

Madrid, 01 Julio 2010

Informe de las Jornadas Médicas de la AEMB

Durante los días 24, 25y 26 de Junio del presente año, se celebraron en Tarragona las XXI Jornadas de la Asociación Española de Médicos de Baloncesto (AEMB).

Dichas jornadas discurrieron en tono distendido en horario de mañana, y durante ellas se expusieron temas de candente actualidad para la medicina deportiva aplicada al baloncesto.

En orden de lo acontecido, la primera jornada comenzó con la mesa dedicada a la "Fisiología, preparación física y nutrición".

El Sr. Antonio Caparrós hizo un acercamiento a la *Utilidad del Muscle-Lab en la individualización de programas de entrenamiento*, el cuál es un software que valora funcionalmente la fuerza, lo que permite la valoración, readaptación y entrenamiento del deportista. Permite todo tipo de movimientos en cadena cerrada, abierta, de tipo analítico, etc., a la vez que distintos tipos de contracciones isométrica, concéntrica, excéntrica. Este programa nos permite conocer cuál es en principio el punto de potencia óptima del deportista. Para conseguirlo se debe aplicar el test el primer día de trabajo a cada jugador nuevo, para que conste como referencia para temporadas posteriores. Durante la temporada se suelen realizar unos 7 test.

El Dr. Carlos Hernández, por su parte, habló de las *Ventajas e inconvenientes de los programas individualizados de entrenamiento*. Dichos programas se aplican en prevención y tratamiento de lesiones, y suelen ser los readaptadores los que hacen este trabajo. En equipos de fútbol es donde más arraigada se encuentra esta figura. Con estos programas lo que se busca es una reeducación funcional



Federación Española de Baloncesto

deportiva, hay que conseguir retornar a los individuos a su nivel de forma de competición. Los programas se organizan en varias fases:

1. Cuidados médicos
2. Readaptación con:
 - a. Recuperación
 - b. Readaptación
 - c. Reentrenamiento

A continuación la Dra. Charo Ureña, hizo una revisión para todos los asistentes de *Ayudas ergogénicas, suplementos vitamínicos*, los cuales actualmente, son el tratamiento más utilizado en cualquier deporte. Como sustancias más seguras destacan los alimentos en polvo, la creatina y las proteínas entre otros. Hizo hincapié en que debemos asegurarnos de que ninguna de las sustancias que utilicen nuestros deportistas estén en la lista de sustancias prohibidas de la Agencia Mundial Antidopaje (Wada).

Para finalizar la mesa, el Dr. Juan Antonio Corbalán nos indicó la *Utilidad de la cerveza como coadyuvante de la alimentación deportiva*, destacando las propiedades de isotonicidad, alto contenido en agua, el equilibrio entre sus componentes de hidratos de carbono, poca sal y ausencia de grasas saturadas, así como su bajo contenido calórico y de fibra, el bajo contenido alcohólico y el alto en vitaminas, minerales, polifenoles y antioxidantes.

La segunda mesa de la primera jornada compuesta por la presentación de varias comunicaciones libres dio paso a la última mesa del día.

La tercera mesa de la jornada versó acerca de las "Lesiones musculares". Bajo el epígrafe *Patología músculo-tendinosa en el baloncesto (magnitud del problema, factores de riesgo y estrategias preventivas)* distintos miembros de los Servicios Médicos del Fútbol Club Barcelona, fueron abordando el tema, haciendo alusión a *¿Cuál es la magnitud del problema? Epidemiología lesional desde la base al*

primer equipo, Mecanismo lesional y factores de riesgo conocidos; Tratamiento conservador y quirúrgico. Guía de la Práctica Clínica del FCB; Estrategias y protocolos preventivos. En primer lugar el Dr. Gil Rodas indicó que las lesiones musculares han pasado a ser la causa más frecuente de lesión deportiva y el factor de riesgo principal la lesión previa. Según el Dr. Jordi Puigdellivol el tratamiento de dichas lesiones sigue siendo conservador y se reserva el quirúrgico para lesiones musculares de gravedad extrema. Según el Sr. Toni Caparrós los programas de prevención no deben limitarse a los estiramientos pasivos durante el calentamiento, sino que deben instaurarse desde las categorías inferiores, contando siempre, con la aquiescencia del entrenador. Por su parte la Dra. Gemma Hernández señaló los cambios hormonales, la irrupción en el gimnasio asociado al aumento de cargas de entrenamiento y la presión ejercida por los entrenadores, como factores de riesgo de lesión en cadetes.

