



16

ASSSA magazine



Cardiopatía isquémica
Ischemic cardiopathology

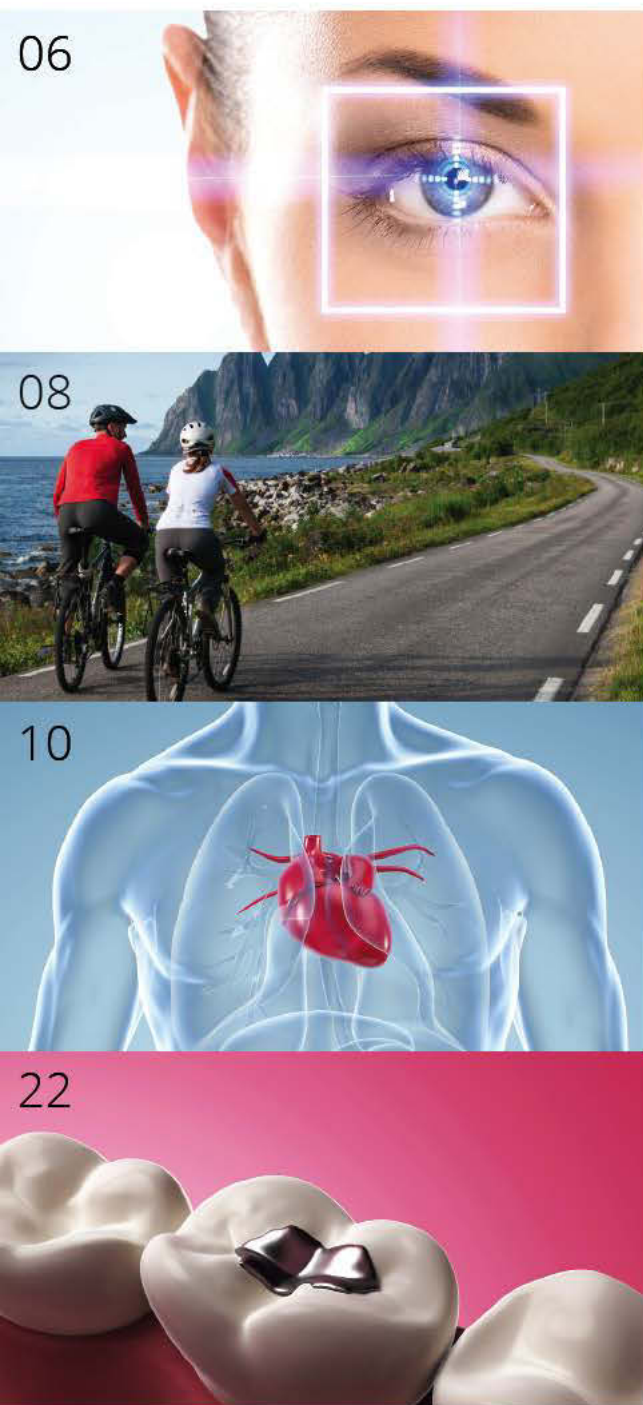
Incontinencia urinaria
Urinary incontinence

Cirrosis hepática
Cirrhosis of the liver

Rincones bellos: Cáceres
Beautiful places: Cáceres

JUL - DIC 2015

Índice *Index*



- 04 NOTICIAS ASSSA · *ASSSA NEWS*
- 05 QUERIDO ASSSA · *DEAR ASSSA*
- 06 TECNOLOGÍA MÉDICA · *MEDICAL TECHNOLOGY*
Avances tecnológicos para conseguir una mejor visión
Technological advances for vision enhancement
- 08 PRACTICA DEPORTE · *SPORT FOR EVERYONE*
Ciclismo · *Cycling*
- 10 CUIDA TU SALUD · *LOOK AFTER YOUR HEALTH*
Cardiopatía isquémica · Enfermedad coronaria
Ischemic cardiopathology · Coronary heart disease
- 12 CUIDA TU SALUD · *LOOK AFTER YOU HEALTH*
Estenosis de canal lumbar · *Lumbar spinal canal stenosis*
- 14 CUIDA TU SALUD · *LOOK AFTER YOU HEALTH*
Ejercicio como terapia en la región cervical
Exercise as therapy for the cervical spine area
- 16 ASSSA WOMAN
Incontinencia urinaria en la mujer
Urinary incontinence in women
- 18 ASSSA MAN
Cirrosis hepática · *Cirrhosis of the liver*
- 20 RINCONES BELLOS · *BEAUTIFUL PLACES*
Cáceres · *Cáceres*
- 22 CONSULTA DENTAL · *DENTAL CONSULTATION*
Restauraciones dentales · Obturaciones
Dental restoration · Obturation
- 24 TU ALIMENTACIÓN · *YOUR DIET*
Dieta mediterránea · *The mediterranean diet*
- 26 PASATIEMPOS · *PUZZLES*

Créditos *Credits*

Dirección / <i>Management</i>	Noelia Pasero
Coordinador / <i>Coordinator</i>	Rafael Blasco
Composición y diseño / <i>Composition and design</i>	Rafael Blasco Vanessa Hernández
Colaboradores / <i>Collaborators</i>	D. Juan Antonio Andreo Lillo Dr. Juan Antonio Andreo Ramírez Dr. Mariano Gómez Rubio D. Javier Lledó Dr. Luis Pérez LLorca Dra. María Rufina García Dr. Pedro Tañá Dr. Juan Sales
Traducciones / <i>Translations</i>	Trayma
Imágenes / <i>Images</i>	Archivo Gráfico ASSSA



Visita nuestro nuevo blog / *Visit our new blog*

www.asssa.es



Mándanos tus sugerencias / *Send your suggestions*
magazine@asssa.es



Herminio Martínez
Presidente / President

80 años...

Con la mitad del año vencido podemos decir que se van cumpliendo los objetivos de este ejercicio. Las sucursales de la Costa del Sol y nuestra segunda sucursal de Madrid están completamente operativas.

Los cuadros médicos de ambas zonas se han ampliado considerablemente mejorando así la oferta para nuestros asegurados.

Hemos reforzado también las oficinas Centrales con la incorporación de excelentes profesionales en distintos departamentos y mejorado los procesos de trabajo para ser más eficientes.

En el segundo semestre mantenemos nuestra estrategia de crecimiento basada en la integración de otras sociedades y en el desarrollo de nuestras oficinas, esperando conseguir un gran resultado económico al cierre del presente ejercicio.

Cumplimos ochenta años de antigüedad y que mejor manera de celebrarlo que consiguiendo cifras récord de volumen de negocio y resultados, que como de costumbre, redundarán en una mejor atención a todos nuestros asegurados y en posicionarnos como una de las Compañías más solventes del sector.

80 years...

With half of the year already behind us, we can say that we are complying with the exercise of meeting our planned objectives. The branches of the Costa del Sol and our second branch in Madrid are fully operational.

The Medical Directories of both areas have been expanded considerably, enhancing the services available for our members.

We have also strengthened our Head Office with the addition of excellent professionals in various departments and improved our work processes, so as to become more efficient.

In the second half of the year, we will maintain our growth strategy based on the integration of other companies and the further development of our offices, with the expectation of obtaining a great economic result at the end of this year.

We are eighty years old and what better way to celebrate, than by achieving record turnover figures and results. As usual, we will reinvested in better care for all of our members and can position ourselves as one of the most creditworthy companies in our business sector.

Noticias / News



Adquisición de la cartera de Federación Médica de Seguros, S.A.

Nos es grato anunciar la reciente adquisición de la cartera completa de los ramos de asistencia sanitaria y decesos de la compañía Federación Médica de Seguros, S.A. que se recoge en la publicación del 18 de mayo en el Boletín Oficial del Estado.

Con esta nueva adquisición junto con la de Hermandad Madrileña en noviembre de 2014, seguimos avanzando en nuestra estrategia de expansión en el territorio nacional y consolidando nuestra presencia en la Comunidad de Madrid.

Acquisition of the portfolio of Federación Médica de Seguros, S.A.

We are pleased to announce the recent acquisition of the complete health care and funeral portfolios of the Federación Médica insurance company, S.A. as recorded in the Official State Bulletin publication dated May 18.

With this new acquisition, in addition to the Hermandad Madrileña incorporated in November 2014, we continue to make progress with both our expansion strategy in the national territory and the consolidation of our presence in the community of Madrid.



Nuevo punto de atención en Nerja

Para garantizar un mejor servicio a todos nuestros asegurados hemos abierto un punto de atención en el Norte de la Costa del Sol, concretamente en Nerja, que se une a nuestras oficinas de Benalmádena y Guadalmina y que será atendido por nuestra delegada Susanne Hinrichs. Todos los viernes de 9:30 a 15:00 horas, nuestros asegurados y toda persona interesada en disfrutar de un seguro de calidad, pueden visitarnos en MOIN MOIN, Pasaje Dr. Fleming, cercano al Hotel Riu Mónica o contactar llamando al teléfono 633 779 080.

Además de dar un excelente servicio a todos nuestros asegurados de la zona, este nuevo punto de atención en Nerja también nos servirá como plataforma para nuestro desarrollo comercial en toda la zona norte de la Costa del Sol.

Nuestra compañía da así un paso más en su expansión, crecimiento y proximidad con nuestros asegurados.

New customer service point in Nerja

To ensure a better service to all of our members, we have opened a Customer Service Office in the North of the Costa del Sol, specifically in Nerja, which is attached to our offices in Benalmádena and Guadalmina and which will be attended by our delegate Susanne Hinrichs.

Every Friday from 9:30 to 15:00 hours, our members and anyone interested in enjoying quality insurance, can visit us at MOIN MOIN, Pasaje Dr. Fleming, close to the Hotel Riu Monica or contact us by telephone on 633-779-080.

In addition to an excellent service for all of our members in the area, this new Customer Service Office in Nerja will also serve as a platform for our commercial development throughout the North of the Costa del Sol. Our company thus goes one step further in its expansion, growth and proximity to our members.



ASSSA amplía sus oficinas centrales en Alicante

Debido al importante crecimiento que estamos experimentando como compañía, se ha impuesto la necesidad de ampliar nuestras oficinas centrales para así poder seguir ofreciendo a nuestros asegurados la mejor calidad asistencial.

La inauguración de la nueva planta no sólo se ha llevado a cabo ante la previsión de aumento de plantilla, sino también para conseguir un objetivo primordial: que nuestro equipo disfrute de un espacio más cómodo y agradable para realizar su trabajo. Ésta es la mejor manera de asegurar la productividad que caracteriza a ASSSA.

