

BIBLIOGRAFIA

Los artículos marcados con un asterisco (*), por considerarlos de interés, se han resumido y se publican al final de la referencia de cada revista.

«MEDICINE DU SPORT». — Marzo, 1979.
— T. 53 núm. 2.

- *—«Estudio comparativo del consumo máximo de oxígeno y de los diferentes parámetros fisiológicos en atletas de diferentes disciplinas deportivas», M. Damal, Saidi y colb.
- «Dietética en una prueba de fondo». Strasbourg - Paris, 1978, P. Pilardeau y colb.
- «Control médico de la sección Escuela de Judo del Liceo Técnico nacionalizado industrializado de Strasbourg. Años 1976-77», J. Mery y colb.
- *—«Raquis y tenis», F. Commandré.
- «Efectos de un aporte exógeno de dihidrotestosterona sobre las variaciones de los andrógenos plasmáticos durante esfuerzos prolongados», R. Morville y colb.
- «Electrocardiografía en una prueba de marcha: Strasbourg - Paris», P. Pilardeau y L. Valeri.
- «Bases fisiológicas de la aptitud física», J. P. Eclache.

* «ESTUDIO COMPARATIVO DEL CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO Y DE LOS DIFERENTES PARÁMETROS FISIOLÓGICOS EN ATLETAS DE DIFERENTES DISCIPLINAS DEPORTIVAS». — M. A. BRIKCI, M. DJAMAL SAIDI, J. BELLEVILLE.

En este trabajo los autores determinan los valores del consumo máximo de oxígeno, de la frecuencia cardíaca máxima y de la expulsión máxima de gas carbónico y estudia las respuestas de los sistemas cardiovascular y pulmonar en ciclistas, corredores de medio fondo, futbolistas, pentatlonianos, sprinters y estudiantes no entrenados, sometidos a un programa de trabajo en la bicicleta ergométrica, terminando por un trabajo máximo.

Los valores absolutos más elevados del consumo de oxígeno máximo y de la eyección máxima de gas carbónico se observan en los ciclistas y corredores de medio fondo.

Los valores más bajos de la frecuencia cardíaca máxima se sitúa en los futbolistas.

La recuperación se efectúa más rápidamente en los pentatlonianos y en los sprinters.

Consideran que estas diferencias pueden expli-

carse por una mejoría más elevada de la capacidad de «endurance» en los ciclistas y en los corredores de medio fondo por el hecho del entrenamiento en relación con los deportistas de otras disciplinas.

* «RAQUIS Y TENIS». — F. COMMANDRE.

El autor examina el desarrollo del raquis pasando los puntos de osificación en las diversas fases del crecimiento. Pasa revisión a la biomecánica de la columna vertebral, entrando luego a considerar los mecanismos de acción del tenis sobre el raquis.

Señala como sola contraindicación la distrofia vertebral de crecimiento y la escoliosis en período evolutivo.

Es un deporte asimétrico, pero si se realiza bien, resulta beneficioso en el conjunto del eje raquídeo. La única condición es la conservación de una excelente musculatura para el adulto y el sujeto de edad.

«MEDICINE DU SPORT». — Mayo, 1979.
— Núm. 3.

- «Estudio diferencial de las variaciones de temperatura de la frecuencia cardíaca y de la frecuencia respiratoria durante el aprendizaje del entrenamiento autógeno de Schultz», J. Vanfraechem y colb.
- «Accidentes de la inmersión. Estadísticas. Aproximación Bayesiana», C. Missirliu y colb.
- «Ruptura muscular por arrancamiento de las espinas ilíacas durante ejercicios deportivos. A propósito de cuatro observaciones», G. Lang y colb.
- «Organización de un consultorio regional de control de entrenamiento», P. Pilardeau y colb.
- *—«Los calambres del deportista», G. Azemar.
- «Aspectos médicos del deporte femenino: consideraciones generales y prácticas», C. N. Deporte Femenino.
- «Técnica del esquí de fondo y VO₂ máx», J. P. Vicent.

* «LOS CALAMBRES DEL DEPORTISTA». — GUY AZEMAR.

