

RESOLUCIÓN N° 014-2026-LFPP

CONSIDERANDO:

Que, la Liga de Fútbol Profesional Peruana - LFPP (en adelante, la "LFPP" o la "Liga"), conforme al artículo 1 de su Estatuto, es una asociación de naturaleza civil, sin fines de lucro, autónoma, de derecho privado, con personería jurídica propia y con plena capacidad de obrar, integrada exclusiva y obligatoriamente por todos los clubes que participan en las competiciones de fútbol profesional de la Liga1, Liga2 y Liga Femenina; a quien le corresponde legalmente la organización de dichas competiciones, por delegación y en coordinación con la Federación Peruana de Fútbol (en adelante, la "FPF") de acuerdo con el convenio de delegación;

Que, conforme al artículo 4 del Estatuto de la LFPP, la Liga tiene por objeto organizar y promover las competiciones oficiales correspondientes a la Liga1, Liga2, Liga Femenina y Copa de la Liga, velando por su adecuado funcionamiento, así como mejorar constantemente el fútbol profesional, implementando estrategias y acciones dirigidas a optimizar la calidad del fútbol en todas sus dimensiones, en coordinación con la FPF;

Que, de conformidad con el literal m) del inciso 2 del artículo 5 del Estatuto de la LFPP, es función y competencia propia de la Liga determinar las condiciones de infraestructura de los estadios para la celebración de las competiciones oficiales, las normas de seguridad, el control de accesos, así como cualquier otra que pudiera establecerse para el adecuado y seguro desarrollo de las competiciones;

Que, asimismo, conforme a los literales b), i) y n) del inciso 2 del artículo 5 del Estatuto de la LFPP, corresponde a la Liga elaborar y aprobar los reglamentos y normas necesarios para el cumplimiento de sus fines, funcionar bajo los más altos estándares deportivos, sociales y de seguridad a nivel nacional e internacional, así como cumplir y exigir a sus miembros el cumplimiento de dichas disposiciones, en línea con lo dispuesto por la FIFA, la CONMEBOL y la FPF;

Que, el Paro Cardíaco Súbito (PCS) y la Muerte Súbita (MS) constituyen las emergencias médicas de mayor criticidad en el ámbito deportivo, cuya atención exitosa es inversamente proporcional al tiempo de respuesta, por lo que resulta necesario que la Liga cuente con un instrumento técnico-operativo que estandarice las actuaciones preventivas y reactivas en los recintos donde se desarrollan sus competiciones, garantizando una respuesta sincronizada y eficaz orientada a la preservación de la vida en el terreno de juego y en las tribunas;

Que, el referido instrumento ha sido revisado y validado por la Comisión Médica y Unidad Antidopaje de la FPF, asegurando su alineación con la normativa nacional aplicable —Ley N° 30200 y su Reglamento, sobre uso de Desfibriladores Externos Automáticos, y la Norma Técnica de Salud para el Transporte de Pacientes en Ambulancias del MINSA— y con los estándares internacionales de la FIFA y la CONMEBOL en materia de urgencias y resucitación cardio-respiratoria;

Que, conforme a los literales D) y F) del artículo 28 del Estatuto de la LFPP, la Junta Directiva tiene la competencia de aprobar los reglamentos que estipulen o regulen la organización interna de la LFPP, así como de adoptar las medidas necesarias para la aplicación y cumplimiento del Estatuto y de la normativa de la LFPP y de la FPF, dentro de las cuales se encuentra la aprobación de protocolos orientados a la seguridad y a la salud en las competiciones oficiales;

Que, en ese sentido, conforme con lo establecido en los literales D), F) y G) del artículo 28° del Estatuto de la LFPP y de acuerdo con lo adoptado en sesión de Junta Directiva de fecha 29 de mayo de 2026;

SE RESUELVE:

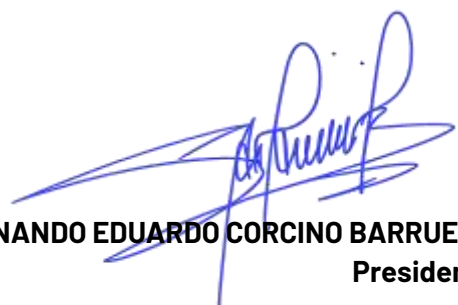
PRIMERO. – APROBAR el **PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS) DE LA LIGA DE FÚTBOL PROFESIONAL PERUANA - LFPP**, de cumplimiento obligatorio para todos los clubes adscritos a la Liga1, Liga2, Liga Femenina y Copa de la Liga, cuyo texto íntegro se adjunta como Anexo y forma parte integrante de la presente resolución.

SEGUNDO.- DISPONER que los clubes adscritos a la Liga1, Liga2, Liga Femenina y Copa de la Liga cumplan obligatoriamente las disposiciones del Protocolo aprobado, bajo apercibimiento de aplicarse las medidas y sanciones previstas en el Estatuto, en la normativa de la LFPP y en las bases de las competiciones correspondientes.

TERCERO.- COMUNICAR la presente resolución a las instancias que corresponda, para los fines pertinentes.

Regístrese y comuníquese

Lima, 10 de junio de 2026



FERNANDO EDUARDO CORCINO BARRUETA
Presidente



PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)

LIGA DE FÚTBOL PROFESIONAL PERUANA
LFPP 2026



	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	3
II. GLOSARIO DE DEFINICIONES TÉCNICAS	3
III. OBJETIVO GENERAL	4
IV. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
V. MARCO NORMATIVO DE CUMPLIMIENTO	5
VI. GESTIÓN OPERATIVA Y ASPECTOS TÉCNICOS	5
6.1. Prevención y Detección Precoz	5
6.2. Infraestructura de Emergencia en Campo	6
6.3. Ruta de Evacuación Crítica y Convenios Hospitalarios.....	7
VII. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PCS (RESUCITAR)	7
7.1. Reconocimiento e Ingreso	7
7.2. Roles del Plan de Acción de Emergencia (PEAP - FIFA)	7
7.3. Evacuación y Cuidados Post-Paro (PPC)	8
7.4. Protocolo ante "Commotio Cordis"	8
VIII. GESTIÓN DEL ESCENARIO DE MUERTE SÚBITA (MS)	9
IX. COMUNICACIÓN Y GESTIÓN DE CRISIS	9
9.1. Suspensión del evento	9
9.2. Privacidad	9
9.3. Comunicado Oficial	9
X. AUDITORÍA Y SIMULACROS	10
10.1. Simulacros Anuales:	10
10.2. Reporte Epidemiológico:	10
XI. DISPOSICIONES FINALES	10
11.1. Auditoría Pre-Partido	10
11.2. Capacitación de Jugadores y Staff Técnico	10

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

11.3.	Validación.....	10
XII.	ESTRUCTURA DE ANEXOS Y REFERENCIAS OPERATIVAS	11
ANEXO I.		13
ANEXO II.		15
ANEXO III.		18
ANEXO IV.		23
ANEXO V.		25
ANEXO VI.		27
ANEXO VII.		30
ANEXO VIII.		32
ANEXO IX.		34

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

I. INTRODUCCIÓN

El fútbol profesional de alta competencia demanda una infraestructura de respuesta médica robusta, capaz de mitigar riesgos catastróficos mediante protocolos de precisión. Dentro de este contexto, el **Paro Cardíaco Súbito (PCS)** se define como la emergencia de mayor criticidad en el ámbito deportivo, donde la supervivencia del atleta es **inversamente proporcional al tiempo de respuesta**.

Las estadísticas internacionales de la **FIFA** y los consensos de medicina deportiva vigentes establecen que una intervención con **Desfibrilador Externo Automático (DEA)** dentro de los primeros **120 segundos** del colapso puede elevar las tasas de éxito de la reanimación hasta un **100%**. Por ello, el éxito de este protocolo radica en la integración sinérgica de tres pilares fundamentales: **tecnología de vanguardia (DEA), capacitación especializada del personal y celeridad en la ejecución de las maniobras**.

