

# Formulario de Protocolo de Regreso al Juego (RTP) por Concusión de la NCHSAA

Nombre del estudiante-deportista: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_

\*Cualquier estudiante-deportista con una concusión DEBE llenar todo el Formulario de Protocolo de Regreso al Juego (RTP) de la NCHSAA antes de reanudar la participación plena en las actividades deportivas. Se acepta un progreso paso a paso de esfuerzo cognitivo y físico como el enfoque adecuado para garantizar que se ha resuelto una concusión y permitirle a un estudiante-deportista reiniciar las actividades deportivas de forma segura. El Protocolo RTP de Concusión de la NCHSAA ha sido diseñado usando este progreso paso a paso.

\*El Protocolo RTP de Concusión de la NCHSAA puede ser supervisado por cualquiera de los siguientes proveedores de cuidado de salud con licencia(LHCP): Médico Licenciado (MD/DO), Entrenador Deportivo Licenciado, Asistente Médico Licenciado, Enfermero Practicante Licenciado, o un Neuropsicólogo Licenciado. Un socorrista puede supervisar el Protocolo RTP bajo la dirección de un LHCP si éste no está disponible directamente.

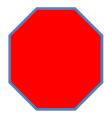
\*La evidencia muestra que se puede comenzar el **ejercicio rápidamente** (típicamente dentro de 24-48 horas después de la concusión) con un seguimiento cuidadoso. El Protocolo de Regreso al Juego descrito a continuación demuestra el programa aprobado por la NCHSAA, que permite a los estudiantes-deportistas regresar a la actividad de forma segura. Esta actividad física temprana ("**ejercicio prescrito**") debe ser dirigida clínicamente y puede incluir ejercicio prescrito aeróbico y de resistencia ligera (todo sin ningún riesgo de trauma en la cabeza).

\*Los estudiantes-deportistas deben ser evaluados diariamente a medida que avanzan en el protocolo y DEBEN ESTAR SIN SÍNTOMAS DURANTE Y DESPUÉS DE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS Y FÍSICAS ANTES DE QUE SE LES PERMITA PASAR A LA FASE 4.

## EJERCICIO PRESCRITO PARA EL TRATAMIENTO DE CONCUSIONES

ETAPA	ESTRATEGIA DE EJERCICIO	META	FECHA(S) TRABAJADAS	COMENTARIOS	SEGUIMIENTO POR
<p><b>En esta sección se indica un ejemplo adecuado de un programa de ejercicios prescrito como parte del plan de tratamiento de un deportista. Se espera que el deportista tarde más de 24 horas en finalizar cada una de las etapas 1-3. Cada etapa suele durar un mínimo de 24 horas.</b></p> <p><b>*Las etapas 1 a 3 pueden realizarse mientras el deportista experimenta síntomas; sin embargo, los síntomas no deben aumentar más de 2 puntos en una escala de 1 a 10 durante o después de la actividad y no deben durar más de una hora.</b></p>					
1	Actividad limitada por los síntomas (como caminar o bicicleta estática) según prescripción del LHCP. Actividades diarias que no afecten los síntomas.	Intensidad/esfuerzo percibidos: actividad diaria			
2A	Ejercicio aeróbico ligero (hasta aproximadamente el 55% de la FC máxima). Puede incluir un entrenamiento de resistencia ligero que no provoque más que una exacerbación leve y breve de los síntomas de la concusión*.	Intensidad/esfuerzo percibidos: fácil / ligero; aumento de la FC			
2B	Ejercicio aeróbico moderado. (Hasta aproximadamente el 70% de la FC máxima) Puede incluir un entrenamiento de resistencia ligero que no provoque más que una exacerbación leve y breve de los síntomas de la concusión*.	Intensidad/esfuerzo percibido: moderado / medio; aumento de la FC			
3	Ejercicios de agilidad específicos del deporte en tres planos de movimiento. Estas actividades no deben suponer ningún riesgo de lesión craneal (como el manejo de la pelota, el regateo de un balón de fútbol, etc.).	Intensidad/esfuerzo percibido: moderado; cambio de dirección y movimiento multiplanar; aumento del movimiento de la cabeza y los ojos.			

