



ASSSA

MAGAZINE



CUIDA TU SALUD: Nuestro corazón
LOOK AFTER YOUR HEALTH: Our heart

ASSSA MUJER: Miomas uterinos
ASSSA WOMAN: Uterine fibroids

ASSSA HOMBRE: Enfermedad cardiovascular y disfunción eréctil
ASSSA MAN: Cardiovascular disease and erectile dysfunction

RINCONES BELLOS: Toledo
BEAUTIFUL PLACES: Toledo

04 NOTICIAS ASSSA
ASSSA NEWS



05 QUERIDO ASSSA
DEAR ASSSA



06 PRACTICA DEPORTE:
La fisioterapia y las técnicas
invasivas: Epi y Punción Seca
*SPORT FOR EVERYONE:
Physiotherapy and invasive
techniques: Epi and Dry Needling*



08 CUIDA TU SALUD:
Nuestro corazón
*LOOK AFTER YOUR HEALTH:
Our heart*



10 CUIDA TU SALUD:
Síndrome de ojo seco
*LOOK AFTER YOUR HEALTH:
Dry eye syndrome*



12 TU ALIMENTACIÓN:
Celiaquía
*YOUR DIET:
Coeliac*



16 ASSSA MUJER:
Miomias uterinos
*ASSSA WOMAN:
Uterine fibroids*



18 ASSSA HOMBRE: Enfermedad
cardiovascular y disfunción eréctil
*ASSSA MAN: Cardiovascular
disease and erectile dysfunction*



20 RINCONES BELLOS:
Toledo
*BEAUTIFUL PLACES:
Toledo*



22 Tecnología médica:
¿Qué es un stent coronario?
*Medical technology:
What is a coronary stent?*



Índice Index

24 CONSULTA DENTAL:
Cuidados después de una
extracción
*DENTAL CONSULTATION:
Care following an extraction*



26 PASATIEMPOS
PUZZLES



Créditos Credits

Dirección / Management Herminio Martínez

Coordinador / Coordinator Noelia Pasero

Composición y diseño /
Composition and design Vanessa Hernández · Carlos Hernández
Dpto. de Marketing y comunicación

Colaboradores / Collaborators Dr. Ángel Luis Abad González
Dr. Juan Antonio Andreo Ramírez
Dr. Juan Antonio Quiles Llorens
D. Javier Lledó
Dr. Jose García De La Infanta Fuentes
Dra. Marta Ortega Mazano
Dra. María Rufina Gracia

Traducciones / Translations Trayma

Imágenes / Images Archivo Gráfico ASSSA

Mádanos tus sugerencias / Send your suggestions
magazine@asssa.es

 **ASSSA**
SEGUROS



Visita nuestra web y podrás leer
online nuestras ediciones anteriores

www.asssa.es

Visit our website and read
all our editions online



D. Herminio Martínez
Presidente/President

ADQUISICIONES.....

Las previsiones para el año 2014 se han cumplido, seguimos creciendo. Al crecimiento natural de ASSSA se han sumado este año dos importantes adquisiciones de compañías de salud que han reforzado nuestro posicionamiento en el sector y que mejoran los ratios de solvencia.

Hemos ampliado las oficinas centrales con la apertura de una nueva planta preparando así nuestros departamentos para asumir el crecimiento que inevitablemente se va a producir.

Para este nuevo año nuestro propósito es seguir con la misma dinámica, abriendo sucursales y negociando con nuevas entidades para incorporarlas a nuestra organización dentro de un ambicioso proyecto de crecimiento y consolidación.

Quiero dar las gracias desde estas líneas a todo el equipo ASSSA que hace posible que año tras año sigamos subiendo dentro del sector y mejorando nuestros procesos de trabajo para ser más eficientes y garantizar siempre la mejor asistencia a nuestros asegurados.

ACQUISITIONS...

Forecasts for 2014 have been met and we continue to grow. In addition to the natural growth of ASSSA, this year has seen us make important acquisitions of two new companies which have strengthened our position in the sector and enhanced the health of our solvency ratios.

We have expanded our main offices with the opening of a new center; thus preparing our departments to take on the growth that these actions are inevitably going to produce.

For this New Year our purpose is to continue with the same dynamics, by opening branches and negotiating with new businesses, with the objective of incorporating them into our organization within an ambitious project of growth and consolidation.

I want to thank all the ASSSA staff who make it possible year after year for us to progress within the sector and improve our work processes, our efficiency and guarantee the best support for our members through these actions.

Afianzamos nuestra presencia en la Costa del Sol

Siguiendo con nuestro plan de desarrollo, el pasado 2014 abrimos nuestra primera sucursal en la Costa del Sol, concretamente en Benalmádena Costa (Málaga). De ésta manera y con la elaboración de un completo cuadro médico hemos impulsado nuestro proyecto de crecimiento, algo imprescindible para continuar con nuestra filosofía de empresa: estar cada vez más cerca de nuestros asegurados.

Gracias a la buena acogida que hemos tenido en la zona y al rápido crecimiento obtenido abrimos nuestra segunda sucursal en Enero-2015. En este caso la ciudad elegida ha sido Guadalmina, zona donde confluyen importantes poblaciones de la Costa del Sol como son Marbella y San Pedro de Alcántara.



Strengthening our presence on the Costa del Sol

In 2014, as part of our countrywide expansion plan, we opened our first branch on the Costa del Sol, specifically in Benalmádena Costa (Málaga). With this, and by producing a full range of medical conditions, we continue to drive forward our growth project, a core part of our ongoing commitment to the company's philosophy of always putting our policyholders first.

Thanks to the good reception that we've had in the area and rapid rate of growth, we will open our second branch in January - 2015. In this case the chosen city has been Guadalmina, an area where we can reach out to the important populations of the Costa del Sol, such as Marbella and San Pedro de Alcántara.

ASSSA BENALMÁDENA COSTA

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

ASSSA GUADALMINA

Urb. Guadalmina Alta, C.C. Guadalmina III, oficina 2 - C.P. 29670
Tel. 952 883 519 / Fax 952 887 417
guadalmina@asssa.es

ADQUISICIÓN DE CARTERA

Hemos cerrado con éxito la adquisición de la cartera completa de la Compañía Hermandad Madrileña domiciliada en Madrid de gran tradición y con muchos asegurados en la zona centro de España.

Este acuerdo se enmarca dentro de la estrategia de expansión de ASSSA a nivel nacional, reforzando así nuestra posición dentro del sector y también en la Comunidad de Madrid.

ACQUISITION OF PORTFOLIO

We have successfully completed the acquisition of the entire portfolio of a fellow Madrid registered company who are based in Madrid and have a great background, with many policyholders residing in the Central area of Spain.

This agreement is part of the expansion strategy of ASSSA nationwide, thus strengthening our position within the sector and also in the community of Madrid.





Philip John Davies.

Gracias ASSSA

En febrero del 2014 tuve que someterme a una cistoscopia tras haber orinado sangre. Me diagnosticaron cálculos biliares causados a su vez por una hiperplasia benigna de próstata. Tuvieron que ponerme un catéter porque ni siquiera era capaz de orinar y me recomendaron someterme con relativa urgencia a una cirugía abierta en las siguientes semanas.

Me molestó un poco cuando ASSSA retrasó la autorización argumentando que tuviera una segunda opinión en Alicante. El Dr. Sánchez Marcos (Alicante) me explicó que conseguiríamos un resultado mejor y mucho más seguro si esperábamos, perdía peso y se llevaba a cabo un tratamiento menos invasivo por vía endoscópica. También me retiraron el catéter y me dijeron que la cirugía abierta sería el último recurso.

Perdí peso y ahora me encuentro mucho mejor de lo que me había sentido en años, hasta el punto de que ya no necesito medicación diaria para la hipertensión. La endoscopia se hizo el 14 de junio en Alicante y cuatro días después me dieron de alta. No creo que la recuperación de una cirugía abierta hubiera sido tan rápida y satisfactoria, especialmente con sobrepeso.

Quisiera hacer constar mi agradecimiento a ASSSA. Esta experiencia ha reforzado mi confianza y fe en que las decisiones que toma la compañía son en beneficio de los clientes. También quiero agradecer a Katrin y Teresa de la oficina de Orihuela Costa su paciencia y buen humor, pese a haber tenido que lidiar con mis enfados y frustración.

El personal de Clínica Vistahermosa fue igualmente maravilloso e hicieron mi estancia lo más confortable posible. No podría haber estado en mejores manos que las del Dr. Sánchez Marcos y su equipo de urología.

Gracias a todos los implicados y a Jennifer Cunningham Asociados por descubrirme ASSSA.

Thank you ASSSA

In February 2014 after passing blood in my urine, I had a cystoscopy. The diagnosis was bladder stones caused by an enlarged but benign prostate. I had to have a catheter fitted as I was unable to pass urine. It was recommended that I have relatively urgent open surgery in the next few weeks.

I was slightly annoyed when ASSSA delayed authorization, saying that they would first like me to have a second opinion in Alicante. The consultant Dr. Sanchez Marcos (Alicante) explained that a far safer and better outcome would be achieved if I waited, lost some weight and proceeded with a less invasive endoscopic treatment. The catheter was also removed and I was told that open surgery would be a last resort.

I lost weight and now feel so much better than I have done for years; to the extent that I no longer need my daily blood pressure medication. The endoscopy was carried out successfully on 14 June in Alicante and I was discharged four days later. I do not think that my recovery from immediate open surgery would have been as fast and successful, particularly while carrying the extra weight. I wish to record my gratitude to ASSSA. My experience has strengthened my confidence and faith in your company, that the decisions you make are in the client's best interests. I also wish to thank Katrin & Teresa in your Orihuela Costa office for their patience and good humor whilst dealing with my annoyance and frustrations.

The staff in Clínica Vistahermosa were equally wonderful, making my stay as comfortable as possible. I could not have been in better hands than those of Dr. Sanchez Marcos and the Urology team.