En consecuencia, el presente documento constituye el **marco normativo y operativo** para la prevención, respuesta y gestión del Paro Cardíaco Súbito (PCS) y la Muerte Súbita (MS) en el ámbito de la LFPP, y es **de cumplimiento obligatorio** para todos los clubes adscritos a la **Liga1, Liga2 y Liga Femenina**. Su implementación estandariza las actuaciones preventivas y reactivas de la **LFPP**, garantizando una respuesta sincronizada, eficaz y alineada con los más altos estándares internacionales para la preservación de la vida en el terreno de juego y en la tribuna de espectadores de ser el caso.

II. GLOSARIO DE DEFINICIONES TÉCNICAS

1. **Paro Cardíaco Súbito (PCS):** Cese abrupto y potencialmente reversible de la actividad mecánica cardíaca, caracterizado por la ausencia de pulso detectable, inconsciencia y apnea o respiración agónica.
2. **Muerte Súbita (MS):** Fallecimiento inesperado, no traumático, que ocurre de forma instantánea o dentro de la primera hora tras el inicio de los síntomas en un individuo previamente asintomático.
3. **Desfibrilador Externo Automático (DEA):** Dispositivo electrónico portátil diseñado para identificar ritmos cardíacos letales y administrar una descarga eléctrica controlada (desfibrilación) para restablecer el ritmo sinusal. El estándar de la LFPP exige tecnología **bifásica**, comandos de voz en español y parches de electrodos vigentes.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

4. **Ritmo Desfibrilable:** Arritmia cardíaca (Fibrilación Ventricular o Taquicardia Ventricular sin pulso) que requiere la aplicación de una descarga eléctrica para restaurar el ritmo sinusal.
5. **Evaluación Médica Pre-Competición (PCMA):** Protocolo de tamizaje clínico y paraclínico orientado a la detección de cardiopatías silentes y obligatoria realizarla previo al inicio de la temporada.
6. **Criterios de Seattle:** Estándar internacional de interpretación electrocardiográfica diseñado específicamente para atletas de alta competencia. Permite distinguir de manera técnica las adaptaciones fisiológicas normales del "corazón de atleta" de los hallazgos patológicos que sugieren una cardiopatía de riesgo.
7. **Commotio Cordis:** Paro cardíaco súbito provocado por un impacto mecánico directo, no penetrante y de baja energía en la pared anterior del tórax (precordio), que ocurre en una ventana de tiempo crítica del ciclo eléctrico cardíaco (repolarización ventricular), desencadenando una fibrilación ventricular instantánea.
8. **Cadena de Supervivencia:** Serie de acciones vitales y secuenciales que deben ejecutarse ante un PCS: 1) Reconocimiento y activación de emergencia, 2) RCP de alta calidad inmediata, 3) Desfibrilación temprana con DEA, 4) Soporte Vital Avanzado y 5) Cuidados post-paro en centro especializado.
9. **Respiración Agónica (Gaspings):** Reflejo respiratorio ineficaz caracterizado por jadeos breves, ruidosos o irregulares que ocurren frecuentemente tras un PCS. **No debe confundirse con una respiración normal;** es un signo clínico de necesidad inmediata de RCP.
10. **Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS/SVCA):** Conjunto de protocolos clínicos para el manejo de emergencias cardiovasculares que incluyen manejo avanzado de la vía aérea, farmacología de reanimación y desfibrilación manual, ejecutados exclusivamente por personal médico certificado.

III. OBJETIVO GENERAL

Establecer el marco operativo, técnico y legal para el manejo integral del PCS y la MS en los recintos deportivos donde, se desarrollen actividades deportivas, como las competencias de la LFPP, asegurando el cumplimiento de la normativa nacional (Ley N° 30200) y los estándares internacionales de la FIFA y CONMEBOL.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

IV. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

- 4.1. **Alcance:** Jugadores profesionales, cuerpos técnicos, árbitros, oficiales de partido, personal de soporte operativo y público asistente.
- 4.2. **Ámbito:** Todas las competencias oficiales organizadas por la LFPP, encuentros amistosos autorizados y sesiones de entrenamiento en complejos deportivos de los clubes afiliados.

V. MARCO NORMATIVO DE CUMPLIMIENTO

- 5.1. **Nacional:** Ley N° 30200 y su Reglamento (uso de DEA); Norma Técnica de Salud para el Transporte de Pacientes en Ambulancias (MINSA).
- 5.2. **Internacional:** Manual de la FIFA para Urgencias (2022); Protocolos CONMEBOL de Resucitación Cardio-Respiratoria 2024 (Protocolos Comisión Médica Conmebol Copa América USA 2024).

VI. GESTIÓN OPERATIVA Y ASPECTOS TÉCNICOS

- 6.1. **Prevención y Detección Precoz**
Recae bajo la responsabilidad directa y exclusiva de cada club afiliado garantizar que todo deportista adscrito a la LFPP cuente con un protocolo de Tamizaje Cardiovascular Anual obligatorio, el cual deberá ser ejecutado previo al inicio de la competición y comprenderá, de manera taxativa, los siguientes estudios médicos:
 - **Anamnesis:** Enfoque en antecedentes de MS familiar, síncope previo o dolor precordial en esfuerzo.
 - **Electrocardiografía (ECG):** Interpretación estricta bajo los Criterios Internacionales (Seattle) para reducir falsos positivos.
 - **Ecocardiografía Doppler:** Evaluación estructural obligatoria para descartar Miocardiopatía Hipertrófica o anomalías coronarias, en caso sea considerado por el médico evaluador.
 - **Prueba de esfuerzo (Ergometría):** Para descarte de arritmias inducidas por el ejercicio, en caso sea considerado por el médico evaluador.

Referencia Operativa: Ver **ANEXO I** Certificado de Aptitud Médico-Cardiovascular (PCMA) y **ANEXO VIII.** Consentimiento Informado de Riesgo Cardiovascular y Participación Deportiva.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

La Comisión Médica de la FPF se reserva el derecho de solicitar información sobre las evaluaciones Médicas Precompetitivas, así como informaciones médicas adicionales acerca del estado de salud de los jugadores ante lesiones graves ocurridas en las Competencias organizadas por la LFPP.

6.2. Infraestructura de Emergencia en Campo

- **DEA (Desfibrilador Externo Automático):** Es de carácter obligatorio que cada Médico de Equipo cuente con un DEA operativo a pie de campo durante toda la duración de la competición. El dispositivo debe ubicarse en el área técnica, ser de tecnología **bifásica** y contar con parches para adultos y niños cuya vigencia residual sea **no menor a seis meses**. Asimismo, el cuerpo médico es responsable de certificar el conocimiento técnico de su uso y garantizar la verificación diaria de su operatividad.
- **Maletín de Emergencias FIFA¹:** Equipado para manejo de vía aérea, circulación y trauma (Ver Anexo IX).
- **Ambulancia de Soporte Vital Avanzado:** Unidad Tipo II o III debidamente equipada, con personal capacitado y con acceso directo y libre al terreno de juego. Siempre resguardada por un personal de seguridad privada o policial.

Referencia Operativa: Ver **ANEXO II** Ficha De Auditoría Médica Pre-Partido

- **Personal Certificado:** Para garantizar una respuesta asistencial de alta complejidad, se establecen los siguientes requisitos de acreditación académica y profesional:
 - ✓ **Cuerpo Médico (Club y LFPP):** Tanto el Médico del Club como el Médico de Campo (designado por la LFPP) deben acreditar, de forma obligatoria, una certificación vigente en **Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS/SVCA)**, expedida por una entidad reconocida (AHA o equivalente). Esta certificación es un requisito *sine qua non* para su presencia en el terreno de juego.
 - ✓ **Personal Asistencial de Ambulancias:** El personal auxiliar y técnico paramédico de las unidades móviles debe contar con certificación vigente en **Soporte Vital Básico (BLS/SVB)**.

