

ahora Clideba

La Revista de tu hospital en Badajoz

nº2



15

aniversario

idcsalud

15 años por la salud
de los extremeños

1



15 años por la salud de los extremeños

3



IERA e IDCsalud Clideba

5



SEGURIDAD DEL PACIENTE en mayúsculas

7



Evolución de la Cirugía de cataratas

Dolor torácico a estudio

Analgesia epidural en el PARTO

Nueva Unidad de Atención Domiciliaria

Servicio de ADMISIÓN

14



15



17



23



CONSEJO EDITORIAL

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

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Departamento Corporativo de Marketing y Relaciones con Pacientes



Luis Pinilla
Gerente IDCsalud Clideba

IDCsalud celebra su 15 aniversario de presencia en Extremadura, trabajando por los extremeños.

Por tal motivo, nuestra organización y sus profesionales celebraron un acto el 2 de octubre que contó con la presencia del Alcalde de Badajoz, el Consejero de Salud y Política Sociosanitaria, el Director General de IDCsalud D. Adolfo Fernandez Valmayor, así como una numerosa representación del SES, compañías aseguradoras, mutuas y otras instituciones tan relevantes para la región como la Universidad de Extremadura o el Centro de Cirugía de Mínima Invasión.

Este acto nos ha servido para hacer un alto en el camino, valorar los logros conseguidos y agradecer a todos los profesionales que conforman nuestra organización su aportación a estos éxitos y su vocación de servicio a los extremeños. Pero también nos ha permitido reafirmar ante toda la sociedad nuestro compromiso de futuro con la región y sus habitantes.

El año 1999 fue clave para idcsalud gracias a la adquisición de Clideba y del Hospital Virgen de Guadalupe, y la incorporación mediante concesión del Hospital Santa Justa. Ese fuerte inicio en la región no sería nada hoy de no haber sido por el esfuerzo conjunto de nuestro grupo y de los extremeños, que se ha llevado a cabo no sólo para ser parte de la Sanidad de esta comunidad, sino también para aumentar nuestra presencia aquí. Muestra de ello es el reciente acuerdo con el Instituto Extremeño de Reproducción Asistida.

Durante toda esta andadura hemos contado con la colaboración de profesionales de altísima cualificación, y no hemos dejado de invertir en infraestructuras y equipamientos para ofrecer unas instalaciones que pudieran satisfacer las distintas necesidades de nuestra población. Todo ello ha permitido que Clideba sea el hospital líder en la asistencia privada de Extremadura, contando en la actualidad con más de 380 profesionales de los cuales 115 son médicos de 33 especialidades.

La búsqueda de una atención integral nos ha permitido expandirnos y abrir nuevas unidades y servicios. Pero también la búsqueda continua de mejoras en el trato y tratamiento de nuestros usuarios ha sido posible gracias a una filosofía basada en la excelencia en la asistencia clínica y en la apuesta por contar siempre con tecnología de vanguardia.

Esta forma de hacer las cosas nos ha definido en Extremadura durante estos 15 años. Con el esfuerzo de todos los profesionales estamos seguros de que podremos seguir siendo referente en calidad durante muchos años más.



15 años por la salud de los extremeños



IDCsalud cumple 15 años prestando asistencia a la población extremeña

El grupo ha creado más de 260 puestos de trabajo y ha invertido 15 millones de euros en la región

Al acto de celebración han acudido el Excmo. Consejero de Salud y Política Sociosanitaria del Gobierno de Extremadura, D. Luis Alfonso Hernández Carrón y el Ilmo. Alcalde de Badajoz, D. Francisco Javier Frago Martínez. El Director General de IDCsalud, D. Adolfo Fernández Valmayor habló de la andadura de IDCsalud en la región durante estos 15 años. D. Luis Pinilla Albarrán, Director Regional basó su exposición en la colaboración Público Privada y Dña. Loreto Domínguez Aparicio, Coordinadora Regional de RRHH centró su ponencia en el Proyecto Trato y Tratamiento.

