



# ASSSA

## MAGAZINE

JUL  
DIC  
2014



**CUIDA TU SALUD:** Deshidratación en el anciano  
**LOOK AFTER YOUR HEALTH:** *Dehydration in the elderly*

**ASSSA MUJER:** Enfermedad inflamatoria pélvica  
**ASSSA WOMAN:** *Pelvic inflammatory disease*

**ASSSA HOMBRE:** Hemofilia  
**ASSSA MAN:** *Haemophilia*

**RINCONES BELLOS:** Benalmádena  
**BEAUTIFUL PLACES:** *Benalmádena*

# Índice Index

04 NOTICIAS ASSSA  
ASSSA NEWS



05 QUERIDO ASSSA  
DEAR ASSSA



06 PRACTICA DEPORTE: El fútbol.  
Orígenes, fisiología y lesiones  
más frecuentes

*SPORT FOR EVERYONE: Football.  
Origins, physiology and most  
frequent injuries*



08 CUIDA TU SALUD: Deshidratación  
en el anciano  
*LOOK AFTER YOUR HEALTH:  
Dehydration in the elderly*



10 CUIDA TU SALUD: Neumonía  
*LOOK AFTER YOUR HEALTH:  
Pneumonia*



12 TU ALIMENTACIÓN: Dieta con  
bajo contenido de sal  
*YOUR DIET: A low-salt diet*



14 ASSSA MUJER: Enfermedad  
inflamatoria pélvica  
*ASSSA WOMAN: Pelvic  
inflammatory disease*



16 ASSSA HOMBRE: Hemofilia  
*ASSSA MAN: Haemophilia*



18 CUIDA TU SALUD: La higiene  
postural  
*LOOK AFTER YOUR HEALTH:  
Postural hygiene*



20 RINCONES BELLOS: Benalmádena  
*BEAUTIFUL PLACES: Benalmádena*



22 TECNOLOGÍA MÉDICA:  
La tecnología al servicio de  
la oftalmología  
*MEDICAL TECHNOLOGY:  
Technology at the service  
of ophthalmology*



24 CONSULTA DENTAL:  
Injertos de hueso en boca  
*DENTAL CONSULTATION:  
Mouth bone grafting*



26 PASATIEMPOS  
PUZZLES



## Créditos Credits

Dirección / Management

Marcos Martínez

Coordinador / Coordinator

Carlos Hernández

Diseño / Design

Vanessa Hernández

Colaboradores / Collaborators

Dr. Juan Antonio Andreo Ramírez  
Dr. Alfredo Díaz-Valero  
Dr. García Urtueta  
D. Víctor Lledó Cano  
Dr. José Eduardo Martín Lluch  
Dra. Marta Ortega Mazano

Traducciones / Translations

Trayma

Imágenes / Images

Archivo Gráfico ASSSA

 **ASSSA**  
SEGUROS



Visita nuestra web y podrás leer  
online nuestras ediciones anteriores

[www.asssa.es](http://www.asssa.es)

Visit our website and read  
all our editions online

Mándanos tus sugerencias / Send your suggestions  
[magazine@asssa.es](mailto:magazine@asssa.es)



D. Herminio Martínez  
Presidente/President

## Con la mirada puesta en el crecimiento....

Comienza el periodo estival y a mitad de ejercicio podemos decir orgullosos que hemos conseguido los objetivos marcados en nuestro proyecto de expansión en la Costa del Sol.

Recientemente hemos abierto nuestra primera sucursal en Benalmádena Costa y nuestra estrategia de crecimiento en la zona para los próximos meses se centrará en consolidar la implementación de ASSSA y en la apertura de nuevas sucursales a lo largo del litoral malagueño.

Por otro lado, siempre con la mirada puesta en el crecimiento y gracias al excelente nivel de solvencia que mantenemos, nos encontramos actualmente en negociaciones para adquirir alguna entidad del sector que ratifique nuestra consolidación de negocio en las distintas zonas en las que venimos operando y con la que creceremos por encima de la media.

Preveamos un segundo semestre intenso, que afrontaremos con gran entusiasmo preparando a nuestros equipos, y en el que se producirán importantes cambios estructurales internos en ASSSA, cambios que permitirán adaptarnos al nivel que estamos alcanzando y siempre orientados a la excelencia en el servicio a nuestros asegurados.

## With an eye on future growth....

*We begin the summer period and at the end of the half year we can proudly say that we have achieved the objectives set in our project for expansion along the Costa del Sol.*

*We have recently opened our first branch in Benalmadena Costa and our growth strategy in that area for the next few months will focus on consolidating the implementation of ASSSA's presence with the opening of new branches throughout the Málaga coast.*

*On the other hand, always with an eye on growth and thanks to the excellent level of solvency that we maintain, we are currently in negotiations to acquire another business within our sector which, when ratified will consolidate our own business in all of the areas in which they have been operating and enable above average growth.*

*We anticipate a second intense semester, which we will face by enthusiastically preparing our teams and during which, important internal structural changes will occur within ASSSA ; changes which will allow us to adapt to the level to which we aspire and always, aimed at achieving service excellence for all of our members.*

## Nueva sucursal en la Costa del Sol (Benalmádena)

Siguiendo con el plan de expansión nacional abrimos nuestra primera sucursal en la Costa del Sol en Benalmádena Costa (Málaga).

Con esta nueva sucursal y la reciente elaboración del Cuadro Médico, impulsamos de manera importante nuestro proyecto de crecimiento y seguimos fieles a nuestro compromiso de estar cada vez más cerca de nuestros asegurados.



## New branch in the Costa del Sol (Benalmádena)

Continuing with the national expansion plan we have opened our first branch in the Costa del Sol in Benalmádena (Málaga).

With this new branch and the recent development of the medical directory, an important role to encourage our expansion project and remain faithful of our commitment to be closer to our policyholders.

Av. de las Palmeras, Local nº 15, Urb. Benalmar Playa, 3ª Fase. Benalmádena Costa (Málaga) Tel.: 952 447 709 Fax: 952 567 335  
E-mail: [benalmadenacosta@asssa.es](mailto:benalmadenacosta@asssa.es)

### ASSSA amplía sus coberturas

Desde ASSSA queremos dar cada vez mejor servicio a nuestros asegurados, por ello este año ampliamos coberturas. En concreto aumentamos la asistencia internacional urgente hasta **12.000 €**, inclusión de la sedación en endoscopias digestivas, Stents cardiacos en angioplastias coronarias, etc...

Con esta ampliación en nuestras coberturas seguimos trabajando para conseguir un mejor producto para nuestros asegurados.

Para más información sobre este incremento de nuestras coberturas puede contactar con su sucursal ASSSA más cercana.

### ASSSA extends its coverage

From ASSSA we wish to offer a better service our policyholders, therefore, this year we have increased our guaranties. Specifically the urgent international assistance up to **12,000€**, including sedation in digestive endoscopy, cardiac stents in coronary angioplasty, etc ...

With this enlargement in our coverage we continue working to achieve a better product for our policyholders.

For more information on this increase of our guaranties please contact your nearest branch.



### ASSSA EN LAS REDES SOCIALES

Ya estamos presentes en las redes sociales favoritas como Facebook y Twitter.

Estos nuevos canales de comunicación nos permitirán enriquecer el contacto entre nuestros clientes, servirán como foro en el que podrán expresar abiertamente sus sugerencias, inquietudes y opiniones.

También serán de gran utilidad para impulsar la difusión informativa de nuestra entidad: productos y servicios, noticias de actualidad, artículos de interés, campañas, eventos y, lo más importante, de nuestras ofertas y promociones exclusivas.

¡Esperamos verles en la red!

### ASSSA IN SOCIAL NETWORKS

We are now present on your favorite social networks like Facebook and Twitter.

These new channels of communication allow us to enrich the communication between our clients; will serve as a forum where they can openly express their suggestions, concerns and opinions.

It will also be very useful for broadcast information of our organization; products and services, news, interesting articles, campaigns, events and, most importantly, our offers and exclusive promotions.

We look forward to seeing on the network



@asssaseguros



# Gracias ASSSA

En el mes de noviembre de 2013, como consecuencia de una hemorragia ocasional, nuestro asegurado D. Albert Arribas tuvo que acudir a la consulta de urología.

Eligió de nuestro cuadro médico el **INSTITUTO MÉDICO TECNOLÓGICO**, un centro de referencia en urología formado por un excelente grupo de profesionales, donde fue atendido por el Dr. Gilberto Chechile, y según manifiesta el asegurado le ofrecieron un gran trato médico y humano.

En pocos días se le realizaron diferentes pruebas diagnósticas (ecografía, cistoscopia, etc.), y tras esas pruebas el diagnóstico reflejó que no era una simple hemorragia ocasional... si no, un tumor vesical que requería intervención quirúrgica.

Con fecha 12 de diciembre fue intervenido por el Dr. Chechile en la Clínica Ntra. Sra. del Remei de Resección Transuretral de tumor vesical (TURBT). Esta cirugía se hace a través de un instrumento que se pasa por la uretra de manera que no se requiere un corte en el abdomen. Se hace con anestesia general (que le hace dormir), o anestesia regional (la parte inferior del cuerpo está adormecida). Para esta operación, se coloca un tipo de cistoscopio rígido llamado un resectoscopio.

El resectoscopio tiene un asa de alambre en su punta para remover cualquier tumor o tejido anormal. El tejido que se extrae se envía al laboratorio para que un patólogo lo examine. Cualquier cáncer remanente se puede tratar mediante fulguración (quemando la base del tumor) o usando un rayo láser de alta energía mientras se observa el tumor con el cistoscopio.

La intervención terminó con éxito y en un tiempo record. Ahora, después de este intenso momento de su vida, como muestra de agradecimiento por la eficiencia y rapidez de los servicios, así como del trato recibido, el asegurado ha querido participar en nuestra revista.

## Thank you ASSSA

*In November 2013, as a result of noticing blood in his urine, our insured Mr. Albert Arribas had to attend the urology clinic.*

*He chose the **INSTITUTO MÉDICO TECNOLÓGICO** from our list, a leading urology centre staffed by an excellent group of professionals, where he was seen by Dr. Gilberto Chechile and where, according to the insured, he received outstanding medical and personal treatment.*

*In only a few days he had a range of diagnostic tests (ultrasound, cystoscopy, etc.) which showed that the problem was not just an isolated episode of bleeding but in fact a bladder tumour requiring surgery.*

*On 12 December he underwent a Transurethral Resection of bladder tumour (TURBT) operation in Nuestra Señora del Remei clinic.*

*The surgery is carried out using an instrument passed through the urethra, thereby avoiding the need to make an incision in the abdomen. The operation is normally carried out under general anaesthetic (rendering the patient unconscious) or local anaesthetic (in which the lower part of the body is numbed). For this operation, a type of rigid cystoscope called a resectoscope is inserted.*

*The resectoscope has a wire loop at the tip to remove any tumours or abnormal tissue. The removed tissue is then sent to a lab to be looked at by a pathologist. Any remaining cancer may be treated by fulguration (burning the base of the tumour) or by using a high-power laser beam while looking at the tumour with the cystoscope.*

*The operation was carried out successfully and in record time.*

*Now, after this intense period in his life, to show his gratitude for the fast and efficient service he received as well as the treatment he was given, the insured wanted to tell all our readers about his experience.*

*Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al trato recibido por las Sras. Ruth y Silvia ante mi enfermedad de principio a fin. Cuando por primera vez me enfrentaba a una enfermedad seria por tumor vesical que requería intervención quirúrgica, me atendieron con una amabilidad excepcional y se interesaron por mí como si fueran mis familiares. Gestionaron administrativamente mi caso con una gran rapidez y eficacia y me pusieron en manos del Dr. Chechile, un gran profesional al que también le estoy tremendamente agradecido.*

*I want to express my sincere thanks for the attention I received from Ruth and Silvia throughout my illness. When I first realised I was seriously ill with a bladder tumour that required surgery, they took exceptionally good care of me and treated me with as much concern as if I was a relative of theirs. They dealt with all the administrative arrangements for my case really quickly and effectively and put me in touch with Dr. Chechile, a great professional to whom I am also tremendously indebted.*



Gracias / Thank you  
Albert Arribas Andrés  
P. 26869



## EL FÚTBOL. Orígenes, fisiología y lesiones más frecuentes

Parece ser que el origen ancestral del fútbol se encuentra en un juego practicado por soldados del antiguo imperio chino sobre el siglo II-III antes de Cristo. El juego era practicado por un número indeterminado de guerreros que daban patadas a una bola esférica rellena de plumas y pelos. La bola debía ser golpeada con el pie e introducida en una red fijada a unas cañas de bambú.