ASSSA expands its head offices in Alicante

Due to the significant growth we are experiencing as a company, it has imposed the need to enlarge our head offices in order to continue providing our policyholders the highest quality and care.

The inauguration of the new facility has not only been conducted anticipating staff increase, but also to achieve a primary objective: that our team enjoys a more comfortable and pleasant atmosphere to carry out their jobs. This is the best way to ensure the productivity that characterizes ASSSA.

Gracias ASSSA

“ Mi nombre es Stuart J. Cohen. Soy ciudadano estadounidense pero actualmente vivo en Bédar, Almería. Tengo una póliza de ASSSA Seguros. Me han pedido que cuente mi experiencia a raíz de la cirugía y posterior rehabilitación de mi rodilla derecha. El 27 de enero de 2015 el traumatólogo Dr. Ramos Salguero llevó a cabo la cirugía para implantar una prótesis en mi rodilla. El mismo doctor ya operó el año anterior mi rodilla izquierda y en ambos casos el resultado fue óptimo. No es sólo un cirujano magnífico sino también un médico muy amable y humano. En las dos operaciones los resultados han sido excelentes.

Las intervenciones quirúrgicas se realizaron en el Hospital Virgen del Mar en Almería. El trato recibido en el hospital fue excelente al igual que en la anterior operación y durante mi estancia en el hospital. Fui profesor de salud pública y medicina interna, por lo que estoy muy familiarizado con la calidad asistencial. El trato que recibí fue de primera.



Lo esencial para la recuperación tras una intervención de prótesis de rodilla es la calidad del tratamiento fisioterapéutico. Fui a la Clínica Visiedo en Garrucha, Almería. Mi fisioterapeuta, Jerónima Visiedo Aguado, realizó un trabajo sobresaliente. Me animó a trabajar duro tanto en las sesiones como en casa. Por ello, mi progreso fue excelente. Conseguí caminar sin ayuda tan solo siete semanas después de la cirugía. He vuelto al gimnasio para fortalecer mis músculos, que se habían atrofiado durante mi convalecencia.

También me gustaría dar las gracias a María Dolores Castaño delegada de ASSSA en Vera, Almería. Ha sido de gran ayuda en todo el proceso. Además de ser muy trabajadora, me ha animado y ha estado siempre dispuesta a ayudarme. Incluso me llamó durante mi recuperación para saber cómo estaba. Es una empleada ejemplar. Por lo tanto, me gustaría destacar la agilidad con la que ASSSA ha dirigido mi tratamiento antes y después de la cirugía así como la importancia de contar con un respaldo tan profesional. Aunque hablo español, la asistencia en mi propio idioma también estaba disponible.

Atentamente,
Stuart J. Cohen

Thank you ASSSA

My name is Stuart J. Cohen. I am a citizen of the United States of America, but live permanently in Bédar, Almería. I hold a policy from ASSSA Seguros. I have been asked to describe my experiences resulting from surgery and rehabilitation for a prosthesis for my right knee. On January 27, 2015 I had knee replacement surgery by the traumatologist, Dr. Ramos Salguero. He had performed the same surgery on my left knee one year earlier. In both cases he performed superbly. Not only is he an excellent surgeon, he is also a kind and caring physician. In both cases my results have been excellent.

My surgeries were performed at Virgen del Mar hospital in Almería. The care I received at the hospital was excellent both prior to surgery and during my hospital stay. I am a retired Professor of Public Health and Internal Medicine. So I am very familiar with issues about the quality of care. I believe that the care I received was first-rate.

Essential to the recovery from knee replacement surgery is the quality of the physiotherapy. I went to Visiedo Clinic in Garrucha, Almería. My physiotherapist was Jerónima Visiedo Aguado. She was outstanding. She motivated me to work hard both during sessions and at home. Consequently I made excellent progress. I was able to walk without assistance seven weeks after surgery. I have now returned to the gym where I use exercise equipment and weight machines to continually strengthen muscles that had atrophied during convalescence.



I also want to thank Mrs. María Dolores Castaño who staffs the ASSSA office in Vera, Almería. She has been most helpful throughout this process. Despite a very heavy workload, she is always cheerful and willing to help me. She even called me during my recovery to see how I was doing. She is an exemplary employee. Therefore I would like to emphasize the swiftness with which ASSSA managed my treatment before and after the surgery and the importance of relying on their professional support. Although I speak Spanish, help was available in my own language. ”

Sincerely,
Stuart J. Cohen

Avances tecnológicos para conseguir una mejor visión



Dr. Pedro Tañá
Director Médico Oftalmista
Medical Director Ophthalmologist

Los **láseres de femtosegundo** están revolucionando en los últimos años la cirugía oftalmológica consiguiendo mejores resultados en la visión: **son como un bisturí mágico** que, a través de estructuras transparentes, permiten tallar con mucha mayor precisión que la mano del mejor cirujano.

Por un lado, **Lasik** es la técnica más extendida actualmente en la práctica de la cirugía refractiva que es la que corrige la **miopía, hipermetropía y/o astigmatismo** y siempre consta de dos partes. En la primera fase, el cirujano levanta una fina capa del tejido corneal semejante a una lentilla. Esta parte hoy en día se realiza de dos formas: **con cuchilla o con una plataforma láser de femtosegundo (Intralase)**. Por su parte, en la segunda fase el cirujano corrige la graduación moldeando la córnea con un láser Excimer. La última innovación en esta técnica por tanto, reside en esa primera parte en aquellos centros que han sustituido la cuchilla por el láser de femtosegundo (Intralase). Los últimos ensayos publicados han demostrado que realizar este levantamiento con Intralase, implantado en nuestro país no hace más de diez años, permite, además de un tratamiento personalizado, una cirugía 100% láser más segura gracias

a una arquitectura de la incisión corneal más perfecta, así como una recuperación post operatoria más rápida (cicatrización más fuerte y estable) y una menor incidencia de ojo seco. Además, la cuchilla ya empieza a estar contraindicada en países como en Reino Unido por imposibilidad de esterilización del cabezal del microqueratomo (cuchilla). Diez años después, sorprende que todavía se operen más pacientes en nuestro país con cuchilla que con láser de femtosegundo.

En el campo de la **cirugía de cataratas**, el **láser de femtosegundo Catalys**, ha supuesto la revolución en el procedimiento quirúrgico de la catarata, así como la mejor opción para el implante de Lentes Premium más exigentes. Una novedosa técnica quirúrgica láser que, a día de hoy, favorece el ablandamiento del cristalino enormemente, reduce la inflamación y contribuye a acelerar la recuperación visual en el postoperatorio haciendo que la cirugía de cataratas sea más sencilla y rápida. De este modo, con la tecnología Catalys se consigue un **menor índice de complicaciones gracias a una disminución de la energía y tiempo de ultrasonidos hasta en un 90%** gracias a una arquitectura de las incisiones corneales más perfectas con un mejor control del astigmatismo que la cirugía tradicional manual.

Con respecto a las últimas novedades incorporadas en **Lentes Premium de alta gama**, las lentes trifocales son lo más parecido a la lente natural del ojo o cristalino. Son aquellas con las que el paciente puede enfocar tanto de cerca, lejos o incluso en distancias medias. Una alternativa que permite **eliminar la necesidad de gafas** de forma definitiva.

Los **avances tecnológicos** están para aplicarlos si aseguran una mejora en la calidad y seguridad quirúrgica que es realmente lo más importante para los pacientes.



Láser de femtosegundo Catalys / Catalys femtosecond laser



Technological advances for vision enhancement



In recent years **femtosecond lasers** are revolutionizing ophthalmic surgery achieving better results in sight: **They are like a magic scalpel** that, through transparent structures, allow carving that is much more accurate than a surgeon's best hand.

On the one hand, **Lasik** is currently the most widely used technique in refractive surgery that corrects **myopia, far-sightedness and/or astigmatism** and always consists of two parts. In the first phase, the surgeon lifts a thin layer of corneal tissue like a lens. This part is currently carried out in two ways: **with a blade or a femtosecond laser platform (Intralase)**. Meanwhile, in the second phase the surgeon corrects the graduation by shaping the cornea with an Excimer laser. The latest innovation in this technique therefore resides in that first part at the centres that have replaced blades with femtosecond lasers (Intralase). The last published trials have shown that performing this lift with Intralase, implemented in our country for no more than ten years, allows, in addition to a personalized treatment, 100% laser surgery that is safer thanks to a more perfect corneal incision architecture, as well as a faster post-operative recovery (stronger and more stable healing) and a lower incidence of dry eye. In addition, blades are starting to be contraindicated in countries like the United Kingdom due to the impossibility of sterilization of the microkeratome (blade) head. Ten years later, it is surprising

that more patients are still undergoing surgery in our country with blades rather than with femtosecond lasers.

In the field of **cataract surgery**, the **Catalys femtosecond laser** has led the revolution in cataract surgical procedures as well as being the best option for the more demanding Premium Lens implants. A new laser surgical technique that, today, greatly favours softening the crystalline lens, reduces inflammation and helps speed visual recovery after surgery making cataract surgery easier and faster. Thus, Catalys technology results in **a lower rate of complications thanks to decreased energy and ultrasound time of up to 90%** thanks to a more perfect corneal incision architecture with better control of astigmatism than traditional manual surgery.

Regarding the latest additions in **Premium high-end lenses**, trifocal lenses are the closest thing to the eye's natural lens or crystalline lens. They are those with which the patient can focus both from near, far or even medium distances. An alternative that makes it possible to **eliminate the need for glasses** permanently.

Technological advances should be applied if they ensure an improvement in surgical quality and safety, which is really the most important thing for patients.



Plataforma láser de femtosegundo (Intralase) / Femtosecond laser platform (Intralase).

Ciclismo

La práctica del ciclismo nos sirve para estar en buena forma física, con los consiguientes beneficios para la salud, con la ventaja añadida de que, al ser una **actividad física sin impacto**, causa muchas menos molestias musculares y osteoarticulares.

El ciclismo, realizado de manera racional, tiene un claro **efecto beneficioso** en los principales factores de riesgo de la enfermedad **cardiovascular**. Está ampliamente demostrado que una baja condición física cardiovascular es un importante factor de riesgo para todas las causas de mortalidad en hombres y mujeres.

El ciclismo, al igual que los otros ejercicios aeróbicos, mejora la regulación de la glucosa (importantísimo para el diabético), disminuye las cifras de la tensión arterial y disminuye la obesidad abdominal.

