



Cada vez más cerca de ti
Even closer to you

ASSSA

MAGAZINE



Rías Baixas
Rías Baixas

ASSSA Hombre
La Sordera

ASSSA Man
Deafness

ASSSA Mujer
La Infección Urinaria

ASSSA Woman
Urinary Infections



Obesidad
Obesity
Enfermedades
Respiratorias

**Respiratory
Disease**





ASSSA
SEGUROS

Tu Tranquilidad en Buenas Manos
Your Peace of Mind in Good Hands



Índice *Index*

- | | | |
|---|---|---|
| <p>04 GENTE ASSSA
<i>ASSSA PEOPLE</i></p> <p>05 QUERIDO ASSSA
<i>DEAR ASSSA</i></p> <p>06 CUIDA TU SALUD
Enfermedades Respiratorias
<i>LOOK AFTER YOUR HEALTH
Respiratory Disease</i></p> <p>08 TU ALIMENTACIÓN. Obesidad
<i>YOUR DIET. Obesity</i></p> | <p>10 CONSEJOS PRÁCTICOS.
Sinusitis - Lumbalgia
<i>PRACTICAL ADVICE.
Sinusitis - Lower Back Pain</i></p> <p>12 CUIDA TU SALUD. Enfermedad Periodontal
<i>LOOK AFTER YOUR HEALTH. Gum Disease</i></p> <p>14 CUIDA TU SALUD. Fisioterapia
<i>LOOK AFTER YOUR HEALTH. Physiotherapy</i></p> <p>16 TECNOLOGÍA MÉDICA. Audífonos
<i>MEDICAL TECHNOLOGY. Hearing Aids</i></p> <p>17 PRACTICA DEPORTE
<i>SPORT FOR EVERYONE</i></p> | <p>18 RINCONES BELLOS
Rías Baixas
<i>BEAUTIFUL PLACES
Rías Baixas</i></p> <p>20 ASSSA HOMBRE. La Sordera
<i>ASSSA MAN. Deafness</i></p> <p>22 ASSSA MUJER. Infección Urinaria
<i>ASSSA WOMAN. Urinary Infections</i></p> <p>24 NOTICIAS ASSSA
<i>ASSSA NEWS</i></p> <p>25 PASATIEMPOS
<i>PUZZLES</i></p> |
|---|---|---|

Créditos *Credits*

Director: Herminio Martínez • **Coordinación/Coordinator:** Noelia Pasero • **Composición y Diseño/Composition & Design:** Vanessa Hernández y Carlos Hernández, Dpto. de Marketing y Comunicación ASSSA • **Traducciones/Translations:** Trayma • **Colaboradores/Collaborators:** Dr. Juan Antonio Andreo Ramírez, Dr. Vicente Miguel Holgado, Dr. Alfredo Díaz-Valero Escalante, D. Javier Lledó, D. Juan Antonio Andreo Lillo, Dr. Alfonso Aracil • **Maquetación:** Ohana Comunicación • **Imágenes/Images:** Archivo Gráfico ASSSA

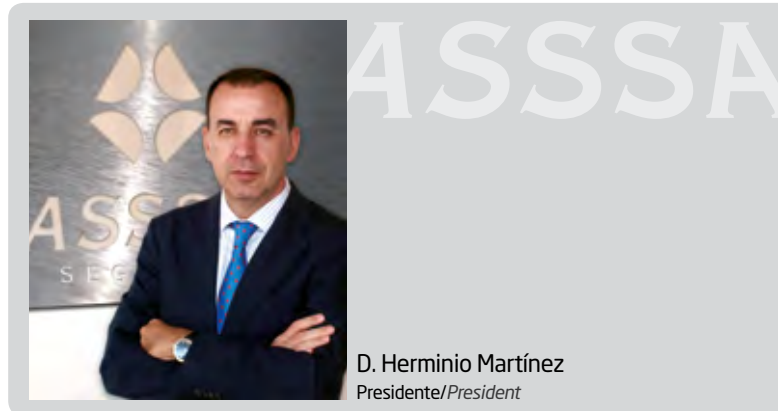
Visita nuestra web y podrás leer online nuestras ediciones anteriores.

www.assa.es

Visit our website and read all our editions online

Escríbenos tus sugerencias /
Send your suggestions to
magazine@assa.es





D. Herminio Martínez
Presidente/President

Buenos Resultados

Una vez cerrado el ejercicio 2012 podemos adelantar que ASSSA sigue con su progresión. Hemos incrementado el número de asegurados y crecido en rentabilidad y solvencia. La implantación en las Islas Canarias está siendo todo un éxito y ya preparamos la apertura para este año de nuestra nueva oficina de Las Palmas.

El crecimiento en la Costa Blanca ha sido muy superior a nuestras previsiones. Nuestra experiencia y madurez en este mercado está haciendo que numerosas personas decidan cambiar de aseguradora y venirse con nosotros. En esta línea y para seguir manteniendo el nivel de calidad de nuestros servicios hemos contratado nuevo personal para reforzar tanto las sucursales como nuestras oficinas centrales, apostando siempre por personas muy profesionales y con un buen nivel de idiomas. Es un orgullo para mí presidir una Compañía que en los tiempos actuales sigue creando empleo.

Este año 2013 se nos presenta muy bien, seguimos con nuestro proyecto de crecimiento y esperamos conseguir también unos extraordinarios resultados.

Good Results

At year end 2012, we can confirm that ASSSA is still making progress. We have more policy holders and we are becoming more profitable and solvent. Our expansion in the Canary Islands has been a real success and we are now getting ready to open a new branch in Las Palmas.

ASSSA has grown far more on the Costa Blanca than expected. Our experience and maturity in this market are encouraging numerous people to change insurance company and join us. Based on this, and to enable us to maintain our high quality standards, we have hired new support staff for our branch offices and main headquarters, selecting highly professional personnel with good language skills. I am proud to be at the helm of the company that is creating jobs in the current economic situation.

Things are looking very good for 2013. We will keep working on our growth project and we hope to achieve extraordinary results.

Nuevas Incorporaciones

En ASSSA hemos ampliado nuestro equipo de trabajo con seis nuevos profesionales.

Por un lado, se han incorporado a nuestra delegación de Denia Anja Neubauer como Delegada de Zona y Jennifer Schuster en el departamento de Atención al Cliente. Anja tiene una amplia experiencia en el sector de seguros. Habla perfectamente español, alemán e inglés. Jennifer tiene una dilatada experiencia en atención cliente, más de 10 años en diferentes empresas. También es trilingüe, domina los idiomas español, alemán e inglés. Las dos residen desde hace más quince años en España.

Por otro lado, en nuestras oficinas centrales de Alicante se han incorporado a nuestra plantilla tres nuevos jóvenes profesionales. Adriana Bru se ha unido al departamento de Facturación y Atención al Cliente, es Licenciada en Traducción e Interpretación de alemán por la Universidad de Alicante y posee también un título del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de traductor e intérprete jurado de alemán. Daniel Meseguer, Ingeniero Técnico en informática de gestión se ha incorporado al departamento de Desarrollo y Sistemas Informáticos. Vanessa Hernández se incorpora como refuerzo al departamento de Marketing. Vanessa tiene un Master en diseño gráfico y arte visuales.

Por último se ha incorporado a la delegación de Orihuela Costa Brigitta Rosenkranz en administración y atención al cliente. Tiene mucha experiencia en áreas administrativas y comerciales, muy centradas en el sector de la salud. De nacionalidad alemana habla perfectamente inglés y español.

En ASSSA seguimos apostando por la experiencia y la juventud que tan buenos resultados nos han dado en el pasado. Con la integración de estos seis nuevos profesionales en nuestro experimentado equipo, queremos seguir impulsado y potenciando nuestra actividad.

New Additions

ASSSA has added another six new members to the team.

Our regional office in Denia has welcomed Anja Neubauer on board as area representative and Jennifer Schuster is now working in the customer services department. Anja has extensive experience in the insurance sector. She speaks perfect Spanish, German and English. Jennifer is very experienced in customer services, having spent more than 10 years at different companies. She also speaks three languages; German, English and Spanish. Both have been resident in Spain for more than 15 years.

Three new young employees have also joined the workforce at our headquarters in Alicante. Adriana Bru is now working in the Billing and Customer Services Department. She has a degree in Translation and Interpreting in German from the University of Alicante and also holds a qualification from the Ministry of Foreign Affairs and Cooperation as a sworn German translator and interpreter. Daniel Meseguer is an IT management engineer and he has just joined the Development and Information Systems Department. Vanessa Hernández has been hired to provide support in the Marketing Department. Vanessa has a Master's degree in graphic and visual arts.

Lastly, our team in Orihuela Costa now includes Brigitta Rosenkranz in the administration and customer services department. She is very experienced in sales and administration and specialises in the health sector. She is German and speaks English and Spanish perfectly.

ASSSA is continuing to invest in both experienced and young workers based on the excellent results achieved in the past. We are sure that adding these six new employees to our current team will further drive and strengthen our business.



Anja Neubauer
Delegada de Zona ASSSA /
ASSSA Area Representative
Denia



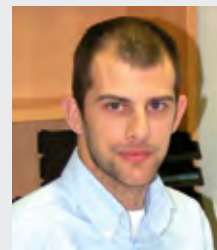
Jennifer Schuster
Atención al Cliente ASSSA /
ASSSA Customer Service
Denia



Brigitta Rosenkranz
Atención al Cliente ASSSA /
ASSSA Customer Service
Orihuela Costa



Adriana Bru
Atención al Cliente ASSSA /
ASSSA Customer Service
Oficinas Centrales / Head Office



Daniel Meseguer
Dpto. Desarrollo ASSSA /
ASSSA Development Dept.
Oficinas Centrales / Head Office



Vanessa Hernández
Dpto. Marketing /
Marketing Dept.
Oficinas Centrales / Head Office



Deine Rosemarie Tobler
Asegurado ASSSA/
ASSSA Insured



Ilka Thiede
Delegada de Zona de Ciudad Quesada/
Ciudad Quesada Area Representative

Querido ASSSA,
Dear ASSSA,

Quisiera decir gracias

Los últimos quince años he vivido tiempos buenos y tiempos muy duros, pero en todo este tiempo ASSSA siempre ha estado a mi lado.

Hace ocho años me diagnosticaron Parkinson. Me realizaron numerosas pruebas y tuve que acudir a diferentes especialistas. Todavía a día de hoy continuo yendo a revisiones regulares.

ASSSA me ha ayudado mucho desde el principio y en todo momento organizando y gestionando para mí todo cuanto necesitaba, facilitándome mucho las cosas. Siempre he tenido una persona a mi lado de contacto que además habla mi idioma.

Tiempo después me ocurrió otra desgracia. A mi marido Willy le detectaron un tumor pulmonar y le diagnosticaron cáncer de próstata. Luchamos mucho por su vida pero desgraciadamente falleció en julio del 2011. Lo que no podía imaginar es que mi hija fallecería dos meses después.

En todos estos momentos tan duros, Ilka, responsable de la oficina de ASSSA en Ciudad Quesada, siempre me ha apoyado y me ha prestado una atención excelente más allá de los trámites administrativos.

Es una tranquilidad saber que tengo un seguro que me cubre todo lo que necesito, eso es muy importante para nosotros, los mayores que residimos en un país extranjero.

Marca la diferencia entre una compañía de seguros y otra el tener a una persona tan profesional, tan humana y tan dispuesta a ayudar. Ilka se ha convertido para mí en uno de mis pilares.
Gracias Ilka,

Deine Rosemarie Tobler

I'd like to say thanks

Over the last 15 years I've had some good times and some very bad times, but ASSSA has always been there for me.

Eight years ago I was diagnosed with Parkinson's disease. I had to have a lot of tests and see different specialists. These days I still have regular checkups.

ASSSA helped me right from the start, organising and managing everything for me when I needed it and making things much easier for me. There has always been a contact person to support me in my own language, too.

After a while, misfortune struck again. They found a tumour in my husband Willy's lung, and he was diagnosed with prostate cancer. They did everything they could to save him but, sadly, he passed away in July 2011. I never imagined that my daughter would die just two months later.

During these hard times, Ilka, the manager of the ASSSA branch in Ciudad Quesada, has always been there to support me and she has given me excellent care beyond administrative procedures.

I feel confident knowing that I have an insurance policy that covers all my needs, which is very important to us elderly folk living in a foreign country.

