

CARTERA DE SERVICIOS Y ESPECIALIDADES

En IDCsalud Clideba podrá encontrar profesionales reconocidos en todas las especialidades, unidades especiales para la atención de distintas patologías y una cartera de servicios centrales que garantiza una asistencia sanitaria de calidad.

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Alergología
Aparato Digestivo
Cardiología
Dermatología
Endocrinología
Hematología Clínica
Medicina Estética
Medicina Interna
Neonatología
Neurología
Neumología
Neurofisiología
Oncología Médica - Radioterápica
Pediatria
Proctología
Psicología Clínica
Psiquiatría
Rehabilitación
Reumatología

SERVICIOS CENTRALES

Servicio de Anestesiología y Reanimación
Servicio de Diagnóstico por Imagen
Atención 24 horas
Servicio de Urgencias Pediátricas y Neonatología
Servicio de Urgencias
Servicio de Medicina Interna Hospitalaria
Servicio de Matronas
Laboratorio de Análisis Clínicos
Anatomía Patológica
Farmacia Hospitalaria
Hospital de Día
Fisioterapia / Rehabilitación
Consulta de Enfermería

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Cirugía General
Cirugía Maxilofacial
Cirugía Pediátrica
Cirugía Plástica y Reparadora
Cirugía Vascul y Angiología
Ginecología y Obstetricia
Neurocirugía
Oftalmología
Otorrinolaringología
Traumatología y Cirugía Ortopédica
Urología

UNIDADES ESPECIALES

Unidad de Cardiología
Unidad de Chequeos y Reconocimientos Médicos
Unidad de Cirugía Maxilofacial e Implantología
Equipo de Ictus
Unidad de Medicina Estética
Unidad de Medicina Familiar
Unidad de Patología de la Mama
Unidad de Psicología Clínica y Neuropsicología
Unidad de Trastornos del Sueño
Unidad de Tráfico

Trabajamos con todas las compañías aseguradoras (españolas y portuguesas), mutuas laborales y deportivas

ADESLAS - AEGÓN SALUD/ASEGURADORA - AGF - ALLIANZ - ASISA - AVANTSALUD - AXA - CASER - CIGNA
CISNE - CORPORACIÓN DERMOESTÉTICA - CYCLOPS - DKV - HELVETIA - EUROPE ASSISTANCE - FIAC
FRATERNIDAD - FREMAP - GROUPAMA PLUS ULTRA - HERMANDAD NACIONAL DE ARQUITECTOS
IBERMUTUAMUR - LA UNIÓN MADRILEÑA DE SEGUROS - LINEA DIRECTA ASEGURADORA - MAPFRE - MEDIS
MULTICARE - MUTUA FUTBOLÍSTICA - MUTUA MONTAÑESA - MUTUA REDIS - OCASO - SALUS - SANITAS
SEGUROS DE VIDA Y PENSIONES ANTARES - SEGUROS LA ESTRELLA - SEGUROS VITALICIO - SERSANET
WINTERTHUR SALUD





Pacientes por la seguridad del paciente



Unidad de Medicina Familiar



Rinitis Alérgica



Estilo de vida e infertilidad

¿Radiología Intervencionista?

8



Caso clínico: Microcardiopatía post RT - QT

15



Amigdalectomía

19



Unidad de Cocina: máxima atención y calidad personalizada

21



CONSEJO EDITORIAL

Luis Pinilla Albarrán, Valentín Rodríguez Díaz, Teresa Sánchez Holguín, Mercedes Gil Cubero, Florencio Morán Camberos, Delfina Castillo Galván y Silvia Pascual López

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Departamento Corporativo de Marketing y Relaciones con Pacientes de IDCSalud



Luis Pinilla
Gerente IDCSalud Clideba

Con la reciente fusión de IDCSalud y el Grupo Hospitalario Quirón nace el líder de hospitales en España.

El nuevo grupo gestiona más de 40 hospitales en España, 30 centros sanitarios especializados y seis residencias, con un total de 6.200 camas.

La nueva estructura del equipo directivo del grupo, conformado por el mejor talento de ambas organizaciones, tiene el firme compromiso de liderar la creación del primer grupo hospitalario del país y situarlo como referencia en el sector por su excelencia.

Dentro de este marco se encuentra CLIDEBA, líder de la sanidad privada en Badajoz, que hace suyos los valores del grupo, entre ellos la capacidad innovadora y la cercanía a los pacientes y sus familias, todos ellos basados en la excelencia y en un equipo de profesionales que se esfuerzan diariamente por dar a sus pacientes la mejor sanidad.

Con la reciente puesta en marcha de las nuevas Unidades de Medicina Familiar, Radiología Intervencionista y la Unidad de Consultas Externas de Pediatría, CLIDEBA continúa su andadura para convertirse en un centro moderno, funcional y, sobre todo, multidisciplinar, para lograr que sus pacientes encuentren en las mismas instalaciones solución a todas sus necesidades en el ámbito de la salud.



Pacientes por la seguridad del paciente

CREEMOS Y APOSTAMOS POR LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE NUESTROS PACIENTES EN SU ATENCIÓN MÉDICA Y SU PROPIA SEGURIDAD

Entre un 4 y un 17% de los pacientes que ingresan en un hospital sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores le provocarán la muerte. En EEUU se ha estimado que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por este motivo.

(1999 - To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. Washington)

La Seguridad del Paciente debe considerarse como fundamento esencial y necesario de la buena calidad de la atención sanitaria y debe estar basada en una actitud preventiva.

En este contexto, el grupo IDCsalud-Quirón introdujo en el año 2012 una línea fundamental de Excelencia Asistencial. Dentro de esta línea, como un programa con personalidad propia, se creó el Proyecto de Seguridad del Paciente : "LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON MAYÚSCULAS".

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud en su estrategia número 8, sitúa la Seguridad del Paciente como uno de los elementos clave de mejora de la calidad. Una de las acciones previstas en dicha estrategia es fomentar la participación de los pacientes en la misma. Esta línea de actuación está en concordancia con las recomendaciones del Programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, que establece específicamente el área de "Pacientes por la Seguridad de los Pacientes" como una de sus seis áreas estratégicas.

Nuestra Compañía, apuesta firmemente por el papel fundamental del paciente considerándolo clave como Actor de Excelencia en la implementación de una cultura de la seguridad, adaptada a las necesidades, los valores y al comportamiento del paciente y el familiar frente al riesgo sanitario. De hecho, la participación del paciente

en estrecha colaboración con los profesionales mejora la calidad, incrementa la confianza y, por ende, la satisfacción del paciente y del familiar, reduce costos y litigios innecesarios.