Su actividad en la región se inició en 1999, con la adquisición de la Clínica Clideba, Virgen de Guadalupe y la concesión del hospital municipal Santa Justa y ha aumentado con el acuerdo para la gestión del Instituto Extremeño de Reproducción Asistida (IERA). En esos 15 años el grupo ha llevado a cabo en Extremadura 500.000 urgencias, 750.000 consultas, 100.000 ingresos hospitalarios y 120.000 intervenciones quirúrgicas.

El compromiso que el grupo IDCsalud adquirió con la Sanidad extremeña acaba de cumplir quince años.

Tras su entrada en 1999 en la gestión de la clínica Clideba (Badajoz) Virgen de Guadalupe (Cáceres) y la concesión del hospital municipal Santa Justa (Villanueva de la Serena), el grupo aumentó su presencia en 2001, con la participación en el Centro de radioterapia de Cáceres y recientemente con la incorporación del Instituto Extremeño de Reproducción Asistida (IERA), lo que ha permitido que IDCsalud disponga de centros sanitarios en las principales ciudades de la región.

Durante estos quince años, IDCsalud ha creado más de 250 puestos de trabajo, completando una plantilla que hoy se cifra en 550 profesionales. Además, ha realizado una inversión de 15 millones de euros, destinados principalmente a la modernización de instalaciones y a la adquisición de tecnología puntera tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de la población de la comunidad extremeña.

La historia de IDCsalud en Extremadura comenzó en 1999. Ese año el grupo adquirió Clideba, clínica de referencia en la región, y desde entonces el centro ha pasado de contar con 58 camas a disponer de 74.



D. Luis Pinilla Albarrán, D. Luis Alfonso Hernández Carrón, D^a Loreto Domínguez Aparicio, D. Francisco Javier Fragoso Martínez y D. Adolfo Fernández-Valmayor



D. Adolfo Fernández-Valmayor

También cuenta con una zona específica de consultas externas, Unidad de Cuidados Neonatológicos y de Cardiología y una resonancia magnética nuclear de 3 teslas. Además, entre 2013 y 2014 ha incorporado un Centro Específico de Cirugía Maxilofacial y Oftalmología y un Centro de Especialidades, en la ciudad de Badajoz. En Mérida en este último año ha abierto un nuevo policlínico que sumado al ya existente ha permitido acercar a esta población más de 12 especialidades médicas.

En las unidades clínicas multidisciplinares de Clideba hoy desarrollan su actividad 380 profesionales, 115 de ellos médicos de 33 especialidades. También en 1999, el Hospital Municipal Santa Justa reabrió sus puertas ya gestionado por IDCsalud tras una importante reforma, y hoy dispone de 50 trabajadores, 20 camas y 3 quirófanos.

Por su parte, el Hospital Virgen de Guadalupe tiene 30 camas y 3 quirófanos atendidos por más de 140 profesionales y ofrece servicios médicos de 30 especialidades, incluyendo un servicio de urgencias 24 horas los 365 días del año.

Sobre IDCsalud

El grupo IDCsalud, líder en España en prestación de servicios sanitarios, gestiona 29 centros hospitalarios en cuatro comunidades autónomas y cuenta con una plantilla de más de 9.500 profesionales para desarrollar su actividad.

La labor asistencial de IDCsalud cubre todas las especialidades médicas, destacando en el diagnóstico y tratamiento de patologías cardiovasculares y oncológicas. Los centros que gestiona, en los que se han invertido más de 550 millones de euros, disponen de instalaciones y equipamientos para diagnóstico y tratamiento con tecnología de vanguardia.

Víctor Madera, presidente de IDCsalud, destaca el “compromiso” del grupo para brindar a los pacientes una asistencia de calidad y excelencia: *“Para cumplir con él apostamos por la promoción activa de la innovación, la investigación y la docencia y contamos con los mejores profesionales”*.



El Instituto Extremeño de Reproducción Asistida (IERA) e IDCsalud Clideba firman un acuerdo para la gestión conjunta de los servicios de este centro especializado

HOLA



Esta colaboración refuerza el servicio a los pacientes extremeños en asistencia clínica e investigación ginecológica.

