

INFORMACION DE CONGRESOS

III Curso de Cirugía de la rodilla

«La rodilla del deportista»

Salice Terme (Pavía)

Días 12, 13 y 14 de octubre de 1981

Los días 12, 13 y 14 del pasado mes de octubre, hemos tenido la oportunidad de asistir al Tercer Curso organizado por el Club Italiano de Cirugía de Rodilla, sobre el tema monográfico de «la rodilla del deportista», organizado por el profesor MOSCHI, de Pavía, presidido por este mismo y el profesor GHISELLINI.

En él han participado como ponentes preparadores físicos como CANDELORO, VITTORI, LOCATTELLI, etc., y médicos, en su mayor parte cirujanos que viven de cerca y se preocupan por la problemática que puede desencadenar la práctica deportiva, en este caso sobre una articulación específica y sometida a un alto riesgo en el área de la competición, la rodilla.

Estos tres días de estudio congregaron en Salice Terme aproximadamente a 150 congresistas, entre los que merece destacar la presencia y también participación activa nuestro querido doctor JOSE VILARRUBIAS, quien en todo momento estuvo dispuesto a exponer su amplia experiencia en el área de la cirugía del deportista tanto en las discusiones teóricas, casos prácticos y sesiones de trabajo de disección que tuvieron lugar en el transcurso de los tres días.

El número de participantes fue de 150 aproximadamente, en su mayoría médicos dedicados a las especialidades de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación.

Nuestro propósito se basa en presentar un resumen de los temas expuestos, y discutidos para que sirva de información a todos cuantos pueda interesar este campo de trabajo.

Tras la apertura del curso, el primer tema a tratar corrió a cargo del profesor GRANDI con el tema «Finalidad y técnica del entrenamiento», en el que se exponía las diferencias del rendimiento del atleta con o sin entrena-

miento, más enfocado hacia la especialidad de la gimnasia deportiva, haciendo hincapié en la importancia para un mejor rendimiento de la simetría de movimientos.

A continuación habló el señor CANDELORO sobre «La cualidad física del atleta» interrelacionando las condiciones cardiocirculatorias y neuromusculares con la capacidad coordinativa tanto general como específica y esto a su vez con la técnica de entrenamiento, llega a la conclusión de que en un atleta que ha dejado de entrenar es mayor la disminución de su capacidad enzimática que la de su consumo de oxígeno.

El doctor VITTORI insiste en la importancia del entrenamiento individualizado según el atleta, sus condiciones generales y el tipo de especialidad que realiza y propone un tipo de entrenamiento ondulante con ciclos de alto rendimiento en calidad (técnica específica) alternando con ciclos de alto rendimiento en cantidad (mejora de las condiciones generales) en una proporción determinada para cada atleta según sus características propias.

Sobre la neurofisiología del músculo periarticular de la rodilla, el profesor ARRIGO hizo una exposición del cambio electrofisiológico que se produce en el comportamiento de las fibras musculares con el entrenamiento.

El profesor MOSCHI habló de la «Semiología de la rodilla del deportista» y el profesor BIANCHI de las «Lesiones meniscales».

A continuación el doctor PUDDU expuso la «Semiología de las lesiones cápsulo-ligamentosas crónicas» insistiendo en los «tests» diagnósticos de lesión de ligamentos cruzados, y dentro de este grupo la importancia de no pasar por alto «test» de LACHMAN.

La segunda jornada versó sobre los siguientes temas:

1. «Tratamiento de la patología fémoro-rotuliana en el deporte» a cargo del profesor MONTELEONE.

2. «Fracturas osteocondrales de rótula» a cargo del profesor BIANCHI.

3. «Patología del aparato extensor» por el profesor AGLIETTI que insistió en la importancia del análisis morfológico y biomecánico de la rodilla.

4. «Tendinitis rotuliana» (profesor GHISELLINI).

5. «Rupturas musculares y tendinosas».

6. «Lesiones del compartimento interno» y por último se habló sobre las lesiones agudas cápsulo-ligamentosas.

Las exposiciones teóricas de la mañana fueron complementadas con sesiones prácticas de disección, técnicas de tratamientos ortopédicos y utilización de medios físicos, que ocupaban el horario de trabajo de la tarde.