My thanks to all concerned and to Jennifer Cunningham and Associates for introducing me to ASSSA.

LA FISIOTERAPIA Y LAS TÉCNICAS INVASIVAS: EPI Y PUNCIÓN SECA



D. Javier Lledó
Fisioterapeuta / Physiotherapy

La fisioterapia es una profesión en continua evolución que en estos últimos años se ha beneficiado de dos nuevas técnicas que son de interés por su gran eficacia. Aparte de por su gran eficacia se distinguen de otras técnicas por ser invasivas, ello quiere decir que se necesita atravesar la piel para llegar a la lesión bien sea fascia, músculo, tendón o ligamento. Para ello se utilizan agujas extremadamente finas, de 0.25mm de espesor y longitudes de 13mm a 70mm en función de la profundidad de la lesión a tratar.

Aunque la forma de entrada en las dos técnicas es la misma, atravesando la piel con agujas y llegando hasta la zona de la lesión, a partir de aquí nada tienen que ver las dos técnicas.

La electrólisis percutánea intratisular (EPI)



Basa su fundamento de reparación del tejido blando afectado (tendón, ligamento...) en la irritación previa de dicho tejido sometiendo al mismo al paso de una corriente galvánica a través de una aguja de acupuntura. De esta forma, se produce un efecto inflamatorio de carácter local que conlleva, por tanto, un mecanismo de fagocitosis seguido de un proceso de proliferación del tejido colágeno desestructurado y la posterior reparación tisular correspondiente.

Se realiza de forma ecodirigida garantizando, de esta forma, la aplicación exacta sobre la zona afectada. Requiere por tanto que sea aplicada por fisioterapeutas expertos formados específicamente en las técnicas de punción, localización de estructuras músculo esqueléticas mediante ecografía y en EPI®.

El principal campo de actuación de la EPI® es el tratamiento de las tendinopatías crónicas (pubalgias, tendinopatías aquileas, del manguito rotador, codo de tenis-golf, etc) pero juega un papel determinante, igualmente, en el tratamiento de multitud de otras lesiones musculoesqueléticas como esguinces crónicos, lesiones musculares, lesiones crónicas ligamentosas...

La punción seca

Consiste en introducir una aguja de acupuntura dentro de la banda tensa del músculo (sin infiltrar ninguna sustancia) para destruir el punto gatillo que se forma en la misma y que es la causante de dolor. La hipótesis fisiológica de esta técnica es destruir las placas motoras responsables del mal funcionamiento de esa banda fibrosa. Que a los pocos días el cuerpo reemplaza por unas nuevas sin el funcionamiento defectuoso hipertónico causante de la dolencia.

Se están realizando avances esta técnica no solo en deportistas y en traumatología en general, sino también en pacientes hemipléjicos donde la normalización de las placas motoras están suponiendo un gran avance en su tratamiento. Permitiendo grandes avances en la normalización del tono muscular de estos pacientes y que son causa de su dificultad para el movimiento. Esta normalización del tono no solo ocurre a nivel distal sino que provoca cambios a nivel del sistema nervioso central.

Tras la realización de la técnica de punción seca puede producirse un aumento de la sintomatología variable de 2 a 48h transcurridas estas a pesar de que la dolencia ya ha remitido se debe realizar un tratamiento fisioterápico en el que se reeduca la función con el fin de evitar que vuelva a aparecer a largo plazo la sintomatología.

PHYSIOTHERAPY AND INVASIVE TECHNIQUES: EPI AND DRY NEEDLING

Physiotherapy is a continually evolving profession and in recent years two exciting and extremely effective new techniques have been developed. They differ from other techniques in that they are invasive, meaning that they need to penetrate the skin to reach the injury in the fascia, muscle, tendon or ligament. To do this, the physiotherapist uses very fine needles only 0.25 mm thick and between 13 mm and 70 mm in length, depending on how deep the injury lies.

Although the entry method of both techniques is the same, i.e. penetrating the skin and going straight to the site of the injury, they are in fact quite different.

Intratissue Percutaneous Electrolysis (EPI)

Repairs affected soft tissue by previously irritating it with a direct (or galvanic) current that passes through an acupuncture needle. This produces a localised inflammatory effect which involves a mechanism of phagocytosis, followed by a process in which there is a proliferation of unstructured collagen tissue, followed by repair of the corresponding tissue.

The treatment is done using ultrasound, ensuring that the needle is placed in exactly the right spot in the affected area. This means that it must be applied by an expert physiotherapist who has been properly trained in dry needling techniques, in locating muscle structures by ultrasound and in EPI®.

EPI® is mainly used to treat chronic tendinopathy (pubalgia, Achilles tendinopathy, rotator cuff tendinopathy, tennis and golf elbow, etc.) but it also plays a decisive role in treating an array of other

muscle and skeletal injuries such as chronic sprains, muscle injuries, chronic ligament injuries and so on.

Dry needling

Consists of inserting an acupuncture needle inside the tense band of the muscle (without infiltrating any kind of substance) to destroy the trigger point that has formed there and is causing pain. The physiological theory behind this technique is to destroy the motor-end plates that are causing this fibrous band to malfunction. In a few days the body replaces them with new plates lacking the hyper-tonic defective function that was causing the pain.

Progress is being made with this technique not only with sportspeople and traumatology in general, but also with hemiplegic patients, where normalisation of the motor-end plates is proving to be a major advance in their treatment. It leads to enormous progress in correcting lack of muscle tone in these patients, which is the reason why they have difficulty moving around. Normalising muscle tone occurs not only at distal level but also triggers changes in the central nervous system.

Symptoms may increase at some level from 2 to 48 hours after having dry needling treatment, following which, despite the injury having improved, physiotherapy should still be applied to re-educate muscle function and prevent symptoms returning.



LABORATORIO DE
ANÁLISIS CLÍNICOS JAIME CHOLBI-M^o ANGELES MULET

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

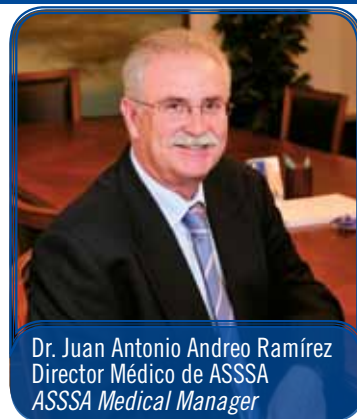


OFICINA EN JÁVEA: 96 646 06 58 - Avda. Lepanto, 2 - Edif. Puerto Real 03730 Jávea (Alicante); OFFICE JÁVEA: 96 646 06 58
Avda. Lepanto, 2 - Edif. Puerto Real 03730 Jávea (Alicante).

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

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

NUESTRO CORAZÓN



Las enfermedades cardiovasculares representan la mayor causa de mortalidad en adultos en la mayoría de los países desarrollados.

Dada su importancia, vamos a dedicar parte del contenido de nuestra revista durante varios números, a tratar de conocer más a fondo las distintas y más frecuentes enfermedades del corazón.

La función básica del sistema cardiovascular es la de bombear la sangre para conducir el oxígeno y otras sustancias nutritivas hacia los tejidos, eliminar los productos residuales y transportar sustancias, como las hormonas, desde una parte a otra del organismo.

El corazón es un órgano hueco, de naturaleza muscular, impulsor de la circulación de la sangre. Se divide en cuatro cavidades, dos aurículas y dos ventrículos. La aurícula izquierda recibe la sangre oxigenada de los pulmones y la impulsa al ventrículo izquierdo, que al contraerse la obliga a pasar por la aorta y las arterias para distribuirse en los tejidos corporales. La aurícula derecha recibe la sangre después de haber pasado por todos los tejidos y cedido gran parte del oxígeno; la sangre pasa después al ventrículo derecho y de éste a los pulmones para ser oxigenada. Las aurículas comunican con los ventrículos por unas válvulas, mitral (izquierda) y tricúspide (derecha). También existen otras válvulas en el orificio de salida de la aorta en el ventrículo izquierdo y el orificio de salida de la arteria pulmonar en el ventrículo derecho.

El corazón se irriga y nutre a través de las arterias coronarias. De la raíz de la aorta, a la salida del ventrículo izquierdo, nacen las dos arterias coronarias, derecha e izquierda. La coronaria derecha se divide en dos ramas principales –arteria descendente posterior y arteria marginal derecha– que irrigan sobre todo al ventrículo derecho y a la región inferior del ventrículo izquierdo. La arteria coronaria izquierda se divide a su vez en arteria descendente anterior y arteria circunfleja que irrigan fundamentalmente al ventrículo izquierdo.

La enfermedad coronaria es una enfermedad causada por un déficit en la circulación sanguínea por las arterias coronarias.

Como prólogo a estos apasionantes capítulos, vamos a exponer brevemente un recorrido descriptivo del órgano diana de estas patologías, EL CORAZÓN.

Se denomina cardiopatía isquémica y la causa más frecuente es la arteriosclerosis. Las consecuencias pueden ser una angina de pecho, un infarto de miocardio o la muerte súbita.

En el corazón existe un tejido especializado, encargado de la producción y conducción del estímulo eléctrico del corazón. Este sistema de conducción eléctrica nace en la aurícula derecha, en el nódulo sinusal, que tiene una rica inervación simpática y parasimpática, y se desplaza por las aurículas produciendo su contracción. El nodo sinusal, en adultos sanos, descarga a una velocidad de 60 impulsos por minuto. La onda eléctrica llega después al nódulo auriculoventricular situado en el lado izquierdo de la aurícula izquierda junto a la válvula tricúspide y luego se disemina por un haz de fibras (Haz de His) que se divide en dos ramas, derecha e izquierda, que llevan el impulso eléctrico a los ventrículos originando la contracción ventricular. La mayor parte de las células del sistema de conducción eléctrica del corazón están irrigadas por ramas de la arteria coronaria derecha.