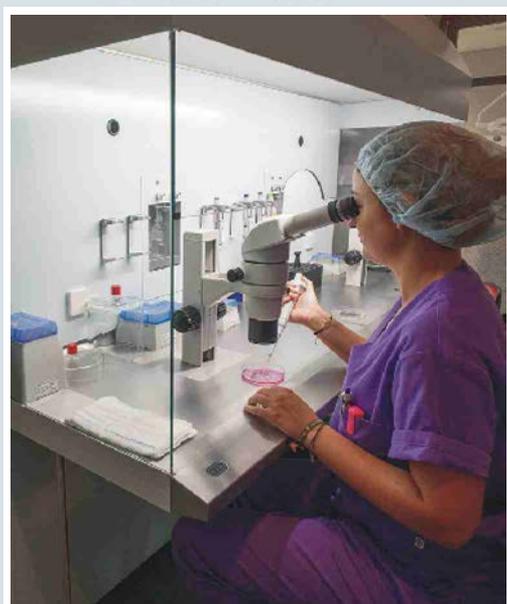
El Instituto Extremeño de Reproducción Asistida (IERA), centro integral de la salud reproductiva de la mujer, e IDCsalud Clideba han firmado un acuerdo para la gestión conjunta de los servicios del centro especializado en ginecología, Obstetría y Reproducción Asistida

Como parte del acuerdo, el grupo IDCsalud invertirá en el capital de IERA y dará apoyo con sus recursos asistenciales y operativos. Esta colaboración refuerza el liderazgo de ambas instituciones en el ámbito de la asistencia y la investigación ginecológica de excelencia entre los pacientes extremeños.

El IERA es el centro de referencia en reproducción asistida en Extremadura por ser pionero en la incorporación de tecnologías y tratamientos de esterilidad de vanguardia.

INSTITUTO EXTREMEÑO
DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA **iera**

Con este acuerdo se amplía la asistencia desde el momento de la decisión de ser padres hasta la atención pediátrica del niño



HOLA

Ambas entidades apuestan por la excelencia en la asistencia clínica, la tecnología de vanguardia, la investigación, la innovación y la formación.

Desde su inicio en 2001, ha completado más de 2.500 ciclos de fecundación in vitro (FIV) con más de 1.000 niños nacidos.

Con un equipo de más de 40 profesionales cualificados, sus instalaciones cuentan con los últimos avances tecnológicos, incluyendo ecógrafos de última generación, incubadoras y sistemas de micromanipulación embrionaria o aparatos automatizados para análisis hormonales, entre otros. Dispone, además, de una Fundación desde la que promueve la investigación y formación en reproducción asistida.

El acuerdo alcanzado con IERA consolida la presencia de IDCsalud en Extremadura y refuerza su oferta de servicios a los pacientes de la Comunidad.

La operación forma parte de la política de búsqueda continua de mejoras en el trato y tratamiento de sus usuarios y ha sido posible ya que ambas entidades comparten una filosofía basada en la excelencia en la asistencia clínica y en la apuesta por la tecnología de vanguardia, la investigación, la innovación y la formación de los profesionales como medio para alcanzar dicha excelencia.

SEGURIDAD DEL PACIENTE en mayúsculas

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para pacientes y familiares, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

La “**SEGURIDAD DEL PACIENTE**” se define como la “ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria”. El “nivel mínimo aceptable” se refiere y está relacionado con el estado actual del conocimiento, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención, frente al riesgo de no llevar a cabo ese tratamiento o aplicar otra terapia.