Por todo ello, es fundamental el soporte del profesional y de la globalidad del sistema asistencial en el reconocimiento del paciente y del familiar como agentes de valor en la mejora de la seguridad y en la reducción del riesgo asistencial.

Indiscutiblemente una participación efectiva se fundamenta en una serie de pilares básicos como son: la información, la formación y la comunicación .

En nuestro centro CLIDEBA IDCsalud-Quirón, queremos construir entre todos esos pilares, que hagan de su estancia en nuestro Centro, un punto de apoyo en su propia seguridad, al mismo tiempo que consigamos mantener una comunicación más fluida entre pacientes y profesionales que contribuya a una participación más directa y consistente en la gestión de su propio cuidado de la salud.

Como apoyo a estas medidas de incentivar la participación de los pacientes , se encuentran en nuestra habitaciones de hospitalización y en puntos de atención a pacientes, carteles que ponen de relieve un valor de nuestra Compañía "COMPROMETIDOS CON SU SEGURIDAD Y APOSTANDO POR SU PARTICIPACIÓN ACTIVA".

Muchos trabajos han demostrado que los pacientes tienen cada vez un mejor conocimiento sobre errores e incidentes y quieren participar en su disminución .

Desde hace ya varios años, la Agency for Healthcare and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, ha liderado varias iniciativas y campañas que destacan el importante papel de los propios pacientes y sus familias en la consecución de prácticas seguras y, por tanto, de la mejora de los servicios sanitarios.

Las leyes y declaraciones sobre Derechos de los Pacientes no hacen que la atención sanitaria sea automáticamente más segura, pero ayudan y contribuyen al tan reiterado empowerment de los pacientes, es decir, a que sean más competentes y estén más capacitados encontrando así una mejor posición para gestionar su propia salud y el cuidado de la misma, al mismo tiempo que participa en los esfuerzos para mejorar la seguridad.

Como en números anteriores, en nombre de la Comisión de Seguridad del Paciente y en mi nombre propio, nos ponemos a su disposición para cualquier sugerencia que pueda tener con respecto a la Seguridad de los Pacientes.



idcsalud Clideba **Comprometidos con la Seguridad del Paciente**

Creemos y apostamos por la participación activa de nuestros pacientes en su atención médica y su propia seguridad

1 PULSERA IDENTIFICATIVA
 (Suerte lo contrario es esencial que lleva una pulsera identificativa con los datos que permitan a todos los profesionales identificarlo correctamente.)
 Debe exigir a todo el personal que comprueben su identidad antes de realizarle cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico: Pruebas radiológicas, administración de medicamentos, transfusiones de sangre, traslado o guardias.
 ¡Demanda su identificación inspeccional!
 ¡Un buen lugar para hacer valer su nombre!

2 HIGIENE DE MANOS:
 Sus 5 momentos para la higiene de las manos:
 Antes de realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
 Después del contacto con el paciente.
 Después de tocar un objeto del entorno.
 Después de tocar un objeto del entorno.
 Después de tocar un objeto del entorno.
 Me importa SU SALUD PREGÚNTEME SI ME HA LAVADO LAS MANOS.

PARA SU PROPIA SEGURIDAD SOLICITE A TODOS LOS PROFESIONALES QUE CUMPLAN LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS. DISMINUYEN LAS INFECCIONES Y SALVA MUCHAS VIDAS.
 La comisión de seguridad y todos los profesionales de IDC Salud, trabajamos para conseguir una atención segura y de calidad, por favor colabore con nosotros.
 ¡¡GRACIAS!!

PARA CUALQUIER SUGERENCIA PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON LA COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.



Dr. Florencio Morán Camberos
Médico
Anestesiólogo-Reanimador.
Responsable de S.P.
CLIDEBA IDCsalud



IDCsalud CLIDEBA Y LA MEDICINA DE FAMILIA

Dr. Sergio Matito Celaya
Coordinador de la Unidad de Medicina Familiar

IDCsalud Clideba se compromete con la medicina de familia, una medicina familiar y comunitaria al alcance de todos, una medicina de familia moderna, dinámica y que evalúa al paciente desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

Esta nueva unidad de iniciativa privada y de espíritu social-sanitario incorpora médicos especializados en medicina de familia y comunitaria.

Médicos comprometidos y preparados para hacer frente a los retos que la sociedad moderna plantea.

Ofreciendo a la sociedad extremeña además de los múltiples servicios que ya damos, la cercanía y la calidez del médico de "cabecera" de otros tiempos, de aquel médico que conocía todos los pormenores de la familia, así como la modernidad del Médico de Familia actual donde se ofrecen multitud de servicios.

IDCsalud Clideba se plantea y ofrece esta nueva unidad, pionera en Extremadura, por las necesidades actuales de los pacientes que recibe.

Nos planteamos por tanto, como objetivo, la mejora de la organización de la pluripatología, de la polimedición, la cronicidad, la ancianidad, del diagnóstico precoz, de las necesidades en el domicilio y cómo no, el control del paciente sano, así como la prevención y la promoción de la salud.

Intentamos también desde esta unidad, junto con el Equipo de Medicina Interna y el Equipo de Enfermería de IDCsalud Clideba, dar cobertura a la problemática social de las pacientes dependientes desde un enfoque multidisciplinar.

Para ello, contamos con todo el apoyo de otras unidades así como la ventaja, sine qua non, de la cercanía de un Hospital con una gran cobertura de especialidades de segundo nivel.

Con esta unidad ofertamos un campo más del ciclo vital de la sociedad e importante de la medicina, con la cual pretendemos que nuestros pacientes se sientan seguros y sientan que la medicina privada también se preocupa, ya no solo de su salud, sino también de su bienestar.

HISTORIA DE LA MEDICINA DE FAMILIA (CÓMO SURGE)

No se puede hablar de la especialidad de Medicina de Familia sin saber el origen de ella. Por lo tanto creo de vital importancia sumergir al lector del artículo de esta revista, sólo durante unos instantes, en la evolución histórica de esta especialidad.

El sistema sanitario español actual es el producto final de una larga evolución que podemos seguir, en lo que se refiere a Atención Primaria (AP), al menos hasta 1255, año en que Alfonso X El Sabio promulgó el Fuero Real (o Fuero de las Leyes).

En el Renacimiento los médicos de cabecera aparecen en su plenitud de dedicación profesional: atienden a los pacientes en sus domicilios, en sus consultas e incluso en los hospitales.