Fue en Inglaterra, Londres, 23 de octubre de 1863, donde se fijaron unas normas para prevenir la integridad de los participantes y se unificaron criterios con la creación del reglamento.

¡Que corra el balón!, éste sería el mensaje más inteligente en el fútbol para alcanzar el objetivo del juego: marcar más goles que el contrario. La pelota no se cansa y corre mucho más. Para el jugador el fútbol es un deporte donde la exigencia física es demandante en extremo.

Desde el punto de vista energético, el fútbol se considera un deporte mixto aeróbico-anaeróbico, con distinta aplicación de cada una de las fuentes energéticas independientemente del puesto del jugador. El futbolista durante el encuentro permanece parado, observante, recuperando, camina, salta, corre y acelera.

Los deportes cíclicos como el ciclismo, el remo, la natación o el fondo permiten evaluar el gasto energético para cada una de las intensidades de trabajo. En cambio, el fútbol es un deporte que se considera acíclico, con un número elevado de acciones e interacciones no lineales variables en intensidad, espacio y distribución temporal, lo que dificulta la previsión de los comportamientos técnicos, tácticos, psicológicos y físicos en competición. En este tipo de deportes acíclicos e intermitentes, no es fácil determinar de manera exacta el gasto energético de la competición o el entrenamiento.

Los requisitos físicos a tener en cuenta serán: la distancia recorrida, los desplazamientos, la duración de los esfuerzos y el porcentaje de la potencia aeróbica máxima.

En definitiva, podemos decir que el fútbol es un deporte de equipo acíclico e intermitente que, desde un punto de vista metabólico, presenta unas características mixtas aeróbico-anaeróbicas.



En cuanto a las necesidades nutritivas, es fundamental una correcta alimentación para ingerir los nutrientes que ayuden a un óptimo rendimiento deportivo. El organismo tiene una capacidad limitada de almacenamiento de energía, y es necesaria la oxidación de una gran cantidad de nutrientes para mantener un gasto energético elevado. Estos dos aspectos, resumidos en la disminución de la reserva de glucógeno muscular como consecuencia de esfuerzos repetidos de alta intensidad, pueden acarrear la aparición de fatiga y dificultad para mantener el rendimiento durante un partido de fútbol. La instauración de la fatiga se debe a factores propios del juego del fútbol, a las condiciones ambientales de su práctica, a la condición física de los jugadores y a las estrategias nutricionales que se utilizan en relación con el entrenamiento y la competición.

Dentro del capítulo de lesiones más frecuentes en el futbolista, caben destacar, el dolor lumbar y las lesiones de la columna lumbar, la osteopatía del pubis, las patologías de la rodilla (lesiones del menisco, lesiones ligamentosas, lesiones condrales y patología de la rodilla en crecimiento) y el pie del futbolista.

# FOOTBALL. Origins, physiology and most frequent injuries

Apparently, the origins of football can be traced back to a game played by soldiers in Imperial China between the 1st and 2nd century B.C. The game was played by an indeterminate number of warriors who kicked a spherical ball stuffed with feathers and hair. The ball had to be kicked with the foot and sent into a net that was fixed to bamboo canes.

It was in London, England, on 23 October 1863, where guidelines were first drawn up to protect players' physical safety; these guidelines were later standardised as a set of formal rules.

Keep the ball rolling! This is the best message in football for achieving the aim of the game: to score more goals than the opposing team. The ball never tires and goes faster than anyone else. Football is a sport that places extreme physical demands on the players.

From the energy point of view, football is regarded as a mixed aerobic-anaerobic sport, with energy resources and power being applied differently no matter which position the player is in. During the match, players may be standing still, watching the ball, recovering, walking, jumping, jogging, running and accelerating.

Cyclic sports like football, rowing, swimming and long-distance running allow energy expenditure to be calculated for each working intensity. In contrast, football is a sport that is regarded as acyclic, with a high number of non-linear actions and interactions that vary in intensity, space and distribution in time, making it difficult to forecast technical, tactical, psychological and physical performance during a match. In this type of acyclic and intermittent sport, it is not easy to make an exact calculation of the energy used up during competition or in a training session. The physical factors taken into account for this calculation are distance covered, duration of effort and maximal aerobic capacity, otherwise known as VO2 max.

In summary, it can be said that football is an acyclic and intermittent team sport that, from a metabolic point of view, presents a mixed set of aerobic and anaerobic features.

In terms of nutrition, a correct diet is vital to enable the body to take in the nutrients it needs for optimum sporting performance. The body has a limited ability to store energy and has to oxidise (or burn) a large quantity of nutrients to maintain a high energy output. These two factors, summarised by depleted muscle glycogen reserves as a result of repeated high intensity efforts, can lead to fatigue and difficulty in maintaining performance during a football match. Fatigue sets in due to a series of factors involved in playing football, including atmospheric conditions during a match, players' physical fitness and the nutritional strategies used during the training and competition phases.

Some of the most frequent injuries suffered by football players include back pain and spinal column injuries, pubalgia, knee injuries (meniscus, ligaments, osteochondritis and knee pathologies in young players) plus footballer's ankle.



ortoazul   
Ayuda a la movilidad

Venta, alquiler  
y reparación  
Sale, rent and  
repair



PRECIOS / PRICES

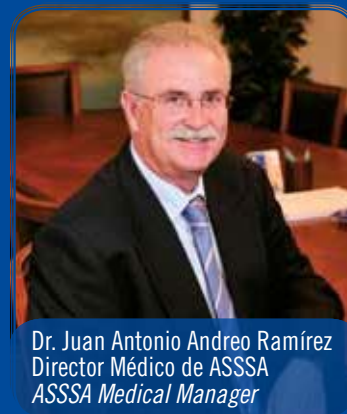
**Scooter / Electric Scooter:** Día/Day:10€ | Semana/Week:60€ | Mes/Month:150€ | Depósito/Deposit:100€  
 **Silla de ruedas / Wheelchairs:** Día/Day:4€ | Semana/Week:15€ | Mes/Month:50€ | Depósito/Deposit:50€  
 **S. Ruedas eléctrica / Electric Wheelchairs:** Día/Day:10€ | Semana/Week:50€ | Mes/Month:170€ | Depósito/Deposit:200€  
 **Andadores / Walkers:** Día/Day:3€ | Semana/Week:15€ | Mes/Month:20€ | Depósito/Deposit:20€  
 **Muletas / Crutches:** Día/Day: 2€ | Semana/Week:10€ | Mes/Month:15€ | Depósito/Deposit:10€  
 **Grúa / Patient lifters:** Día/Day:10€ | Hasta 15 días/Op to 15 days:75€ | Mes/Month:100€ | Depósito/Deposit:200€  
 **Cama eléctrica con carro elevador / Electric bed with lift truck:** 1Mes + montaje/1 Month + assembly:200€  
Día/Day:3.50€ | Depósito/Deposit:200€  
 **Cama eléctrica sin carro elevador / bed Electric truck without:** 1Mes + montaje/1 Month + assembly:200€  
Día/Day:3.50€ | Depósito/Deposit:200€



www.ortoazul.com info@ortoazul.com

C/ cruz del sur 12 - Local. 03006 Alicante -Fijo/ Phone: 865 672 937 Móvil/Mobile: 642 634 993 - El móvil se atendera de lunes a domingo de 10 a 22 h.  
Entregas en domicilios, hospitales, hoteles, aeropuerto, etc. / Home delivery, delivery to hotels, airport, hospitals..  
consultar condiciones de entrega / see delivery terms

# Deshidratación en el anciano



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

**LA DESHIDRATACIÓN OCURRE CUANDO EL CUERPO PIERDE MÁS AGUA DE LA QUE INGIERE. A MENUDO SE ACOMPAÑA DE ALTERACIONES EN EL BALANCE DE SALES MINERALES O DE ELECTROLITOS DEL CUERPO, ESPECIALMENTE SODIO Y POTASIO. LA DESHIDRATACIÓN ES EL TRASTORNO DEL METABOLISMO HIDROELECTROLÍTICO MÁS FRECUENTE EN EL ANCIANO.**

La deshidratación supone un mayor riesgo para los ancianos y los niños y sus consecuencias pueden ser muy graves. En el anciano las respuestas compensadoras ante el estrés físico, metabólico o ambiental son lentas e incompletas.

El metabolismo del sodio y del agua están estrechamente relacionados. El contenido corporal de sodio está en relación con la ingesta dietética y con la eliminación por el riñón del mismo. En las personas normales el contenido corporal de sodio permanece prácticamente constante a pesar de variaciones en la dieta. En el anciano, debido a una serie de alteraciones del metabolismo del agua, la cantidad de agua corporal disminuye proporcionalmente con la edad y esta pérdida es mucho más pronunciada en la mujer. Entre los factores que contribuyen a estas alteraciones destacan la sed y las alteraciones renales consecuentes a la edad. El Sistema Nervioso Central controla el balance hídrico mediante la acción de la hormona antidiurética (ADH) y el mecanismo de la sed.

Dos grandes grupos de factores contribuyen a la deshidratación en el anciano, el aumento de las pérdidas de agua y la disminución de su aporte.

Dentro de las pérdidas de agua, son especialmente importantes las infecciones agudas (neumonías y las infecciones urinarias), las pérdidas urinarias (mal uso de diuréticos, diabetes insípida, glucosuria en diabéticos, algunos medicamentos,...), las pérdidas gastrointestinales (vómitos, diarreas, colitis isquémica...), hemorragias, alteraciones ambientales (climas muy calurosos, hipotermia) otros trastornos (quemaduras, ascitis, pancreatitis, hipoalbuminemia, diálisis peritoneal...).

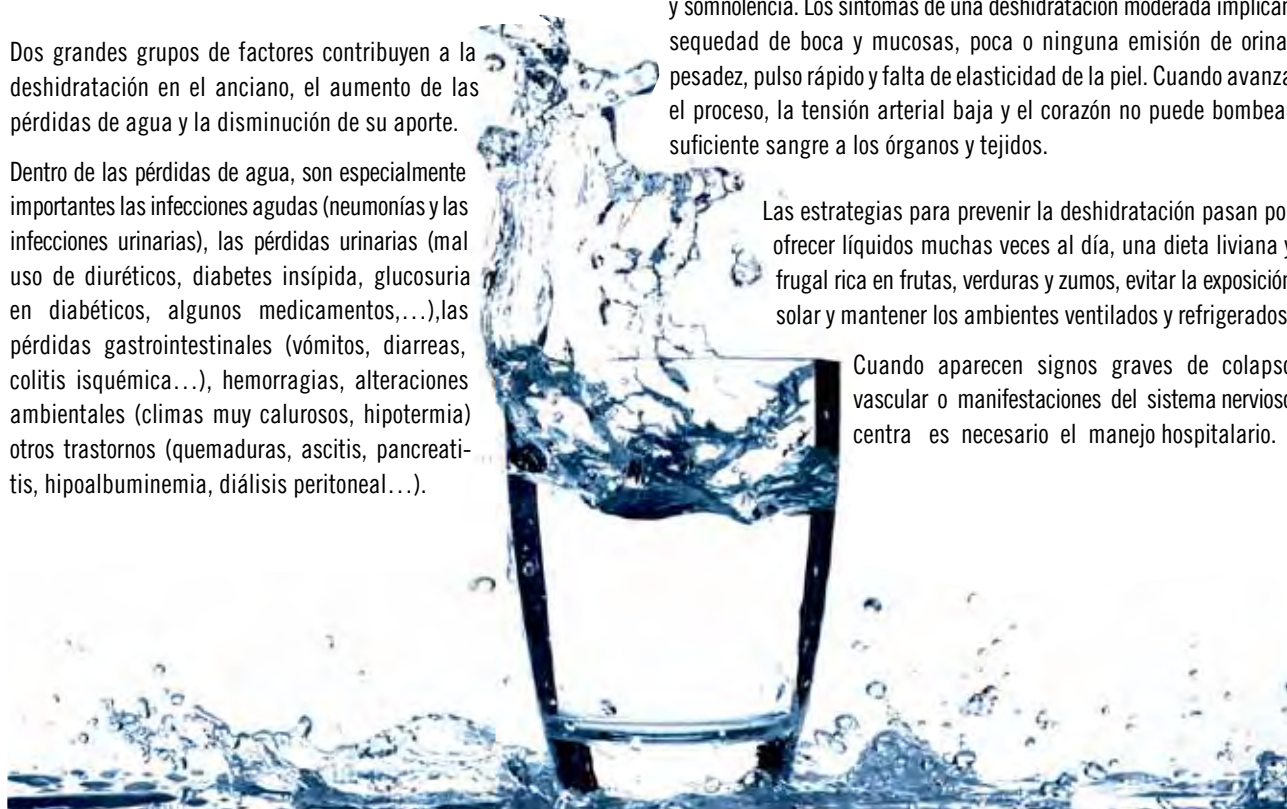
Entre los problemas que originan una ingesta inadecuada de líquidos en el anciano destacaríamos, la dificultad para acceder a los fluidos (inmovilidad, medios de sujeción físicos, disminución de la agudeza visual) las alteraciones del nivel de consciencia (sedantes, fiebre, alteraciones del SNC), alteraciones del nivel cognitivo (demencia, psicosis, depresión...), alteraciones en el mecanismo de la sed.