Las patologías derivadas de las alteraciones en la producción y conducción del estímulo eléctrico del corazón constituyen el amplio grupo de las arritmias (bradicardia, fibrilación ventricular, fibrilación auricular, flutter auricular, extrasístoles...).

A partir de esta revista comenzaremos a desgranar las principales enfermedades que afectan a nuestro corazón.

El corazón de una persona late aproximadamente 30 millones de veces en un año, y unas 2.000 millones de veces durante toda la vida.

The heart of a person beats approximately 30 million times a year, and about 2.000 million times throughout life.

OUR HEART

Cardiovascular disease is the biggest cause of adult mortality in the majority of developed countries.

Because of its importance, we will be devoting part of the content of our magazine over the course of several issues to knowing more about the various and most frequent types of heart disease.

As a foreword to these fascinating chapters, we take readers on a short descriptive tour of the organ targeted by these pathologies, THE HEART.

The basic function of the cardiovascular system is to pump blood carrying oxygen and other nutrients to the tissues, eliminate waste products and taking other substances like hormones from one part of the body to another.

The heart is a hollow muscular organ that drives blood around the body. It is divided into four cavities, two atriums and two ventricles. The left atrium receives oxygenated blood from the lungs and pushes it into the left ventricle, which contracts and forces it through the aorta and the arteries to be distributed to the body's tissues. The right atrium receives the blood after it has passed through all the tissues and given up most of its oxygen; the blood then goes into the right ventricle and from there to the lungs to be oxygenated. The atria are linked to the ventricles by valves, the mitral (left) and the tricuspid (right). There is another set of valves in the exit opening of the aorta in the left ventricle and in the exit opening of the pulmonary artery in the right ventricle.

The heart is irrigated and nourished by the coronary arteries. Two coronary arteries, right and left, originate from the base of the aorta as it leaves the left ventricle. The right coronary artery splits into two main branches, the posterior descending artery and the right marginal artery, which deliver blood mainly to the right ventricle and to the lower region of the left ventricle. The left coronary artery is split into the anterior descending artery and the circumflex artery, which are basically responsible for delivering blood to the left ventricle.

Coronary disease is caused by a shortage of blood flow through the coronary arteries. It is known as is-

chaemic cardiomyopathy and its most frequent cause is arteriosclerosis. The consequences may be angina, myocardial infarction (heart attack) or sudden death.

The heart has specialist tissue responsible for generating and conducting electrical impulses in the heart. Electrical impulses are generated in the right atrium, in the sinus node, which is richly innervated by sympathetic and parasympathetic nervous system fibres, and moves through the atria, making them contract. In healthy adults, the sinus node discharges at a speed of 60 beats per minute. The electrical current then reaches the atrioventricular node on the left side of the left atrium next to the tricuspid valve and is then spread through a bundle of fibres (the His bundle) which divides into two branches, right and left, taking the electrical impulse to the ventricles and causing the ventricle to contract. Most of the cells in the heart's electrical conduction system are irrigated by branches of the right coronary artery.

Pathologies arising from disorders affecting the production and conduction of the heart's electrical stimulus comprise the broad group of arrhythmias (bradycardia, ventricular fibrillation, atrial fibrillation, atrial flutter, premature ventricular contraction, etc.).

Starting with this issue of the magazine, we will start to unravel the main diseases affecting the heart.





SÍNDROME DE OJO SECO



Dr. Jose García De La Infanta Fuentes
Médico Oftalmólogo
Doctor Ophthalmologist

Si usted nota en los ojos escozor, sequedad, enrojecimiento, sensación de arenilla, sensibilidad a la luz, fatiga ocular o dificultad para abrir los ojos por la mañana, puede estar padeciendo un **síndrome de ojo seco**.

Este trastorno consiste en una alteración de la película lagrimal que puede ser debida a un problema de **calidad** o de **cantidad** de la misma. En la actualidad constituye la enfermedad más **frecuente** en las consultas especializadas de Oftalmología, afectando a una de cada diez personas, lo que supone unos 5 millones de españoles.

Aunque pueda parecer que la lágrima es un simple líquido sobre el ojo, tiene importantes **funciones**, como proporcionar una superficie lisa y regular para asegurar una visión nítida, mantener el confort de la superficie ocular, protegerla frente a agresiones externas de origen ambiental o infeccioso y aportar nutrientes a las células epiteliales corneales.

Las aproximadamente 100 causas capaces de provocar un síndrome de ojo seco se pueden reunir en 10 grupos, en los que los 5 primeros suelen afectar a numerosas glándulas exocrinas (ojos, nariz, boca, vagina, piel), mientras que los 5 últimos suelen afectar sólo a las glándulas de ambos ojos, de un sólo ojo o incluso a una sola variedad glandular de un ojo.

1. Edad: con la edad todo el mundo acaba teniendo una sequedad más o menos acentuada que afecta a ojos, boca, garganta, etc.
2. Hormonales: embarazo, consumo de anticonceptivos orales, cambios hormonales, etc.
3. Farmacológicos: ansiolíticos, antidepresivos, antiparkinsonianos, antihistamínicos, diuréticos, etc.
4. Inmunológicos: síndrome de Sjögren, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Lyell, etc.
5. Hiponutricionales: hipovitaminosis A, poco frecuente en los países desarrollados en los que suelen producirse por malabsorción intestinal (alcoholismo, enfermedad de Crohn, resecciones intestinales, etc) o por seguir dietas carentes de grasas.
6. Disgenéticos: distintas enfermedades embrio-fetales que pueden tener un origen hereditario o esporádico.
7. Inflamatorios: generalmente infecciones de las glándulas que producen la lágrima (hongos, tuberculosis, tracoma, blefaritis...).
8. Traumáticos.
9. Neurodeprivativos: cualquier afectación de las vías nerviosas que intervienen en el normal funcionamiento de la producción de lágrima (herpes, operaciones de miopía, lentes de contacto, cansancio, somnolencia, ansiedad, etc.).
10. Condiciones en las que, teniendo una secreción lagrimal normal, el ojo no puede aprovecharla (parálisis palpebral, párpado flácido, evaporación excesiva por aire acondicionado, viento, calefacciones...).

El síndrome del ojo seco, al ser un trastorno crónico requiere un tratamiento de larga duración. Es muy importante que el paciente adopte una serie de hábitos de vida saludables y cumpla el tratamiento farmacológico prescrito por su médico para aliviar las molestias que se producen. Actualmente, el **tratamiento farmacológico** de primera línea consiste en aumentar la película lagrimal mediante la instilación de lágrimas artificiales.

Consejos:

1. No exponerse a corrientes de aire que favorecen la evaporación de la lágrima (no orientar ventiladores hacia la cara, no conducir con las ventanillas abiertas, usar gafas de sol en el exterior etc).
2. Evitar la sequedad ambiental con el uso de humidificadores.
3. Protegerse de la polución ambiental, evitando atmósferas como la playa y el campo en días de viento, así como el polvo doméstico, el humo del tabaco o los disolventes.
4. Forzar el parpadeo varias veces al día, sobre todo frente a cualquier tipo de pantalla y limpiar los bordes de los párpados con toallitas específicas.
5. Beber agua abundante durante el día.
6. Seguir una dieta rica en ácidos grasos omega 3, omega 6 y Vitamina A.



DRY EYE SYNDROME

If you notice your eyes are stinging, you have dryness, redness or a gritty feeling, or if they are sensitive to light, you develop eye fatigue or you have trouble opening your eyes first thing in the morning, you may be suffering from dry eye syndrome.

This condition is caused by a disorder in the tear film, which may be due to a problem with either its quality or its quantity. Nowadays it is the most frequent disease treated in specialist eye clinics, affecting one in ten people, around 5 million Spaniards.

Although you may think tears are just a liquid in the eye, they have important functions, such as providing a smooth, even surface to ensure clear vision, keeping the eye surface comfortable, protecting the eye from external environmental damage and from infection, and supplying nutrients to the corneal epithelial cells.

The approximately 100 causes that can trigger dry eye syndrome can be classified into 10 groups, the first 5 of which usually affect many exocrine glands (eyes, nose, mouth, vagina, skin), whereas the last 5 normally only affect the glands in both eyes, in one eye only or even a single kind of gland in one eye.

- 1. Age: with age everyone develops a more or less noticeable dryness in the eyes, mouth, throat, etc.*
- 2. Hormonal: pregnancy, taking oral contraceptives, hormonal changes, etc.*
- 3. Pharmacological: tranquillisers, antidepressants, drugs for Parkinson's disease, antihistamines, diuretics, etc.*
- 4. Immunological: Sjögren's syndrome, Stevens-Johnson syndrome, Lyell's syndrome, etc.*
- 5. Hyponutrition: hypovitaminosis A, rare in developed countries, where it is usually caused by poor intestinal absorption (alcoholism, Crohn's disease, intestinal resection, etc.) or by following a fat-free diet.*
- 6. Dysgenic: various embryo-foetal diseases that may be hereditary or sporadic.*

7. Inflammatory: generally infections in the glands that produce tears (fungus, tuberculosis, trachoma, blepharitis, etc.).

8. Traumatic.

9. Neurodeprivative: anything affecting the nerve pathways that intervene in the normal functioning of the tear production process (herpes, operations for myopia, contact lenses, fatigue, sleepiness, anxiety, etc.)

10. Conditions in which, although tear secretion is normal, the eye cannot use it (eyelid paralysis, drooping eyelid, excessive evaporation caused by air conditioning, wind, heating, etc.).

Because it is a chronic condition, dry eye syndrome requires long-term treatment. It is very important that the patient adopts a series of healthy lifestyle habits and follows the pharmacological treatment prescribed by their doctor to alleviate their symptoms. Nowadays, front line pharmacological treatment involves increasing the tear film with the instillation of artificial tears.

