

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». — Julio, 1978. — Núm. 4.

- *—«Los movimientos del agua durante el ejercicio físico», P. Montastruc.
- «Patología hidro-electrolítica y renal aguda debida a las actividades deportivas», F. Nicolás.
- «Ciclistas entrenados. Variaciones del potasio plasmático, sudoral, eritrocitario y urinario, después de una carrera de 150 kms.», V. Lucas-Herón y colb.
- «Aspectos eléctricos de los síndromes dolorosos epicondileos», Yves Bence y colb.
- «Tenis. Estudio cinematográfico y electro-miográfico de un gesto: el saque», J. Beillot y colb.
- «Porvenir de las luxaciones recidivantes de hombro operadas, dentro de un grupo de deportistas de alta competición. A propósito de 40 casos», A. Cameli y colb.
- «El raquis cervical crónico del balonmanista», F. Comandre y colb.
- «Judo: Complicación ocular inhabitual», J. Chevallerand y G. Perdreit.
- «Natación. Sección Deporte-estudio (Liceo Antibes). Vigilancia prolongada de los nadadores. Estudio de algunos datos recogidos», W. Spinel y colb.
- «Ahogados. Dos observaciones notables. Comentarios», M. Tessier.
- «Gasto cardíaco del ejercicio muscular, en inmersión libre o con escafandra autónoma», R. Seiarli y colb.
- «Paseo a pie: Actividad de entrenamiento físico», F. Comandre y colb.
- «Torcedura de tobillo y reeducación en el deportista», Y. Le Floch.
- «Accidentes musculares del deportista», P. Paugam.
- «Efectos hemodinámicos de la Micergoline en el hombre en reposo y en ejercicio», F. Boismare y colb.
- «Trastornos estáticos del pie y patología locomotora del deportista. Calzado preventivo», P. Talbot.

* «LOS MOVIMIENTOS DEL AGUA DURANTE EL EJERCICIO FISICO». — P. MONTASTRUC.

La actividad muscular aumenta las pérdidas de líquido y crea un riesgo de deshidratación a pesar

de los mecanismos reguladores y especialmente la activación de la neurohipófisis.

Las pérdidas de agua determinan una disminución de la aptitud al trabajo, de las marcas y de alteraciones de bienestar de los trabajadores y del deportista.

La actividad física necesita pues la conservación del balance hídrico y de la estricta compensación de pérdidas de agua que la sed sola no puede llenar.

23 citas bibliográficas.

«ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA DEL DEPORTE». — Junio, 1978. — Vol. 23.

- «Traumatismos máxilo-faciales en el deporte», F. Zapata.
- «La sínfisis pubiana y el problema de la «tendinitis» de los aductores», F. Comandre y colb.
- «Nueva orientación del entrenamiento de la resistencia aeróbica en los corredores», Sergio Guarda.
- «Lesión de los ligamentos intraarticulares de la rodilla», M. Torrado.
- «Demandas psicológicas del fútbol», J. Divic.

«JOURNAL DE PHYSIOLOGIE». — Núm. 1. — 1978. — T. 74.

- «Papel de los reflejos anticipadores oro-vegetativos en la regulación hidromineral y energética», S. Nicolaidis.
- «Variaciones cuantitativas del ácido desoxirribonucleico (ADN) en el curso del ciclo de muda, en los tegumentos, músculos y hepato páncreas del camarón Crangón Crangón», M. Regnault y P. Luquet.
- «Corrientes lentas hacia dentro y hacia fuera en la fibra ventricular de la rata en hipoxia», M. D. Payet y colb.
- «Efectos de la administración continuada de furosemina en la hemodinamia, volumen sanguíneo y electrolitos en el perro», R. Koob y K. Prasad.
- «Estudio comparado de la actividad de las neuronas respiratorias bulbares en las polipneas desencadenadas por estimulación eléctrica o calentamiento del hipotálamo», R. Monteau y G. Hilaire.

«JOURNAL DE PHYSIOLOGIE». — Núm. 2.
— 1978. — T. 74.

- «Las neuronas hipotalámicas con función endocrina. Identificación, localización, características, electrofisiológicas y control hormonal», P. H. Richard y colb.
- «El oxígeno y el dióxido de carbono en el medio ambiente y biológico», P. Dejours.
- «Los mecanismos de traducción sensorial», Y. Galifret.
- «La motricidad digestiva y su regulación nerviosa», J. Gonella.
- «Las hipertensiones experimentales», J. F. Liard.

«THE JOURNAL OF SPORTS MEDICINE». — Diciembre. 1977. — Vol. 17. — Núm. 4.