¹ Manual de la FIFA para Urgencias - El Maletín de Urgencias de La FIFA (FECB, por su sigla en inglés) 2022.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

- ✓ **Verificación:** La LFPP se reserva el derecho de auditar las credenciales y carnés de certificación antes del inicio de la temporada y en las inspecciones previas a cada encuentro.

6.3. Ruta de Evacuación Crítica y Convenios Hospitalarios

Cada club debe presentar ante la LFPP un **Plano de Evacuación Médica** del estadio.

- **Punto de Extracción:** Zona libre de obstáculos desde el terreno de juego hacia la ambulancia. En caso el hecho se suscite en alguna tribuna, inicialmente, el médico, personal paramédico y maletín de emergencia deben desplazarse a dicha zona.
- **Puertas de acceso integradas:** De preferencia en las tribunas debe existir una puerta de comunicación con el campo de juego.
- **Hospital de Referencia:** El club local debe garantizar un convenio de "Recepción Inmediata" con un centro de salud que cuente con **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)** y **Sala de Hemodinámica (Cateterismo)** operativa las 24 horas.
- **Tiempo de Traslado:** En la medida de lo posible, el trayecto ambulancia-hospital no debe exceder los 15-20 minutos, acompañada siempre con escolta policial.

Referencia Operativa: Ver **ANEXO VII. MREC**

VII. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PCS (RESUCITAR)²

7.1. Reconocimiento e Ingreso

Se debe asumir PCS si presenta:

- **Desplome sin contacto:** Caída súbita sin impacto previo
- **Inconsciencia:** No responde a estímulos físicos o verbales.
- **Respiración agónica:** Jadeo o apnea (ignorar si parece estar "respirando" de forma anormal).
- **Convulsiones:** Movimientos mioclónicos breves post-colapso.

7.2. Roles del Plan de Acción de Emergencia (PEAP - FIFA)

² <https://inside.fifa.com/es/health-and-medical/education-awareness/sudden-cardiac-arrest>

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

El equipo médico debe ingresar inmediatamente al detectar el colapso, sin esperar la autorización del árbitro. Se activa el equipo de acción rápida (EAR).

- **Mando Negro** (Líder): Dirección de la escena, cronometraje de ciclos y decisión de traslado.
- **Mando Rojo** (Compresiones-Pecho): Masaje cardiaco externo (100-120 cpm, profundidad 5-6 cm).
- **Mando Verde** (DEA): Operación del desfibrilador y seguridad en la descarga.
- **Mando Naranja** (Vía Aérea- cabeza): Manejo de la oxigenación mediante dispositivos supraglóticos (i-gel) y es quien se comunica con el jugador si recobra el conocimiento.

Referencia Operativa: Ver **ANEXO III** para el Algoritmo de Resucitación en Campo.

7.3. Evacuación y Cuidados Post-Paro (PPC)

- **Traslado:** Se realiza en ambulancia Tipo II/III hacia el centro hospitalario de referencia previamente establecido por el club.
- **Continuidad:** Las maniobras de RCP no deben detenerse durante el transporte hasta que se logre la Actividad Cardiaca Espontánea (ACE) o se declare el deceso en el hospital.

7.4. Protocolo ante "Commotio Cordis"

Se debe capacitar al personal en el reconocimiento del PCS por impacto mecánico directo en el tórax (balonazos o choques fortuitos).

- **Mecanismo:** El golpe ocurre en una ventana de 20 milisegundos durante la repolarización ventricular.
- **Acción:** El tratamiento es idéntico al PCS; sin embargo, el reconocimiento debe ser instantáneo tras el impacto para evitar la confusión con un simple "traumatismo torácico"

Referencia Operativa: Ver **ANEXO V**. Registro de Paro Cardiaco Súbito.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

VIII. GESTIÓN DEL ESCENARIO DE MUERTE SÚBITA (MS)

Si tras el soporte vital avanzado no se logra la recuperación de la circulación espontánea:

- **Declaración de Fallecimiento:** Realizada por el Médico Líder tras constatar asistolia refractaria (mínimo 20 min).
- **Preservación Legal (Perú):** Al ser una muerte en evento público, es una "muerte sujeta a investigación judicial".
 - ✓ el cuerpo no debe ser movido del lugar (protegiendo la dignidad con biombos) hasta la intervención del Ministerio Público (Fiscal de Turno y Médico Legista).
 - ✓ Custodia de Evidencia, el reporte del DEA (memoria interna) y la ficha médica del jugador quedan bajo custodia de la LFPP para fines forenses.

IX. COMUNICACIÓN Y GESTIÓN DE CRISIS

9.1. Suspensión del evento

El Oficial de Partido, previa coordinación con el árbitro del partido y funcionarios de la LFPP, debe suspender el encuentro de forma inmediata por duelo y seguridad.

9.2. Privacidad

La notificación a familiares precede a cualquier comunicado público. Debe ser realizada por el Médico del Club y un representante legal en un entorno privado, nunca en el campo de juego.

9.3. Comunicado Oficial

La LFPP emitirá un boletín técnico-médico, evitando especular sobre la causa clínica hasta el informe de necropsia. Se prohíbe el uso de terminología técnica ambigua en medios de prensa.

Referencia Operativa: Ver **ANEXO VI**. Guía de Comunicación de Crisis.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

X. AUDITORÍA Y SIMULACROS

- 10.1. **Simulacros Anuales:**
Obligatorios y presenciales para todo el personal médico y operativo antes de iniciar el campeonato.
- 10.2. **Supervisión inopinada en entrenamientos y partidos:**
El médico designado por la LFPP efectuar inspecciones de manera inopinada en los entrenamientos y/o partidos de los Clubes en cualquiera de las competiciones organizadas por la LFPP.
- 10.3. **Reporte Epidemiológico:**
Envío obligatorio de la ficha de intervención a la Comisión Médica de la FPF en un plazo máximo de 24 horas tras el evento.

XI. DISPOSICIONES FINALES

- 11.1. **Auditoría Pre-Partido**
Verificación obligatoria 60 minutos antes del inicio del juego (Checklist de campo).
- 11.2. **Capacitación de Jugadores y Staff Técnico**
Se establece como recomendación institucional de **alta prioridad** que la totalidad de las plantillas de jugadores, cuerpos técnicos y personal auxiliar reciban formación periódica en técnicas de **Reanimación Cardiopulmonar (RCP) 'Solo con las Manos' (Hands-Only CPR)**.

Referencia Operativa: Ver **ANEXO IV. Guía Rápida de Emergencia: Salva a un Compañero-Reanimación Cardio-Respiratoria (RCP) "Solo Con Las Manos"**
- 11.3. **Validación**
Este protocolo debe ser validado y actualizado periódicamente por la Comisión Médica de la Federación Peruana de Fútbol (FPF).



PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)

Versión: 01-2026

Elaborado por:
Coordinadora de Calidad y Procesos
(CQP)-LFPP

Responsable Técnico:
Comisión Médica y Unidad Antidopaje
FPF

XII. ESTRUCTURA DE ANEXOS Y REFERENCIAS OPERATIVAS

ANEXO	TÍTULO DEL ANEXO	PUNTO DE REFERENCIA EN EL MANUAL
ANEXO I	CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO-CARDIOVASCULAR (PCMA)	Punto 6.1 (Prevención): Documento clínico que habilita al jugador tras el tamizaje anual.
ANEXO II	FICHA DE AUDITORÍA MÉDICA PRE-PARTIDO (LFPP)	Punto 6.2 (Sesión Informativa): Formato de inspección técnica obligatorio 60 min antes del juego.
ANEXO III	ALGORITMO DE RESUCITACIÓN EN CAMPO (ACTION CARDS)	Punto 7.2 (Ejecución de Roles): Guía visual de la Estrategia de Respuesta Sincronizada (Plan de Juego FIFA).
ANEXO IV	GUÍA RÁPIDA DE EMERGENCIA: RCP "SOLO CON LAS MANOS"	Punto 11.2 (Disposiciones Finales): Material de instrucción rápida diseñado para jugadores y staff en camerinos.
ANEXO V	REGISTRO DE PARO CARDIACO SÚBITO (FIFA SCAR - LFPP)	Punto 7 y 8 (Protocolo de actuación ante PCS/ Gestión de la Muerte Súbita): Reporte epidemiológico obligatorio a remitir post-incidente.
ANEXO VI	GUÍA DE COMUNICACIÓN DE CRISIS: MUERTE SÚBITA	Punto 9 (Comunicación y Gestión de Crisis): Protocolo para el Oficial de Prensa y plantillas de boletines.
ANEXO VII	MAPA DE RUTA DE EVACUACIÓN CRÍTICA (MREC)	Punto 6.3 (Ruta de Evacuación): Plano táctico de salida del estadio hacia el hospital receptor.
ANEXO VIII	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RIESGO CARDIOVASCULAR	Punto 6.1 (Prevención): Documento legal de asunción de riesgo y veracidad de datos del jugador.



**PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL:
PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)**

Versión: 01-2026

Elaborado por:
Coordinadora de Calidad y Procesos
(CQP)-LFPP

Responsable Técnico:
Comisión Médica y Unidad Antidopaje
FPF

ANEXO	TÍTULO DEL ANEXO	PUNTO DE REFERENCIA EN EL MANUAL
ANEXO IX	MALETÍN DE URGENCIAS DE LA FIFA	Punto 6.2 (Maletín de Emergencias FIFA): Listado detallado de insumos y drogas para el soporte vital avanzado.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ANEXO I.

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO-CARDIOVASCULAR (PCMA) LIGA DE FÚTBOL PROFESIONAL PERUANA (LFPP)

1. DATOS DEL FUTBOLISTA

- Apellidos y Nombres: _____
- DNI / Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: / / ____
- Club: _____
- Categoría: () L1 () L2 () L.Fem

2. EVALUACIÓN CLÍNICA (TAMIZAJE DE SÍNTOMAS)

El médico certifica que el jugador ha sido interrogado sobre:

- Síncope o presíncope en esfuerzo: () Negativo () Positivo
- Dolor torácico o disnea desproporcionada: () Negativo () Positivo
- Antecedente familiar de Muerte Súbita (<55 años): () Negativo () Positivo

3. EXÁMENES AUXILIARES OBLIGATORIOS (HITOS DE CONTROL)

ESTUDIO	FECHA DE REALIZACIÓN	RESULTADO / HALLAZGOS
ECG de 12 derivaciones	DD/MM/AAAA	() Normal () Anormal*
Ecocardiografía Doppler	DD/MM/AAAA	() Normal () Anormal*
Prueba de Esfuerzo (Ergometría)	DD/MM/AAAA	() Negativa () Positiva*

**En caso de hallazgos anormales, se requiere adjuntar el informe del cardiólogo especialista con pruebas de segundo nivel (Resonancia Magnética o Holter).*

4. CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN (SEATTLE CRITERIA)

El médico firmante declara que el Electrocardiograma (ECG) ha sido interpretado bajo los Criterios Internacionales de Seattle (2017) para deportistas, discriminando correctamente las adaptaciones fisiológicas del "corazón de atleta" de las patologías con riesgo de Muerte Súbita.

5. DICTAMEN FINAL DE APTITUD

Tras la evaluación integral y el tamizaje cardiovascular realizado, el futbolista se encuentra:

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

- () **APTO:** Sin hallazgos clínicos ni paraclínicos que contraindiquen la práctica del fútbol profesional de alta intensidad.
- () **NO APTO TEMPORAL:** Requiere estudios complementarios para definir riesgo.
- () **NO APTO DEFINITIVO:** Presenta patología con alto riesgo de Muerte Súbita Cardiovascular.

6. CERTIFICACIÓN MÉDICA

Declaro bajo juramento que los datos aquí consignados son veraces y que el tamizaje se ha realizado siguiendo los protocolos de la LFPP y la FIFA.

Lugar y Fecha: _____, ____ de _____ de 202

Firma y Sello del Médico del Club: _____

CMP: _____

(Debe ser Médico Colegiado y Habilitado)

NOTAS PARA LA GESTIÓN OPERATIVA:

1. **Vigencia:** Este certificado tiene una validez de un (01) año calendario.
2. **Referencia:** Este anexo se referencia directamente en el Punto 6.1
3. **Auditoría:** La Comisión Médica de la FPF podrá solicitar los trazados originales del ECG o el video de la Ecocardiografía para auditorías aleatorias de veracidad.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ANEXO II.

FICHA DE AUDITORÍA MÉDICA PRE-PARTIDO (LFPP)

Competición: () Liga1 | () Liga2 | () Liga Femenina | () Copa de la Liga

Sede/Estadio: _____

Partido: _____ **vs** _____

Fecha: DD/MM /AAAA

Hora de Inspección (formato de 24 H): HH:MM

1. DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) - Ley 30200

Es obligatorio contar con un mínimo de dos (02) DEA operativos: uno en zona de campo y otro en zona de espectadores/túnel.

REQUISITO TÉCNICO	ESTADO (S/N)	OBSERVACIONES
Ubicación visible y accesible en zona de bancas		
Encendido y autochequeo de batería (OK)		
Parches de desfibrilación (Adulto y niño) vigentes		Expira:
Parches de repuesto disponibles		
Kit de preparación (rasuradora, tijeras, guantes)		

2. AMBULANCIA Y EVACUACIÓN (Norma MINSA)

Se requiere una unidad Tipo II o III exclusiva para jugadores/oficiales.

ELEMENTO DE VERIFICACIÓN	ESTADO (S/N)	DETALLES
Ambulancia Tipo II o III presente en el recinto		Placa: Empresa:

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ELEMENTO DE VERIFICACIÓN	ESTADO (S/N)	DETALLES
Personal: Médico + Lic. Enfermería/Paramédico		Colegiaturas:
Monitor Desfibrilador/Transporte operativo		
Balón de Oxígeno con carga completa		
Vía de evacuación despejada hacia el campo		
Centro de Salud de Referencia confirmado		Nombre:

3. MALETÍN DE EMERGENCIAS (FIFA MEDICAL BAG - FECB)

Debe estar a pie de campo, preferiblemente junto al médico o banco local.

CATEGORÍA	ÍTEM CRÍTICO	VERIFICACIÓN (S/N)
Vía Aérea	Dispositivos supraglóticos (i-gel / LMA)	
Vía Aérea	Cánulas de Guedel (set completo)	
Vía Aérea	Resucitador manual (Ambú) con reservorio	
Diagnóstico	Glucómetro y Esfigmomanómetro	
Trauma	Collarín cervical rígido (ajustable)	
Trauma	Tabla espinal / Camilla de cuchara	

4. LOGÍSTICA DE EVACUACIÓN

- **Camilla de Terreno:** De cuchara (scoop) o espinal con correas:
[] Sí [] No
- **Ruta de Salida:** Portones abiertos y sin obstáculos hacia la ambulancia:
[] Sí [] No
- **Radio/Comunicación:** Conexión operativa entre Médicos y delegado:
[] Sí [] No

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

5. COORDINACIÓN TÉCNICA (PEAP BRIEFING)

Reunión obligatoria entre médicos de ambos clubes y jefe de ambulancia (60 min antes).

