PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES MÉDICAS COMPETENCIAS CONMEBOL

AGOSTO 2026

CONFEDERACIÓN SUDAMERICANA DE FÚTBOL

D: Autopista Silvio Pettirossi y Avenida Sudamericana – Luque, Paraguay
T: +595 (21) 517 2000
W: www.conmebol.com

Prohibida la reproducción total o parcial de este manual sin el permiso expreso de la Confederación Sudamericana de Fútbol.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....4

2. ALCANCE DEL PROTOCOLO..... 4

3. DISPOSICIONES MÉDICAS..... 5-7

4. EVALUACIONES MÉDICAS PRE-COMPETENCIA..... 7-8

5. PARO CARDIORRESPIRATORIO..... 8-11

6. PROTOCOLO CONMOCIÓN CEREBRAL.....12-17

7. PAUSA DE REFRESCO.....17-18

8. MANEJO DE LESIONES GRAVES.....18-22

1. INTRODUCCIÓN

El Protocolo de Recomendaciones Médicas de la CONMEBOL se adapta a la nueva realidad médica teniendo como base las experiencias durante el 2021 al 2025 y los estudios internacionales de la Organización Mundial de la Salud poniendo en vigencia el presente protocolo actualizado en todas las Competencias de la Confederación Sudamericana de Fútbol.

Las actualizaciones del presente protocolo han sido elaboradas con el apoyo de:

- Dr. Osvaldo Pangrazio (PAR), Presidente de la Comisión Médica CONMEBOL
- Dr. Francisco Forriol (ESP), responsable científico de la CONMEBOL
- Alicia Velazquez (PAR), coordinadora operativa de la comisión médica CONMEBOL
- Jesús Morínigo (PAR), analista operativo de la comisión médica CONMEBOL
- Dr. Jorge Pagura (BRA) comité médico CONMEBOL
- Dr. Ricardo Stein (BRA), comité médico CONMEBOL
- Dr. Mario Fritsch (BRA), comité médico CONMEBOL
- Dr. Fernando Yáñez (CHI), comité médico CONMEBOL
- Dr. André Pedrinelli (BRA), Oficial médico de la CONMEBOL
- Dr. Matias Roby (ARG), Oficial médico de la CONMEBOL
- Dr. Fabio Krebs (BRA), Oficial médico de la CONMEBOL
- Dr. Daniel Stumbo (ARG), Oficial médico de la CONMEBOL.

.

2. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El presente protocolo es de uso exclusivo para las competencias organizadas y desarrolladas por la Confederación Sudamericana de Fútbol. La misma se aplica para todas las delegaciones participantes.

En todas las competencias CONMEBOL se reconoce en primer lugar las Disposiciones Legales emitidas por las autoridades locales.

En caso de adaptaciones específicas por las características de las competencias y las disposiciones legales de los países sede se podrá tener disposiciones médicas, recomendaciones y directrices específicas que se informarán oportunamente.

3. DISPOSICIONES MÉDICAS

Para las competencias organizadas por la Confederación Sudamericana de Fútbol es obligatorio el cumplimiento de los protocolos, disposiciones y recomendaciones médicas comunicadas oficialmente por la CONMEBOL.

En caso de discrepancia con las solicitudes del país local, como ha ocurrido con las normativas frente al COVID-19, siempre primará la ley del país, por lo cual recomendamos verificar las actualizaciones a la documentación requerida por éstos.

En las competiciones del fútbol, futsal y fútbol playa se pueden producir numerosas lesiones, la mayoría de las veces leves, conocidas y previsibles, sin embargo, los médicos oficiales deben estar preparado para cualquier contingencia. En el contexto de los eventos cardiovasculares agudos, la capacitación y la preparación del equipo asistencial son cruciales para el manejo eficaz de la parada cardiorrespiratoria (PCR). La PCR, a pesar de su baja incidencia en subgrupos poblacionales específicos, constituye el evento precursor de la muerte súbita, un desenlace clínico que impone una elevada morbimortalidad y genera repercusiones complejas, que abarcan tanto a las instituciones y al ecosistema deportivo como a la sociedad en general.

Los equipos médicos deben tener siempre en cuenta los condicionantes que afectan a la salud de los deportistas.

Seguimos insistiendo en la necesidad y obligatoriedad de realizar a conciencia y profesionalmente las evaluaciones precompetición. Es fundamental por el bien de la salud del fútbol, futsal y fútbol playa conocer las condiciones físicas y fisiológicas de los jugadores.

El médico de equipo debe prevenir, en la medida de lo posible, cualquier tipo de lesión o patología por ello son imprescindibles los controles precompetición, conocer las condiciones individuales de los futbolistas a su cargo y realizar un control periódico de los mismos.

Nunca se debe arriesgar cuando existan dudas o condiciones poco claras. Es aconsejable acudir a los centros de referencia y buscar la opinión de los especialistas.