Durante el siglo XVIII hay constancia oficial de la figura del médico titular como profesional que trabaja en exclusiva para una ciudad o un pueblo como funcionario facultativo.

El sistema de "iguales", muy popular, facilitó el desarrollo, a finales del siglo XIX y primeros del XX, de cientos de pequeñas mutuas y "cajas de enfermedades", que terminaron dando origen al Instituto Nacional de Previsión (INP), en 1908.

Este fue el germen de una organización sanitaria que empezó cubriendo a parte de la población trabajadora, se transformó en 1978 en el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), y ha terminado prestando servicio al

conjunto de la población, incluso a inmigrantes en situación ilegal en el país, como Sistema Nacional de Salud (SNS).

Y el ejercicio profesional, hasta aquellos años esencialmente individual y aislado, en poco se parece al trabajo del médico general en los equipos de Atención Primaria actuales.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, en septiembre de 1978, se recordó a los gobiernos la obligación de cuidar la salud de sus pueblos; la desigualdad en salud se consideró política, social y económicamente inaceptable y se promovió el desarrollo económico y el aumento de la protección social para lograr el máximo de salud para todos.

España estuvo presente en la Conferencia y firmó la Declaración de Alma-Ata. A partir de aquí, se desarrollaron algunas acciones políticas, el 21 de noviembre de 1978 se funda la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, y en 1979 empiezan los primeros residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) dentro del sistema MIR (Médico Interno Residente); y de las Unidades Docentes de MFyC, donde se inició el ensayo de lo que intentaría ser la Atención Primaria en el futuro. Se redactó por entonces el borrador de lo que hubieran sido (y nunca fueron), Centro Integrales de Atención Primaria.



Homenaje a la Medicina, de Julio Escámez



Rinitis alérgica

La rinitis alérgica es una enfermedad multifactorial, producida por la interacción entre los genes y el entorno.

Es una inflamación de la mucosa nasal que se caracteriza por síntomas como mucosidad nasal (rinorrea), estornudos, congestión nasal y/o picor nasal. Se presentan generalmente durante dos o más días consecutivos y durante más de una hora la mayoría de los días. Los niños en edad preescolar pueden presentar solamente obstrucción nasal pero, como único síntoma, raramente está asociada a la alergia.

Los aeroalérgenos intervienen con gran frecuencia en la rinitis alérgica y se clasifican como agentes de interior (principalmente ácaros del polvo y animales domésticos), de exterior (pólenes y mohos) o laborales.

Debido a las condiciones climáticas, existen diferencias regionales entre los alérgenos. Los ácaros del polvo experimentan un crecimiento máximo en condiciones cálidas (por encima de 20° C) y húmedas (80% de humedad relativa). Los pólenes que provocan las alergias más frecuentes proceden de las gramíneas, las malezas (como artemisia, ambrosía, parietaria) y algunos árboles (abedul, plátano de sombra, ciprés u olivo).

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA RINITIS ALÉRGICA SE DEBE ADAPTAR A LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE Y A LA GRAVEDAD DE ESTOS.

Además de las medidas de control ambiental, se dispone de medicamentos tópicos y orales.

Los tópicos son útiles para tratar de forma aislada el órgano afectado. En este caso, existen antihistamínicos, descongestionantes y corticoides intranasales. En cuanto a la medicación oral, los más extendidos y útiles para un control global de la enfermedad son los antihistamínicos orales, aunque para el control de la congestión nasal son más útiles los corticoides intranasales.

Además de la medicación para controlar los síntomas, se dispone de la inmunoterapia a (vacunas) alérgenos, que en la actualidad es el único tratamiento específico para tratar la causa responsable de la alergia y alterar la evolución de las enfermedades alérgicas. Su administración es subcutánea o sublingual, y requieren de un diagnóstico preciso de la causa para ser eficaces.

Este tratamiento es complementario de la medicación sintomática y tiene como objetivo la reducción de los síntomas derivados de la rinitis y el asma, incluso años después de acabar con el tratamiento.

Dr. Manuel Casanova Román
Coordinador de la Unidad de Pediatría

Estilo de vida e infertilidad

La infertilidad es una condición médica única, porque afecta a una pareja más que a un individuo. Afecta aproximadamente a un 15-20% de las parejas con deseo reproductivo. No existe una definición universalmente aceptada.

Básicamente se podría considerar que se trata de la imposibilidad de conseguir una gestación tras un año de relaciones sexuales no protegidas, tanto si hay, como si no, embarazos previos. Existe la creencia en nuestra población de que es un trastorno en aumento, lo cual es cierto, y viene dado fundamentalmente por el retraso, fundamentalmente de la mujer, en el deseo de tener hijos. Pero también existe mucha confusión en lo relacionado con la influencia que el estilo de vida puede tener en este aumento.

En este artículo trataremos de responder en términos coloquiales a algunas preguntas frecuentes que se plantean los ciudadanos en este aspecto.

Dr. José Antonio Domínguez Arroyo

Dtor. Asistencial IERA y Ginecólogo de IDCsalud Clideba

¿Cuánto tiempo debe esperar una pareja para consultar con un especialista si no se consigue el embarazo?

Las parejas jóvenes deben saber que en un 85% de los casos se consigue el embarazo durante el primer año de mantener relaciones sexuales regulares no protegidas (cada 2-3 días) y que hasta un 93% lo lograrán en los 2 primeros años.

Estos porcentajes disminuyen de forma importante en la mujer a partir de los 35 años, por lo que en estos casos, tras un periodo de 6 meses, está justificado consultar para una valoración básica inicial.

El efecto de la edad sobre la fertilidad masculina es menos claro.

¿Qué antecedentes clínicos de la mujer o del varón aconsejarían adelantar la visita al especialista ante un problema de dificultad o retraso para conseguir un embarazo?

Las alteraciones de la menstruación que muchas veces se asocian a falta de ovulación, los antecedentes de cirugía sobre los ovarios porque pueden disminuir la cantidad de óvulos, enfermedades del útero como los miomas o de las trompas como el acúmulo de líquido en su interior, la endometriosis, los varones con antecedentes de alteraciones en el descenso testicular, los antecedentes de quimio o radioterapia en algún miembro de la pareja y las enfermedades víricas de transmisión sexual como la hepatitis o infección por VIH. Las parejas con abortos repetidos deben ser estudiadas inmediatamente sin espera.



¿Qué influencia tiene el índice de masa corporal (imc) en la fertilidad natural y en el éxito de los tratamientos de reproducción asistida?

El índice de masa corporal valora la obesidad de un individuo.