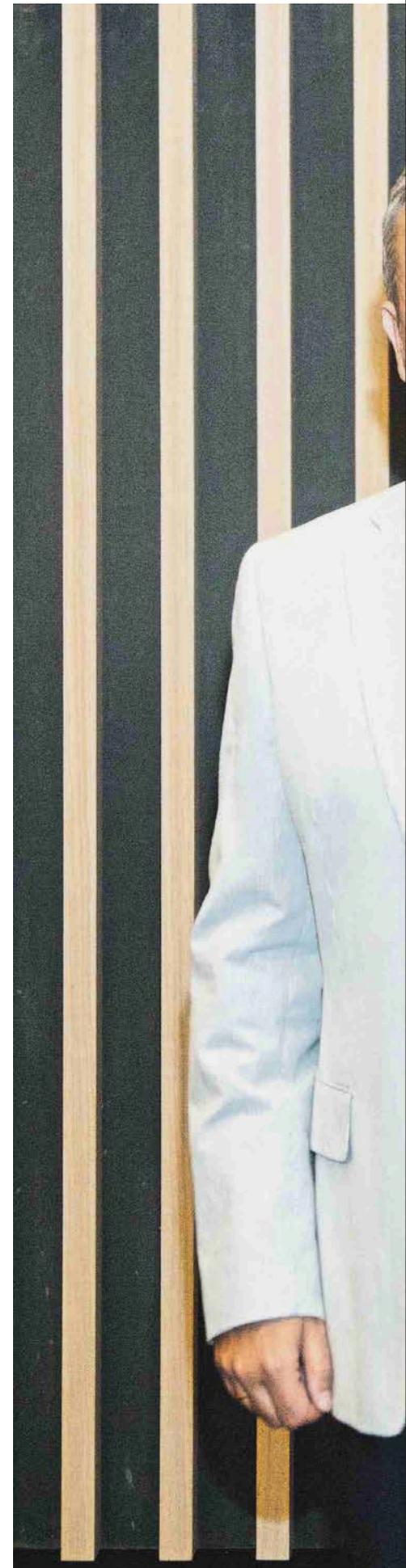
En el momento actual, la seguridad del paciente debe considerarse como fundamento esencial y necesario de la buena calidad de la atención sanitaria. Debe estar basada en una actitud preventiva, en el análisis y revisión sistemáticos a partir de los diferentes sistemas de información y la comunicación de los incidentes por los profesionales sanitarios.

La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que constituyen el sistema moderno de prestación de atención a la salud puede aportar beneficios importantes, pero también trae aparejado el riesgo de que ocurran eventos adversos que pueden dañar al paciente.

Dichos eventos no solo constituyen un riesgo para los enfermos, sino, que además, representan un coste económico adicional, dañan a las instituciones y a los profesionales y erosionan la confianza de los enfermos en el sistema sanitario.

Así, los avances científicos y tecnológicos que han permitido mejorar la efectividad de la medicina actual se han cobrado como precio hacerla también menos segura y más peligrosa.

La preocupación por la SP es algo que todo el personal asistencial lleva dentro, que lo considera como propio y central en su profesión, el “*Primum non nocere*” hipocrático. Sin embargo, y aquí radica el cambio que pretendemos desarrollar es que a este compromiso personal se añada la visión de una Cultura que implique a la Organización íntegra (Gerencias, Comisiones, Unidades de gestión de riesgo y Calidad, profesionales y pacientes) en el mantenimiento de un sistema de prevención, construcción y cuidado de la salud.





El gran desarrollo científico tecnológico de los últimos 50 años, ha convertido a las Ciencias Médicas en una materia sumamente compleja que ya no puede sostener su eficacia en base a las responsabilidades individuales de los profesionales y que, consecuentemente, requiere de un avanzado sistema de estandarización de procedimientos y verificación en tiempo real de las acciones y los resultados.

Velar por la seguridad del paciente se ha convertido en una tarea frente a la que ningún profesional puede mostrarse indiferente.

El paradigma actual de la medicina se centra en una medicina más participativa en el sentido del respeto a la libertad individual y la autonomía del paciente, quien tras una información correcta decide si está de acuerdo en aceptar o rechazar aquel procedimiento que se le aconseja.

Desde que se publicó "To err is human" a finales del siglo pasado, la evidencia de que la atención médica tecnificada e intervencionista tiene un contrapunto en forma de efectos adversos no ha hecho más que crecer y crecer.

En este momento no es entendible ni aceptable un servicio sanitario que no se preocupe de la seguridad de sus pacientes.

Por ello, en IDCsalud queremos trabajar en equipo para instaurar una Cultura de Seguridad del Paciente entre todo nuestro personal, desarrollar y extender por nuestros hospitales Prácticas Seguras y estudiar de forma exhaustiva los Efectos Adversos que se produzcan con el fin de entender lo que ha pasado para que no ocurra más.