Con esta guía no buscamos hacer un compendio de medicina deportiva, simplemente recordar las causas más frecuentes con las que nos podemos encontrar en un partido de fútbol y estimular al estudio y conocimiento de sus causas.

Se han pasado unos años difíciles por la pandemia del Covid-19 y, aunque queremos olvidarlo, debemos mantener la alerta y estar vigilantes siempre.

Nunca está de más destacar que la RCP en atletas, que a menudo culmina en muerte súbita, constituye un evento de extrema gravedad, sobre todo porque afecta a individuos aparentemente sanos y en buena forma física. La mitigación de este riesgo requiere un enfoque sistemático que abarque la prevención y la respuesta inmediata. La prevención se basa en la aplicación rigurosa de protocolos de detección, como la evaluación previa a la competición. A su vez, la resolución de la emergencia exige acciones rápidas, coordinadas y organizadas, alineadas con la cadena de supervivencia. La intervención en el primer minuto es fundamental y depende de la aplicación inmediata de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y del uso precoz del desfibrilador externo automático (DEA). Para garantizar la eficacia de la respuesta, es imperativo que el liderazgo de las maniobras se defina a priori. Este Plan de Acción de Emergencia y la designación de funciones deben establecerse en una reunión de coordinación y confirmarse formalmente en el período previo al inicio de la competición.

La concusión es otro punto al que se ha dedicado mucho tiempo en el fútbol internacional. Actuar correctamente puede evitar problemas en el futuro. CONMEBOL cuenta con su propio protocolo de actuación. Conocerlo, incluirlo en

cada club de fútbol y divulgarlo puede ser de gran ayuda en todos los niveles del fútbol.

La hidratación es otra pauta reconocida por todas las asociaciones de fútbol internacionales. Hay lugares y épocas del año que exige una medición más cuidadosa y exigente de la temperatura y la humedad.

Por último, hemos querido dar un repaso a las lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, pero hay que estar preparado para cualquier incidencia. Hay lesiones que se repiten con mayor frecuencia y algunas necesitan una mayor dedicación para estudiar cómo evitarlas y tratarlas con la menor repercusión para la carrera profesional del futbolista.

La medicina es imprescindible en la práctica del fútbol, el médico puede ser el principal consejero en un equipo y la mejor ayuda para un jugador. Unificar los criterios, ofrecer los tratamientos más avanzados, apoyados en la evidencia científica, es la mayor garantía para desarrollar competiciones de fútbol exitosas.

3.2 ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Previo a cada viaje los Equipos serán responsables de la verificación de los requisitos y cumplimiento de todos los protocolos médicos y migratorios de las autoridades sanitarias del país local para el ingreso y estadía en el mismo.

4. EVALUACIONES MÉDICAS PRE-COMPETENCIA

Cada Médico de equipo es responsable de realizar los exámenes que considere necesarios para la detección temprana de cualquier enfermedad o condición que imposibilite la realización de deportes de alto rendimiento o requiera tratamiento. Los exámenes deben realizarse previo a la inscripción a la lista de buena fe de los jugadores.

La Comisión Médica de la CONMEBOL recomienda el uso de las evaluaciones médicas pre-competencia según lo establecido en:

https://www.conmebol.com/es/comision-medica/docsinfo/evaluacion-precompetencia

Las evaluaciones se realizarán anualmente o en casos concretos cuando lo considere el médico de cada equipo. Jugadores con patologías crónicas deberán evaluarse periódicamente a lo largo de la temporada.

La comisión médica de la CONMEBOL se reserva el derecho de solicitar exámenes y/o informes médicos a las selecciones y clubes participantes de las competencias organizadas por CONMEBOL.

5. PARO CARDIORRESPIRATORIO

Todas las medidas de cuidados antes y durante los viajes, así como en la estadía en los países sedes del evento (traslados, en hoteles, etc.) son exclusiva responsabilidad de cada delegación y supervisadas por el médico de la delegación.

Cada médico del equipo debe tener un DEA como parte del maletín de emergencias médicas, comprobar su funcionamiento periódicamente y antes de cualquier evento deportivo, además de mantenerlo siempre disponible durante la competición.

Cada médico que acompañe a una delegación debe ser competente en el protocolo de RCP y debe poseer la certificación actualizada. Es responsabilidad del representante médico y de los directivos de la selección y/o del club verificar dicha certificación.

Las posibilidades de sobrevivir a una PCR dependerán no solo de la enfermedad subyacente, sino también de la combinación de los tiempos de respuesta con la calidad de las maniobras aplicadas.

El reconocimiento inmediato de la PCR requiere la interpretación correcta de la tríada clínica compuesta por inconsciencia, ausencia o anomalía de la respiración (incluido el jadeo) y ausencia de pulso central palpable. La identificación de esta constelación de signos debe desencadenar inmediatamente el protocolo de

emergencia. Además, el colapso súbito y no traumático de un individuo, especialmente en un entorno deportivo, debe presumirse de etiología cardíaca, como episodio de muerte súbita o paro cardiorrespiratorio (PCR)* hasta que se demuestre lo contrario, lo que exige la activación inmediata de la cadena de supervivencia que considera:

- Reconocimiento precoz y activación sistema de rescate.
- Inicio de RCP y uso de DEA.
- Traslado y cuidados avanzados hospitalarios.
- Supervivencia y recuperación.