- ✓ ☐ ¿Se definieron los roles (Negro, Rojo, Naranja, Verde)?
- ✓ ☐ ¿Se confirmó la señal de entrada al campo ante PCS (entrada inmediata)?
- ✓ ☐ ¿Se verificó la frecuencia de radio/comunicación para emergencias?

5.1. SESIÓN INFORMATIVA PRE-PARTIDO (MEDICAL BRIEFING)

Sesenta (60) minutos antes del inicio del encuentro, en la sala de delegados o zona de vestuarios, el Médico de Campo de la LFPP liderará el *Medical Briefing* obligatorio, donde se formalizará la asignación de los roles mediante el siguiente registro de verificación:

REGISTRO DE ROLES - MEDICAL BRIEFING

- **Jefe de Equipo (Negro):** _____
- **Vía Aérea (Naranja):** _____
- **Pecho/Compresiones (Rojo):** _____
- **DEA/Equipo (Verde):** _____

6. DICTAMEN DE AUDITORÍA

- ✓ ☐ APTO: Cumple con el 100% de los requisitos críticos.
- ✓ ☐ APTO CON OBSERVACIONES: Deficiencias menores que no impiden el inicio pero deben subsanarse en 24h.
- ✓ ☐ NO APTO: Falta de DEA operativo o Ambulancia Tipo II/III. Riesgo de suspensión del encuentro según bases del campeonato.

Firma Médico/Delegado LFPP:

Nombre y Apellidos:

DNI/CMP:

Firma Médico del Club Local:

Nombre y Apellidos:

DNI/CMP:

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ANEXO III.

ALGORITMO DE RESUCITACIÓN EN CAMPO (ACTION CARDS) ESTRATEGIA DE RESPUESTA SINCRONIZADA - LFPP

1. RECONOCIMIENTO INMEDIATO (¡RECONOCER Y RESPONDER!)

- **Signos:** Jugador se desploma sin contacto + Inconsciente + Respiración agónica/ausente.
- **Acción:** El equipo médico ingresa al campo sin esperar la señal del árbitro. El tiempo objetivo para la primera descarga es < 120 segundos.

2. ASIGNACIÓN DE ROLES POR COLORES (FIFA GAME PLAN)

A. [NEGRO] - JEFE DE EQUIPO (MÉDICO LÍDER)

- Ubicación: Posición central, con visión total de la escena. No realiza maniobras físicas.
- Responsabilidades:
 - ✓ Coordinar la entrada de la camilla y ambulancia.
 - ✓ Cronometrar el evento (ciclos de 2 min) y registrar intervenciones.
 - ✓ Tomar decisiones sobre el traslado y cese de maniobras.
 - ✓ Comunicación directa con el árbitro y delegados.

B. [NARANJA] - VÍA AÉREA (CABEZA)

- Ubicación: Detrás de la cabeza del jugador.
- Responsabilidades:
 - ✓ Abrir vía aérea (maniobra de tracción mandibular si hay sospecha de trauma).
 - ✓ Insertar dispositivo supraglótico (i-gel) de forma inmediata.
 - ✓ Asegurar el sellado de la mascarilla y ventilar con el Ambú (BVM) conectado a O2.

C. [ROJO] - PECHO (COMPRESIONES)

- Ubicación: Al costado del pecho del jugador (derecha o izquierda).
- Responsabilidades:
 - ✓ Iniciar RCP de alta calidad inmediatamente (100-120 cpm / 5-6 cm profundidad).
 - ✓ Minimizar interrupciones en las compresiones (< 10 segundos).
 - ✓ Alternar con el miembro Azul cada 2 minutos para evitar fatiga.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

D. [VERDE] - DEA / DESFIBRILACIÓN

- Ubicación: Lado opuesto al miembro Rojo (o junto a las piernas para manejar el equipo).
- Responsabilidades:
 - ✓ Encender el DEA y colocar parches sobre el tórax desnudo (y seco).
 - ✓ Gritar: "¡FUERA TODOS!" antes de cada análisis y descarga.
 - ✓ Asegurar que nadie toque al paciente durante la desfibrilación.

3. FLUJOGRAMA DE INTERVENCIÓN RÁPIDA

3.1. COLAPSO SÚBITO: Entrada del equipo con DEA y Maletín FECB.

3.2. EVALUACIÓN (5 seg): ¿Responde? ¿Respira?

- ✓ **OPCIÓN A: EL JUGADOR NO RESPONDE / NO RESPIRA (O JADEA)**
 - **INICIO RCP:** Miembro **Rojo** inicia compresiones. Miembro **Verde** coloca parches DEA.
 - **ANÁLISIS DEA:**
 - SI ES RITMO DE CHOQUE: Descarga inmediata + Reiniciar RCP (2 min).
 - NO ES RITMO DE CHOQUE: Continuar RCP (2 min) + Buscar causas reversibles.
 - **CONTROL DE VÍA AÉREA:** Miembro **Naranja** coloca i-gel sin detener compresiones.
 - **EXTRACCIÓN:** Una vez estabilizado el ritmo o por orden del Jefe Negro, iniciar traslado a la ambulancia en RCP activa.
- ✓ **OPCIÓN B: EL JUGADOR SÍ RESPONDE / SÍ RESPIRA (CONSCIENTE)**
 - **POSICIÓN DE SEGURIDAD:** Si no se sospecha trauma cervical, colocar en decúbito lateral para proteger la vía aérea.
 - **MONITOREO PREVENTIVO:** Miembro VERDE coloca los parches del DEA en modo "Monitorización". No desconectar el equipo, ante el riesgo de re-colapso arrítmico.
 - **EXAMEN SECUNDARIO:** Jefe **NEGRO** evalúa pulso, perfusión y signos de focalización neurológica.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

- **OXIGENOTERAPIA:** Miembro **NARANJA** administra oxígeno suplementario si la saturación es baja o hay dificultad respiratoria.
- **EXTRACCIÓN ASISTIDA:** El jugador **debe ser retirado en camilla** de forma obligatoria hacia la ambulancia para evaluación hospitalaria completa. Se prohíbe la salida del campo por sus propios medios.

NOTAS TÉCNICAS:

- **Referencia Operativa:** Este anexo se cita en el Punto 7.2
- **Prioridad del DEA:** Incluso si el jugador está consciente, el DEA es la herramienta diagnóstica principal en campo hasta la transferencia a la ambulancia.
- **Entrenamiento:** Este algoritmo es el que se debe evaluar en los Simulacros Obligatorios (Punto 10.1).
- **Sincronización:** El equipo debe trabajar en silencio absoluto, solo interrumpido por las órdenes del Jefe Negro o las instrucciones del DEA.
- **Comunicación:** El Jefe **NEGRO** debe informar inmediatamente al árbitro y al Oficial de Partido sobre el estado de consciencia para la gestión del reinicio o suspensión del encuentro.



PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)

Versión: 01-2026

Elaborado por:
Coordinadora de Calidad y Procesos
(CQP)-LFPP

Responsable Técnico:
Comisión Médica y Unidad Antidopaje
FPF

Respuesta Sincronizada: Protocolo de Resucitación en Campo (LFPP)

Este protocolo de la LFPP establece una respuesta coordinada inmediata ante un colapso súbito, con el objetivo de realizar la primera descarga del DEA.

ROLES DEL EQUIPO (FIFA GAME PLAN)



FLUJOGRAMA DE ACCIÓN INMEDIATA



Tiempo máximo permitido desde el colapso hasta la administración de la primera descarga eléctrica.



Reconocimiento Crítico (5 seg)

Identificar desplome sin contacto, inconsciencia y respiración agónica para ingresar al campo de inmediato.

Análisis y Traslado

Tras el análisis del DEA, se continúa RCP por 2 min y se traslada en ambulancia activa.