*What makes the difference between one insurance company and another is having a professional, compassionate person who is willing to help. Ilka has become a rock for me.
Thank you Ilka,*

Deine Rosemarie Tobler

Enfermedades Respiratorias

Las enfermedades respiratorias, agudas y crónicas, constituyen un importante problema de salud con una morbimortalidad muy elevada. En las sociedades occidentales las enfermedades respiratorias se sitúan entre las primeras causas de mortalidad y son una de las principales causas de ingresos hospitalarios. Las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes son el Asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que incluye la Bronquitis crónica y el Enfisema.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La **EPOC** es un proceso caracterizado por la reducción del flujo espiratorio máximo y por un lento vaciamiento del pulmón, debidos a bronquitis o enfisema. Estas características se mantienen con pocos cambios a lo largo de varios meses y el deterioro suele ser lento, pero progresivo y generalmente irreversible.

La **Bronquitis Crónica** se define clínicamente como la presencia de tos y expectoración durante 3 meses al año, por lo menos durante 2 años consecutivos.

El **Enfisema** consiste en el agrandamiento anormal de los espacios aéreos al final de los bronquiolos terminales (final de la trama aérea) con destrucción de los tabiques alveolares.

El factor de riesgo más importante en la producción de una EPOC es el **consumo de tabaco**. Son importantes la edad de inicio, los paquetes/año y el hábito actual. Hay que tener en cuenta que no todos los fumadores padecen la enfermedad de forma clínicamente significativa, solo el 15% de los fumadores desarrollarán una EPOC. Como otros factores de riesgo, a destacar, relacionados con la EPOC, debemos considerar:

- **Tabaquismo pasivo.** Es especialmente importante proteger a los niños del ambiente con humo de tabaco. La función pulmonar aumenta durante la infancia y la adolescencia. Se ha demostrado una mayor prevalencia de procesos respiratorios agudos en los niños expuestos al tabaquismo pasivo.
- **Exposición Laboral.** Los trabajadores expuestos a polvo de origen mineral (minas de carbón y de oro, fundiciones) o vegetal (granos, algodón) muestran mayor prevalencia de bronquitis crónica. Así mismo, la exposición al polvo en el lugar de trabajo aumenta el riesgo de padecer una EPOC en los fumadores.
- **Contaminación ambiental.** Su papel es incierto, aunque mucho menor que en el consumo de tabaco. La contaminación y el consumo de tabaco tienen un efecto sinérgico nocivo sobre la vía aérea.

Respiratory Disease

Acute and chronic respiratory conditions are a serious health problem and a leading cause of morbidity and mortality. In Western societies, respiratory diseases are among the main causes of death and one of the most frequent causes of hospital admissions. The most common respiratory diseases are asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), which include chronic bronchitis and emphysema.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease

COPD is a condition that constricts the airways, thus allowing less air into and out of the lungs due to bronchitis or emphysema. The condition may be largely stable for several months and deterioration is generally slow, progressive and irreversible.

Chronic Bronchitis is clinically defined as excess production of sputum leading to a chronic cough for three months of the year, generally for at least two consecutive years.

Emphysema is a condition whereby the air sacs of the lungs (alveoli) at the end of the smallest airways (bronchioles) become enlarged, destroying the alveolar septae.

*The most common cause of COPD is **smoking**. The age at which you start to smoke, number of packets/year and current consumption are all important factors. However, the disease does not become clinically significant in all smokers, with only 15% developing COPD.*

Other important risk factors related to COPD include:

- **Passive smoking.** *It is very important to keep children away from cigarette smoke. Lung function increases during childhood and adolescence. Acute respiratory conditions are more common in children who are passive smokers.*
- **Occupational disease.** *Workers exposed to dust or powder of mineral (in coal or gold mines, foundries) or vegetable (cereals, cotton) origin run a higher risk of suffering from chronic bronchitis. Exposure to dust in the workplace increases smokers' risk of suffering from COPD.*
- **Environmental pollution.** *Its impact is not known, but it is certainly far less of a risk than smoking. Pollution and smoking combined have a detrimental effect on the airways.*



Dr. Juan Antonio Andreo Ramírez
Director Médico de ASSSA/
ASSSA Medical Manager

En la EPOC existe un proceso inflamatorio crónico que afecta a las vías aéreas, el parénquima y la circulación pulmonar.

La anomalía funcional que define a la EPOC es la disminución del flujo espiratorio que se produce por las alteraciones anatómicas de los bronquiolos y por aumento en la resistencia al flujo aéreo. Habrá una disminución de la elasticidad pulmonar y alteraciones en el intercambio gaseoso.

El primer efecto del tabaco sobre el pulmón es la irritación, que afecta sobre todo a las grandes vías aéreas y se traduce por la presencia de **tos y expectoración**. Esta manifestación clínica es la **hipersecreción**, presente en prácticamente todos los fumadores. Un porcentaje de fumadores presentan además inflamación del bronquiolo terminal y destrucción de las paredes alveolares.

A partir de los 20-25 años se produce un declive progresivo de la función pulmonar. Una persona NO fumadora, a los 75 años habría perdido alrededor de una cuarta parte de la función pulmonar que tenía en su juventud, sin que este hecho tenga repercusiones clínicas. Un alto porcentaje de fumadores evoluciona de una manera similar a la de los no fumadores. Sin embargo, se describen los denominados fumadores susceptibles, en los que se aprecia un declive acelerado en la función pulmonar y que suele manifestarse a partir de los 45-50 años. El abandono del tabaco detiene el declive acelerado de la función pulmonar, pero lo que se ha perdido no se recupera.

La mayoría de los pacientes con EPOC sintomáticos son fumadores desde hace más de 20 años y que han fumado más de 20 cigarrillos al día. Los síntomas graves suelen aparecer a partir de los 50 años.

La **Tos** matutina es habitual en la mayoría de los pacientes y se acentúa con las sobreinfecciones.

La **Disnea** (dificultad respiratoria) puede ser el único síntoma de los pacientes con EPOC. Su instauración suele ser progresiva y en ocasiones limita la capacidad laboral.

Las bases del tratamiento de la EPOC se basan en la prevención. El agente etiológico más importante es el hábito tabáquico. Dejar de fumar es el único "tratamiento" que cambia positivamente la historia natural de la EPOC sin insuficiencia respiratoria crónica. El abandono del tabaco es medida terapéutica que más contribuye a detener la progresión de la enfermedad y aumentar las expectativas de vida.

COPD has an chronic inflammatory component that affects the airways, parenchyma and pulmonary circulation.

The functional abnormality that defines COPD is reduced peak expiratory flow due to anatomical changes to the bronchioles and increased resistance to airflow. Lung elasticity and gas exchange also decrease.

*The first effect of tobacco is lung irritation, which mostly affects the large airways (bronchi), causing a **cough and expectoration**. The clinical symptom of this irritation is the **hypersecretion** from which almost all smokers suffer. A percentage of smokers also suffers from inflammation of the smallest airways (bronchioles) and destruction of the alveolar walls.*

Lung function gradually deteriorates from 20-25 years of age. Non-smokers aged 75 years have usually lost a quarter of the lung function they had in their youth without clinical repercussions. A high percentage of smokers evolve similarly to non-smokers, however, there are also so-called 'susceptible smokers' whose lung function deteriorates significantly, usually around the age of 45-50 years. Giving up smoking halts the rapid decline in pulmonary function, but the damage done is not recoverable.

Most patients with symptomatic COPD have smoked more than 20 cigarettes a day for more than 20 years. Serious symptoms tend to appear from 50 years on.

*Most of these patients have a morning **Cough** which is exacerbated by secondary infections.*

Dyspnoea (breathing difficulties) is sometimes the only symptom of patients with COPD. This is usually a progressive condition which sometimes interferes with work capacity.

The best way of treating COPD is prevention. The most important etiologic agent is smoking. Giving up smoking is the only "treatment" which has a positive effect on the natural history of COPD and which can prevent chronic respiratory failure. Stopping smoking is the best therapeutic measure to stop progression of the disease and increase life expectancy.

A propósito de la Obesidad

En las sociedades adelantadas un 87% de la población, y entre las mujeres hasta el 91%, se marcan como meta adelgazar a principio de año, aunque la mayoría lo hace por razones meramente estéticas y tan sólo un pequeño porcentaje motivado por razones de salud. La Obesidad es el acumulo de grasa en el organismo, constituyendo en esas sociedades opulentas la llamada epidemia del siglo XXI, y España como la líder de Europa con un 15% de la población adulta y el 12% de la infanto-juvenil (aunque si incluimos a los afectados por sobrepeso llegaríamos al 60%, nada menos que dos de cada 3 habitantes).

Aunque la grasa corporal fue en un principio el único recurso de la naturaleza para permitirnos sobrevivir a cataclismos, hambre y epidemias, en el momento actual, y en especial la grasa abdominal, se constituye en un depósito liberador de factores de inflamación de “bajo grado”, que afectando a otros tejidos llega a incrementar en ellos el riesgo de enfermedad. Así puede hasta casi cuatro veces aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, en más de tres y medio el de Diabetes mellitus tipo II y el de cáncer de mama casi tres. Todo ello sin contar con las enfermedades del sistema músculo-esquelético, endocrino, digestivo, etc, a las que puede poner en manifiesto o agravar.

Existe un condicionamiento genético para padecerla, inabordable hoy por hoy desde el punto de vista preventivo y terapéutico, y otro epigenético (discretas modificaciones en nuestro Fenotipo condicionadas por las mutilaciones que el ambiente produce en nuestro genoma) que sí podrían ser objeto de control. Nuestro Metabolismo es cambiante a lo largo de nuestra existencia, adaptándose a las circunstancias, siendo responsable de éste mecanismo, en gran parte, nuestro sistema hormonal. Cada individuo tiene sus propios requerimientos energéticos, su Metabolismo Basal, el mínimo consumo de energía que nos mantiene con vida (respirar, latir, mantener el tono muscular en reposo y la actividad cerebral, hormonal, etc, así como la generación y pérdida de calor). Todo ello constituye un “mecanismo” involuntario y sobre el que no podemos influir, por lo que la expresión tan habitual de cambiar el Metabolismo carece de sentido y su “oferta” como tratamiento es un engaño.

Hablando acerca del incremento de la obesidad entre nosotros podemos considerar dos aspectos fundamentales:

1. El cambio del saludable patrón de Dieta Mediterránea al consumo cada más habitual y diario de comidas con mayor contenido calórico, proteico y ricas en grasas saturadas y trans, carentes de verduras, hortalizas, frutas, fibra vegetal, etc.



All about obesity

In advanced societies, 87% of the population and up to 91% of women resolve to lose weight at the beginning of the year, although the majority do it for esthetic reasons and only a small percentage for health reasons. Obesity is the name given to excess accumulation of body fat, a condition considered the 21st century epidemic in opulent societies. Spain is the most obese country in Europe. Fifteen percent of adults and 12 percent of children and young people are obese (although if we include the overweight and the obese, the figure soars to 60 percent or one in three inhabitants).

Although fat was historically the body's main mechanism for surviving catastrophes, famine and epidemics, nowadays fat, particularly abdominal fat, is known to release “low grade” inflammatory factors, which have a detrimental effect on other tissues and increase the risk of illness. For example, the obese are up to four times more likely to develop cardiovascular disease and hypertension and their risk of developing Type 2 diabetes mellitus is more than three and a half times higher, not to mention problems with the musculoskeletal, endocrine, digestive systems, etc., that this condition can aggravate or trigger.

There are some people with a genetic tendency to become obese for whom there is still no preventive or therapeutic solution. There are also epigenetic factors (slight changes to the phenotype conditioned by genomic mutilations caused by the environment), but these can be controlled. Man's metabolism has evolved over time, adapting to our changing circumstances. Our hormones are largely responsible for this. Every individual has his or her own energy requirements or basic metabolic rate, which is the minimum amount of energy needed to keep us alive (breathing, heartbeat, maintaining resting muscle tone and brain activity, hormonal functioning, etc., as well as body temperature control). All these are involuntary “mechanisms” over which we have no influence, which is why it is nonsense to talk about changing or “speeding up” the metabolism to deal with obesity.

There are two underlying reasons for Spain's serious obesity problem:

1. *The switch from a healthy Mediterranean diet to one that includes habitual, daily consumption of higher-calorie foods which contain more proteins and saturated and trans fats and smaller amounts of fruits, vegetables and vegetable fibre, etc.*

2. El hecho de ser la generación actual la más sedentaria de cuantas nos han precedido, tanto en el trabajo como en los desplazamientos y en el ocio.

