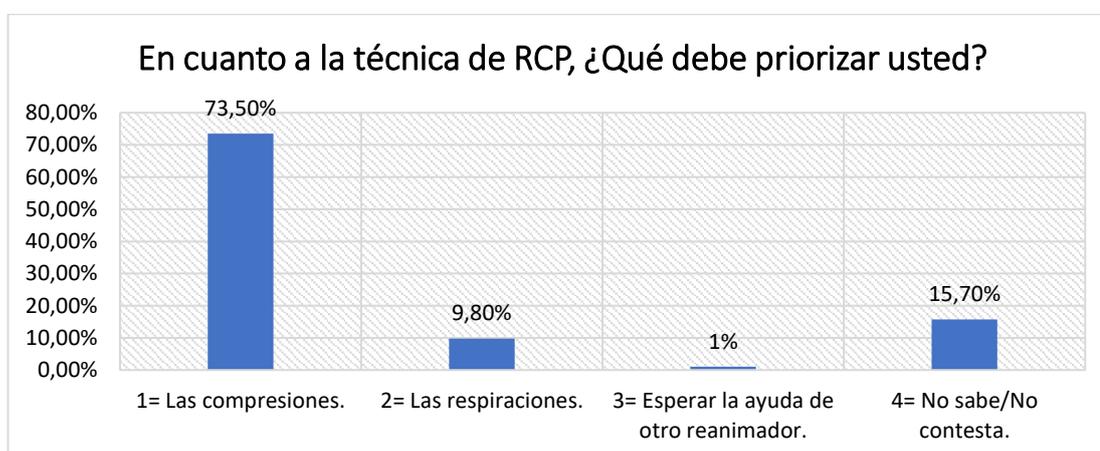
Gráfico 9: Primer medida en un paro cardiorrespiratorio



➤ En cuanto a la técnica de RCP, ¿Qué debe priorizar usted?

El 73.5 % de las personas encuestadas reconoció que debe priorizar las compresiones torácicas, el 9.8 % priorizaría las respiraciones y el 15.7 % no sabía que priorizar. Por otro lado, solo uno 1 % de los encuestados expresó que hay que esperar la ayuda de otro reanimador.

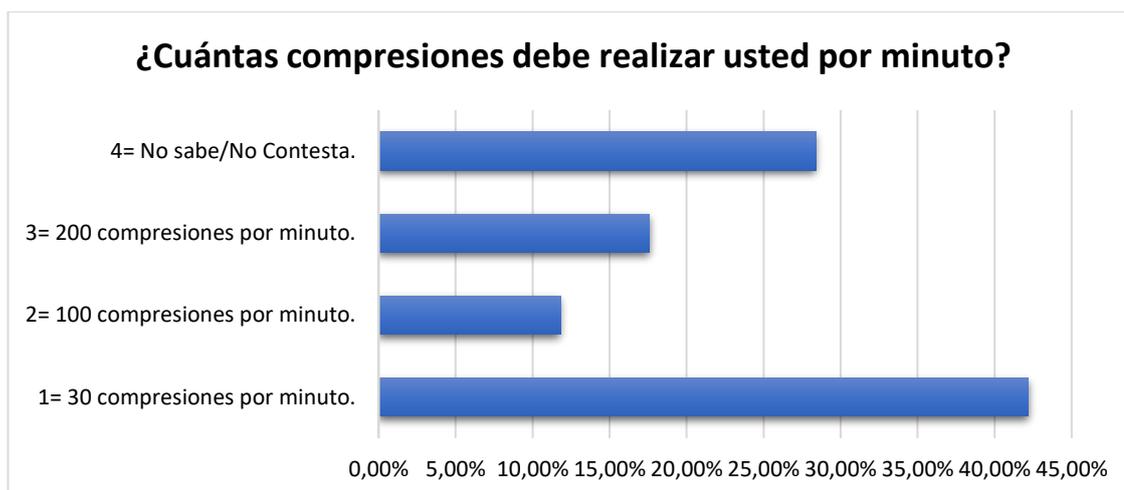
Gráfico 10: Qué priorizar en RCP



➤ ¿Cuántas compresiones debe realizar usted por minuto?

El 42.8 % de los encuestados consideró que debe realizarse treinta (30) compresiones por minuto, el 17.6 % consideró que el número de compresiones a realizarse por minuto es doscientos (200) y solamente el 11.8 % indicó que el número de compresiones por minuto son cien (100). Así mismo, el 28.4 % no sabía cuántas compresiones debe realizarse por minuto.

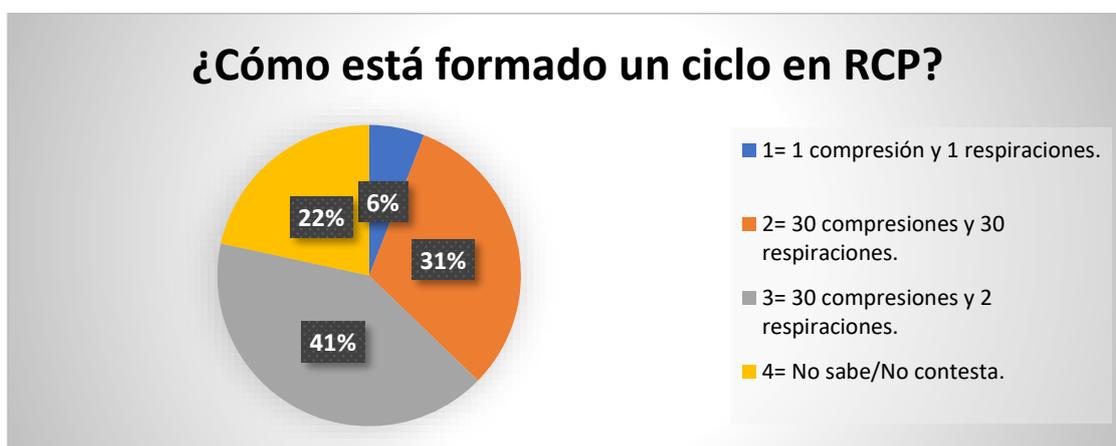
Gráfico 11: Cantidad de compresiones por minuto



➤ ¿Cómo está formado un ciclo en RCP?

El 41.2 % de los encuestados reconoció que un ciclo en RCP está formado por treinta (30) compresiones y dos (2) respiraciones, el 31.4 % expresó que cada ciclo estaba formado por treinta (30) compresiones y treinta (30) respiraciones y el 5.9 % indicó que para completar un ciclo en RCP había que realizar una (1) compresión y una (1) respiración. Por otra parte, el 21.6 % de los encuestados no sabía cómo está formado un ciclo en RCP.

Gráfico 12: Composición de un ciclo en RCP



➤ Con respecto al número de teléfono al que debe llamar ante una emergencia en la vía pública:

El 85.3 % de los encuestados conocía de memoria el número de teléfono al que debe llamar ante una emergencia en la vía pública. De este porcentaje, el 81.3 % indicó de forma correcta el número (107 y/o 911). El 5.9 % de los encuestados no recordaba cuál era el número, pero lo tenía anotado y el 8.8 % no lo recordaba ni lo tenía anotado.

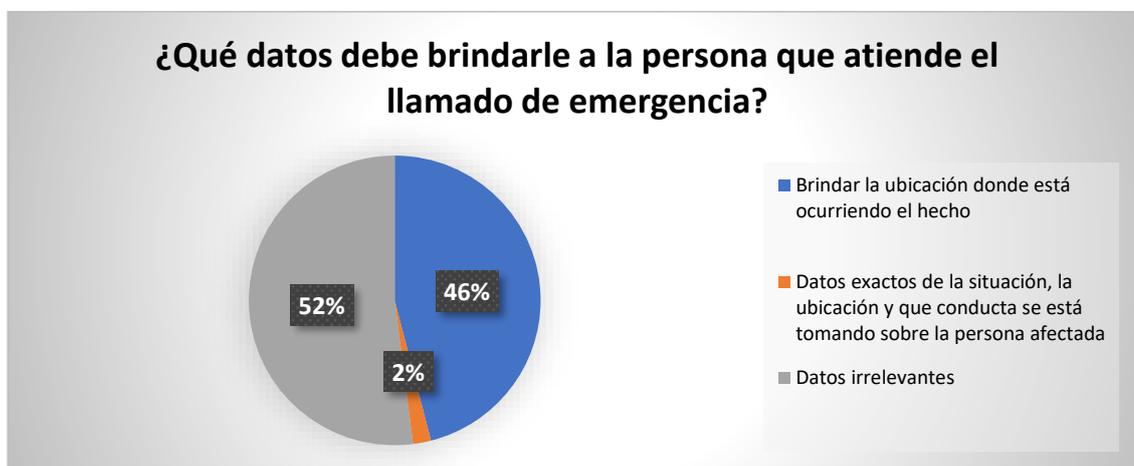
Gráfico 13: Número al cual llamar ante una emergencia



- ¿Qué datos debe brindarle a la persona que atiende el llamado de emergencia?

El 46 % mencionaron brindar la ubicación donde estaba ocurriendo el hecho. Solo el 2 % refirió que debía brindar datos exactos de la situación, la ubicación y que conducta se estaba tomando sobre la persona afectada y el 52 % brindó datos irrelevantes.

Gráfico 14: Datos que hay que brindar al llamar ante una emergencia

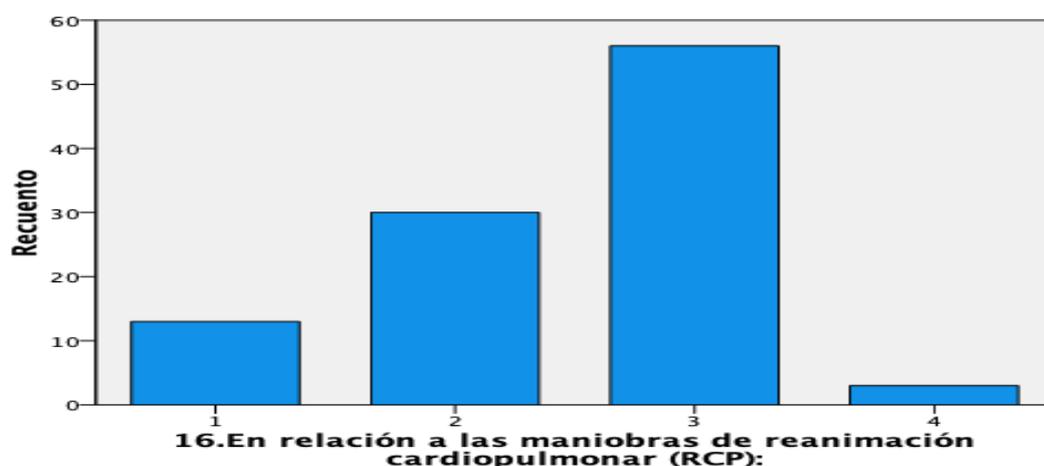


- En relación con las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP):

El 54.9 % de los encuestados refirió conocer las maniobras de reanimación cardiopulmonar pero no las sabían realizar correctamente, el 29.4 % escuchó hablar de las maniobras, pero no recordaba que comprendían, el 12.7 % no las conocían y el 2.9 %

indicaron que conocían y sabían realizar correctamente las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Gráfico 15: Maniobras de reanimación cardiopulmonar

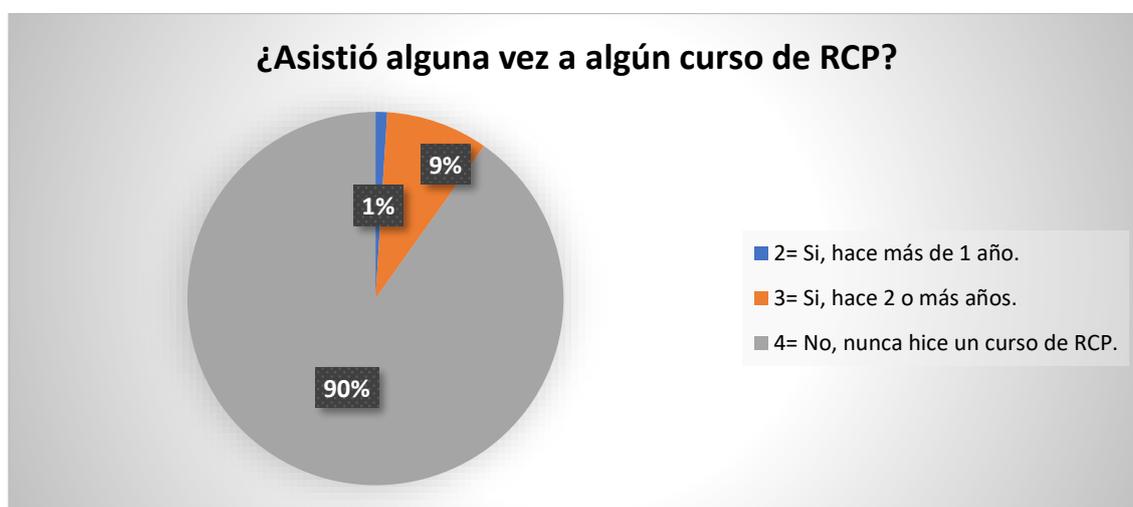


(1= No las conoce. 2= Escuchó hablar de las maniobras, pero no recuerda que comprenden. 3= Las conoce, pero no las sabe realizar correctamente. 4= Las conoce y las sabe realizar correctamente.)

