

# 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.

«ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA DEL DEPORTE». — Septiembre, 1980. Vol. 25.

- «Determinación de la frecuencia cardiaca durante la actividad física como un índice de la proporción en que dicha actividad compromete la capacidad física del individuo», A. Rodríguez y colb.
- «Evaluación de la técnica de Von Dobein para la estimación del contenido corporal de masa libre de grasa», Elías Apod, P. Jones.
- \*—«Dolor inguinal en futbolistas», Vojin N. Smodlaka.
- «Modificación de la capacidad física en adultos sometidos a entrenamiento de resistencia aeróbica», R. Montesinos y colb.
- «Doping "todavía un problema sin solución"».
- «Tiempo de reacción y movimiento de extremidades en deportistas», J. Godoy, J. Ugarte.
- «Ergoespirometría en 59 damas esgrimistas de alto rendimiento», M. Friedmund Rittel y Elmar Waterloh.

\* «DOLOR INGUINAL EN FUTBOLISTAS». — VOJIN N. SMODLAKA.

El dolor inguinal es una lesión típica de los futbolistas modernos. Es una lesión vocacional de los profesionales, sujeta a compensación debida al rango de movimiento extremadamente forzado de las extremidades inferiores que afecta a los músculos aductores y la cintura pelviana. La lesión puede ser aguda, debida a un «stress», o crónica, debido a múltiples microtraumatismos acumulados a través de un periodo, como lesión de «hiper-uso».

La prevención es lo más importante. Consiste en ejercicios que aumenten el rango máximo de movimiento de la cadera y fortalezcan todas las estructuras.

El tratamiento consiste en reposo inmediato y aplicación de frío, seguido por modalidades de calor. Cuando el dolor persiste, se agregan ejercicios de rango de movimiento hasta alcanzar el rango máximo y la fuerza máxima del área inguinal.

37 citas bibliográficas.

«ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD CHILENA

DE MEDICINA DEL DEPORTE». — Septiembre, 1980. Vol. 25.

- «Aspectos preventivos de la evaluación médico-deportiva del aparato cardiovascular», A. Venerando, J. Pastor Freitz.
- «Algunas características antropométricas y máximo consumo de O<sub>2</sub> en 368 deportistas chilenos», H. Donoso y colb.
- \*—«Traumatismos oculares del deporte», E. Maul de la Puente.  
«El deporte femenino y sus aspectos médicos», Catherine Defoligny.
- «Secuelas funcionales en las lesiones del tobillo del futbolista», M. I. Fernández Schnorr.

\* «TRAUMATISMOS OCULARES DEL DEPORTE». — E. MAUL DE LA PUENTE.

Las lesiones oculares representan entre el 3 y el 7,5 % de los accidentes deportivos.

En EE. UU. de Norteamérica ocurren 100.000 casos de injurias oculares registradas anualmente con un costo para la sociedad de 10 millones de dólares aproximadamente. En este país los deportes productores de lesiones oculares van encabezados por el baseball y el basquetball, luego el tenis, fútbol americano y hockey.

La Sociedad Nacional de Prevención de Ceguera estima que sobre el 90 % de los accidentes oculares pueden ser prevenidos. El uso obligatorio de máscaras para el hockey en cualquiera de sus formas ha protegido a 1200.000 jugadores, previniendo 70.000 lesiones oculares.

Pacientes monoculares no deben participar en deportes de colisión. Igualmente aquellos que tengan condiciones oculares predisponentes al desprendimiento de retina. Las lentes de contacto no ofrecen ningún grado de protección ocular y de hecho el atleta tiene ahora un mayor riesgo de injuria ocular si los usa. En nuestro país la magnitud del problema injurias oculares y con ellos los causados por el deporte, sólo fue reconocida recientemente con la creación del Servicio de Oftalmología de Urgencia de la Posta Central de Santiago.

«MEDECINE DU SPORT». — Mayo, 1980. A. 54. Número 3.

- \*—«Accidentes por el rayo en la práctica deportiva», J. L. Fabrè y colb.
- «Traumatología del esquí entre 1974 y 1979 vista por los médicos de las estaciones de deportes de invierno». Estudio de 5.783 lesiones, B. Montillet, C. Montillet.
- «Bronco-espasmo y actividad muscular máxima», P. Pasquis y colb.