Actualmente se considera sobrepeso un índice de masa corporal (IMC) $>25 \text{ kg/m}^2$ y obesidad un IMC $>30 \text{ kg/m}^2$ (tipo 1 entre 30 y 35, tipo 2 entre 35 y 40 y tipo 3 u obesidad mórbida por encima de 40). Se considera ideal un IMC entre 20 y 25 kg/m^2 .

Las desviaciones, tanto superiores como inferiores, se relacionan con una disminución de la fertilidad ya sea natural como tras tratamientos de reproducción, así como un aumento del porcentaje de abortos.

La obesidad durante el embarazo supone un mayor riesgo de hipertensión, diabetes gestacional, niños excesivamente grandes y finalización en cesárea, entre otras complicaciones.

Estos riesgos aumentan proporcionalmente con el grado de obesidad.

Además, la obesidad se asocia con un mayor número de anomalías congénitas en el recién nacido (defectos del cierre de la columna vertebral, anomalías cardíacas) y predispone al futuro niño a un mayor riesgo de enfermedades metabólicas.

Estilo de vida e infertilidad

¿Qué influencia tienen la dieta y la actividad física en la fertilidad natural y en el éxito de los tratamientos de reproducción asistida?

Las mujeres que realizan ejercicio físico intenso durante más de 4 horas semanales están expuestas a una reducción del 40% en la tasa de recién nacidos vivos, el triple de riesgo de cancelación de un ciclo de FIV y el doble de riesgo de fallo de implantación y de aborto, comparado con mujeres que no realizan actividad física vigorosa.

El ciclismo durante más de 5 horas a la semana se asocia con una menor concentración y motilidad espermática.

El seguimiento de una dieta con mayor cantidad de ácidos grasos mono insaturados que trans, mayor porcentaje de proteínas de origen vegetal que animal y baja ingesta de hidratos de carbono y grasas, así como la toma de hierro y suplementos vitamínicos puede favorecer la consecución de un embarazo en mujeres sanas.

En mujeres con sobrepeso y obesidad se ha observado un ligero efecto positivo sobre la fertilidad la práctica de cualquier tipo de actividad física intensa o moderada.

El consumo de productos elaborados procedentes de la leche y la carne puede afectar negativamente a la calidad del semen.



¿Qué influencia tiene el hábito de fumar en la fertilidad natural y en el éxito de los tratamientos de reproducción asistida?

Las mujeres deben ser informadas de que el tabaquismo pasivo y/o activo disminuye sus posibilidades de quedar embarazadas tanto de forma natural como durante los tratamientos de reproducción asistida. Los hombres que fuman deben saber que existe una asociación entre el tabaquismo y la reducción de la calidad seminal aunque el impacto parece menor que en el caso de las mujeres.

¿Qué influencia tienen la cafeína, el consumo de alcohol y otros hábitos en la fertilidad natural y en el éxito de los tratamientos de reproducción asistida?

Las mujeres que están buscando una gestación no deben ingerir más de 1 a 4 unidades de alcohol a la semana, evitando todo episodio de intoxicación, ya que esto conlleva el riesgo de dañar el desarrollo fetal si ya están embarazadas y aún no lo saben.

En los ciclos de FIV están documentadas una menor respuesta ovárica, una calidad embrionaria inferior, e incluso, una mayor tasa de aborto.

El consumo excesivo de alcohol es perjudicial para la calidad seminal, aunque se sugiere que este efecto es reversible.

Está documentada una mayor incidencia de aborto con el consumo de altas dosis de cafeína (definidas como un consumo superior a 5 tazas al día). En cuanto al consumo de marihuana, se ha comprobado que altera la fertilidad natural. También se ha relacionado con alteraciones en la calidad seminal. La cocaína afecta a la producción y maduración de los espermatozoides y aumenta las tasas de aborto.

¿En qué medida el estrés condiciona la pérdida de fertilidad natural? ¿Existen causas exclusivamente psicógenas como origen de una esterilidad?

Muchas parejas creen que el estrés emocional contribuye a la pérdida de la fertilidad natural y al menor éxito de los tratamientos de reproducción. Esta creencia está basada en anécdotas y mitos no contrastados científicamente, como la mayor probabilidad de concepción espontánea durante las vacaciones o después de una adopción. Los múltiples estudios de calidad realizados para aclarar este punto concluyen que el estrés no condiciona la pérdida de la fertilidad natural, aunque sí puede influir en la relación de pareja. Tampoco se ha demostrado que el estrés disminuya las posibilidades de éxito de las técnicas de reproducción asistida, pero sí que el estrés sea la principal causa de abandono de los TRA en las parejas menos dispuestas a perseverar hasta cumplir el número óptimo de ciclos para alcanzar el éxito.

Extremadura

IDCsalud Clideba

Se ha convertido en la clínica de referencia en la provincia de Badajoz. Dispone de una zona específica para la atención de consultas externas con las principales especialidades médico-quirúrgicas.



IDCsalud Hospital Santa Justa

Durante estos años ha ido incorporando a sus equipamientos nuevas unidades de servicio dotadas con los más avanzados medios y las más evolucionadas tecnologías de la ciencia médica, lo que ha permitido situar al centro al nivel de los mejores del área de salud de Don Benito Villanueva.



IDCsalud Hospital Virgen de Guadalupe

Desde su creación, este centro ha incorporado la más avanzada tecnología y el mejor equipo humano, lo que le ha hecho posicionarse como uno de los centros de referencia en Cáceres.



Policlínica Mérida

Inaugurado en abril del 2014, refuerza la apuesta de IDCsalud en Extremadura y acerca a los ciudadanos de la ciudad de Mérida y sus alrededores una amplia cartera de especialidades médicas reduciendo la necesidad de desplazarse a Badajoz.



Policlínico Mérida

Abierto desde 1994, como centro de especialidades sanitarias. En la actualidad dispone de 4 salas destinadas a consultas externas y ha incorporado este año a su cuadro médico la especialidad de pe-diatría



Centro de Especialidades

IDCsalud Cideba amplía su cartera de servicios e inaugura en marzo del 2014 un nuevo espacio destinado a consultas externas. Dicho centro está dotado de 6 consultas médicas y 2 gabinetes de radiología



CENTROS PARTICIPADOS POR IDCSALUD

Radioterapia Cáceres

Inaugurada a mediados del 2001, está dotada de una sala Bunker de Acelerador Lineal Siemens modelo Primus y atiende a pacientes procedentes de distintas zonas de Extremadura fundamentalmente de la provincia de Cáceres.