➤ ¿Asistió alguna vez a algún curso de RCP?

El 90.2 % de los encuestados nunca realizó un curso de RCP, el 8.8 % realizó un curso en RCP hace dos años o más y solo un 1 % de los encuestados realizó un curso en RCP hace más de 1 (uno) año.

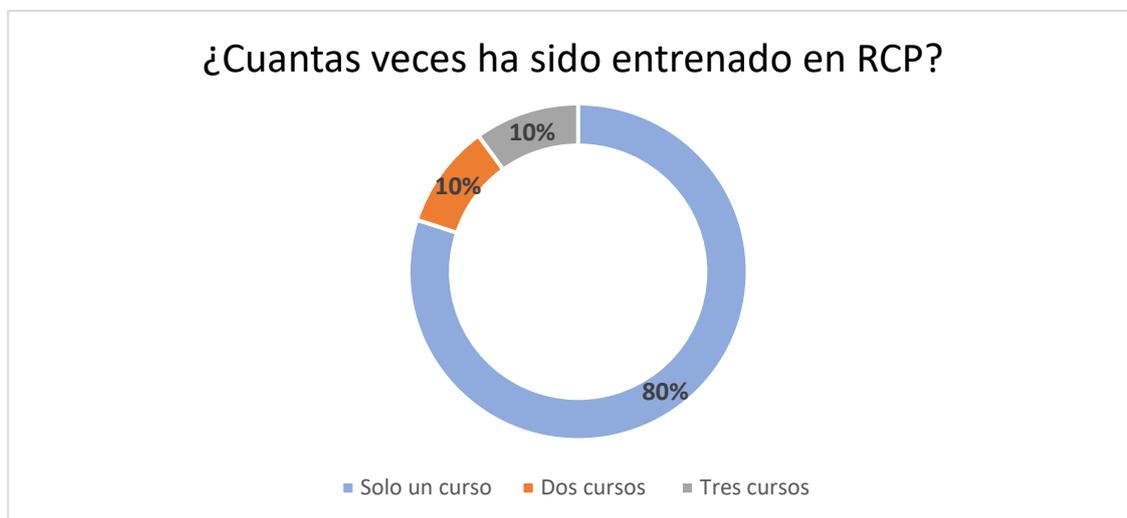
Gráfico 16: Asistencia a cursos de RCP



➤ ¿Cuántas veces ha sido entrenado en RCP?

El 80 % realizaron un solo curso en RCP, 10 % manifestó haber realizado dos (2) cursos de RCP y también, 10 % de los encuestados que habían realizado cursos de RCP declaró haber realizado tres (3) cursos en RCP.

Gráfico 17: Cantidad de cursos en RCP realizados



➤ ¿Dónde ha asistido al curso en RCP?

El 60 % realizó el correspondiente curso en su trabajo, 10 % de los encuestados lo realizó en la escuela, 10 % lo realizó en el club y 20 % lo realizaron en otros lugares.

Gráfico 18: Lugar de realización del curso en RCP



- ¿Se siente capacitado para realizar las maniobras de RCP?

El 72 % se consideraban moderadamente capacitados para realizar las maniobras de RCP, el 18 % poco capacitado y el 10 % moderadamente capacitado.

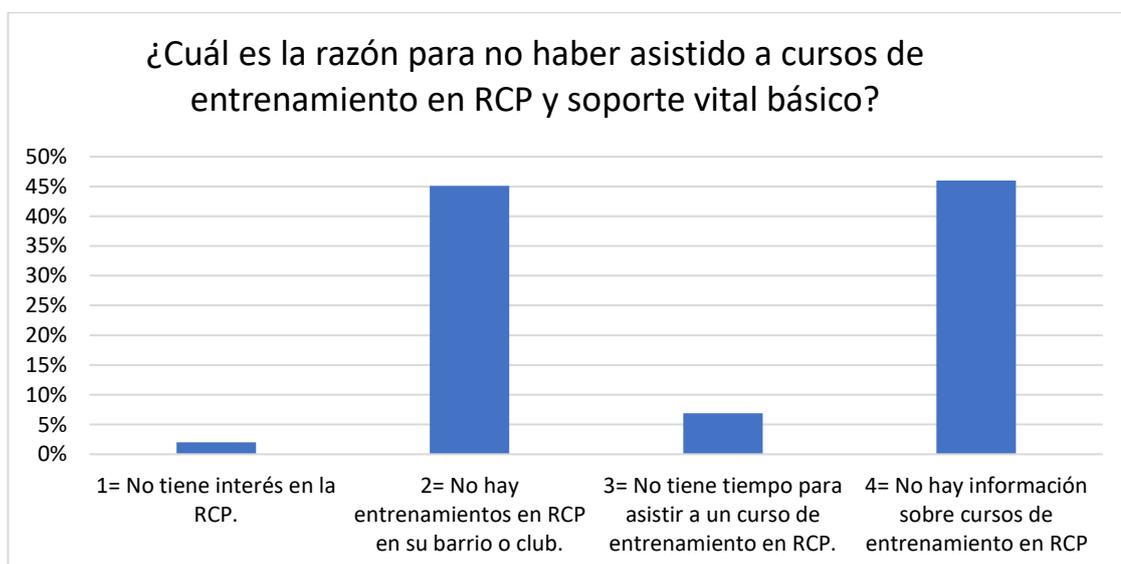
Gráfico 19: Nivel de capacitación para realizar maniobras de RCP



- ¿Cuál es la razón para no haber asistido a cursos de entrenamiento en RCP y soporte vital básico?

El 45.1 % indicó que no había información sobre cursos de entrenamiento en RCP, el 45.1 % argumentó que su razón fue que no hay entrenamientos en RCP en su barrio o club, el 6.9 % refirieron no tener tiempo para asistir a un curso de entrenamiento en RCP y solo el 2.9 % de los encuestados comentaron no tener interés en la RCP.

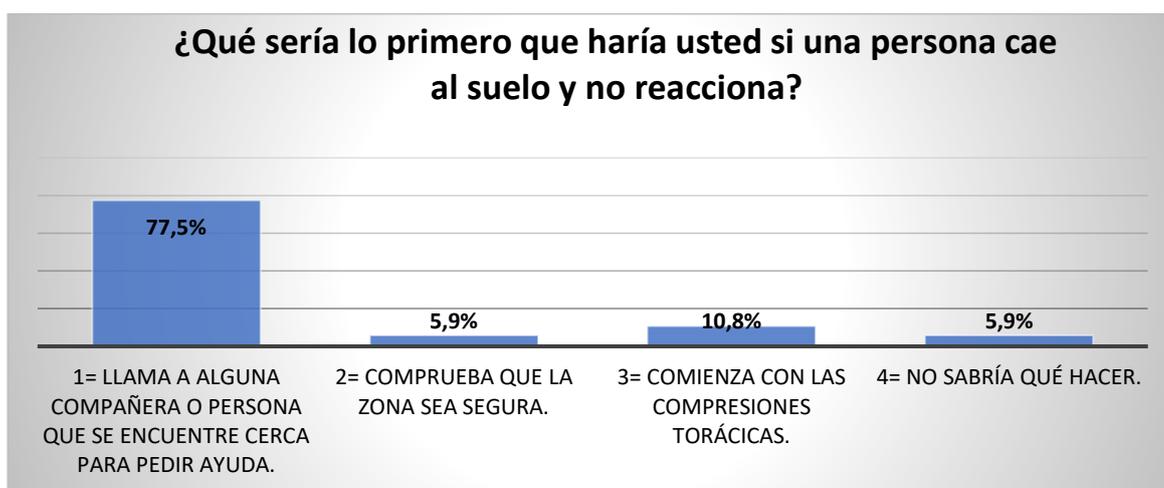
Gráfico 20: Razones por la cual no asistieron a cursos en RCP



- ¿Qué sería lo primero que haría usted si una persona cae al suelo y no reacciona?

Se planteó la hipotética situación donde una persona cercana al encuestado caía al suelo y no reaccionaba, se obtuvieron los siguientes resultados: el 77.5 % de los encuestados tomó como primera medida llamar a alguna compañera o persona que se encontraba cerca para pedir ayuda, el 10.8 % comenzaba con las compresiones torácicas, el 5.9 % expresó que no sabría qué hacer y solo el 5.9 % tomaría como primera medida ante este tipo de situaciones comprobar que la zona sea segura.

Gráfico 21: Primer medida a tomar ante una persona inconsciente



- ¿Usted considera que debería enseñarse en el club cómo y cuándo realizar las maniobras de RCP?

El 99 % de los encuestados consideró que debería enseñarse en el club cómo y cuándo realizar las maniobras de RCP.

Gráfico 22: Opinión sobre la enseñanza de RCP en el club

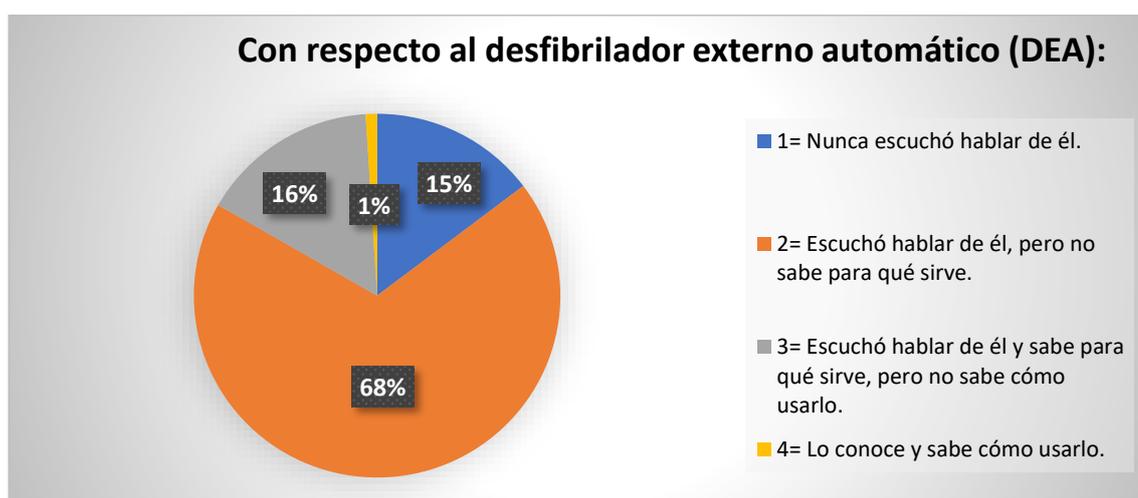


(1= Si. 2= No.)

- Con respecto al desfibrilador externo automático (DEA):

El 68.6 % de los encuestados escuchó hablar del DEA, pero no sabía para qué sirve. Además de conocerlo, un 15.7 % sabía para qué servía, pero no sabía cómo usarlo y 1 % conocía lo que es un DEA y sabía cómo usarlo. Por otra parte, el 14.7 % nunca escuchó hablar del DEA.

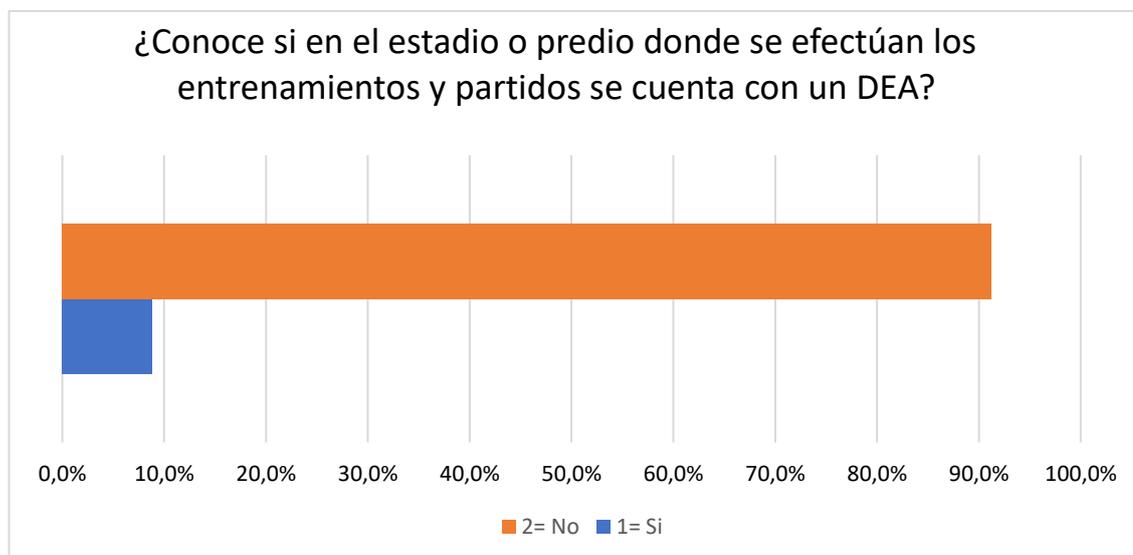
Gráfico 23: Con respecto al DEA



- ¿Conoce si en el estadio o predio donde se efectúan los entrenamientos y partidos se cuenta con un DEA?