- «Presión parcial de la sangre arterial en oxígeno al final de un ejercicio submáximo o máximo en el deportista. Influencia sobre el transporte», C. Grimaud y colb.
- «Tratamiento beta bloqueante y práctica del deporte», J. Tassy, P. Santelli.
- «Efecto de un ejercicio intenso y prolongado llevado hasta el agotamiento sobre los sistemas Renina-Angiotensina-Aldosterona y ADH-Neurofisina», B. Melin y colb.
- «Una nueva patología deportiva: Las lesiones consecutivas a los accidentes de las alas volantes», J. L. Fabré y colb.
- «Sobre las modificaciones circulatorias después de la contracción muscular. Aportación de los ultra-sonidos y efecto Doppler», F. Harichaux y colb.
- «Biomecánica del hombro e incidentes de la reeducación», E. Viel.
- «Entrenamiento físico y deportivo», J. P. Eclache.
- «Afectación del oído medio, en inmersión libre en agua poca profunda», J. H. Blondel.
- «La tolerancia de un neuro-equilibrador», M. Streicher.

\* «ACCIDENTES POR EL RAYO EN LA PRÁCTICA DEPORTIVA». — J. L. FABRE, J. M. FONTANELLA, D. PAPOT.

Entre los riesgos que existen en la práctica del deporte al aire libre están comprendidos los de la meteorología, que son raros, pero se pueden mencionar. Siendo así la descarga eléctrica o rayo que ha provocado muchas muertes y bastantes accidentes cada año en Francia.

Sobre 22 casos de accidentes por descargas atmosféricas acumulados en 5 años en el Puy de Dôme, 4 tuvieron lugar en una práctica deportiva. Esta patología de excepción no es única en sus formas clínicas. Las causas mayores de descesos provienen por daños en las grandes funciones vitales.

El daño del sistema nervioso central y periférico, el sistema cardio-vascular, el aparato respiratorio, los daños del tejido cutáneo y las grandes quemaduras internas, representan la segunda preocupación de los médicos de urgencia.

Cuatro casos son citados para recordar la conducta a seguir en la urgencia y en la prevención en práctica deportiva.

14 citas bibliográficas.

«MEDECINE DU SPORT». — Julio, 1980. Tomo 54. Número 4

- «Efectos de dos benzodiazepinas (Camazepan y Lorazepan) sobre los tiradores de pistola», J. J. SJ'ongers y colb.
- «Salud de los obreros y aptitudes físicas», H. Szwarc.
- «Influencia del esfuerzo físico sobre la secreción de cortisol en los deportistas de diferentes disciplinas», B. Raczyńska y colb.
- \*—«Regulación del peso del cuerpo y deporte», I. Celojowa.
- «El diagnóstico ampliado de las lumbalgias en el deportista», J. Sowinski y colb.
- «Reacciones fisiológicas durante una sesión de entrenamiento y durante su simulación en laboratorio», M. Adberahim Brikci y colb.

- «Comparación de tres pruebas de determinación del consumo máximo de O<sub>2</sub> efectuadas en remeros», M. A. Brikci y colb.
- «Consecuencia de tres tipos de entrenamiento sobre algunos parámetros fisiológicos», M. A. Brikci y colb
- «Repartición del tejido adiposo sub-cutáneo en los atletas de fondo», M. Van Cauter y colb.
- \*—«Hipertrofia del ventrículo izquierdo y actividad física», F. Peronnet y colb.

\* «REGULACION DEL PESO DEL CUERPO Y DEPORTE». — I. CELEJOWA.

1.º El método del balance energético negativo permite, sin ningún peligro para la marca deportiva una reducción ponderal de varios kgm. en pocos días.

2.º Es posible compensar una ligera deshidratación, relacionada con la sudoración de esfuerzo, programando una rehidratación, precedida de una compensación electrolítica, con el fin de mantener la capacidad de trabajo, especialmente en los atletas que tienen un tanto por ciento bajo de tejido adiposo corporal. Este problema exige ulteriores estudios.

\* «HIPERTROFIA DEL VENTRICULO IZQUIERDO Y ACTIVIDAD FISICA». — F. PERONNET, H. PERRAULT, R. J. FERGUSON

Los resultados de estudios ecocardiográficos sugieren que:

1.º Las hipertrofias ventriculares izquierdas de ciertos atletas trabajando en isometria o isotonia, que no ocurre con frecuencia, serian de origen genético.

