

HOY HABLAMOS DE...

TRAUMATISMOS RENALES Y SU REPERCUSION EN LA PRACTICA DEPORTIVA

Los recientes accidentes renales en la práctica del fútbol profesional han motivado una revisión y puesta al día de las secuelas que sobre el deportista puede producir una lesión renal que motive una nefrectomía. La frecuencia de los accidentes renales en partidos de fútbol durante la última liga nacional de este deporte y la opinión de dos expertos especialistas en urología, Profesor ANTONIO PUIGVERT y Profesor JOSE M.^a GIL VERNET, en el sentido de que una nefrectomía permitía la práctica normal del deporte en un portero de fútbol es motivo suficiente para que los médicos especialistas en medicina del deporte hagan una revisión del problema y den su opinión autorizada y responsable.

Organizado por el Departamento de Promoción Deportiva del Consejo Superior de Deportes y con asistencia de los especialistas en Medicina del Deporte, profesores MARIN y PEREZ CASAS, y de los doctores CASTELLO ROCA, HERNÁNDEZ, MARCO BECERRA, ESTRUCH, SIMEONI, MAZA, SORIANO, GUTIERREZ SALGADO y SUCCHIANU, se ha celebrado una mesa redonda con el fin de aportar la experiencia personal y discutir los criterios científicos y prácticos a establecer en relación con el problema de los traumatismos renales y su repercusión en la práctica deportiva.

En este sentido nuestra aportación es la siguiente:

En relación con el riñón del deportista o riñón de esfuerzo se presentan dos fenómenos claros. La presencia de proteinuria y de hematuria —de acuerdo con los trabajos y estudios de PORMANN— una albuminuria de esfuerzo discreta no tiene significación patológica y debe atribuirse a una falta de reabsorción tubular de tipo constitucional similar a la albuminuria ortostática. En cambio una proteinuria intensa

debe considerarse patológica y a la larga tributaria de lesión renal. Los grandes esfuerzos deportivos deben ser limitados en estos individuos como medicina profiláctica. Debemos aconsejar la práctica de otros deportes con menor esfuerzo.

En relación con la hematuria post-esfuerzo, si ésta es discreta no debe tampoco tener limitaciones deportivas. La hipertensión arterial glomerular es la responsable de esta pérdida de hemáties al encontrar un endotelio vascular más permeable. En cambio una hematuria intensa pone de manifiesto la posibilidad de una lesión renal que se irá agravando con la práctica deportiva. Debemos también en estos casos limitar el esfuerzo y recomendar otros deportes en que la técnica y la habilidad sustituyan la gran carga de trabajo. Hemos de evitar siempre que el individuo pueda abocar en una nefritis intersticial, nefritis crónica o en una nefrosclerosis.

En lo que hace referencia a los traumatismos renales, poseemos estadísticas que revelan la gran frecuencia de estas lesiones en futbolistas. Según CASSANI, de todas las lesiones renales deportivas, el 65 % se producen en el fútbol. Según LA CAVA, de 4.380 lesiones deportivas, 170 obedecían a lesiones en órganos internos y de éstas 26 eran lesiones renales. Hay por lo tanto gran posibilidad de lesión renal en el futbolista y en general en la mayoría de deportes de choque. La lesión renal que obliga a la nefrectomía total, al dejar al individuo con un solo riñón plantea un problema de profilaxis que el médico deportivo debe resolver. Aunque se compruebe el normal funcionamiento de la función renal del riñón sano, que sufrirá una hipertrofia funcional compensatoria, aunque las pruebas funcionales renales en reposo y esfuer-

zo resulten normales, la posibilidad de una nueva lesión renal en los deportes de choque debe desaconsejar la práctica de los mismos y recomendar otros deportes en que no intervenga el choque.

Creemos que el médico deportivo debe aconsejar con argumentos y convencer a los responsables del deporte y fundamentalmente al interesado deportista del grave riesgo que tiene si sigue practicando deportes de choque. Otro accidente renal obligaría a una situación crítica que podría necesitar de un trasplante, técnica quirúrgica en vías de desarrollo y con unos problemas aún no resueltos completamente en el terreno de la terapéutica habitual. Las organizaciones deportivas deben sentirse responsables de tan gran problema y si bien es cierto que los intereses laborales son diferentes en un aficionado que en un profesional, el desarrollo de la ciencia ha de respetar el sentido de profilaxis, y éste debe prevalecer por encima de cualquier criterio.