El envejecimiento está asociado a un acúmulo preferencial de grasa en la región abdominal, especialmente en los hombres. Hoy día sabemos que la obesidad abdominal (perímetro de cintura) incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular, independientemente de los otros factores de riesgo. Cualquier ejercicio prolongado, como el ciclismo, puede reducir los almacenes de grasa corporal total.

Otro aspecto muy importante de la salud es la llamada **salud músculo-esquelética**, pues está muy relacionada con la calidad de vida de los adultos. Los dos componentes más importantes de esta salud serían la osteoporosis y la pérdida de masa y fuerza muscular.

Con la edad aumenta la pérdida de fuerza y masa muscular. Esta disminución está asociada a un incremento en el riesgo de caídas, baja densidad mineral ósea y fracturas de cadera. Además, la disminución de fuerza muscular es un factor importantísimo para que la persona adulta se mantenga activa.

La baja densidad mineral ósea del hueso disminuye notablemente a partir de los dos años de la menopausia debido a causas hormonales como son la disminución de los estrógenos. El ejercicio aeróbico, como es el caso del ciclismo, influirá de forma beneficiosa a la **mineralización correcta del hueso**, tanto por el ejercicio en sí, como por el efecto beneficioso de la luz solar y su aporte de vitamina D.

Con la edad hay una pérdida de fuerza y masa muscular. Está claro que cualquier ejercicio que mantenga o aumente la masa y la fuerza muscular será beneficioso para la salud.

El ciclismo, al aumentar la fuerza de las piernas, si se acompaña de ejercicios de la musculatura abdominal y de los brazos, mejorará la salud músculo-esquelética.



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

Cycling

*Cycling helps us to be in good physical shape, with consequent health benefits, with the added advantage that, being a **non-impact physical activity**, it causes far less muscle, bone and joint pains.*

*Cycling, done rationally, has a clear **beneficial effect** in the main risk factors for **cardiovascular** diseases. There is ample evidence that low cardiovascular fitness is an important risk factor for all causes of mortality in men and women.*

Cycling, like other aerobic exercises, improves glucose regulation (extremely important for diabetics), lowers blood pressure figures and reduces abdominal obesity.

Aging is associated with a preferential accumulation of fat in the abdominal region, especially in men. Today we know that abdominal obesity (waist circumference) increases the risk of cardiovascular disease, independent of other risk factors. Any prolonged exercise, such as cycling, can reduce total stored body fat.

*Another very important aspect of health is the so-called **musculoskeletal health**, because it is closely related to the quality of life of adults. The two most important components of this health would be osteoporosis and loss of muscle mass and strength.*

Loss of strength and muscle mass increases with age. This decrease is associated with an increased risk of falls, low bone mineral density and hip fractures. In addition, decreasing muscle strength is an important factor for the adult to remain active.

*Low bone mineral density decreases markedly after two years of menopause due to hormonal causes such as the decrease in estrogen. Aerobic exercise, as is the case of cycling, beneficially affects **correct bone mineralization**, both due to the exercise itself, and the beneficial effect of sunlight and the intake of vitamin D.*

Strength and muscle mass is lost with age. Clearly, any exercise that maintains or increases muscle mass and muscle strength will be beneficial to health.

Since cycling increases leg strength, if it is accompanied by abdominal and arm muscle exercises, it will improve musculoskeletal health.



OFTALVIST

UNA MIRADA DIFERENTE EN CIRUGÍA LÁSER A DIFFERENT LOOK LASER SURGERY

Nuevas tecnologías Láser Premium al servicio de tu salud.
New Laser Premium Technologies for the benefit of your health.

- Cirugía en entorno hospitalario.
• Surgery in a hospital setting.
- Financiación a medida para todos los tratamientos.
• Tailored financing for all treatments.
- Oftalmología integral.
• Comprehensive ophthalmology.
- Tecnología 100% láser (Intralase), más precisa y segura.
• 100% Laser technology (Intralase), safer and more precise.
- Cirugía de cataratas (Catalys), corrección más avanzada de la visión.
• Cataract surgery (Catalys), for more advanced vision correction.
- Lentes Premium de alta gama para la corrección definitiva de la vista cansada.
• High range, premium lenses for the definitive correction of eyestrain.

Más de 20 años cuidando de tu salud ocular.
More than 20 years taking care of the health of your eyes.

901 010 190 www.oftalvist.es | [@oftalvist](https://twitter.com/oftalvist) | facebook.com/oftalvist

Alicante | Madrid | Murcia | Sevilla | Jerez | Valencia | Albacete | Lleida | Denia | Benidorm | Elche

Cardiopatía isquémica

Enfermedad coronaria



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

Concepto

La cardiopatía isquémica es una **enfermedad cardíaca producida por falta de riego sanguíneo al corazón**.

El corazón se irriga y nutre a través de las arterias coronarias. Una obstrucción total o parcial en estas arterias producirá un déficit en el aporte de oxígeno y nutrientes al músculo cardíaco, así como un defecto en la eliminación de las sustancias de desecho producidas durante el metabolismo celular de las áreas cardíacas incomunicadas por la obstrucción.

Causas

La insuficiencia coronaria es el resultado del desequilibrio entre la oferta coronaria y la demanda del músculo cardíaco de oxígeno.

La causa más frecuente de insuficiencia coronaria es la obstrucción de las arterias coronarias por depósito de grasa (ateroma) y material fibroso (esclerosis) en la capa interna de estas arterias. Esto se denomina **ateroesclerosis**.

La **trombosis coronaria** consiste en la formación de un coágulo de sangre en la pared de la arteria y suele formarse sobre placas de ateroma, favoreciendo la obstrucción de la arteria.

Otra causa menos frecuente sería el **espasmo coronario** que consistiría en una disminución localizada del diámetro de la arteria. Con frecuencia ocurre sobre una placa de ateroma. La inhalación de cocaína puede provocar espasmo coronario; además determina un aumento en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca. De esta forma, la cocaína puede provocar isquemia e incluso necrosis miocárdica.

Factores de riesgo

- Diabetes M.
- Colesterol.
- Hipertensión arterial.
- Tabaquismo.
- Obesidad abdominal.
- Estrés.
- Frecuencia cardíaca.
- Ejercicio físico inadecuado.
- Edad.
- Dieta. Mala alimentación.
- Sexo.
- Raza.
- Drogas estimulantes (cocaína...).
- Antecedentes familiares.
- Gripe.

Consecuencias y cuadro clínico de la isquemia miocárdica

En los primeros segundos, tras el cese del flujo sanguíneo, se agota el oxígeno y las reacciones químicas y biológicas celulares se convierten en anaeróbicas (sin oxígeno) y se liberan sustancias que estimulan las terminaciones nerviosas que provocan el **dolor torácico** característico. Se alteran al mismo tiempo las propiedades elásticas del músculo cardíaco y aparecerán **cambios electrográficos**.

Tras una fase de isquemia transitoria, el miocardio se recupera y sufre un fenómeno de adaptación que lo hace más resistente a un nuevo episodio isquémico.

Cuando la reducción del flujo coronario se mantiene de forma crónica, la capacidad para contraerse de la zona isquémica puede verse intensamente reducida, aunque mantiene la capacidad de normalizarse cuando se restablece el flujo coronario. Sin embargo, la disminución del flujo coronario puede ser tan profunda que determine la **muerte celular o necrosis miocárdica**.

Otra consecuencia de la isquemia es la **alteración de las propiedades eléctricas de las células cardíacas**. Esta alteración eléctrica provocará a menudo **arritmias cardíacas** (alteración del ritmo regular del corazón) que pueden ser mortales.

La enfermedad coronaria puede comenzar con **angina de pecho**, que es la forma inicial de presentación en aproximadamente el 45% de los pacientes, con **infarto de miocardio** en el 42% o con **muerte súbita** en el 13%.

En las próximas revistas desglosaremos los distintos tipos de enfermedad coronaria como son la angina de pecho (enfermedad coronaria estable y síndrome coronario agudo), el infarto de miocardio y otras formas de isquemia cardíaca.



Ischemic cardiopathology

Coronary heart disease

Description

Ischemic cardiopathology is a **heart disease caused by a lack of blood supply to the heart.**

The heart is irrigated and nurtured through the coronary arteries. A total or partial blockage in these arteries produces a deficit in the supply of oxygen and nutrients to the heart muscle as well as a defect in the removal of waste substances produced during cellular metabolism of cardiac areas cut off by the obstruction.

Causes

Heart failure is the result of imbalance between coronary supply and oxygen demand of the heart muscle.

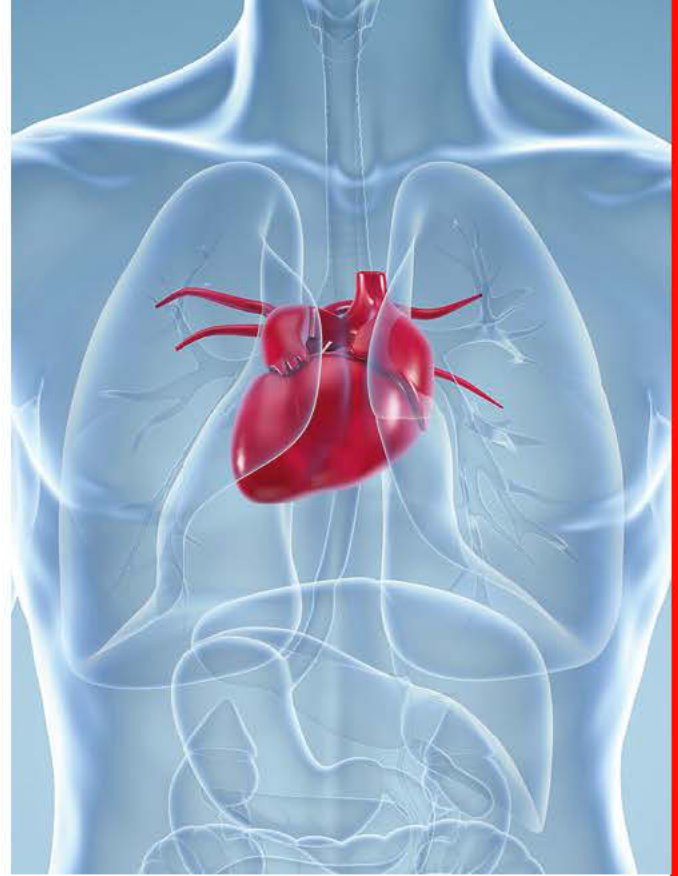
The most common cause of heart failure is the obstruction of the coronary arteries by deposits of fatty material (atheroma) and fibrous material (sclerosis) in the inner layer of these arteries. This is called **atherosclerosis**.