Y por último, está dentro de nuestros objetivos implicar a los pacientes en su propia seguridad como parte interesada y protagonista que son. Al final, la visión es conseguir que IDCsalud llegue a formar parte de lo que se conoce como "Organizaciones muy seguras".

Debemos ser ambiciosos en los objetivos que queremos conseguir, pacientes y prudentes en las formas de alcanzarlos. Somos conscientes del enorme esfuerzo que todos nuestros profesionales están haciendo en estos tiempos tan difíciles. Necesitamos vuestra colaboración y sensibilidad para desarrollar entre todos una buena estrategia de Seguridad del Paciente, convencidos de que es la única forma de proporcionar la mejor medicina y los mejores cuidados a nuestros pacientes y ser reconocidos por ellos.

Es evidente que en esta materia tenemos historia que revisar, presente que describir y analizar y, sin duda, un futuro para normalizar buenas prácticas, cambiar conductas y mejorar hacia esa cultura generadora de ideas, en la que la seguridad sea un estilo de ejercicio de la práctica clínica con implantación transversal en las organizaciones sanitarias.

Gracias a esta nueva sección intentaremos en los sucesivos números ir desgranando los aspectos que más influyen en el necesario cambio cultural que pretendemos desarrollar y los modelos de implementación de Prácticas Seguras que nos ayudarán a conseguir el reto de ser una empresa líder en Seguridad del Paciente.

La comisión de SP, y en mi nombre propio quiero agradecer de antemano tanto a los profesionales de IDCsalud, como a los pacientes y familiares vuestra colaboración y ayuda para que los esfuerzos que la organización está haciendo en este campo, reviertan en una mejora de la calidad asistencial en nuestros centros.

Dr. Florencio Morán Camberos.

*Médico Anestesiólogo-Reanimador.
Responsable de SP IDCsalud Clideba.*

EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS

UN CONTINUO CAMBIO BUSCANDO LA EXCELENCIA

La causa más frecuente es la edad, aunque realmente es un proceso multifactorial en el que están implicados múltiples factores desde factores que vienen determinados genéticamente hasta factores ambientales exógenos como exposición a la luz excesiva, traumatismos, agresiones quirúrgicas previas etc.

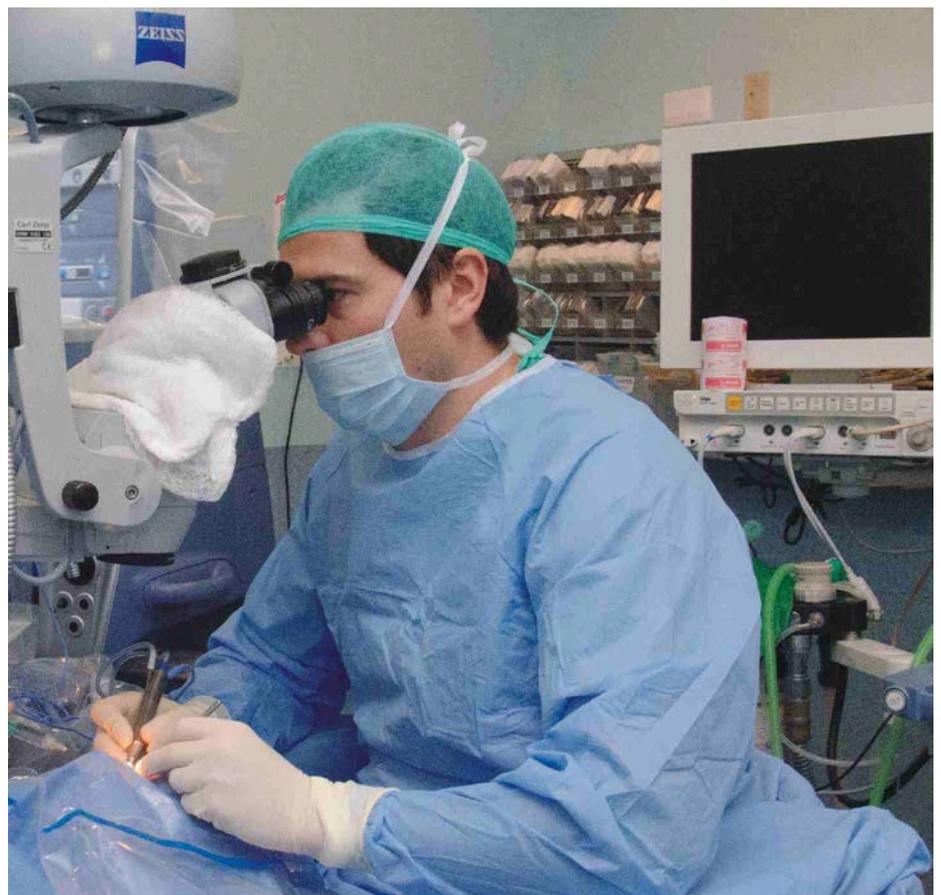
El cristalino posee dos propiedades únicas: la transparencia y la acomodación.