El PCR* es una situación clínica que implica la interrupción abrupta e inesperada de las funciones respiratoria y cardiocirculatoria, lo que genera, en poco tiempo, una disfunción cerebral y, si persiste, puede provocar lesiones cerebrales irreversibles por anoxia tisular.

Durante un PCR*, es fundamental realizar inmediatamente maniobras de *RCP* de alta calidad de acuerdo con las guías internacionales, ya que optimizan las posibilidades de recuperación y reducen el riego de secuelas, hasta que se disponga del DEA.

El acceso al DEA debe ir precedido de un período mínimo de dos minutos de compresiones torácicas de alta calidad. Los DEA son dispositivos electro médicos micro procesados, diseñados para analizar y monitorizar automáticamente el ritmo cardíaco, emitiendo recomendaciones y administrando terapia de choque eléctrico cuando está indicado. Estos dispositivos portátiles demuestran una alta seguridad y eficacia, especialmente cuando son utilizados por operadores debidamente formados, ya que la interfaz del usuario está guiada por comandos visuales y vocales. Cuando es necesario, el dispositivo administra un impulso eléctrico de alta energía, pero breve, a través de electrodos aplicados en la pared torácica. Es fundamental destacar que el DEA cuenta con un mecanismo de seguridad intrínseco que impide la desfibrilación en ritmos que no chocan, como la asistolia o la actividad eléctrica sin pulso (AESP).

El tiempo es el mayor enemigo de la supervivencia:

Por cada minuto que se retrasa la desfibrilación, las probabilidades de supervivencia se reducen en un 7-10%. La muerte cerebral comienza entre 3 y 5 minutos después de sufrir una PCR. Cerca del 90% de las personas con una parada cardiaca no la superan. Los profesionales de emergencias médicas tardan una media de 9 minutos en llegar al lugar del suceso. Por eso, hay que actuar de forma inmediata y cada minuto que adelantemos nuestra acción mejorará la supervivencia. La RCP inmediata puede doblar o triplicar la supervivencia por una PCR.

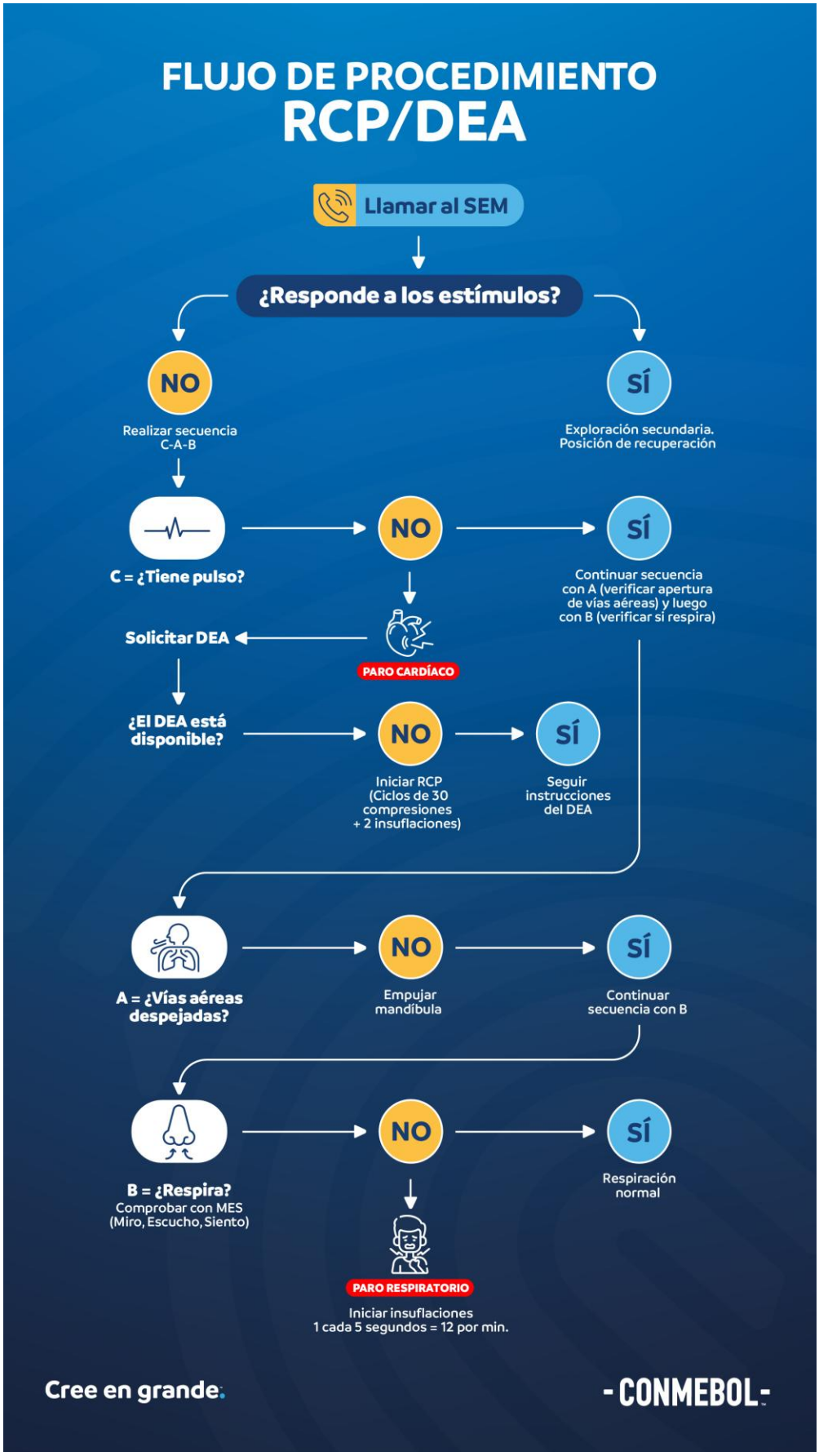
La RCP precoz asociada a la desfibrilación cuando indica dentro de los primeros minutos del paro cardiaco puede aumentar la sobrevivencia al 49-75%.