2.º Las hipertrofias ventriculares izquierdas eventuales inducidas por un periodo de entrenamiento son mínimas y podrian simplemente resultar de la bradicardia de reposo.

3.º Que las sugerencias hechas a partir de observaciones vectocardiográficas relativas a las hipertrofias de tipo de «pared» o de «cavidad» y sus consecuencias en la actuación deportiva y salud son sin duda sin fundamento.

4.º El estudio de modificaciones eventuales de la morfología del ventrículo izquierdo en el curso de la preparación física del atleta, cualquiera que sea el método de estudio, tiene probablemente poco interés práctico.

«MEDECINE DU SPORT». — Enero, 1981. Tomo 55. Número 1

- «Efectos de la actividad física sobre la función ovárica», J. Peyret, Laajforque, S. Tholance.
- «Cardiología del deporte en 1980. Lo que la medicina del deporte espera de la cardiología moderna. ¿La cardiología espera algo de la medicina del deporte?, F. Plas.
- «Sensibilidad al desvanecimiento. Clinia, Detección, Protección», J. Chevarelaud, G. Perdriel.
- «Epicondilitis. Consideraciones sobre etiología y tratamiento», C. Thiehauld, S. Sintzoff.
- «Patología muscular traumática. Ensayo de utilización del scanner», L. Sturbois, B. Maldaque.

- \*-«Modo de acción de los estrógenos en el músculo», G. Michel.
- «Espón-dilolístesis. Papel actual de la cirugía en el tratamiento», G. Lang y colb.
- «Reeducación psico-motriz y actividad física», J. F. Espinas y colb.
- «Adolescencia y práctica intensiva del deporte. A propósito de 104 casos de arrancamiento de inserción osteo-tendinosa», C. Benenzis.
- «Paracaídas. Accidentes traumáticos del raquis. Estudio estadístico y etiopatogénico en relación, a 2.500.000 saltos», F. Pruvost y colb.
- «Epilepsia y deporte», P. Most.
- «Gamma-gra-fía pulmonar. Modificaciones observadas en atletas después de una prueba de esfuerzo. Notas previas», A. S. Moreira y colb.
- «Interés terapéutico del Arcalion 200 en medio deportivo», D. Eberhardt y colb.
- «Correo de los lectores. Puesta al día a propósito de la nutrición de los deportistas», J. P. de Mondenard.
- «Responsabilidad civil y medicina del deporte», R. J. Lederer.

\* «MODO DE ACCION DE LOS ESTROGENOS EN EL MUSCULO». — G. MICHEL.

Una unión específica del estradiol a un receptor intracelular ha podido demostrarse en el músculo esquelético y miocardio en la rata y otros mamíferos. La proteína de unión pone en evidencia las características físico-químicas habituales de los receptores de las hormonas esteroideas. Esta constatación, permite admitir como plausible una acción directa de los estrógenos sobre la célula muscular y puede contribuir a explicar la acción anabolizante de los estrógenos.

17 citas bibliográficas.

«MEDECINE DU SPORT». — marzo, 1981. Número 2.

- \*-«Colesterol de H. L. D. y actividad física», A. F. Creff y colb.
- «Actividad muscular y lipólisis. La parte del deporte en la dietoterapia de la sobrecarga ponderal», A. T. Creff y colb.
- «Contraindicaciones a la práctica del deporte», G. Niquet y colb.
- «Un caso particular de extrasistolia en un joven deportista», I. Bekaert y colb.
- «Inmersión con aire comprimido en el niño pre-puber. Primera comunicación», C. Missirlio y colb.
- «Aporte de la curva débito-volumen en la vigilancia del entrenamiento de jóvenes deportistas: Canoe-Kayack, ciclistas, nadadores», J. F. Bertholon y colb.
- «Traumatología del esquí de fondo. Etiología y estadística. A propósito de 71 casos en la región de Pontarlier (Doubs) durante la temporada 1979 - 80», J. L. Vacelet.
- «Las falsas tendinitis», R. Desproges-Gotteron.
- «Electroterapia y accidentes del deporte», C. Labrouse y P. Dudognon.
- «Primeros trabajos biológicos del estudio de la fatiga en los niños de una sección Sport-Etudes en un C. E. S. experimental (Les Rousses-Juta), P. Magnin y colb.
- «A propósito de la nutrición de los deportistas». Respuesta al doctor de Mondenard.