El 91 % de los encuestados no conocía si en el estadio o predio donde se efectuaban los entrenamientos y partidos contaba con un DEA.

Gráfico 24: Conocimiento de la presencia de un DEA

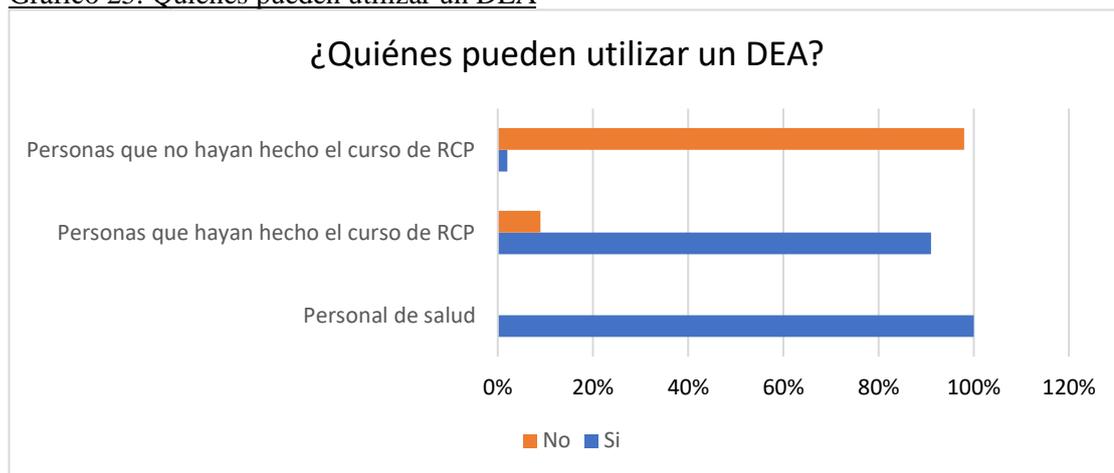


➤ ¿Quiénes pueden utilizar un DEA?

El 100 % de los encuestados coincidió en que el personal de salud podría utilizar el DEA.

Respecto de las personas que hayan hecho el curso de RCP, el 91 % de los encuestados consideraron que podrían utilizar el DEA y solo un 2 % expresó que las personas que no hayan hecho el curso de RCP podrían utilizar un DEA.

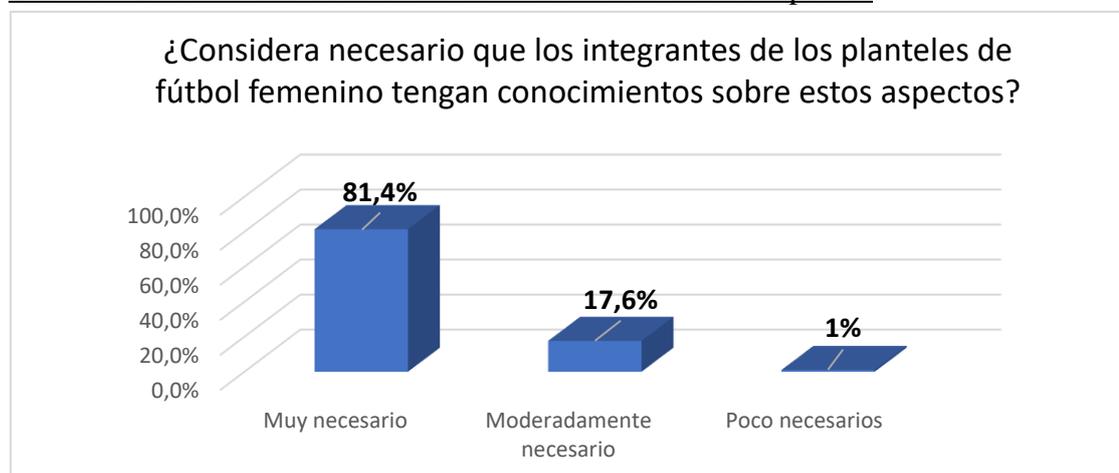
Gráfico 25: Quienes pueden utilizar un DEA



➤ ¿Considera necesario que los integrantes de los planteles de fútbol femenino tengan conocimientos sobre estos aspectos?

El 81.4 % de los encuestados consideró muy necesario que los integrantes de los planteles de fútbol femenino tengan conocimientos sobre los aspectos abordados en la encuesta, un 17.6 % consideraba que es moderadamente necesario y solo 1 % de los encuestados refirió que estos conocimientos son poco necesarios.

Gráfico 26: Necesidad de tener conocimientos sobre estos aspectos



- ¿Desea aprender soporte vital básico y RCP?

El 99 % de los encuestados consideraba que deseaba aprender de soporte vital básico y RCP, como puede observarse en el gráfico siguiente:

Gráfico 27: Desea aprender sobre SVB y RCP



- ✓ Se obtuvo el **Grado de Conocimientos** de los encuestados precapacitación, el cual correspondió a un Grado Bajo de Conocimientos (49,7%).

5.3 Resultados Postcapacitación:

- ¿Qué cree que significa sufrir una muerte cardíaca súbita?

El 87.3 % de los encuestados consideró que sufrir una muerte cardíaca súbita era tener un paro cardiorrespiratorio de forma inesperada, el 11.8 % refirió que era perder bruscamente la conciencia y solo el 0.9 % expresó que era tener un paro cardiorrespiratorio tras un traumatismo.

Gráfico 28: “Concepto de Muerte cardíaca súbita”



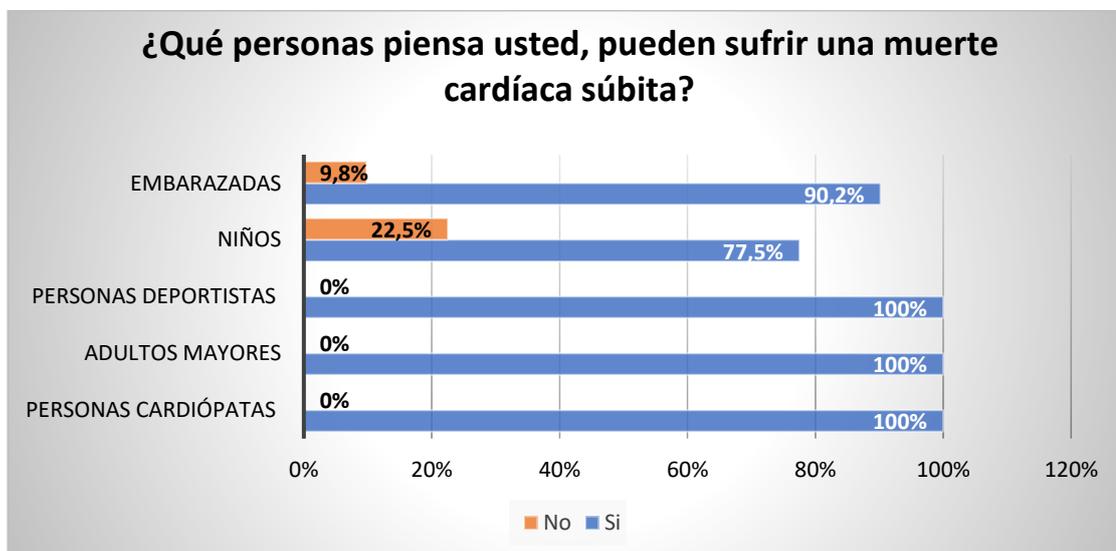
➤ ¿Qué personas piensa usted, pueden sufrir una muerte cardíaca súbita?

El 100 % de los encuestados coincidió en que tanto las personas cardiópatas, los adultos mayores y los jóvenes deportistas podrían sufrir una muerte cardíaca súbita.

Respecto de los niños, el 77.5 % consideró que efectivamente podían sufrir una muerte cardíaca súbita y el 22.5 % restante consideraba lo contrario.

Respecto a las embarazadas, el 90.2 % de los encuestados consideraban que podrían sufrir una muerte cardíaca súbita y el 9.8 % consideraron que estas personas no podrían sufrir una muerte cardíaca súbita.

Gráfico 29: “Quienes pueden sufrir una muerte cardíaca súbita”



- Para suponer que una persona está en paro cardiorrespiratorio:

El 78.4 % de los encuestados consideró que basta solo con reconocer que la persona afectada ha perdido la conciencia para suponer que se encuentra en paro cardiorrespiratorio y el 21.6 % refirió que antes de tomar cualquier medida era indispensable comprobar que no tiene pulso y no respira.

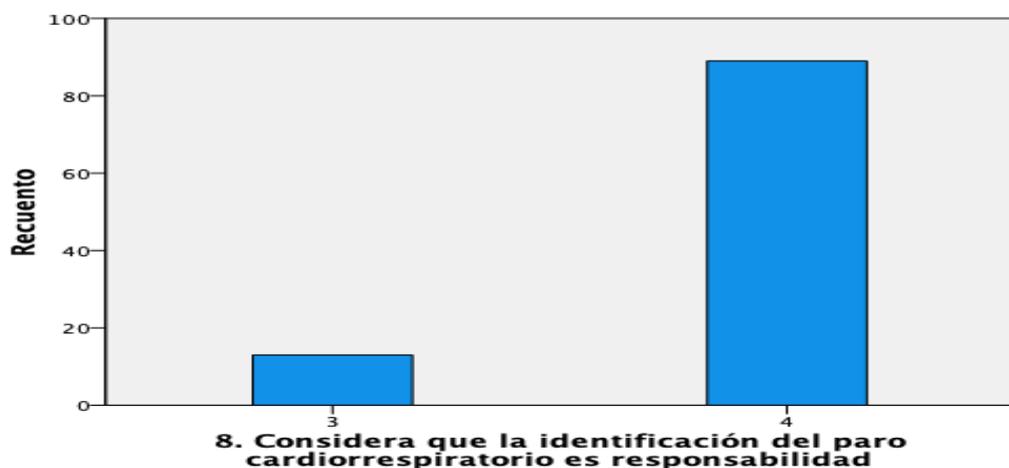
Gráfico 30: Paro cardiorrespiratorio



- Considera que la identificación del paro cardiorrespiratorio es responsabilidad:

El 12.7 % afirmó que la responsabilidad era de la comunidad y el 87.3 % consideró que la responsabilidad era tanto del personal de salud, el personal de emergencias y de la comunidad.

Gráfico 31: Identificación del paro cardiorrespiratorio

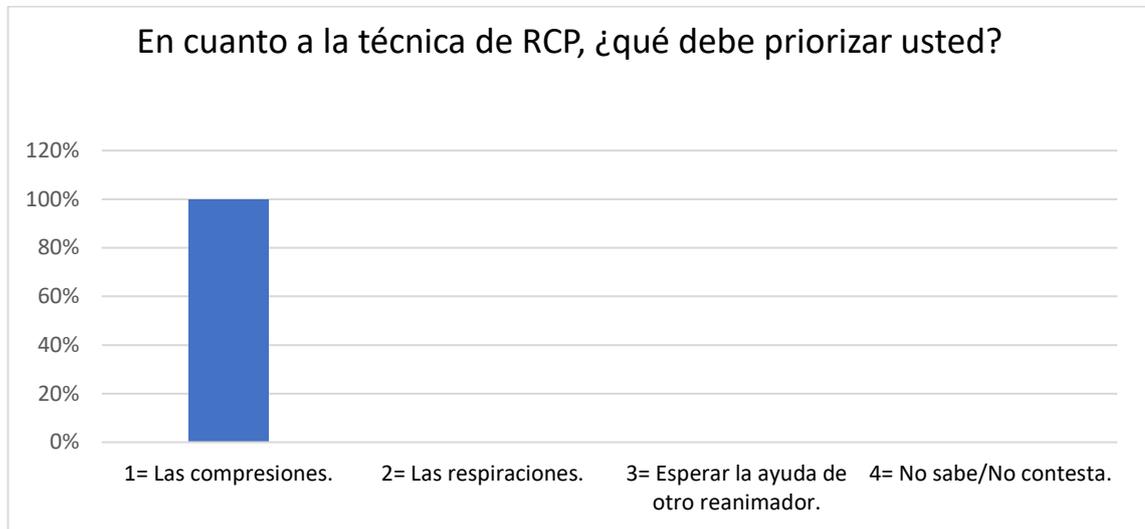


(3= De la comunidad; 4= Del personal de salud, el personal de emergencias y de la comunidad.)

➤ En cuanto a la técnica de RCP, ¿qué debe priorizar usted?

El 100 % de los encuestados contestó que debe priorizarse las compresiones.