En conclusión nos parece oportuno precisar la importancia que se le dio al diagnóstico preciso de la lesión antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento y asimismo la necesidad de actuar ante un componente lesivo del aparato locomotor del deportista y por supuesto del estudio previo y la necesidad de una relación estrecha entre los preparadores físicos, el atleta y el médico con el fin de alcanzar las mejores metas en su desarrollo.

III Curso de la Escuela Catalana de Traumatología Deportiva

Barcelona, 10 al 12 de marzo de 1982

Organizado por el Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Instituto Policlínico de Barcelona y dirigido por el Profesor D. JUAN NAVES JANER, Jefe del Servicio y Director del Instituto Médico-Deportivo de Barcelona.

El curso se desarrollará en jornada intensiva de 8 de la mañana a 7 de la tarde, estando programadas las sesiones de trabajo hacia una finalidad eminentemente práctica: El estudio de las incidencias patológicas en las distintas especialidades deportivas.

Secretaría del curso: Dra. M. PUIG i GROS. Escuela Catalana de Traumatología del Deporte. C/. Platón, 21 - Barcelona—6.

VI Congreso Mundial sobre retraso mental

Organizador: Asociación Internacional para el estudio científico del retraso mental.

Lugar y fecha: Toronto (Canadá) - 22 al 26 de agosto de 1982.

En el marco de este Congreso Mundial, serán organizadas sesiones especiales sobre el tema «Deporte, bienestar y ocio».

A través de conferencias y seminarios, los educadores, investigadores y técnicos podrán exponer, desde el punto de vista práctico, la investigación, los programas, la política general y el desarrollo futuro en materia de educación física para los deficientes mentales.

Secretaría del Congreso: NIMR Building, York University Campus.

4700 Keele Street - Downsview, Ontario (Canadá) M3J 1P3.

XXII Congreso Mundial de Medicina del Deporte

Viena, 28 de junio al 4 de julio de 1982

Organizador: Federación Austríaca de Medicina Deportiva.

PROGRAMA CIENTIFICO

— *Deporte y edad:*

- Incidencias clínicas y funcionales en deportistas veteranos.
- El corazón en jóvenes atletas.
- Problemas específicos de la competición en diferentes grupos de edades.
- La respuesta cardiovascular frente al esfuerzo dinámico y estático.
- Problemas relacionados con el aparato locomotor en jóvenes atletas.

— *Microtraumatología en deporte:*

- Modificaciones degenerativas tisulares causadas por la sobrecarga inadecuada, aguda o crónica, de trabajo.
- Etiología de las lesiones primarias o secundarias en deporte.
- Medidas preventivas durante el entrenamiento.

— *Fisiología de la competición de alto nivel:*

- Bioquímica del rendimiento de alto nivel.
- Biomecánica y Kinantropometría.
- Tests de rendimiento en los deportes de competición.
- Incidencias funcionales en relación a la metodología del entrenamiento.
- El corazón de atleta.
- Progresos de los medios de diagnóstico en cardiología deportiva.
- Problemas clínicos en el atleta.

Secretaría del Congreso: Institut für Sportmedizin - Possingergasse 2 A-1150 Viena (Austria).