\* «COLESTEROL DE H. D. L. Y ACTIVIDAD FISICA». — A. F. CREFF, D. LAYANI, A. MOUTON.

Voiviendo a los trabajos que hicimos en el Servicio desde el año 1958, hemos estudiado una población deportiva bastante importante de 185 individuos y demostrado que los H. D. L. colesterol se elevan con el entrenamiento, mientras la tasa de triglicéridos y del colesterol total tiende a bajar con el entrenamiento.

Estudiando las variaciones del «HDL» durante un esfuerzo hemos visto una curva típica con:

— En primer lugar una bajada del «HDL colesterol» después de 30 minutos de esfuerzo.

— Después de 120 minutos, una elevación, más alta que el nivel del principio de la experiencia.

— En fin una segunda bajada después de 180 minutos, pero a un nivel siempre más alto que al principio.

El estudio de las variaciones de la diferencia arteriovenosa de HDL colesterol ha probado que hay 5 % más de HDL colesterol en la sangre arterial que en la sangre venosa.

La actividad física, aumentaría tal vez la capacidad de producción de los hepatocitos de los HDL nativos.

«LA REVUE DU PRATICIEN». — Mayo, 1981. Tomo XXXI. Número 25.

Tomo dedicado a: Ejercicio, deporte y sistema cardio-vascular.

- \*-«Adaptación cardio-vascular al ejercicio y al entrenamiento», A. Castaigne y colb.
- «Evaluación de la aptitud cardio-vascular a los deportes. ¿Qué deportes? ¿Para quién?», J. P. Broustet y colb.
- «La práctica deportiva, terapéutica de la enfermedad coronaria», B. Letac y colb.
- «Aptitud cardio-vascular al deporte del niño», C. Panot.
- «El corazón de los atletas de alta competición», J. P. Cousteau.
- «El «doping» y sus efectos cardio-vasculares», Ph. Miserez.
- «Principio de técnica de entrenamiento y vigilancia cardio-vascular del entrenamiento», J. P. Cousteau.
- «Los accidentes coronarios durante la práctica deportiva: significación», J. P. Broustet y colb.

\* «ADAPTACION CARDIO-VASCULAR AL EJERCICIO Y AL ENTRENAMIENTO». — A. CASTAIGNE, A. WITENBERG y M. P. BIENVENU.

El ejercicio físico prolongado desencadena dos reacciones integradas, un mejoramiento de las marcas cardíacas y modificaciones de la repartición del débito cardíaco teniendo por fin conseguir un mejor suministro de oxígeno a nivel de los territorios activos.

El entrenamiento permite realizar un mismo ejercicio, con un mínimo gasto de energía y aumenta la capacidad máxima de energía. Estos dos hechos son el resultado de una mejoría de la capacidad de extraer el oxígeno a nivel de los músculos en actividad.



# BOI-K aspártico

COMPRIMIDOS EFERVESCENTES

TERAPEUTICA  
POTASICA  
DEFATIGANTE

SIN ACCION  
SOBRE EL SISTEMA  
NERVIOSO CENTRAL

#### INDICACIONES

Prevención y recuperación de los estados de fatiga muscular inherentes a la práctica deportiva.

Estados patológicos consecuentes al deporte (calambres, hipotonía e hiporreflexia muscular, miopatías hipopotasémicas).

Depleciones potásicas causadas por deshidrataciones debidas a hipersudoración, elevada temperatura ambiente, esfuerzo físico, prevención de los síntomas de fatiga laboral aumentando el rendimiento (Medicina de Empresa).

Estados de tensión síquica nociva y persistente que provoca astenia. «Surmenage» por actividad profesional con pérdida de sueño o descanso.

Estados pre y postoperatorio. Estados inflamatorios crónicos e infecciosos.

Estados carenciales, ya sean primarios o secundarios consecuentes a regímenes dietéticos.

Cardiopatías de etiología hipopotasémica, que requieran una reposición intensiva de potasio.

Muy interesante en Geriátria.

#### DOSIS

De 2 a 4 comprimidos diarios, o más, disueltos en una pequeña cantidad de agua, pudiéndose mezclar con zumo de frutas u otro tipo de alimentación líquida, tomándolos preferentemente durante las comidas, y una vez haya terminado la efervescencia.