Coronary thrombosis is the formation of a blood clot in the artery wall and is usually formed on atherosclerotic plaques, favoring artery blockage.

Another less common cause is **coronary spasm** which consists of a localized decrease in the artery's diameter. It often occurs on an atherosclerotic plaque. Inhaling cocaine can cause a coronary spasm; it also determines an increase in blood pressure and heart rate. Thus, cocaine may cause ischemia and even myocardial necrosis.

Risk factors

- Diabetes M.
- Cholesterol.
- Hypertension.
- Tobacco smoking.
- Abdominal obesity.
- Stress.
- Heart rate.
- Inadequate physical exercise.
- Age.
- Diet. Poor diet.
- Gender.
- Race.
- Stimulant drugs (cocaine ...).
- Family history.
- Flu.



Consequences and clinical picture of myocardial ischemia

In the first few seconds after the cessation of blood flow, oxygen is depleted and chemical and biological cell reactions become anaerobic (without oxygen) and substances that stimulate nerve endings are released causing the characteristic **chest pain**. At the same time, the elastic properties of the cardiac muscle are altered and **electrographic changes** appear.

After a period of transient ischemia, the myocardium recovers and undergoes an adaptation phenomenon that makes it more resistant to a new ischemic event.

When the reduction of coronary flow is maintained chronically, the ischemic area's ability to contract can be strongly reduced, although it maintains the ability to normalize when the coronary blood flow is restored. However, the decrease in coronary flow can be so deep that it determines **cell death or myocardial necrosis**.

Another consequence of ischemia is the **alteration of the electrical properties of heart cells**. This electrical disturbance will often cause **cardiac arrhythmias** (disturbance of the regular heart rhythm) that can be fatal.

Coronary heart disease can start with angina pectoris, which is the initial presentation in approximately 45% of patients, with myocardial infarction in 42% or sudden death in 13%.

In the next magazines we will break up the different types of heart disease such as angina pectoris (stable coronary artery disease and acute coronary syndrome), myocardial infarction and other forms of cardiac ischemia.

Estenosis de canal lumbar



Dr. Juan Sales
Neurocirujano
Neurosurgeon

La estenosis de canal lumbar es una enfermedad de la columna en la cual se produce una disminución del tamaño normal del canal vertebral.

El canal vertebral está formado por la unión de todas las vértebras y en el que se aloja un saco que recubre todos los nervios que van a la pierna. Esta disminución es cada vez más frecuente, sobre todo en personas de edad avanzada. Hay que tener en cuenta que los nuevos hábitos de la civilización moderna, más sedentaria, junto el aumento de la expectativa de vida, están aumentando la frecuencia.

El resultado es que cuando nos movemos, estos nervios son comprimidos, produciéndose una dificultad en su funcionamiento. Como consecuencia de ello, la persona que sufre esta enfermedad presenta **dolor de espalda y de piernas, junto con un hormigueo y sensación de pérdida de fuerza, al poco tiempo de caminar, lo que le obliga a detenerse.**

Con el tiempo, esta distancia que es posible caminar antes de aparecer el dolor se va acortando. Esto es muy similar a lo que les pasa a los pacientes con problemas por falta de llegada de sangre, lo cual será distinguido por su médico especialista. A diferencia, la persona tiende a tener una postura inclinada hacia adelante. Esto se debe a que, al inclinarse los agujeros por donde discurren los nervios aumentan de tamaño.

Observe en el lado derecho de la **Imagen 1** como al inclinarse la columna, aumenta el espacio de los agujeros por donde discurren los nervios.



Imagen 1 / Image 1

El especialista de columna intentará delimitar el nivel y la importancia de la estrechez para lo cual necesitará una prueba que se llama **resonancia magnética**.

Observe en la **Imagen 2** como en el lado derecho, la imagen del canal vertebral en amarillo es más estrecho que en el lado izquierdo. Esta es la prueba de elección hoy día. Nos permite ver con claridad la estrechez sobre los nervios. También se puede apreciar el aumento de los ligamentos, discos y articulaciones que hace que la columna permanezca unida y móvil.

En ocasiones su especialista necesitará añadir un estudio de **radiografías de la columna lumbar o un TAC** para ver mejor los huesos alrededor de los nervios.

Una vez el especialista de columna confirme que se trata de una estenosis lumbar, se ha de plantear el **tratamiento quirúrgico**. Esto es debido a que las molestias no van a ceder con un tratamiento médico conservador.

La cirugía ha de ser diseñada adaptándose al problema y situación de cada paciente. El objetivo ha de ser la liberación de los nervios, sin provocar una inestabilidad en la columna intervenida, todo ello con la menor agresión quirúrgica posible.

En líneas generales, hay que plantear al menos una **laminectomía** que hoy en día se realiza con un microscopio quirúrgico. En casos muy definidos, hay que completarla con técnicas de fijación.

La operación consiste en quitar la parte más posterior del arco posterior que cierra el canal vertebral. Hay que intentar no extirpar o tocar las articulaciones si no es necesario, con el fin de mantener la estabilidad vertebral.

La operación se realiza boca abajo, a través de una incisión lineal en la espalda, que sigue la línea de la columna, a la altura donde se encuentra la estenosis (estrechez). Todo ello con el microscopio quirúrgico y de motores de altas revoluciones, con el fin de disminuir el riesgo de lesionar los nervios que se encuentran muy apretados y en ocasiones adheridos a los huesos o ligamentos que hay que eliminar.

Esta laminectomía se realiza a uno o varios niveles vertebrales, dependiendo de la extensión de la estenosis lumbar. Si se presume que la laminectomía va a ocasionar algún tipo de inestabilidad, se complementa la intervención quirúrgica con técnicas de artrodesis y fijación intervertebral consistente en la inserción de tornillos y barras para sujetar la columna. Sólo en caso de inestabilidad comprobada o porque haya riesgo de provocarla (por la necesidad de realizar una laminectomía amplia, que afecta a las articulaciones), se completará la intervención mediante una fijación.

Generalmente, al día siguiente de la intervención el paciente se puede levantar y ser dado de alta a su casa al segundo día.

Lumbar spinal canal stenosis

Lumbar spinal stenosis is a condition whereby either the spinal canal (central stenosis) or one or more of the vertebral foramina (foraminal stenosis) becomes narrowed.

The spinal canal is where all the vertebrae join together with a sack that runs through the centre and covers all the nerves leading into the legs. Narrowing is becoming more and more common, especially in older people. The new lifestyle and habits of today's more sedentary civilisation, together with increased life expectancy, is largely to blame for the higher incidence of this type of condition.

The result is that, when we move, these nerves are compressed, leading to problems with their function. As a result, people suffering from this disease experience **back and leg pain, along with pins and needles and a feeling of loss of strength** after only walking for a short time, after which they have to stop.

Over time, the distance they can walk before pain sets in becomes increasingly shorter. This is very similar to what happens to patients with poor blood supply, a condition that can be ruled out by your specialist medical practitioner. Someone with this spinal condition tends to have a forward leaning posture. This is due to the fact that, when you lean forward, the openings through which the nerves run become larger.

If you look at the **Image 1** on the right you can see how, if the spinal column leans forward the space between the holes through which the nerves run becomes bigger.

The spinal specialist will try to find out the level and degree of narrowing, which will involve a test known as **Magnetic Resonance Imaging (MRI)**.

You can see in **Image 2** how on the right, the spinal canal (outlined in yellow) is narrower than on the left.

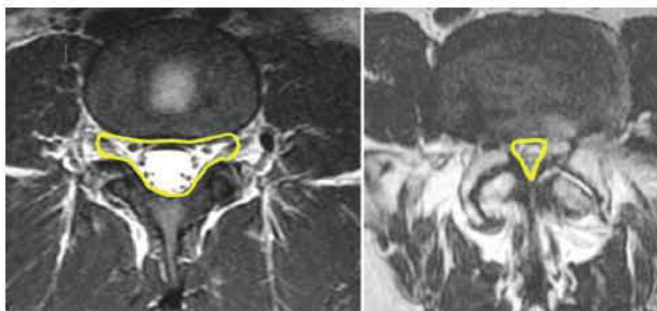
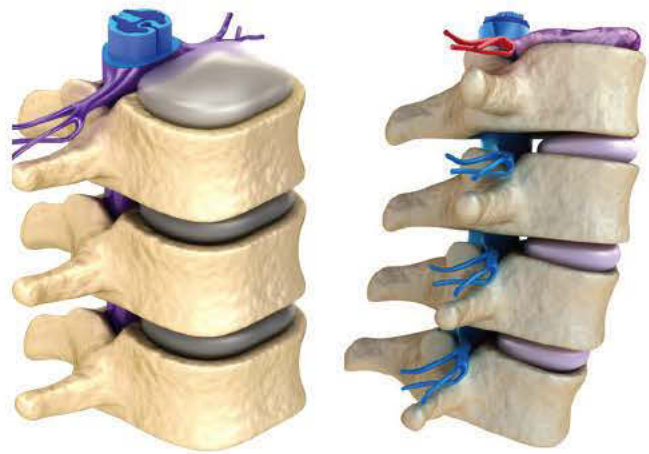


Image 2 / Image 2

This is the test of choice nowadays. It allows us to get a clear view of the narrowing around the nerves. You can also see the



increased size of the ligaments, discs and joints keeping the spinal column joined together and mobile.

Sometimes the specialist will need to add an **X-ray study of the spinal column or a CAT scan** to inspect the bones around the nerves.

Once the spinal specialist has confirmed the lumbar stenosis, the possibility of **surgery** can be discussed. This is needed when the pain and other symptoms are unlikely to disappear with conservative forms of medical treatment.

Surgery must be designed to suit the problems and circumstances of each patient. The aim has to be to free up the nerves without causing instability in the spinal column, and involving the least aggressive surgical treatment possible.

Generally speaking, the surgeon will probably propose at least a **laminectomy**, which nowadays is done using a surgical microscope.

A laminectomy (also known as decompression surgery) creates space by removing the lamina, the back part of the vertebra that covers the spinal canal, enlarging it to relieve pressure on the spinal cord or nerves. In some very specific cases, this operation will have to be completed with fixing techniques. The surgeon will try to not remove or touch the joints if this is not necessary, in order to maintain spinal stability.