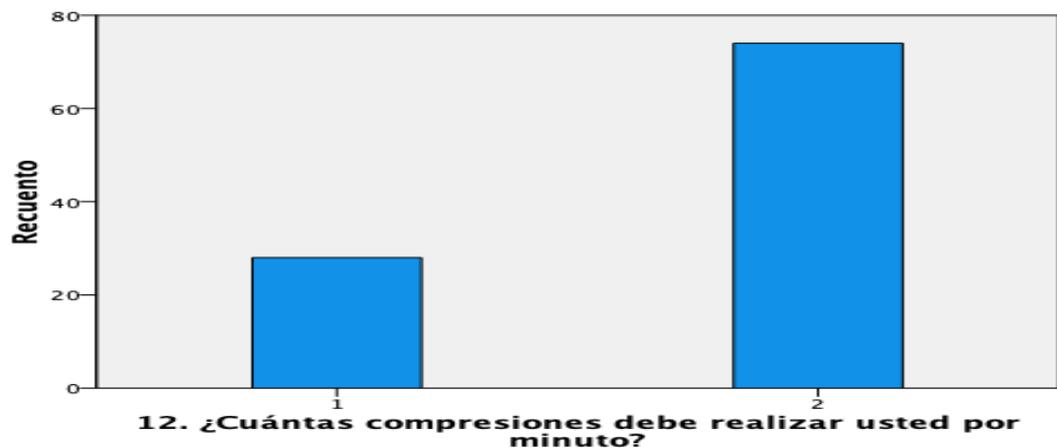
Gráfico 32: Qué priorizar en RCP



➤ ¿Cuántas compresiones debe realizar usted por minuto?

El 72.5 % de los encuestados consideró que debía realizarse cien (100) compresiones por minuto y el 27.5 % indicó que el número de compresiones por minuto son treinta (30).

Gráfico 33: Compresiones por minuto

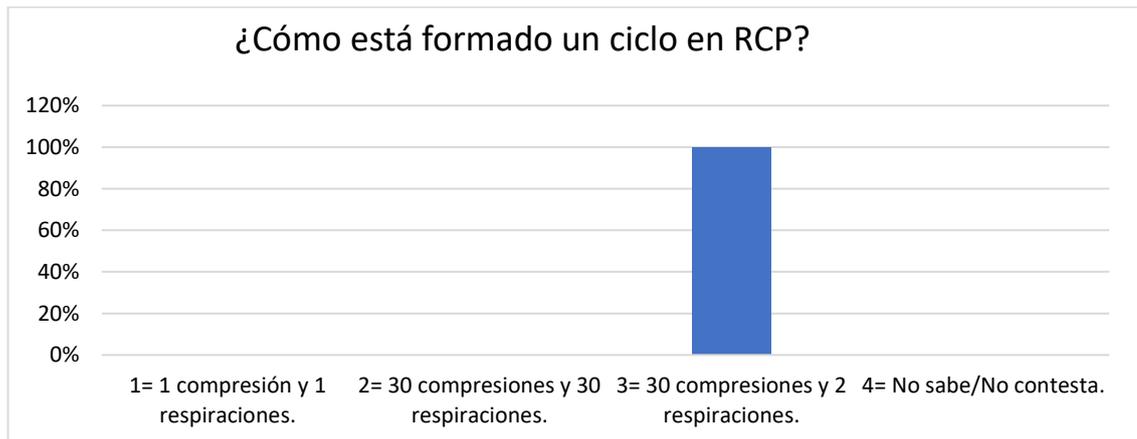


(1 = 30 por minuto; 2= 100 por minuto.)

➤ ¿Cómo está formado un ciclo en RCP?

La totalidad de los encuestados consideraron que un ciclo en RCP estaba formado por treinta (30) compresiones y dos (2) respiraciones.

Gráfico 34: Composición de un ciclo en RCP



➤ Con respecto al número de teléfono al que debe llamar ante una emergencia en la vía pública:

El 100 % de los encuestados afirmó que conocía de memoria el número al que debería llamar ante una emergencia en la vía pública.

Gráfico 35: Número al cual llamar ante una emergencia



- ¿Qué datos debe brindarle a la persona que atiende el llamado de emergencia?

El 61.8 % de los encuestados respondieron la mayoría, 95.23 % mencionaron brindar la ubicación donde estaba ocurriendo el hecho. El 23.80 % de los encuestados informaría de forma correcta con la ubicación exacta, situación en la que se encontraban y que medidas estaban tomando para resolverla.

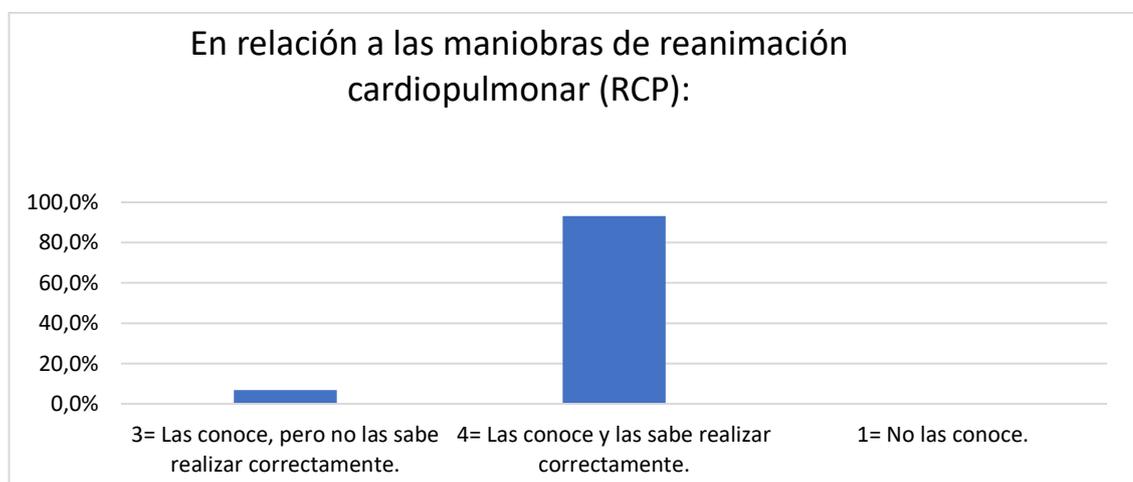
Gráfico 36: Datos que hay que brindar al llamar ante una emergencia



- En relación con las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP):

El 93.1 % de los encuestados afirmó conocer y saber realizar las maniobras de reanimación cardiopulmonar y solo el 6.9 % reconoció conocerlas, pero no sabría realizarlas correctamente.

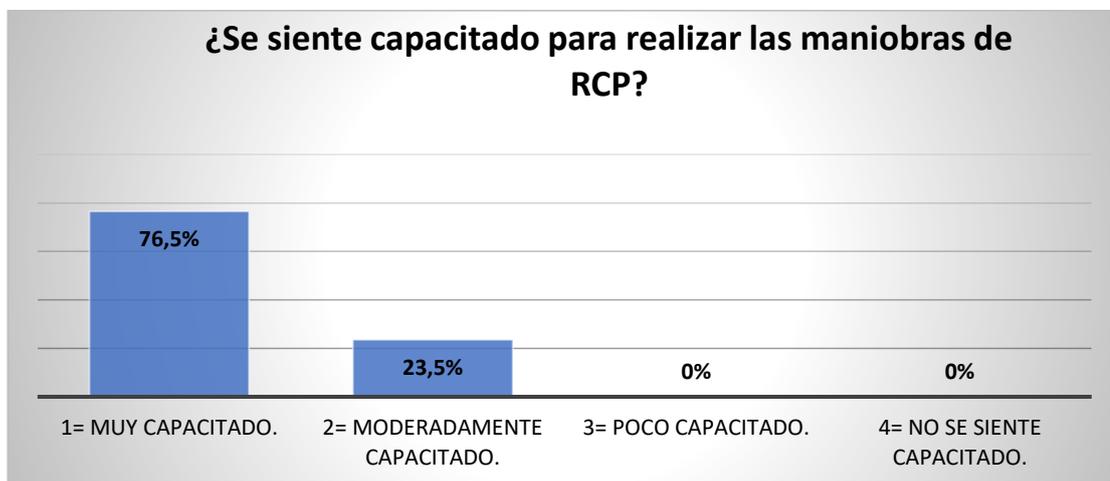
Gráfico 37: Maniobras de RCP



- ¿Se siente capacitado para realizar las maniobras de RCP?

El 76.5 % de los encuestados se consideró muy capacitado para realizar las maniobras de RCP y el 23.5 % moderadamente capacitado.

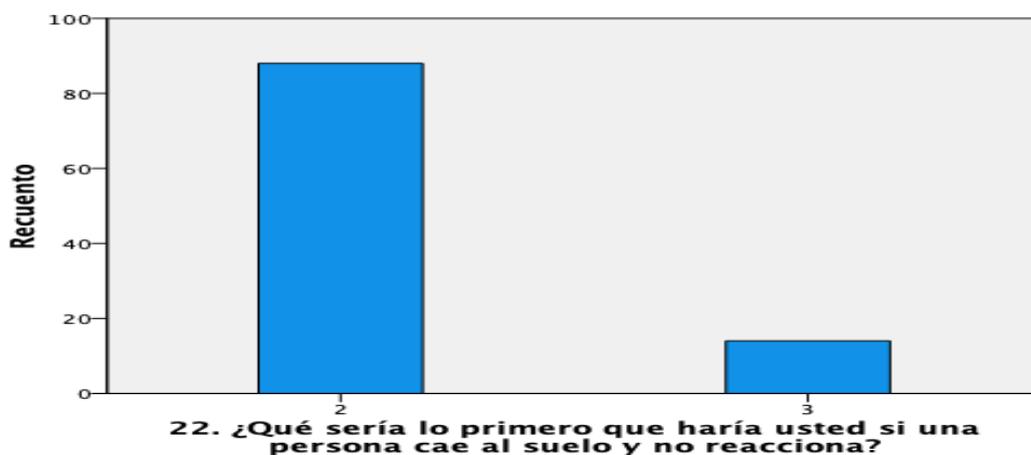
Gráfico 38: Nivel de capacitación en RCP



- ¿Qué sería lo primero que haría usted si una persona cae al suelo y no reacciona?

Se planteó la hipotética situación donde una persona cercana al encuestado caía al suelo y no reaccionaba: el 86.3 % de los encuestados tomaría como primera medida resguardar su seguridad comprobando que la zona fuese segura y el 10.8 % comenzaría con las compresiones torácicas en primer lugar.

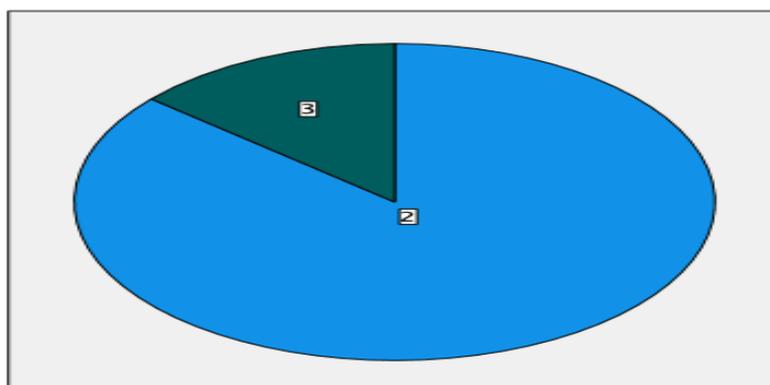
Gráfico 39: Primer medida a tomar ante una persona inconsciente



- Con respecto al desfibrilador externo automático (DEA):

El 88.2 % de los encuestados conocía lo que era un DEA y sabía cómo usarlo. Por otro lado, el 11.8 % afirmaba saber para qué sirve el DEA, pero no sabía cómo usarlo.

Gráfico 40: Con respecto al DEA



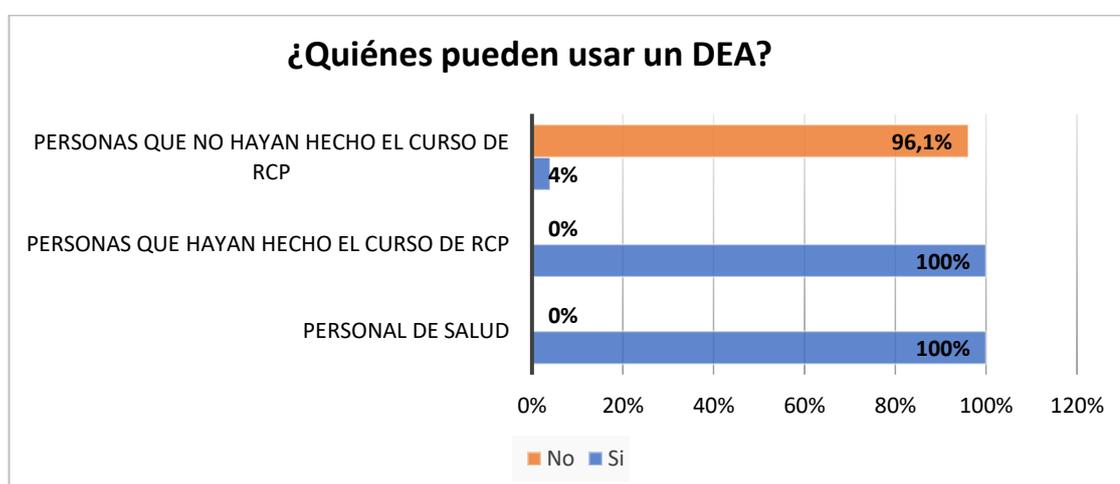
(3=Escuchó hablar de él y sabe para qué sirve, pero no sabe cómo usarlo. 4=Lo conoce y sabe cómo usarlo).

- ¿Quiénes pueden usar un DEA?

El 100 % de los encuestados coincidió en que tanto el personal de salud como las personas que hayan hecho el curso de RCP podrían utilizar el DEA.