La segunda jornada comenzó con la presentación de la mesa de "Diagnóstico por Imagen".

El Dr. Tomás Sempere comenzó su charla *TAC 3D*, haciendo referencia a la evolución que ha sufrido la especialidad radiológica en los últimos años. Del primer TAC, se pasó al TAC helicoidal y luego al multicorte, donde es la mesa la que se desplaza para conseguir un helicoidal con múltiples coronas. Este TAC3D es una adquisición volumétrica (volumen total de la zona de corte) que posibilita gran variedad de reconstrucciones anatómicas. Es muy rápido, lo que constituye la prueba ideal a utilizar en situaciones de urgencia y cuyas indicaciones principales serían pues para conseguir:

1. Imágenes angio-vasculares
2. Imágenes traqueo-bronquiales
3. Aplicaciones docentes de anatomía
4. Planificación del tipo de tratamiento
5. Planificación del método quirúrgico.

El Dr. Carlos Pedret habló a continuación de la *Ecografía*, como técnica diagnóstica especialmente indicada en lesiones músculo-tendinosas. Es una técnica de bajo coste y alta fiabilidad, en la que es necesario elegir el transductor y su material adecuados, y donde es fundamental el conocimiento anatómico esencialmente básico con densidades diferentes. Para mejorar la fiabilidad son también imprescindibles el conocimiento de la clínica y la exploración. Como ventajas se pueden extraer las siguientes:

1. Se realiza una exploración dinámica
2. Son posibles diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de lesiones
3. Es una técnica accesible y no invasiva
4. Es una técnica de elevada resolución

Como principal inconveniente esta técnica presenta el ser ecografista dependiente, es decir, que su mayor o menor valor depende de la interpretación que haga quién realiza la ecografía.

Por último, el Dr. Joan Carles Vilanova habló de la *RNM Vertical*. Esta modalidad de resonancia se basa en la existencia de pacientes cuya sintomatología aparece en vertical por ejemplo las lumbalgias tanto en bipe como sedestación. El objetivo es demostrar la causa morfológica de la sintomatología, puesto que se observa la imagen en la posición específica de la sintomatología clínica. Esta demostración biomecánica y fisiológica permite además la planificación de fisioterapia. Las aplicaciones más importantes son en columna, donde las lordosis y escoliosis pueden llegar a modificar su clínica hasta un 55% en función de cómo se encuentre el paciente si en supino o en bipedestación.

Como ventajas encontramos:

1. Permite mostrar la patología oculta
2. Se obtiene una imagen dinámica funcional
3. Produce menor claustrofobia
4. La correlación clínico-radiológica permite una mejor eficacia diagnóstica

5. Permite una selección de pacientes.

Como inconvenientes encontramos que su obtención es más lenta.

La segunda mesa de la segunda jornada fue de especial relevancia para todos los asistentes dada la candente actualidad del tema tratado: **"Aspectos psicológicos y físicos del jugador lesionado"**.

El Sr. José Manuel Beirán habló acerca de la *Psicología de la lesión: antes, durante y después*. El ponente indicó que la psicología sirve para que un deportista se recupere cuando le "toca" a base de hacer lo que "tiene que hacer". En la vulnerabilidad a las lesiones influyen la motivación, tanto por exceso como por defecto; así como el estrés. En este último caso se va acumulando y los problemas externos aunque no sean muy grandes influyen, baja el sistema inmune por déficit de atención, sube nuestra motivación y focalizamos la atención (llamado "2º error" en psicología). Si es por defecto la atención se dispersa. Es cierto que es necesario cierto grado de estrés para ir a todas las sesiones y aguantar el dolor que generan las lesiones. Para prevenir estas situaciones hay que intentar:

1. Ver los recursos del deportista
2. Hablar con ellos , expresar sentimientos y dudas
3. Valorarlos como personas, parecen ser a veces objetos, sobre todo en alta competición según los resultados. El ponente hizo mucho hincapié en que hay que darle mucha más importancia a las categorías inferiores pues son niños en formación. Debemos prestar atención a las informaciones externas que se transmiten, no se puede dar más del 100% como se propone en muchas ocasiones. En algunas ocasiones ante las lesiones se opta por lo que se llama "Reestructuración cognitiva".
4. Trabajar sobre los síntomas
5. Establecer objetivos para aumentar la confianza.