## Formulario de Protocolo de Regreso al Juego (RTP) por Concusión de la NCHSAA



Antes de pasar a la ETAPA 4, ¿el deportista ya no presenta síntomas en reposo y con el ejercicio prescrito? ¿Con esfuerzo cognitivo?

**ATENCIÓN PRIMEROS EN RESPONDER:** Si el RTP ha sido supervisado por un Primer Responsable (FR), el FR debe firmar a continuación dando fe de que ha revisado el progreso del deportista durante la etapa 3 por vía electrónica, por teléfono o en persona con el LHCP, y que el deportista ha sido autorizado para pasar a la etapa 4. El LHCP supervisor debe ponerse en contacto con el deportista cuando éste finalice la etapa 5, por teléfono o en persona. El LHCP supervisor deberá ser contactado electrónicamente, por teléfono o en persona cuando el deportista finalice la etapa 5.

Firma del FR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ETAPA	ESTRATEGIA DE EJERCICIO	META	FECHA TRABAJADA	COMENTARIOS	SEGUIMIENTO POR
4	Participar en ejercicios de entrenamiento sin contacto. Calentamiento y estiramientos x 10 minutos. Actividad intensa específica del deporte/ <u>práctica sin contacto</u> y ejercicios de agilidad x 30-60 minutos.	Intensidad/esfuerzo percibidos: alta/velocidad de juego; movimiento multiplano con coordinación de multitarea y esfuerzo cognitivo.			
5	Participar en prácticas completas. Si se trata de un deporte de contacto, se permite la práctica de contacto controlado.				
Reanudar la participación plena y <b>sin restricciones</b> en las competencias.					

### SUPERVISIÓN DEL PROTOCOLO DE REGRESO AL JUEGO (RTP)

**La persona que supervisó el protocolo de regreso al juego del estudiante-deportista debe firmar y fechar a continuación cuando se haya finalizado con éxito la etapa 5.**

Al firmar a continuación, doy fe que he supervisado el protocolo de regreso al juego del estudiante-deportista mencionado hasta la etapa 5.

Firma del médico licenciado, entrenador deportivo licenciado, asistente médico licenciado, Enfermero licenciado, neuropsicólogo licenciado o socorrista (marque con un círculo)

Fecha

Nombre en letra de molde

### REGRESO AL JUEGO

**Como el LHCP examinador, yo atestiguo que el estudiante-deportista mencionado no presenta señales clínicas y reporta que él/ella está sin síntomas en reposo y con esfuerzo cognoscitivo y físico, y que el estudiante-deportista mencionado ha finalizando exitosamente el Protocolo de Regreso al Juego por Concusión de la NCHSAA hasta la etapa 5. Al firmar abajo, doy mi consentimiento al estudiante-deportista mencionado para reanudar su participación plena en las actividades deportivas sin restricciones.**

Firma del médico licenciado, entrenador deportivo licenciado, asistente médico licenciado, Enfermero licenciado, neuropsicólogo licenciado (marque con un círculo)

Fecha

Nombre en letra de molde

Consentimiento del parent/madre/tutor legal para que su estudiante reanude la participación plena en las actividades deportivas  
**Soy consciente que la NCHSAA EXIGE el consentimiento de los padres o tutores legales de un estudiante antes de que pueda reanudar su participación plena en actividades deportivas después de haber sido evaluado y tratado por una concusión. Reconozco que el Proveedor de Cuidado de Salud licenciado ha supervisado el tratamiento de la concusión de mi hijo(a) y ha dado su consentimiento para que mi hijo(a) reanude su participación plena en los deportes. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reanude su participación plena en las actividades deportivas.**

Firma del parent/madre/tutor legal

Fecha

Por favor escriba su nombre y relación con el estudiante-deportista

Revisado en julio del 2024