En una encuesta que hemos realizado sobre el problema, eligiendo a un grupo de jugadores de fútbol aficionado, padres de jóvenes jugadores y médicos de diferentes especialidades, hemos recogido las siguientes respuestas:

Grupo A: 98 jugadores de fútbol

Grupo B: 110 padres de jóvenes jugadores

Grupo C: 55 médicos

Preguntas de la encuesta y resultados en %:

	A	B	C
1.º Puede seguir jugando al fútbol	8	5	15
2.º Debe dejar el fútbol	80	95	60
3.º No puede hacer ningún deporte	12	35	25
4.º Puede hacer deporte sin choque	70	45	55

Destacan en la misma el bajo porcentaje de personas que creen que puede seguir jugando al fútbol. Es curioso que de los jugadores consultados, los médicos ofrecen mayor número de positividades, seguramente influenciados por la opinión de los dos especialistas expertos en urología y de nombre internacional.

La mayoría cree que puede practicar deportes con la condición que no sean de choque como medida profiláctica de otra nueva lesión. Algunos padres en porcentaje elevado creen que no debe practicarse ningún deporte para asegurar una ausencia de riesgo absoluto.

En otro orden de cosas, hemos consultado a una Compañía de Seguros de Vida para cubrir el riesgo de un deportista que se encontrase en estas condiciones de ser futbolista profesional que por un accidente deportivo ha sido nefrectomizado, teniendo un funcionamiento normal cardiocirculatorio y urológico. La respuesta ha sido tajante: La Compañía de Seguros de Vida no acepta esta póliza de seguro bajo ninguna tarifa.

El papel del médico deportivo es claro después de todo este análisis. Debe prohibir la participación del deportista nefrectomizado en aquellos deportes que de su actuación dependen otros deportistas y en que el riesgo del choque es manifiesto. Cordadas de alta montaña, automovilismo, aviación, etc. Informar al interesado del grave riesgo que corre en la práctica de deportes de choque en los que no se podrá sustraer a un «handicap» psicológico y de la gran problemática que plantea una nueva lesión renal cuya curación no está definitivamente resuelta con éxito. Si es un aficionado aconsejarle que cambie de deporte y si es un profesional que él decida lo que más le convenga después de conocer sus posibilidades de riesgo.



TANTUM en traumatología deportiva como laboral

TANTUM[®] FUERTE

potente antiinflamatorio local de rápida acción analgésica

lo primero ante los pequeños traumatismos habituales:

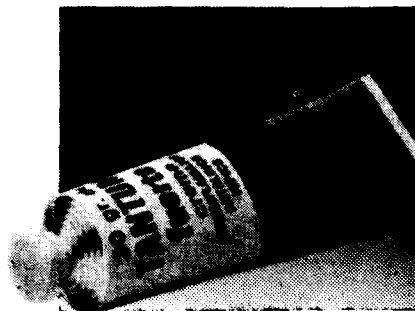
-contusiones, -esguinces, -magulladuras, -torceduras, -etc.,

y los no tan pequeños:

-fracturas, -luxaciones, -etc.,

TANTUM FUERTE alivia rápidamente el dolor, favoreciendo la recuperación a la normalidad de los tejidos afectados.

aplicar una fina capa de pomada de dos a cuatro veces al día, esparciéndola suavemente para facilitar su penetración.



Dpto. de Publicidad I.F. LATINO, S.A.

LATINO

presentación: Tubos de 30 gm. Composición: Cada 100 gm. de TANTUM FUERTE contiene 5 gm. ClH de benzidamina. Excipiente idóneo en c.s.p., 100 gm. Contraindicaciones: No se conocen contraindicaciones normales. P.V.P. 105 ptas.

Trifortal[®]

LAS 3 FORMAS ACTIVAS DE LA VIT. B₆



VIT. B₆ + VIT. B₆ + VIT. B₆

COMPOSICION

500 mg.	Piridoxol	Piridoxal	Piridoxamina
por cápsula:	350 mg.	75 mg.	75 mg.

INDICACIONES

- **INVOLUCION SENIL Y PRESENL**
(p. ej.: pérdida de memoria, falta de concentración).
- **TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA**
(p. ej.: problemas de adaptación al medio, problemas de escolaridad, oligofrenias).
- **NEURALGIAS, NEURITIS**
- **ETILISMO**

TOLERANCIA

La vitamina B₆ en sus tres formas es absolutamente inocua.

CONTRAINDICACIONES

Está contraindicado el uso de la vitamina B₆ durante el tratamiento de Parkinson con L-Dopa; sin embargo, en otros tratamientos anti-colinérgicos del Parkinson no resulta en contraindicación.

DOSIFICACION

Por término medio se recomienda la administración de una cápsula diaria de TRIFORTAL. Por la atoxicidad de los compuestos y para obtener la máxima acción farmacodinámica, las dosis pueden en caso necesario, y según la evolución y criterio del médico, aumentarse cuando la clínica lo aconseje.

PRESENTACION

TRIFORTAL, frasco de 20 capsulas P.V.P. 491,- Ptas.



LABORATORIOS FARMACEUTICOS

Novofarma S.A.