Ambas propiedades van desapareciendo de manera fisiológica.

La pérdida de la transparencia se conoce como catarata y se produce de manera progresiva, volviéndose el cristalino de un tono amarillado, el cual se va oscureciendo cada vez más hasta llegar a opacificarse por completo.

La acomodación, en cambio, se pierde antes, este proceso se denomina presbicia o vista cansada, ocurre en torno a los 45 años y es debido a que el cristalino pierde su elasticidad.

En resumen, el envejecimiento del cristalino implica, por este orden, la pérdida de la acomodación o presbicia (edad media de 45 años) y la pérdida de la transparencia o catarata (edad media de 65 años).



Dr. Fernando González González.

Afortunadamente desde la **RECLINACIÓN** hasta nuestra época la cirugía de catarata ha avanzado de forma espectacular convirtiéndose en una de las cirugías más modernas y tecnológicas que existen.

La catarata se define como la opacificación del cristalino

La cirugía de la catarata comenzó hace más de 3000 años, existen documentos egipcios que describen cirugía de catarata, en aquella época, esta técnica se denominaba **“RECLINACIÓN”**.

Mediante un instrumento punzante esterilizado a fuego incidían en el ojo y empujaban la catarata madura hacia el fondo de tal forma que el cristalino se alojaba en la cavidad vítrea dejando el eje central del ojo libre.

Su evolución ha sido la siguiente:

1. LA CIRUGÍA INTRACAPSULAR

Todavía hoy se ven muchos pacientes que han sido operados con esta técnica, consiste en extraer el cristalino completo del ojo. Se realizaba mediante una incisión amplia de 8-9 mm que necesita sutura y mediante pinzas o mediante un clio-coagulador se extrae el cristalino íntegro, como un bloque. Esta técnica presentaba un alto índice de complicaciones aumentando drásticamente la incidencia de hemorragias, desprendimientos de retina etc. Y por otro lado, al retirar el cristalino y no sustituirlo por nada, el paciente necesita una gran corrección óptica, es decir una gafa que oscila entre las 10 y 15 dioptrías.

2. LA CIRUGÍA EXTRACAPSULAR.

Uno de los avances más importantes en la historia de la cirugía de catarata ha sido sin duda la aparición de las lentes intraoculares, es decir, lentes que sustituyen al cristalino.

La técnica consiste en hacer una incisión más pequeña de unos 5-6 mm aunque generalmente sigue necesitando sutura, y en lugar de extraer el cristalino completo, se extrae en bloque solo la parte interna del cristalino, denominada núcleo y corteza dejando la parte más externa denominada capsula, la cual tiene una forma de saco, y es ahí, dentro del saco, donde se coloca la lente intraocular. Esta técnica proporcionó una disminución muy importante de complicaciones y la dependencia de

una gafa muy potente se redujo, pero debido a la incisión tan grande seguía presentando alto grado de astigmatismo.