The operation is carried out with the patient lying face down, by making a linear incision in the back following the line of the spine and at the height where the stenosis (narrowing) has occurred. The entire operation is done using a motor driven surgical microscope, in order to reduce the risk of damaging the nerves, which are tightly packed and sometimes even stuck to the bones or ligaments that have to be removed.

The laminectomy is carried out on one or several vertebrae, depending on the spread of the lumbar stenosis. If the laminectomy is expected to cause some kind of instability in the spine, the operation is completed with arthrodesis (joint fusion) and intervertebral fixing techniques consisting of inserting screws and bars to support the spine. Fixing is only performed in the event of proven instability or if there is a risk of causing instability during the operation (in the case of an extensive laminectomy, which will also affect the joints).

Normally, patients are encouraged to get out of bed the day after surgery and can be sent home on the second day.

Ejercicio como terapia en la región cervical



D. Javier Lledó
Fisioterapeuta
Physiotherapy

El dolor cervical es relativamente común y va a afectar al 70% de la población en algún momento de sus vidas.

Es un **problema recurrente** después del primer episodio en un 60% de los casos. Esta recurrencia es debida a la alteración del sistema neuromuscular que ocurre después de una primera agresión y que genera unas adaptaciones en el control del movimiento y en la postura.

Se han realizado estudios que confirman inhibición de la musculatura flexora profunda, que pasa a ser sustituida por un aumento de la activación de los músculos escalenos y los esternocleidomastoideos en la musculatura flexora cervical. Este aumento de la actividad es proporcional al dolor percibido y además la capacidad de relajación del músculo al terminar una actividad también disminuye.

En la musculatura extensora los semiespinales y multifidos se inhiben compensándose con el explenio de la cabeza.

La inhibición del trapecio inferior es compensada a través del trapecio superior y angular del omoplato.

Todos estos cambios generan **dolor por exceso de tensión**, bien en el vientre muscular como en el caso de los trapecios o bien en la zona de inserción, como es el caso de los explenios y escalenos.

Existe una batería de test que va a confirmar estas disfunciones musculares y nos van a permitir **trabajar específicamente sobre los músculos inhibidos** devolviéndoles su normal actividad solucionando el problema.

Va a ser importante trabajar con la intensidad adecuada, en posiciones facilitadoras y con baja intensidad donde debe predominar la calidad del ejercicio frente a la cantidad o la intensidad y sin olvidar una adecuada progresión.

Aunque la mejoría se percibe desde las primeras sesiones para conseguir los objetivos los ejercicios deben realizarse durante 12 semanas.

Los mejores resultados se obtienen con terapias combinadas de ejercicio y terapia manual.



Exercise as therapy for the cervical spine area

Cervical spine - or neck - pain is common and is likely to affect 70% of the population at some time in their lives.

*In 60% of cases, **the problem recurs after the first episode.** This recurrence is due to neuromuscular system disturbance that occurs after the initial injury and that generates a series of adaptations in the way your body controls movement and in your posture.*

Studies have shown inhibition in the deep flexor muscle group, which is then replaced by an increase in the activation of the scalene and sternocleidomastoid muscles in the neck flexor muscle group. This increased activity is proportional to the pain felt, and the ability of the muscle to relax after completing an activity is also reduced.

In the extensor muscle group, the semispinalis and multifidus muscles are inhibited, compensated by the splenius muscle of the head.

The inhibition of the lower trapezius muscle is compensated by the upper trapezius and levator scapulae muscles.

*All these changes produce **pain from excessive tension**, either in the deep muscle tissue, like the case of the trapezius muscles,*



or at the muscle insertion point, as in the case of the splenius and scalene muscles.

*There is a series of tests that can confirm these muscular dysfunctions and enable us to **work specifically on the inhibited muscles**, restoring their normal activity and resolving the problem.*

It is important to work at the right intensity, in positions that ease the process and without applying too much pressure, concentrating on the quality of the exercise rather than the quantity or the intensity, and not forgetting to ensure appropriate progression.

Although there should be an improvement after the first few sessions, the exercises should be done for 12 weeks to obtain the desired results.

The best outcome is achieved by combining exercise and manual therapy.

ESPECIALISTAS EN ONCOLOGÍA DESDE HACE 25 AÑOS.

ONCOLOGY SPECIALISTS FOR 25 YEARS.

Una red nacional de centros para una atención individualizada e integral en el tratamiento del cáncer
A national network of centers for individualized and comprehensive care in the treatment of cancer





**instituto
madrialeño de
oncología**

Visítenos en:
Instituto Alicante de Oncología- GRUPO IMO
Hospital Vithas Internacional Perpetuo Socorro
C/ Vázquez de Mella, 16. Alicante
PARA SOLICITAR CONSULTA
96 521 00 55
iao@grupoimo.com
Red de centros Grupo IMO
www.grupoimo.com



- MADRID
 - CENTRO DE RADIODIAGNÓSTICO (HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS)
 - CENTRO DE TOMOGRAFÍA (HOSPITAL LA MILAGROSA)
 - CENTRO DE ONCOLOGÍA MÉDICA (HOSPITAL LA MILAGROSA)
 - CENTRO ONCOLÓGICO MÉDICO Y CIRÚRGICO
 - RADIOTERAPIA Y RADIODIAGNÓSTICO (HOSPITAL VITHAS)
 - ONCOLOGÍA MÉDICA
 - CÁNCER INFANTIL Y CONSEJO GENÉTICO
- INSTITUTO ONCOLÓGICO CASTILLA-LA MANCHA
 - UNIDAD REGIONAL DE TOLEDO
 - UNIDAD REGIONAL DE TALAVERA DE LA REINA
 - UNIDAD REGIONAL DE ALCAZAR DE SAN JUAN
 - UNIDAD REGIONAL DE GUADALAJARA
- INSTITUTO ONCOLÓGICO CARTUJA
 - UNIDAD REGIONAL DE SEVILLA
- INSTITUTO ALICANTINO DE ONCOLOGÍA
 - HOSPITAL VITHAS INTERNACIONAL PERPETUO SOCORRO
- CENTRO MEDITERRANEO DE ONCOLOGÍA
 - TÁNGER (MARRUECOS)
- INSTITUTO ONCOLÓGICO DEL SURESTE
 - UNIDAD REGIONAL DE MURCIA

Incontinencia urinaria en la mujer

¿Qué es la incontinencia urinaria?

La incontinencia urinaria se define como **“la manifestación por parte del paciente de escapes de orina”** (esta definición no es aplicable a la infancia).

Es un problema muy frecuente que afecta aproximadamente del 20 al 25% de la población y aumenta con la edad.

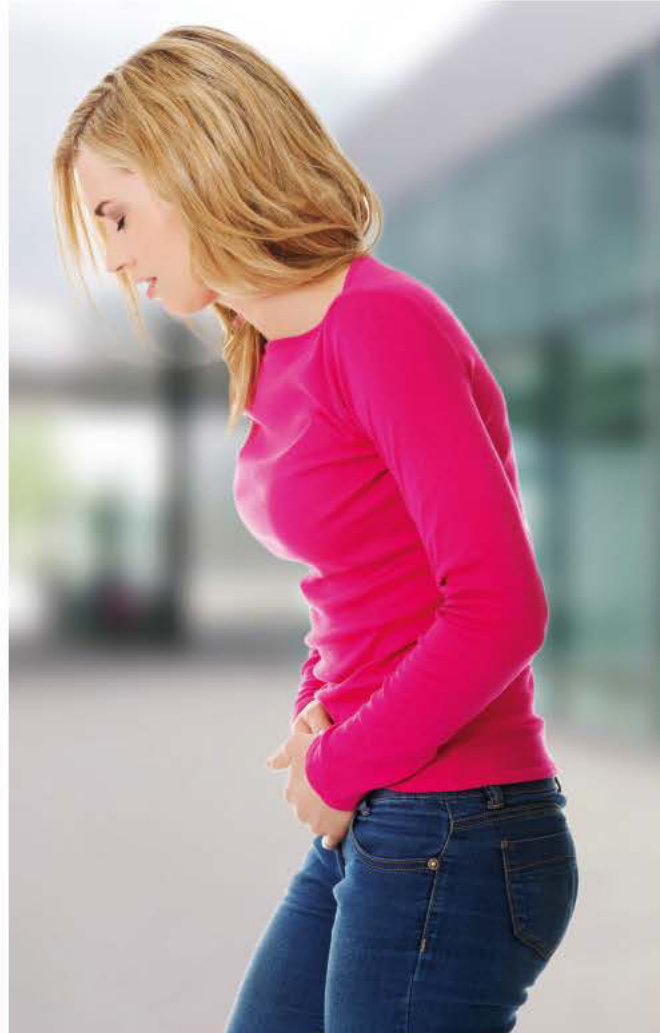
Tipos de incontinencia

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo:** es la percepción del escape de orina con el esfuerzo, por ejemplo, tos, estornudo, etc.
- **Incontinencia urinaria de urgencia:** es la pérdida involuntaria de orina que va acompañada de urgencia en la necesidad de orinar y no se puede contener la orina.
- **Incontinencia urinaria mixta:** cuando la incontinencia urinaria se asocia tanto a la urgencia como al esfuerzo.
- **Enuresis:** significa cualquier pérdida de orina, si se produce durante el sueño se llama “enuresis nocturna”.
- **Incontinencia urinaria continua:** es la pérdida permanente de orina.

A veces, el tipo de incontinencia está claro simplemente cuando la paciente describe como es la incontinencia, otras veces, se requieren de más exploraciones y estudio para aclarar la causa y el tipo de incontinencia y según esta varían las formas de tratamiento.

La mayor parte de la incontinencia de orina en mujeres de cierta edad y que han tenido varios partos, tiene como causa la debilidad de suelo pélvico. El suelo pélvico es un conjunto de músculos y fascias que mantienen las vísceras abdominales en su correcta posición. Cuando estas estructuras están debilitadas por la edad, los partos múltiples y la falta de ejercicios (sobre todo después de los partos) para fortalecer esta musculatura, condiciona el que se produzcan prolapsos (exteriorización de vísceras abdominales como vejiga, útero y recto por vagina) y que la uretra pierda su capacidad de contener la orina. Este tipo de incontinencia urinaria es la **incontinencia de esfuerzo**.

La **incontinencia de urgencia**, casi siempre va asociada a un aumento de la frecuencia de la micción y de la necesidad de micción nocturna. Se caracteriza por la aparición brusca de deseo de micción, no se puede demorar, no se puede contener la orina y aparecen los escapes que a veces es una micción completa. Se conoce como síndrome de la vejiga hiperactiva, síndrome de urgencia o síndrome de urgencia-frecuencia.