HITO CRÍTICO Y ESPECIFICACIÓN TÉCNICA





PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)

Versión: 01-2026

Elaborado por:
Coordinadora de Calidad y Procesos
(CQP)-LFPP

Responsable Técnico:
Comisión Médica y Unidad Antidopaje
FPF

FLUJOGRAMA DE INTERVENCIÓN RÁPIDA



	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ANEXO IV.

GUÍA RÁPIDA DE EMERGENCIA: SALVA A UN COMPAÑERO REANIMACIÓN CARDIO-RESPIRATORIA (RCP) "SOLO CON LAS MANOS"

¡RECONOCE EL PELIGRO!

Si un jugador se desploma sin contacto, está inconsciente y no respira (o solo jadea), actúa de inmediato. ¡No esperes al árbitro!

PASO 1: PIDE AYUDA Y EL DEA

- Señala a alguien y ordena: "¡Tú, llama al equipo médico y trae el DEA ahora!".
- Asegúrate de que los médicos estén ingresando al campo.

PASO 2: POSICIÓN Y COMPRESIÓN

- Arrodíllate a un lado del pecho del jugador.
- Coloca el talón de una mano en el centro del pecho y la otra mano encima, entrelazando los dedos.
- Mantén los brazos rectos y los hombros directamente sobre tus manos.

PASO 3: PRESIONA FUERTE Y RÁPIDO

- Empuja el pecho hacia abajo con fuerza (5-6 cm de profundidad).
- Deja que el pecho regrese a su posición normal después de cada empujón.
- Mantén un ritmo de 100 a 120 compresiones por minuto.
- **NO TE DETENGAS** hasta que el médico llegue con el desfibrilador o el jugador recupere la conciencia.

RECOMENDACIONES PARA EL CAMERINO:

1. **Impresión:** Debe realizarse en material resistente a la humedad (laminado) y en formato A3 como mínimo.
2. **Ubicación:** Colocar al lado del botiquín del club y en la puerta de salida hacia el campo de juego.
3. **Idioma:** Si el club tiene jugadores extranjeros, se recomienda incluir una versión bilingüe.



PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)

Versión: 01-2026

Elaborado por:
Coordinadora de Calidad y Procesos
(CQP)-LFPP

Responsable Técnico:
Comisión Médica y Unidad Antidopaje
FPF

Guía de Emergencia: RCP "Solo con las Manos"

Esta guía detalla el protocolo de actuación inmediata cuando un jugador se desploma y queda inconsciente. El objetivo es mantener la circulación mediante compresiones torácicas efectivas hasta que llegue asistencia médica profesional o un desfibrilador.

Acción Inicial y Alerta



Identifica el peligro

Actúa si un jugador se desploma sin contacto, está inconsciente y no respira.



Pide ayuda y el DEA

Señala a alguien para que llame al equipo médico y traiga el desfibrilador de inmediato.

Técnica de Reanimación



Posición de las manos

Coloca el talón de una mano en el centro del pecho y la otra encima.



Compresiones efectivas

Presiona con fuerza (5-6 cm) y rapidez (100-120 por minuto) con brazos rectos.



No te detengas

Mantén el ritmo hasta que llegue el médico o el jugador recupere la conciencia.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ANEXO V.

REGISTRO DE PARO CARDIACO SÚBITO (FIFA SCAR - LFPP)

***Instrucción:** Este formulario debe ser completado por el Médico Líder del club afectado y remitido a la Comisión Médica FPF en un plazo máximo de 24 horas posterior al evento.*

1. DATOS DEL INCIDENTE

FECHA DEL EVENTO	HORA EXACTA DEL COLAPSO (Formato 24H)	FASE DEL EVENTO		LUGAR DEL INCIDENTE	
DD/MM/AAAA	HH:MM	() Liga1	() Liga2	() Terreno de juego	() Vestuarios
		() Liga Femenina	() Copa de la Liga	() Graderías	() Otro

2. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS		EDAD		DNI/PAS/CEX	
NOMBRE DEL CLUB		POSICIÓN			
ANTECEDENTES DE TAMIZAJE	SI () NO ()	FECHA DE ULTIMO EKG			DD/MM/AAAA

3. MECANISMO Y RECONOCIMIENTO

MECANISMOS DE COLAPSO	Sin contacto previo ()
	Tras traumatismo torácico (commotio Cordis) ()
SIGNOS DETECTADOS	Inconsciencia ()
	Respiración agónica/Jadeo ()
	Convulsiones mioclónicas ()
TIEMPO ENTRE COLAPSO E INICIO DE RCP	_____ Minutos

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

4. REANIMACIÓN Y DESFIBRILACIÓN (HITOS TEMPORALES)

- ¿Se utilizó DEA?: () Sí | () No
- Tiempo entre el colapso y la 1ra Descarga: _____ minutos. (Objetivo: < 2 min)
- Ritmo inicial detectado por el DEA:
 - () Ritmo de Choque (Fibrilación Ventricular / Taquicardia Ventricular)
 - () Ritmo No Desfibrilable (Asistolia / Actividad Eléctrica sin Pulso)
- Número total de descargas: _____
- Manejo de Vía Aérea: () Mascarilla laríngea/i-gel | () Intubación ET | () Solo oxígeno

5. DESENLACE Y TRASLADO

- Recuperación de Circulación Espontánea (ACE) en campo: () Sí | () No
- Estado al momento del traslado: () Con pulso/Inconsciente | () Con pulso/Consciente | () En RCP activa
- Centro Hospitalario de destino:

- Desenlace final (a las 24h): () Sobreviviente | () Fallecido (Muerte Súbita)

6. OBSERVACIONES DEL MÉDICO LÍDER

(Describe brevemente cualquier dificultad técnica, falla de equipo o retraso en la cadena de supervivencia):

Firma y Sello del Médico: _____ CMP: _____

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ANEXO VI.

GUÍA DE COMUNICACIÓN DE CRISIS: MUERTE SÚBITA EN EL ESTADIO LIGA DE FÚTBOL PROFESIONAL PERUANA

1. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

- **Veracidad:** No especular sobre causas médicas hasta el informe de necropsia.
- **Empatía:** El tono debe ser de profundo respeto y sobriedad.
- **Control:** Centralizar toda la información en un solo vocero oficial (Director o Jefe de Comunicaciones LFPP).

2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INMEDIATA (0-60 MINUTOS)

a. Fase 1: Durante las maniobras de RCP

Mientras el equipo médico interviene, el Oficial de Prensa (OP), en coordinación con el Director o Jefe de prensa de la LFPP debe:

- **Restringir el acceso visual:** Coordinar con seguridad para que el personal de campo o suplentes formen un cerco o utilicen mantas térmicas/biombos si es posible.
- **Solicitar respeto a las televisoras:** Gestionar con el productor de la transmisión (Broadcaster) que se eviten los primeros planos del jugador afectado y se cambie a tomas generales o de tribuna.
- **Silencio en Redes:** Suspendir de inmediato toda publicación programada de carácter festivo o comercial en las cuentas oficiales de la Liga y de los clubes involucrados.

b. Fase 2: Tras la confirmación del deceso (Muerte Súbita)

Una vez que el Médico Líder confirma el fallecimiento:

- **Confirmación de Identidad:** Verificar que la familia directa ha sido notificada antes de cualquier anuncio público.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

- **Suspensión Oficial:** Informar que el partido ha sido suspendido por "emergencia médica grave", sin usar la palabra "muerte" o "fallecimiento" en los primeros 15 minutos, hasta tener el *holding statement* listo.

3. MATRIZ DE MENSAJES (HOLDING STATEMENTS)

MOMENTO	CANAL	MENSAJE SUGERIDO
T+10 min (Incidente)	Twitter/X / Altavoces	"El encuentro entre [Club A] y [Club B] se encuentra suspendido debido a una emergencia médica en el campo. Solicitamos a la afición mantener la calma."
T+60 min (Confirmación)	Comunicado Oficial	"La LFPP lamenta profundamente informar el sensible fallecimiento de nuestro jugador [Nombre]. Nos unimos al dolor de su familia y del club [Nombre]. Se suspenden las actividades de la jornada."