Una ingesta inadecuada de líquidos cuando hace calor o cuando se realiza ejercicio físico pueden reducir significativamente los niveles de agua del organismo, sobre todo en los ancianos, niños pequeños, personas con enfermedades crónicas o sometidas a determinados medicamentos. Otras causas importantes de deshidratación son los vómitos, la diarrea, el exceso de sudoración, la fiebre o las quemaduras.

La deshidratación leve puede producir síntomas como sed, dolor de cabeza, debilidad, mareo y fatiga y generalmente provoca cansancio y somnolencia. Los síntomas de una deshidratación moderada implican sequedad de boca y mucosas, poca o ninguna emisión de orina, pesadez, pulso rápido y falta de elasticidad de la piel. Cuando avanza el proceso, la tensión arterial baja y el corazón no puede bombear suficiente sangre a los órganos y tejidos.

Las estrategias para prevenir la deshidratación pasan por ofrecer líquidos muchas veces al día, una dieta liviana y frugal rica en frutas, verduras y zumos, evitar la exposición solar y mantener los ambientes ventilados y refrigerados.

Cuando aparecen signos graves de colapso vascular o manifestaciones del sistema nervioso centra es necesario el manejo hospitalario.







## SABIAS QUÉ? / YOU KNOW?

Si estamos deshidratados disminuye nuestra capacidad intelectual y aumenta el esfuerzo cardiovascular que debe realizar nuestro organismo.

*If we are dehydrated our intellectual capacity decreases, and increases cardiovascular effort required by our body.*

# Dehydration in the elderly

**DEHYDRATION OCCURS WHEN YOUR BODY LOSES MORE FLUID THAN YOU TAKE IN. THIS FREQUENTLY UPSETS THE BODY'S NATURAL BALANCE OF MINERAL SALTS AND ELECTROLYTES, ESPECIALLY SODIUM AND POTASSIUM. DEHYDRATION IS THE MOST COMMON FORM OF WATER-ELECTROLYTE IMBALANCE IN ELDERLY PEOPLE.**

*Dehydration is a greater risk in the elderly and the very young and it can have very serious consequences. In elderly people, the body's compensatory response to physical, metabolic or environmental stress is slow and incomplete.*

*The metabolism of sodium and of water are closely linked to each other. The body's sodium content depends on dietary intake and on the amount eliminated by the kidneys. In normal people, sodium levels remain largely constant, despite dietary variations. In elderly people, owing to a series of disturbances in water metabolism, the amount of water in the body decreases proportionally with age and this loss is far greater in women. The principal contributing factors to these imbalances are thirst and age-related kidney disorders. The central nervous system controls the water-electrolyte balance by means of the antidiuretic hormone (ADH)-thirst feedback mechanism.*

*The two major groups of factors contributing to dehydration in the elderly are increased water loss and reduced water intake.*

*In terms of water loss, a major role is played by acute infections (pneumonia and urinary infections), urinary loss (misuse of diuretics, insipid diabetes, glycosuria in diabetics, some types of medication, etc.), gastrointestinal loss (vomiting, diarrhoea, ischemic colitis, etc.), haemorrhages, environmental disturbances (very hot climates, hypothermia) other disorders (burns, ascites, pancreatitis, hypoalbuminemia, peritoneal dialysis, etc.).*

*Some of the problems causing inadequate liquid intake in elderly people include difficulty in accessing fluids (lack of mobility, physical means of restraint, sight loss), an altered state of consciousness (due to sedatives, fever, central nervous system disorders), cognitive disorders (dementia, psychosis, depression, etc.) or thirst mechanism disorders.*

*Inadequate fluid intake during hot weather or physical exercise can significantly reduce the body's water levels, particularly in the elderly, young children, people with chronic illnesses or taking certain kinds of medication. Other major causes of dehydration are vomiting, diarrhoea, excessive sweating, fever and burns.*

*Mild dehydration can cause symptoms such as thirst, headache, weakness, dizziness and fatigue, and usually results in a feeling of tiredness and sleepiness. Symptoms of moderate dehydration include a dry mouth and mucous membranes, little or no urination, sluggishness, rapid pulse and lack of elasticity in the skin. In more advanced cases, blood pressure drops and the heart cannot pump enough blood to supply organs and tissues.*

*Strategies for preventing dehydration include offering liquids frequently during the day, eating a light, frugal diet with plenty of fruit, vegetables and juices, avoiding exposure to the sun and keeping rooms well ventilated and cooled.*

*If severe symptoms of vascular collapse are observed or the central nervous system is affected, hospital treatment is needed.*

# NEUMONÍA

La neumonía es una inflamación del parénquima pulmonar debida a un agente infeccioso.

Cuando afecta a la población general se denomina neumonía adquirida en la comunidad o extrahospitalaria (NEH), para diferenciarla de las que aparecen en pacientes ingresados en un hospital, que tiene un agente causal distinto y, en general, peor pronóstico.

## NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA

La neumonía extrahospitalaria no es un proceso único, sino un grupo de infecciones causadas por diferentes microorganismos y que afecta a diferentes tipos de personas, lo que condiciona una epidemiología, una fisiopatología, un cuadro clínico y un pronóstico específico.

La incidencia real de la NEH es difícil de establecer porque un gran número de casos no llegan a ser diagnosticados con certeza. La incidencia anual en adultos oscila entre 1,6 y 13,4 casos por cada 1000 habitantes, con tasas significativamente superiores en edades extremas de la vida y en varones.

La NEH es la infección que con mayor frecuencia justifica el ingreso de un paciente en un hospital y la causa más frecuente de muerte de origen infeccioso.

Más de un centenar de microorganismos pueden causar una infección respiratoria, aunque ante una NEH siempre debemos pensar en el neumococo como microorganismo responsable y tener en cuenta, además, la situación epidemiológica local.

Los microorganismos pueden alcanzar la superficie del epitelio respiratorio por distintas vías: extensión directa, diseminación por sangre, por vía inhalatoria y mediante la colonización de la superficie mucosa. La inhalación es la vía más frecuente de alcanzar el tracto respiratorio para los virus, organismos atípicos, hongos y microbacterias. Pero el mecanismo habitual de producción de la neumonía es mediante la colonización previa de las vías aéreas superiores y posterior aspiración de secreciones contaminadas. La flora orofaríngea de una persona normal contiene una flora compleja de diversas especies de microorganismos aerobios y anaerobios que, en conjunto, permanecen bastante estables a lo largo del tiempo.

Una vez que se produce la colonización de las vías aéreas superiores por microorganismos potencialmente patógenos, la aspiración de incluso pequeñas cantidades de estas secreciones es la forma habitual de inoculación del tracto respiratorio inferior.

La neumonía se caracteriza por la presencia de fiebre, afectación del estado general y cualquier combinación de síntomas atribuibles al aparato respiratorio, tales como tos (90%), expectoración (66%), dificultad para respirar

-disnea- (66%), dolor torácico (50%) y expectoración sanguinolenta -hemoptisis- (15%). Se acelera la respiración, los latidos cardíacos -pulso- y aumenta la temperatura.

El abandono del hábito tabáquico y del consumo excesivo de alcohol, así como el control de las enfermedades crónicas subyacentes son un aspecto importante en la prevención.

La vacuna antineumocócica contiene los serotipos responsables del 90% de las neumonías bacterianas. Deben vacunarse todos los mayores de 65 años y los inmunodeprimidos con mayor riesgo de enfermedad por neumococo o sus complicaciones. Se aconseja la revacunación cada 6 años.

La vacuna antigripal puede evitar la neumonía, tanto vírica como bacteriana secundaria, en ciertos pacientes. Se debe administrar todos los años durante los meses de otoño a personas con riesgo de sufrir complicaciones por un cuadro gripal y a aquellos con peligro de transmitir la infección a personas de alto riesgo.

## NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA

Se define como neumonía intrahospitalaria (NIH) o nosocomial a la infección del parénquima pulmonar que se presenta después de, como mínimo, 48 – 72 horas de hospitalización.

Dado que su curso y que los microorganismos causales son diferentes a los que causan las neumonías adquiridas en la comunidad, las NIH constituyen un subgrupo aparte dentro de las infecciones del aparato respiratorio. Su incidencia es de 4 a 7 casos por 1000 altas hospitalarias y en los pacientes que requieren intubación orotraqueal prolongada la incidencia aumenta al 25%.

La causa más frecuente es la microaspiración de contenido orofaríngeo y/o gástrico colonizado por bacterias. Otros mecanismos causales serían la inoculación directa de microorganismos a las vías aéreas a través de aerosoles contaminados o por diseminación a través de la sangre de focos sépticos localizados en otras partes del organismo.

La clínica es similar a la de las neumonías en general, pero posee algunas características peculiares.

La NIH tiene una mortalidad muy elevada, que oscila entre el 25% y el 50%. La mortalidad es mayor cuando la neumonía se adquiere en el transcurso de la ventilación mecánica.

**Con estos breves artículos a lo largo de estas últimas revistas hemos pretendido aclarar y sintetizar un poco aspectos tan importantes como son la insuficiencia respiratoria y las infecciones respiratorias.**

Servicios médicos ASSSA.