Instituto Extremeño de Reproducción Asistida (IERA)

Centro de referencia de inseminación asistida de Extremadura que ha sido pionero en la incorporación de tecnologías y tratamientos de esterilidad de vanguardia. IERA cuenta con más de 40 profesionales, 6 consultas externas, un quirófano y 6 habitaciones para CMA.

Fundación Jiménez Díaz

Ha sido nombrado hospital de referencia y destaca por su labor dentro de la investigación, docencia y asistencia.



Clínica La Luz

Mediante su incorporación al Grupo en 2013, IDCsalud despliega sus recursos asistenciales y operativos con el fin de impulsar a Clínica La Luz hacia una nueva fase de crecimiento y excelencia.



IDCSalud Hospital Ciudad Real

Los mejores profesionales y la más alta tecnología clínica del sector en Ciudad Real.



IDCSalud Hospital Sur

IDCSalud Hospital Sur e IDCsalud Clínica Alcalá de Henares tienen acuerdos con las principales aseguradoras y mutuas.



¿Radiología intervencionista?

Dr. Anselmo Macayo Sánchez
Radiólogo intervencionista de IDCsalud Clideba



Una faceta dentro de la especialidad médica de Radiología o Diagnóstico por Imagen es la poco conocida Radiología Intervencionista.

Esta subespecialidad, a diferencia del resto de la Radiología, no sólo se dedica al diagnóstico mediante técnicas de imagen, sino que utilizando dichas técnicas y mediante procedimientos invasivos, se dedica a resolver problemas, es decir, al tratamiento de la enfermedad.

De esta forma, se asemeja a una cirugía mínimamente invasiva, solucionando mediante catéteres, agujas y guías metálicas (alambres), problemas como abscesos abdominales, obstrucciones de la vía biliar y digestivas (como en caso de cánceres de colon o esófago), así como vaciando quistes de órganos (riñón, hígado, etc.) o líquido de cavidades (derrame pleural, dilataciones de la vía renal...).

También dentro de sus funciones se encuentra el diagnóstico mediante biopsias guiadas por técnicas de imagen (biopsia de mama, próstata, de hígado, punciones de tiroides, de pulmón, etc.), donde se obtiene una mínima muestra de tejido para después poder analizarla.

Por otro lado, permite el estudio dentro de los vasos sanguíneos del cuerpo, mediante introducción de catéteres que permite administrar contrastes intravasculares y poder realizar mapas arteriales.

Se trata por tanto de una rama de la Radiología que ayuda al resto de las especialidades tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, para conseguir obtener el beneficio del paciente con el mínimo "daño" posible.

Algunas de estas técnicas pueden requerir soporte anestésico que es aplicado por los anestesiólogos del centro.

Caso Clínico

Miocardopatía post RT - QT.

CASO CLÍNICO ENERO 2015-01-22

Mujer de 51 años con antecedentes personales de cáncer de mama con tratamiento quimioterápico (adriamicina + ciclofosfamida + docetaxel) hasta junio de 2014 y radioterapia hasta junio de 2014.

Ingresada desde urgencias por cuadro de disnea de esfuerzo progresivo de una semana de evolución, con ortopnea y disnea paroxística nocturna, junto con ligero aumento de edemas en miembros inferiores. Sin fiebre, ni clínica catarral asociada.

A la exploración estaba ligeramente taquipneica y taquicárdica, con disnea a mínimos esfuerzos. Auscultación cardíaca con soplo sistólico II/VI y auscultación pulmonar con hipoventilación bilateral con crepitantes bilaterales hasta campos medios. Miembros inferiores con ligeros edemas con fovea.

Pruebas Complementarias:

- **Radiografía de tórax:** cardiomegalia, congestión y derrame pleural bilateral.
- **Ecocardiograma:** destaca un ventrículo izquierdo ligeramente dilatado, con hipoquinesia generalizada y FEVI 40%. Disfunción diastólica moderada. Insuficiencia mitral moderada. Mínima lámina de derrame pericárdico circunferencial sin datos de compromiso hemodinámico.

Ante la situación de insuficiencia cardíaca de origen desconocido se solicitó una RMN cardíaca que mostró un ventrículo izquierdo dilatado, con hipoquinesia global y FEVI 35-40%. Ventrículo derecho con ligera disfunción.

Áreas de edema/inflamación en segmentos basal medio del septo y pared libre del VI. Leve derrame pericárdico. No trombos. Realce de tipo no isquémico intramesocárdico y lineal, focal, en segmento medio de la pared libre del VI y epicárdico en segmentos basales laterales de VI que coinciden con zonas de edema, compatible con focos de miocarditis. Tras tratamiento la paciente evolucionó de forma favorable de la situación de insuficiencia cardíaca con mejoría al alta de la función biventricular.

Fue diagnosticada de:

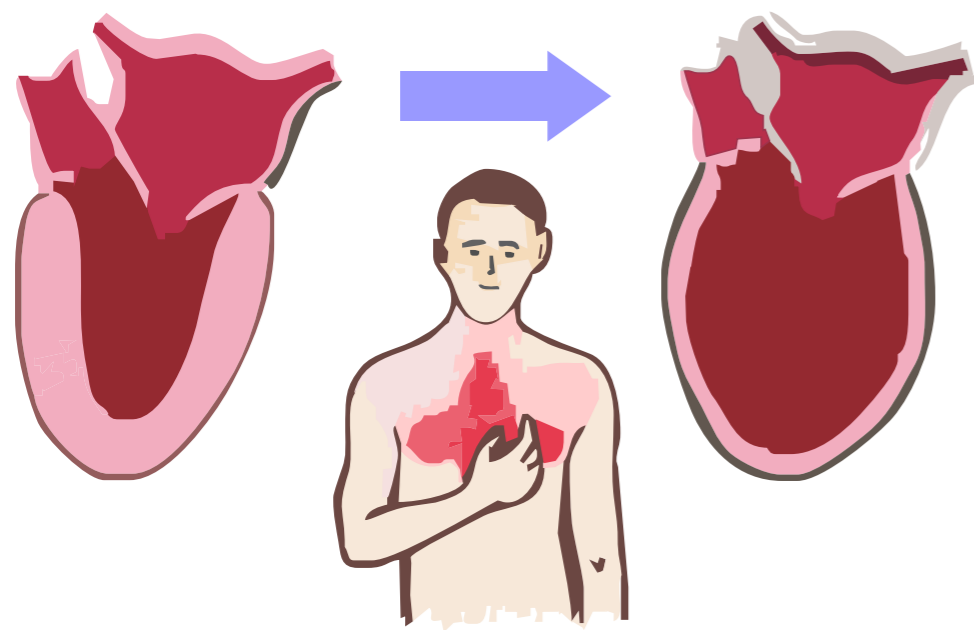
CUADRO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DE PREDOMINIO IZQUIERDO, EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA CON DISFUNCIÓN BIVENTRICULAR INICIAL EN CONTEXTO DE MIOPERICARDITIS DE PROBABLE ORIGEN TÓXICO POR TRATAMIENTO QT Y RT PREVIO.