Es conveniente distinguir fundamentalmente los calambres de esfuerzo, que aparecen durante o inmediatamente después del ejercicio físico, de los calambres de reposo de predominio nocturno. Estos últimos parecen depender de una perturbación del retorno venoso, mientras que los primeros son resultado de una insuficiencia re-

lativa del flujo arterial, o de una isquemia transitoria inducida por las contracciones isométricas mantenidas en un sector muscular expuesto a «surmenaje» —trastornos enzimáticos, metabólicos, hidro-electrolíticos, etc.—. Los calambres de un deportista entrenado —esgrima, tenis, fútbol, etc.— es por excelencia una rampa de esfuerzo. La fatiga no es suficiente para explicar que ellos se desencadenen, particularmente en las fases terminales de una competición de alto nivel. Es consecuencia de las perturbaciones bioquímicas musculares, pero parece favorecida por factores psicoafectivos, que conducen a un descenso del umbral de oxidabilidad de las neuronas motoras. La hiperactividad central facilita la entrada del músculo en el círculo vicioso de los calambres, que se reafirma sobre la isquemia.

Los calambres del deportista entrenado exigen un tratamiento eficaz y rápido sobre el terreno a fin de no comprometer la continuación de la competición.

Varios años de experiencia en las pruebas deportivas de alto nivel, especialmente en esgrima, nos han permitido constatar la eficacia de un tratamiento fundamentado en la colocación de un torniquete venoso durante unos minutos. Se trata de provocar una hipertermia local con el fin de activar los recambios de membrana. La duración del torniquete sirve para completar el aporte hidro-mineral. Al retirar el obstáculo venoso, se asegura un drenaje del miembro sin tocar el músculo afecto de calambres —riesgo de microtensiones— seguido de un desentumecimiento permitiendo las contracciones fásicas, que permiten restablecer las condiciones neuro-musculares del esfuerzo.

26 citas bibliográficas.

«ARCHIVOS SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA DEL DEPORTE». — Vol. 23. — Marzo, 1979.

- «Clasificación fisiológica de las actividades deportivas y función cardiovascular», A. dal Monte.
- «La electrocardiografía en cardiología del deporte», A. Venerando.
- «Somatotipo, composición corporal y rendimiento deportivo de levantadores de pesas juveniles sudamericanos», J. de D. Godoy y colb.
- «Los efectos del entrenamiento sobre el aparato cardiovascular», R. Rost.
- «Neumoartografía como ayuda diagnóstica en lesiones meniscales», A. Pavez.

«STADIUM». — Año 12. — Diciembre 1978. — Núm. 72.

- «Los 400 metros con vallas para damas», A. Ewen.
- «Baloncesto: El contraataque», M. Sáinz.
- «En la búsqueda de la máxima eficiencia técnica», F. Nievas.
- «El período preparatorio dentro del proceso del entrenamiento deportivo», Jorge de Hegedüs.
- «Handball fundamental: propuesta de trabajo para 15 clases», G. Pedersen.
- «Algunos principios científicos para la enseñanza de la natación», S. Astel y colb.

- «Voleibol: Organización del equipo para la defensa», Y. Matsudaira.
- «¿Puedo o no puedo hacer deporte?», A. Castelló Roca.
- «Diabetes y deporte», J. P. de Mondenard.
- «De la base a la cúspide», R. Bobin.

«STADIUM». — Año 13. — Rebrero, 1979. — Núm. 73.

- «Del salto en largo con un solo paso al salto con tijera de dos pasos y medio», H. Klimer.
- «Sugerencias para la construcción de pistas atléticas», G. Caamaño.
- «Basquetball: el contraataque», M. Sáinz.
- «Ejercicios para desarrollar la potencia de las piernas en atletas escolares», G. Fritzsche.
- «Terminología y nuevas orientaciones sobre el tema de la resistencia», J. de Hegedüs.
- «Handball: La preparación del arquero», B. Petschaelis y W. D. Schmiedt.
- «Touch Rugby», Tony Buitin.
- «Voleibol: el bloqueo», J. Kozak.

«REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA DEL DEPORTE». — Año 1. — Núm. 1. — Junio, 1978.

- «Concepto de medicina del deporte», B. B. Lozada.
- «Organización del apoyo sanitario para el mundial de fútbol 1978», H. M.
- «Bovone», N. Getta.
- «El consultorio médico de A. F. A.», E. C. A. De Filippis Novoa.
- «Patología del futbolista», R. H. Madero.
- «Programa Médico Anual en divisiones inferiores», R. J. Avanzi.
- * «Ergometría en Medicina del Deporte», L. I. Diaz.
- «Metodología del control de doping», E. G. Gros.
- «La Federación Argentina de Medicina del Deporte», A. Alcázar.

* «ERGOMETRIA EN MEDICINA DEL DEPORTE». — LUISA ISABEL DIAZ.