#### CONTRAINDICACIONES

Síndromes que cursen con oliguria (diuresis inferiores a 500 c.c. diarios).

#### PRECAUCIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

No se conocen.

#### PRESENTACION

Cajas con 20 comprimidos efervescentes.

P.V.P.: 208 Ptas.



25 mEq de K = 975 mg  
Vitamina C = 500 mg  
Acido l-aspartico = 350 mg.  
por comp. efervescentes

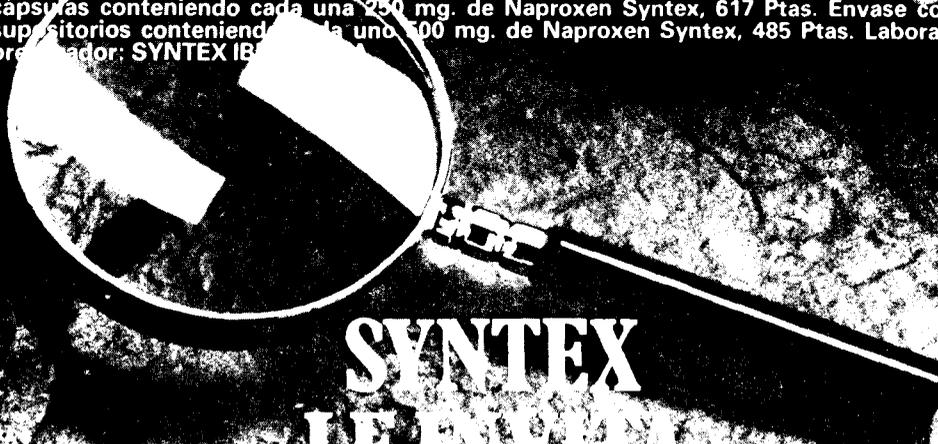


LABORATORIOS B.O.I.

Padilla, 370 - Tel. 258 00 23 - BARCELONA-13  
Galileo, 25 - Tel. 447 78 02 - MADRID-15

# naprosyn ANTIRREUMÁTICO DE PROXENO SINTEX

**INDICACIONES:** Artritis reumatoide, artrosis, osteoartritis, gota aguda. Episodios agudos de gota. **DOSIFICACION:** Adultos: De 500 a 750 mg. diarios en dos tomas. En caso necesario puede llegarse a 1000 mg. diarios. En gota aguda se administrará una dosis inicial de 750 mg. seguidos de dosis de 250 mg. cada 8 horas. Niños: Entre 5 y 10 años de edad: 5 mg./kg. de peso por día, dividida en dos tomas. **CONTRAINDICACIONES:** No administrar en caso de úlcera péptica activa, hipersensibilidad al fármaco o a otros acetil-salicílico o esteroide. La seguridad de uso en niños menores de cinco años no ha sido establecida. Usar con precaución en antecedentes de úlcera o alteraciones gastrointestinales, así como en pacientes con historia de asma bronquial o enfermedades alérgicas donde el medicamento puede precipitar un episodio de broncoespasmo. En ciertos casos puede ocurrir una ligera retención hidrosalina, por lo que deberán ser previstas medidas correctoras apropiadas en pacientes con descompensación cardíaca o tendencia al edema. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Puede aparecer sintomatología de irritación gastrointestinal: náuseas, vómitos, dispepsia, constipación, diarrea, hemorragias digestivas y aparición o reactivación ocasional de úlcera péptica. El medicamento inhibe la agregación plaquetaria y puede resultar un aumento del tiempo de coagulación. Otros efectos secundarios que pueden presentarse son: vértigo, tinnitus, dolor de cabeza, somnolencia o insomnio, erupción cutánea, prurito. Muy raramente alteraciones visuales. **COMPOSICION, PRESENTACION Y P.V.P.:** Frasco con 30 cápsulas conteniendo cada una 250 mg. de Naproxen Syntex, 617 Ptas. Envase con 12 supositorios conteniendo cada uno 500 mg. de Naproxen Syntex, 485 Ptas. Laboratorio productor: SYNTEX IB



## SYNTEX LE ENVIAMOS AL COMPARACION



naprosyn

Es un producto de Syntex S.A. S. de C.V.