Dra. Nieves Moreno Sánchez
Unidad de Cardiología IDCsalud Clideba



Caso Clínico

Discusión



Cardiomiopatía con disminución de la fracción de eyección

Disminución $\leq 5\%$ de la fracción de eyección basal o FEM $< 55\%$ + síntomas

Disminución $> 10\%$ de la fracción de eyección basal o FEM $< 55\%$ sin síntomas

Presencia de síntomas de falla cardíaca

Presencia de signos de falla cardíaca

En los últimos años se han producido avances muy notables en el tratamiento del cáncer. La introducción de nuevos tratamientos han aumentado las tasas de cura y de remisión en algunos cánceres.

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en la mujer en los Estados Unidos. Diversas terapias utilizadas en el cáncer de mama son cardiotoxícas: Fluorouracilo (isquemia e infarto de miocardio), Antraciclinas (miocardiopatía, miopericarditis, arritmias), Cisplatino (hipertensión), Ciclofosfamida (insuficiencia cardíaca, miopericarditis, arritmias), Taxanos (insuficiencia cardíaca, isquemia, arritmias), Metotrexato (isquemia, arritmias), Trastuzumab (insuficiencia cardíaca), Tamoxifeno (trombosis venosa), Radioterapia (cardiopatía restrictiva, aterosclerosis acelerada, derrame pericárdico).

Dado que los tratamientos han mejorado, la supervivencia ha aumentado, y esto permite que la toxicidad cardíaca pueda ser el principal factor determinante de su calidad de vida y, en algunos casos, de una muerte prematura.

La cardiotoxicidad se ha definido con el empleo de diversas clasificaciones.

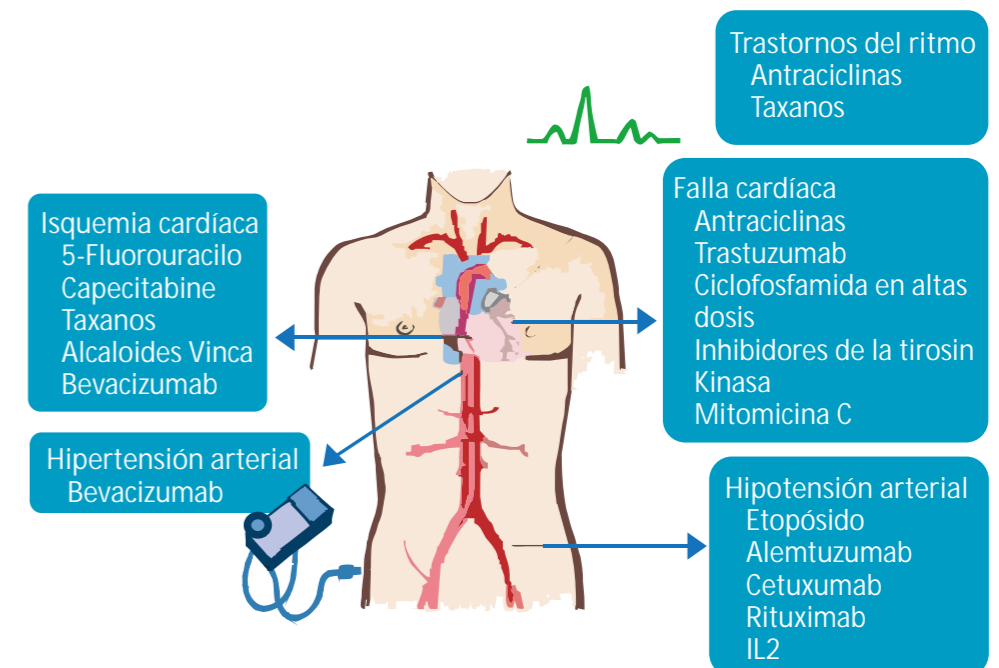
Las guías recientes proponen que una reducción de la FEVI $> 5\%$ hasta llegar a un valor $< 55\%$ junto con síntomas de insuficiencia cardíaca o una reducción asintomática de la FEVI $> 10\%$ hasta llegar a un valor de $< 55\%$ constituyen cardiotoxicidad.

La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) es un potente factor predictivo de la evolución clínica y ha sido la variable utilizada históricamente

Lista de chequeo para la evaluación de los factores riesgo para desarrollar cardiotoxicidad

Factor de riesgo	SÍ	NO
Inicio de la quimioterapia a edades tempranas o en mayores de 70 años	SÍ	NO
Sexo femenino	SÍ	NO
Esquema de quimioterapia que requiere aplicación rápida de los medicamentos	SÍ	NO
Recibió irradiación mediastinal	SÍ	NO
Tiene antecedentes de enfermedad cardiovascular	SÍ	NO
Trastornos hidroelectrolíticos:		
Hipocalcemia		
Hipomagnesemia	SÍ	NO
Hipokalemia		
Dosis acumulativa que excede los siguientes límites de estas medicaciones:		
Daunorrubicina 550-800 mg/m ²		
Doxorrubicina 400-550 mg/m ²	SÍ	NO
Epirubicina 900-1000 mg/m ²		
Mitoxantrona 100-140 mg/m ²		

para evaluar la función sistólica cardíaca en la situación basal y durante la quimioterapia. La monitorización secuencial de la función cardíaca durante la quimioterapia es de capital importancia para la detección precoz de la disfunción del VI. La determinación de la FEVI se realiza a menudo mediante ecocardiografía o con la técnica de ventriculografía isotópica con adquisición sincronizada múltiple (MUGA). La resonancia magnética cardíaca (RMC) se considera el patrón de referencia para la evaluación de los volúmenes, la masa y la FE del VI.



Dra. Nieves Moreno

Amigdalectomía

Consideraciones Generales

¿Qué son las amígdalas?

Las amígdalas son una agrupación de tejido linfático situado a ambos lados de la garganta aunque no son lo único que existe alrededor de la cavidad oral.