La autora considera que la ergometría tiene por finalidad: 1) Establecer con seguridad diagnóstica que se trata de un sujeto sano, condición indispensable para la práctica deportiva. 2) Evaluar las respuestas a los planes de entrenamiento, ya sea con fines puramente deportivos o con fines de mejorar el estado de salud. 3) Evaluación de la capacidad funcional que permita autorizar entrenamientos y competencias extenuantes entre los atletas.

Examina las técnicas para determinar los siguientes parámetros: Volumen minuto cardíaco. Ventilación pulmonar. Consumo de O₂. Frecuencia cardíaca. Presión arterial. Tolerancia anaerobia y recuperación.

Termina considerando que las pruebas ergométricas en Medicina del Deporte sirven: a) Como metodología para la investigación fisiológica. b) Como metodología del estado de salud, capacidad funcional y estado de entrenamiento.

En este último punto, la autora considera importantísimo el concepto de que los resultados de

la prueba ergométrica sólo pueden ser comparados con los obtenidos anteriormente en el mismo sujeto, con técnicas similares que demostraran los progresos o retrocesos del deportista.

«THE JOURNAL OF SPORTS MEDICINE AND PHYSICAL FITNESS». — Vol. 18. — Núm. 3. — Septiembre, 1978.

—«Distribución del lactato en sangre de rata reposada o en ejercicio», R. Aragno.

*—«El efecto del polen y de extractos de proteína sobre ciertos factores sanguíneos y sobre las marcas de los atletas», R. E. Steben, P. Boudreaux.

—«Esfuerzo percibido y respuestas fisiológicas durante el trabajo negativo y positivo sobre una escala móvil», K. B. Pandolf y colb.

—«Entrenamiento supermaximal en sujetos de sexo femenino: efectos sobre el poder anaeróbico desarrollado sobre la capacidad anaeróbica y el poder aeróbico», A. Weltman y colb.

—«Efectos del ejercicio moderado previo y de diferentes intervalos de reposo sobre la mejora de la resistencia cardio-respiratoria», W. D. Andzel.

—«Una técnica densiométrica simple y completa para el peso bajo el agua», D. W. Harsha y colb.

—«Modificaciones radiográficas de las dimensiones del corazón durante el ejercicio agotador en el hombre», J. T. Maher y colb.

—«Valoración del consumo máximo de oxígeno mediante un test en cicloergómetro en posición de pie», S. Montgomery y colb.

—«La influencia de los niveles de fuerza iniciales sobre las respuestas al entrenamiento del salto vertical», P. A. Eisenman.

—«Previsiones de la perseverancia en jóvenes jugadores universitarios de fútbol americano usando el "Cornell Medical Index Estudio" número II», A. T. Daius.

—«Comparación de vida habitual, poder aerobio y tiempos de intervalos sistólicos en antiguos atletas y no atletas», P. S. Fardy y colb.

—«Ejercicios para los sujetos asmáticos. Breve examen histórico», R. J. Shephard.

* «EL EFECTO DEL POLEN Y DE EXTRACTOS DE PROTEINAS SOBRE CIERTOS FACTORES SANGUINEOS Y SOBRE LAS MARCAS ATLETICAS». — R. E. STEBEN. P. BOUDREAUX.

Dieciocho muchachos voluntarios de escuela secundaria fueron sometidos al azar a tres grupos dietéticos. El experimento consistía en añadir a la dieta regular uno de los tres tipos de suplementos constituidos por 4 cápsulas diarias de polen o extracto de proteínas o placebo, tuvo una duración de 12 semanas. Se tomaron muestras de sangre antes y después de la prueba y se hicieron análisis de hemoglobina (Hgb), potasio (K) y hematocrito (Hct). La velocidad media en una pista de carrera de tres millas antes y después de la prueba, se usó como medida de condición física de los atletas. Los resultados se sometieron a cálculo estadístico de variación. Ninguna diferencia debida a la dieta se detectó en los niveles sanguíneos de K, Hgb o Hct., como también en la medida de condición física. Pero una determinación de las estadísticas detectó un cambio significativo a través de un periodo de tiempo en los niveles de rendimiento físico y los niveles sanguíneos de K y Hgb. Debido a que una comparación del intercambio de dieta y hazaña deportiva no fue significativo para todas las variantes, se concluyó que la ingesta de polen o extracto de proteína como práctica para mejorar o mantener los niveles de K, Hct y Hgb o el rendimiento físico no fueron substanciales en este experimento.

**Un ejemplo de sinergismo
en el tratamiento del dolor**

Dolosarto[®]

Antidoloroso Trisinérgico



**MADAUS
CERAFARM, S.A.**

Apartado 9116.
Tel. (93) 331 26 00. Barcelona

Dolosarto[®]

Antidoloroso Trisinérgico

Indicaciones en Medicina Deportiva

- Contusiones
- Algas post-traumáticas
- Tendinitis, dolores reumáticos

Otras indicaciones

- Estados gripales y/o febriles, cefaleas, resfriado común, etc.
- Odontalgias, otalgias, faringitis, etc.