- «Efectos del entrenamiento a intensidad aeróbica elevada sobre la capacidad de oxígeno máximo y sobre el desarrollo de los tests sobre el terreno», J. Moffatt y colb.
- «Un procedimiento de selección de la carga de trabajo para el test de Astrand-Rhyming», J. W. Terry y colb.
- «Efectos de la velocidad de pedaleo sobre la validez del test de Astrand-Rhyming sobre la capacidad de trabajo», G. T. Jossep y colb.
- «Estudio del efecto de un entrenamiento de corta duración sobre mujeres de edad», J. Vanfraechem y R. Vanfraechem.
- * «Efectos del entrenamiento físico sobre la lipemia post-prandial en hombres con respuestas anormales al test de la tolerancia oral a la grasa», C. W. Zauner y N. Y. Benson.
- «Efectos de la toma de sangre y autotransfusión en las respuestas de la frecuencia cardíaca a una carga de trabajo sub-maximal», T. Videman y T. Rytomaa.
- «Máxima capacidad aeróbica, capacidad anaeróbica y composición corporal de representantes de Sud-Australia en atletismo, juego de baloncesto, hockey y fútbol», R. T. Withers y colb.
- «Efectos de un programa de entrenamiento pretemporada sobre el buen estado físico de jugadores fútbol», T. Reilly y V. Thomas.
- «Un análisis cinemático del movimiento gírtorio del golf por medio de una película a movimiento rápido en relación con la acción de la muñeca», N. Nagao y Sawada.

* «EFECTOS DEL ENTRENAMIENTO FÍSICO SOBRE LA LIPEMIA POST-PRANDIAL EN HOMBRES CON RESPUESTAS ANORMALES AL TEST DE LA TOLERANCIA ORAL A LA GRASA». — C. W. ZAUNER y N. Y. BENSON.

El objeto de este estudio consiste en determinar si el entrenamiento físico intenso puede normalizar la respuesta inicial atípica al test de tolerancia oral a la grasa. Veinticuatro hombres de edad media, de los cuales se conocía la tasa sanguínea elevada de lípidos, se estudiaron por su respuesta anormal al test de tolerancia oral a la grasa. Se

tomaron muestras de sangre de la vena del antebrazo, temprano por la mañana, después de 12 horas de ayuno y después de 3, 5 y 7 horas de la ingestión de una comida con elevado contenido de grasa. Se centrifugaron todas las muestras y se ha separado el suero de las células. La densidad óptica del suero se estableció por medio de espectrofotometría. La densidad óptica del suero en ayunas se substrayó a aquellas calculadas a partir de muestras sucesivas para obtener los puntos delta. Diez de los hombres mostraron valor, duración exagerada de la lipemia después de la comida grasa, o bien uno de los dos. Estos diez sujetos se entrenaron por medio de ciclismo, natación y carrera durante 8 semanas. El test de tolerancia oral a la grasa se volvió a administrar antes de comenzar el entrenamiento y cada dos semanas durante el entrenamiento. Se analizaron los datos con el análisis de la variación. No se observó diferencias estadísticamente significativas (P 05) del valor de la duración de la lipemia después de ingestión de grasa. Los autores concluyen que la tolerancia oral anormal a la grasa representa un error innato del metabolismo que no está influenciado por el entrenamiento físico.

12 citas bibliográficas

«THE JOURNAL OF SPORTS MEDICINE». — Marzo. 1978. — Vol. 18.

- «Ambiente, equipo y prevención de las lesiones deportivas. Efectos de la intensidad y de la frecuencia del entrenamiento sobre la capacidad aeróbica de trabajo sobre las mujeres jóvenes», Y. Aromi y colb.
- «Pronóstico de alto nivel de la habilidad remera», L. R. T. Williams.
- «Volumen oxígeno minuto en los atletas bien entrenados, en diferentes momentos de una carrera de larga distancia», M. D. Caldwell y C. P. Zauner.
- «Respuesta cardio-respiratoria al ejercicio maximal sobre pista móvil y cicloergómetro en los sujetos entrenados y no entrenados», M. Miyamura y colb.
- * «Factores que limitan el rendimiento de los jugadores de fútbol en el cicloergómetro», K. S. Verma y colb.
- «El efecto de la posición corporal del corredor de bicicleta sobre la velocidad del corazón, la ventilación pulmonar, el consumo de oxígeno, y el rendimiento de trabajo», I. Faria y colb.
- «Características de los jugadores de volleyball y éxito en un torneo nacional», L. B. Gladden y D. Cotacino.
- «Un medio rápido para detectar una parestia del cubital posterior»: "El signo del pular", F. Comandre y G. Revelli.
- * «Lesiones de la médula espinal debidos a accidentes de buceo», A. T. Scher.
- «Factores relacionados con lesiones del tendón del hueco popliteo», P. T. Liemohn.
- «Efectos de las condiciones de una sub-venda sobre la eficacia de los vendajes», F. G. Delacera.