3. LA CIRUGÍA DE FACOEMULSIFICACIÓN MICROINCISIONAL.

El avance de las lentes intraoculares las cuales eran capaces de plegarse y entrar por incisiones cada vez más pequeñas propició que se ideasen formas de operar las cataratas con incisiones cada vez más pequeñas. La cirugía de facoemulsificación con ultrasonidos consiste en extraer el interior de la catarata dejando la capsula, pero en lugar de hacerlo en bloque (extracapsular) se fragmenta el núcleo en partículas pequeñas mediante la emisión por parte de una máquina de pulsos de ultrasonidos que van destruyendo la catarata y a la vez la van aspirando, esta técnica ha permitido realizar la cirugía de cataratas con incisiones que han ido cambiando desde 3,2 mm en sus inicios hasta incisiones de 1 mm. En los últimos dos años además esta técnica se puede asistir por láser de femtosegundo, la cual consigue fragmentar el cristalino sin necesidad de incidir en el ojo, para posteriormente abrir una incisión y aspirarlo. La cirugía de facoemulsificación con microincisión es la técnica quirúrgica más moderna y avanzada para la extracción de la catarata y permite realizar cirugía de catarata con anestesia tópica (gotas) de manera ambulatoria. Al ser incisiones tan pequeñas el aspecto del ojo es blanco inmaculado, y las molestias en el paciente son mínimas.

EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS UN CONTINUO CAMBIO BUSCANDO LA EXCELENCIA

Esta es la técnica que uso en la clínica IDCsalud Clideba.

Además de la técnica usada es importante conocer el modelo de lente intraocular que va ser implantada en el ojo, puesto que en el mercado existen lentes básicas, con peores propiedades aunque mucho más económicas y lentes Premium, con las características más avanzadas.

Estas últimas son las que uso en mis cirugías.

A todos mis pacientes siempre les detallo las distintas opciones de lentes intraoculares de forma personalizada, de tal forma que, la cirugía de catarata se convierte en una cirugía refractiva en la que el paciente puede, además de mejorar su calidad visual, hacerlo sin gafas.

La esperanza de vida en España se sitúa de media entre los 80-85 años, por lo que un paciente que se opere con 60 años va a llevar la lente dentro de su ojo una media de 20-25 años, por lo que merece la pena sentirse a pensar qué lente es la mejor opción.

De esta forma, ofertamos al paciente la posibilidad de no depender de gafas de lejos, o no depender de gafas para lejos y cerca. Lo cual está haciendo que la cirugía de catarata se realice cada vez más precozmente. Todos los pacientes, a la hora de afrontar una cirugía de catarata deben conocer qué tipo de técnica es la usada: que tamaño de incisión, que tipo de energía se usa para fragmentar el cristalino y deben, además, elegir que tipo de lente intraocular va a ser implantada.

La cirugía de catarata está en continuo cambio, donde los avances a nivel de lente intraoculares y técnicas a nivel de la aspiración del cristalino hacen que los cirujanos debamos estar siempre en continua formación para poder ofrecer a nuestros pacientes la técnica más avanzada con menores complicaciones y mejores prestaciones. Estoy seguro que estas líneas que he escrito en pocos años quedarán obsoletas por que dispondremos de lentes con mejores prestaciones y de aparatos más sofisticados que nos permitan extraer el cristalino aun de manera más eficiente.

La cirugía de catarata es la historia de un continuo cambio buscando la excelencia



Existen en el mercado distintos tipos de lentes, en mi opinión las características que no deben faltar en un lente intraocular son:

COMPATIBLE CON MICROINICISIÓN

Hidrófoba. esta característica produce menos descentramientos, menos índice de opacificación, menos fenómenos de capsulofimosis.

Asférica: produce una mejor calidad en visión nocturna sin aberraciones ni deslumbramientos.

Filtro Ultravioleta: Protege a retina de rayos UV nocivos que aumentan la incidencia de patologías de retina como degeneración macular.

Filtro amarillo: además de los rayos ultravioletas también filtra el espectro de luz azul que es el mas energética, protegiendo aun mas la retina.

Tamaño de óptica central de 6mm. Asegura que en condiciones de poca luz con pupila dilatada la lente siempre va a cubrir todo el eje pupilar.