Podríamos añadir a estos dos aspectos los cambios debidos a las distintas informaciones con que las redes sociales de comunicación nos bombardean a diario tanto en prensa, revistas, televisión... que favorecen y facilitan comportamientos inadecuados: Propaganda en los medios de productos alimenticios, bebidas, consumo de alcohol, etc...

¿Cómo prevenir y tratar el problema?

La prevención está fundamentalmente en manos de los poderes públicos, comenzando en la escuela, llevando al conocimiento de los ciudadanos información adecuada, contrastada y veraz de lo que constituye una sana y variada alimentación. Aquí juega un papel importante la Profesión Sanitaria (médicos, enfermeros, farmacéuticos, nutricionistas, monitores deportivos, etc.) no sólo en lo que a los aspectos nutricionales se refiere, si no también contribuyendo a explicar y alertar de los innumerables mitos, engaños y “falsas verdades” que, con indudable ánimo de lucro para algunos, forman parte ya del “subconsciente colectivo”: Así las que circulan acerca de las “causas” de obesidad (retención de líquidos, mal funcionamiento del tiroides, la celulitis, etc.) o las que tratan de solucionarlas (dietas milagro de todo tipo, medicamentos “quemagrasas”, como L-carnitina, poliglucosaminas, extracto de Konjac, polvos de semilla de guaraná, efedrina, corteza de cangrejo rojo, té verde, etc.). También es cierto que hoy el concepto de Dieta Mediterránea, pirámide nutricional; contenido clórico de la dieta, etc., forma ya parte del saber general, aunque el cumplimiento real de tan conocido consejos sea más bien testimonial.

Y en cuanto al tratamiento se refiere, hoy por hoy, (si no el único, sí el principal y el más duro, por cuanto supone la lucha constante contra la báscula), sigue siendo la Dieta Hipocalórica, sea cual sea su componente, desde la más sana y equilibrada a la más aberrante e inverosímil. A ella se añadirá un ejercicio físico moderado (o intenso, si gusta y se tolera) pero diario.

¿Y qué hay respecto al tratamiento farmacológico de la obesidad?:

No existe actualmente ninguno que sea efectivo, y será fácil de entender con un ejemplo. No tendríamos que recurrir a la Cirugía Bariátrica en los casos de obesidad mórbida si existiesen tratamientos medicamentosos eficaces, de la misma manera que la aparición de estreptomycin y las simples hidrazidas terminaron con la cirugía de la tuberculosis y los sanatorios específicos para esa enfermedad.

¿Qué nos queda, pues?

La misma solución que ya nos aportaron nuestros abuelos hace muchos años, **menos plato y más zapato**. Aunque para ellos fue más sencillo, ya que las condiciones sociales y económicas en la que les tocó vivir hacía ese simple consejo cuestión de “obligado cumplimiento”. Sirva, finalmente de ánimo la conclusión de recientes estudios confirmando otros anteriores, que el ayuno ocasional pero reiterado, algún día y algunas comidas a la semana, favorece la regeneración celular al crear condiciones adecuadas en la mitocondrias de las células (sus “baterías”) que ayudarían a reparar las membranas celulares.

Dr. Vicente Miguel Holgado

Especialista en Medicina Interna, Endocrinología y Nutrición

2. Today's generation has more sedentary jobs and lifestyles.

In addition to these two aspects, the public is subjected to a constant barrage of information in the press, magazines and on television which encourage and enable unsuitable eating habits. Media advertising urges us to consume food, soft drinks, alcohol, etc...

How to prevent and treat obesity?

Prevention of obesity lies mainly in the hands of the public authorities, and should start with providing the public with appropriate, reliable, truthful information about what a healthy, varied diet should be. Healthcare professionals (doctors, nurses, pharmacists, nutritionists, sports instructors, etc.) have an important role that goes beyond explaining purely nutritional aspects to dispel the endless myths, tricks and “falsenesses”, that are spread by some for profit and which now form part of the “collective consciousness”. There are so many false beliefs about the “causes” of obesity (fluid retention, thyroid disorders, cellulite, etc.) and ways to cure it (miracle diets of all types, “fat-burning” medications such as L-carnitine, polyglucosamine, Konjac extract, guarana seed powder, ephedrine, red crab shell, green tea, etc.). Nowadays, it is also true that the Mediterranean diet, nutritional pyramid and salt consumption recommendations, etc., are common knowledge, although most people merely pay lip service to this advice.

When it comes to the treatment, while low calorie diets (from the healthiest and most balanced varieties to the most abhorrent and improbable) are not the only treatment for obesity, they are certainly the main and the most demanding component of weight loss. A low calorie diet should be accompanied by moderate, daily exercise, which can be more strenuous if the person wanting to lose weight enjoys and tolerates it.

What about drug treatments for obesity? There are no effective treatments at the moment; otherwise things would be very different. If we had effective drugs to treat obesity we wouldn't need perform bariatric (obesity) surgery in cases of morbid obesity, just as the appearance of streptomycin and simple hydrazides obviated the need for surgical treatment and sanatoriums for treating tuberculosis.

So what's the solution?

The same one that kept our grandparents trim in the past... less food and more exercise. Social and economic conditions meant that it was much easier for them than it is for us because they had no choice.

Another fact that may encourage you is that recent studies have confirmed earlier trials showing that skipping occasional meals on a regular basis encourages cell regeneration by creating suitable conditions for the cell mitochondria (the cell powerhouse) that help to repair cell membranes.

Dr. Vicente Miguel Holgado

Specialist in Internal Medicine, Endocrinology and Nutrition

Sinusitis

Los senos paranasales son cavidades aéreas revestidas de mucosa, localizadas en los huesos craneales, que se comunican con la cavidad nasal. Según su localización se denominarán senos etmoidales, frontales, maxilares o esfenoidales.

La **Sinusitis** es la inflamación de uno o varios senos paranasales, puede ser aguda o crónica. Según el seno afectado se le denominará sinusitis etmoidal, frontal, maxilar o esfenoidal.

La sinusitis suele presentarse como complicación de una infección vírica o bacteriana de las vías respiratorias superiores. En ocasiones se observa en pacientes con rinitis alérgica o defectos anatómicos nasales.

La sinusitis es más frecuente en adultos que en niños, puesto que los senos paranasales no se hallan totalmente desarrollados hasta la adolescencia.

Consejos prácticos para la sinusitis

A continuación, se presenta una serie de consejos que pueden ayudar a prevenir y combatir los síntomas de la sinusitis:

- Aunque es casi imposible evitar resfriarse, se puede mantener fortalecido el sistema inmunológico, reduciendo así la incidencia de resfríos y la gripe. Para ello se requiere una dieta equilibrada con abundante vitamina C, hacer suficiente ejercicio y, principalmente, descansar en forma adecuada.
- Evitar, en lo posible, estar cerca de una persona que esté estornudando y tosiendo. No compartir los utensilios de comer, ni otros artículos personales con una persona que este resfriada.
- Evitar los contaminantes del aire, como el humo de los cigarrillos, el humo de los coches, etc.
- Si se sufre de algún tipo de alergia, es necesario consultar con un especialista para conocer los tratamientos de desensibilización diseñados para ayudarle al cuerpo a que desarrolle inmunidad a la sustancia alergénica.
- No acostumbrarse a los descongestionantes o gotas nasales. A corto plazo, estos productos pueden brindar alivio. Sin embargo existe el riesgo, si se consume de forma prolongada, que conviertan la sinusitis en crónica.

Si los síntomas de sinusitis no se mejoran o incluso empeoran (secreción color verdoso o fiebre) después de algunos días de tratamiento en casa, es necesario ir al médico.



Sinusitis

The paranasal sinuses are air-filled spaces in the skull lined by mucous membrane, which are connected to the nasal cavity. According to their location they are called the ethmoidal, frontal, maxillary or sphenoidal sinuses.

Sinusitis is the name given to inflammation of one or several paranasal sinuses, which can be acute or chronic. According to the cavity affected it is known as ethmoidal, frontal, maxillary or sphenoidal sinusitis.

Sinusitis is sometimes a complication of a viral or bacterial infection of the upper respiratory tract. It can affect patients with allergic rhinitis or anatomical nasal defects.

Sinusitis is more common in adults than in children, because the paranasal cavities are not fully developed until adolescence.

Practical advice in cases of sinusitis

Here is some useful advice to help you prevent and fight the symptoms of sinusitis:

- *Although it is almost impossible to avoid catching a cold, you can keep your immune system strong to reduce your likelihood of catching colds and flu. This mainly involves eating a diet high in vitamin C and getting plenty of exercise and rest.*
- *Do your best to avoid being around people who are sneezing and coughing. Don't share cutlery or other personal items with a person who has a cold.*
- *Avoid pollution such as cigarette smoke, car fumes, etc.*
- *If you suffer from allergies, consult a specialist to find out about desensitisation treatments that help the body to develop immunity to allergens.*
- *Don't get accustomed to using decongestant nasal sprays or drops. These products may offer short-term relief, however, if you use them for extended periods your sinusitis may become chronic.*

If the symptoms of sinusitis (greenish secretion or fever) do not improve or get worse after a few days of treatment at home, you should see your doctor.

Lumbalgia

Los padecimientos lumbares son uno de los más frecuentes del hombre. Su posición bípeda le resulta excesivamente cara. El paso de cuadrúpedo a ella, ha exigido y conllevado una serie de adaptaciones que todavía no han llegado a su plenitud y perfección. La complejidad en el funcionamiento de la columna vertebral hace que esta patología sea objeto de consulta de múltiples especialistas médicos. Los padecimientos lumbares son síntomas de multitud de enfermedades. Alteraciones congénitas esqueléticas, trastornos de la estática, inestabilidad vertebral, factores infecciosos, procesos inflamatorios, traumatismos, neoplasias, hemopatías, inmunopatías y un largo etcétera –demasiado amplio– de causas que pueden causarlos.

Lumbago y lumbalgia significan dolor lumbar. El uso ha hecho que el primero haya sido identificado con la forma de presentación aguda, mientras que la segunda se refiere a la crónica. Así pues, **Lumbago** significa dolor lumbar agudo y **Lumbalgia** significa dolor lumbar crónico.

Consejos para prevenir el dolor lumbar

- Reposo en la cama en decúbito supino (boca arriba) o lateral. Puede ponerse una almohada entre las piernas o bajo las mismas para estar más comfortable.
- Sentarse en una silla adecuada, bien apoyada, preferentemente con reposapiés, reposacabezas y reposabrazos.
- Si debe mover un objeto voluminoso, es mejor moverlo apoyando nuestra espalda contra el objeto y hacer fuerza con nuestras piernas. Caso de coger objetos del suelo, hacerlo siempre flexionando caderas y rodillas.
- La postura más adecuada es aquella en la que los hombros permanecen en una actitud de reposo (ni hacia delante ni hacia atrás).
- Trasladar objetos, siempre, sin forzar la columna. Mejor empujar que arrastrar. Fraccionar las cargas que han de trasladarse y llevarlas lo más cerca posible del cuerpo.
- Caminar con la cabeza alta, pelvis hacia delante y pies rectos.
- En trayectos largos, de coche, descansar cada 2 horas.
- Evitar, en la medida de lo posible, que el tronco se incline hacia delante. Es mejor que los hombros estén unos centímetros más atrás del sitio de apoyo de la cadera y descansen sobre el respaldo de la silla (siempre que el respaldo sea recto).
- Realice ejercicio físico, es muy importante ejercitar la musculatura de la espalda para prevenir futuras molestias.

Se debería consultar a su médico si es la primera vez que duele la espalda, para identificar la posible causa del dolor y confirmar que sea un problema mecánico de la misma y no una enfermedad general que se manifiesta en ella.

Lower Back Pain

Lower back pain is one of the most common health complaints. It's the high price we pay for our two-legged stance. Our transition from four to two legs involved a series of adaptations which are still not as perfect as they could be. The spine is a complex structure and can suffer from problems which prompt many visits to specialists. Lower back pain may be a symptom of a number of diseases. Congenital skeletal disorders, static disorders, vertebral instability, infections, inflammation, trauma, neoplasm, haematological disorders, immunopathy and a long list of other causes may be behind the pain.

Lumbago and lumbalgia are both terms used to describe lower back pain. The difference is that the former refers to acute and the latter to chronic pain. So LUMBAGO means acute lumbar pain and LUMBALGIA means chronic lumbar pain.

Tips for preventing lower back pain.