# PNEUMONIA

*Pneumonia is an inflammation of the pulmonary parenchyma (lung tissue) caused by an infection.*

*When it affects the general population it is called community-acquired pneumonia (CAP) to distinguish it from hospital-acquired pneumonia (HAP) or nosocomial pneumonia, which is due to a different causative agent and has a generally poorer prognosis.*

## COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA (CAP)

*Community-acquired pneumonia (CAP) is not a single process but rather a group of infections caused by different micro-organisms and affecting different types of people, thereby determining epidemiology, physiopathology, clinical symptoms and specific prognosis.*

*The actual figures for CAP are difficult to establish because a large number of cases are never accurately diagnosed. The annual rate in adults varies from 1.6 to 13.4 cases for every 1,000 inhabitants, with significantly higher rates in the very young, the very old and males.*

*CAP is the infection that more often results in patients being admitted to hospital and is the most frequent cause of death from infection.*

*More than a hundred micro-organisms can cause a respiratory infection, although if a CAP is suspected, the pneumococcus bacterium is the most likely cause, along with the local epidemiological situation.*

*Micro-organisms can invade the surface of the respiratory epithelium in a number of ways, by direct spread, via the blood, by being inhaled and by bacterial colonisation of the mucous membranes. Inhalation is the most frequent way in which viruses, atypical organisms, fungi and micro-bacteria enter the respiratory tract. But the usual mechanism by which pneumonia occurs is by prior colonisation of the upper respiratory tract and subsequent aspiration of contaminated secretions. The mouth and pharyngeal flora of normal healthy individuals is a complex mix of many species of aerobic and anaerobic micro-organisms that remains fairly stable most of the time.*

*Once potentially pathogenic micro-organisms have colonised the upper respiratory tract, aspiration of even small quantities of these secretions is the most common way of inoculating the lower respiratory tract.*

*Pneumonia sufferers typically have a fever, they will generally feel unwell and display any combination of respiratory tract symptoms, such as a cough (90%), expectoration (66%), shortness of breath - dyspnoea - (66%), chest pain (50%) and haemoptysis - expectoration of blood or blood-stained sputum (15%). Breathing becomes faster, heart rate and pulse increase and the body's temperature rises.*

*Giving up smoking and excessive alcohol intake, as well as monitoring any underlying chronic diseases are all important factors in preventing pneumonia.*



*Pneumococcal vaccine contains the serotypes responsible for 98% of bacterial pneumonias.*

*All people over the age of 65 should be vaccinated, along with people whose immune systems are compromised in some way, making them more susceptible to pneumococcal diseases or the complications linked to them. It is advisable to re-administer the vaccine every 6 years.*

*The flu vaccine can prevent pneumonia, both in its viral and secondary bacterial form, in certain patients. It should be administered every year in the autumn to people at risk of suffering complications from flu and to those who are in danger of transmitting the infection to high risk individuals.*

## HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIA (HAP)

*Hospital-acquired pneumonia (HAP) or nosocomial pneumonia can be defined as an infection of the pulmonary parenchyma occurring at least 48-72 hours after a patient has been admitted to hospital.*

*As its development and the micro-organisms that cause it are both different to those that cause community-acquired pneumonia, HAPs form a separate subgroup of respiratory tract infections. The rate is from 4 to 7 cases for every 1,000 hospital admissions and in patients needing prolonged orotracheal intubation, the rate rises by 25%.*

*The most frequent cause is micro aspiration of oropharyngeal and/or gastric content colonised by bacteria. Other causal mechanisms may include direct inoculation of micro-organisms in the respiratory tract by contaminated aerosols or by spreading via blood from septic sites elsewhere in the body.*

*The clinical symptoms are similar to other forms of pneumonia, but with some distinctive features.*

*HAP has a very high death rate, varying between 25% and 50%. Mortality is higher if the pneumonia has been acquired during mechanical ventilation.*

***By publishing these short articles in recent issues of the magazine we hope to have clarified and summarised some important issues such as respiratory distress syndrome (RDS) and respiratory infections.***

ASSSA medical services.

# Dieta con bajo contenido de sal

La dieta sin sal o baja en sodio, se usa como tratamiento en caso de edema (acumulación excesiva de líquido) y para controlar la hipertensión (presión arterial elevada).



El sodio es un mineral necesario para el organismo que se encuentra presente en la mayoría de los alimentos, y también se añade a la comida como saladura, conservante y potenciador del sabor.

La forma más común del sodio es la sal de cocina, que contiene 1.000 miligramos de cloruro sódico, mientras que la sal común contiene 390 miligramos de sodio.

Una cucharada pequeña de sal de cocina contiene 2.300 ml de sodio. Así que, la dosis diaria de sodio oscila entre 4.000 y 6.000 miligramos. Sin embargo, se recomienda no sobrepasar los 3.000 ml de sodio al día.

En caso de dieta hiposódica (baja en sodio), con 1.500 ó 2.000 ml al día sería suficiente, que equivale a 5 gm de sal común al día

El excesivo consumo de alimentos en conserva, embutidos y platos preparados, pueden aumentar la ingesta de sodio hasta 10.000 miligramos diarios.

## ¿La sal provoca retención de líquidos?

La retención de líquidos en el organismo causado por el exceso de sódico, puede provocar aumento en el trabajo del corazón, de los riñones y aumento en la presión arterial.

Asimismo, la restricción de sodio puede producir efectos parecidos a los producidos por los diuréticos, y un descenso en la presión arterial.

Sin embargo, aunque la mayoría de los hipertensos responden a la dieta baja en sal, no todos lo hacen.

## Moderar o evitar el consumo de algunos alimentos

En una dieta baja en sal, hay que moderar o evitar el consumo de estos alimentos:

- Embutidos o fiambres, salchichas, quesos, jamón serrano y jamón cocido.
- Sopas de sobre, pastillas de caldo y purés.
- Aperitivos salados, palomitas, frutos secos, aceitunas, patatas fritas.
- Conservas, platos preparados, salsas y pescados ahumados.
- Algunos alimentos dulces también pueden ser ricos en sal, como la pastelería industrial, bollos, galletas, cereales, etc.
- Frutas en almíbar, agua con gas y refrescos carbonatados.

## Consejos:

- No utilice sal al cocinar.
- Consuma el sabor natural de los alimentos cocinando al vapor o en "papillote" envolviendo el alimento en papel para horno.
- Utilice potenciadores del sabor como ácidos, hierbas aromáticas y especias.
- Utilice aceites de oliva más sabrosos. El ajo y la cebolla también son buenos potenciadores del sabor.

## RECETA

### Piña Teriyaki de salmón

#### Ingredientes

2 cucharadas de azúcar moreno, 2 cucharadas de salsa de soja baja en sodio, 1 cucharadita de ralladura de naranja, 1 (6 gr.) de jugo de piña, 1/2 cucharadita de sal, dividida, 2 cucharaditas de aceite de canola, 4 (6 gr.) filetes de salmón (alrededor de 1 cm de grosor), 1/4 cucharadita de pimienta negra recién molida. Ralladura corteza de naranja (opcional)

#### Instrucciones

Combine los primeros 4 ingredientes y 1/4 cucharadita de sal en una cacerola pequeña a fuego alto, y llevar a ebullición. Reduzca el fuego y cocine a fuego lento hasta que se reduzca a 1/4 de taza (15 minutos). Ponga a un lado. Precaliente el horno a 400 °. Caliente el aceite en una sartén antiadherente grande a fuego medio-alto. Espolvoree ambos lados del salmón con el 1/4 cucharadita de sal y pimienta negra. Agregue el pescado a la sartén y cocine 3 minutos. A su vez hornee el pescado a 400° durante 3 minutos. Retire del horno, una cucharada de salsa sobre cada filete. Volver al horno y cocine por 1 minuto o hasta que el pescado se desmenuce fácilmente con un tenedor o hasta el grado deseado de cocción. Espolvorear con cáscara de naranja, si lo desea.

#### Información nutricional por porciones

- |                                |                  |
|--------------------------------|------------------|
| • Calorías – 339               | • Fibra - 0.2 g  |
| • Grasa - 15.4 g               | • Hierro - 1 mg  |
| • Colesterol - 87 mg           | • Sodio - 644 mg |
| • Hidratos de carbono - 11.2 g | • Calcio - 34 mg |
| • Proteínas - 36.8 g           |                  |



# A low-salt diet

A low-salt or low-sodium diet is used to treat oedema (excessive fluid accumulation) and to control hypertension (high blood pressure).

Sodium is an essential mineral for the body and is found in most foods; it is also added to food as a seasoning, preservative and flavour enhancer.

The most common form of sodium is table salt, which contains 1,000 milligrams of sodium chloride, while common salt contains 390 milligrams of sodium.

A teaspoon of table salt contains 2,300 ml of sodium. This means that the daily dose of salt varies between 4,000 and 6,000 milligrams. However, it is not advisable to exceed 3,000 ml of sodium per day.

In low-salt diets, 1,500 to 2,000 ml a day is enough, the equivalent to 5 g of common salt a day.

A diet that is too rich in canned food, sausage meat and ready meals can increase sodium intake up to 10,000 milligrams a day.

## Does salt cause fluid retention?

Fluid retention in the body caused by an excessive salt intake can mean that the heart and kidneys have to work harder and can result in raised blood pressure.

Equally, restricting sodium intake can cause effects similar to those produced by diuretics, along with a drop in blood pressure.

However, although most people with high blood pressure respond to a low-salt diet, this is not the case with everyone.

## Reduce or completely avoid certain foods

In a low-salt diet, you should reduce or completely avoid eating the following foods:

- Fresh or cured sausages, cheese, cured ham and cooked ham.
- Packet soups, stock cubes and packet purées.
- Salty snacks, salted popcorn, salted nuts, olives, potato crisps..
- Canned food, ready meals, sauces and smoked fish.
- Some sweet foods can also contain a lot of salt, such as mass-produced cakes and pastries, buns, biscuits, cereals, etc.
- Tinned fruit in syrup, sparkling water and fizzy soft drinks.

## Tips:

- Avoid adding extra salt when cooking.
- Enjoy the natural flavours of food by steaming it or cooking it wrapped in kitchen foil.
- Use flavour enhancers like citrus, aromatic herbs and spices.
- Use flavour-packed olive oils. Garlic and onion are also good for bringing out the natural flavours of food.

## RECIPÉ

### Pineapple Salmon Teriyaki

#### Ingredients

2 dessert spoons of brown sugar, 2 dessert spoons of low-salt soy sauce, 1 teaspoon of grated orange zest, 175 ml pineapple juice, 1/2 teaspoon salt (in total), 2 teaspoons canola oil, 4 salmon steaks (about 2.5 cm thick), 1/4 teaspoon freshly ground black pepper  
Extra grated orange zest for garnish (optional)

#### Method

Mix the first 4 ingredients plus 1/4 teaspoon salt in a small saucepan over a high heat and bring to the boil. Reduce the heat and cook gently until reduced to 1/4 of a cup (15 minutes). Set aside. Preheat the oven to 200°C.

Heat the oil in a large non-stick frying pan over a moderate to high heat. Sprinkle both sides of the salmon steaks with 1/4 teaspoon of salt and black pepper. Place the fish in the frying pan and cook for 3 minutes. Then cook it in the oven at 200°C for 3 minutes. Remove from the oven a drizzle a spoonful of sauce over each steak. Return to the oven and cook for a further 1 minute or until the fish breaks up easily with a fork or until cooked as desired. Sprinkle with grated orange zest (optional).



#### Nutritional information per portion

- Calories - 339
- Fat - 15.4 g
- Cholesterol - 87 mg
- Carbohydrates - 11.2 g
- Protein - 36.8 g
- Fibre - 0.2 g
- Iron - 1 mg
- Sodium - 644 mg
- Calcium - 34 mg

## SABIAS QUÉ? / YOU KNOW?

La sal que hay en el mar podría cubrir la superficie de tierra del planeta con un espesor de 166 metros, el equivalente aproximado a un edificio de 40 plantas.

The salt in the sea could cover the surface of the planet earth with a thickness of 166 meters, equivalent to an approximate 40-story building.



Dra. Marta Ortega Mazano  
Institut Guilera.

## ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

La enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P.) comprende la alteración inflamatoria e infecciosa, que afecta a los órganos genitales de la mujer, trompas de Falopio, ovarios, y estructuras adyacentes. Se pueden dar combinaciones de endometritis, salpingitis, abscesos tubováricos y pelviperitonitis.

A raíz de la liberalización de las relaciones sexuales a edades jóvenes se ha producido en los últimos treinta y cinco años un incremento de casos de E.I.P.; dicha enfermedad es más frecuente en mujeres de quince a veinticinco años y, la importancia, a parte del cuadro agudo que produce, viene dada por su capacidad de provocar secuelas como la esterilidad, embarazos ectópicos y dispareunia.

La E.I.P. se considera la complicación más frecuente de las enfermedades de transmisión sexual bacterianas.

La infección suele ser polimicrobiana, pero los patógenos más relacionados son Neisseria Gonorrhoeae y Chlamydia Trachomatis. Otros gérmenes pueden ser estreptococos del grupo B, gardnerella vaginales, etc.

Las bacterias pueden acceder a la porción superior del aparato genital fundamentalmente por diseminación ascendente a partir de gérmenes acantonados en el cuello uterino.

La clasificación clínica se basa fundamentalmente en el grado evolutivo de la enfermedad, en los síntomas y en los datos que aporta la exploración clínica. Hay cuatro estadios:

- **Estadio I:** Salpingitis aguda sin pelviperitonitis.
- **Estadio II:** Salpingitis aguda con pelviperitonitis.
- **Estadio III:** Salpingitis aguda con formación de abscesos tubováricos.
- **Estadio IV:** Rotura de absceso.