La misión que juegan en el sistema inmune no es completamente conocida y permanece aún en investigación. Se cree que intervienen en el aprendizaje de la lucha frente a las infecciones en etapas tempranas de la vida. No obstante, las amígdalas pueden ser a su vez por sí mismas causa de enfermedad, infectarse crónicamente por virus y bacterias, y dejar de tener esta misión que se les atribuye. Se convierten entonces en una fuente de problemas que pueden repercutir en todo el organismo.

¿Qué síntomas pueden aparecer en las infecciones de amígdalas o amigdalitis?

Si un paciente padece una amigdalitis puede tener cualquiera de los siguientes síntomas:

Dolor de garganta y al tragar

Fiebre

Inflamación de ganglios en el cuello

Las amígdalas estarán rojas e inflamadas o cubiertas de una capa blan-ca o amarillenta.

No seas el médico, acude a un pediatra o a un otorrino para que él haga un diagnóstico y prescriba el tratamiento correcto

¿Cuál es el tratamiento de la amigdalitis?

La mayoría de las infecciones de amígdalas evolucionan favorablemente con el tratamiento medicamentoso adecuado.

Las infecciones por virus son tratadas con medicamentos que alivien los síntomas; en las infecciones por bacterias se añaden además antibióticos.

¿Cuándo es necesario el tratamiento quirúrgico en las amigdalitis?

La cirugía de las amígdalas es necesaria cuando el tratamiento con medicamentos y otras medidas de soporte no es efectivo.

¿En qué consiste la operación de las amígdalas?

La intervención de las amígdalas o amigdalectomía es un procedimiento quirúrgico y como tal se realiza con los máximos cuidados para minimizar los riesgos. Es necesario antes de la intervención un estudio preoperatorio.

- Las ocho horas anteriores a la intervención el paciente debe permanecer en ayunas.

- Se realiza bajo anestesia general; vigilando el anestesiólogo durante toda la intervención las constantes vitales del paciente.

- La duración de la intervención es variable aproximadamente 60 minutos.

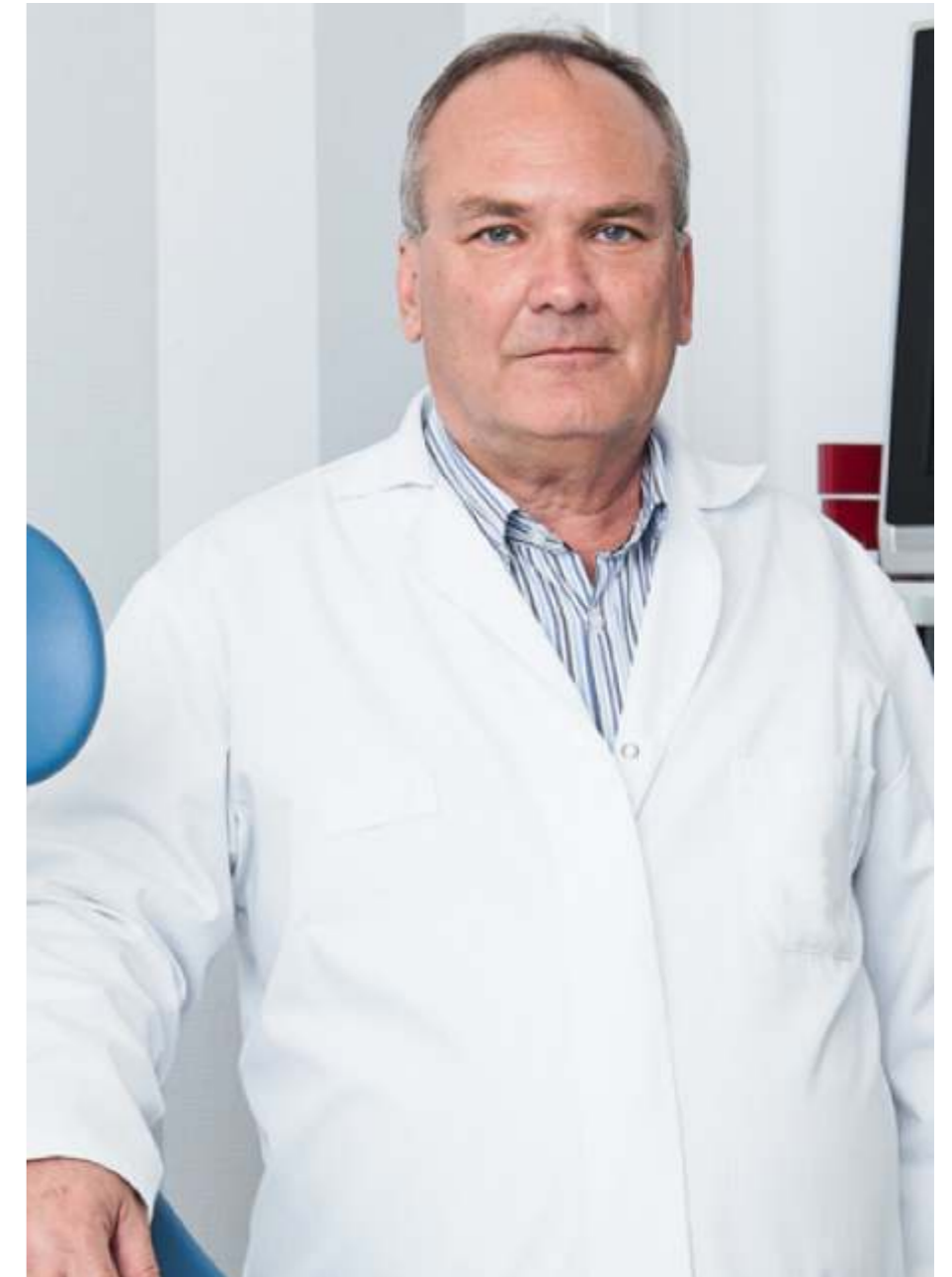
- El cirujano otorrinolaringólogo extirpará las amígdalas de la boca, sin realizar incisiones en la piel.

- El sitio de donde las amígdalas han sido extraídas cicatriza por sí mismo en 10-14 días.

- No hay estudios que hayan demostrado que la extirpación de las amígdalas influya de forma negativa en la respuesta inmune (defensas) del organismo.

- En la mayoría de los casos el tiempo de estancia en el hospital es de 24 horas.

- Al alta el otorrinolaringólogo indicará tratamiento analgésico (para el dolor).



Dr. Jesús María Pando Pinto
Otorrinolaringólogo de IDCsalud Clideba

¿Cuáles son los riesgos de la amigdalectomía?