La **incontinencia urinaria mixta** es la asociación de ambas formas y la **incontinencia urinaria** continua puede deberse a otras causas como son lesiones de aparato urinario que comunican con el exterior y lo que se llama “incontinencia paradójica” que por dificultad de vaciado de la orina, por falta de contracción de la vejiga o por obstrucción del aparato urinario, la orina sale de forma continua porque la vejiga no tiene más capacidad de contener orina y esta rebosa.

Todo tipo de incontinencia y sobre todo la **incontinencia de esfuerzo**, se tratan con ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico y si con esto no se consigue mejoría, existe la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

La **incontinencia de urgencia** se trata mediante rehabilitación de suelo pélvico y fármacos que actúan a distinto nivel, sobre los mecanismo que controlan la contracción vesical con lo que existen varias posibilidades de tratamiento.

La **incontinencia continua** se trata reparando la lesión del aparato urinario, generalmente con cirugía o resolviendo la obstrucción o falta de contracción de la vejiga.

Como resumen, la incontinencia urinaria afecta a una parte importante de la población, existen distintas formas de incontinencia y tratamientos que en general suponen un alto coste económico, así que lo más correcto es la prevención de la incontinencia realizando ejercicios de suelo pélvico a partir de la adolescencia con el fin de reducir la incontinencia en la edad madura.

Dr. Luis Pérez LLorca
Especialista en Urología

Urinary incontinence in women

What is urinary incontinence?

Urinary incontinence is defined as **"the leakage of urine in patients with the condition"** (this definition is not applicable to childhood).

It is a very frequent problem affecting about 20% to 25% of the female population and tends to worsen with age.

Types of incontinence

- **Stress urinary incontinence:** leaking of small amounts of urine with activities such as coughing, sneezing, etc.
- **Urge urinary incontinence:** the involuntary leaking of urine in association with insufficient warning to get to the bathroom in time.
- **Mixed urinary incontinence:** when urinary incontinence is associated with both stress and urgency.
- **Enuresis:** means any leakage of urine; if this happens during sleep it is known as "nocturnal enuresis".
- **Continuous urinary incontinence:** the permanent leakage of urine.

Sometimes, the type of incontinence is clear from the patient's description, other times further examinations and tests are required to clarify the cause and type of incontinence before the correct treatment can be prescribed.

Most urinary incontinence in women of a certain age who have given birth to several children is caused by a weak pelvic floor. The pelvic floor is a set of muscles and connecting tissue that keeps the abdominal organs in their correct position. When these structures become weakened with age, several births and lack of exercise (especially after giving birth) to keep these muscles strong, the woman is more likely to suffer a prolapse, when one or more of the organs - the womb (uterus), the bladder or the back passage (rectum) - can drop down (prolapse) into the vagina. This type of urinary incontinence is called **stress incontinence**.



Urge urinary incontinence is almost always associated with increased urination and the need to get up in the night to use the bathroom. It is characterised by the sudden and urgent need to urinate, the patient cannot hold the urine back and leakages may range from small to large amounts of urine. It is also known as overactive bladder syndrome, urinary urgency syndrome or urge-frequency syndrome.

Mixed urinary incontinence is the association of both forms and **continuous urinary incontinence** may be due to other causes such as urinary tract injuries and lesions and what is called "paradoxical incontinence" in which the patient finds it difficult to urinate. This may be caused by the bladder's inability to contract or by an obstruction in the urinary tract, so urine is leaking continuously because the bladder cannot contain the urine and it literally overflows.

All types of urinary incontinence and especially **stress incontinence** can be treated with pelvic floor rehabilitation exercises and if this does not improve the situation, surgery may be the answer.

Urge incontinence is treated with pelvic floor rehabilitation exercises and pharmaceutical drugs that act in different ways on the mechanisms that control bladder contractions, so several forms of treatment are available.

Continuous incontinence can be treated by repairing the urinary tract injury or lesion, usually with surgery, by removing the obstruction or correcting the bladder's inability to contract.

To summarise, urinary incontinence affects a large part of the population, there are different forms of incontinence and various treatments that usually involve considerable expense, so the best strategy is to prevent incontinence in later life by doing pelvic floor exercises from adolescence onwards.

Dr. Luis Pérez LLorca
Urology Specialists



LABORATORIO DE
ANÁLISIS
CLÍNICOS

JAIME CHOLBI-M^aANGELES 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 Pitarch, 8 - 03725 Teulada (Alicante). OFFICE TEULADA: 96 574 13 30
Dr. José Pitarch, 8 - 03725 Teulada (Alicante).

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



Cirrosis Hepática



Dr. Mariano Gómez Rubio
Hepatólogo
Hepatologist

La cirrosis hepática es una importante **enfermedad crónica del hígado**. En ella se produce la destrucción (necrosis) de las células hepáticas de forma que la fibrosis sustituye gran parte del tejido hepático normal **Imagen 1**. Como consecuencia existe un funcionamiento hepático deficiente.

Se puede llegar a ella por muy diversas **causas**, siendo las más frecuentes el consumo excesivo de alcohol, las hepatitis crónicas virales C ó B, la hemocromatosis (enfermedad hereditaria por acúmulo de hierro) o la esteatosis hepática (depósito de grasa en el hígado). Otras posibles causas menos comunes son: enfermedades autoinmunes, medicamentos, etc. En todas estas enfermedades hepáticas es muy importante realizar un tratamiento adecuado y precoz para evitar que progresen hasta llegar a la cirrosis. Generalmente, la cirrosis es irreversible, pero en ocasiones, si se administra un tratamiento de elevada eficacia, como por ejemplo en la hepatitis crónica B, se puede conseguir su desaparición.

Para su diagnóstico se necesita una biopsia hepática, aunque más fácilmente se puede diagnosticar mediante el Fibroscan® (EchosensTM). El **Fibroscan®** es una prueba sencilla, que no causa molestias ni tiene riesgo y mide la fibrosis hepática. En los casos más graves de cirrosis, la combinación de los síntomas con las alteraciones analíticas y de las radiografías también puede servir para hacer el diagnóstico.

La importancia de la cirrosis viene dada porque es una fase avanzada de las enfermedades crónicas del hígado.

Es un trastorno frecuente y puede tener consecuencias graves en las personas que la padecen. En España es la 8ª causa de muerte.

La cirrosis puede dar lugar a dos complicaciones como son la hipertensión portal (que ocasiona ascitis o acúmulo de líquido en el abdomen, hemorragia por varices del esófago, encefalopatía hepática o dificultad para pensar) o el cáncer de hígado.

La enfermedad puede manifestarse con alteraciones típicas cuando aparecen las complicaciones (ascitis, hemorragia por varices, ictericia o coloración amarilla de la piel, etc). Sin embargo, muchas veces existen síntomas poco importantes (cansancio, falta de apetito, pérdida de peso, etc).

Debe valorarse la posible existencia de una cirrosis en los siguientes casos:

- Pacientes con antecedentes de abuso de alcohol.
- Enfermos con hepatitis crónica viral C ó B.
- Personas con elevación crónica de las transaminasas (ASAT

ó GOT y ALAT ó GPT) o alteraciones de otras analíticas hepáticas.

- Sujetos con datos analíticos de acúmulo de hierro en el organismo.
- Pacientes con enfermedades crónicas del hígado en general.
- Sujetos con alteraciones típicas hepáticas en la ecografía o radiografías del abdomen (TAC, resonancia magnética).
- Enfermos con varices en el esófago.

Es muy importante hacer el diagnóstico precoz de la cirrosis hepática para tratar su causa, efectuar los controles necesarios (analítica, ecografía, etc) y prevenir en lo posible la aparición de las complicaciones (Imagen 2). Una vez realizado el diagnóstico de cirrosis se debe hacer un seguimiento de por vida.



Imagen 1. Hígado nodular característico de la cirrosis hepática.

Image 1. Hepatic nodular lesions typical of liver cirrhosis.

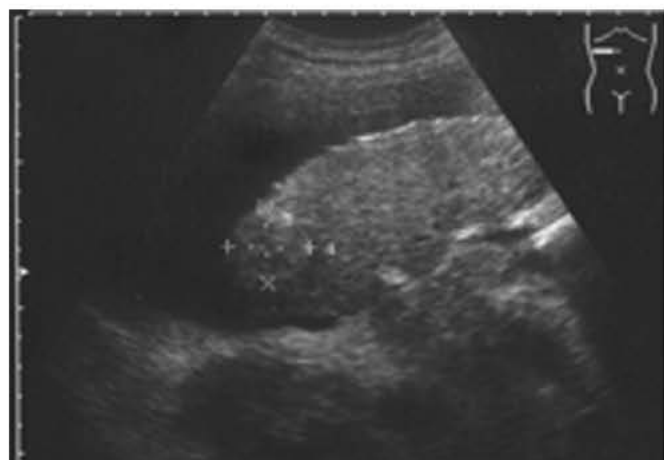


Imagen 2. Ecografía de un paciente con cirrosis hepática, ascitis y un tumor sobreañadido.

Image 2. Ultrasound of a patient with liver cirrhosis, ascites and an additional tumour.

Cirrhosis of the liver

Cirrhosis of the liver is a serious **chronic liver disease**. It results in the destruction (necrosis) of liver cells, causing scar tissue (fibrosis) to replace a large part of normal liver tissue **Image 1**. The consequence is poor liver function.

The condition can be caused by several **factors**, with the most frequent being excessive alcohol consumption, chronic viral hepatitis C or B, hemochromatosis (a hereditary disease caused by having too much iron in the body) and fatty liver disease (FLD), caused by an accumulation of fat in liver cells via the process of steatosis. Other less common causes are autoimmune conditions, certain medicines, etc. In all types of liver disease, it is extremely important to give the correct treatment as early as possible to prevent it from advancing and turning into cirrhosis. Cirrhosis is usually irreversible, but sometimes, if a highly effective treatment is administered in time, such as for chronic hepatitis B, it can be cured.