¿Por qué es importante estar preparado?

La realización adecuada de las maniobras de RCP asociada al correcto uso del DEA es el único tratamiento efectivo para resucitar a una persona con PCR fuera de un ámbito hospitalario.

El uso de los DEA debe implementarse como parte de una estrategia o de un plan de respuesta conjunta ante la emergencia. Esta respuesta y su cadena de realización debe ser organizada previo al partido e involucra al: médico del equipo, personal de las ambulancias, equipo de emergencia de campo y el medico de campo CONMEBOL. Estos programas han demostrado salvar vidas y son el único tratamiento eficaz para los paros cardíacos por fibrilación ventricular: lo que se puede hacer con una llamada y brindando la ayuda oportuna (primeros auxilios), puede significar la diferencia entre una persona con capacidad disminuida y una persona sana.

La ejecución adecuada de las maniobras de RCP, combinada con el uso correcto del DEA, es, en un alto porcentaje de casos, el único tratamiento eficaz para reanimar a una persona con PRC fuera del entorno hospitalario.


FLUJO DE PROCEDIMIENTO
RCP/DEA
Llamar al SEM
¿Responde a los estímulos?
NO
Realizar secuencia C-A-B
SÍ
Exploración secundaria. Posición de recuperación
C = ¿Tiene pulso?
NO
SÍ
Continuar secuencia con A (verificar apertura de vías aéreas) y luego con B (verificar si respira)
Solicitar DEA
PARO CARDÍACO
¿El DEA está disponible?
NO
Iniciar RCP (Ciclos de 30 compresiones + 2 insuflaciones)
SÍ
Seguir instrucciones del DEA
A = ¿Vías aéreas despejadas?
NO
Empujar mandíbula
SÍ
Continuar secuencia con B
B = ¿Respira?
Comprobar con MES (Miro, Escucho, Siento)
NO
SÍ
Respiración normal
PARO RESPIRATORIO
Iniciar insuflaciones 1 cada 5 segundos = 12 por min.
Cree en grande.
-CONMEBOL-

6. PROTOCOLO CONMOCIÓN CEREBRAL (CONCUSIÓN)

Cuando exista la sospecha de conmoción cerebral, el árbitro otorgará hasta 3 minutos para que el equipo médico evalúe al lesionado en el campo de juego.