La amigdalectomía es realizada bajo anestesia general y esto supone un riesgo anestésico igual que cualquier otra operación. Una complicación propia de la amigdalectomía es el sangrado del lecho amigdalar que puede ser inmediato tras la intervención o alrededor del séptimo día de la operación cuando la escara que cubre la zona operada se cae. Esta complicación puede minimizarse siguiendo las recomendaciones de su otorrinolaringólogo para el postoperatorio aunque a veces es inevitable.

Cuando la hemorragia ocurre, la mayoría de las veces es escasa y cesa espontáneamente. En ocasiones, sin embargo, es necesario el ingreso del paciente en el hospital para coagulación, bajo anestesia, del punto sangrante. Otra complicación de la intervención puede ser el dolor intenso de garganta durante la deglución que en muchas ocasiones se irradia a oídos. El médico indicará el tratamiento analgésico que sea necesario.



“La CALIDAD es la mejor garantía para conseguir la SATISFACCIÓN de nuestros pacientes”

Conseguir el reconocimiento de los pacientes a través de la máxima calidad es el principal objetivo de todos los profesionales que conforman la Unidad de Cocina de Servicios Personas Salud, S.L. para IDCsalud en Extremadura.

Antonio David Murillo, como Jefe de Cocina en Badajoz y Cáceres dirige desde hace más de nueve años este equipo formado por doce profesionales que día a día se reinventan y se esfuerzan por hacer de la calidad de sus productos el mejor aliado para conseguir que los pacientes se sientan como en casa.

Para lograrlo, el equipo de cocina de IDCsalud en Extremadura trabaja cada día para mejorar la relación con los pacientes de sus centros ofreciéndoles una atención personalizada basada en la cercanía y el buen trato y haciendo contar sus opiniones para conseguir un servicio gastronómico exquisito. *“Esto sólo se puede conseguir si uno se rodea de un equipo de profesionales preocupados por el bienestar de los pacientes y convencidos de que la calidad es la mejor garantía para conseguir el reconocimiento tanto de los usuarios de los centros como de sus familias”*, explica el Jefe de Cocina.

Para Antonio David, además de un buen equipo humano, un requisito indispensable que debe reunir una cocina para dar un buen servicio cada día es estar dotada de los recursos técnicos más punteros, con materiales y utensilios de cocina de primera gama, que les permita evolucionar aplicando nuevas técnicas en la elección y elaboración de sus platos, siempre adaptados a las necesidades de sus pacientes. Esta última es una de las funciones del Jefe de Cocina, que confecciona de manera personalizada los menús diarios siempre con el asesoramiento tanto de médicos como del equipo de enfermería y de expertos endocrinos.

“Mis funciones como Responsable de Cocina de Servicios Personas Salud S.L. para IDCsalud Extremadura, van desde la organización del equipo, la elaboración de las dietas de manera casi personalizada y el cuidado y la calidad de las materias primas que utilizamos en nuestras cocinas, hasta la



expedición y el control de los pedidos y la contabilidad económica del servicio, pero sobre todo, nuestro equipo trabaja para conseguir la mejor calidad”, asegura Antonio David.

Un equipo de profesionales que dirige desde la Gerencia de Extremadura, Luis Pinilla, la Directora de Servicios Generales, Dolores Pita y el Director de Hostelería, Manuel Campoy, y que está integrado por el Jefe de Cocina, Antonio David Murillo, y las ayudantes de cocina Avelina Corchero, Matilde Peña, Dolores Cerrajero, Celestina Guerra, Eloísa Salgado y Joaquina Meléndez, aunque dependiendo de las necesidades del servicio y en fechas señaladas también cuenta con el trabajo de Francisca González y Catalina Mena.

En la Unidad de Cocina todos son profesionales con muchos años de experiencia en el sector de la hostelería, y concretamente entre fogones, aunque están siempre dispuestos a seguir formándose para aprender los nuevos conceptos que introduce cada día el mundo culinario.

Prueba de ello son los numerosos cursos de formación que realizan con periodicidad y que son impartidos gracias al empeño por contar con un equipo de profesionales cada vez más cualificados y expertos en el terreno de la hostelería, un campo cada vez más exigente que se expone con frecuencia a numerosos controles de calidad y salud.

“En nuestras cocinas de los centros idcsalud son frecuentes las tomas de muestras de comida y temperatura para controlar minuciosamente que nuestros productos cumplen las normas higiénico-sanitarias que convierten nuestra materia prima en productos de máxima calidad, además de contar con el análisis de expertos veterinarios dos o tres veces al mes”, explica Antonio David Murillo.

Y es que la calidad y la atención personalizada son la mayor garantía de satisfacción de los pacientes cuya colaboración es esencial para que todo el equipo siga avanzando en la mejora de sus servicios.

Antonio David Murillo
Jefe de Cocina IDCsalud Clideba



Masmaxilodental... Servicios dentales integrales



Cartera de servicios

Cirugía Oral y Maxilofacial
Implantología
Prótesis sobre implantes
Ortodoncia
Periodoncia
Odontología General
Odontopediatría

Hospital Clideba
C/ Miguel Pérez Carrascosa s/n
06011 (Badajoz)

924230331
info@masmaxilodental.es

breves



CALIDAD CERTIFICADA

Durante el mes de noviembre de 2014, se realizó la Auditoría de Renovación del sello de certificación en calidad según la Norma ISO 9001:2008 dentro del multisite de idcsalud S.L.U. siendo la entidad certificadora DNV (DET NORSKE VERITAS) Business Assurance, una de las mayores empresas de certificación a nivel mundial.

Trabajamos para proporcionar una asistencia de la máxima calidad siempre enfocada a mejorar la seguridad de nuestros pacientes. Por ello sometemos a nuestros centros al proceso de Certificación por entidades externas para verificar con rigor que nuestros objetivos de mejora para lograr una Asistencia Sanitaria de Excelencia son los adecuados.

IDCSALUD Y EL GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN ACUERDAN SU FUSIÓN



IDCsalud y Grupo Hospitalario Quirón han firmado el acuerdo de fusión entre ambas compañías con lo que se crea el grupo hospitalario más importante de España y el tercero a nivel europeo, tanto en número de centros asistenciales como de plantilla.

El nuevo Grupo Quirón-IDCsalud cuenta con una red asistencial de cobertura nacional, con 40 hospitales y más de 30 centros médicos periféricos distribuidos en 13 Comunidades Autónomas, además de 6 residencias y el único instituto de investigación privado acreditado por el Instituto de Salud Carlos III (el Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz) La plantilla asciende a 24.000 trabajadores, oferta 6.200 camas en centros con infraestructuras de primer nivel y equipamiento con la tecnología más avanzada.