4. GESTIÓN DE LA CONFERENCIA DE PRENSA (POST-EVENTO)

Si la situación escala, se debe convocar a una breve declaración (no sesión de preguntas) con el siguiente orden de prelación:

- Presidente de la LFPP/ Gerente General: Anuncio del duelo y suspensión de la fecha.
- Presidente de la Comisión Médica FPF: Breve reporte procesal (ej. "Se activaron los protocolos y el DEA en menos de 2 minutos, pero lamentablemente no hubo respuesta"). No dar detalles técnicos de la causa de muerte.

5. ACCIONES PROHIBIDAS (LO QUE NUNCA DEBE HACER EL OP)

- **Difundir videos:** Prohibido compartir o validar videos del desplome.
- **Dar diagnósticos:** Nunca decir "fue un infarto" o "tenía una cardiopatía". La terminología correcta es "Paro Cardíaco Súbito".

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

- **Atender llamadas "off the record":** Todo periodista debe ser derivado al comunicado oficial para evitar filtraciones contradictorias.

6. CHECKLIST DEL OFICIAL DE PRENSA

- ☐ ¿Se notificó primero a la familia?
- ☐ ¿Se coordinó con el árbitro para la versión oficial de la suspensión?
- ☐ ¿Se retiró la publicidad digital dinámica del estadio (vallas LED)?
- ☐ ¿Se informó a la LFPP/CONMEBOL / FIFA según el manual de operaciones?

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ANEXO VII.

MAPA DE RUTA DE EVACUACIÓN CRÍTICA (MREC) LIGA DE FÚTBOL PROFESIONAL PERUANA (LFPP)

1. OBJETIVO OPERATIVO

Garantizar el traslado del jugador desde cualquier punto del terreno de juego hasta la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital de referencia en el menor tiempo posible, eliminando cuellos de botella logísticos.

2. COMPONENTES DEL MAPA (DISEÑO ESPECÍFICO POR SEDE)

Cada club debe adjuntar el plano técnico de su estadio marcando con simbología estándar:

- **PUNTO DE EXTRACCIÓN (E):** Zona en la banda (usualmente entre los bancos de suplentes) donde se realiza la transferencia del jugador de la camilla de campo a la camilla de la ambulancia.
- **RUTA ROJA (Vía de Evacuación):** Trayecto señalizado desde el campo hasta la puerta de salida del estadio. Debe estar libre de cables, alfombras sueltas, personal de prensa o seguridad.
- **ZONA DE ESTACIONAMIENTO MÉDICO (ZEM):** Ubicación exacta de la Ambulancia Tipo II/III. Debe permitir la salida directa sin necesidad de maniobras de retroceso complejas.

3. PROTOCOLO DE APERTURA DE VÍAS

El Responsable de Seguridad del Estadio, en coordinación con el Mando Negro (Jefe Médico), debe asegurar:

- **Llaves y Accesos:** Todos los portones de la "Ruta Roja" deben estar sin candado o con personal asignado con llave maestra desde 90 min antes del partido.
- **Despeje de Prensa:** Los fotógrafos y camarógrafos tienen prohibido situarse en la línea de visión o trayectoria de la Ruta Roja.
- **Escolta Policial:** Si el hospital de referencia se encuentra a **más de 10 minutos**, se debe pre-coordinar una unidad de la PNP (Águilas Negras o Tránsito) para abrir paso a la ambulancia.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

4. DATOS DEL HOSPITAL DE REFERENCIA (FICHA DE DESTINO)

Este cuadro debe ser llenado obligatoriamente en el Medical Briefing:

- Hospital Principal: _____
- Dirección: _____
- Tiempo estimado de traslado (con sirena): _____ minutos.
- Contacto de Emergencias (Pre-alerta): _____

5. VERIFICACIÓN DEL COMISARIO (CHECKLIST FINAL)

- ☐ ¿La ruta de la camilla al túnel de salida tiene un ancho mínimo de 2,5 metros?
- ☐ ¿Hay rampas operativas en caso de existir desniveles o gradas?
- ☐ ¿El conductor de la ambulancia está dentro del vehículo con el motor listo durante el juego?

NOTAS DE GESTIÓN:

- **Simulacro:** La Ruta de Evacuación debe ser recorrida físicamente por el equipo médico y los camilleros durante el simulacro previo al inicio del partido.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ANEXO VIII.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y PARTICIPACIÓN DEPORTIVA (LFPP)

1. DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE RIESGO

Yo, _____, identificado con DNI/Pasaporte N° _____, en mi calidad de futbolista profesional, del club _____, declaro tener pleno conocimiento de que la práctica del fútbol de alta competencia implica una exigencia física extrema que conlleva riesgos intrínsecos para la salud, incluyendo, entre otros, lesiones musculoesqueléticas, traumatismos y, en casos excepcionales, eventos de **Paro Cardíaco Súbito (PCS)**.

2. COMPROMISO DE TRANSPARENCIA Y VERACIDAD

Declaro bajo juramento que he proporcionado al Departamento Médico de mi Club toda la información veraz y completa sobre mis antecedentes personales y familiares de salud, incluyendo:

- Episodios previos de desmayos (síncopes), palpitaciones o dolor torácico durante el ejercicio.
- Antecedentes familiares de muerte súbita o enfermedades cardíacas a edades tempranas.
- Consumo de medicamentos, suplementos nutricionales o sustancias bajo prescripción o de venta libre.

3. ACEPTACIÓN DEL PROTOCOLO DE TAMIZAJE (PCMA)

Manifiesto mi consentimiento libre y voluntario para someterme a las evaluaciones anuales de Tamizaje Cardiovascular dispuestas por la LFPP (ECG, Ecocardiografía, Prueba de Esfuerzo y analíticas), autorizando al equipo médico a realizar las pruebas adicionales que se consideren necesarias para garantizar mi seguridad deportiva.

4. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

En caso de presentar un evento de pérdida de conciencia o colapso súbito en el campo de juego o entrenamientos, autorizo expresamente al personal médico acreditado (Médicos de Club, Médicos de Campo y Paramédicos) a aplicar las maniobras de resucitación necesarias, incluyendo el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) y el traslado asistido a un centro hospitalario.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

5. CLÁUSULA DE PRIVACIDAD Y DATOS SENSIBLES

De conformidad con la Ley N° 29733 (Ley de Protección de Datos Personales), autorizo que mis datos de salud sean compartidos exclusivamente entre el Departamento Médico de mi Club y la Comisión Médica de la FPF y la LFPP con fines preventivos, estadísticos y de salvaguarda de la vida.

6. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Habiendo sido instruido sobre los protocolos de emergencia existentes y habiendo cumplido con las evaluaciones preventivas, asumo los riesgos inherentes a la competición profesional, exonerando de responsabilidad civil o administrativa a la LFPP y a la FPF.

Lugar y Fecha: _____, ____ de _____ de 202

Firma del Jugador: _____ Huella Digital: (Índice Derecho)

DNI/PAS/CEX: _____

Firma del Médico del Club (Como testigo): _____

CMP: _____

NOTAS TÉCNICAS PARA LA GESTIÓN:

- **Referencia:** Este documento debe ser referenciado en el Punto 6.1
- **Custodia:** El original debe reposar en la historia clínica del jugador en el Club y una copia digital debe ser cargada en el sistema que la LFPP determine.
- **Legalidad:** Este anexo actúa como una barrera de defensa legal (asunción de riesgo) frente a posibles demandas por responsabilidad civil objetiva.

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

ANEXO IX.