Respecto de las personas que no hicieron el curso de RCP, el 98 % de los encuestados consideró que no podrían utilizarlo.

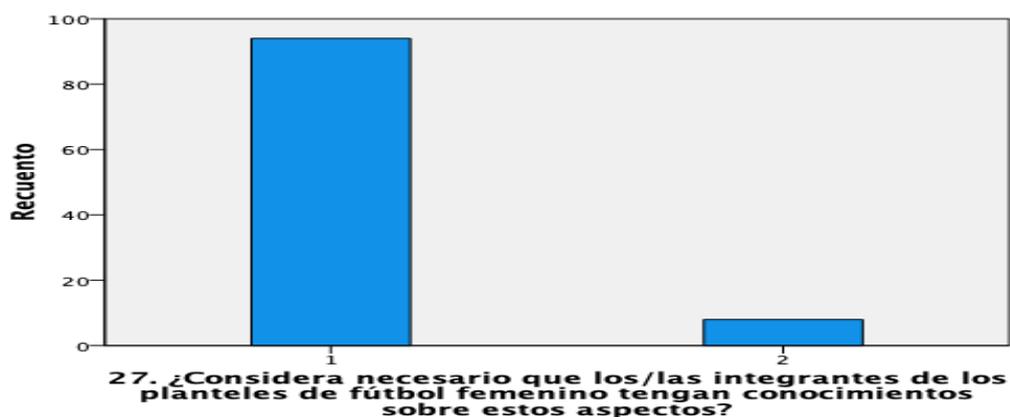
Gráfico 41: Quienes puedan usar un DEA



- ¿Considera necesario que los integrantes de los planteles de fútbol femenino tengan conocimientos sobre estos aspectos?

El 92.2 % de los encuestados consideró muy necesario que los integrantes de los planteles de fútbol femenino tengan conocimientos sobre estos aspectos y el 7.8 % que era moderadamente necesario.

Gráfico 42: Necesidad de tener conocimientos sobre SVB



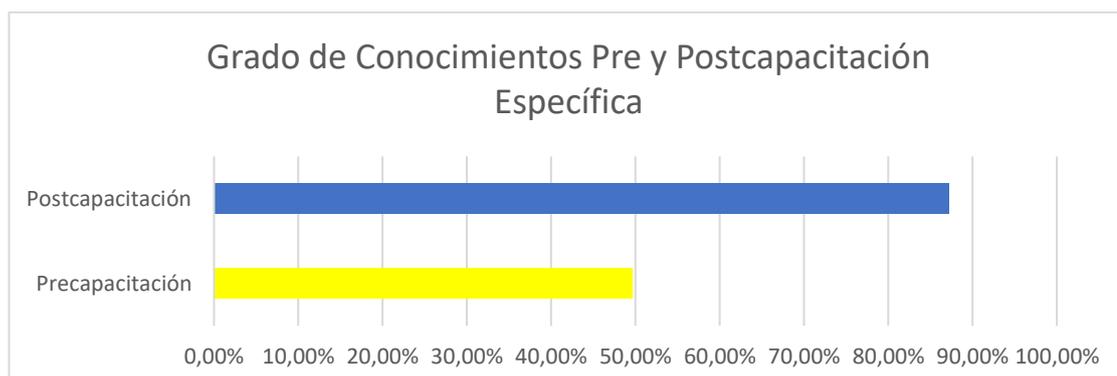
(1= Muy necesario; 2= Moderadamente necesario.).

- ✓ Se obtuvo el nuevo Grado de Conocimientos, 87.21 %, **Grado Alto de Conocimientos.**

5.4. Comparación del grado de conocimiento pre y postcapacitación específica

Para comparar el grado de conocimientos pre y postcapacitación específica se realizó el coeficiente de correlación de Pearson obteniendo $r = 0.06$ y $p = 0.008$, reflejando que hubo una correlación positiva antes y después de la capacitación y una diferencia significativa.

Gráfico 43: Grado de Conocimientos Pre y Postcapacitación Específica



6. Discusión

La muerte cardíaca súbita de un deportista siempre es un hecho lamentable, que genera gran impacto social. El paro cardiorrespiratorio es una emergencia y la mayoría de las veces suele ocurrir en presencia de compañeros, familiares o testigos no médicos. La falta de conocimientos sobre cómo resolver este tipo de situaciones es evidente. La herramienta con la que se cuenta para poder enfrentar esta problemática es el Soporte Vital Básico (SVB).

Es necesario destacar que en este trabajo se incluyó a todas las personas que integran los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario, independientemente de ser hombres o mujeres, desde jugadoras, cuerpo técnico, utileros, preparadores físicos y coordinadores de plantel, debido a que es menester que en el caso de ocurrir una situación de PCR todas las personas presentes sepan actuar de manera correcta, optimizando el tiempo y generando más chances de sobrevivida a la persona afectada.

Dentro de los conocimientos que tenían los encuestados previo a la capacitación se encontró los siguientes datos particulares:

En relación a la proposición “Para suponer que una persona está en paro cardiorrespiratorio” El 47.1 % consideró indispensable comprobar que la persona afectada no tiene pulso y no respira. Técnicamente, esto es cierto. Sin embargo, en las últimas guías tanto de la AHA (2020) y ERC (2021), se desestima la importancia del control del pulso como mecanismo para identificar el paro. El determinar la ausencia o presencia de pulsos es difícil para el personal no médico. Por lo tanto, el rescatador no entrenado debe asumir o suponer que una persona está en paro cardiorrespiratorio sólo con reconocer que ha perdido la conciencia y debe activar inmediatamente el sistema de emergencias, asegurar la vía aérea y comenzar con las compresiones torácicas (Lavonas, et al., 2020). La educación comunitaria en este sentido es vital para lograr la activación del sistema de emergencias lo antes posible.

Al preguntar sobre quien creían que recaía la responsabilidad de identificar a una víctima en paro cardiorrespiratorio, solo el 32.4 % consideró que la responsabilidad era tanto del personal de salud, el personal de emergencias y de la comunidad. Resulta vital que las personas entiendan que de ellas también depende que la víctima de un paro cardiorrespiratorio tenga las mayores chances de supervivencia y esto no es solo responsabilidad del personal de salud.

Se indagó qué conocimientos tenían los encuestados sobre RCP, evaluando cantidad de ciclos, compresiones y técnica. La mayoría de los encuestados sabía cómo está conformado un ciclo de RCP y qué debía priorizar a la hora de realizar estas maniobras, pero solo el 11.8 % supo correctamente cuantas compresiones debería realizar por minuto. Es importante que la población sepa cuantas compresiones se hacen por ciclo, pero, para realizar un RCP de alta calidad, según Escalante-Kanashiro (2010), las compresiones deben tener una buena frecuencia y profundidad para permitir una completa reexpansión entre compresión-compresión y reducir al mínimo las interrupciones.

El primer eslabón de la cadena de supervivencia es la activación inmediata del sistema de emergencias, una vez identificado el paro cardiorrespiratorio. Por tal motivo es importante que la población conozca el número de teléfono mediante el cual activar el sistema de emergencias y de esta manera iniciar una cadena de acciones que, realizadas correctamente, podrán brindarle a la víctima mayores chances de sobrevivida.

De todos los encuestados, el 85.3 % refirió conocer y recordar de memoria el número de teléfono al que debería llamar ante una emergencia en la vía pública. Números similares en relación con un estudio realizado en Irlanda, en el año 2009 encuestando a 974 personas, donde se reportó que el porcentaje de personas que conocía el número de emergencias era de 88.9 % (Jennings, et al. 2009). Sin embargo, en este trabajo se les solicitó a estas personas que indiquen cual era el número en cuestión, obteniendo que un 18.7 % expresó un número incorrecto. Sumando este 18,7 % a los encuestados que no recordaban el número, pero lo tenían anotado (5.9 %) y a los que no lo recordaban ni lo tenían anotado (8.8 %) se generó un caudal de gente que no podría activar la cadena de emergencias a tiempo ante un evento de paro cardiorrespiratorio disminuyendo las chances de sobrevivida de la persona afectada.

Complementando con lo mencionado anteriormente, el inicio precoz de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) es uno de los aspectos fundamentales del SVB. Las mismas pueden ser realizadas por asistentes no médicos entrenados e influye directamente en la sobrevivida de las víctimas.

El 91 % de la población de estudio nunca asistió a un curso de entrenamiento en RCP. A estas personas se les preguntó sobre las razones por las cuales nunca habían asistido a dichos cursos. Las principales causas fueron, la falta de información sobre cursos de entrenamiento en RCP y la falta de entrenamientos en RCP en su barrio o club. Por otro lado, los encuestados también mencionaron la falta de tiempo para asistir a un

curso en RCP y manifestaron falta de interés en la RCP. En el estudio llevado a cabo en Irlanda, citado anteriormente, la falta de conciencia de la necesidad de entrenamiento en RCP fue la razón más frecuente por la cual nunca asistieron a un curso de entrenamiento en RCP (Jennings, et al. 2009). En un estudio de la Universidad de Ottawa, Canadá, la gente respondió que simplemente nunca se les había ocurrido que la capacitación en RCP era algo que debían hacer (Vaillancourt, et al. 2008).

Se le preguntó a los encuestados: “¿Qué sería lo primero que haría usted si una persona cae al suelo y no reacciona?”. La mayoría (77.5 %) de los encuestados refirió que llamaría a alguna otra persona para solicitarle ayuda y solo el 5.9 % tomaría como primera medida comprobar que la zona del suceso sea segura para actuar sin correr ningún riesgo. Buscar ayuda en un compañero u otra persona cerca al suceso o no tomar liderazgo en la situación (factores humanos) son las causas más frecuentes de retraso en la activación del sistema de emergencias (Takei, et al. 2010).

El tercer eslabón fundamental de la cadena de supervivencia en un paro cardiorrespiratorio extrahospitalario es la desfibrilación precoz con un Desfibrilador Externo Automático (DEA) (Lavonas, et al., 2020).

Del total de los encuestados, el 68.6 % escuchó hablar de él, pero no sabía para qué sirve, el 14.7 % nunca había escuchado hablar de él y solo el 1 % de los encuestados conocía lo que es un DEA y sabía cómo utilizarlo. Un estudio realizado en la Universidad de Santiago de Compostela, Lugo, España en el año 2016, donde se encuestó a 129 alumnos, el 71.3 % afirmó no conocer que era un DEA y el 100 % declaró no haber recibido información y no haberlo utilizado nunca (Bastanta Camiño, et al. 2016).

Estas cifras decepcionantes, reportadas tanto en este trabajo de investigación como en el citado anteriormente, demuestran que existe un desconocimiento importante acerca de la existencia y del uso del DEA. Situación que debería cambiar, ya que la desfibrilación precoz realizada por personal no médico usando un DEA puede incrementar la sobrevivencia de las víctimas de paro cardiorrespiratorio extrahospitalario debido a fibrilación ventricular (Valenzuela, et al. 2000).

Se les consultó a los encuestados si sabían si en los predios donde efectúan los entrenamientos o en el estadio donde suelen haber partidos se contaba con un DEA y el 91.2 % respondió de forma negativa. La realidad es que el Club Atlético Argentino de Rosario cuenta con un DEA en su estadio (Estadio José Martín Olaeta. Víctor Mercante 750, Rosario, Santa Fe), pero no así en su predio en el cual suelen efectuarse la mayoría

de los entrenamientos (Argentino de Rosario Polideportivo. Av. Sorrento 1451, Rosario, Santa Fe).

Dentro de esta temática también se les preguntó: “¿Quiénes pueden utilizar un DEA?” La totalidad de los encuestados coincidieron que el personal de salud puede utilizarlo, así también la mayoría (89.2 %) confirmó que las personas que habían hecho el curso de RCP también podían utilizarlo. Por el contrario, cuando se les preguntó por la gente que no habían hecho el curso de RCP casi la totalidad (98 %), opinó que estas personas no podían utilizarlo. Esto último es incorrecto ya que no hace falta tener entrenamiento en DEA para poder usarlo.

Según la American Heart Association (AHA), el uso de un DEA no requiere entrenamiento, aunque éste mejora la actuación. Los estudios basados en maniqués han demostrado que los DEA pueden utilizarse correctamente sin entrenamiento previo. (Lavonas, et al., 2020) Así lo prueba un estudio realizado en 2003, donde se solicitó a 24 personas sin previa experiencia al uso de un DEA, que realizarán una desfibrilación simulada en un maniquí. La mayoría ubicó correctamente los electrodos, entregó descargas en forma efectiva y segura y lo hizo dentro de tiempos aceptables, a pesar de ser personas sin entrenamiento previo (Eames, et al. 2003).

En referencia al trabajo de investigación realizado por Basanta Camiño en 2016, si el personal lego o no médico pudiera disponer de un desfibrilador varios minutos antes de la llegada de la ayuda profesional, contribuiría al aumento de las tasas de supervivencia en torno al 49-75 % (Caffrey, et al. 2002). Este dato es de gran importancia, ya que un programa de desfibrilación temprana tiene mayor probabilidad de éxito si el tiempo transcurrido entre el paro cardiorrespiratorio y la desfibrilación es menor de 12 minutos (Weaver, et al. 1986).