Tips:

- 1. Avoid being exposed to drafts of air that cause tears to evaporate (not turning fans so they blow straight into the face, not driving with the windows down, using sunglasses outdoors, etc.).*
- 2. Prevent the atmosphere indoors from drying out by using humidifiers.*
- 3. Protect the eyes from environmental pollution, avoiding places like the beach or the countryside on windy days, avoiding exposure to domestic dust, cigarette smoke and solvents.*
- 4. Deliberately blink more often several times a day, especially if facing any type of screen. Clean the outer rims of the eyelids with special moist wipes.*
- 5. Drink plenty of water during the day.*
- 6. Follow a diet rich in omega 3 and omega 6 fatty acids and vitamin A.*



Celiaquía



Dr. Ángel Luis Abad González
Especialista en Endocrinología y
Nutrición / *Specialist in Endocrinology
and Nutrition*

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía, es decir es una patología que afecta de modo predominante al intestino y que se da en individuos que tienen una predisposición genética para padecerla. Es un proceso autoinmune consistente en una activación anómala de las propias defensas localizadas en las mucosas de la pared del intestino delgado, desencadenada por el gluten y que, en las formas más graves, llega a producir una atrofia intestinal con la consecuente alteración de la absorción intestinal de los nutrientes de los alimentos.

Pero ¿qué es el gluten? Es una proteína contenida en muchos cereales como son el trigo, centeno, cebada, triticale y en sus productos derivados, y que en personas con susceptibilidad genética a padecer EC que mantengan la ingesta de estos productos, llega a producir intolerancia permanente al gluten. Si no se es celíaco ni se tiene dicha predisposición, el consumo de cereales no producirá problemas ni tampoco se desarrollará la enfermedad.

La prevalencia en la población española esta en torno al 1%. Además, como en toda enfermedad autoinmune (AI), es más frecuente en mujeres siendo la proporción mujeres: hombres de 2:1.

La sintomatología de esta enfermedad se divide en los síntomas clásicos: síntomas digestivos y en síntomas extraintestinales. Los síntomas digestivos pueden ser dolor e hinchazón abdominal, pérdida de peso y retraso del crecimiento en niños, falta de apetito y diarrea. Los síntomas no digestivos pueden ser cansancio, alteraciones del carácter-como por ejemplo irritabilidad, anemias por falta de hierro que no responden bien al tratamiento específico, déficit de vitaminas y minerales, osteoporosis, dermatitis herpetiforme, aftas bucales, artritis, inflamación renal, etc. No siempre se tienen que dar todos los síntomas en un paciente. Otra peculiaridad de esta enfermedad es que al ser una AI puede darse el caso que un celíaco presente también otras enfermedades con base autoinmune como puede ser una enfermedad autoinmune tiroidea, una diabetes mellitus tipo 1, etc.

El problema fundamental para su diagnóstico es que sólo el 25% de los casos presenta los síntomas intestinales típicos que pueden hacer sospechar la existencia de la enfermedad y llegar a un diagnóstico rápido de la misma. Para dificultar más, hemos de tener en cuenta que también hay pacientes que no presentan ningún tipo de síntoma; esta situación suele darse en ser familiares cercanos de un caso ya conocido y en los cuales se les realiza un estudio para descartar EC.

El diagnóstico de sospecha se hace en base a los datos clínicos, analíticos y genéticos del caso. La sospecha analítica sanguínea se basa en la determinación de serología específica (anticuerpos antigliadina, antiendomiso y antitransglutaminasa tisular) y que nos refleja la existencia de esas defensas generadas de un modo anómalo y que se activan contra las células intestinales. El estudio de la predisposición genética a padecer la enfermedad se hace mediante un análisis de sangre que analizaría la presencia de un marcador genético, en concreto la positividad del HLA-DQ2/DQ8. El diagnóstico de certeza se establece con una biopsia de intestino delgado obtenida mediante endoscopia, donde se evidenciaría una lesión muy típica de la enfermedad. Para la certeza del diagnóstico obtenido mediante el estudio endoscópico, es necesario mantener la ingesta de alimentos con gluten. De este modo no se da la situación de posibles falsos negativos por normalización de las lesiones si se retira el gluten. Es conveniente realizar un estudio para descartar, y en los casos necesarios tratar, los déficits nutricionales que pueden asociarse a esta enfermedad como por ejemplo la anemia por falta de hierro o déficit de vitamina D.

El tratamiento consiste en la retirada completa del gluten de la dieta. Con esta medida, se consigue la resolución de los síntomas en pocas semanas y la desaparición de las lesiones de la mucosa intestinal, aunque para este último puede ser necesario hasta 6 meses. Aún en el caso del que el paciente no sea intolerante a la lactosa, es preciso retirar los productos lácteos en el primer mes de la dieta exenta de gluten, por una posible intolerancia transitoria a la lactosa asociada. Transcurrido ese tiempo, se reintroducirá la leche y sus derivados de modo progresivo para así disponer de una dieta con los aportes necesarios de calcio. Un enfermo celíaco desconocedor de su enfermedad, y por tanto sin tratamiento o aquel celíaco conocido pero con escasa o nula adherencia al tratamiento dietético tiene un riesgo 2 veces superior a la población normal de padecer linfoma no Hodgkin. Para igualar el riesgo de linfoma al nivel de la población general se necesita seguir una dieta adecuada al menos 5 años.

Retirar el gluten de la dieta es relativamente sencillo; consiste en no usar los alimentos que lo contienen: cereales y sus derivados. El problema radica en que muchos alimentos no derivados de los cereales contienen de modo añadido gluten, como por ejemplo determinados embutidos. Los alimentos que contiene gluten son: pan, harinas y sus manufacturas, bollería, pasta, higos secos, bebidas malteadas y bebidas destiladas. También hay alimentos que pueden contenerlo como son: embutidos, patés, quesos fundidos, salsas, conservas de carne y pescado, sucedáneos de café, frutos secos tostados o fritos, helados, chocolate, etc.. Los alimentos que no contienen gluten son: arroz, maíz, trigo sarraceno, tapioca, azúcar y miel, café, infusiones, refrescos, vinos, frutos secos sin procesar, etc.

Otra consideración a tener en cuenta es que algunos fármacos también pueden contener gluten. Y por último, y por si fuera poco, existe la posibilidad real de fraudes alimentarios pues incluso alimentos anunciados como libres de gluten, en realidad lo llevan. Esta situación es favorecida por el hecho del mayor precio en el mercado de estos alimentos específicos.

En este sentido, asociaciones como FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España) disponen de páginas web (www.celiacos.org) donde se ofrece información de todo tipo relacionada con la EC como puede ser direcciones de contacto de interés, recetas, clasificación de alimentos permitidos o no, fármacos sin gluten, etc. y que son extremadamente útiles y necesarias para poder llevar una dieta del modo adecuado.





Coeliac

Coeliac disease (CD) is an enteropathy, i.e. a condition that predominantly affects the intestine, which occurs in genetically susceptible individuals. It is an autoimmune process consisting of the abnormal activation of the body's own defences in the mucosal lining of the small bowel triggered by gluten. In its most severe forms it causes intestinal atrophy, which results in disturbances in intestinal absorption of nutrients from food.

But what is gluten? It is a protein found in many cereals such as wheat, rye, barley, triticale and their derivatives. In people with genetic susceptibility to CD, eating these products causes permanent gluten intolerance. For those who are not predisposed to this disease, eating cereals will not cause problems and they will not develop the disease.

In the Spanish population the prevalence is around 1%. As with other autoimmune (AI) diseases, it is twice as common in women.

The symptoms of this disease are divided into classic digestive symptoms and extra-intestinal manifestations. Digestive symptoms include abdominal pain and bloating, weight loss and growth retardation in children, lack of appetite and diarrhoea. Non-digestive symptoms include fatigue, behavioural changes such as irritability, iron-deficiency anaemia that does not respond well to specific treatment, vitamin and mineral deficiencies, osteoporosis, dermatitis herpetiformis, oral thrush, arthritis, kidney inflammation, etc. Often patients do not have all these symptoms. Another feature of CD is that, since it is an AI disease, a coeliac may also present other autoimmune diseases such as autoimmune thyroid disease, type I diabetes mellitus, etc.

The main obstacle to its diagnosis is that only 25% of cases present with typical intestinal symptoms that could lead to a clinical suspicion of coeliac disease and result in early diagnosis. To make things more difficult, it should be remembered that there are also patients who do not present any kind of symptoms; this tends to be the case in close relatives of a person with confirmed CD who undergo screening tests to rule out the disease.

The diagnosis of suspicion is based on the patient's clinical, analytical and genetic information. The diagnostic blood tests are based on specific serology (anti-gliadin, anti-endomysium and anti-tissue transglutaminase antibodies), which shows up these defences that are anomalously generated and activated against the cells of the intestine. Genetic predisposition testing for coeliac disease is based on a blood test to analyse for the presence of a genetic marker, specifically HLA-DQ2/DQ8. A confirmed diagnosis is made by endoscopic biopsy of the small intestine, showing a lesion typical of the disease. For the diagnosis to be confirmed by endoscopy, it is necessary for the patient to continue eating foods that contain gluten. This prevents possible false negatives due to lesions reverting to normal when gluten is removed from the diet. Tests should be performed to rule out and, if necessary, treat nutritional deficiencies associated with the disease, such as iron-deficiency anaemia or vitamin D deficiency.

Treatment consists of completely removing gluten from the diet. By doing this, the symptoms subside within a few weeks and the lesions of the intestinal mucosa disappear, although it may take up to 6 months for this to happen. Even if the patient is not lactose intolerant, it is necessary

ASSSA

to avoid dairy products during the first month on a gluten-free diet because of the possibility of associated transient lactose intolerance. After this time, milk and dairy products will be gradually reintroduced to ensure a sufficient dietary calcium intake. Coeliacs who are unaware of their disease and are therefore untreated or coeliacs with known disease who fail to adhere to their dietary treatment are at twice the risk of the normal population of suffering Hodgkin lymphoma. It is necessary to follow a suitable diet for at least 5 years to decrease the risk of lymphoma to the level of the general population.