- *Lie face up or on your side in bed. You may find that putting a pillow between or underneath your legs can be comfortable.*
- *Use a suitable chair which provides good support, preferably with a foot rest, head rest and arm rests.*
- *If you have to move a large object, push it with your back against the object, using your legs. Always bend your knees and hips when picking up objects from the floor.*
- *The most suitable position is one in which the shoulders are relaxed (neither forward nor backward).*
- *Always be careful not to strain your spine when moving objects. Pushing is better than pulling. Divide large loads into smaller ones and carry them as close as possible to the body.*
- *Walk with your head held high, your pelvis forward and your feet straight.*
- *Rest every two hours on long car journeys.*
- *Avoid leaning forward as far as possible. Your shoulders should be a few centimetres behind your hips and rest on the seat back (provided the seat back is straight).*
- *Exercise is very important to keep your back muscles strong and to prevent problems later on.*

See your doctor to discover what is behind the problem if this is the first time you have suffered from back pain and check that there is a mechanical cause and that it is not a symptom of a general illness.

¡Mi dentista me ha dicho que padezco de enfermedad periodontal!

Hoy en día son muchos los que han oído hablar sobre esta enfermedad y no es de extrañar, ya que se trata de la **segunda causa de pérdida de dientes** por detrás de la caries. La sociedad actual está ya muy concienciada sobre qué hacer ante la aparición de caries, pero quizá no tanto sobre qué hacer ante lo que durante muchos años, de una forma popular, se ha conocido como “**piorrea**”.

La enfermedad periodontal abarca múltiples estadios. Desde una gingivitis, que conlleva una simple **inflamación de las encías**, hasta la **periodontitis**, en la cual dicha inflamación va acompañada de la destrucción de los tejidos que rodean a los dientes. El curso de esta enfermedad, dependerá mucho de los hábitos de higiene que mantenga el paciente y dependiendo de su estado de avance, la realización de los tratamientos odontológicos pertinentes. Si la persona que sufre esta enfermedad no hace nada por detener su avance, el resultado en el tiempo será la pérdida de múltiples piezas con todas las consecuencias que esto conlleva.

¿Qué signos nos dicen que algo va mal con respecto a nuestras encías?

El primer signo suele ser el **sangrado** y enrojecimiento de las encías, aunque es de vital importancia remarcar que este sangrado puede ser nulo o muy reducido en personas **fumadoras**, cosa que muy a su pesar, les hace preocuparse.

Otro signo indicador de que la enfermedad ya está bien establecida es la migración de las encías con la consiguiente exposición de las raíces dentarias. El paciente tiene la sensación de unos **dientes más largos** y esto se debe a la pérdida del hueso que rodea a los dientes que hace que la encía, que se apoya en este, vaya bajando respectivamente. Ya en un estado muy avanzado, los dientes presentarían movilidad, pero incluso en esta situación, se puede llegar a hacer algo por mantener esos dientes. Otros signos que nos harán sospechar sobre la presencia de la enfermedad, serán la sensibilidad dentaria, el mal aliento o molestias al masticar.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Una mala higiene oral podría considerarse como el pilar base de esta enfermedad. La presencia de ciertas enfermedades como la diabetes o los tratamientos con algunos grupos de fármacos también pueden desencadenar la aparición de esta enfermedad y hábitos como el tabaquismo, los cambios hormonales o el estrés están ya más que demostrados como factores de riesgo.

My dentist says I've got gum disease!

*Nowadays a lot of people know about gum disease or periodontitis, which is no surprise because it is the second-most frequent cause of tooth loss after caries. Today's society knows what to do if caries appear, but we may be less aware of what to do in cases of what was commonly known for many years as “**pyorrhoea**”.*

*Periodontal disease and gum disease are terms used to describe a process with numerous stages. These range from gingivitis, which is simple **gum inflammation**, to **periodontitis** which is destructive inflammation of the tissues surrounding the teeth. The way this disease develops is largely dependent the patient's dental hygiene routine and use of suitable dental treatments, the choice of which depend on how far it has progressed. If the patient does nothing to halt the progress of the condition, eventually several teeth may be lost, which will have a number of consequences.*

How can I tell if there is something wrong with my gums?

The first sign is usually bleeding and reddening of the gums, although you should remember that this bleeding may not occur or may be very minor in the case of smokers, with the downside that it may go undetected.

Another established sign of periodontitis is gum recession, which leads to exposure of the dental roots. Patients get the impression that their teeth have got longer, but what has actually happened is that the bone supporting the gum has eroded, causing it to recede.

In the advanced stages of the disease the teeth may wobble. Even so, there are ways of saving them.

Other signs indicative of gum disease are sensitivity, bad breath or discomfort when chewing.

What are the risk factors?

Poor oral hygiene is the primary cause of gum disease. There are also a number of illnesses such as diabetes and some medicines that can cause the appearance of gum problems, as well as habits like smoking. Hormonal changes and stress have also been identified as risk factors.



¿En que consiste el tratamiento de la enfermedad periodontal?

En primer lugar, un correcto diagnóstico será crucial para una buena planificación del tratamiento en cada paciente. Esto se realiza mediante un **periodontograma**, que consiste en la medición de la altura existente entre el borde de nuestras encías y el hueso que esta debajo, y comprende una serie de radiografías y el sondaje de cada uno de los dientes.

Tras ello y en caso de enfermedad, pasaremos a una fase desinflamatoria en la que como su propio nombre indica, se buscare erradicar esa inflamación, que de no hacerlo, se cronificaría y daría paso al establecimiento de la Periodontitis, la forma crónica de esta enfermedad que como ya se ha mencionado cursa con la pérdida de las estructuras de soporte. Esta fase desinflamatoria, comprende desde una simple higiene hasta la realización de los famosos “curetajes” que consiste en la eliminación de la placa y sarro que se encuentran entre la encía y el diente, y puede ir unida a un tratamiento farmacológico. En casos más avanzados, puede ser necesario un abordaje quirúrgico, que nos asegure una correcta limpieza de los tejidos afectados. Por último y no por ello menos importante la fase de **seguimiento** vendrá comprendida por una serie de revisiones periódicas en las que el profesional, podrá detectar cualquier tipo de cambio o agudización en el avance de esta enfermedad y de esta manera, tratarlo a tiempo.

Dr. Alfredo Díaz – Valero Escalante

Odontólogo
Col. 10117

How is gum disease treated?

Correct diagnosis is the crucial first step which enables the dentist to plan the most appropriate treatment for the patient. This is done by performing a **periodontogram**, an examination which consists of measuring the height between the edge of the gum and underlying bone, taking a series of X-rays and probing each tooth.

If this examination reveals the presence of disease, the first step is to deal with the inflammation. If not it will develop into periodontitis, the chronic stage of this disease, which means inflammation, infection and destruction of the ligaments and bones that support the teeth. The anti-inflammatory treatment stage can consist of simple oral hygiene measures and sometimes **cutterage**, which consists of removing the plaque and tartar between the gum and the teeth, sometimes in combination with drug treatment. A surgical approach may be required to correctly clean the affected tissues in advanced cases. Lastly, but equally important, is the follow-up stage, which consists of attending regular appointments with your dentist to check for changes or chronic symptoms of the disease to ensure prompt treatment.

Dr Alfredo Díaz – Valero Escalante

Dentist
Association No. 10117



LABORATORIO DE
**ANÁLISIS
CLÍNICOS**

JAIME CHOLBI-M^oANGELES MULET

- Nuestro laboratorio realiza análisis clínicos y destaca por la calidad y rapidez en la entrega de resultados
- Our laboratory performs clinical analysis and stands out for the quality and speedy delivery of the results.



OFICINA EN JÁVEA: 96 646 06 58 – Avila, Lepanto, 2 - Edif. Puerto Real 03730 Jávea (Alicante). OFFICE JÁVEA: 96 646 06 58
Avila, Lepanto, 2 - Edif. Puerto Real 03730 Jávea (Alicante)

OFICINA EN TEULADA: 96 574 13 30 – Dr. José Pitarch, 8 - 03725 Teulada (Alicante). OFFICE TEULADA: 96 574 13 30
Dr. José Pitarch, 8 - 03725 Teulada (Alicante)

Horario toma de muestras: de 9.00 - 12.00 h Sampling Time: from 9.00 - 12.00 h www.laboratoriocholbimulet.com email@laboratoriocholbimulet.com

La fisioterapia:

Una herramienta para la prevención, el tratamiento de las lesiones y la mejora de la actividad física y deportiva.

En los últimos años, la fisioterapia ha pasado de ser un mero tratamiento para accidentes o patologías agudas, a ser una disciplina indispensable en la prevención de lesiones y en la orientación hacia un ejercicio saludable, con el objetivo último de aumentar la calidad de vida y el cuidado del paciente. En la fisioterapia actual, el paciente debe ser valorado globalmente, “no existen lesiones sino pacientes”. Cada caso debe analizarse teniendo en cuenta no sólo la zona afectada, sino las relaciones con el resto del cuerpo y los hábitos de vida del paciente. Por ello, desde Fco Lledò Fisioterapia Especializada, basamos nuestros tratamientos en cuatro fases indispensables:

1. Valoración del paciente y su estado, así como la planificación, objetivos y perspectivas de recuperación.
2. Prevención e higiene postural.
3. Tratamiento del dolor.
4. Incorporación a la actividad física y el deporte.

La valoración es la fase inicial del tratamiento. En ella, el fisioterapeuta recogerá los datos médicos aportados por el paciente, tales como informes, RX, RM, etc. Para, a continuación, realizar una completa valoración física con el fin de preparar y planificar el tratamiento adecuado a cada lesión. Posteriormente se lleva a cabo la fase de prevención e higiene postural. Denominamos higiene postural a la forma de actuar en nuestras actividades de la vida diaria. Existen movimientos repetitivos que realizamos a lo largo del día que pueden resultar nocivos para nuestro cuerpo. Un claro ejemplo sería la flexión del tronco para recoger algo del suelo, cargar pesos alejados del cuerpo, sentarse incorrectamente, etc. En definitiva, posturas que irritan y aumentan la presión intradiscal a nivel de la columna en más de un 400%, lo que podrá desembocar en una lesión de columna tras la realización continuada de las mismas.

Las **normas de higiene postural*** son muy sencillas de ejecutar. Generalmente las realizamos de forma natural, aunque en la mayoría de los casos no se convierten en hábito. Está demostrado que trabajando durante al menos quince días estas normas básicas, podremos incorporarlas a nuestros hábitos de vida, evitando muchas lesiones.

Durante el **tratamiento del dolor y las lesiones** los especialistas tratan patologías como la artrosis. **La artrosis** es una de las lesiones más frecuentes producida por el desgaste del cartilago (membrana que recubre los huesos cuya función principal es amortiguar y evitar fricción en las zonas articulares). Este desgaste puede originarse, principalmente, por cuestiones de edad, motivos traumáticos o

Physiotherapy:

A tool for preventing and treating injuries and improving physical and sporting activities

In recent years, physiotherapy has evolved into something more than just a way of treating injuries due to accidents and acute conditions and is now considered essential when it comes to prevention and guidance for healthy exercise, aiming to improve patient care and quality of life. Today's physiotherapists take a holistic approach to patients rather than looking at the injury in isolation. Each case is analysed, looking not only at the affected area but also its relationship with the rest of the body and the patient's lifestyle. That's why Fco Lledò Specialised Physiotherapy designs treatments that consist of four basic stages:

1. An assessment of the patient and his or her state of health, planning, setting objectives and looking at the prospects for recovery.
2. Prevention and postural hygiene.
3. Pain treatment.
4. Resuming physical activity and sport.

The first phase of the treatment consists of an assessment, when the physiotherapist looks at all the medical information provided by the patient, such as X-rays, MRI scans, etc. This is followed by a full physical assessment prior to preparing and planning the right treatment for the problem. Now comes the prevention and postural hygiene phase. Postural hygiene looks at the way we do things in our daily life activities. There are repetitive movements we do throughout the day that harm our bodies. Clear examples include bending the trunk to pick things up from the floor, lifting weights held away from the body, sitting incorrectly, etc. In short, postures that can irritate and increase spinal intra-discal pressure by more than 400%, and which, over time, may cause spinal injuries.

Postural hygiene rules are very simple to follow. Generally, we do these things naturally, although in most cases they do not become habits. It has been shown that by working on these basic rules for at least two weeks they will become part of our daily habits, preventing many injuries.*

When dealing with pain and lesions, specialists commonly treat conditions such as arthrosis. Arthrosis is one of the most frequent injuries and is caused by wear and tear to the cartilage (the membrane covering the bones, whose primary function is to act as a cushion and prevent them from rubbing against each other). This wear and tear is mainly due to age, injury or accident and being overweight. It affects both sexes equally and

D. Javier Lledó
Fisioterapeuta

accidentes y por sobrepeso, afectando por igual a ambos sexos y en pocos casos debido a causa genética. En el caso del sobrepeso (estar por encima del IMC normal) se cuadruplica el riesgo de padecer artrosis.