* «FACTORES QUE LIMITAN EL RENDIMIENTO DE LOS JUGADORES DE FUTBOL EN EL CICLOERGOMETRO». — K. S. VERNA, S. R. MAHINDROO y D. K. KANSAL.

El estudio se ha realizado en 13 jugadores de fútbol del equipo nacional de la India. El papel del CO₂ en exceso en la valoración del rendimiento sobre cicloergómetro se ha demostrado por medio de una correlación significativa entre la producción de Eco₂, una carga de trabajo submaximal (140 w.) y el tiempo de marca en el cicloergómetro, lo que pone en evidencia que la producción elevada de lactato (o Eco₂) a cargas de trabajo submáximas hace que se puede preveer en la mayoría el rendimiento de un individuo a cargas más altas. Otro factor de limitación interesante en este estudio era la buena forma de los sistemas cardio-respiratorios. El VE 1.5 l. ha demostrado una correlación muy elevada con el CO₂ en exceso al agotamiento, lo que muestra que los equivalentes ventilatorios elevados limitan el rendimiento a causa de una producción muy fuerte de CO₂ en exceso. De consecuencia, según las observaciones de nuestro estudio,

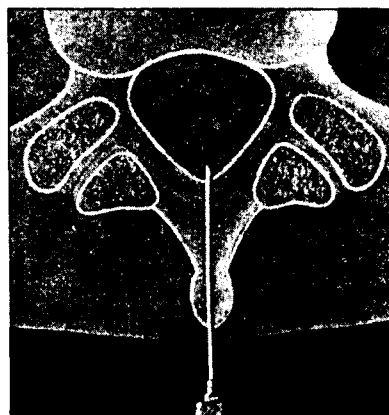
una capacidad aeróbica alta, una baja producción de CO₂ en exceso (o lactato) a cargas de trabajo submaximales y una buena forma cardio-respiratoria son los factores más importantes que determinan el rendimiento.

19 citas bibliográficas

* «LESIONES DE LA MEDULA ESPINAL DEBIDOS A ACCIDENTES DE BUCEO». — A. T. SCHER.

Los autores examinan las observaciones clínicas y radiológicas de 32 pacientes con lesiones en la médula espinal debidos a accidentes de buceo. La mayoría de estos pacientes han sufrido fracturas con compresión de la médula cervical, indicando una fuerza de compresión vertical, sostenida por el cráneo cuando se bucea a poca profundidad. Discuten el mecanismo de la lesión. Describen extensamente las deficiencias neurológicas y discuten brevemente el tratamiento de primeros auxilios haciendo hincapié en la necesidad de transportar con delicadeza al paciente, con el objeto de evitar dañar aún más la médula espinal.

en aquellos procesos que precisan una terapia rápida y segura



Cortidene® Depot



Cortidene® Depot

- Control del paciente

Evita posologías más elevadas, extemporáneas e incontrolables y viene a ser la terapia de control en el paciente reumático crónico.

- Excelente tolerancia

En inyecciones intra o periarticulares, la especial micronización de sus partículas, inferiores a 5u, evita irritaciones locales.

es el tratamiento de elección en:

Artritis, artrosis, lumbalgias, ciáticas, artritis reumatoide, bursitis, epicondilitis, tendinitis, tenosinovitis, etc.

Indicaciones: Afecciones reumáticas; artritis, artrosis, artritis reumatoide, ciática, lumbalgias, etc. Afecciones traumáticas; tendinitis, tenosinovitis, bursitis, epicondilitis, etc. Dosificación: Inyecciones intramusculares, 1 vial cada 15 ó 20 días, inyecciones intraarticulares, 0,5 a 2 c.c. (según el tamaño de la articulación afectada) cada 10 ó 15 días (según la evolución del proceso). Efectos secundarios: Los síntomas de hipercorticismismo, distribución irregular de las grasas, hirsutismo y aparición de estrías cutáneas son manifestaciones secundarias posibles con el tratamiento prolongado con esteroides a dosis elevadas. Contraindicaciones: Ulceras gástricas, tuberculosis activa, infecciones no controladas o viropatías, psicosis, embarazo o presunción de embarazo. Incompatibilidades: No puede ser administrado simultáneamente con vacunas. Su administración asociada a diuréticos tiazídicos produce alteraciones del ionograma. Composición, presentación y P.V.P.: Acetato de parametasona Syntex en suspensión micronizada,

PERCUTALIN

Antialgico
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.

Caja con 12 ampollas percutáneas de
2 c.c. autorrompibles 105,10 ptas.