Removing gluten from the diet is relatively simple; it consists of not using foods that contain cereals and their derivatives. The problem lies in the fact that many foods that are not derived from cereals contain added gluten, such as some sausages. Foods that contain gluten include: bread, flour and related products, cakes, pasta, dried figs, malt beverages and distilled beverages. There are also foods that may contain it, such as: sausages, patés, soft cheeses, sauces, tinned meat and fish, coffee substitutes, toasted or fried nuts, ice creams, chocolate, etc. Foods that do not contain gluten include: rice, maize, buckwheat, tapioca, sugar and honey, coffee, infusions, soft drinks, wine, unprocessed dried fruit and nuts, etc.

Another consideration that must be taken into account is that some drugs may also contain gluten. Lastly, as if all this were not enough, there is a real possibility of food scams, with foods that claim to be gluten-free actually containing gluten. This is because these specific foods have a higher market price.

Associations such as FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España - Federation of Spanish Coeliac Associations) have websites (www.celiacos.org) that offer all kinds of information about CD such as useful addresses, recipes, classification of foods that contain and do not contain gluten, gluten-free drugs, etc., which are extremely useful and necessary to ensure a suitable diet.

Dr Ángel Luis Abad González
Specialist in Endocrinology and Nutrition.

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



EN CARTAGENA

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

Y TAMBIÉN EN

FUENTE ALAMO: C/ Lorca 30, bajo • Tel.: 968 59 60 66 • Nº RES 20500080
SAN JAVIER: Avda. Baisicas, 23 • Tel.: 868 06 48 68 • Nº RES 21100116
MURCIA: C/ Olot 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



Dra. Marta Ortega Manzano - Institut Guilera.

Miomas uterinos

Los miomas uterinos, también se conocen como leiomiomas o fibromas, y son los tumores sólidos benignos más frecuentes de la pelvis de la mujer.

En su desarrollo y crecimiento están relacionadas las hormonas, estrógenos y progesterona, entre otros factores.

Se cree, que un 70% de las mujeres desarrollarán miomas a lo largo de su vida, la edad de mayor incidencia es entre los 45 y 50 años. Aunque frecuentemente no dan síntomas, un 25% de mujeres en edad fértil sí los tendrán.

Alguno de los factores que influyen en la aparición y evolución de los miomas son:

- El factor familiar.
- La raza, siendo más frecuente en la mujeres afroamericanas.
- La menarquía precoz (menores de diez años). Los miomas son menos frecuentes en mujeres que han tenido una maternidad temprana o en mujeres múltiparas (mayor número de gestaciones).
- Los tratamientos hormonales, variando en función de la dosis, la vía de administración, la sustancia empleada y el tiempo de administración.
- El alto consumo en carnes rojas y la dieta rica en vitamina A también parece aumentar la incidencia.

Los miomas pueden ser:

- **Subserosos**, situados en la superficie uterina.
- **Intramurales**, situados en el espesor de la pared muscular.
- **Submucosos**, que se desarrollan bajo el endometrio desplazándolo en su crecimiento.

La mayoría de los miomas, tal y como decíamos, no ocasionan síntomas; sin embargo, cuando las pacientes presentan manifestaciones clínicas, las que se dan con más frecuencia son:

- Sangrado uterino anormal, que es el más común.
- Secundariamente, si el sangrado es muy abundante y/o prolongado, puede ser causa de problemas asociados, como la anemia importante y la pérdida de productividad laboral.
- Presión pélvica y dolor, sobre todo cuando aumenta el tamaño del mioma porque éste ejerce presión sobre los órganos adyacentes:
 - A nivel urinario, puede aumentar la frecuencia urinaria y dificultad para el vaciamiento de la vejiga.
 - A nivel digestivo, la compresión puede conllevar estreñimiento y tenesmo.
 - En cuanto al dolor, se puede manifestar en forma de dismenorrea (dolor con la menstruación) dispareunia (dolor con las relaciones sexuales) dolor abdomino-pélvico agudo, cuando el mioma se complica por torsión u otras causas.
- Efectos en la reproducción: Si el mioma distorsiona la cavidad uterina, sobre todo los submucosos, puede dificultar la concepción e incrementar la frecuencia de abortos.

Para realizar diagnóstico la exploración ginecológica (tacto bimanual), sigue siendo de gran utilidad, aunque actualmente son muy precisas las técnicas radiológicas complementarias como:

- Ecografía transvaginal, tiene una alta sensibilidad (del 95 al 100%)
- Ecografía con infusión salina intracavitaria o sonohisterografía, mejora la definición del mioma submucoso que protuye en la cavidad uterina.
- Histeroscopia, ayuda para el diagnóstico y tratamiento de los miomas submucosos.
- Resonancia Magnética, es la mejor técnica para ver todos los miomas y la localización de los mismos; permite diferenciar leiominoma, adenominosis y sarcoma.

El seguimiento y control es fundamental como primera pauta de tratamiento preventivo:

Los miomas asintomático, pueden ser seguidos normalmente sin tener que realizar ninguna intervención o tratamiento.

Es imposible predecir el crecimiento futuro de un mioma o la aparición de síntomas, así que siempre debemos optar, en estos casos, por un manejo expectante.

En el caso de que tengamos que realizar procesos terapéuticos existen 2 opciones:

TRATAMIENTO MÉDICO:

- Los AINES, son fármacos que pueden estar indicados para tratar los síntomas asociados a los miomas.
- También se pueden utilizar fármacos antifibrinolíticos para disminuir el sangrado
- Tratamientos hormonales.
- DIU liberador de levonorgestrel; las pacientes que optan por este DIU mejoran la pérdida de sangre y, por consiguiente, la anemia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- Histerectomía abdominal por vía laparoscópica, cuando no da resultado el tratamiento conservador o en caso de miomas de gran tamaño. A veces en casos de miomas gigantes, la histerectomía se debe hacer mediante una laparotomía.
- Miomectomía, en mujeres que quieren conservar el deseo gestacional.
- Histeroscopia, en miomas submucosos.
- Embolización de arterias uterinas.

Se ha de hacer hincapié en la importancia de las revisiones periódicas para el diagnóstico precoz y el debido seguimiento de los miomas uterinos.



Uterine Fibroids

Uterine fibroids, also known as myomas or leiomyomas, are the most frequent benign solid tumours occurring in a woman's pelvic area.

Their development and growth is linked to the hormones oestrogen and progesterone, as well as to other factors.

It is thought that 70% of women develop fibroids at some time during their lives, with the most common age being between 45 and 50. Although they may not produce any symptoms, 25% of all women of childbearing age have them.

Some of the factors that influence the appearance and development of fibroids are:

- Family factors.
- Race, with a higher incidence in Afro-American women.
- Early onset of periods (younger than ten years old). Fibroids are less frequent in women who had children at a young age or women who have had a higher number of pregnancies.
- Hormone treatments, depending on dose, administration method, type of substance and for how long they were used.
- A diet rich in red meat and vitamin A is also thought to increase the incidence of fibroids.

Fibroids may be:

- **Subserosal**, growing on the surface of the uterus.
- **Intramural**, within the muscular wall of the uterus.
- **Submucosal**, developing underneath the endometrium and displacing it as they grow.

The majority of fibroids, as we said, do not cause any symptoms, but when patients do present clinical symptoms, the most frequent are usually:

- Abnormal uterine bleeding, the most common symptom.
- If the bleeding is copious and/or prolonged, it can cause other problems, such as severe anaemia and loss of time at work.
- Pelvic pressure and pain, especially when the fibroid becomes larger in size and starts to press on adjacent organs:
- Pressure on the bladder may cause a more frequent urge to urinate or difficulty emptying the bladder.
- In terms of digestion, pressure may cause constipation and/or cramping.
- Pain may manifest itself in the form of dysmenorrhea (period pains), dyspareunia (painful sexual intercourse), and acute abdominal and pelvic pain if the fibroid becomes twisted or complicated in any way.

- Effects on reproduction: if the fibroid distorts the uterine cavity, it may prevent the woman conceiving and increase the risk of miscarriage.

To diagnose fibroids, gynaecological examination (bimanual vaginal examination) is still extremely useful, although nowadays additional radiology techniques are very accurate:

- Transvaginal ultrasound is very sensitive (from 95 to 100%).
- Ultrasound with saline infusion or sonohysterography improve the definition of submucosal fibroids protruding into the uterine cavity.
- Hysteroscopy helps to diagnose and treat submucosal fibroids.
- Magnetic resonance is the best technique for seeing all fibroids and pinpointing their location; it can also spot the difference between leiomyomas, adenomyosis and sarcoma.

Monitoring and control is essential as the first step in preventative treatment:

Asymptomatic fibroids can usually be monitored without the need for any kind of surgery or treatment.

It is impossible to predict the future growth of a fibroid or whether symptoms will eventually appear, so the best course of action in these cases is always to keep a watching brief.

In the event that treatment is required, there are two options available:

MEDICAL TREATMENT:

- NSAIDs are medicines that may be suitable for treating the symptoms associated with fibroids.
- Antifibrinolytic drugs may also be used to reduce bleeding.
- Hormone treatments.
- A levonorgestrel-releasing IUD; patients opting for this type of IUD experience reduced blood loss and are therefore less likely to be anaemic.

SURGICAL TREATMENT:

- Abdominal hysterectomy via laparoscopy if conservative treatment fails or if the fibroids are very large. In some cases, for giant fibroids, hysterectomy should be performed by means of laparotomy.
- Myomectomy is suitable for women who still want to have children.
- Hysteroscopy for submucosal fibroids.
- Embolization of uterine arteries.