Desde la fisioterapia, el abordaje de la artrosis se realiza en *distintas fases*:

En la **fase aguda**, en la que existe inflamación, calor, dolor agudo e impotencia funcional, utilizaremos técnicas analgésicas como el uso de corrientes eléctricas para disminuir el dolor y bajar la inflamación como magnetoterapia, técnicas de masoterapia y estimulación de la musculatura con las manos y termoterapia (frío o calor en función de la fase en la que nos encontremos).

En una **segunda fase** (denominada subaguda), iniciaremos los ejercicios y la potenciación analítica de la musculatura estabilizadora de la articulación, consiguiendo un correcto funcionamiento articular evitando fricciones innecesarias y dolor, eliminando gran parte del dolor mediante los ejercicios* físicos y la adaptación de su lesión a su actividad laboral y deportiva. Tener artrosis, sin embargo, no implica dejar de realizar deporte. El fisioterapeuta aconsejará tras el tratamiento de la fase subaguda cómo iniciar la actividad deportiva y qué deportes y actividades le ayudarán a seguir mejorando su lesión y aumentar su calidad de vida.

Finalmente, durante la **fase última** del tratamiento, la **actividad física**, el fisioterapeuta y los profesionales de la actividad física desarrollarán de forma personalizada un plan de trabajo específico en base al estudio pormenorizado hecho con anterioridad en las fases previas del tratamiento. Sólo así, trabajando en equipo, conseguiremos que el paciente tenga una pronta recuperación y evite futuras lesiones.

*Ver ejercicios y normas de higiene postural en: www.fisiolledo.es



is rarely genetic. Overweight people (whose BMI is higher than normal) are four times more likely to suffer from arthrosis.

*Physiotherapists cover the **different phases of arthrosis**.*

*During the **acute phase**, when there is inflammation, heat, acute pain and functional impotence, we use analgesic techniques such as electric currents to relieve pain and reduce inflammation such as magnetotherapy, massotherapy techniques and manual stimulation and thermotherapy (cold or hot according to the stage of the condition).*

*In the **second, or sub-acute phase**, we start exercise and analytical strengthening of the muscles that stabilise the joint, thus achieving correct joint function, avoiding unnecessary friction and pain, eliminating much of the pain through physical exercises* tailored to the injury and the patient's job and sporting activities. However, having arthrosis does not mean having to give up sport. After the subacute phase has ended, your physiotherapist will advise you which sports and activities will help your injury to heal and improve your quality of life.*

*Finally, during the **last treatment stage, physical activity**, your physiotherapist and physical activity specialists will create a personalised work plan for you based on the detailed study drawn up in the earlier treatment stages. This team work approach is the only way to achieve a quick recovery and prevent future injuries.*

*See exercises and postural hygiene rules at: www.fisiolledo.es

FRANCISCO LLEDÓ

LLEDÓ

FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA

- Unidad deportiva
Sports center
- Unidad de columna
Column unit
- Unidad de extremidad inferior
Lower end unit
- Unidad de neurología
Neuroscience unit
- Unidad de accidentes de tráfico
Unity of traffic accidents
- Unidad de ejercicio terapéutico
Therapeutic exercise unit
- Unidad deportiva-PILATES
Unity sport-Pilates

ALICANTE

Médico Pascual Pérez 35 -1
03001 Alicante
96 520 30 88

BENIDORM

Avda. Dr. Severo Ochoa 18,
03503 Benidorm
965 86 15 03

www.fisiolledo.es



info@fisiolledo.es



Más de 40 años
cuidando de ti.

More than 40 years
caring for you



Ven a conocer tu nueva clínica en Benidorm

Come and meet your new clinic in Benidorm

Audiófonos de Nueva Generación

Las nuevas tecnologías han permitido que la industria en audiología disponga de muchos más recursos que ofrecer para dar soluciones avanzadas en cuanto a tecnología y diseño. La tecnología digital ha representado un gran avance en cuanto a los diseños de los audífonos de última generación. Los sistemas inteligentes reconocen mejor la voz respecto al ruido de fondo. Por otra parte, el diseño y la construcción de audífonos de hoy en día es muy distinta a la de hace unos años. En la actualidad es más fácil adaptarlos de una forma discreta y cómoda, seleccionando los ajustes más adecuados para la deficiencia de cada paciente.

Hoy podemos encontrar soluciones para cada caso. Los avances tecnológicos han permitido encontrar una solución para casi todo tipo de pérdidas auditivas, desde aquellas más leves hasta la más severas y profundas. Para estos casos se emplean audífonos más potentes que se adaptan al individuo sin problemas. Estos aparatos poseen un sistema de conexión morfofónica por el cual el paciente puede entender, por ejemplo, una conversación en grupo donde hay muchos ruidos diferentes. Existen audífonos con tecnologías con conexión bluetooth que permiten un micrófono accesorio que de forma direccional capta la voz y el sonido de la persona que se tiene enfrente, de manera que sus palabras se captan de forma más nítida. Estos audífonos amplían el volumen de los sonidos que vienen de frente del usuario y reduce el ruido de fondo de detrás y los lados. Lo más avanzado tecnológicamente hoy en día es disponer de un audífono digital miniaturizado que además tenga un auricular dentro del conducto auditivo y que sea versátil. Esto quiere decir que con el mismo audífono se pueden cubrir distintos grados de pérdida cambiando solo los auriculares. Esto hace que si el paciente ha perdido audición al cabo de dos o tres años, no sea necesario cambiar la prótesis. Solo con cambiar el auricular ya bastaría para solucionar el problema.

Los audífonos digitales ajustan la amplificación de forma individual para cada usuario y son tan precisos que pueden ser programados para amplificar ciertos rangos tonales. Estos audífonos tienen unos procesadores digitales de señal que convierten los sonidos acústicos en señales digitales y clasifican de forma inteligente el habla, la música, el ruido, etc... Son muchos mejores que los analógicos ya que son más potentes, más precisos y más discretos. No silban, se centran en el habla y reducen el ruido. Estos audífonos tienen controles remotos que son muy pequeños, pueden ser usados de forma manual. Los controles caben en el bolsillo y tienen forma de reloj o de Smartphone. También tienen múltiples memorias que hacen que tengas diferentes ajustes para diferentes situaciones, ambientes con ruido, ambientes tranquilos, para escuchar el teléfono, etc...

El siguiente paso será la tecnología wireless digital. Esta tecnología se usará para proporcionar sonido de forma directa y discreta a los audífonos desde otros dispositivos de comunicación, como son televisores, radios, teléfonos, sistemas abiertos como museos, etc... Esto hará que los usuarios reciban en sus audífonos el sonido de forma discreta y sin esfuerzo.

New Generation Hearing Aids

New technologies have given the audiology industry many more resources, offering advanced solutions in terms of technology and design. Digital technology has meant great progress with regard to designing latest-generation hearing aids. Smart systems are better at distinguishing between voices and background noise. What's more, today's hearing aids are designed and built very differently from those in the past. They are now far more discreet and can be adapted easily, choosing the most suitable settings for each patient's problem.

We can find the right solution for each case. Technological advances have made it possible to provide a solution for almost all types of hearing impairment, from the least serious to the deepest and most severe. In such cases, very powerful hearing aids can easily be adapted to the patient. These devices have a monophonic connection system which allows patients to understand even group conversations where there are a lot of different noises. Some hearing aids have Bluetooth, which allow them to be used with a directional microphone that picks up the voice of the person in front of the listener, capturing speech more clearly. These hearing aids amplify the volume of sounds in front of the user and reduce the sound coming in from behind and from the sides. The most technologically advanced solution these days is to have a miniature digital hearing aid which, as well as having an earpiece inside the ear canal, is also versatile. This means that the same hearing aid can be used for different levels of hearing loss by changing the earpiece alone. This is good news for patients whose hearing impairments worsen after two or three years, because they do not need to replace the entire prosthesis. Just changing the earpiece is enough to solve the problem.

Digital hearing aids adjust the amplification individually for each user and are so precise that they can be programmed to amplify certain tonal ranges. These hearing aids have smart digital signal processors that convert acoustic sounds into digital signals and classify them into speech, music, noise, etc.... They are far superior to analogue models because they are more powerful, precise and discreet. They do not whistle, focus on speech and reduce noise. These hearing aids have very small remote controls, for manual use. The remote control fits in your pocket and resembles a watch or smartphone. They also have numerous memories which allow users to make adjustments in different situations, such as noisy or quiet places, telephone conversations, etc...

The next step will be wireless digital technology. This technology will be used to send direct, discreet sound to hearing aids from other communication devices such as televisions, radios, telephones, open systems such as museums, etc... This will give users access to sound discreetly and with no effort at all.



D. Juan Antonio Andreo Lillo
Licenciado en Ciencias de la
Actividad Física y del Deporte/
Qualified in Physical Activity & Sports

Practica Deporte Sport for everybody

Pilates

El método Pilates fue creado por Joseph Hubertus Pilates a principios del siglo XX. Es una técnica más de acondicionamiento físico que es usada principalmente como recuperadora funcional, aunque desde hace algún tiempo se está llevando al ámbito del entrenamiento, impartiendo su práctica en gimnasios y en diversos centros específicos. Desde un punto de vista muy general se puede catalogar como una simple tabla de ejercicios que se han de cumplimentar en la totalidad de la sesión de Pilates. Esta forma de dar una sesión es característica de clases colectivas y eso precisamente, es lo que hay que intentar evitar. Debido a la buena publicidad que se le ha hecho a este método, se ha generado un boom que ha ido creciendo a lo largo de estos últimos años. Un ejemplo de esto es la cantidad de personajes famosos que lo practican.

Los empresarios que supieron ver el beneficio que supondría desarrollar el Método han ido dando una forma y orientación diferente a los primeros y únicos ejercicios que el señor Pilates ideó. Llegar a realizar perfectamente los primeros ejercicios requiere un muy buen estado del cuerpo además de un elevado grado de control por la complejidad que conllevan y el consecuente riesgo de lesión si se realizan de forma inadecuada. Una de las premisas del método Pilates es la dirección y control con la que tienen que hacerse los ejercicios y que éstos sean supervisados por el maestro. Para conseguir ese fin es importante entender que en clases colectivas se pierde calidad y efectividad porque es muy complicado que una sola persona controle a otras 15 o 20. Por eso, es recomendable recibir clases individuales o en grupos reducidos.

Una de las cosas buenas del método de Pilates es que combina muchos ejercicios y hace trabajar casi todas las articulaciones del cuerpo en gran parte de sus ejes. Esto no quiere decir que sea bueno realizar todos los ejercicios porque cada cuerpo es diferente y no toleran de la misma forma las fuerzas que le llegan de los diferentes ejercicios. Lo ideal es conocer las debilidades del cuerpo de la persona que vaya a asistir a las clases y adecuarle los ejercicios. También es importante que haya una progresión correcta para acondicionar y preparar el cuerpo y es ahí donde realmente se encuentra el éxito de todas las técnicas de entrenamiento, más allá de un nombre comercial y modas creadas.

El buen entrenador, ya sea de Pilates o cualquier otro tipo de entrenamiento, es aquel que conoce realmente qué efectos va a tener un determinado ejercicio sobre el cuerpo de su cliente y en qué momento es bueno incorporarle ejercicios más avanzados. A la hora de apuntarse a clases de Pilates habría que considerar el número de personas que componen la sesión, el buen hacer del maestro, la adecuación de la sala, la realización de una evaluación del cuerpo antes de comenzar y un control cada cierto tiempo para corroborar su evolución.

Pilates

The Pilates method was created by Joseph Hubertus Pilates at the beginning of the 20th century. It is a form of exercise used primarily for functional recovery, although it has been used in the training area for some time now and is taught in gyms and other specific centres. Very generally speaking, it can be defined as the simple set of exercises which must be completed during a Pilates session. This way of doing Pilates is common in group classes and is precisely what should be avoided.

Because of the good publicity this method has received, it has grown increasingly popular over the years. One example of this is the number of celebrities who do Pilates.

Entrepreneurs saw the benefits of developing the method, giving it a different format and focus to the first, original exercises devised by Mr Pilates. To do the first exercises perfectly you must be in good shape and have excellent control because they are complex and there is a risk of injury if they are not done correctly.