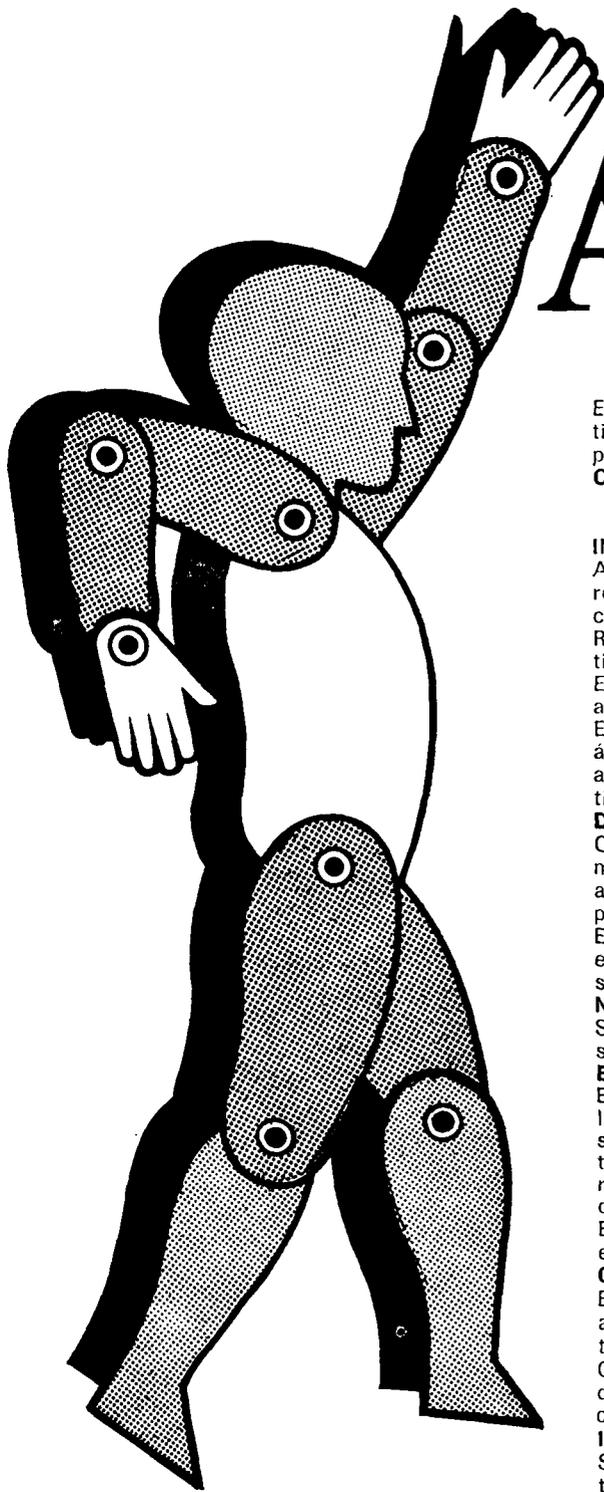
en los procesos reumáticos
ayuda a realizar
las tareas cotidianas



COMPOSICION CUANTITATIVA: Per cc: Fosfato disódico de Parametasona, 5 mg. Acetato de Parametasona, 15 mg. **INDICACIONES TERAPEUTICAS FUNDAMENTALES:** Vía intramuscular: Síndromes y enfermedades alérgicas (asma bronquial, estados asmáticos, edema angioneurótico, exantemas medicamentosos, rinitis alérgica). Reumatismos agudos y crónicos, Colagenosis, Gota y enfermedades afines, Dermatitis de contacto, Eczemas graves y extensos, Síndrome nefrótico. Vía intra o perilesional: Artrosis, Artritis reumáticas y crónicas, Reumatismos extraarticulares, Bursitis, Tendinitis, Periartritis, Traumatismos deportivos. Procesos dermatológicos en los que esté indicada la corticoterapia local: Alopecia areata, queloides. **DOSIFICACION Y ADMINISTRACION:** Por vía intramuscular: La dosis habitual es 1 ampolla (2 cc) cada 10-15 días. Vía intra o perilesional: 1 a 2 cc con una frecuencia aproximada de 10 a 15 días. TRINIOL INYECTABLE no debe administrarse nunca por vía endovenosa. Debe considerarse la necesidad de una esterilización estricta del material de inyección, especialmente cuando se utiliza en administración intralesional. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** La administración local o intramuscular de TRINIOL INYECTABLE es bien tolerada y son prácticamente nulos los efectos secundarios

en tratamientos de corta duración. Sin embargo, una terapia prolongada hace aconsejable una vigilancia médica y el control de posibles anomalías, tales como equimosis, insomnio, aumento de peso, hipertriosis, aparición de estrías y adelgazamiento de la piel, aparición o reactivación de úlcera péptica, hipertensión, osteoporosis, debilidad muscular, alteraciones psíquicas e irregularidades menstruales. La administración prolongada a una dosis supresiva puede dar lugar al síndrome de Cushing. **CONTRAINDICACIONES:** En general no debe ser usado en pacientes con tuberculosis activa, úlcera gástrica, psicosis graves o herpes simple. Son contraindicaciones relativas: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, osteoporosis, diverticulosis, insuficiencia renal. **PRECAUCIONES:** Durante el embarazo los corticoides deben evitarse, pudiendo producir in-