We must stress the importance of regular check-ups to obtain an early diagnosis and proper monitoring of uterine fibroids.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL



La actividad sexual se acompaña de cambios vasculares mediados por el sistema nervioso autónomo o neurovegetativo. Con la excitación sexual se favorece la liberación de un neurotransmisor, óxido nítrico (NO), del endotelio vascular (capa celular que cubre la zona interna de los vasos sanguíneos, incluido el corazón). El endotelio vascular es un secretor de óxido nítrico (NO). La disfunción endotelial (pérdida de la función endotelial adecuada) es una característica de las enfermedades vasculares.

En los vasos del pene, este óxido nítrico actúa como mensajero vasodilatador estimulando la síntesis de una sustancia en los cuerpos cavernosos del pene que induce la relajación del músculo liso vascular y, consiguientemente, la erección. Por tanto, una disfunción endotelial afectará al mecanismo mediador del NO y producirá una Disfunción Eréctil.

Se ha comprobado que el 74% de los pacientes con riesgo cardiovascular presentaban disfunción eréctil (DE) asociada.

La DE es uno de los problemas crónicos más frecuentes en varones mayores de 40 años y sobre todo al haberse mostrado como marcador precoz de cardiopatía isquémica. La DE se considera sinónimo de disfunción endotelial debido a que un endotelio enfermo que no es capaz de producir óxido nítrico (NO), o lo degrada rápidamente como consecuencia de la arteriosclerosis, causará Disfunción Eréctil (DE) en el pene e isquemia en las arterias coronarias.

Enfermedad cardiovascular y disfunción sexual comparten un alto porcentaje de pacientes al concurrir en ambas tanto un sustrato etiológico como factores de riesgo (edad, sexo, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo y depresión). A esto deberemos añadir la interacción que presentan sus tratamientos. Hay más de 200 fármacos inductores de Disfunción Eréctil, muchos de ellos utilizados en el tratamiento cardiovascular, como diuréticos y antihipertensivos, y otros en tratamientos antidepresivos.

Servicios médicos ASSSA.



CARDIOVASCULAR DISEASE AND ERECTILE DYSFUNCTION

Sexual activity is accompanied by vascular changes involving the autonomic (or involuntary) nervous system. Sexual arousal causes the release of a neurotransmitter, nitrous oxide (NO) from the vascular endothelium (the layer of cells lining the inside area of blood vessels, including the heart). The vascular endothelium is a nitrous oxide (NO) secretor. Endothelial dysfunction (loss of correct endothelial function) is a characteristic feature of vascular diseases.

In the blood vessels of the penis, this nitrous oxide acts as a vasodilator messenger, stimulating the synthesis of a substance in the hollow bodies of the penis that makes the smooth vascular muscle relax, causing an erection. So, endothelial dysfunction will affect the NO mediating mechanism and result in erectile dysfunction.

It was found that 74% of patients with cardiovascular risk presented associated erectile dysfunction (ED).

ED is one of the most frequent chronic problems in males aged over 40, especially as it has been shown to be an early indicator of ischaemic cardiomyopathy. ED is regarded as synonymous with endothelial dysfunction, as a diseased endothelium that is unable to produce nitrous oxide (NO), or that degrades it rapidly as a consequence of arteriosclerosis, will cause erectile dysfunction (ED) in the penis and ischaemia in the coronary arteries.

Cardiovascular disease and sexual dysfunction share a high percentage of patients as they both involve a coincidence of underlying aetiology and risk factors (age, gender, hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, smoking and depression). Added to this is the interaction between prescribed treatments. There are more than 200 pharmaceutical drugs that induce erectile dysfunction, many of which are used to treat cardiovascular disease, like diuretic and antihypertensive medication, and to treat depression.

ASSSA medical services.



Laboratorio Mariana Belmonte

PRIMER LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN VERA – ALMERÍA.

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

FIRST CLINICAL ANALYSIS LABORATORY IN VERA - ALMERÍA.

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



Toledo



Toledo es una de las ciudades españolas con mayor riqueza monumental en sus calles. Es conocida como la “**ciudad de las tres culturas**”, debido a la convivencia durante siglos de cristianos, árabes y judíos que dejaría un gran legado artístico y cultural. Esta gran diversidad de estilos artísticos convierte a la ciudad en un auténtico museo al aire libre, hecho que ha permitido su declaración como Patrimonio de la Humanidad.

La ciudad de Toledo tiene su antecedente en **Toletum**, nombre que los romanos dieron a este asentamiento a orillas del río Tajo tras su conquista en el 190 a. C. En la época visigoda llegó a convertirse en capital de Hispania (s. VI). La llegada de los árabes en el siglo VIII marcó una época de esplendor en la ciudad, por ejemplo se fundó la célebre **Escuela de Traductores de Toledo**. Posteriormente, con la subida al trono de **Carlos V** en 1519, la ciudad se convertiría en capital imperial.

Toledo is one of the Spanish cities with the greatest number of monuments in its streets. It is known as the “**city of three cultures**”, owing to the fact that Christians, Arabs and Jews coexisted there for centuries, leaving an amazing artistic and cultural legacy. This huge diversity of artistic styles makes the city a true open-air museum, leading to it being declared a World Heritage Site.

The city of Toledo can trace its origins back to **Toletum**, the name given by the Romans to this settlement on the banks of the river Tago following its conquest in 190 A.D. In the Visigoth era it became the capital of Hispania (6th century). The arrival of the Arabs in the 8th century heralded a period of splendour for the city, during which the famous **Toledo School of Translators** was founded, for instance. Later, when **Carlos V** came to the throne in 1519, the city became his imperial capital.



El laberinto de calles que conforma el casco histórico de Toledo está únicamente limitado por sus **murallas** en las que se fueron abriendo innumerables puertas. La **puerta de Bisagra** constituye el principal acceso a la ciudad intramuros. La **puerta de Alfonso VI** construida en el 838, es uno de los más fieles reflejos de arte musulmán en la ciudad. En el siglo XIII fue levantada la **puerta del Sol**, de estilo mudéjar. Por estas puertas se acceden a los lugares más importantes de la ciudad como la **plaza de Zocodover** y La **Mezquita del Cristo de la Luz**. De los mozárabes (cristianos que vivían durante el reino musulmán) son buenos ejemplos las iglesias de **San Sebastián y Santa Eulalia**, mientras que los mudéjares dejaron en Toledo un estilo con ricas decoraciones árabes como la Iglesia de **Santiago del Arrabal** y la iglesia de **Santo Tomé**, famosa por acoger en su interior el famoso cuadro de **El Greco** titulado “**El entierro del Conde Orgaz**”. Aún se conservan en la ciudad vestigios de la comunidad hebrea en las sinagogas de **Santa María la Blanca** o la del **Tránsito**.

Uno de los edificios más destacados de la ciudad es la **Catedral**, considerada una de las cumbres del arte gótico. La construcción comenzó en el **año 1226** aunque su conclusión no se produciría hasta finales del siglo XV. De su fachada principal destaca la portada, compuesta por tres puertas: la del Infierno, la del Perdón y la del Juicio. El exterior queda rematado por las dos torres. Del interior sobresale el hermoso retablo de la capilla mayor, así como las numerosas capillas menores. El **Alcázar**, de origen medieval, preside toda la ciudad con su imponente imagen, contiene un museo militar y una de las bibliotecas públicas más grandes de España.

Las fiestas más importantes en Toledo son la **procesión del Santísimo Corpus Christi**, que se celebra nueve semanas después de la Semana Santa. Esta fiesta, que cuenta con siglos de tradición y que ha sido **declarada de Interés Turístico Internacional**, tiene su momento cumbre en una multitudinaria y colorida **procesión** que recorre el centro histórico de la capital manchega. Otra fiesta importante es el **día de la Virgen del Sagrario**. Ese día hay una ofrenda floral a la imagen de la Virgen del Sagrario y la tradición de repartir el agua de las cisternas de la catedral, llamada el “**Agua de la Virgen**” a la que una antigua tradición le otorga el carácter de milagrosa.

La **gastronomía toledana** cuenta con diversas especialidades basadas en productos de la caza, como la **perdiz estofada**, la **codorniz a la toledana** y el venado con setas. También destacamos el pisto (a base de pimiento, tomate y cebolla), la sopa castellana o las migas. Su célebre **queso manchego** y el **mazapán** (pasta de almendras molidas y azúcar). Estos platos pueden ser acompañados con los **vinos de La Mancha y Mérida**, ambos con Denominación de Origen.

En definitiva Toledo es una de las ciudades más impresionantes de España por la mezcla de culturas y de monumentos al aire libre. Un lugar donde te trasladarás a la época más esplendorosa de la España medieval.