Al no encontrar información en los reglamentos sobre la obligatoriedad en la realización de cursos de SVB en los planteles de fútbol femenino, consultamos al coordinador de desarrollo de fútbol playa de la AFA y a la encargada de protocolo y planificación de fútbol femenino de la ARF los cuales transmitieron que no existe tal obligatoriedad en los reglamentos y que no se brindan tales cursos.

Por último y no menos importante, el grado de conocimientos que se obtuvo previo a la capacitación fue de 49.7 % (Grado Bajo de Conocimientos) y posterior a la capacitación este porcentaje aumentó a 87.21 % (Grado Alto de Conocimientos). En comparación con un estudio realizado en el personal de enfermería de hospitales

nacionales de las regiones nororiente y suroriente de Guatemala en el año 2014, donde se evaluó a 853 enfermeros la cual arrojó que el 95 % del personal encuestado no logró alcanzar el grado de conocimientos para aprobar el test mientras que después de la capacitación este número disminuyó a 15 % (Díaz Aguilar, et al. 2014). Resaltando la importancia de las capacitaciones periódicas.

6.1. Limitaciones

Al evaluar a todos los integrantes de los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario se obtuvo encuestados con una gran dispersión en cuanto a edades y recorridos académicos.

También cabe destacar que el trabajo de investigación fue realizado en un solo club y que los resultados y observaciones pueden variar de una a otra institución.

6.2. Conclusiones

- Se logró cuantificar el grado de conocimientos de los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario sobre SVB: 49.7 % antes de recibir la capacitación específica y 87.21 % después de la misma.
- La distribución en cuanto al género tuvo una tendencia al femenino. Predominó una población con estudios secundarios incompletos y en segundo lugar con estudios secundarios completos. En cuanto a la ocupación primó la población que tenía trabajos que no estaban relacionados con el club y en segundo lugar estudiantes. La población abarcó una franja etaria que va de los 18 a los 68 años, con una edad promedio de 25 años.
- Se consiguió identificar que antes de recibir la capacitación específica los conocimientos sobre MCS, PCR y protocolo a seguir en caso de una emergencia fueron bajos en la población de estudio. Estos conocimientos se incrementaron notablemente después de recibir la capacitación específica indicando que la misma fue exitosa.
- Previamente a la capacitación se obtuvo un grado bajo de conocimientos y posterior a la misma los conocimientos de los encuestados aumentó obteniendo un grado alto de conocimientos, el cual según el coeficiente de correlación de Pearson obtenido fue positivo y significativo.

7. Referencias Bibliográficas

- Alba Martín, R. (2018). Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. *Enfermería Universitaria*, 12(2). <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.004>
- Basanta Camiño, S., Navarro Patón, R., Freire Tellado, M., Barcala Furelos, R., Pavón Prieto, M.P., Fernández López, M., Neira Pájaro, M.A. (2016). Evaluación del conocimiento y de las habilidades para el uso de un Desfibrilador Externo Automatizado (DEA) por estudiantes universitarios. Un diseño cuasiexperimental. *Elsevier España*. 41(5), 270-276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.07.008>
- Basso, C., Corrado, D., & Thiene, G. (1999). Cardiovascular causes of sudden death in young individuals including athletes. *Cardiology in review*, 7(3), 127–135. <https://doi.org/10.1097/00045415-199905000-00009>
- Bohm, P., Scharhag, J. & Meyer, T. (2016). Datos de un registro nacional sobre muertes cardíacas súbitas relacionadas con el deporte en Alemania. *Revista europea de cardiología preventiva*, 23 (6), 649–656. <https://doi.org/10.1177/2047487315594087>
- Boraita, A. (2002). Muerte súbita y deporte. ¿Hay alguna manera de prevenirla en los deportistas? *Revista Española de Cardiología*, 55(4). http://www.revespcardiol.org/es/sudden-death-and-sport-is/articulo/13_029693/
- Caffrey, S. L., Willoughby, P. J., Pepe, P. E., & Becker, L. B. (2002). Public use of automated external defibrillators. *The New England journal of medicine*, 347(16), 1242–1247. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa020932>.
- Carter-Monroe, N., & Virmani, R. (2011). Tendencias actuales en la clasificación de la muerte súbita cardíaca según los datos de autopsias: una revisión de los estudios sobre la etiología de la muerte súbita cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 64(1), 10-12. <https://www.revespcardiol.org/es-tendencias-actuales-clasificacion-muerte-subita-articulo-S0300893210000321>.
- Catalán Piris, J. (2017). Calidad de la reanimación cardiopulmonar básica practicada por el alumnado de enfermería de la Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/handle/11441/65028>
- Corrado, D., Basso, C., Pavei, A., Michieli, P., Schiavon, M., & Thiene, G. (2006). Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. *JAMA*, 296(13), 1593–1601. <https://doi.org/10.1001/jama.296.13.1593>

- Corrado D., Basso C., Schiavon M. & Thiene G. (1998) Screening for hypertrophic cardiomyopathy in young athletes. *The New England journal of medicine*. 6;339(6): 339:364-369 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199808063390602>.
- Díaz Aguilar, P. K., Pérez Polanco, D. M., Sosa Cerca, S. A., Salguero, A. G., Oliva Villeda, A. L., Sanchinel Navas, I. E., & Arana Arévalo, Y. E. (2014). Reanimación cardiopulmonar básica en personal de enfermería. *Universidad de San Carlos Guatemala*.http://cunori.edu.gt/descargas/RCP_BASICAS_EN_PERSONAL_DE_ENFERMERIA.pdf.
- Eames, P., Larsen, P. D., & Galletly, D. C. (2003). Comparison of ease of use of three automated external defibrillators by untrained lay people. *Resuscitation*, 58(1), 25–30. [https://doi.org/10.1016/s0300-9572\(03\)00103-5](https://doi.org/10.1016/s0300-9572(03)00103-5).
- Escalante-Kanashiro, R. (2010). Guías de reanimación cardiopulmonar. *Acta Médica Peruana*, 27(4). <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a12v27n4>
- Federación Internacional de Fútbol Asociación. (2021). *El puntapié inicial para el fútbol femenino*.<https://www.fifa.com/es/news/los-origenes-del-futbol-femenino-2569648>
- Federación Internacional de Fútbol Asociación. (2020). *LA VISIÓN 2020-2023*. <https://publications.fifa.com/es/vision-report-2021/>
- Gavotto-Nogales, O. I., Flores-Moreno, P. J., Bernal-Reyes, F., Romero-Pérez, E. M., Gavotto Nogales, H. & Toledo-Domínguez, I. (2018). Preparación del personal de los centros deportivos ante un ataque cardíaco súbito. *Educación Física y Ciencia*, 20(1), 043. <https://doi.org/10.24215/23142561e043>
- Harmon, K. G., Drezner, J. A., Wilson, M. G., & Sharma, S. (2014). Incidence of sudden cardiac death in athletes: a state-of-the-art review. *Heart (British Cardiac Society)*, 100(16), 1227–1234. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2014-093872.rep>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2007) *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill, 4ta edición. México.
- Huerta-Torrijos, J., Díaz Barriga-Pardo, R., García-Martínez, S.A. (2001). Reanimación cardiopulmonar y cerebral. Historia y Desarrollo. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 2. 51-60. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2001/ti012d.pdf>.
- Jennings, S., Hara, O.T., Cavanagh, B., Bennett, K. (2009) A national survey of prevalence of cardiopulmonary resuscitation training and knowledge of the emergency number in Ireland. *Resuscitation*. 80, (9), 1039-1042. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.05.023>

- Lavonas, E.J., Magid, D.J., Aziz, K., Berg, K.M., Cheng, A., Hoover, A.V., Mahgoub, M., Panchal, A.R., Rodriguez, A.J., Topijan, A.A., Sasson, C. (2020). ASPECTOS DESTACADOS de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 PARA RCP Y ACE. https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Spanish.pdf.
- Link, M. S., Atkins, D. L., Passman, R. S., Halperin, H. R., Samson, R. A., White, R. D. & Kerber, R. E. (2010). Part 6: Electrical Therapies. *Circulation*, *122*, 706-719. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970954>
- El Sol. (2020). Historia del fútbol femenino en Argentina. *Diario El Sol Mendoza*. <https://www.elsol.com.ar/historia-del-futbol-femenino-en-argentina>
- Marijon, E., Tafflet, M., Celermajer, D. S., Dumas, F., Perier, M. C., Mustafic, H., Toussaint, J. F., Desnos, M., Rieu, M., Benameur, N., Le Heuzey, J. Y., Empana, J. P., & Jouven, X. (2011). Sports-related sudden death in the general population. *Circulation*, *124*(6), 672–681. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.008979>.
- Maron, B. J., Doerer, J. J., Haas, T. S., Tierney, D. M., & Mueller, F. O. (2009). Sudden deaths in young competitive athletes: analysis of 1866 deaths in the United States, 1980-2006. *Circulation*, *119*(8), 1085–1092. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.804617>.
- Maron, B. J., Roberts, W. C., McAllister, H. A., Rosing, D. R., & Epstein, S. E. (1980). Sudden death in young athletes. *Circulation*, *62*(2), 218–229. <https://doi.org/10.1161/01.cir.62.2.218>.
- Martín-Recio, F. (2009). Prevención y primeros auxilios en educación física. *Innovación y Experiencias Educativas*, *21*. https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_21/FRANCISCO%20JESUS_MARTIN_RECIO01.pdf.
- Navarro, J. R., Garzón, J. F., Villareal, M. J. (2011). Panorama del desfibrilador externo automático en el mundo. *Actas Perú Anestesiología*. *19*:102-10. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/actas_anestesiologia/v19n3-4/pdf/a04v19n3-4.pdf.
- Navarro-Vargas, J. R., & Muñoz Corena, R. (2017). Historia de la terapia eléctrica en reanimación. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, *16*(1):1-9. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74537>.
- Ochoa Montes, L. A., González Lugo, M., Vilches Izquierdo, E., Erazo Enríquez, N., Quispe Santos, J. F., Morales, L., & Goyos Pérez, L. (2011). Expresión clínica del

- síndrome de muerte súbita cardíaca. *Revista Cubana de Medicina*, 50(1), 16-28. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000100002&lng=es&tlng=es.
- Olasveengen T. M., Semeraro F., Ristagno G., Castren M., Handley A., Kuzovlev A., Monsieurs K. G., Raffay V., Smyth M., Soar J., Svavarsdottir H. & Perkins G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: *Basic Life Support*. Elsevier, <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
- Panhuyzen-Goedkoop, N. M., Wellens, H. J., & Piek, J. J. (2018). Early recognition of sudden cardiac arrest in athletes during sports activity. *Netherlands heart journal: monthly journal of the Netherlands Society of Cardiology and the Netherlands Heart Foundation*, 26(1), 21–25. <https://doi.org/10.1007/s12471-017-1061-5>.
- Rodríguez de Viguri, N., López Mesa, J., & Ruano Campos, M. (2007). Manual de soporte vital avanzado. 4ª edición. *Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061*. <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxix-congreso-semi/Dr.%20Iglesias.pdf>.
- Rodríguez-Reyes, H., Muñoz Gutiérrez, M., Márquez, M. F., Pozas Garza, G., Asensio Lafuente, E., Ortíz Galván, F. & August, V. (2015). Muerte súbita cardíaca. Estratificación de riesgo, prevención y tratamiento. *Archivos de cardiología de México*, 85(4), 329-336. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2015.06.002>.
- Rudich, T. (2017). El boom del fútbol femenino | En Argentina hay alrededor de un millón de mujeres que lo practican. *PAGINA12*. https://www.pagina12.com.ar/25438-el-boom-del-futbol-femenino?gclid=Cj0KCQjw7MGJBhD-ARIsAMZ0eurD2px4aU5vwZOrpkfCmOKh2J6772GxB2YNIrIUDb-YmpEoA4SSiAaAgcJEALw_wcB
- Safar, P., & Bircher, N.G. (1988). Enseñanza de los primeros auxilios y reanimación en Reanimación cardiopulmonar cerebral. *Madrid: Interamericana*. 371-82. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78924-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78924-6).
- Santana, F. S. (2017). Pasado, presente y futuro de los desfibriladores externos automáticos para su uso por no profesionales. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 24(1), 50-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3854215>.
- Siebert, D.M. & Drezner, J.A. (2018). Paro cardíaco repentino en el campo de juego: convertir la tragedia en un evento que se puede sobrevivir. *Revista del corazón de los Países Bajos: revista mensual de la Sociedad de Cardiología de los Países Bajos*

- y la Fundación del Corazón de los Países Bajos, 26 (3), 115-119. <https://doi.org/10.1007/s12471-018-1084-6>
- Sinner, J., & Lewkowicz, J. M. (2016) Desfibrilador externo automático (DEA). *Revista Argentina de Cardiología*, 84(1), 110-110. <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2016/03/v84n1a21-es.pdf>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Perkins, G. D., Sandroni, C. & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life Support. *Resuscitation*. 161, 115-151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>.
- Takei, Y., Iñaba, H., Yachida, T., Enami, M., Goto, Y., Ohta, K. (2010). Analysis of reasons for emergency call delays in Japan in relation to location: High incidence of correctable causes and the impact of delays on patient outcomes. *Resuscitation*. 81, (11), 1492-1498. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.05.022>.
- Torres, R., & Silvana, M. (2017). Nivel de conocimientos de las enfermeras del área de emergencia sobre resucitación cardiopulmonar de adultos en el hospital “Un canto a la vida” Noviembre, 2016. *Universidad de las Américas, Quito*. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6795>.
- Unión de Asociaciones Europeas de Fútbol. (2016). *Desarrollo del fútbol femenino*. <https://es.uefa.com/insideuefa/football-development/womens-football/index>
- Vaillancourt, C., Grimshaw, J., Brehaut, J.C., Osmond, M., Charette, M.L., Wells, G.A. y Stiell, I.G. (2008). Una encuesta de actitudes y factores asociados con la transferencia exitosa de conocimientos de reanimación cardiopulmonar (RCP) en una población mayor con mayor probabilidad de presenciar un paro cardíaco: diseño y metodología. *Medicina de emergencia BMC*, 8, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-8-13>.
- Valenzuela, T. D., Roe, D. J., Nichol, G., Clark, L. L., Spaite, D. W., & Hardman, R. G. (2000). Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *The New England journal of medicine*, 343(17), 1206–1209. <https://doi.org/10.1056/NEJM200010263431701>.
- Vargas Sanabria, M., Chaves, V., Carlos, J., Hernández Romero, G., & Montero Solano, G. (2017). Síndrome de Brugada como causa de muerte súbita de origen cardíaco. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 157-164. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152017000100157&script=sci_arttext&tlng=pt
- Weaver, W. D., Cobb, L. A., Hallstrom, A. P., Fahrenbruch, C., Copass, M. K., & Ray, R. (1986). Factors influencing survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of*

the American College of Cardiology, 7(4), 752–757. [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(86\)80332-1](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(86)80332-1).