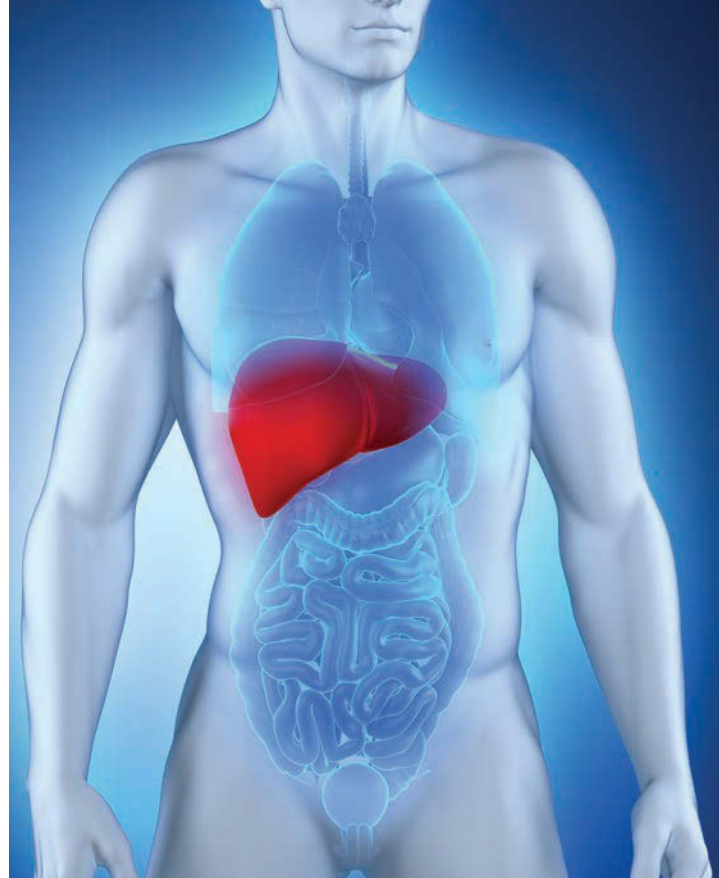
It is diagnosed by means of a liver biopsy, although it is much easier to obtain a diagnosis via **Fibroscan®** (Echosens™). Fibroscan® is a simple, painless test that involves no risk and measures liver fibrosis. In more serious cases of liver cirrhosis, the combination of symptoms plus analytical results and X-rays can also serve to diagnose the condition.

Cirrhosis must be taken seriously because it indicates an advanced stage of chronic liver disease.

It is a frequent condition and can have serious consequences for people suffering from it. It is the 8th most common cause of death in Spain.

Cirrhosis can lead to a further two complications, portal hypertension (which causes ascites or accumulation of liquid in the abdomen, bleeding from oesophageal varices, hepatic encephalopathy or confused mental state) and liver cancer.

The disease can produce a series of typical disorders when complications arise (ascites, bleeding from varices, jaundice or



yellowish skin, etc.). However, it can often produce mild symptoms (tiredness, lack of appetite, weight loss, etc.).

The possibility of cirrhosis should be considered in the following cases:

- Patients with a history of alcohol abuse.
- Patients with chronic viral hepatitis C or B.
- People with a chronically high level of transaminase enzymes (AST or SGOT and ALAT or SGPT) or abnormalities in other liver analytical results.
- Subjects with analytical data showing an accumulation of iron in their bodies.
- Patients with chronic liver disease in general.
- Subjects with typical liver disorders that show up in abdominal ultrasound or X-rays (CAT, magnetic resonance).
- Patients with oesophageal varices.

Early diagnosis of liver cirrhosis is crucial for treating its cause, carrying out the necessary tests (analyses, ultrasound, etc.) and preventing the appearance of complications (Image 2). Once cirrhosis of the liver has been diagnosed, the patient should be monitored for life.



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



Cáceres

Historia

La historia de Cáceres es reflejo de las diferentes etapas de la historia de España. Por ella han pasado **romanos, visigodos, almohades y castellanos**. Cada una de estas diferentes civilizaciones ha dejado su huella en la ciudad, cultura, religión y costumbres. Todas estas aportaciones han hecho que Cáceres tenga uno de los mayores patrimonios culturales de Europa.

Monumentos

El centro histórico de Cáceres (1) fue declarado Patrimonio de la Humanidad por la Unesco en 1986.

Este conjunto urbano de la Edad Media y del Renacimiento es uno de los más completos y mejores conservados del mundo. Los edificios más característicos son la **Concatedral de Santa María**, el **Palacio de las Veletas (2)**, el **Palacio de los Golfines (3)**, la **Casa del Sol**, la **Torre de Bujaco (4)** o el **Arco de la Estrella**. También hay que destacar el **barrio judío**, la **muralla almohade** del siglo XII y el **aljibe árabe**.

Gastronomía

El producto estrella de la gastronomía de Cáceres es la **carne porcina**. Su gran calidad se debe a que los cerdos son alimentados exclusivamente con bellotas y criados al aire libre y por ello contiene **vitamina D en sus grasas y ácido oleico**, beneficiosos para mejorar el colesterol. También destacamos la **Torta del Casar**, un queso elaborado exclusivamente con leche de oveja. Por último, señalamos sus diferentes tipos de sopas: la **sopa de cachuela** a base de hígado de cerdo, la **sopa de tomate** y las **sopas de ajo**.

Fiestas

Comienzan el 20 de enero con la **Romería de San Fabián y San Esteban**. Del 1 al 3 de febrero se celebran las **fiestas de Las Candelas y de San Blas** en las que Los cacereños trasladan la Virgen de las Candelas hasta la ermita de la Ciudad Vieja. En el mes de abril llega la **Semana Santa** cacereña, fiesta declarada de Interés Turístico Nacional. El primer domingo de mayo se celebran las **fiestas patronales en honor a Nuestra Señora de la Montaña** y a finales del mes tiene lugar la **Feria Grande**. A principios de noviembre Cáceres se transforma y vuelve a su época medieval con la celebración del **Mercado Medieval** en la Ciudad Vieja.

En definitiva, Cáceres es un destino de referencia para el turismo nacional e internacional por sus monumentos, gastronomía y fiestas. Es una ciudad a la cual querrás volver.



Cáceres

History

The history of Cáceres reflects the different stages in the history of Spain. **Romans, Visigoths, Almohads and Castilians** have lived there. Each of these different civilizations has left its mark on the city, culture, religion and customs. All these contributions have resulted in Cáceres having one of the greatest cultural heritages in Europe.

Monuments

The historic center of Cáceres (1) was declared World Heritage Site by the Unesco in 1986.

This Middle Age and the Renaissance urban complex is one of the most complete and best preserved in the world. The most characteristic buildings are the **Santa María Cathedral**, the **Palacio de las Veletas (2)**, the **Palacio de los Golfines (3)**, the **Casa del Sol**, the **Torre de Bujaco (4)** and the **Arco de la Estrella**. The **Jewish Quarter** also stands out, as well as the twelfth century **Almohad wall** and the **Arab well**.

Gastronomy

The flagship of the Cáceres cuisine is **pork**. Its high quality is because pigs are fed exclusively on acorns and reared

outdoors, that is why it contains **Vitamin D and oleic acid in its fat**, beneficial to improve cholesterol levels. Just as delightful is the **Torta del Casar**, cheese made exclusively from sheep's milk. Finally, we have the different types of soups: **sopa de cachuela** based on pork liver, **tomato soup** and the various **garlic soups**.

Festivities

They begin on January 20 with the **Pilgrimage of San Fabián and San Esteban**. From February 1 to 3 the **festivities of Las Candelas and San Blas** are celebrated, where the people of Cáceres move the Virgen de las Candelas to the hermitage of the Old City. **Easter week** takes place in April, it is declared of National Tourist Interest. The first Sunday of May the **patron festivities are celebrated in honor of Our Lady of the Mountain** and at the end of the month the **Feria Grande** takes place. In early November Cáceres returns to medieval times with the celebration of the **Medieval Market** in the Old City.

Cáceres is definitely a landmark destination for domestic and international tourism for its monuments, gastronomy and festivals. It is a city you will want to return to.

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 specialties.



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

HOSPITAL
QUIRÓN
Torrevieja

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

f t You
Tube
www.quiron.es



Restauraciones dentales

Obturaciones



Dra. María Rufina García
Odontóloga
Dentist

¿Qué son las obturaciones?

En la odontología se utiliza el término obturación para definir lo que comúnmente se conoce como **empaste**.

Tiene como objetivo, detener la progresión de la enfermedad cariosa, evitar que siga la destrucción del diente y devolverle su anatomía natural, su función y su estética mediante materiales aloplásticos (artificiales).

Tipos de restauraciones

Atendiendo al procedimiento de realización y otras características, las restauraciones se dividen en:

- Obturaciones.
- Incrustaciones.
- Frente laminados o carillas.
- Coronas o fundas coronarias.

Materiales de las Obturaciones

La amalgama de plata: es un buen material de obturación, restaura la forma y la función del diente. Es muy resistente y duradero, pero es de color metálico plateado y por lo tanto es poco estético. No presenta ningún riesgo apreciable salvo en caso de alergias. Hoy en día, no hay evidencia científica alguna sobre la presunta toxicidad.

Las resinas compuestas o composites: consiguen restablecer la apariencia natural del diente. Deben ser adheridas al diente por lo que requieren una técnica clínica depurada. También necesitan mayor tiempo de colocación y terminación. Por razones de estética son imprescindibles en los dientes anteriores y preferibles en las zonas más visibles de los dientes posteriores. La duración de este material puede ser menor que la amalgama.

¿Cuánto tiempo dura una obturación?

Los trabajos de odontología conservadora se deterioran con el paso del tiempo debido a las fuerzas continuas que soportan, por ello es recomendable realizar revisiones periódicas para detectar los daños que se vayan produciendo (pequeñas fracturas, despegamientos, fisuras, etc). Estas revisiones periódicas no deben espaciarse más de un año.



Amalgama de plata / Silver amalgam

Las **obturaciones con composite** tienen una duración media de **5 a 7 años**, dependiendo de su extensión y situación. Las **amalgamas de plata** pueden tener una duración mayor pudiendo sobrepasar los **15 años**.

Molestias o dolor después de una obturación

A veces, se producen pequeñas **molestias al masticar**, generalmente debidas a pequeños contactos previos o excesivo de la restauración con el diente antagonista que puede pasar inadvertido tras la colocación por el efecto de la anestesia. Habitualmente desaparece o se soluciona con pequeños retoques o ajustes en la clínica.

En ocasiones, la preparación del diente tiene que ser tan profunda que acaba afectando a la pulpa dentaria y provoca **sensibilidad exagerada a los estímulos fríos** incluso dolor al diente. Esta sintomatología que podría no existir antes del tratamiento, suele ser reversible o no.