suficiencia adrenal en la madre o en el feto. En el parto y en postparto deberá de establecerse una pauta terapéutica adecuada en caso de que haya existido tratamiento previo con corticoides. Los corticoides pueden enmascarar algunos signos de infección, así como favorecer la reactivación de focos infecciosos latentes. **INCOMPATIBILIDADES:** La administración concurrente de barbitúricos, fenilbutazona, fenitoína o rifampicina, puede reducir los efectos de los corticoides. La administración de corticoides puede disminuir la respuesta de los anticoagulantes. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** En las hiperdosificaciones pueden ocurrir alteraciones transitorias del S.N.C., confusión mental, ansiedad, depresión. Por otra parte, pueden producirse hemorragias gastrointestinales, elevación brusca de la glicemia, hipertensión y edema. No tiene tratamiento específico, debiendo interrumpirse la medicación y llevar a cabo una terapéutica paliativa. **PRESENTACION Y P.V.P.:** TRINIOL INYECTABLE se presenta en: Envases de 1 y 5 ampollas de 2 cc. P.V.P.: 403,— y 1.730,— Ptas. respectivamente. En la profilaxis de los procesos alérgico estacionales se recomienda el envase de 5 ampollas, ya que una sola prescripción cubre el período de riesgo. En otros casos, 1 ó 2 ampollas suelen ser suficientes.



ACTOL®

El ACTOL (Acido Niflúmico) tiene unas pronunciadas características antirreumáticas, antiflogísticas y analgésicas. ACTOL no posee acción antiinfecciosa ni tampoco hormonal.

COMPOSICION CUANTITATIVA

Acido Niflúmico	250 mg
Excipiente c.s.p.	1 cápsula

INDICACIONES

Afecciones reumáticas y reumatoides, por ej. poliartritis, artritis reumatoide, osteoartritis, coxartrosis, espondilitis y gota artrítica aguda.

Reumatismo de partes blandas, por ej. bursitis, tendinitis, sinovitis, periartrosis escapulo humeral, ciática, lumbago.

Estados flogísticos y edemas, por ej. distorsiones, contusiones, anexitis, tromboflebitis y postquirúrgico en otorrinolaringología. En Odontología, por ej. en todos los síndromes inflamatorios y algícos dentarios, tales como: después de extracciones dentarias, alveolitis, abscesos, flemones, gingivitis, estomatitis, periodontitis.

DOSIFICACION

Como dosis normal se considera 1 cápsula 3 veces al día (750 mg), sólo en casos de excepción podrá aumentar esta dosis a 4 cápsulas al día. Después de haberse iniciado la mejoría, se puede, en muchos casos, reducir la dosis a 2 cápsulas al día. El efecto del ACTOL se inicia rápidamente. En estados crónicos existentes desde largo tiempo (por ej. reumatismo articular) se intensifica más el efecto dentro de las 2-3 primeras semanas.

NORMAS NECESARIAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACION

Se aconseja no tomar las cápsulas de ACTOL en ayunas, sino sólo durante las comidas.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Excepcionalmente pueden presentarse molestias gastrointestinales, generalmente de tipo ligero y pasajero en pacientes hipersensibles. Dicho efecto sobre el tracto gastrointestinal, puede evitarse perfectamente, mediante la correcta toma de las cápsulas: durante las comidas. Pacientes que sean gastrosensibles, es mejor que tomen el ACTOL durante las comidas con un vaso de leche. En pacientes con una anamnesis de úlcera hay que llevar a cabo el tratamiento bajo control médico.

CONTRAINDICACIONES

El ACTOL está contraindicado en pacientes que presentan una alergia conocida al ácido niflúmico, así como en pacientes afectados de úlcera gastroduodenal.

Como actualmente las experiencias en el embarazo son todavía limitadas, conviene no administrar, de momento, el medicamento durante el mismo.

INCOMPATIBILIDADES

Si el ACTOL se administra simultáneamente con un anticoagulante, entonces hay que determinar, al iniciar el tratamiento, los valores Quick y controlarlos con regularidad.

PRESENTACION y P.V.P.

Envase con 30 cápsulas. 400'— ptas.



CHEMISCHE FABRIK VON HEYDEN GmbH - MUNICH (ALEMANIA)

En España: MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS QUIMICOS, S.A. - Apartado, 488- Barcelona