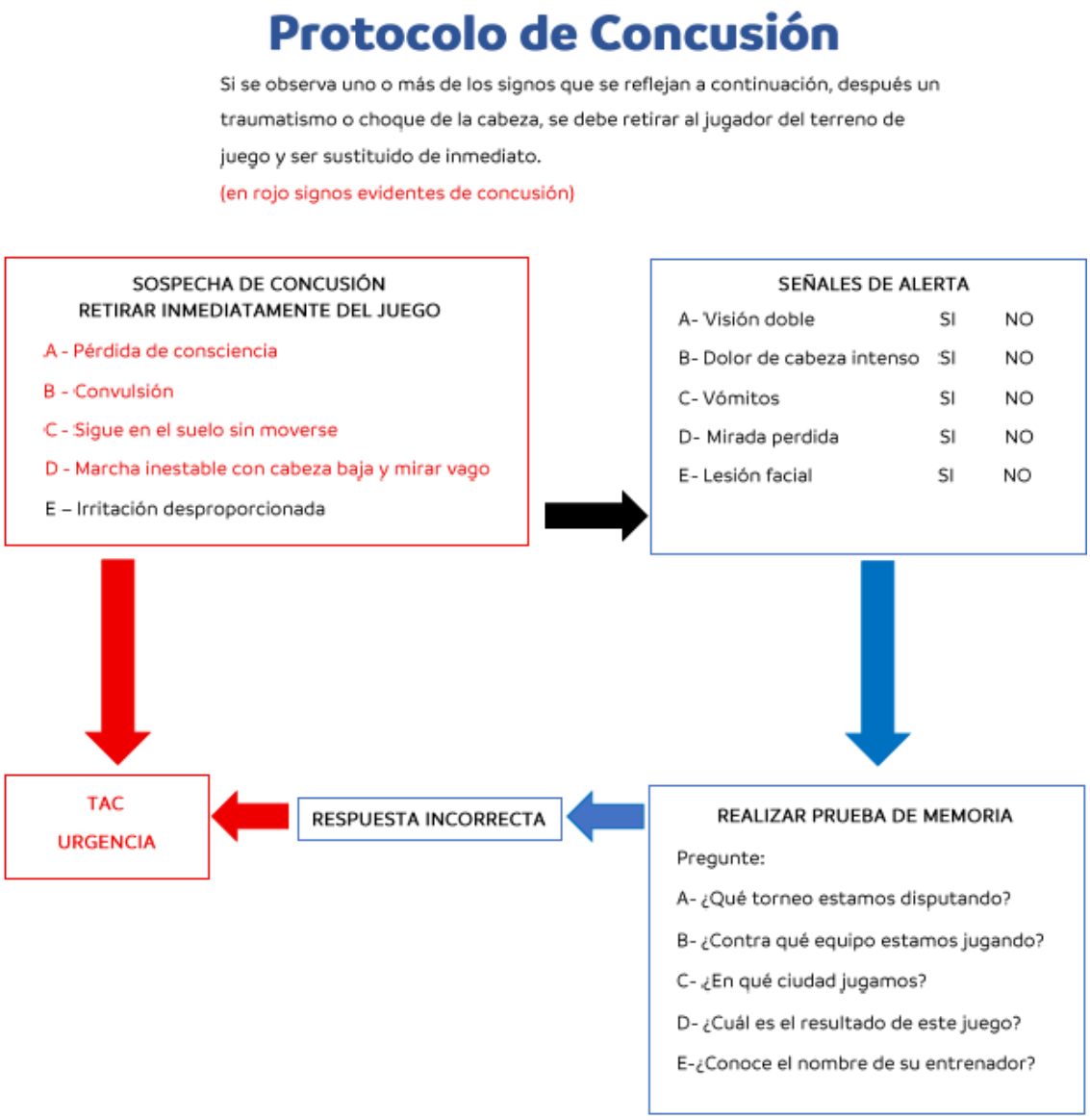
Si es necesario tiempo adicional, la evaluación deberá realizarse en la zona lateral del campo, luego de retomado el juego.

El árbitro solamente autorizará que el jugador continúe en el juego con la autorización del médico de equipo quien tomará la decisión final.

Es muy importante que el departamento médico y técnico estudie la viabilidad de una sustitución debido a la sospecha de conmoción cerebral del atleta.

La Comisión Médica de la CONMEBOL recomienda utilizar el protocolo de reconocimiento rápido de concusión de la CONMEBOL en el campo de juego y posteriormente en el vestuario el SCAT5 o SCAT6.

6.1 PROTOCOLO CONMEBOL DE RECONOCIMIENTO RÁPIDO DE CONCUSIÓN



6.2 CUESTIONARIO CONCUSIÓN CONMEBOL

Rellene y marque con un círculo la respuesta correcta. Debe ser rellenada después de cada partido de su equipo:

PARTIDO		
JUGADOR NÚMERO / EQUIPO		
FECHA		
MINUTO		
CONTACTO	Si	No
CAÍDA	Si	No
CABEZA – CABEZA	Si	No
CABEZA – CUERPO	Si	No
CABEZA – OBJETO	Si	No
Especificar		

SIGNOS

Pérdida de consciencia	Si	No
Convulsión	Si	No
En el suelo sin moverse	Si	No
Marcha inestable con cabeza baja y mirar vago	Si	No
Irritación desproporcionada	Si	No
Visión doble	Si	No
Dolor de cabeza intenso	Si	No
Vómitos	Si	No
Mirada perdida	Si	No
Lesión facial visible	Si	No
Otro (especificar)		

Prueba de memoria. Pregunte

	Responde correctamente	
¿Qué torneo estamos disputando?	Si	No
¿Contra qué equipo estamos jugando?	Si	No
¿En qué ciudad jugamos?	Si	No
¿Cuál es el resultado de este juego?	Si	No
¿Conoce el nombre de su entrenador?	Si	No

Seguimiento

Remitido al hospital	Si	No
TAC	Si	No
Observación hospital	Si	No
Observación hotel / domicilio	Si	No

Nombre, apellido del médico y firma.....
Equipo.....
Partido .....
Fecha ...../...../..... Ciudad .....