**La E.I.P. puede cursar con los siguientes síntomas:**

- El más frecuente es el dolor abdominal bajo (95%) bilateral y su intensidad puede variar de totalmente ausente a un dolor muy intenso con un componente peritoneal importante. Esta variabilidad en cuanto al dolor, puede provocar confusiones diagnósticas que en muchos casos condicionan un tratamiento no adecuado, y por consiguiente la aparición de secuelas. Otros síntomas pueden ser:
- Flujo vaginal de características anormales (74%).
- Sangrado anormal (45%) intermensual, postcoital, etc.
- Síntomas urinarios (35%) como disuria y polaquiuria.
- Síntomas digestivos (14%) como náuseas, vómitos, diarreas, etc.
- Es posible, como decíamos, la ausencia de síntomas.

**En la exploración, por parte del ginecólogo, se pueden encontrar los siguientes signos:**

- Dolor en la movilización del cuello uterino.
- Dolor anexial en la exploración vaginal bimanual.

**Por otro lado, en el examen con espéculo podemos observar:**

- Flujo endocervical purulento.
- Fiebre de más de 38 grados.
- Masa pélvica que sugiere absceso tubovárico.

**Ante la sospecha de E.I.P. se deben realizar las siguientes pruebas:**

- Analítica de sangre.
- Hemograma y bioquímica general.
- Toma vaginal y endocervical (para la detección de posible Gono-coco y Clamidia).
- Ecografía transvaginal (con la que se obtendrá información para la existencia o no de absceso tubovárico).
- Laparoscopia, éste es el único método fiable para el diagnóstico porque permite una visión directa y la toma de cultivos, pero se reserva para casos seleccionados como los de diagnóstico muy dudoso o cuando fracasa el tratamiento.

**Los principales factores de riesgo son:**

- Edad inferior a 25 años.
- Múltiples compañeros sexuales.
- E.T.S.
- No utilización de métodos de barrera.
- Historia previa de E.I.P.
- Historia de vaginosis y cervicitis.
- Dispositivos intrauterinos, sobre todo en los tres meses posteriores a su inserción, por la manipulación.
- Aborto.
- Instrumentación uterina, cirugía cervical.

**Asimismo, debe hacerse siempre un diagnóstico diferencial con:**

- Enfermedades urológicas, infecciones del tracto urinario o cólico renal.
- Enfermedades ginecológicas y obstétricas, como amenaza de aborto, embarazo ectópico, rotura o torsión de un quiste de ovario, endometriosis y síndrome adhrencial por cirugía previa.
- Enfermedades digestivas, como la gastroenteritis aguda, apendicitis, diverticulitis, colecistitis, intestino irritable, etc.

El tratamiento irá orientado a la cobertura de los gérmenes patógenos y es, evidentemente, un tratamiento antibiótico.

Las pacientes que no responden al tratamiento antibiótico ambulatorio en 72 horas deben ser hospitalizadas para realizarles tratamiento hospitalario con pautas antibióticas de dos o tres fármacos. En caso de existir absceso tubovárico debe ser drenado quirúrgicamente, siendo una cirugía conservadora e individualizada.

La pareja sexual de las pacientes con E.I.P. debe ser examinada y tratada, si ha mantenido relaciones sexuales con la paciente los 60 días previos a la aparición de los síntomas, porque con frecuencia dichas parejas sexuales son portadoras asintomáticas.



# PELVIC INFLAMMATORY DISEASE

Pelvic Inflammatory Disease (PID) is a term for inflammation and infection of the female reproductive organs, namely the uterus, Fallopian tubes, and/or ovaries as well as nearby tissues and organs. It can occur combined with endometritis, salpingitis, tubo-ovarian abscesses and pelviperitonitis.

Greater sexual freedom among young people over the last thirty-five years has resulted in an increased number of cases of PID. The disease is more common in women aged from fifteen to twenty-five and it is a major problem not only for the acute symptoms it produces but also because it can be the cause of other conditions such as sterility, ectopic pregnancy and painful intercourse (dyspareunia).

PID is regarded as the most common complication arising from bacterial sexually transmitted diseases (STDs).

The infection is usually polymicrobial, but the most frequently associated pathogens are *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis*. Other bacteria can be group B streptococcus (GBS), *Gardnerella vaginalis*, etc.

Bacteria lodged in the neck of the womb (cervix) can spread upwards towards the upper part of the genital apparatus.

## The principal risk factors are:

- Being aged under 25
- Having numerous sexual partners
- STDs
- Not using barrier methods of contraception
- Previous history of PID
- History of bacterial vaginosis (BV) and cervicitis
- Having an intrauterine contraceptive device (IUCD), especially in the three months following insertion; bacteria may have entered when the device was fitted.
- Miscarriage / abortion
- Uterine instrumentation, surgery to the cervix

Clinical classification is based largely on the degree to which the disease has progressed, on symptoms and on information gleaned from clinical examination. There are four stages of severity:

- **Stage I:** acute salpingitis without peritonitis
- **Stage II:** acute salpingitis with peritonitis
- **Stage III:** acute salpingitis with tubo-ovarian abscess
- **Stage IV:** ruptured tubo-ovarian abscess

## PID can display the following symptoms:

- The most frequent is bilateral lower abdominal pain (95%) that can vary from complete absence of pain to very intense pain with a strong peritoneal component. This variability in terms of pain can cause diagnostic confusion which in many cases results in inadequate treatment being prescribed and the appearance of subsequent complications. Other symptoms can be:
- Abnormal vaginal discharge (74%)
- Abnormal bleeding (45%) between periods, after sex, etc.
- Urinary tract symptoms (35%) such as pain on passing urine (dysuria) and urinary frequency.
- Digestive symptoms (14%) such as nausea, vomiting, diarrhoea, etc.
- A complete absence of symptoms is also possible, as mentioned earlier.

## The following signs may be found during gynaecological examination:

- Pain on moving the neck of the womb (cervix).
- Adnexal pain on bimanual (BV) vaginal examination.

## Examination using speculum may reveal the following:

- Purulent endocervical exudate (dark, foul-smelling discharge).
- Fever higher than + 38°C.
- Pelvic mass suggesting tubo-ovarian abscess.

## If PID is suspected, the following tests must be carried out:

- Blood test.
- Haemogram and general biochemistry.
- Vaginal and endocervical swab (to detect the possible presence of gonococci and chlamydia bacteria).
- Transvaginal diagnostic sonography (ultrasound) to obtain information on the possible existence of a tubo-ovarian abscess.
- Laparoscopy, the only reliable diagnostic method because it provides a direct view and enables samples to be taken for culture, but this is usually reserved for certain cases where diagnosis is uncertain or when treatment has failed.

## A differential diagnosis should always be made in the case of:

- Urological diseases, urinary tract infections or renal colic.
- Gynaecological and obstetric diseases, such as threat of miscarriage, ectopic pregnancy, ovarian cyst rupture or torsion (OT), endometriosis and post-surgery adherence syndrome.
- Digestive diseases, such as acute gastroenteritis, appendicitis, diverticulitis, cholecystitis, irritable bowel syndrome (IBS), etc.

Treatment will be aimed at tackling pathogenic bacteria and involves administering antibiotic treatment.

Patients who do not respond to outpatient antibiotic treatment within 72 hours need to be admitted to hospital for inpatient treatment, involving the administration of two or three types of antibiotic medication. If a tubo-ovarian abscess is found, it must be surgically drained: this type of surgery is preservative and assessed on a case-by-case basis.

Sexual partners of people with PID must be examined and treated if they have had sexual intercourse with the patient during the 60 days prior to symptoms appearing, as these sexual partners are often found to be asymptomatic carriers.

# Man Hombre



Dr. José Eduardo Martín Lluch  
Director Técnico / *Technical Director*  
Laboratorios Ruiz-Falcó S.A.

## HEMOFILIA

La palabra hemofilia de raíces griegas (haïma – sangre, philía – amistad e ía – cualidad) hace referencia a una enfermedad que afecta a mecanismos de la coagulación de la sangre y que se manifiesta con hemorragias o sangrados característicos.

Tenemos referencias de la descripción de esta enfermedad en el Talmud Babilónico en el siglo V d. C., pues, observaban que en ocasiones ocurrían sangrados desmedidos en los varones de algunas familias de circuncisos; para evitar problemas en las familias con dichos antecedentes decidieron modificar las leyes sagradas para eximir de circuncisión a los descendientes de dichas familias; durante los siguientes siglos se conservan descripciones de la existencia de esta enfermedad así como que la mujer era la transmisora del mal. Pero no es hasta el siglo XIX cuando se considera que la causa del problema está en el plasma sanguíneo y se establece “el carácter hereditario ligado al sexo de la hemofilia, transmitida por las mujeres y padecida sólo por los hombres”, comenzando a sentarse las bases científicas de esta enfermedad. En el siglo XX se la conocerá de manera coloquial como la “Enfermedad Real”, pues, se difunde por el pueblo que ésta afecta a varones en las Casas Reales de Inglaterra, Prusia, España y Rusia. En los últimos 50 años el avance espectacular de la medicina y la genética, permiten conocer con precisión la causa, y también controlar la evolución y tratamiento de esta enfermedad.



Se trata de una enfermedad de baja incidencia. Su causa es genética (hereditaria), que se trasmite de padres a hijos y es debida a que se altera un gen (región del ADN) del cromosoma sexual X, produciéndose poca cantidad o nada de una proteína (factor de la coagulación), lo que impide, que se forme adecuadamente el coágulo final necesario para detener una hemorragia. Al ser recesiva sólo la padecen los varones con el cromosoma X afectado y las mujeres sólo serán portadoras de la enfermedad, existiendo la remota posibilidad de que si el padre es hemofílico y la madre portadora podría manifestarse la enfermedad en la mujer (véase imagen adjunta).

Existen dos tipos de Hemofilia la A y la B. La hemofilia A presenta una deficiencia parcial o absoluta del factor VIII de la coagulación por alteración del gen F8 del cromosoma X. La hemofilia B es menos frecuente y es originada por un déficit parcial o absoluto del factor IX de la coagulación por alteración del F9 del cromosoma X. Según la cantidad de déficit de factor de la coagulación la enfermedad pueden ser leve, moderada o grave. En los casos graves se manifiesta no sólo con el sangrado por golpes, accidentes e intervenciones quirúrgicas de los casos leves, si no también por presentar sangrados espontáneos por nariz, encías, orina y en las articulaciones (sobre todo las rodillas). A causa de las hemorragias, al cabo de los años, pueden presentar alteraciones articulares, pérdida de músculo y trastornos de los nervios.

Respecto a las pruebas de laboratorio, la sangre de estos enfermos tendrá un alargamiento del tiempo de tromboplastina parcial activado; la medición de los niveles circulantes del Factor VIII y IX nos permite valorar el grado de severidad de la hemofilia. En el momento actual, gracias al desarrollo de la biología molecular, podemos realizar un estudio genético para detectar alteraciones en los genes F8 y F9 del cromosoma X.

A estos enfermos se les trata con la administración intravenosa del factor deficiente (de origen plasmático o recombinante) a la dosis adecuada en función de edad y grado de déficit del mismo, con el fin no sólo de parar las hemorragias, si no de prevenir futuras complicaciones por sangrados en articulaciones y músculos. En ocasiones pueden reaccionar y crear defensas contra estos productos siendo necesario el apoyo con tratamiento inmunosupresor. Pueden tratarse en su propio domicilio adiestrados por profesionales sanitarios y cumpliendo perfectamente protocolos de actuación, lo que les dota de autonomía, mejorando su calidad de vida.



# HAEMOPHILIA

The word haemophilia comes from the Greek *haima* (blood) and *philia* (love) is a disorder that impairs the body's ability to control blood clotting or coagulation, resulting in the typical haemorrhaging or excessive bleeding.

Early descriptions of this disorder date back to the 5th century B.C., in the Babylonian Talmud, which records observations of disproportionate bleeding in the males of some families during their circumcision. To prevent problems in these families the holy laws were changed to exempt their children from being circumcised. Over subsequent centuries, further records contain descriptions of the disorder and identify the mother as carrier.

However, it was not until the 19th century that the cause of the problem was traced to blood plasma and the link between its hereditary nature and male offspring was established. It was described as a condition "transmitted by women and predominantly affecting males", thereby laying the scientific foundation for studying the disorder. In the 20th century it was often known as "the Royal disease" as people began to notice that males in the British, Prussian, Spanish and Russian royal families were affected. In the last 50 years, spectacular advances made in medicine and genetics have enabled scientists to ascertain the exact cause of the disorder and to monitor and treat it effectively.