Durante la lesión se suceden distintas etapas, en las que se debe actuar de forma diferente desde el punto de vista psicológico:

- a) Momento de la lesión hasta el diagnóstico- en esta etapa es fundamental informar al deportista
- b) Inicio del tratamiento hasta el alta médica física – es trabajo del deportista. Debe comprometerse y tener gran motivación. Conviene no “aislar” a los deportistas solos con su lesión.
- c) Desde entrenamiento a competición – conviene controlar primero el impacto emocional. Hay que pasar varias etapas hasta la final que es la de la aceptación. Hay que anticiparse a que cuando un deportista compita, no haya nada que le pueda sorprender. Mucho cuidado con frases como:- Confío en ti – esto supone una mayor presión. Es mejor poner objetivos de realización indicándole lo que él tiene que hacer para salir bien. Podemos hacer que se lo plantee como una prueba de su estado de forma, por ejemplo.

En resumen, desde esta charla lo que se recomendó es tratar al deportista como persona y que él lo perciba.

La Dra. Carmen Pérez introdujo la *Utilidad del “coaching como método personal de recuperación y mejora del rendimiento*. Este tipo de trabajo proviene de la programación neurolingüística de Wander. *Programación* consiste en el programa que desde niños tenemos como situaciones grabadas a través del lenguaje o actitudes no verbales. *Neuro* obedece al sistema nervioso y *lingüística* obedece a lo que puedo decir para mejorar. El coaching ayuda a hacer consciente a la persona de sus habilidades, de lo que puede hacer. Gilligan (2009) propone tres puntos sobre los que trabajar, cuyo equilibrio hace que el individuo se encuentre bien. La *mente somática* engloba el cuerpo, corresponde a las reacciones primitivas y se localiza en la barriga. La *mente cognitiva* corresponde al cerebro y es la que suele producir los comentarios desastrosos que se tienen frente a la lesión. La *mente campo* corresponde al entorno y engloba todo lo que nos rodea.

Cuando aparecen los problemas se recogen con el acrónimo *crash* y el trabajo correspondiente se realiza con el *coach*.



Federación Española de Baloncesto

C = Contradicción

R = Reacción

A = Análisis parálisis

S = Separación

H = Herir, daño a uno mismo

C = *Centerin*, centramiento

O = *Opening*

A = Apertura

C = Conectado conmigo mismo

H = *Hold*, mantener

Como conclusiones generales de esta mesa se establecieron:

1. En todas las temporadas todos los padres deberán tener una charla con los entrenadores: a través del deporte los niños van a ir aprendiendo cosas que no van a hacer en el colegio. No enfrentar al niño con el entrenador.
2. En deportes de grupo es necesario que el deportista se adapte a cada entrenador, este llegará lejos. Debieran tratarse sobre todo a los entrenadores de la base para que sepan motivar a los jugadores.
3. Se debe hablar del propio rendimiento del entrenador.

La última mesa de la jornada del viernes llevaba por nombre "*Lesiones polémicas en el jugador de baloncesto*". Durante la misma, los doctores Ramón Serra, Andrés Soriano, Manuel Zurera, Narciso Hidalgo y Jorge Guillén, fueron dando su opinión terapéutica acerca de unos casos clínicos propuestos por el organizador de la mesa. Todos los doctores estuvieron de acuerdo en no recurrir a la cirugía si no es estrictamente necesario en lesiones localizadas en L5-S1, más si se trata de jugadores de peso.

Por último, el Dr. Carlos González de Vega habló sobre el *Uso de la Tecarterapia*. Esta novedosa técnica tiene su base física en un bisturí eléctrico, aplicado con una superficie más grande con frecuencia menor, creando calor acumulado interno. Con respecto al láser o los ultrasonidos, se llega a tejidos más profundos. Los tipos de tratamiento son Capacitiva, donde el electrodo está recubierto con plástico y va enfocado a partes blandas. Y la técnica Resistiva, enfocado a tejidos duros. Como ventajas importantes, se puede utilizar con prótesis metálicas y aplicar otros tratamientos concomitantes fisioterápicos como la cinesiterapia.

El mecanismo de acción reside en:

1. Aumento de la microcirculación
2. Aumento de la vasodilatación
3. Aumento de la temperatura

La aplicación de la técnica habitualmente está obteniendo muy buenos resultados en roturas de fibras y musculares, en las que acorta el tiempo de tratamiento de forma significativa hasta un 50%. También buenos resultados se están encontrando en cervicobraquialgia, sobre todo cuando se trata de mujeres. Otras localizaciones con buenos resultados son las lumbalgias y tendinopatías de miembros inferiores.

La jornada del sábado comenzó con la mesa de comunicaciones libres, dando paso posteriormente a la de "*Farmacología deportiva*".