Among the principles of the Pilates method are the flow and control with which the exercises must be done. They should also be supervised by a teacher. To achieve these aims, it is important to understand that group classes mean lower quality and they are less effective because it is very difficult for just one person to supervise 15 or 20 students. That's why it's better to have individual or small group classes.

One of the good things about the Pilates method is that it combines numerous exercises and works almost all the body's joints in most directions. That doesn't mean that it is advisable to do them all. No two people are the same not everyone can tolerate the strain of the different exercises. Ideally, the instructor is aware of the student's weaknesses and adapts the exercises accordingly. Correct progression is also important to condition and prepare the body. This is the key to the success of all training techniques, regardless of their trade names or how trendy they are.

A good trainer, whether teaching Pilates or any other method, really understands the effects that a certain exercise will have on his client's body and knows when the time is right to introduce more advanced exercises. If you are thinking of signing up for a Pilates class, check how many people there will be in the group, how good the teacher is, the suitability of the room, whether you are offered an assessment before starting and whether you will be followed up regularly to see how you are progressing.

Rías Baixas

Las Rías Baixas es uno de los sitios turísticos más visitados de España. Son una parte del área costera de Galicia, al noroeste de España. Un lugar donde descubrirás unos paisajes increíbles, unas playas impresionantes, bonitas villas marineras, una gastronomía apasionante y una de las mejores denominaciones de vinos de España. Ocupan la costa oeste de la provincia de la Coruña y toda la costa de la provincia de Pontevedra, desde el cabo de Finisterre a la frontera portuguesa. De norte a sur las más importante son: *Ría de Muros y Nova*, *Ría de Arosa*, *Ría de Pontevedra* y *Ría de Vigo*.

Rías de Muros, es la menos urbanizada. Cuenta con dos núcleos principales de población que son la villa de Muros, abierta al mar desde tiempos medievales y Noia. En ambas la estructura serpenteante de sus calles que desembocan en pequeñas plazas en las que se alzan balconadas que dan fe de su carácter señorial de tiempos pasados. Además cuenta con otro destino turístico de interés que es Porto do Son, donde podemos visitar el Castro de Baroña declarado Patrimonio Artístico Nacional.

Ría de Arosa, es por su riqueza biológica y tamaño la más importante del mundo, apreciándose fundamentalmente por la gran diversidad de pescados, mariscos y crustáceos que contienen sus aguas. Todo ello motivó el origen de uno de los elementos más característicos del paisaje de esta región: las bateas, parques de cultivo de ostras, zamburiñas y mejillón. Los principales núcleos son: Ribeira, A Pobra do Caramiñal, Boiro, Rianxo, Carril, Villagarcía de Arosa, Vilanova de Arosa, Cambados, El Grove y la Isla de Arosa. Aquí podemos visitar uno de los humedales más importantes del territorio nacional, que son las Dunas de Corrubedo en Riveira. Son importantes también la Isla de la Toja, famosa por sus balnearios y productos cosméticos y Catoira con sus Torres do Oeste escenario todos los primeros domingos del mes de agosto del Desembarco Vikingo, fiesta declarada de Interés Turístico Nacional. Esta región es la cuna del vino albariño, de reconocido prestigio inter-

The Rías Baixas (Galician for “Lower Rias”) are one of Spain’s most popular tourist destinations. They are on the coast of Galicia in north-eastern Spain. The Rías Baixas feature incredible scenery, amazing beaches, charming seaside towns, superb gastronomy and one of the best wine denominations in Spain. They are on the western coast of la Coruña province and the entire coast of Pontevedra between Finisterre and the Portuguese border. From north to south, the most important of these are: Ría de Muros and Nova, Ría de Arosa, Ría de Pontevedra and Ría de Vigo.

Rías de Muros is the least developed. The two main towns are villa de Muros, a seaside town dating back to medieval times, and Noia. Both have winding streets giving onto little squares overlooked by balconies that give them a noble look reminiscent of days gone by. Another interesting destination for tourists is Porto do Son, where you can visit the Castro da Baroña, which has been declared National Artistic Heritage.

Because of its biological diversity and size, **Ría de Arosa** is the most important in the world. Its waters are home to different species of fish, shellfish and crustaceans. This is the reason behind most typical features of the regional landscape: the ‘bateas’, or oyster, scallop and muscle beds. The main towns are Ribeira, A Pobra do Caramiñal, Boiro, Rianxo, Carril, Villagarcía de Arosa, Vilanova de Arosa, Cambados, El Grove and la Isla de Arosa. You can also visit one of Spain’s most important wetlands, the Dunas de Corrubedo, in Riveira. Others include La Toja island, which is famous for its spas and cosmetics, and Catoira with its Torres do Oeste (towers), which provide the setting for re-enactments of Viking landings that take place on first Sunday in August and are listed as a festival of National Tourist Interest. Albariño, a highly prestigious wine in Spain and abroad, is also from this region. There are so many leisure activities to choose from: sailing, water sports, fishing, hiking and fabulous nightlife. The choice is yours... Not to forget the varied gastronomy.



nacional. La oferta de ocio es sumamente extensa: navegación, práctica de deportes acuáticos, pesca, senderismo y una intensa vida nocturna, si se prefiere. A eso hay que añadirle su diversa gastronomía.

La Ría de Pontevedra, es quizá la más visitada de Galicia y en ella se encuentran las localidades de Marín, Bueu, Pontevedra, Poio, las turísticas Sanxenjo y Portonovo y la pintoresca Combarro, con sus típicos hórreos. Entre los municipios de Sanxenjo y El Grove podemos destacar como destino turístico de interés la playa de La Lanzada. La combinación de belleza y accesibilidad hacen que esta región volcada al turismo sea la que cuenta con un mayor número de banderas azules en sus playas en relación al resto de España y que la oferta hotelera sea también una de las más importantes y variadas del país.

La Ría de Vigo es la más profunda y meridional de las Rías Baixas. Escenario en tiempos pasados de históricas batallas navales como la de Rande en el año 1702, hoy conserva en sus profundidades los restos de aquellos perseguidos tesoros y evidencias físicas de la importancia de sus puertos en los viajes hacia el nuevo continente americano. Sus principales núcleos son: Vigo, Redondela, Arcade, Moaña, Cangas do Morrazo, A Guarda y Baiona. En el interior de la ría destaca la localidad de Tui, emplazamiento del Parque Natural Monte Aloia, importante por sus impresionantes vistas y restos arqueológicos.

Un lugar a parte a destacar de las Rías Baixas son las **Islas Cíes**, apodadas como las Islas de los Dioses, se encuentran situadas en el corazón de las Rías Baixas, en la provincia de Pontevedra. Sus playas son consideradas como unas de las 10 mejores playas del mundo según el diario inglés *The Guardian*. Desde julio de 2002 forman parte, junto a los archipiélagos de Ons, Sálvora y Cortegada del Parque Nacional de las Islas Atlánticas que se extienden a lo largo de las Rías Baixas.

*The **Ría de Pontevedra** is perhaps the most popular among tourists, who visit Marín, Bueu, Pontevedra, Poio, holiday resorts Sanxenjo and Portonovo and picturesque Combarro, with its typical hórreos or granaries. La Lanzada beach between the Sanxenjo and El Grove municipal areas is another marvellous choice for a getaway. This holiday destination is both beautiful and accessible and boasts more blue flags on its beaches than any other part of Spain. It also has the biggest selection and variety of hotels in the country.*

*The **Ría de Vigo** is the deepest and southernmost of the Rías Baixas. Historical battles such as the Battle of Rande in 1702 took place in these waters. The seabed still contains hidden treasures and physical evidence of the importance of these ports to sailors on their way to the New World. The main towns are Vigo, Redondela, Arcade, Moaña, Cangas do Morrazo, A Guarda and Baiona. The town of Tui inside the ría is part of the Monte Aloia natural park and is renowned for its wonderful views and archaeological sites.*

*Another highlight of the Rías Baixas are the **Islas Cíes**, known affectionately as the Islands of the Gods, in the heart of the Rías Baixas in Pontevedra province. According to UK newspaper *The Guardian*, its beaches are among the 10 best in the world. Since July 2002 the Islas Cíes, as well as the Ons, Sálvora and Cortegada islands, have been part of the National Park of the Atlantic Islands, which encompasses all the Rías Baixas.*



La Sordera

La sordera o pérdida auditiva puede originarse por múltiples causas. Existen 3 tipos fundamentales de sordera en el adulto:

1. **Presbiacusia**
2. **Ototoxicidad**
3. **Ruido**

La Presbiacusia es un término referido a la pérdida auditiva resultante de los cambios degenerativos propios de la edad. Su aparición viene determinada por influencias de tipo genético o por el estrés físico a que está sujeto el individuo durante su vida. La edad de aparición es muy variable, desde la juventud a la madurez. Existen varios tipos, produciendo una pérdida de la inteligibilidad oral y una hipersensibilidad a determinados sonidos, ya sea por su tono o por su volumen.

La Ototoxicidad es una hipoacusia producida generalmente por la ingesta de algún medicamento, entre los que destaca una familia de antibióticos, los aminoglucósidos, utilizados a nivel hospitalario: gentamicina, estreptomina, neomicina, etc... Estos antibióticos provocan una interacción metabólica, muy frecuente en enfermos renales, que afecta al metabolismo de las células del oído interno provocando su degeneración irreversible. Otras sustancias ototóxicas son la quinina, los salicilatos (aspirina), algunos diuréticos y ciertos anticancerígenos (quimioterapia).

La Sordera por Ruido es causada por la exposición a fuertes ruidos de manera repetitiva y larga. En la sociedad actual existen muchas fuentes de ruido dañino por su elevado volumen: *motores, maquinaria industrial, explosiones (minería), música (auriculares intra-auditivos), aeropuertos, discotecas, disparos (caza), etc...*

Está demostrado que a partir de 90 dB el ruido causa destrucción de las células nerviosas del oído interno.

Todas las profesiones relacionadas con ruidos intensos pueden ser causa de pérdida progresiva e irreversible de audición, que se harán más evidentes con la edad al unirse a la presbiacusia.

El mejor tratamiento de estas sorderas es la prevención: utilizar protección ante la exposición a ruidos intensos asociados a determinadas profesiones, evitar el volumen excesivo de los equipos de música tanto en el automóvil como en recintos cerrados, así como seguir controles médicos ante la utilización de determinados medicamentos.

Dr. Alfonso Aracil - Especialista en Otorrinolaringología

Deafness

Deafness or hearing loss has numerous causes. There are three basic types of deafness in adults:

1. **Presbycusis**
2. **Ototoxicity**
3. **Noise**

Presbycusis is a term used to describe hearing loss caused by the degenerative effects of ageing. Whether or not it appears is determined by genetic-type considerations and the physical stress to which the person is exposed during life. It can appear at any age, from youth to maturity. There are several types, leading to impaired understanding of speech and hypersensitivity to certain sounds because of their tone or volume.

Ototoxicity is a type of deafness which is caused use of certain medications, which include a family of antibiotics, the aminoglycosides, used in hospital treatments: gentamicin, streptomycin, neomycin, etc.

These antibiotics trigger a metabolic interaction, very common in kidney diseases, which affects cell metabolism in the inner ear causing irreversible degeneration.

Other ototoxic substances include quinine, salicylates (aspirin), some diuretics and certain anti-cancer drugs (chemotherapy).

Noise Deafness is caused by repeated, long-term exposure to loud noises. There are numerous sources of loud, harmful noises in today's society: *engines, industrial machinery, explosions (mining), music (in-ear headphones), airports, discotheques, gunshots (hunting), etc...*

It has been shown that noises above 90 decibels destroy the nerve cells in the inner ear.

All professions that involve working in very noisy conditions can cause progressive, irreversible hearing loss, which is exacerbated when it is joined by presbycusis with age.

The best treatment for deafness is prevention: protect yourself from loud noises if you work in certain professions, avoid having the music turned up too loud in the car and in closed spaces and have medical checkups if you have to take medicines that present a risk.

Dr. Alfonso Aracil - Specialist in otorrhinolaryngology

Uno de cada dos hombres a los 48 años sufre pérdida de audición.

La edad es el factor principal de la pérdida de audición. Además, los hombres son tres veces más propensos que las mujeres a sufrir una pérdida auditiva, sin tener en cuenta la edad, profesión, estado de salud general y exposición al ruido, según publica un estudio norteamericano en la revista, *American Journal of Epidemiology*, 1998, volumen 148.