EL MALETÍN DE URGENCIAS DE LA FIFA (FECB, POR SU SIGLA EN INGLÉS) 2022

En 2012, la FIFA reconoció la necesidad de homogeneizar el nivel de atención que se puede ofrecer a los jugadores que participan en torneos reconocidos de la FIFA, como la Copa Mundial de la FIFA*.

Al decidir el contenido del maletín de urgencias de la FIFA se tuvo en cuenta la naturaleza internacional del fútbol, mientras que al mismo tiempo se reconoce la necesidad de un nivel óptimo de atención de urgencias del fútbol para todos, a un nivel que todas las asociaciones miembro deben perseguir durante los entrenamientos y competiciones, con independencia de la ubicación.

No obstante, se debe entender que solo garantiza un nivel mínimo. Todas las selecciones nacionales pueden ampliar las listas del equipamiento necesario si lo desean, siempre que hacerlo no afecte a la capacidad del médico responsable de ofrecer el nivel esperado de atención tal como se detalla en este manual y en los cursos complementarios de la FIFA. Cuantas más cosas haya en el kit, mayor será el riesgo de que nos perjudique o distraiga de usar una alternativa más sencilla y eficaz.



Por lo tanto, aunque el personal médico individual o del equipo pueda añadir otros elementos a su juicio en el FECB, debido a las circunstancias locales, se recomienda que no se desvíe del inventario básico del FECB y que siempre esté disponible cuando lo use el personal médico de servicio, de acuerdo con las recomendaciones de la FIFA. Esto garantizará una coherencia del contenido en los partidos y permitirá que se entregue a los profesionales sanitarios de distintos equipos que pueden trabajar de forma conjunta, en el mismo campo, en uno o más jugadores, usando varios FECB, todas con el mismo contenido básico.

A la vanguardia de la buena atención clínica, se debe recordar que lo sencillo es lo que supone un factor más decisivo, ya que la complejidad puede ser enemiga del éxito en una situación de urgencia.

La versión de 2022 del FECB se ha diseñado, por tanto, usando los principios de los factores humanos de la ergonomía para conseguir un maletín cuyo contenido, en realidad, se basa en lo que se considera en el nivel mínimo de la FIFA.

El propósito de esto es garantizar que incluso si alguien no ha usado nunca el maletín, tenga claro dónde se guarda y ubica cada elemento del equipamiento de forma que pueda acceder a él con facilidad y sin demora. Cuando se utiliza algún equipamiento que no se ha diseñado de esta forma, es habitual ver a los candidatos durante las

- 1- Aspiración
- 2- Fonendoscopio y sonda de sat.
- 3- Ambú
- 4- Vías respiratorias
- 5- Tubo endotraqueal quirúrgico opcional
- 6- Mascarilla de oxígeno
- 7- Mascarilla de nebulización
- 8- Mascarilla de bolsillo
- 9- Espirómetro
- 10- Cámara de inhalación
- 11- Heridas
- 12- Fármacos
- 13- Diagnóstico
- 14- Seguridad/EPI
- 15- Desfib.
- 16- Líquidos
- 17 /18 - Elevar para acceder circulación

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

simulaciones vaciar sencillamente todo el contenido del maletín médico de campo en el suelo para intentar localizar el elemento del equipamiento que necesitan.

El FECB se ha diseñado para que se utilice durante los entrenamientos y la competición por parte de todas las asociaciones miembro de la FIFA a nivel internacional. Es el maletín de emergencia médica recomendado para los médicos de los equipos de fútbol, los equipos médicos en el terreno de juego y otros profesionales sanitarios de servicio durante los partidos de fútbol.

CONTENIDO DEL FECB

El contenido del FECB se ha diseñado teniendo en cuenta las situaciones probables de urgencia que pueden surgir en el campo. La prioridad pasa por un equipamiento de rescate inmediato en lugar del que se utiliza exclusivamente para las heridas. El contenido es apto para una edad prevista de más de 14 años y un peso superior a los 50 kg.

El equipamiento se ha agrupado de forma que los accesorios para las vías respiratorias se plieguen unos dentro de los otros para que ocupen el menor espacio posible. El resto de elementos necesarios para evaluar las vías respiratorias, la respiración y la circulación están dispuestos de forma clara y etiquetados. Se puede acceder fácilmente al DESA desde su propio compartimento. También se dispone de equipamiento para diagnóstico y heridas y todos los compartimentos están etiquetados y sellados con cierres impermeables para garantizar que el contenido permanezca seco en todo momento a menos que se acceda a él.

El oxígeno es un elemento fundamental de nuestros procesos de atención inmediata, pero básicamente también es algo con lo que no podemos viajar en avión y, por tanto, el maletín se puede conectar a un cilindro CD externo cuando sea necesario. Por lo tanto, no se desaprovecha espacio en el interior del FECB y el peso se reduce.

En cada maletín hay sitio para líquidos i.v., aunque no estén incluidos por norma, ya que se consideran medicamentos y se deben incorporar en función de las preferencias del facultativo.

Los dos lados del FECB cuentan con bandejas extraíbles para permitir a los médicos limpiar, cambiar y reponer el kit de forma sencilla, así como hacer que los FECB sean extraordinariamente funcionales.



- 1- Aspiración
- 2- Fonendoscopio y sonda de sat.
- 3- Ambú
- 5- Tubo endotraqueal quirúrgico opcional
- 6- Mascarilla de oxígeno
- 7- Mascarilla de nebulización
- 8- Mascarilla de bolsillo
- 9- Espirómetro
- 10- Cámara de inhalación

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

Contenido normalizado del FECB

Vías respiratorias	Aspiración CNF de tamaño 6 CNF de tamaño 7 CNF de tamaño 8 Guedel de tamaño 2 Guedel de tamaño 3 Guedel de tamaño 4 i-gel de tamaño 4 i-gel de tamaño 5 Optilube Pinza de Magill	Respiración (breathing)	Ambú Mascarilla con reservorio de O2 Mascarilla de nebulización Mascarilla de bolsillo Cámara de inhalación	Circulación	Cánula i.v. 14G Cánula i.v. 16G Jeringuilla 10 ml Jeringuilla 5 ml Aguja 23G Aguja 21G Vecafix Torniquete Gasa pequeña 5x5 cm Sterets Tijeras pequeñas Juego de administración de líquidos por vía i.v. Desfibrilador Philips HS1
Columna cervical	Collarín rígido				
Diagnóstico	Fonendoscopio Tensiómetro Glucómetro Sonda de saturación Espirómetro Linterna de bolsillo Termómetro digital	Heridas	Juego para suturas Sutura 2/0 Sutura 4/0 Steristrips 6 mm Steristrips 3 mm Leukoplast Finepore Apósito de gasa 10 cm Tijeras para vendaje Colirio	EPI	Delantales Guantes medianos Guantes grandes Alcohol en gel Gafas protectoras Recipiente para objetos punzocortantes

	PROTOCOLO DE MANEJO INTEGRAL: PARO CARDIACO SÚBITO (PCS) Y MUERTE SÚBITA (MS)	Versión: 01-2026
		Elaborado por: Coordinadora de Calidad y Procesos (CQP)-LFPP
		Responsable Técnico: Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF

COMITÉ DE ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN

El presente protocolo ha sido desarrollado, revisado y validado bajo la supervisión técnica de las autoridades médicas y operativas del fútbol peruano:

Entidades Rectoras:

- **Comisión Médica y Unidad Antidopaje de la FPF**
- **Liga de Fútbol Profesional Peruana (LFPP)**

Elaborado por:

- **Mery Bobbio-** Coordinación de Calidad y Procesos de la LFPP (*Responsable de la estructura normativa y primer borrador técnico*)

En Colaboración y Revisión Técnica de:

- **Dr. Gustavo Cabanillas-**Presidente de la Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF.
- **Dr. Victor Carpio-**Vicepresidente de la Comisión Médica y Unidad Antidopaje FPF.
- **Jesús Gonzales-** Gerente General de la LFPP.