Dosificación:

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

Indicaciones Terapéuticas:

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

En reumatología, traumatología,
reeduación funcional, Medicina
general y laboral. Antialgico de
aplicación local percutánea.



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 (Percutalin), nos hemos dado cuenta, rápidamente, que los resultados obtenidos han sido netamente positivos.



Industrial Farmacéutica de Levante, S.A.

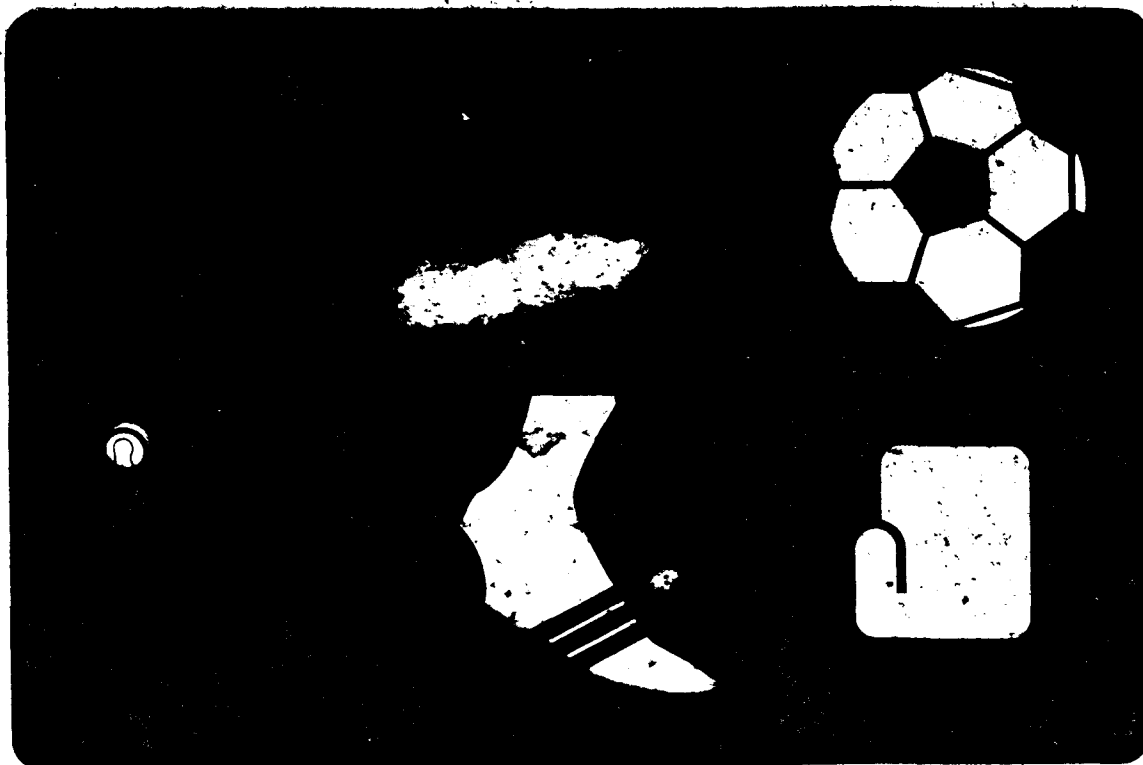
BARCELONA - Mallorca, 216 MADRID - Plaza Isabel II, 5

también en traumatología deportiva

naprosyn®

antiinflamatorio y analgésico

está superando en todos los terrenos a los viejos preparados



Un decisivo sprint terapéutico sobre la inflamación,
el dolor y el edema de los traumatismos más frecuentes:

- fracturas
- distensiones musculares
- esguinces
- bursitis
- contusiones
- tendinitis
- luxaciones
- epicondilitis, etc.

Naprosyn supositorios

2 supositorios al día es la dosis
envase único: caja con 12,
conteniendo cada uno 500 mg.
de Naproxén Syntex P.V.P. 296,70 ptas.

Naprosyn cápsulas

3 cápsulas al día es la dosis
envase único: frasco con 30,
conteniendo cada una 250 mg.
de Naproxén Syntex P.V.P. 382,50 ptas.

Indicaciones: procesos que cursan con inflamación, dolor o fiebre. Contraindicaciones: aunque no existen contraindicaciones absolutas, cualquier enfermo con historia de procesos gastrointestinales debe ser cuidadosamente vigilado, durante el tratamiento. No debe administrarse junto a productos como hidroxycumarina, hidantoína, sulfonamidas prolongadas o salicilatos. En general 500-750 mg. es la dosis más adecuada que puede sobrepasarse en casos agudos o en determinadas indicaciones. Composición: Naprosyn es el d-2(6-metoxinaftil) ác. propiónico.