*The maze of streets that wind their way around Toledo's historic quarter is confined only by the **city walls**, into which countless gateways were set. The **Bisagra gate** is the main entrance to the walled city. The **Alfonso VI gate**, built in 838, is one of the best examples of Islamic art in the city. The Mudéjar style **Sol gate** was built in the 13th century. These gates lead to the city's most important places, such as the square of **Plaza de Zocodover** and the **Mosque of Cristo de la Luz**. Good examples of Mozarab buildings (the Mozarabs were Iberian Christians who lived during the Islamic reign) are the churches of **San Sebastián and Santa Eulalia**, whilst the Mudéjars left Toledo with a style with rich Arab decorations like the ones you can see in the church of **Santiago del Arrabal** and the church of **Santo Tomé**, which famously houses **El Greco's** renowned painting “**The Burial of the Count of Orgaz**”. You can still see traces of the city's Hebrew community in the synagogues of **Santa María la Blanca** and **El Tránsito**.*

*One of the most outstanding buildings in Toledo is the **Cathedral**, regarded as a masterpiece of Gothic art. Building work on the Cathedral began **in 1226**, although it would not be completed until the late 15th century. The most impressive part of the main façade is the entrance, which consists of three doorways, named Infierno (Hell), Perdón (Forgiveness) and Juicio (Judgement). The outside of the Cathedral also has three towers. Inside, the building contains a main chapel with a beautiful altarpiece plus numerous side chapels. The medieval **Alcázar** stands guard over the city, an imposing sight with its military museum and one of the largest public libraries in Spain.*

*One of Toledo's most important festivals is the **Santísimo Corpus Christi procession**, held nine weeks after Easter Week. This festival dates back centuries and has been declared of **International Tourist Interest**. The most solemn event in the festival is the colourful procession that attracts hundreds of people and travels round the historic quarter of this capital of La Mancha. Another major festival honours the **Virgen del Sagrario**. On festival day there is a flower offering to the Virgin and the traditional sharing out of water from the Cathedral cisterns, known as “**Agua de la Virgen**” (the Virgin's water) traditionally regarded for centuries as having miraculous powers.*

*Local **Toledo gastronomy** has a range of specialities based on game, such as **stewed partridge**, Toledo-style quail and venison with wild mushrooms. We can also recommend the “**pisto**” (made with peppers, tomato and onion), Castilian soup and “**migas**” (fried breadcrumbs with chorizo, bacon and garlic). Plus, the famous **Manchego cheese** and **marzipan** (made with ground almonds and sugar). All these dishes can be paired with **wines from La Mancha and Mérida**, both with their own Designation of Origin.*

Toledo is one of the most impressive cities in Spain for its mix of cultures and outdoor monuments. A place that takes you back to the most brilliant era of medieval Spain.

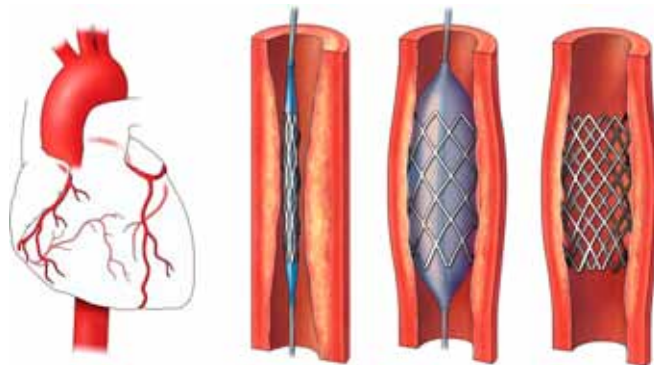


¿QUÉ ES UN STENT CORONARIO?

Hemos oído más de una vez en una conversación entre amigos “a Fernando le han puesto dos stents coronarios, estaba bien y de repente le dio un dolor en el pecho, se lo llevaron al Hospital y le pusieron dos muelles. Pero ya está bien, a los dos días le dieron de alta y está como si nada”.

Lo que le ha pasado a Fernando es que ha tenido mucha suerte, podría estar muerto. Al notar un fuerte dolor en el pecho se dio cuenta que lo que tenía era serio, llamó al médico de urgencias que ante la sospecha de un infarto agudo de miocardio lo remitió urgentemente al Hospital. Allí en urgencias del propio Hospital se confirmó el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio. Tuvo suerte Fernando, porque ese Hospital disponía de un servicio de cardiología con un Hemodinamista de guardia las 24h y en menos de una hora le hizo un cateterismo, confirmó que una de sus arterias coronarias estaba completamente ocluida y la abrió y le implantó dos stents coronarios. Con lo cual se evitó que el infarto fuera grande y que la recuperación de su miocardio fuera casi completa. Por eso ahora está como si no le hubiera pasado nada.

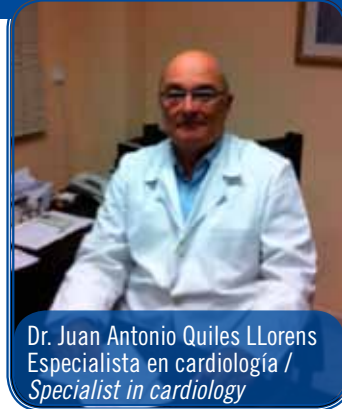
El stent Coronario es una malla expandible de un compuesto metálico, que puede estar recubierto (stent fármaco activo) o no de un fármaco (convencional). El procedimiento consiste en introducir un catéter, por punción de una arteria de la muñeca (radial) o de la ingle (femoral), se progresa hasta alcanzar las arterias coronarias, una vez allí se inyecta un contraste para ver como se rellena la arteria seleccionada, si se encuentra una obstrucción u oclusión de la misma, se introduce por el mismo dispositivo (introduccion) de la punción, una guía metálica (un catéter muy fino), se pasa la obstrucción y se introduce por la guía otro catéter que lleva un balón, que se posiciona en la obstrucción, se hincha el catéter a presión, para ensanchar la luz de la arteria, el propio balón puede llevar plegado el stent (malla), que se despliega y se pega a la pared arterial



dejando la arteria completamente abierta al flujo coronario (stent directo). Si el balón no lleva el stent, una vez dilatada la obstrucción, se retira este catéter e introduce otro con un stent plegado, se expande este en el área de la lesión dilatada, para evitar la retracción de la pared arterial en la zona dilatada. Se retiran los catéteres y el introductor haciendo compresión en la arteria durante algunas horas para evitar hemorragias. Se necesitan tomar dos fármacos antiagregantes plaquetarios (aspirina, clopidogrel los más frecuentes) para evitar que se produzca una trombosis coronaria, porque la malla del stent es metálica y es muy trombo génica hasta que ésta es absorbida por la pared arterial, lo que ocurre entre uno y doce meses dependiendo de si el stent es convencional o fármacoactivo. Siendo muy importante que estos fármacos no se interrumpan antes de lo prescrito por el médico, para evitar una trombosis del stent que produciría un infarto con consecuencias muy graves.

Pero ¿por qué vamos a esperar a tener un stent para cuidarnos? Las obstrucciones coronarias se producen por la progresión de placas de ateroma, que están producidas por muchos factores, entre los que destacan el colesterol alto (hipercolesterolemia), la hipertensión arterial, el tabaco, el mal control de la diabetes, la obesidad, entre otros. Por ello, es fundamental que controlemos todos estos factores de riesgo llevando una vida sana, haciendo ejercicio regular, llevando una buena dieta, y, si es necesario, tomando la medicación adecuada para controlarlos.

Espero que los amigos de Fernando no piensen que lo que le ocurrió fue una cosa sin importancia y que tengan en cuenta todo lo que hemos mencionado. No hay nada mejor que tener una buena salud.



Dr. Juan Antonio Quiles Llorens
Especialista en cardiología /
Specialist in cardiology

WHAT IS A CORONARY STENT?

We've all heard something like this while chatting with friends: "Fernando has had two coronary stents put in, he was fine and suddenly he felt chest pain, they took him to hospital and they put two springs inside him. But he's fine now, they discharged him after two days and you wouldn't know anything had happened".

What actually happened to Fernando is that he was very lucky, he could have died. When he felt a sharp pain in his chest he realised it was serious, so he called the emergency doctor, who suspected an acute heart attack and sent him straight to hospital. There in the Emergency Room they confirmed the diag-nosis of acute myocardial infarction. Fernando was lucky because that hospital had a cardiology service with an interventional cardiologist on call 24 hours a day, and in less than an hour they inserted a catheter, con-firmed that one of his coronary arteries was completely blocked, opened it up and implanted two coronary stents. This prevented a major heart attack and allowed his myocardium to make an almost full recovery. That's why he looks like nothing has happened to him.

A coronary stent is an expandable mesh made from a metal compound, which may be coated with a pharmaceutical drug (active pharmaceutical or drug eluting stent) or not (conventional). The procedure con-sists of inserting a catheter through a puncture site in an artery in the wrist (radial) or in the groin (femoral) and guiding it until it reaches the coronary arteries. Once it is in place, a contrasting dye is injected to watch how the selected artery is filled. If an obstacle or blockage is found in the artery, the same device is used to insert a metal guide (a very fine catheter) to go past the obstruction. Next, another catheter with a balloon device is placed into the guide and positioned at the obstruction. The catheter is expanded under pressure to widen the artery. The balloon carries the folded stent (mesh), which is then inflated and sticks to the artery wall leaving the artery open to coronary blood flow (direct stent). If the balloon is not carrying the stent, once the obstruction has been dilated, the catheter is removed and another is inserted with the folded stent inside, which is expanded in the dilated area of the lesion to prevent the artery wall in that area from retracting. The catheters and the inserter are removed and the artery is compressed for a few hours to pre-vent bleeding. The patient has to take two kinds of antiplatelet blood-thinning agents (the most frequently prescribed are aspirin and Clopidogrel) to prevent coronary thrombosis, because the stent mesh is metal and highly thrombo-genic until it is absorbed by the artery wall, which occurs from one to twelve months, de-pending on whether the stent is a conventional or active pharmaceutical one. It is very important that the drugs are taken for the entire period prescribed by the doctor, to prevent stent thrombosis, which would cause a heart attack with very serious consequences.

But why wait for a stent to start looking after yourself? Coronary obstructions are caused by the build-up of atheroma plaques, which are the result of many factors, including high cholesterol (hypercholes-terolemia), high blood pressure, smoking, poorly controlled diabetes and obesity. This is why it is vital to monitor all these risk factors by leading a healthy lifestyle, doing regular exercise, eating a healthy diet and, if necessary, taking the correct medication for controlling them.

I hope Fernando's friends don't think that what happened to him was a trivial matter and they take notice of everything we've said here. There's nothing better than being in good health.