El primer ponente, el Dr. José Sala, habló sobre *Analgesia*. Según el doctor, el mecanismo de analgesia puede ser tan complejo como el número de sustancias que se van descubriendo. En la clínica del dolor cada vez se utilizan más métodos psicológicos como la hipnosis. El dolor, es individual y cada uno sufre su propio dolor, es por ello, que también el tratamiento debe ser individual. Conviene conocer bien la diferencia entre *anestesia*, pérdida o abolición total o parcial de todas las sensaciones; y *analgesia*, pérdida o abolición total o parcial de las sensaciones dolorosas. El ponente destacó cómo se están utilizando sustancias potentes como la *codeína* y el *tramadol*, que sin embargo no están prohibidos en la lista de sustancias prohibidas de dopaje. Para finalizar como mejor tratamiento analgésico indicó los pasos a seguir:

- 1º Utilizar los medios físicos a nuestro alcance
- 2º Cuidado con las infiltraciones locales, sobre todo si se utiliza lidocaína pues se puede bloquear la articulación de por vida
- 3º Comenzar por opioides menores tipo AINE, tanto periféricos, celecoxib, paracetamol, metamizol; como centrales tipo zaldiar, ibuprofeno y codeína.

Reseñó como fundamental no cronificar el dolor.

La Dra. Reyes Aguinaco se encargó de actualizar los conocimientos con respecto a la *Profilaxis tromboembólica*. Según la doctora, todos aquellos pacientes que sufren cirugía mayor es necesario hacer profilaxis. En traumatología, gracias a esta, se ha disminuido la mortalidad quirúrgica. El tromboembolismo tiene su origen en la presencia de hipercoagulabilidad, estasis venosa ya sea por torniquetes o por inmovilización y en la lesión endotelial. Como recomendaciones actuales, todas aquellas lesiones de miembros inferiores por debajo de la rodilla, no se recomienda profilaxis, excepto:

- Fractura necesaria intervenir
- Obesidad
- Lesión cercana a la rótula

El factor de riesgo más importante para el tromboembolismo es la presencia previa de trombosis venosa profunda, por ello a partir de los 40 años se recomienda profilaxis en estos casos, ante un traumatismo, un viaje y una inmovilización.

La siguiente charla corrió a cargo del Dr. Alberto Fernández Morán y versó acerca de las *Nuevas perspectivas en el tratamiento lesional: Experiencia clínica con medicamentos bio-reguladores*. El doctor indicó que el funcionamiento de estas sustancias difiere con respecto a los habituales AINES, en que hacen actuar a los linfocitos Th3, los cuales promueven el beneficioso efecto de los linfocitos Th1 y modulan la respuesta negativa de los Th2. Acto seguido indicó algunas de las pautas de tratamiento que él utiliza en el equipo de baloncesto al que pertenece.

Por último, la charla *Hidratación y ejercicio* fue impartida por el Dr. Carlos Pedret. Durante la misma el doctor indicó que por cada litro de sudor que se evapora, se pierden 539 kcal. Cuando un deportista tiene sed, ya está en proceso de deshidratación y por tanto, su rendimiento está descendido. Las últimas recomendaciones indicar beber al menos entre 200 y 300 ml cada 15-20 minutos de entrenamiento y competición. La bebida Recupération sport, se presenta como una de las mejores a la hora de prevenir la deshidratación, consumiendo 1 sobre diluido en medio litro dos horas antes del partido, y después del partido.



La mesa denominada “*Ernesto Segura de Luna*”, cerró las Jornadas, dando cabida a la interrelación entre los distintos estamentos de los clubs con sus equipos médicos. En esta ocasión estuvieron presentes el Sr. José Cosano, concejal de deportes del ayuntamiento de Tarragona; Amaya Valdemoro, jugadora de la selección española de baloncesto; Berni Álvarez, jugador del Club Básquet Tarragona; Sergi Bru, presidente del Club Básquet Tarragona; Víctor Mas, responsable arbitral FEB del grupo 1; y Eugenio Díaz, médico durante muchos años de la selección española femenina de baloncesto.

Un año más el alto nivel científico, así como la calidad de los ponentes, pone de manifiesto el gran avance que la medicina del deporte en la modalidad de baloncesto está realizando y el interés que suscita, no sólo en los profesionales médicos y fisioterapeutas, sino en los directivos, técnicos y demás componentes de los equipos de baloncesto, todo ello dirigido siempre a mejorar y preservar la salud y desarrollo deportivo del jugador de baloncesto.