Sin embargo, en ocasiones sobre todo en dientes ya restaurados o con lesiones profundas la afectación de la pulpa puede evolucionar hacia una **pulpitis**, es decir, una inflamación de la pulpa o nervio del diente, que en su fase avanzada o terminal se caracteriza fundamentalmente por **dolor con los alimentos calientes**. En tal caso, se debería realizar endodoncia o extracción.

¿Debo reemplazar la obturación de plata por otras de color del diente?

No está justificado el reemplazo de un material por otro, excepto si están las obturaciones deterioradas por el uso, si hay un problema estético serio o estamos ante un caso de alergia.

Y siempre, ante cualquier duda, consulte con su odontólogo de confianza.

Dental restoration

Obturation

What is obturation?

In dentistry the term obturation is used to describe what is commonly known as a **filling**.

Its purpose is to stop the advance of tooth decay and prevent the tooth from being destroyed, restoring its natural anatomy, function and appearance using alloplastic (artificial) materials.

Types of restoration

Depending on the treatment process and other considerations, restorations can be divided into:

- Obturation.
- Inlays and onlays.
- Veneers.
- Crowns.

Materials used for obturation

Silver amalgam: a good material for obturation, restoring the shape and function of the tooth. It is very hard-wearing and lasts a long time, but it is a metallic silver colour and so not very attractive in terms of appearance. It does not entail any risk except in the case of some sort of allergy. Nowadays, there is no scientific evidence of its presume toxicity.

Composite resins: able to restore the natural appearance of the tooth. They have to be stuck to the tooth so they require an accurate clinical technique. They also involve a lengthier fitting and completing process. For aesthetic reasons they are essential for front teeth and are also preferable in more visible areas of back teeth. This material can last longer than amalgam.

How long does an obturation last?

Restorative dentistry work does deteriorate over time due to the continuous forces it is subjected to, so it is advisable to have regular check-ups to spot any damage early on (such as small fractures, veneers becoming unstuck, fissures, etc.). These regular check-ups should be done at least once a year.

Obturation work using composite normally lasts **5 to 7 years**, depending on how much is done and the location. **Silver amalgam** can last longer, anything up to **15 years or more**.



Discomfort or pain following an obturation

Sometimes patients may **feel discomfort when chewing**, usually caused by small previous contacts or excessive contact with the affected tooth during restoration work that might have gone unnoticed following treatment because of the effects of the anaesthetic. This discomfort normally disappears or is corrected when minor adjustments are made or the clinical work is retouched.

Sometimes, such in-depth preparation of the affected tooth must be carried out that the dental pulp is damaged, resulting in excessive **sensitivity to cold**, even causing pain in the tooth. These symptoms may or may not have been present before treatment, and may not be reversible.

However, sometimes, especially in teeth that have already been restored or with deep-seated decay, damage to the pulp can result in **pulpitis**, which is an inflammation of the pulp or nerve running through the tooth. During its advanced or terminal phase this condition makes **eating hot food a painful experience**. In this case, a dental extraction will be necessary.



Resinas compuestas o composites / Composite resins

Should I replace my silver obturation with a tooth coloured one?

Replacing one material with another is not justified unless the obturation has been damaged by wear and tear, if there is an aesthetic issue or an allergy problem.

And, as always, if any queries arise, consulting your trusted dentist is the best course of action.

Dieta Mediterránea

¿Qué es la dieta Mediterránea?

La Dieta Mediterránea es un **estilo de vida** que combina varios elementos, una pauta alimentaria (diferentes ingredientes de temporada y recetas), ejercicio físico moderado y un clima benigno que reporta un beneficio a la salud de la persona que la sigue.

Es una dieta que ha sido **transmitida** de generación en generación desde hace siglos y está vinculada al estilo de vida de los diferentes **pueblos del Mediterráneo**. El intercambio de productos y costumbres entre estos diferentes pueblos durante épocas ha enriquecido este estilo de vida. Por su dinamismo cultural la Dieta Mediterránea está en **constante evolución**

Los tres pilares básicos de la dieta son la **vid, el trigo y el olivo** que son ingredientes compartidos por las diferentes culturas mediterráneas. La Dieta Mediterránea es equilibrada, variada y con un aporte de nutrientes adecuado. En general, se caracteriza por un alto consumo de **vegetales, frutas, legumbres, frutos secos, pan, cereales, así como grasas monoinsaturadas, vino tinto y pescado**.

Benéficos para la salud

- Reduce la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares.
- Aporta Omega 3 y así disminuye el colesterol y la presión arterial.
- Previene la formación de coágulos en las arterias.
- Menor índice de obesidad abdominal.
- Menor riesgo de deterioro cognitivo.
- Disminuye los problemas de infertilidad.
- Mejora el desarrollo embrionario y fetal.
- Estimula el funcionamiento de los riñones y contribuye a un buen equilibrio corporal.

Servicios médicos ASSSA.

10 Pasos para seguir la Dieta Mediterránea Steps for following the Mediterranean Diet



Consumir diariamente pan y alimentos procedentes de cereales (pasta y arroz).
Consume bread and cereal-based food every day (pasta and rice).

1



Utilizar el aceite de oliva como complemento en las diferentes comidas.
Use olive oil to accompany meals throughout the day.

6



Beber entre 1,5 y 2 litros de agua.
Drink between 1.5 and 2 litres of water.

2



Consumir diariamente productos lácteos (leche, yogurt y queso).
Consume dairy products on a daily basis (milk, yoghurt and cheese).

7



Consumir pescado azul una o dos veces a la semana.
Eat oily fish once or twice a week.

3



Cocinar con alimentos poco procesados, frescos y de temporada.
Cook meals with foods that are as fresh, natural and seasonal as possible.

8



Realizar ejercicio al menos 30 minutos al día.
Do at least 30 minutes of exercise a day.

4



Consumir con moderación la carne roja y la carne procesada.
Eat red meat and processed meats in moderation.

9



Tomar alimentos de origen vegetal en abundancia.
Eat plenty of plant-based foods.

5



Tomar como postre habitual la fruta fresca en lugar de dulces.
Get into the habit of eating fresh fruit for dessert rather than sweet treats.

10

The Mediterranean Diet

What is the Mediterranean diet?

The Mediterranean Diet is a **lifestyle** that combines several elements, namely particular eating habits (a range of seasonal ingredients and recipes), moderate physical exercise and a mild climate, known to be beneficial for the health of people who follow it.

The diet has been **passed down** from generation to generation for centuries and is linked to the lifestyle followed by a number of **Mediterranean nations**. The age-old exchange of produce and customs between these various peoples has enriched this way of life. Its lively cultural dynamics means that the Mediterranean Diet is **constantly developing**.

The three basic pillars of the diet are the **grapevine, wheat and olives**, three ingredients shared across the various Mediterranean cultures. The Mediterranean Diet is well balanced, varied and with just the right amount of nutrients. It generally involves a high consumption of **vegetables, fruit, legumes, nuts, bread and cereals, plus monounsaturated fats, red wine and fish**.

Good for health

- Reduces the likelihood of developing cardiovascular disease.
- Provides Omega-3 fatty acid, lowering cholesterol and blood pressure.
- Prevents blood clotting in the arteries.
- Lowers the rate of abdominal obesity.
- Reduces the risk of cognitive decline.
- Reduces infertility problems.
- Improves embryonic and foetal development.
- Stimulates kidney function and contributes to good body balance.

ASSSA medical services.



ESPECIALIDADES/SPECIALITIES

Alergología Allergies	Medicina Estética Aesthetic Medicine
Aparato digestivo Digestive tract	Neuropediatría Neuropediatrics
Cirugía Bariátrica Bariatric surgery	Oftalmología Ophthalmology
Cirugía Plástica Plastic surgery	Otorrinolaringología Ear, nose & throat (ENT)
Dermatología Dermatology	Pediatría Pediatrics
Endocrinología Endocrinology	Reumatología Rheumatology
Fisioterapia Esp. Spec. Physiotherapy	Traumatología Traumatology
Ginecología Gynecology	Urología Urology

V76

**Centro Médico
Vistahermosa**

**Clinica
Vistahermosa**

966709312 - 965233130 | clinica-vistahermosa.es

Pasatiempos / Puzzles

Sudoku

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

Word search

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

Cavity · Brush · Nutrients · Toothbrush · Fluoride
Dentist · Floss · Paste · Mouthwash

Sopa de letras

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

Salud · Sana · Despacio · Agua · Descasar · Baño · Manos
Protegerse · Alimentación · Comer · Masticar · Hervida
Vacunas · Lavar · Abrigarse

Ajedrez / Chess

How should Black move, in order to gain a decisive advantage?
¿Cómo deberían mover las negras para obtener una ventaja decisiva?

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

Soluciones / Answers

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

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

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

1...h4+ 2.Kf4 (2.Kxh4? Qxf3) Rd4+ 3.Re4 g5+
4.Ke3 Rd3+ 5.Kxd3 Qxf3+ y ganas / and wins.

OFICINAS CENTRALES - HEAD OFFICES

ALICANTE: Av. Alfonso X El Sabio - 14, Entlo. C.P. 03004
Tel. 965 200 106 (8 líneas / lines) · Fax 965 144 239
www.asssa.es - info@asssa.es



DELEGACIONES - BRANCH OFFICES

ALICANTE

- **DÉNIA**

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**

Av. 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, 5 - Puerta 2
Tel. 966 761 794 · Fax 966 761 833
C.P. 03189
orihuelacosta@asssa.es

ALBACETE

- **ALBACETE**

C/ Rosario, 6 - 5º. Puerta 3. Edif. 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 3 B
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, 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

- **MADRID**

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 15
Urb. Benalmar Playa, 3ª Fase
Tel. 952 447 709 · Fax 952 567 335
C.P. 29630
benalmadenacosta@asssa.es

- **SAN PEDRO - GUADALMINA**

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

- **NERJA**

Moin Moin, Pasaje Dr. Fleming
Tel. 633 779 080
C.P. 29780
benalmadenacosta@asssa.es
Punto de atención / Point of care

MURCIA

- **PUERTO DE MAZARRÓN**

Av. Dr Meca, 109 - C.C. La Pirámide - Local 9
Tel. 968 153 396 · Fax 968 154 212
C.P. 30860
mazarron@asssa.es

TENERIFE

- **LOS CRISTIANOS**

Av. Juan Carlos I, 32
C. C. Bahía de los Cristianos - 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



80 años cuidando la salud de nuestros asegurados
80 years caring for the health of our members



1935 - 2015

AGRUPACIÓN SANITARIA SEGUROS, S.A.

Compañía fundada en 1935 • *Company founded in 1935*