6.3 RETORNO AL FÚTBOL POST-CONCUSIÓN

Cada persona es única en su recuperación (incluida la duración), por lo que es importante un regreso gradual e individualizado al fútbol para reducir los riesgos de una recuperación lenta, de nuevas lesiones cerebrales y de secuelas a largo plazo.

Los niños y mujeres pueden tardar más tiempo en recuperarse a diferencia de los adultos. Si los síntomas persisten durante más de cuatro semanas, un servicio médico sanitario especializado debe evaluar al lesionado.

El protocolo que CONMEBOL recomienda se enfoca en una vuelta gradual al fútbol para garantizar una recuperación óptima en los futbolistas. Este se divide en 6 (seis) etapas y cada una puede durar 24 horas o más. Los deportistas afectados solo deben pasar a la siguiente etapa si sus síntomas no se agravan y desaparecen. Si los síntomas aumentan en cualquier etapa del protocolo, la persona debe tomarse un descanso mínimo de 24 horas y volver a la etapa anterior e intentar progresar de nuevo.

- Etapa 1: Periodo de descanso relativo con actividades de la vida diaria limitándola a intervalos de 10 a 15 minutos. El tiempo frente a una pantalla de teléfono u ordenador debe reducirse al mínimo.
- Etapa 2: Ejercicio físico ligero (carrera suave o ciclismo en bicicleta estática). El jugador puede aumentar las actividades mentales mediante lectura sencilla, juegos y uso limitado de la televisión, el teléfono y el ordenador. Las actividades escolares o laborales pueden incorporarse gradualmente en el domicilio.
- Etapa 3: Ejercicios específicos para el fútbol. Remates con el balón.
- Etapa 4: Entrenamiento sin contacto. Es importante evitar cualquier actividad de entrenamiento que implique impactos en la cabeza. El jugador puede aumentar la intensidad del ejercicio y del entrenamiento de resistencia.
- Etapa 5: Entrenamiento con contacto. Cuando no se presenten síntomas y haya completado la etapa 4, el jugador puede considerar el inicio de actividades de entrenamiento que impliquen impactos ligeros en la cabeza.
- Etapa 6: Vuelta a la actividad deportiva.

La CONMEBOL también recomienda la lectura del protocolo de la FIFA: https://inside.fifa.com/campaigns/concussion/return-to-play-guidelines

Los médicos de equipo que hayan detectado la sospecha deberán enviar hasta 48 horas posterior ocurra la sospecha al e-mail de la comisión médica de la CONMEBOL, los informes médicos del jugador, como el SCAT5 o SCAT6, e informes complementares necesarios.

7. PAUSA DE REFRESCO

La temperatura del ambiente de práctica deportiva impacta directamente en la productividad de los jugadores. En las competencias CONMEBOL podrá haber una pausa de refresco en función de la temperatura, humedad y de acuerdo con la modalidad de la competencia.

La temperatura del globo de bulbo húmedo (WBGT, por sus siglas en inglés) será la medida oficial utilizada para determinar si se debe implementar una pausa de refresco.

Sesenta (60) minutos antes del inicio de cada partido el Oficial Médico de la CONMEBOL informará al árbitro si las condiciones climáticas requieren una pausa de refresco.

Se recomendará una pausa si el índice térmico WBGT es igual o mayor a 28 grados centígrados para competencias juveniles y es igual o mayor a 32 grados para competencias profesionales.

Para fútbol de campo en caso de efectuarse la pausa de refresco, el árbitro interrumpirá el encuentro entre 90 segundos y hasta 3 minutos transcurridos aproximadamente 30 minutos desde el inicio de cada tiempo, es decir, en torno a los 30 y 75 minutos del partido respectivamente.

Para fútbol de playa en caso de efectuarse la pausa, el árbitro interrumpirá el encuentro durante 1 minuto, transcurridos aproximadamente 8 minutos desde el inicio de cada uno de los períodos.

Los tiempos de pausa de refresco serán implementados y controlados por el árbitro.

La pausa para refresco es vital para asegurar la salud, el bienestar y la consecuencia de resultados de los deportistas.

¿Cuáles son las consecuencias para el cuerpo de la exposición al calor?

La exposición excesiva al calor del sol genera una alta carga radiante en el deportista, lo que se conoce como sobrecarga térmica. Esto aumenta las tasas metabólicas (gasto de energía para las actividades) y causa varios impactos negativos en el cuerpo.

Algunos ejemplos de efectos son: choque térmico o hipertermia, cambio en el metabolismo; agotamiento; postración (inmovilización o ausencia de reacciones) por deshidratación o disminución del contenido de sal; calambre; conjuntivitis; desmayo; daño a las glándulas sudoríparas (producen sudor); edema (acumulación anormal de líquido); entre otros.

Lo que buscamos con las mediciones de temperatura y pausa para hidratación:

- Disminuir los riesgos de problemas de salud en los jugadores.
- Uniformar los mismos criterios en todos los partidos y homogeneizar con las recomendaciones a nivel mundial
- Establecer correlaciones de la temperatura con las lesiones durante los partidos.
- Cuidar que el sol ayude en el rendimiento en lugar de pérdida del rendimiento deportivo.
- Establecer criterios precisos de prevención de lesiones.