Rosario, 30 de mayo de 2022

Sr. Director de Carrera de Medicina

Universidad Abierta Interamericana

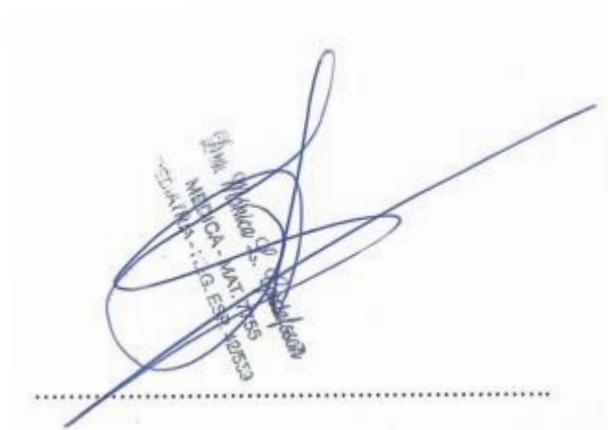
Sede Regional Rosario

Dr. Jorge Guillermo Kilstein

De mi consideración:

La que suscribe, Dra. Mónica Liliana Gustafsson, declara por medio de la presente hacerse cargo de la tutoría del trabajo denominado “GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN LOS PLANTELES DE FÚTBOL FEMENINO DEL CLUB ATLÉTICO ARGENTINO DE ROSARIO 2022”, cuyo autor es el alumno Albano, Sebastián del sexto año de la carrera de Medicina, habiendo supervisado el proyecto correspondiente y aceptando tutorarlo en el trabajo y en el acto de la defensa, según las reglas dispuestas por la Universidad.

Sin más lo saluda Atte.



The image shows a handwritten signature in blue ink over a blue circular stamp. The stamp contains the following text: "Dra. Mónica Liliana Gustafsson", "Médica - MAT. 1255", "G. ES. 12553", and "Rosario, 30 de mayo de 2022". The signature is written in a cursive style and overlaps the stamp.

Rosario, 30 de mayo de 2022

Sr. Director de Carrera de Medicina

Universidad Abierta Interamericana

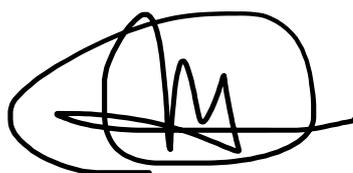
Sede Regional Rosario

Dr. Jorge Guillermo Kilstein

De mi consideración:

La que suscribe, Dra. Marcela Edit Trapé, declara por medio de la presente hacerse cargo de la cotutoría del trabajo denominado “GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN LOS PLANTELES DE FÚTBOL FEMENINO DEL CLUB ATLÉTICO ARGENTINO DE ROSARIO 2022”, cuyo autor es el alumno Albano, Sebastián del sexto año de la carrera de Medicina, habiendo supervisado el proyecto correspondiente y aceptando tutorarlo en el trabajo y en el acto de la defensa, según las reglas dispuestas por la Universidad.

Sin más lo saluda Atte.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' and 'T' intertwined, enclosed within a roughly drawn oval shape.

.....
Dra. Marcela Edit Trapé

Rosario, 29 de enero de 2022

Sr. Presidente

Club Atlético Argentino de Rosario

Daniel Edgardo Mariatti

Presente

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Sebastián Albano, D.N.I.

40.122.304, estudiante del último año de Medicina, se dirige a Ud. con el fin de solicitarle autorización para realizar una encuesta y capacitación en los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario, la cual tiene fines académicos y de investigación, donde la información obtenida será anónima y confidencial.

La misma pertenece al trabajo final de investigación denominado "CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN LOS PLANTELES DE FÚTBOL FEMENINO DEL CLUB ATLÉTICO ARGENTINO DE ROSARIO 2022", Tutora: Dra. Mónica Gustafsson, y Co-Tutora: Dra. Marcela Trapé; el cual será sometido a evaluación por la Comisión de Investigación ante quien se presentará.

Atte.



Sebastián Albano
D.N.I. 40.122.304

Recibido 31-01-2022



DANIEL MARIATTI
PRESIDENTE
CLUB ATLÉTICO ARGENTINO

CLUB ATLÉTICO ARGENTINO
ROSARIO

Anexo 5



Rosario, 13 de febrero de 2022

Sr.
Sebastián Albano
Presente

Ref.: AUTORIZACION

De mi mayor consideración:

En respuesta a su atenta nota, cumpla en informarle, en carácter de Presidente del Club Atlético Argentino, que se AUTORIZA la realización de una encuesta y capacitación en los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario, con fines académicos y de investigación, anónima y confidencial, y como parte del trabajo final de investigación denominado "CONOCIMIENTOS SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN LOS PLANTELES DE FÚTBOL FEMENINO DEL CLUB ATLÉTICO ARGENTINO DE ROSARIO 2022".

Esta autorización se extiende al acceso irrestricto a las instalaciones del Club, debiendo coordinar las tareas con los responsables de Fútbol Femenino.

Atte.



DANIEL MARIATTI
PRESIDENTE

CLUB ATLÉTICO ARGENTINO

Club Atlético Argentino de Rosario

Victor Mercante 750 | Polideportivo: Sorrento 1501 | 2000 | Rosario | Santa Fe | 54 9 341 390-3243 | info@clubargentino.com.ar | www.clubargentino.com.ar
Personería Jurídica N° 6216/27 | Fundado en 1912

Encuesta Precapacitación

El objetivo de esta encuesta es valorar el **grado de conocimientos** que tienen los planteles de fútbol femenino del Club Atlético Argentino de Rosario sobre **soporte vital básico, muerte cardíaca súbita y reanimación cardiopulmonar**. Su participación es importante ya que los resultados que se obtengan servirán para evaluar la necesidad de **implementar estrategias educativas**. Es una **encuesta anónima** y de **participación voluntaria**.

¿Acepta voluntariamente participar de este estudio? SI – NO

1. Edad: _____
2. Género: a) F – b) M
3. Nivel de educación alcanzado:
 - a) Nunca he estudiado
 - b) Primario incompleto
 - c) Primario completo
 - d) Secundario incompleto
 - e) Secundario completo
 - f) Terciario incompleto
 - g) Terciario completo
 - h) Universitario incompleto
 - i) Universitario completo
4. Profesión u Ocupación: _____
5. ¿Qué cree que significa sufrir una muerte cardíaca súbita? (Marque una sola opción)
 - a) Perder bruscamente la conciencia.
 - b) Tener un paro cardiorrespiratorio tras un traumatismo.
 - c) Tener un paro cardiorrespiratorio de forma inesperada.
 - d) No sabe.
6. ¿Qué personas piensa usted, pueden sufrir una muerte cardíaca súbita?
 - a) Los enfermos del corazón: a) SI – b) NO
 - b) Los adultos mayores: a) SI – b) NO
 - c) Los/Las Jóvenes deportistas: a) SI – b) NO

- d) Los niños: a) SI – b) NO
 - e) Las embarazadas: a) SI – b) NO
7. Para suponer que una persona está en paro cardiorrespiratorio (Marque una sola opción).
- a) Basta solo con reconocer que ha perdido la conciencia.
 - b) Es indispensable comprobar que no tiene pulso y no respira
 - c) No se puede hacer el diagnóstico correcto sin tener un electrocardiograma.
 - d) No sabe.
8. Considera que la identificación del paro cardiorrespiratorio es responsabilidad:
- a) Del personal de salud.
 - b) Del personal de emergencias.
 - c) De la comunidad.
 - d) De A+B+C
9. ¿Ha sido testigo de un paro cardiorrespiratorio? (En caso de responder “SI”, conteste la pregunta 10. En caso de responder “NO”, salte a la pregunta 11).
- a) Si, de un familiar.
 - b) Si, de un amigo, conocido o compañero de equipo.
 - c) Si, de un extraño.
 - d) No, nunca he sido testigo de un paro cardiorrespiratorio.
10. ¿Qué fue lo primero que hizo ante esa situación? _____
11. En cuanto a la **técnica de RCP**, ¿que debe priorizar usted?
- a) Las compresiones torácicas.
 - b) Las respiraciones.
 - c) Esperar la ayuda de otro reanimador.
 - d) No sabe / No contesta
12. ¿Cuántas compresiones debe realizar usted por minuto?
- a) 30 compresiones por minuto.
 - b) 100 compresiones por minuto.
 - c) 200 compresiones por minuto.
 - d) No sabe / No contesta.
13. ¿Cómo está formado un ciclo en RCP?
- a) 1 compresión y 1 respiración.
 - b) 30 compresiones y 30 respiraciones.

- c) 30 compresiones y 2 respiraciones.
 - d) No sabe/ No contesta.
14. Con respecto al número de teléfono al que debe llamar ante una emergencia en la vía pública:
- a) Lo conoce de memoria. Si es así, escriba cual/es: _____
 - b) No lo recuerda, pero lo tiene anotado.
 - c) No lo recuerda ni lo tiene anotado.
 - d) No lo conoce.
15. ¿Qué datos debe brindarle a la persona que atiende el llamado de emergencia?
- _____
16. En relación con las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP):
- a) No las conoce.
 - b) Ha escuchado hablar de ellas, pero no recuerda que comprenden.
 - c) Las conoce, pero no las sabe realizar correctamente.
 - d) Las conoce y las sabe realizar correctamente.
17. ¿Asistió alguna vez a algún curso de RCP?
- a) Si, hace menos de 1 año.
 - b) Si, hace más de 1 año.
 - c) Si, hace 2 o más años.
 - d) No, nunca hice un curso de RCP.
- (En caso de responder “SI”, conteste las preguntas 18, 19 y 20 y deje en blanco la pregunta 21. Y luego siga con la pregunta 22 hasta finalizar la encuesta. En caso de responder “NO”, salte a la pregunta 21)
18. ¿Cuántas veces ha sido entrenado en RCP?
- a) Una vez.
 - b) Dos veces.
 - c) Tres veces.
 - d) Cuatro o más veces.
19. ¿Dónde ha asistido al curso de RCP?
- a) Hospital.
 - b) Trabajo.
 - c) Escuela.
 - d) Club.
 - e) Otro: _____

20. ¿Se siente capacitado/a para realizar las maniobras de RCP?
- a) Muy capacitado.
 - b) Moderadamente capacitado.
 - c) Poco capacitado.
 - d) No se siente capacitado.
21. ¿Cuál es la razón para no haber asistido a cursos de entrenamiento en RCP y soporte vital básico?
- a) No tiene interés en la RCP.
 - b) No hay entrenamientos en RCP en su barrio o club.
 - c) No tiene tiempo para asistir a un curso de entrenamiento en RCP.
 - d) No hay información sobre cursos de entrenamiento en RCP.
22. ¿Qué sería lo primero que haría usted si una persona cae al suelo y no reacciona?
- a) Llama a alguna compañera o persona que se encuentre cerca para pedir ayuda.
 - b) Comprueba que la zona sea segura.
 - c) Comienza con las compresiones torácicas.
 - d) No sabría qué hacer.
23. ¿Usted considera que debería enseñarse en el club cómo y cuándo realizar las maniobras de RCP? a) SI – b) NO
24. Con respecto al desfibrilador externo automático (DEA):
- a) Nunca escuchó hablar de él.
 - b) Escuchó hablar de él, pero no sabe para qué sirve.
 - c) Escuchó hablar de él y sabe para qué sirve, pero no sabe cómo usarlo.
 - d) Lo conoce y sabe cómo usarlo.
25. ¿Conoce si en el estadio o predio donde se efectúan los entrenamientos y partidos se cuenta con un DEA? a) SI - b) NO
26. ¿Quiénes pueden usar un DEA?
- a) Personal de salud: a) SI – b) NO
 - b) Personas que hayan hecho el curso de RCP: a) SI – b) NO
 - c) Personas que no hayan hecho el curso de RCP: a) SI – b) NO
27. ¿Considera necesario que los/las integrantes de los planteles de fútbol femenino tengan conocimientos sobre estos aspectos?
- a) Muy necesario.
 - b) Moderadamente necesario.

c) Poco necesario.

d) No es necesario.