Otros descubrimientos del estudio fueron: Cada 5 años después de los 48 años de edad, el riesgo de padecer una pérdida auditiva aumenta en un 90%. Entre los 48 y los 59 años, uno de cada cinco tiene pérdida de audición. Entre aquellos de 80 o más años, nueve de cada diez padecen pérdida auditiva. Y entre los hombres de más de 48 años, la mitad padecen pérdida auditiva.

Entre los participantes del estudio, el 45,6% sufría pérdida de audición. De éstos, el 58,1% tenía una pérdida de audición leve, el 30,6% moderada y el 11,3% profunda.

En el estudio participaron 3.753 personas de Beaver Dam, Wisconsin, de 1993 a 1995. Todos los participantes fueron evaluados mediante la prueba de tonos puros y la audiometría del tronco del encéfalo.

El estudio indicaba que había una mayor incidencia de pérdida de audición entre las personas con bajos recursos socio-económicos, y entre las personas con una profesión asociada a un entorno ruidoso.

La pérdida de audición es la tercera enfermedad crónica más importante en los Estados Unidos, sólo superada por la artritis y la hipertensión. Con el envejecimiento de la población, la pérdida de audición neurosensorial será cada vez más común.

Fuentes: *Clinician Reviews* 2002; 12 (6): 62-67 & *American Journal of Epidemiology* 1998; Vol. 148, No. 9.



One in two men lose their hearing at the age of 48

Age is the main factor in hearing loss. What's more, according to a study published in the American Journal of Epidemiology, 1998, volume 148, men are three times more likely than women to suffer from deafness, regardless of their age, profession, general health and exposure to noise.

Other findings of this study were: Every five years after the age of 48, the risk of suffering from hearing loss increases by 90%. Between 48 and 59 years of age, one in five has hearing loss. After the age of 80, nine in ten patients suffer from deafness. Half of all men over 48 years of age have hearing impairments.

A total of 45.6% of the study participants suffered from hearing loss. Of these, 58.1% had mild deafness, 30.6% moderate and 11.3% severe.

The study, which was conducted between 1993 and 1995, looked at 3,753 people from Beaver Dam, Wisconsin. They were all assessed using the pure-tones hearing test and brainstem evoked response audiometry (BERA).

The study revealed that people with fewer social and economic means were more likely to suffer from deafness, as were those who worked in noisy conditions.

Hearing loss is the third most common chronic disease in the United States, after arthritis and hypertension. As the population ages, sensorineural hearing loss will become increasingly common.

Sources: *Clinician Reviews* 2002; 12 (6): 62-67 & *American Journal of Epidemiology* 1998; Vol. 148, No. 9.



Laboratorio Mariana Belmonte

PRIMER LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN VERA – ALMERÍA.

- Unidad de Hematología
- Unidad Bioquímica
- Unidad de Inmunología
- Unidad de Alergia
- Unidad de Hormonas y Marcadores Tumorales
- Unidad de Toxicología
- Unidad de Microbiología

FIRST CLINICAL ANALYSIS LABORATORY IN VERA - ALMERÍA.

- Hematology Unit
- Biochemistry Unit
- Immunology Unit
- Allergy Unit
- Unit Hormones and Tumor Markers
- Toxicology Unit
- Microbiology Unit



La Infección Urinaria en mujeres

La infección urinaria se define como la presencia de microorganismos, en cualquier punto del aparato urinario. La frecuencia aumenta con la edad, pero existen determinadas etapas de la vida de mayor incidencia y relacionadas también con el sexo. Los síntomas más frecuentes son dolor o ardor durante la micción, es decir, la emisión de orina, a veces con dolor abdominal y fiebre.

El aparato urinario humano se compone de dos partes:

- Los riñones, filtran la sangre y eliminan los desechos mediante la orina.
- La vía excretora, que recoge la orina y la expulsa al exterior.

Son más frecuentes las infecciones urinarias en las mujeres, esto es debido a que su uretra es más corta que la del hombre. También es más frecuente si se trata de mujeres sexualmente activas porque las relaciones sexuales pueden hacer que las bacterias se diseminen en forma ascendente hacia la vejiga. Muchas mujeres la contraerán más de una vez en su vida. Alrededor del 2% al 3% de las mujeres adultas tienen cistitis cada año.

Tipos de infección

Por su localización, las infecciones del tracto urinario pueden clasificarse en superiores e inferiores, las infecciones superiores afectan al riñón y las inferiores a las vías urinarias bajas, vejiga y uretra.

Superiores:

- **Pielonefritis:** Es una enfermedad más grave. Se refiere a la inflamación de la pelvis, la cavidad del riñón que recoge la orina, y el riñón en sí. Esta enfermedad está causada por una infección bacteriana. Puede ser una complicación de la cistitis. La pielonefritis aguda se presenta principalmente en mujeres, también es común en niños con reflujo ureteral.

Inferiores:

- **Cistitis:** Es la infección de las vías más común. La cistitis afecta casi exclusivamente a las mujeres. Esta es la inflamación de la vejiga. En la mayoría de los casos se debe por la proliferación de bacterias intestinales. La cistitis es casi siempre acompañada de la uretritis.

Urinary Infections in women

A urinary infection is defined as the presence of microorganisms (infection) in any organ in the urinary tract. It becomes more common with age, although it also occurs more frequently during some stages of life and with sex. The usual symptoms are pain and burning when urinating, sometimes with abdominal pain and fever.

The human urinary system has two parts:

- *The kidneys that filter the blood and eliminate waste in urine.*
- *The excretory tract that collects urine and expels it from the body.*

Women tend to get more urinary infections than men, because their urethras are shorter than men's. Sexually active women are also more likely to suffer from urine infections because sexual relations can cause bacteria to spread up to the bladder. Many women have these infections more than once during their lives. Around 2% to 3% of adult women have cystitis every year.

Types of infection

According to where they are located, they are classified as upper or lower urinary tract infections. Upper urinary tract infections affect the kidneys and lower urinary tract infections affect the bladder and urethra.

Upper urinary tract infections:

- **Pyelonephritis:** *This is a very serious condition. It is an inflammation of the pelvis, the cavity of the kidney that collects the urine and the kidney itself. This condition is caused by a bacterial infection. It can be a complication of cystitis. Acute pyelonephritis primarily affects women, but it is common in male children with urethral reflux.*

Lower urinary tract infections:

- **Cystitis:** *This is the most common type of urinary infection. Cystitis almost always affects by women. It is inflammation of the bladder. In most cases, it is caused by proliferation of intestinal bacteria. Cystitis is almost always accompanied by urethritis.*



- **Uretritis:** Si la infección solo afecta a la uretra, que es el conducto por el que se elimina la orina del cuerpo. Consiste en la inflamación de las paredes de la uretra debido a una infección bacteriana o a sustancias químicas que ocasionan un estrechamiento del conducto uretra.

Síntomas:

No todas las personas con infecciones urinarias tienen síntomas, pero la mayoría de la gente si los tiene. Éstos pueden incluir urgencia al orinar y una sensación dolorosa, ardiente en el área de la vejiga o la uretra durante la micción. Puedes sentirte cansado y con dolor de cuerpo. A menudo, las mujeres sienten una presión incómoda sobre el hueso púbico. La orina puede parecer rojiza o turbia, si la sangre está presente. Una fiebre puede significar que la infección ha alcanzado los riñones. Otros síntomas de una infección del riñón incluyen dolor en la parte posterior o debajo de las costillas, náuseas o vómitos.

Tratamiento:

La opción del medicamento y la longitud del tratamiento dependen de la historia del paciente y de los análisis de orina que identifican las bacterias. La prueba de la sensibilidad es especialmente útil en ayudar al doctor a seleccionar el medicamento más eficaz.

A menudo, una infección urinaria se puede curar con 1 ó 2 días del tratamiento si la infección no es complicada por una obstrucción o un desorden nervioso. Es muy importante tomar el curso del tratamiento completo porque los síntomas pueden desaparecer antes de que la infección este completamente curada.

Para ayudar a eliminar las bacterias, también es necesario beber más de lo habitual durante el proceso. También pueden colocar una compresa caliente en el abdomen.

Es importante visitar periódicamente a su médico de cabecera si padece algunos de los síntomas que hemos descrito anteriormente. El podrá indicarle cual es el mejor tratamiento.

- **Urethritis:** *This is the name given to the infection if it only affects the urethra, the conduit through which urine flows out of the body. It consists of inflammation of the urethra due to a bacterial infection which causes it to narrow.*

Symptoms:

Not everyone who has a urinary infection has symptoms, but most people do. These can include the urge to urinate and pain and burning in the bladder area or urethra when passing urine. It can cause fatigue and an aching body. Women often feel uncomfortable pressure on the public bone. Urine can be reddish or cloudy if blood is present. A fever can mean that the infection has reached the kidneys. Other symptoms of kidney infection include back pain or pain under the ribs, nausea or vomiting.

Treatment:

The drug of choice and length of treatment depend on the patient's history and a urine test to identify the bacteria. A sensitivity test is especially useful to help the doctor to choose the most effective drug.

Provided the urinary infection is not complicated by an obstruction or nervous disorder, it can sometimes be cured with one or two days of treatment. It is very important to take the entire course of treatment because the symptoms may disappear before the infection is completely cured.

To help to eliminate the bacteria, patients must also drink more than usual during the process. A warm compress on the abdomen can also provide some relief.

It is important to visit your general practitioner from time to time if you have any of the above symptoms. She will be able to recommend the most appropriate treatment.

Noticias ASSSA

ASSSA News

Nueva sucursal ASSSA en Tenerife.

Siguiendo con los objetivos de nuestro proyecto de crecimiento, posicionamiento y desarrollo en el archipiélago Canario y fieles a nuestro compromiso de estar cada vez más cerca de nuestros asegurados, inauguramos nuestra primera sucursal ASSSA en Tenerife. La nueva sucursal será nuestra sede central en las Islas Canarias, facilitando así la gestión a todos los asegurados residentes en el archipiélago. La nueva oficina está ubicada en Los Cristianos, lugar estratégico para desarrollar nuestra labor de asesoramiento y desarrollo comercial de la zona.



A new ASSSA branch in Tenerife

In line with the objectives defined in the growth, positioning and development programme for the Canary Islands and true to our commitment to be closer to our policy holders all the time, our first ASSSA branch in Tenerife is now officially open.

The new branch will be our main headquarters in the Canaries and will manage everything for our policy holders in the islands. It is in Los Cristianos, a strategic location for providing advice and developing local business.

Lanzamiento del Cuadro Médico de la Islas Canarias.

Siguiendo con nuestro compromiso de ofrecer el máximo servicio de calidad a nuestros asegurados, hemos editado el Cuadro Médico de asistencia sanitaria y dental de las Islas Canarias. Este nuevo cuadro médico incluye una amplia red asistencial de centros y facultativos a lo largo de todo el archipiélago y servirá de soporte para la apertura de nuevas oficinas de ASSSA en las islas. El Cuadro Médico se podrá consultar también en nuestra página web, como todos nuestros servicios. (www.asssa.es)



Launch of the Medical Network Directory of the Canary Islands.

To coincide with the opening of the new branch and following our commitment to offer top quality services to our customers, we have published a Medical and Dental Network directory of the Canary Islands. The new directory gives details of our extensive medical network of healthcare centres and professionals, and will support the opening of new ASSSA branches on the islands. Our Medical Network Directory and details of all our services are also available on our webpage. (www.asssa.es).



ASSSA colabora con Cáritas

Continuando con nuestro programa de acciones sociales y como todos los años, ASSSA ha colaborado con una donación a Cáritas para que pueda seguir realizando su labor social con los más necesitados. Cáritas es una organización cristiana no lucrativa que se dedica al cuidado y la protección de los más vulnerables. De las muchas actividades que llevan a cabo en sus centros destacamos los programas de apoyo.

Estos programas van desde la formación en diferentes áreas, como aulas de cocina, empleo, informática, etc... hasta el cuidado y la reinserción de los colectivos más indefensos. La mayoría de estos programas están supervisados por voluntarios que acuden a los centros de forma desinteresada.

El pasado mes de noviembre varios trabajadores de ASSSA acudieron a las instalaciones de Cáritas en Elche para realizar una visitada guiada con el Coordinador General de Cáritas, Francisco Javier Ruvira, donde pudieron ver los diferentes programas de apoyo.

ASSSA collaborates with Caritas

As part of its social action project, ASSSA made its traditional annual donation to charitable organisation Caritas, to enable it to continue with the work it does to help the most disadvantaged sectors of society.