Haemophilia is a relatively rare condition. It is genetic, therefore hereditary and transmitted from parents to children; the cause is a defective X chromosome, which impairs the body's ability to produce a particular protein (clotting factor) and prevents the blood from clotting sufficiently to stop bleeding when a blood vessel is broken. As the gene is recessive, only males with the defective X chromosome are affected by the disorder and women are only carriers. There is a remote possibility that, if the father

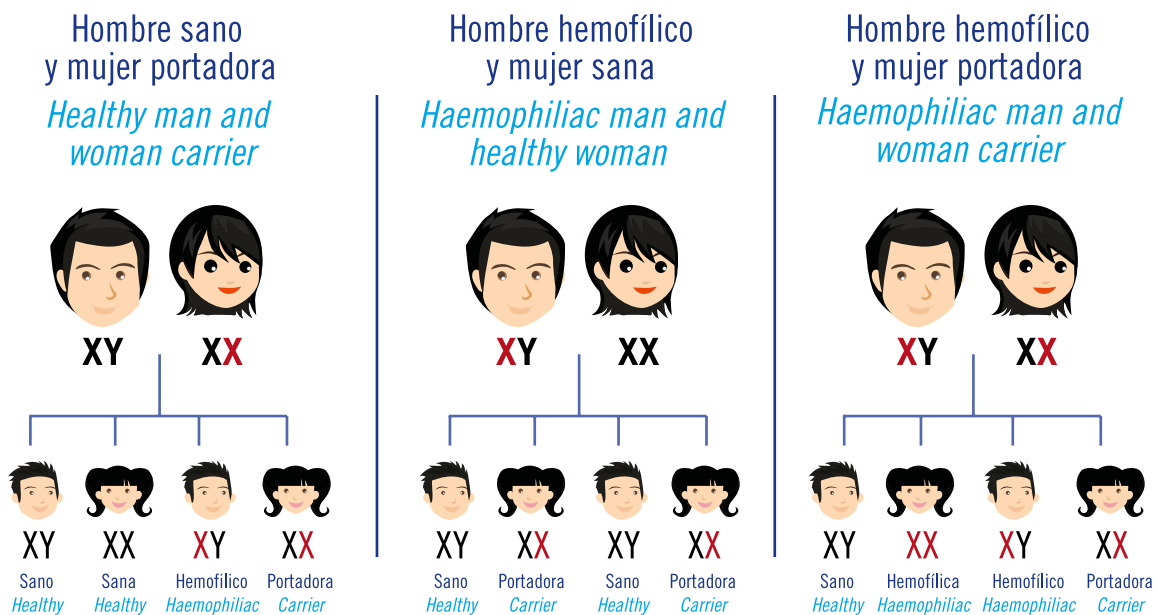
is haemophiliac and the mother is a carrier, a woman could be affected (see the diagram below).

There are two types of haemophilia, A and B. Haemophilia A is caused by a partial or complete absence of clotting factor VIII due to a defective F8 gene in the X chromosome. Haemophilia B is less common and is caused by a partial or complete absence of clotting factor IX due to a defective F9 gene in the X chromosome.

Depending on the degree of clotting factor deficiency, the disorder may be mild, moderate or severe. In severe cases it is not only manifested in bleeding from blows, accidents and surgical interventions like mild cases, but also in the presence of spontaneous bleeding from the nose, the gums, in urine and in joints (especially in the knees). After some years, excessive bleeding can cause joint damage, muscle loss and nervous disorders.

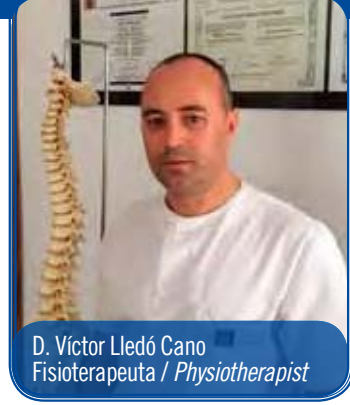
Laboratory tests show that blood from these patients has a longer period of activated Partial Thromboplastin Time (aPTT); measuring circulatory levels of Factors VIII and IX enables us to assess the degree of severity of the haemophilia. At the moment, developments in molecular biology mean that we can carry out a genetic study to detect variations in genes F8 and F9 of the X chromosome.

Sufferers are treated by administering the deficient factor intravenously (using plasma or recombinant) at the correct dose, depending on age and severity of the deficiency, in order to not only stop bleeding but also to prevent future complications caused by bleeding in joints and muscle tissue. Patients may occasionally react and create defences against these products and will need to be given backup immunosuppressant drugs. They can be treated in their own homes under the supervision of medical professionals and adhering strictly to treatment protocols, giving them greater independence and improving their quality of life.



# LA HIGIENE POSTURAL.

## Cómo evitar lesiones



D. Víctor Lledó Cano  
Fisioterapeuta / Physiotherapist

La higiene postural se inicia con el uso apropiado de nuestro cuerpo en cada ocasión.

“Si importante es tratar una lesión o el dolor, más importante es prevenirlo”

Para prevenir el dolor de espalda, debemos empezar por evitar posiciones donde la columna esté sometida a tensiones, ya sea al dormir, en el trabajo, con los niños, al realizar actividades deportivas, ... aprendiendo a adoptar una buena postura estaremos desarrollando una musculatura más fuerte, una mayor estabilidad y, a la larga, conseguiremos de forma espontánea una correcta actitud postural, sin que ello suponga gran esfuerzo.

### Vamos a describir 2 actividades importantes en nuestra vida cotidiana:

- Cómo estar en la cama y como levantarse
- Cómo conducir, entrar y salir del vehículo

#### Cómo estar en la cama:

##### Recomendaciones:

El colchón debe ser cómodo, adaptándose al contorno del cuerpo (visco elástica, látex, agua...), el somier debe ser duro y mejor aún emplear láminas de madera. La postura de la cama puede ser causa de fatiga y dolor de espalda que sentirá en ese momento o al levantarse, por eso la postura correcta será aquella en la que el paciente encuentre mayor alivio en la fase de dolor, posteriormente la recomendación será estar decúbito lateral o boca arriba.

#### CORRECTO



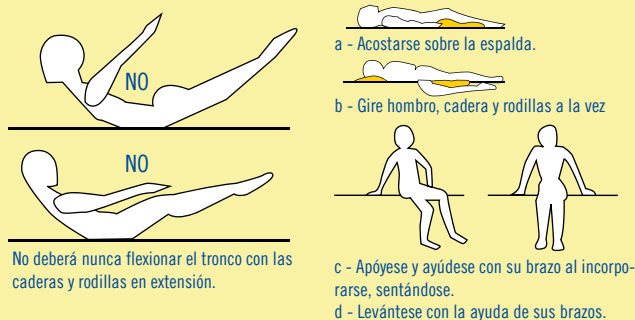
#### Cómo levantarse:

##### Recomendaciones:

Al levantarse o incorporarse hágalo con la ayuda de las piernas y de los brazos, doble las rodillas y no la espalda.

#### INCORRECTO

#### CORRECTO



#### Cómo conducir:

##### Recomendaciones:

Al conducir siéntese derecho, tome el volante con las dos manos. Proteja la región inferior de la espalda, use un apoyo lumbar, por ejemplo un cojín en su zona lumbar. En viajes largos, pare cinco minutos cada dos o tres horas de trayecto.

#### INCORRECTO

#### CORRECTO



Recuerde, prevenir es curar.

# POSTURAL HYGIENE. Preventing injury

Postural hygiene starts with using your body in the correct way for every task it has to do.

"In terms of back injury or back pain, prevention is better than cure"

To prevent back pain, you should start by avoiding positions in which the spine is subjected to tension, while you are asleep, at work, with the kids, doing some kind of sport and so on. By learning good posture you will be developing stronger muscles, greater stability and, in the long term, your body will learn to automatically adopt a correct position without you having to think too much about it.

## Let's look at 2 important activities in everyday life:

- Lying in bed and getting up
- Driving and getting in and out of the car

### Lying in bed:

**Tips:**

Your mattress should be comfortable and adapt to the shape of your body (memory foam, latex, water, etc.). Your sleeping posture may be the cause of the tiredness and back pain you feel on getting out of bed, so the correct posture for you is the one that relieves the pain, but preferably on your side or on your back.

**CORRECT**



Flat pillows are advisable for sleeping.



Elevate your knees and hips with a pillow when you lie on your back, as this will help you maintain the correct sleeping position.



Sleeping on your side with your hips and knees flexed is an effective way of keeping your back straight. Placing a flat pillow between your knees helps you relax.



For reading or sitting up in bed, the best solution is to raise the top end of the mattress a little.

**INCORRECT**



NO



NO

You should never bend your back with your hips and knees straightened

**CORRECT**

a - Lie on your back

b - Turn your shoulders, hips and knees at the



c - Support your weight by leaning on your arm and then sit up

d - Use your arms to help you stand up

### Getting up:

**Tips:**

When you get out of bed and stand up, let your legs and arms take the strain, bending your knees rather than your back.

**INCORRECT**



NO



NO

You should never bend your back with your hips and knees straightened

**CORRECT**

a - Lie on your back

b - Turn your shoulders, hips and knees at the



c - Support your weight by leaning on your arm and then sit up

d - Use your arms to help you stand up

### Driving:

**Tips:**

Sit up straight when driving, holding the steering wheel with both hands. Protect your lower back region by placing a back support pad or a cushion behind you. On long journeys, stop for five minutes every two to three hours.

**INCORRECT**



NO



NO

**CORRECT**



Adjust the car seat so it is fairly close to the pedals and keep your back straight against the backrest.

When getting in and out of the car, turn your knees, hips and body and bring your legs out of the car first.

La costumbre de dejar alguna luz encendida para dormir es contraproducente ya que podría favorecer la obesidad.  
The habit of leaving a light on to sleep is counterproductive because it could induce obesity.

**Remember, prevention is better than cure.**

# Benalmádena

Rincones bellos / Beautiful places



Benalmádena es una de las ciudades turísticas más importantes de la Costa del Sol (Málaga). Está distribuida en cuatro núcleos población, Arroyo de la Miel, Benalmádena Costa, Puerto Marina y Benalmádena Pueblo. Este municipio se dedica casi exclusivamente al turismo vacacional. Por ello ofrece al visitante muchas alternativas de ocio y descanso.

*Benalmádena is one of the largest tourist towns on the Costa del Sol (Málaga) with a municipal area spread over four smaller communities, Arroyo de la Miel, Benalmádena Costa, Puerto Marina and Benalmádena Pueblo. The town is almost entirely devoted to holiday tourism, which means it can offer visitors a wide range of leisure and recreational options.*

**D**e su historia podemos resaltar que se han encontrado restos de asentamientos de hace más de 20.000 años (Cuevas del Toro, del Botijo y de la Zorrera). De la época musulmana destacamos las tres torres vigías que tiene la localidad, la más importante es la **Torre Bermeja**. Esta torre está situada a la entrada del puerto deportivo de Benalmádena. Fue edificada en un punto estratégico que permitía visualizar el Mar de Alborán y comunicarse con fuego con las otras localidades de la costa malagueña. El auge demográfico del municipio se produce a partir de la mitad del siglo XX, entre 1950 y 1960. En esa época se empieza a desarrollar la actividad turística en la costa Malagueña.

Benalmádena tiene 20 kilómetros de playas en su litoral, son playas urbanas, muy concurridas y bien acondicionadas para los turistas. Las más conocidas son **Malapesca**, la playa de **Bil-Bil** y la **playa del Tajo de la Soga**. También podemos encontrar una playa dedicada a los amantes del nudismo, la **playa de las Viborillas**.

Aparte de las playas hay otras formas de ocio para toda la familia en Benalmádena:

- Parque de atracciones y espectáculos Tivoli World. Este parque además de sus atracciones ofrece espectáculos de baile y conciertos al aire libre.
- El Acuario Sea Life, este acuario es un centro de conservación y protección de tiburones.
- El Delfinario y pingüinario Selwo Marina, es un parque de fauna marina que acoge el único delfinario y pingüinario de hielo de Andalucía.
- Teleférico de Benalmádena, es una telecabina que une el centro del núcleo urbano de Arroyo de la miel con la cumbre del monte Calomorro. Desde la cumbre en los días despejados se puede ver el Peñón de Gibraltar y las cumbres africanas del Atlas.
- Casino Torrequebrada, que forma parte de un complejo hotelero de 5 estrellas con campo de Golf y playa privada.