28. ¿Desea aprender soporte vital básico y RCP? a) SI – b) NO

En el caso de responder b) NO. Fundamente su respuesta: _____

Encuesta Postcapacitación

- 1- ¿Qué cree usted que significa sufrir una muerte cardíaca súbita? (Marque una sola opción)
 - a) Perder bruscamente la conciencia.
 - b) Tener un paro cardiorrespiratorio tras un traumatismo.
 - c) Tener un paro cardiorrespiratorio de forma inesperada.
 - d) No sabe.
- 2- ¿Qué personas piensa usted, pueden sufrir una muerte cardíaca súbita?
 - a) Los enfermos del corazón: SI – NO
 - b) Los adultos mayores: SI – NO
 - c) Los/Las Jóvenes deportistas: SI – NO
 - d) Los niños: SI – NO
 - e) Los recién nacidos: SI – NO
 - f) Las embarazadas: SI – NO
- 3- Para suponer que una persona está en paro cardiorrespiratorio (Marque una sola opción)
 - a) Basta con solo reconoce que ha perdido la conciencia.
 - b) Es indispensable comprobar que no tiene pulso y no respira.
 - c) No se puede hacer el diagnostico sin tener un electrocardiograma.
 - d) No sabe.
- 4- Considera que la identificación del paro cardiorrespiratorio es responsabilidad:
 - a) Del personal de salud.
 - b) De la comunidad.
 - c) De ambos.
- 5- En cuanto a la técnica de RCP, ¿Qué debe priorizar usted?
 - a) Las compresiones torácicas.
 - b) Las respiraciones.
 - c) Esperar ayuda.
- 6- ¿Cuántas compresiones debe realizar usted por minuto?
 - a) 30 compresiones por minuto.
 - b) 100 compresiones por minuto.
 - c) 200 compresiones por minuto.

- 7- ¿Cómo está formado un ciclo en RCP?
- 1 compresión y 1 respiración.
 - 30 compresiones y 30 respiraciones.
 - 30 compresiones y 2 respiraciones.
- 8- Con respecto al número de teléfono al que debe llamar ante una emergencia en la vía pública:
- Lo conoce de memoria. Si es así, escriba cual/es: _____
 - No lo recuerda, pero lo tiene anotado.
 - No lo recuerda ni lo tiene anotado
 - No lo conoce.
- 9- ¿Qué datos debe brindarle a la persona que atiende el llamado de emergencia?
- _____
- 10- En relación con las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP):
- No las conoce.
 - Las conoce, pero no las sabe realizar correctamente.
 - Las conoce y las sabe realizar correctamente.
- 11- ¿Se siente capacitado/a para realizar las maniobras de RCP?
- Muy capacitado
 - Moderadamente capacitado.
 - Poco capacitado.
 - No se siente capacitado.
- 12- ¿Qué sería **lo primero** que haría usted si una persona cae al suelo y no reacciona?
- Llama a alguna compañera o persona que se encuentre cerca para pedir ayuda.
 - Comprueba que la zona sea segura.
 - Comienza con las compresiones torácicas.
 - Comienza con respiraciones boca a boca.
 - No sabría qué hacer.
- 13- Con respecto al desfibrilador externo automático (DEA):
- Nunca escuchó hablar de él.
 - Escuchó hablar de él, pero no sabe para qué sirve.
 - Escuchó hablar de él y sabe para qué sirve, pero no sabe cómo usarlo.
 - Lo conoce y sabe cómo usarlo.

14- ¿Quiénes pueden usar un DEA?

- a) Personal de salud: SI – NO
- b) Personas que hayan hecho el curso de RCP: SI – NO
- c) Personas que no hayan hecho el curso de RCP: SI – NO

15- ¿Considera necesario que los/las integrantes de los planteles de fútbol femenino tengan conocimientos sobre estos aspectos?

- a) Muy necesario.
- b) Moderadamente necesario.
- c) Poco necesario.
- d) No es necesario.

Anexo 8

PCIH



PCEH

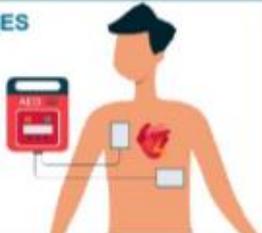


Recuperado de “ASPECTOS DESTACADOS de las Guías de la AMERICAN HEART ASSOCIATION del 2020 PARA RCP Y ACE”, de American Heart Association ,2021, p. 7. Copyright 2021.

SOPORTE VITAL BÁSICO PASO A PASO



SECUENCIA / ACCIÓN		DESCRIPCIÓN TÉCNICA
SEGURIDAD		<ul style="list-style-type: none"> • Asegúrese de que usted, la víctima y otros testigos del incidente estén a salvo
RESPUESTA Buscar una respuesta		<ul style="list-style-type: none"> • Sacuda suavemente a la víctima por los hombros y pregúntele en voz alta: "¿Estás bien?"
VÍAS RESPIRATORIAS Abrir la vía aérea		<ul style="list-style-type: none"> • Si no hay respuesta, coloque a la víctima boca arriba • Con la mano en la frente y las yemas de los dedos debajo de la punta del mentón, incline suavemente la cabeza de la víctima hacia atrás, levantando la barbilla para abrir las vías respiratorias.
RESPIRACIÓN Ver, oír y sentir la presencia de una respiración normal		<ul style="list-style-type: none"> • Mire, escuche y sienta la respiración durante no más de 10 segundos • Una víctima que apenas respira, o que da jadeos o boqueos poco frecuentes, lentos y ruidosos, no respira normalmente.
AUSENTE O RESPIRACION ANORMAL Alertar a los servicios de emergencia (112)		<ul style="list-style-type: none"> • Si no respira o la respiración es anormal, pídale a otra persona que llame a los servicios de emergencia o llámelos usted mismo. • Quédese con la víctima si es posible • Active la función de altavoz o la opción de manos libres en el teléfono para que pueda iniciar la RCP mientras habla con el 112
CONSEGUIR UN DEA Envíe a alguien para que obtenga un DEA		<ul style="list-style-type: none"> • Envíe a alguien a buscar y traer un DEA si está disponible • Si está solo, NO deje a la víctima, comience la reanimación cardiopulmonar
CIRCULACIÓN Iniciar compresiones torácicas		<ul style="list-style-type: none"> • Arrodílese al lado de la víctima • Coloque el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima; esto es, en la mitad inferior del esternón de la víctima. • Coloque el talón de su otra mano encima de la primera mano y entrelace sus dedos • Mantenga sus brazos rectos • Colóquese verticalmente por encima de la víctima, y presione el esternón al menos 5 cm (pero no más de 6 cm) • Después de cada compresión, libere toda la presión sobre el pecho, sin perder el contacto entre sus manos y el esternón. • Repita a una velocidad de 100-120 compresiones por minuto

SECUENCIA / ACCIÓN	DESCRIPCIÓN TÉCNICA
<p>COMBINAR RESPIRACIÓN DE RESCATE CON COMPRESIONES TORÁCICAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Si está capacitado para hacerlo, después de 30 compresiones, vuelva a abrir las vías respiratorias, inclinando la cabeza y levantando la barbilla. • Apriete la parte blanda de la nariz para cerrarla, usando el dedo índice y el pulgar de su mano en la frente. • Permita que la boca de la víctima se abra, pero mantenga el mentón levantado • Respire normalmente y coloque los labios alrededor de la boca de la víctima, asegurándose de realizar un sellado hermético. • Sople de manera constante en la boca mientras observa que el pecho se eleva, demorando aproximadamente 1 segundo como si fuera el caso de una respiración normal. Esta es una ventilación de rescate efectiva. • Manteniendo la cabeza inclinada y la barbilla levantada, aleje la boca de la víctima y observe si el tórax desciende a medida que sale el aire. • Coja aire nuevamente con una respiración normal y sople en la boca de la víctima una vez más, para proporcionar a la víctima un total de dos respiraciones de rescate. • No interrumpa las compresiones por más de 10 segundos para administrar las dos respiraciones, incluso si una o ambas no fuesen efectivas. • Posteriormente recoloque sus manos sin demora a la posición previa en el esternón y administre otras 30 compresiones torácicas. • Continúe con las compresiones torácicas y las respiraciones de rescate en una proporción de 30: 2.
<p>RCP SÓLO CON COMPRESIONES</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no está capacitado o no puede dar respiraciones de rescate, administre RCP con únicamente compresiones torácicas continuas a una velocidad de 100-120 por minuto
<p>CUANDO LLEGA AED Encienda el DEA y coloque las almohadillas de los electrodos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Tan pronto como llegue el DEA, enciéndalo y coloque los electrodos en el pecho desnudo de la víctima. • Si hay más de un reanimador, se debe continuar la RCP mientras se colocan los electrodos en el pecho.
<p>SEGUIRLAS DIRECCIONES VISUALES / HABLADAS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Siga las instrucciones habladas y visuales dadas por el DEA. • Si se aconseja una descarga, asegúrese de que ni usted ni nadie más toque a la víctima • Presione el botón de descarga como se indica • Luego reanude inmediatamente la RCP y continúe según las indicaciones del DEA

SECUENCIA / ACCIÓN	DESCRIPCIÓN TÉCNICA
<p>SI NO SE RECOMIENDA DESCARGA Continuar con la RCP</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se aconseja ninguna descarga, reanude inmediatamente la RCP y continúe según las indicaciones del DEA
<p>SI NO HAY DEA DISPONIBLE Continuar con la RCP</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no hay DEA disponible, o mientras espera que llegue uno, continúe con la RCP • No interrumpa la reanimación hasta que: <ul style="list-style-type: none"> • Un profesional de la salud le indique que no continúe O • La víctima definitivamente se está despertando, moviéndose, abriendo los ojos y respirando normalmente. • O • Usted se agote • Es raro que la RCP por sí sola reinicie el corazón. A menos que esté seguro de que la víctima se ha recuperado, continúe con la RCP. • Señales de que la víctima se ha recuperado <ul style="list-style-type: none"> • Despertar • Movimientos • Apertura ocular • Respiraciones normales
<p>SI NO RESPONDE PERO RESPIRA NORMALMENTE Colocar en la posición de recuperación</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Si está seguro de que la víctima respira normalmente pero aún no responde, colóquela en el puesto de recuperación VER SECCIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS • Esté preparado para reiniciar la RCP inmediatamente si la víctima deja de responder, y se acompaña de respiración ausente o anormal

Recuperado de “European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support”, de European Resuscitation Council, 2021, p. 100, 101 y 102. Copyright 2021.

Anexo 10.

1- ¿Qué cree que significa sufrir una muerte cardíaca súbita?

Respuesta correcta: Opción C (Tener un paro cardiorrespiratorio de forma inesperada).

2- ¿Qué personas piensa usted, pueden sufrir una muerte cardíaca súbita?

Respuesta correcta: Si en los cinco apartados (Enfermos del corazón, Adultos mayores, Jóvenes deportistas, Niños y Embarazadas).

3- Para suponer que una persona está en paro cardiorrespiratorio:

Respuesta correcta: Opción A (Basta solo con reconocer que ha perdido la conciencia).

4- Considera que la identificación del paro cardiorrespiratorio es responsabilidad:

Respuesta correcta: Opción D (De A+B+C).

5- En cuanto a la técnica de RCP, ¿Qué debe priorizar usted?

Respuesta correcta: Opción A (Las compresiones torácicas).

6- ¿Cuántas compresiones debe realizar usted por minuto?

Respuesta correcta: Opción B (100 compresiones por minuto).

7- ¿Cómo está formado un ciclo en RCP?

Respuesta correcta: Opción C (30 compresiones y 2 respiraciones).

8- Con respecto al número de teléfono al que debe llamar ante una emergencia en la vía pública:

Respuesta correcta: Opción A (Lo conoce de memoria. Si es así, escriba cual/es 107).

9- En relación con las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP):

Respuesta correcta: Opción D (Las conoce y las sabe realizar correctamente).

10- ¿Qué sería lo primero que haría usted si una persona cae al suelo y no reacciona?

Respuesta correcta: Opción B (Comprueba que la zona sea segura).

11- Con respecto al desfibrilador externo automático (DEA):

Respuesta correcta: Opción D (Lo conoce y sabe cómo usarlo).

12- ¿Conoce si en el estadio o predio donde se efectúan los entrenamientos y partidos se cuenta con un DEA?

Respuesta correcta: Opción A (Si).

13- ¿Quiénes pueden utilizar un DEA?

Respuesta correcta: Si en los tres apartados (Personal de salud, Personas que hayan hecho el curso de RCP y Personas que no hayan hecho el curso de RCP).