Caritas is a non-profit Christian organisation that cares for and protects vulnerable people. Its support programmes are among the many important activities carried out at its centres. These programmes tackle everything from training in different areas, cooking workshops, employment, IT, etc... to support for the needy and help for them to find employment. Most of these programmes are supervised by volunteers at the centres who selflessly offer their services free of charge.

Last November, several ASSSA employees went along to the headquarters of Caritas in Elche. they were given a guided tour by General Coordinator of Caritas Francisco Javier Ruvira during which they were able to see the different support programmes.



CRUCIGRAMA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1									
2		■						■	
3			■						
4					■				
5				■					
6			■						
7						■			
8		■						■	
9									

HORIZONTALES

- Perturbar.
- Utilizaré.
- Famosa película. Ata y asegura una cosa por medio de cuerdas.
- Seco. Unidad de material hereditario.
- Abertura del aparato digestivo de los animales. Armadillo.
- Mujer encargada de cuidar niños. Id por el aire.
- Señales. Símbolo del neón.
- Partícula dotada de carga eléctrica, pl.
- Asaréis ligeramente.

VERTICALES

- Ordenábamos.
- Antigua ciudad de Asia Menor, también llamada Ilión.
- Voz con que se asusta a los niños. Isla de Grecia.
- Atrevida. Símbolo de coseno.
- Rama de segundo orden o que nace de la rama principal. Arrogante, presuntuoso.
- Aféresis de ahora. Tener tos.
- Nombre comercial de una fibra textil sintética constituida por tereftalato de etilenglicol. Pronombre personal reflexivo.
- Desafían.
- Renovéis.

SUDOKU

Hay 2 diagonales compartidas, que deberán contener todos los números de 1 al 9, junto con cada fila, columna y cuadro de 3x3, como de costumbre

		3	7					
				9	5			
	4	6						
6					1		7	
1	2				8	9	4	
			3			2		
							1	
							8	9
5	1			7	2			

SOPA DE LETRAS

H	M	C	H	O	O	T	A	H	R	P	O	R	O	C
P	Y	H	G	M	N	M	I	Ñ	I	C	G	W	G	L
N	U	Ñ	L	V	E	E	O	R	D	F	A	D	W	Z
K	E	R	Y	Q	R	N	R	O	U	Ñ	A	Y	U	Ñ
R	V	E	I	V	T	A	E	S	L	U	T	F	U	V
U	T	D	H	A	N	R	P	O	E	I	Ñ	L	D	N
T	A	L	L	O	E	D	S	T	I	S	E	B	Z	B
A	F	E	D	Y	S	O	I	S	G	C	M	F	D	R
M	P	O	M	A	R	A	V	I	L	L	A	R	A	K
H	B	T	W	R	S	O	A	V	M	H	W	D	J	N
O	S	O	T	N	E	T	R	O	P	Q	G	L	I	G

- | | | | |
|----------|------------|------------|---------|
| ANODO | ENTRENO | PELA | RENO |
| AVISPERO | MARAVILLAR | PORO | ruta |
| ELUDIR | NARDO | PORTENTOSO | VISTOSO |

Soluciones

S	I	E	R	A	S	A	O	S	6
I	■	S	E	N	O	I	■	O	8
E	N	■	S	A	C	A	R	A	7
D	A	L	O	V	■	A	A	A	6
U	T	A	T	■	A	C	O	B	5
N	E	G	■	O	D	I	A	R	4
A	R	A	■	A	M	A	■	E	3
E	■	E	A	R	S	U	■	S	2
A	R	A	T	O	R	O	B	A	1
									9
									8
									7
									6
									5
									4
									3
									2
									1

5	1	9	8	7	2	3	6	4
3	7	2	1	4	6	8	9	5
4	6	8	3	5	9	1	2	7
8	9	5	4	3	7	2	1	6
1	2	7	5	6	8	9	4	3
6	3	4	9	2	1	5	7	8
9	4	6	2	8	3	7	5	1
7	8	1	6	9	5	4	3	2
2	5	3	7	1	4	6	8	9

H	M	C	H	O	O	T	A	H	R	P	O	R	O	C
P	Y	H	G	M	N	M	I	Ñ	I	C	G	W	G	L
N	U	Ñ	L	V	E	E	O	R	D	F	A	D	W	Z
K	E	R	Y	Q	R	N	R	O	U	Ñ	A	Y	U	Ñ
R	V	E	I	V	T	A	E	S	L	U	T	F	U	V
U	T	D	H	A	N	R	P	O	E	I	Ñ	L	D	N
T	A	L	L	O	E	D	S	T	I	S	E	B	Z	B
A	F	E	D	Y	S	O	I	S	G	C	M	F	D	R
M	P	O	M	A	R	A	V	I	L	L	A	R	A	K
H	B	T	W	R	S	O	A	V	M	H	W	D	J	N
O	S	O	T	N	E	T	R	O	P	Q	G	L	I	G



READ ALL ABOUT IT!

A	N	A	Y	Z	R	G	E	R	G	E	S
G	S	L	V	D	A	M	A	R	C	A	Y
O	E	W	V	E	I	V	S	G	S	T	V
R	E	J	E	D	S	L	U	R	O	L	Q
E	H	O	E	N	T	N	M	I	A	U	E
Y	N	A	A	R	A	G	O	M	W	D	E
E	L	E	S	R	R	I	E	I	N	T	I
C	O	A	T	E	E	U	V	L	S	L	T
H	T	I	B	I	S	C	E	E	C	T	O
O	R	E	I	E	M	M	O	E	L	E	F
M	O	D	L	D	O	O	N	R	V	R	O
H	U	V	D	N	O	T	L	E	D	Z	R
M	W	E	D	E	R	E	Z	O	A	N	A
F	W	E	N	O	N	U	M	O	D	E	G

These European newspapers are all in print in the grid above:

AVESNOIS	EVIANEWS	LE MONDE
AVUI	GARA	MARCA
BILD	GOREY ECHO	RECORD
DEIA	IDEAL	SEGRE
DOLOMITEN	IL CENTRO	TERZ
EITO FORA	LA MEUSE	TROUW

SUDOKU

There are two shared diagonals, which must contain all of the numbers 1-9, along with every row, column and 3x3 square as usual.

	8	7		2		9		
				5				2
5		9			8	1	3	
	3			6	7			1
8			3	2				7
	5	4	8			6		9
6				1				
	1		4			2	5	

HOTSPOT

1		2		3	4		5		6		7	
8												
					9							
10												
									11		12	
13						14						
						15						
16									17			
									18			
	19		20						21			
22												
											23	
24												

ACROSS

- 3 LOWEST FEMALE VOICE (9)
- 8 IN THE ALTOGETHER(4)
- 9 COUNTRY IN THE UK(8)
- 10 FIT TO EAT(6)
- 13 CLASSICAL LANGUAGE(5)
- 14 HIGH-PITCHED CRY(7)
- 15 COACH(3)
- 16 STURGEON'S ROE DISH(7)
- 17 YELLOW-WHITE(5)
- 21 IN SUET(ANAG.)(6)
- 22 WOODLAND FLOWER(8)
- 23 A RAVE-UP? I DECLARE!(3)
- 24 WHERE COOK LANDED IN(7) AUSTRALIA IN 1770(6,3)

DOWN

- 1 LET CLIENT (ANAG.)(9)
- 2 HABIT-FORMING (9)
- 4 BEGINNING(5)
- 5 AREA EACH SIDE OF THE EQUATOR(7)
- 6 NATURALLY AL THE END HE'S WITH US!(4)
- 7 VERY SMALL(4)
- 11 CRIME INVESTIGATOR(9)
- 12 SCIENCE SUBJECT(9)
- 14 PROSECUTE(3)
- 15 BEER COMPANY(7)
- 18 CITY IN OKLAHOMA(5)
- 19 IN ADDITION(4)
- 20 WIFE OF ZEUS(4)

SUDOKU

							3	
3	5				1	4		2
	1			3	2		6	5
	9	5		2	7	3		6
	2		5	8	3			7
7		1	6	9		2	5	
1	7		8	4			2	
4		2	3				8	9
	8							

Soluciones

7	1	3	4	9	6	2	5	8
6	9	8	2	1	5	3	4	7
2	5	4	8	7	3	6	1	9
8	6	1	3	2	4	9	7	5
9	7	2	5	8	1	4	6	3
4	3	5	9	6	7	8	2	1
5	2	9	7	4	8	1	3	6
3	4	6	1	5	9	7	8	2
1	8	7	6	3	2	5	9	4

5	8	3	2	7	9	6	1	4
4	6	2	3	1	5	7	8	9
1	7	9	8	4	6	5	2	3
7	3	1	6	9	4	2	5	8
6	2	4	5	8	3	9	7	1
8	9	5	1	2	7	3	4	6
9	1	7	4	3	2	8	6	5
3	5	8	7	6	1	4	9	2
2	4	6	9	5	8	1	3	7

A	N	A	Y	Z	R	G	E	R	G	E	S
G	S	L	V	D	A	M	A	R	C	A	Y
O	E	W	V	E	I	V	S	G	S	T	V
R	E	J	E	D	S	L	U	R	O	L	Q
E	H	O	E	N	T	N	M	I	A	U	E
Y	N	A	A	R	A	G	O	M	W	D	E
E	L	E	S	R	R	I	E	I	N	T	I
C	O	A	T	E	E	U	V	L	S	L	T
H	T	I	B	I	S	C	E	E	C	T	O
O	R	E	I	E	M	M	O	E	L	E	F
M	O	D	L	D	O	O	N	R	V	R	O
H	U	V	D	N	O	T	L	E	D	Z	R
M	W	E	D	E	R	E	Z	O	A	N	A
F	W	E	N	O	N	U	M	O	D	E	G



ASSSA

SEGUROS

OFICINAS CENTRALES - HEAD OFFICES

Avda. Alfonso X el Sabio, 14 Entlo. - 03004 ALICANTE
Tel. 965 200 106 (6 líneas - lines) - Fax 965 144 239
info@asssa.es

DELEGACIONES - BRANCH OFFICES

ALICANTE

DENIA

C/. MARQUÉS DE CAMPO, 37, 1º
TEL. 965 786 969 / FAX 966 432 432
C.P. 03700
denia@asssa.es

MORAIRA

CTRA. MORAIRA-CALPE 7, 1º EDIFICIO NORTE
TEL. 965 744 033 / FAX 966 491 141
C.P. 03724
moraira@asssa.es

ALTEA

C/. LA LLUM, 1 LOCAL 14
TEL. 966 882 680 / FAX 966 882 647
C.P. 03590
altea@asssa.es

CIUDAD QUESADA - ROJALES

AVDA. DE LAS NACIONES 1-A Local 25
TEL. 965 725 421 / FAX 965 725 510
C.P. 03170
ciudadquesada@asssa.es

LA ZENIA - ORIHUELA COSTA

C/. MAESTRO TORRALBA, 2 PUERTA 5
TEL. 966 761 794 / FAX 966 761 833
C.P. 03189
orihuelacosta@asssa.es

ALBACETE

C/ ROSARIO, 6 5º PUERTA 3 "EDIFICIO TOSCANA"
TEL. 967 212 491 / FAX 967 219 057
C.P. 02001
albacete@asssa.es

ALMERÍA

C/ DEL MAR, 33 - CENTRO COMERCIAL ALCANÁ, LOCAL 3B
TEL. 950 392 487 / FAX 950 390 267
C.P. 04620 - VERA
vera@asssa.es

BARCELONA

C/ TRAVESSERA DE DALT 21/23 ENTLO
TEL. 934 151 707 - FAX 932 385 939
C.P. 08024
barcelona@asssa.es

MADRID

C/ JOSÉ ORTEGA Y GASSET, 74 ENTLO. B
TEL. 913 092 052 / FAX 913 093 590
C.P. 28006
madrid@asssa.es

MURCIA

AVDA. DR. MECA, 109 - CENTRO CIAL. LA PIRÁMIDE - LOCAL 9
TEL. 968 153 396 / FAX 968 154 212
C.P. 30860 - PUERTO DE MAZARRÓN
mazarron@asssa.es

TENERIFE

CENTRO COMERCIAL BAHÍA DE LOS CRISTIANOS.
AVDA. DE JUAN CARLOS I Nº 32 LOCAL 21
TEL. 922 752 794 / FAX 922 795 294
38650 LOS CRISTIANOS (TENERIFE)
tenerife@asssa.es

AGRUPACIÓN SANITARIA SEGUROS.S.A.
www.asssa.es

Compañía fundada en 1935 • *Company founded in 1935*



ASSSA
SEGUROS

Summum

La clave para su bienestar
The Key to well being