De La gastronomía de Benalmádena podemos señalar dos platos típicos de esa zona, **la cazuela cachorreña** y **las migas de leche**. A estos hay que añadirles la comida típica andaluza basada en productos del mar, como por ejemplo pescaditos fritos, sepia, coquina, langostinos, dorada, lubina, carabineros y un largo etcétera. Por último los arroces, arroz negro, arroz con bogavante, paella de marisco y otras muchas más opciones.

La Semana Santa es una fecha señalada en Benalmádena. Al igual que en el resto de Andalucía, se vive con mucho fervor y pasión. Las procesiones se pasean a lomos de los vecinos por el centro del pueblo. Otra de las fiestas más importantes para Benalmádena es el Corpus, los vecinos la noche antes hacen una alfombra de pétalos para que por allí discurra la procesión. Otras fiestas a destacar serían la Fiesta de la Virgen del Carmen, patrona del mar y las Fiestas de la Virgen de la Cruz.

En definitiva Benalmádena es un municipio hecho para el ocio y el disfrute de los turistas. Donde podrás combinar perfectamente la diversión y el descanso.

**A**s far as its history is concerned, the remains of settlements dating back more than 20,000 years have been found in the local area (Cueva del Toro, Cueva del Botijo and Cueva de la Zorrera). The town also has three watchtowers dating back to the Muslim era, the largest of which is **Torre Bermeja**, which stands at the entrance to Benalmádena's yachting marina. It was built in a strategic location overlooking the Alboran Sea (the westernmost portion of the Mediterranean Sea) and fires were lit to send messages to other towns along the Málaga coastline. The town's population started to rise sharply from the mid-20th century, between 1950 and 1960, a period that coincided with the development of tourism on the Costa del Sol and in Málaga.

Benalmádena has 20 kilometres of beaches, all of which are busy town beaches with a wide range of visitor amenities. The most famous are **Malapesca**, **Bil-Bil** and **Tajo de la Soga**. There is also a beach especially for naturists, **Viborillas**.

Besides beaches, other recreational options are available for the whole family to enjoy:

- Tivoli World Show & Amusement Park. The park has lots of rides plus dance shows and open-air concerts.
- The Sea Life Aquarium is a shark conservation and protection centre.
- Selwo Marina Delfinarium is a marine life park and the only dolphin and ice penguin centre in Andalucía.
- The Benalmadena Cable Car links the centre of Arroyo de la Miel with the summit of Monte Calamorro. On clear days you can see the Rock of Gibraltar and the Atlas mountains in Africa from the top.
- Casino Torrequebrada is part of a 5-star hotel complex with its own golf course and private beach.

The delicious range of food on offer in Benalmádena includes traditional local fare such as the so-called **cazuela cachorreña** (with cod and orange) and **migas de leche** (milk in breadcrumbs). A wide variety of other Andalusian dishes are also available, such as fried fish, squid, clams, langoustines, bream, sea bass, red prawns and so on. You can also enjoy a whole series of rice dishes, like black rice (made with squid ink), rice with lobster, seafood paella and many other tasty options.

Easter Week is an important time of year in Benalmádena. Like the rest of Andalusia, the event is an outpouring of passion and devotion. The procession images are carried by local people through the centre of town. Another major festival held in Benalmádena is Corpus Christi, in which the residents make carpets of flower petals in their streets for the procession to go over. Other festivals include La Virgen del Carmen, patron of the sea, and the annual festival of La Virgen de la Cruz.

As you can see, Benalmádena is a town with everything visitors could possibly need for recreation and enjoyment. A place where you can find the perfect combination of fun and relaxation.

# LA TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LA OFTALMOLOGÍA

Los avances en la tecnología y conocimientos médicos hacen que la oftalmología esté en continua evolución, haciendo que cada día haya más y mejores opciones para tratar patologías oculares de manera más segura.

En el campo de las **Cataratas**, los aparatos llamados **Biómetros** de última generación nos aportan las medidas del globo ocular necesarias, de una forma muy precisa, para que a la hora de implantar una lente intraocular multifocal se obtengan resultados postoperatorios óptimos, tales que permitan al paciente prescindir de sus gafas para ver de lejos y de cerca. En el momento de la cirugía la tecnología utilizada permite realizarla más rápida y cómoda para el paciente y con menos complicaciones postoperatorias.

Con respecto al **Glaucoma**, podríamos destacar la campimetría y la OCT, para valorar el campo visual y capa de fibras nerviosas, que mediante aparatología moderna, permiten el diagnóstico precoz y control de la evolución de la enfermedad. En función de estas medidas se indicará el tratamiento más adecuado para cada caso. Con una cirugía mínimamente invasiva de implantes valvulares, se obtienen resultados favorables evitando los efectos secundarios de las técnicas más convencionales.

La **Degeneración Macular**, en sus distintas formas, precisa de un estudio minucioso del fondo de ojo, OCT y autofluorescencia, para detectar la patología lo antes posible, ponerla en tratamiento y seguir su evolución. Con la observación de la retina a través de la OCT de última generación, obtenemos información exacta para valorar objetivamente los cambios que se producen en ella durante la evolución de la degeneración macular. Nuevos medicamentos están llegando para tratar con más éxito esta enfermedad que produce un empeoramiento drástico en la calidad de vida de las personas de avanzada edad.

En el campo de la **cirugía refractiva**, la técnica más novedosa y evolucionada es **Intralase**. Supone un enorme avance en la cirugía de miopía, hipermetropía y astigmatismo. **Intralase** elimina la necesidad de cortar la córnea. El microqueratomo clásico ha sido ampliamente superado en seguridad y precisión por el sistema Intralase, el cual utiliza el láser de femtosegundo para realizar el flap. La ventaja añadida de poder guiar la ablación es muy útil a la hora de corregir astigmatismos irregulares, además de disminuir los problemas de ojo seco, relativamente frecuentes tras la cirugía lasik.

Asimismo garantiza la creación de un flap perfecto que permite un total control sobre las características corneales, de forma que con **Intralase** es posible operar de forma más segura a pacientes que antes no eran candidatos idóneos para cirugía lasik por bajo espesor corneal y otras contraindicaciones.

**LA VISTA ES EL SENTIDO MÁS PRECIADO DEL QUE DISPONE EL SER HUMANO Y MERECE LA PENA SU CUIDADO. POR ESO ACONSEJO REVISIONES PERIÓDICAS PARA PODER TRATAR DE MANERA PERSONALIZADA CADA CASO PARTICULAR.**

## TECHNOLOGY AT THE SERVICE OF OPHTHALMOLOGY

*Advances in technology and medical knowledge mean that ophthalmology is constantly moving forward, with more and more options becoming available for ensuring that eye conditions can be treated safely and successfully.*

*In the field of **cataracts**, latest generation equipment known as optical **biometers** provide the highly accurate eyeball measurements needed for implanting a multifocal intraocular lens (IOL) and obtaining the best possible post-operative results, enabling patients to do without their glasses for close-up and for distance. Using up-to-date technology means faster and more convenient surgical procedures for patients and fewer post-operative complications.*

*In terms of **glaucoma**, new techniques include the visual field test and optical coherence tomography (OCT) for visual field and nerve fibre layer testing. This modern equipment means that we can make an early diagnosis and control the progress of the disease. The measurements obtained enable the most appropriate treatment to be applied for each individual case. Using keyhole surgery for implanting glaucoma valves produces very good results and prevents the complications that can arise from more conventional techniques.*

*The various types of **macular degeneration** require a painstaking examination of the fundus of the eye, OCT and autofluorescence to detect the pathology as early as possible, prescribe treatment and monitor progress. By observing the retina using the very latest OCT equipment, we can obtain accurate information that enables us to make an objective assessment of the changes occurring in it as macular degeneration progresses. New medication is being developed to ensure that more successful treatments are available for this disease, which causes a drastic worsening in the quality of life of many elderly people.*

*In the field of **refractive surgery**, the most innovative and advanced treatment is Intralase. Intralase has meant a huge step forward in the surgical treatment of myopia and stigmatism, doing away with the need to cut the cornea. The **Intralase** system is far safer and more accurate than the classic microkeratome, using a femtosecond laser to make the flap. The added advantage of being able to guide ablation is very useful for correcting irregular stigmatism, as well as reducing dry eye problems, which are fairly common following lasik laser surgery.*

*It also ensures that a perfect flap is created that enables full control over corneal characteristics, meaning that with **Intralase** it is possible to operate more safely on patients who were previously not ideal candidates for lasik surgery due to having very thin corneas and other contraindications.*

**SIGHT IS THE MOST PRECIOUS OF ALL HUMAN SENSES AND IT IS WORTH LOOKING AFTER. THIS IS WHY I ADVISE REGULAR CHECK-UPS SO THAT EACH CASE CAN BE TREATED INDIVIDUALLY.**



Dr. García Urtueta  
Oftalmólogo / Ophthalmologist



DR. GARCÍA URTUETA  
OFTALMOLOGÍA



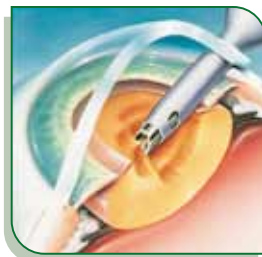
## Clínica oftalmológica dotada con la más alta tecnología para el diagnóstico y el tratamiento de patologías oculares como:

*Ophthalmology clinic equipped with the very latest technology for diagnosis and treatment of eye diseases and pathologies such as:*

- **Cataratas:**  
Más de 30.000 intervenciones. Gran experiencia en implantación de lentes multifocales para corrección de la presbicia.
- **Glaucoma:**  
Diagnóstico precoz y cirugía mínimamente invasiva con implante trabecular.
- **Degeneración macular:**  
Diagnóstico precoz y tratamiento mediante inyecciones intravítreas.
- **Miopía, hipermetropía y astigmatismo:**  
Con la técnica *Intralase*.
- **Desprendimiento de retina:**  
Cirugía mínimamente invasiva.
- **Retina médica:**  
Retinopatía diabética, trombosis, uveítis,...
- **Párpados:**  
Cirugía estética.
- **Pteriglum.**



Antes y después del Glaucoma  
*Before and after Glaucoma*



Cirugía de catarata / *Cataract surgery*

- **Cataracts:**  
*More than 30,000 operations. Vast experience in implanting multifocal lenses for correcting presbyopia (long sightedness).*
- **Glaucoma:**  
*Early diagnosis and minimally invasive trabecular surgery.*
- **Macular degeneration:**  
*Early diagnosis and treatment using intravitreal injections.*
- **Myopia, hypermetropia and stigmatism:**  
*Using the Intralase technique.*
- **Retinal detachment:**  
*Minimally invasive surgery.*
- **Retinal treatment:**  
*Diabetic retinopathy, thrombosis, uveitis, etc.*
- **Eyelids:**  
*Cosmetic surgery.*
- **Pterygium.**

✳️ **Pruebas refractivas prequirúrgicas gratuitas para pacientes de ASSSA.** ✳️

✳️ **Descuentos especiales para asegurados de ASSSA en tratamientos no cubiertos por la entidad.** ✳️

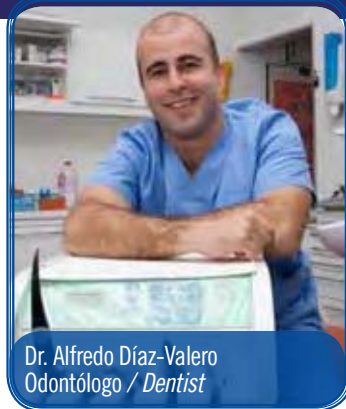
✳️ **Free pre-operative refractive testing for ASSSA patients.** ✳️

✳️ **Special discounts for ASSSA insured patients on treatments not covered by the policy.** ✳️

Pida información sobre nuestros tratamientos sin compromiso.  
*Ask for information about our treatments without any obligation whatsoever.*

Calle Padilla, 76  
Tel.: 913 090 780  
Web: [garciaurtueta.com](http://garciaurtueta.com)  
Blog: [drgarciaurtueta.wordpress.com](http://drgarciaurtueta.wordpress.com)





Dr. Alfredo Díaz-Valero  
Odontólogo / Dentist

## Injertos de hueso en boca

## Mouth bone grafting

Sin duda alguna el tratamiento rehabilitador a través de implantes dentales, es uno de los más demandados hoy en día por los pacientes que demandan prótesis fija, y gracias al avance de la medicina, se podría decir que hoy por hoy, cualquier paciente puede ser candidato a dicho tratamiento.