Dosificación

- Niños (2-6 años) ¼ tableta × 3 veces al día
- Niños (6-12 años) ½ tableta × 3 veces al día
- Adultos 1 tableta × 3 veces al día

Presentación y P.V.P.

- Tubo con 16 tabletas efervescentes, 131 ptas.

Contraindicaciones e incompatibilidades

- Úlcera gastroduodenal; alergia a alguno de sus componentes.
- Puede aumentar la acción de los anticoagulantes orales.

Efectos secundarios. Intoxicación y su tratamiento

- A dosis elevadas, podrían presentarse excepcionalmente náuseas o ardor.
- En caso de intoxicación por ingestión de dosis excesivas, se suprimirá

Composición

Por tableta: 1-bencil-3-(3-dimetilaminopropoxi)-1-indazol clorh. (benzidamina), 50 mg; ácido acetilsalicílico, 500 mg; 7-cloro-1,3-dihidro-3-

-hidroxi-5 fenil-2H-1,4-benzodiazepin-2-ona (oxacepan), 5 mg; benzo-sulfimida sódica, 10 mg; excipiente c.s.

PERCUTALIN

Antiálgico
y antiinflamatorio
percutáneo

Fórmula por ampolla (no inyectable):

Dexametasona	1 mg.
Salicilamida	170 mg.
Salicilato de etilenglicol	200 mg.
Nicotinato de metilo	10 mg.
Excipiente c.s.p.	2 c.c.

Indicaciones terapéuticas

Esguinces, roturas y contusiones de músculos, tendones y ligamentos. Artritis, artrosis, periartritis, sinovitis, ciática, dolores cervicales, neuralgias, lumbago, agujetas, etcétera.

En reumatología, traumatología, reeducación funcional. Medicina deportiva y laboral. Antiálgico de aplicación local percutánea.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad cutánea a sus componentes.

Incompatibilidades

No aplicar sobre heridas abiertas ni superficies cruentas, zonas de piel herpéticas o eczematosas.

Efectos secundarios

Congestión y prurito locales. Urticaria.

Dosificación

De ataque: 2-4 ampollas (no inyectables) diarias durante un período comprendido entre 2 y 6 días.

Presentación y P.V.P.

Caja con 12 ampollas percutáneas de 2 c.c. autorrompibles. 123'— Ptas.



Dr. J. Martín / Dr. C. Huard - A. Matisse - (Cinés, 1969, 1, 31, 185)

Sobre más de 200 observaciones, desde el rugby al volley-ball, pasando por el atletismo y la natación.

Repasando una por una las fichas de los tratamientos con Percutalgine (Percutalín), nos hemos dado cuenta, rápidamente, que los resultados obtenidos han sido netamente positivos.



Industrial Farmacéutica de Levante, S.A.

BARCELONA - Mallorca, 216 MADRID - Plaza Isabel II, 5

naprosyn®

el antirreumático de confianza

dos cápsulas dos veces al día



INDICACIONES: Síndromes reumáticos y dolorosos de diversa etiología y localización: Artritis reumatoide, artrosis, osteoartritis, gota, espondilitis anquilosante, polimialgia reumática, etc. Esguinces, luxaciones, fracturas, tendinitis, bursitis, traumatología laboral y deportiva, etc. **DOSIFICACION:** 750-1.000 mg. al día es la dosis de mayor rendimiento. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Aunque su administración es perfectamente tolerada, en pacientes con historia de procesos gastrointestinales debe ser realizada bajo observación cuidadosa. **CONTRAINDICACIONES:** No existen contraindicaciones absolutas. **INCOMPATIBILIDADES:** No debe administrarse junto a productos como la hidroxicumarina, hidantoína, sulfonamidas prolongadas o salicilatos, si bien en clínica no se han reportado repercusiones por estas circunstancias. **COMPOSICION, PRESENTACION Y P.V.P.:** Frasco con 30 cápsulas conteniendo cada una 250 mg. de Naproxén Syntex, 442 Ptas. Envase con 12 supositorios conteniendo cada uno 500 mg. de Naproxén Syntex, 350 Ptas. **LABORATORIO PREPARADOR:** SYNTEX IBERICA, S.A. Gran Vía Carlos III, 84. Barcelona-28.

 Naprosyn®, con la garantía de la investigación Syntex