¿Por qué es importante hidratarse bien en el fútbol?

- Repone el glucógeno.
- Mantiene el equilibrio de electrolitos.
- Mantiene el desempeño físico.
- Reduce el riesgo de lesiones.

8. MANEJO DE LESIONES GRAVES

Lesiones más frecuentes

En las competiciones de fútbol se puede producir cualquier tipo de lesión, si bien hay que estar preparado para saber cómo responder ante las lesiones más graves, hay que conocer las lesiones más frecuentes.

Por localización, las lesiones más frecuentes en el fútbol se producen en el muslo, la cabeza y la cara, el tobillo y pie, y la rodilla. Sin embargo, cabe esperar cualquier tipo de lesión también en el miembro superior, en el tronco (más frecuentes en el fútbol femenino), o en la pelvis.
Vamos a revisar algunas de las lesiones más frecuentes, que hemos dividido en:

1. Lesiones musculares
2. Lesiones de la rodilla
3. Lesiones del tobillo y pie
4. Lesiones de la región inguinal
5. Periostitis tibial

1. Lesiones musculares

Las lesiones musculares en el fútbol afectan mayoritariamente al tren inferior, siendo los músculos flexores de la rodilla (músculos isquiotibiales), el grupo muscular más afectado en el fútbol.
Las lesiones musculares, según el mecanismo de lesión, se clasifican en indirectas y directas:

- Indirectas: pueden ser a su vez (1) funcionales, dolor muscular sin evidencia de lesión anatómica objetivable por RMN o ecografía o (2) estructurales, una lesión muscular con evidencia de lesión visible por RMN o ecografía.
- Directas: lesiones por una acción externa sobre el músculo, se dividen en (1) contusión o (2) laceración.

El diagnóstico de las lesiones musculares agudas es clínico e imagenológico, y debe sustentarse en los siguientes aspectos:

- Valoración de signos y síntomas relacionados con la lesión.
- Evaluación del mecanismo de lesión.
- Inspección del área dolorosa.
- Examen físico.
- Exámenes de laboratorio y pruebas funcionales.
- Imágenes por ultrasonografía y RM, aunque se recomienda esperar 48 horas para realizarlas, esperando a que disminuya la inflamación.

El manejo inmediato de las lesiones musculares debería incluir el protocolo PRICE: protección (protection), reposo relativo (Rest), frío local (Ice), de tipo preferentemente circunferencial, compresión, activa o intermitente (Compression) y elevación de la extremidad (Elevation).

En el proceso de recuperación hay que recomendar con conocimiento la fisioterapia; normalizar los patrones de movimiento, la coordinación y la propiocepción; así como prevenir la inhibición muscular y recuperar la fuerza.
El proceso completo: rehabilitación funcional, retorno al entrenamiento, retorno a la competencia y al rendimiento máximo debe ser valorado por el médico del equipo, controlando diariamente la sintomatología del jugador.

Un entrenamiento preventivo puede reducir la incidencia de lesiones musculares, en la medida que optimice la función neuromuscular, los ejercicios excéntricos, el entrenamiento de la flexibilidad, la coordinación intermuscular y la estabilidad lumbo-pélvica.

La genómica intenta secuenciar los genes para detectar los polimorfismos que generan mayor susceptibilidad a lesionarse o determinan una menor capacidad de recuperación.

2. Lesiones de la rodilla

La articulación de la rodilla se afecta frecuentemente en el fútbol, independientemente del nivel de competencia, el sexo o la edad. A la hora de abordar una rodilla lesionada, es clave identificar correctamente las circunstancias y los mecanismos involucrados en la lesión:

- ¿Fue una lesión por contacto?
- ¿Ocurrió con el pie libre o fijo al piso?
- ¿Sintió asociado algún ruido?
- ¿La rodilla se inflamó rápidamente?
- ¿Pudo continuar jugando?

El diagnóstico va a apoyarse siempre en el correcto examen físico, el que debe incluir:

- Observación.
- Valoración del rango de movimiento.
- Evaluación del mecanismo de lesión.
- Palpación y valoración de la laxitud articular para evaluar los ligamentos colaterales, el ligamento cruzado anterior (LCA), el ligamento cruzado posterior (LCP) y los puntos del ángulo posteroexterno y postero-interno.
- Lesiones meniscales.

- Aparato extensor.

Las lesiones intraarticulares de la rodilla generan una rápida inflamación que puede estar acompañada de hemartrosis. Punzar la articulación, reportará dos beneficios:

- Diagnóstico: la sangre en la rodilla es sintomático de una lesión del LCA mientras no se demuestre lo contrario.
- Terapéutico: disminuye el dolor por la descompresión capsular.