*Rehabilitation with dental implants is currently one of the most sought-after treatments by patients. They are looking for a firm prosthesis and with today's medical advances any patient can now be considered a candidate for this treatment.*

Uno de los requisitos indispensables para que este tipo de tratamientos sea satisfactorio es contar con una cantidad de hueso suficiente para la colocación de esos implantes en una posición correcta en las tres dimensiones del espacio. Es aquí donde entrarían en juego los injertos de hueso, pues no todo el mundo consta de esa cantidad de hueso mínima requerida para una colocación óptima del implante y entre las causas más frecuentes de dicha ausencia, se encontrarían aquellos pacientes que han sido portadores de prótesis removibles por un largo tiempo, pacientes con enfermedad periodontal o pacientes que hayan sufrido algún tipo de proceso infeccioso agudo en su boca.

*One of the indispensable requirements for ensuring that this type of treatment is satisfactory is to have sufficient bone available in three spatial dimensions for setting implants in the proper position. This is the role of bone grafting because not everyone has the minimum amount of bone required for optimal placement of the implant. Insufficient bone is most commonly found in patients who have been wearing removable prostheses for a long time, patients with periodontal disease or patients who have suffered an acute mouth infection.*

La realización de un escáner de la zona que va a ser tratada mediante implantes, es de vital importancia pues este nos aportará información sobre la cantidad de hueso con el que contamos en esas tres dimensiones del espacio de las que hablábamos antes, y de ese modo el profesional determinará si el volumen de hueso con el que contamos es suficiente o no. En caso de no serlo, se estudiará que tipo de injerto es el más adecuado para cada caso en función de la zona anatómica en la que nos encontremos, el tipo de defecto y las preferencias de cada paciente.

*A scan of the area to be treated by implants is of vital importance as it provides information on the amount of bone present in three spatial dimensions. Using this information, the professional can determine whether the existing volume of bone is sufficient. If there is insufficient bone, the options in terms of the type of graft that would be most suitable in each case would be explored, depending on the anatomical region, the type of defect and the patient's preferences.*

Una cosa que deberían de saber los pacientes, es que ese hueso que vamos a aportar para aumentar el volumen de nuestro defecto puede ser de varios tipos, o para ser más exactos, puede proceder de distintos sitios:

*Something that patients need to know is that the bone used to restore the deficit can be of various types, or to be more specific, it can come from a number of sources:*

- Del propio paciente, (de otra zona donante).
- De origen cadavérico.
- De origen animal.
- De origen sintético.

- The patient (from another site)
- A deceased donor
- Animal origin
- Synthetic

Cada uno de ellos presentará una serie de ventajas e inconvenientes que tendrán que tener en cuenta tanto por el profesional como por el paciente.

*Each of these options has a series of advantages and drawbacks that both the professional and the patient will have to take into account.*

Es común que los pacientes presenten miedo y ansiedad al hablarles de injertos óseos, por creer que se trata de un tratamiento de mayor riesgo y más doloroso, y si bien es cierto que su complejidad es mayor, si es llevado a cabo por las manos adecuadas de un especialista, la tasa de éxito de este tratamiento es muy alta.

*It is quite normal for patients to feel fearful and anxious when hearing about bone grafts because they believe it is a risky treatment and likely to be painful. Although it is true that this kind of procedure is more complex, if it is performed by a specialist the success rate is very high.*



# PROMOCIÓN ESPECIAL DECESOS SPECIAL OFFER FUNERAL INSURANCE



# -25%

Descuento vitalicio sobre la prima neta anual / *Lifetime discount for each insured person off the published net premium.*

No incrementos de prima por cumplir años.  
*There is no price increase due to age.*

No cancelamos su póliza por llegar a una determinada edad.  
*No policy cancellation due to age or illness.*

Cobertura inmediata y servicio de trámites administrativos completo.  
*Immediate cover and complete funeral arrangements.*

Repatriación y opción de reembolso para servicios funerarios en el extranjero.  
*Repatriation back to your home and reimbursement options for burial abroad.*

[www.assa.es](http://www.assa.es)

## Tu centro de medicina privada Your private medical center

- Medicina General y Especialistas
- Servicio de Urgencias 24 h. 365 días del año
- Laboratorio
- Radiología (Resonancia, TAC, Mamografía, Densitometría, Ecografía,...)
- Fisioterapia
- Cirugía y Hospitalización
- Clínica de Estética y Salud
- Clínica Dental
- Reconocimientos y certificados médicos.
- Accidentes de tráfico, deportivos y escolares.

- General and Specialist Medicine
- 24-hour Emergency Service. 365 days a year
- Lab
- Radiology Service (Magnetic Resonance Imaging, scanner, X-Ray, Bone Density ...)
- Physiotherapy
- Surgery and Hospitalization
- Health and Beauty Clinic
- Dental Clinic
- Check-up and Medical Certificate
- Traffic, sports and school accidents



**Centro Médico**  
Virgen de la Caridad

[www.cmvcaridad.com](http://www.cmvcaridad.com)



### EN CARTAGENA

C/ Jorge Juan, 30  
Tel.: 968 50 66 66  
Foreigners: 868 06 29 40  
Nº RES 20300114

### Y TAMBIÉN EN

FUENTE ÁLAMO: C/ Lorca 30, bajo • Tel.: 968 59 60 86 • Nº RES 20500080  
SAN JAVIER: Avda. Balsicas, 23 • Tel.: 868 06 48 68 • Nº RES 21100116  
MURCIA: C/ Olof Palme, 9-11 bajo • Tel.: 968 28 00 23 • Nº RES 2990106  
SAN PEDRO: Avda. de las Salinas, 11 • Tel.: 968 18 18 15 • Nº RES 20300069  
MAZARRÓN: C/Libertad, 10 • Tel.: 968 59 05 87 • Nº RES 20900004

Nueva Clínica  
New Medical Center  
San Pedro del Pinatar

WE SPEAK  
ENGLISH



# FASTEN IT!

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

AMPERE · ANODE · ATOM · CELL · CIRCUIT · CURRENT · EARTH  
ENERGY · FIELD · FLOW · FUSE · HEAT · LIVE · NEGATIVE  
PLUG · POSITIVE · POWER · SPUR · VOLTAGE · WATTAGE · WIRE

# 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 · AVISPERO · ELUDIR · ENTRENO · MARAVILLAR · NARDO  
PELA · PORO · PORTENTOSO · RENO · RUTA · VISTOSO

# AJEDREZ / CHESS

Blancas dan mate en siete jugadas, usando tres damas y desplazándolas sólo por la columna a / *Checkmate from whites in seven moves, using only three queens and moving them through the column a*

# SUDOKU

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

8									♔
7	♕								
6	♕								
5	♕								
4									
3									
2									
1									♔
	a	b	c	d	e	f	g	h	

# Soluciones / Answers

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

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

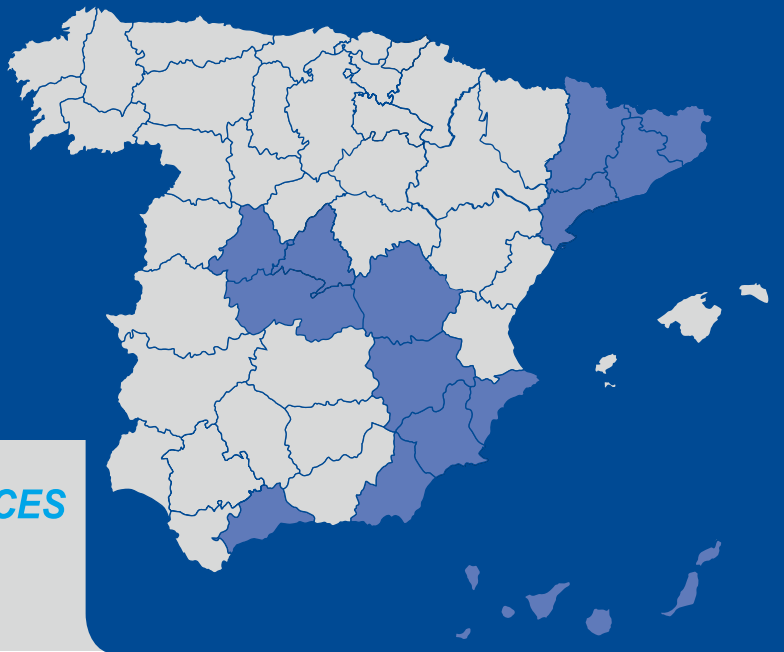
2	3	1	7	6	4	8	5	9
7	5	8	3	9	1	6	4	2
9	6	4	5	8	2	7	1	3
3	1	9	2	5	6	4	7	8
4	8	2	1	7	9	3	6	5
5	7	6	4	3	8	2	9	1
1	2	5	8	4	7	9	3	6
8	9	7	6	1	3	5	2	4
6	4	3	9	2	5	1	8	7

1. 0a4 Kg8, 2. 0a1 Kf8, 3. 01a2 Ke8, 4. 02a3 Kd8, 5. 06a4 Kc8, 6. 0a8+ Kc7, 7. 04a7\*.



# 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 C. Edif. 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, nº2, Puerta 5  
Tel. 966 761 794 - Fax. 966 761 833  
C.P. 03189  
orihuelacosta@asssa.es

### ALBACETE

- ALBACETE  
C/ Rosario 6, 5º Puerta 3. Edificio Toscana  
Tel. 967 212 491 / Fax 967 219 057  
C.P. 02001  
albacete@asssa.es

### ALMERÍA

- VERA  
C/ del Mar, 33 - C.C. Alcaná, local 3b  
Tel. 950 392 487 / Fax 950 390 267  
C.P. 04620  
vera@asssa.es

### BARCELONA

- BARCELONA  
C/ Travessera de Dalt 21/23 Entlo  
Tel. 934 151 707 / Fax 932 385 939  
C.P. 08024  
barcelona@asssa.es

### LAS PALMAS

- MASPALOMAS  
Avenida de Tirajana, nº 37.  
Edificio Mercurio. Torre I - 3º G  
Tel. 928778664 / Fax 928764386  
C.P. 35100  
grancanaria@asssa.es

### MADRID

- MADRID  
C/ José Ortega y Gasset, 74 Entlo. B  
Tel. 913 092 052 / Fax 913 093 590  
C.P. 28006  
madrid@asssa.es

### MÁLAGA

- BENALMÁDENA COSTA  
Av. de las Palmeras, Local nº 15, Urb.  
Benalmar Playa, 3ª Fase  
Tel. 952 447 709 / Fax 952 567 335  
C.P. 29630  
benalmadenacosta@asssa.es

### MURCIA

- MAZARRÓN  
C.C. la Pirámide, Local 9. Avda.  
Dr Meca, 109  
Tel. 968 153 396 / Fax 968 154 212  
C.P. 30860  
mazarron@asssa.es

### TENERIFE

- LOS CRISTIANOS  
Centro Comercial Bahía de los Cristianos  
Avda. Juan Carlos I, Nº 32, Local 21  
Tel. 922 752 794 / Fax 922 795 294  
C.P. 38650  
tenerife@asssa.es
- PUERTO DE LA CRUZ  
Inmobiliaria Imperial. C/ Retama 3,  
Edif. Retama, Local 4  
Tel. 922 752 794 / Fax 922 795 294  
C.P. 38400  
tenerife@asssa.es  
Punto de atención / Point of care

[www.asssa.es](http://www.asssa.es)

AGRUPACIÓN SANITARIA SEGUROS S.A.

Compañía fundada en 1935 • Company founded in 1935



**ASSSA**  
SEGUROS

*Tu tranquilidad en buenas manos*  
*Your peace of mind in good hands*