Dr med. Eccard Dombrowicz

CORAZÓN, TORAX, CIRUJANO VASCULAR Y MEDICINA GENERAL

HEART, THORAX, VASCULAR SURGEON AND GENERAL MEDICINE

- Cardiologic and cardiosurgical assistance ECG, treadmill, stress tests, ecocardiograms
- Pre- and postoperative treatment
- General medicine
- Pain relief therapies, nursing assistance
- Emergency medicine
- Laboratory Quick test, heart attack quick tests, diabetes, prostate, rheumatology
- Minor surgery

- Electrograma, ergometría, cardiología y asistencia cadiológica, test de estres, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo
- Tratamiento pre-post operatorio
- Medicina General
- Terapias para aliviar el dolor
- Medicina de emergencia
- Laboratorio, pruebas rápidas de ataque al corazón, Diabetes, próstata, rheumatología
- Cirugía menor

Horario de citas: Lunes a Viernes de 09:00 -15:00 horas. Monday to Friday 09:00 -15:00 hours or by appointment.

Tel: 96 532 2838, Fax: 96 532 2489 - info@clinicacaboroig.com - C/ Isla Formentera 11, La Regia, 03189 Orihuela Costa

CUIDADOS DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN



Dra. María Rufina García
Odontóloga / Dentist

¿Qué es una exodoncia o extracción?

La exodoncia es aquella parte de la cirugía oral que se ocupa de practicar la avulsión o la extracción de un diente o parte del mismo, mediante técnicas e instrumental adecuado del lecho óseo, tratando de causar el menor trauma posible.

Antes de la extracción de un diente, es necesario un estudio previo ya que la boca de cada paciente es distinta, y por tanto las extracciones también.

¿Cuándo está indicada una extracción?

Cuando la recuperación del diente es imposible, cuando se trata de una muela del juicio, siempre que presente patología. En aquellos casos en la que la planificación de un tratamiento de Ortodoncia lo requiera (casos en los que la falta de espacio no sea recuperable por otros medios más conservadores). Piezas con enfermedad periodontal (con un grado de movilidad inestable) etc....

Siempre debe prevalecer una actitud conservadora, por las que las posibles pérdidas dentarias, las extracciones, deben ser muy bien estudiadas y justificadas.

¿Cuándo está contraindicada una extracción?

La práctica de una extracción está contraindicada en aquellas personas que se encuentran en los siguientes casos: las que han recibido tratamiento de radioterapia en cabeza y cuello hace menos de un año, las que padecen un tumor maligno, aquellas personas que son diabéticos descompensados, pacientes inmunodeprimidos y embarazadas en los tres primeros meses de gestación.

CARE FOLLOWING AN EXTRACTION

What is an exodontia or dental extraction?

Dental extraction is an oral surgery procedure involving the extraction of a tooth or part of a tooth from the dental alveolus (socket) in the alveolar bone, using appropriate techniques and instruments and trying to cause as little trauma as possible.

Before extracting a tooth, a preliminary examination must be carried out as each patient's mouth is different, meaning that extractions vary from person to person.

When is an extraction necessary?

When the tooth cannot possibly be saved or if it is a wisdom tooth, provided that disease is present. In cases where an orthodontics treatment plan requires it (when lack of space cannot be rectified by other more conservative means), or teeth with periodontal disease (with a degree of unstable movement) etc.

A conservative approach should always be adopted. Because of the permanent loss of the teeth involved, extractions should always be carefully considered and fully justified.



¿Qué debo esperar después de una extracción?

Es fundamental mantener el área limpia y prevenir infecciones inmediatamente después de la extracción de un diente. El dentista le pedirá que muerda un trozo de gasa estéril que debe mantener durante 30 a 45 minutos para reducir la hemorragia mientras se produce la coagulación. Durante las siguientes 24 horas, no debe fumar ni enjuagarse la boca, ni limpiarse los dientes. Debe evitar tocarse la herida con la lengua para no irritar más la encía.

Es de esperar, cierto grado de dolor y malestar después de la extracción; la aplicación de una bolsa de hielo en el rostro durante periodos de 15 minutos, puede aliviar el malestar. Tomar algún analgésico, siempre indicado por su dentista antes de que pase el efecto de la anestesia. También es recomendable limitar las actividades intensas, evitar tomar líquidos calientes y no beber con pajita.

Recuerda que si te pusieron puntos de sutura, tu dentista te habrá citado la semana siguiente para revisarlos o retirarlos.

No dudes en llamar a tu dentista si notas fiebre, si la inflamación aumenta días después de la extracción, si el sangrado no se contiene o si el dolor es tan intenso que no cede con los analgésicos o aines que te indicó.



When should an extraction not be performed?

Dental extraction is not suitable for people in the following categories: patients who have undergone radiotherapy in the head and neck area less than one year earlier; patients with a malignant tumour; patients with unstable diabetes; patients with immunodeficiency and pregnant women in their first trimester.

What should I expect after an extraction?

After a dental extraction it is essential to keep the area clean and prevent infections. The dentist will ask you to bite on a piece of sterile gauze for 30 to 45 minutes to reduce bleeding and allow the blood to clot. During the following 24 hours you should not smoke or rinse out your mouth, and you should not clean your teeth. You should try not to touch the wound with your tongue to avoid irritating the gum any further.

You can expect to experience some degree of pain after an extraction; applying an ice pack wrapped in a cloth to your face for 25-minute periods can help to alleviate any discomfort. You can take a painkiller, provided your dentist gives you the go-ahead after the anaesthetic has worn off. Try to avoid engaging in intense physical activity, avoid hot drinks and do not drink through a straw.

Remember that if you have had stitches, your dentist will have asked to you return the following week to have them checked or removed.

Do not hesitate to call your dentist if you develop a fever, if the area becomes more inflamed days after the extraction, if bleeding does not stop or if the pain is so bad that the painkillers or anti-inflammatories you were prescribed are not having the desired effect.

TORREVIEJA EN MANOS EXPERTAS

Hospital Quirón Torrevieja es un centro privado de prestigio internacional con amplia experiencia en un gran número especialidades médicas y quirúrgicas.

Hospital Quirón Torrevieja is a private medical center with international prestige and wide experience in a large number of medical and surgical specialities.



Servicio de intérprete gratuito / Free interpretation service

Unidad de Tráfico / Traffic Accidents Unit

Trabajamos con ASSSA seguros / We work with ASSSA Insurances

Urgencias 24 horas y urgencias pediátricas diurnas / 24 Hours emergency service and Daytime Pediatric Emergencies

Amplia experiencia en la atención a pacientes extranjeros / Wide experience in the care of foreign patients

Pida su cita / To book your appointment call **(+34) 96 692 13 13**

OTROS CENTROS MÉDICOS / OTHER MEDICAL CENTERS

MURCIA

HOSPITAL QUIRÓN MURCIA
Tel. (+34) 968 36 50 00

CENTRO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA QUIRÓN DEXEUS /
QUIRÓN DEXEUS MURCIA ASSISTED REPRODUCTION CLINIC
Tel. (+34) 968 27 10 30

  
www.quiron.es



HOSPITAL
 **QUIRÓN**
Torrevieja

Partida de la Loma, s/n
03184 Torrevieja (Alicante)
info.torrevieja@quiron.es



SUDOKU

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

FASTEN IT!

Floral whites




















How many of these white-flowering plants can you pick out of the puzzle below

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

ARABIS·ARENARIA·ASTER·ASTILBE·BEGONIA·CARNATION
DAISY·FREESIA·GODETIA·HEBE·HEUCHERA·HOLLYHOCK
IRIS·IXIA·LILY·LOBELIA·LUPIN·TULIP

CHESS

Whites mates in 2 moves.

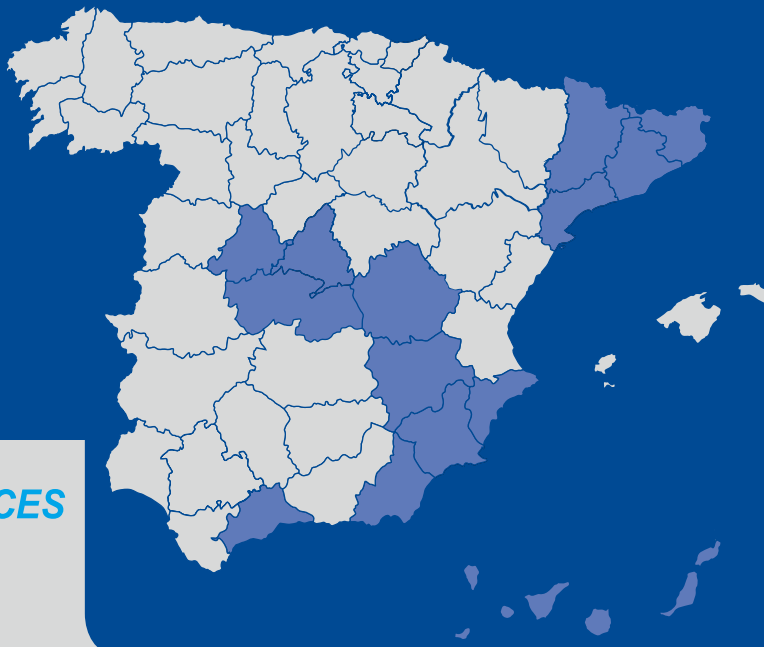
8								
7								
6								
5								
4								
3								
2								
1								
	a	b	c	d	e	f	g	h

Answers

1. Te6 Re6, 2. d7# 1.
Re6 Ke6, 2. Qf7#

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

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



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, 1ºC 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, nº5, Puerta 2
 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

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

- C/ Santa Engracia, 41-1º
 Tel. 915 930 755 / Fax 915 932 551
 C.P. 28010
 hermandad@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
 benalmedenacosta@asssa.es

- GUADALMINA

Urbanización Guadalmina Alta
 Centro Comercial Guadalmina III, oficina 2,
 Tel. 952 883 519 / Fax 952 887 417
 C.P. 29670 San Pedro Alcántara
 guadalmina@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

AGRUPACIÓN SANITARIA SEGUROS S A



80 años cuidando la salud de nuestros asegurados



1935 - 2015

www.asssa.es

Agrupación Sanitaria Seguros, S.A