La lesión del LCA no respeta sexo ni edad, y en su gran mayoría genera pérdida del control rotatorio de la rodilla, lo que afectará secundariamente a otras estructuras y generará condiciones aptas para el desarrollo de una artrosis. No son frecuentes, pero a lo largo de la temporada algún jugador en un equipo sufrirá una rotura del LCA. En la mayoría de los pacientes será necesaria una reconstrucción plástica ligamentaria que deberá acompañarse de un prolijo proceso de rehabilitación funcional para un reintegro deportivo sin recurrencias. En manos expertas es relativamente fácil de reparar, pero–precisa un largo tiempo de inactividad y recuperación.

Las lesiones meniscales, cuando son periféricas e inestables, por lo general requieren de tratamiento quirúrgico, y dependiendo del patrón y de la localización de la lesión puede ser necesario resecar el fragmento, hacer una meniscectomía parcial y en algún caso, estará indicada la sutura.

Diagnóstico clínico: antes de solicitar una prueba de imagen se debe explorar la rodilla y tener seguridad o una idea muy aproximada del tipo de lesión.

Diagnóstico por imágenes: la radiografía convencional es la primera prueba pues ayudan a conocer mejor el estado general de la rodilla y ponen en evidencia las fracturas óseas, las lesiones por avulsión de la inserción tibial del LCA, lesiones osteocondrales o cuerpos libres asociados a luxaciones del aparato extensor.

La RMN es la prueba ideal, de referencia, para la detección de lesiones ligamentarias, lesiones meniscales y de lesiones condrales no visibles radiológicamente y de difícil diagnóstico clínico.

Los esguinces de rodilla, que afectan al ligamento colateral medial, son las lesiones más frecuentes en la rodilla del futbolista.

3. Lesiones del tobillo y pie

Las lesiones del tobillo son muy frecuentes, especialmente los esguinces, responsables de muchos días de baja deportiva y se pueden diagnosticar estudiando:

- Inspección
- Rango de movilidad articular.
- Prueba de fuerza muscular.
- Palpación de la Interlínea articular, de los complejos ligamentarios medial y lateral, de la sindesmosis tibioperonea, de ambos maléolos, del tendón de Aquiles y sin olvidarse de palpar el 5° metatarsiano, una de las fracturas más frecuente en el futbolista.
- Prueba de laxitud articular.
- Evaluación del mecanismo de lesión

La valoración radiográfica sirve para identificar fracturas, lesiones osteocondrales y cuerpos libres intraarticulares.

La RMN es ideal para la detección de lesiones fisarias, lesiones condrales y lesiones en el hueso esponjoso.

La ultrasonografía es útil para valorar los ligamentos y tendones.
Las lesiones por sobreuso incluyen a las tendinopatías del Aquiles y al síndrome de fricción anterior de tobillo, conocido como tobillo del futbolista, con lesiones de partes blandas (tejido sinovial) o por aparición de osteofitos en el borde anterior de la extremidad distal de la tibia.

4. Lesiones de la región inguinal

Estas lesiones implican un gran desafío en términos de diagnósticos diferenciales, entre los que podemos citar:

- Las avulsiones de la espina ilíaca anteroinferior en el origen del músculo recto femoral; de la espina ilíaca anterosuperior en la inserción del músculo sartorio o del trocánter menor donde se inserta el músculo ilio-psoas.
- La osteopatía dinámica del pubis por lo general de inicio es baja y termina siendo mixta. Es una patología de tipo crónico que raramente se produce durante un partido, son lesiones de aparición lenta que perjudican la vida deportiva del jugador y que si puede exacerbarse durante los partidos.

Requiere un tratamiento fisioterápico largo hasta asegurar la recuperación del deportista. En ocasiones se recomienda la cirugía.

- Lesión labral del acetábulo, por fricción fémoro-acetabular. El mecanismo es un choque fémoro-acetabular por un exceso de la pared anterosuperior acetabular, o por la presencia de una giba del cuello femoral, que chocan durante la movilidad articular.
- La hernia deportiva puede estar provocada por un desgarro o debilidad de la pared posterior del conducto ínguino-génito-crural. El aumento de la presión intraabdominal permite el pasaje de grasa pre-peritoneal y esta herniación provoca dolor por estimulación de los ramos sensitivos del nervio genito-femoral y eventualmente de los nervios ilio-inguinal e ilio-hipogástrico.

5. Periostitis tibial

La frecuencia de partidos o la sobrecarga física con alteraciones de la biomecánica o del apoyo por mala lineación o apoyo defectuoso, puede producir un dolor intenso en la cara anterior de la pierna difícil de resolver. El dolor puede ser consecuencia de un engrosamiento del periostio, o una fractura o microrrotura por fatiga en la cortical tibial que produce un intenso dolor con la actividad deportiva.
El tratamiento requiere reposo, en ocasiones analgésicos o antiinflamatorios. Se deben detectar y corregir factores intrínsecos y extrínsecos, e incluso mejorar las condiciones mecánicas con un calzado adecuado o plantillas. En ciertos casos, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.