Además de esas características, podemos manejar el defecto refractivo del paciente manejando las siguientes opciones refractivas de lentes intraoculares:

Lentes monofocales: indicadas para corregir defectos puros de miopía o hipermetropía. No corrigen astigmatismos y no corrigen Presbicia.

Lentes monofocales tóricas: indicadas para corregir defectos compuestos de astigmatismo, miopía e hipermetropía. No corrigen Presbicia.

Lentes multifocales: Indicadas para corregir presbicia en pacientes con miopía, hipermetropía sin astigmatismo.

Lentes multifocales tóricas: Indicadas para corregir presbicia en pacientes con astigmatismo, miopía o hipermetropía



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 4 salas destinadas a consultas externas y ha incorporado este año a su cuadro médico la especialidad de pediatría



Centro de Especialidades

IDCSalud Cideba amplía su cartera de servicios e inaugurar 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)

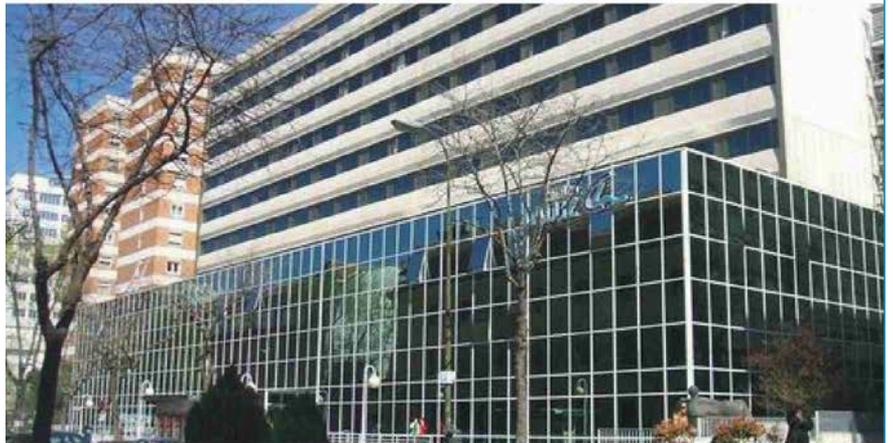
Centro de referencia de insimulación asistida de Extremadura que ha sido pionero en la incorporación de tecnologías y tratamientos de esterilidad de vanguardia. IERA cuenta con más de 40 profesionales, 6 consultas externas, un quirófano y 6 habitaciones para CMA.

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.



DOLOR TORÁCICO A ESTUDIO

Unidad de Medicina Interna, Cardiología y Digestivo, Grupo IDCsalud

Paciente varón de 33 años diagnosticado de esofagitis eosinofílica (EE) hace 6 meses en tratamiento con esomeprazol. Consulta a las Urgencias de Clideba por dolor torácico de características pleuríticas, acompañado de cortejo vegetativo y odinofagia.

Exploración física normal.

ECG muestra elevación ST en I,II,avL y V2-V6.

Perfil cardiaco y hematología normal. Ecocardio: sin alteraciones.

Juicio diagnóstico: dolor retroesternal a estudio, con alteraciones ECG compatibles con patrón de repolarización precoz en paciente con EE y alergia a múltiples alimentos.

DISCUSIÓN: EE fue descrita en 1977 tras un “espasmo esofágico” en un paciente con atopia. La biopsia fue concluyente. Es más prevalente en adultos 0.4%-1%, predomina en hombres entre 20-50 años. La etiopatogenia se cree multifactorial, ciertos alimentos originan una reacción de hipersensibilidad (I y IV), y con ello un aumento de citoquinas (IL-5 e IL-13) con reclutamiento de eosinófilos a nivel esofágico.

La disfagia intermitente e impactación del alimento, regflujo gastroesofágico (RGE) refractario a terapia y dolor torácico son los síntomas más comunes; suele asociarse con historia de atopia. Es necesario biopsia esofágica compatible (>15 eosinófilos por campo), y aunque las características endoscópicas pueden apoyar el diagnóstico no son patognomónicas.



Dra. María Eulalia Lobo Pascua, Médico Internista de Idcsalud Clideba.

TRATAMIENTO DE LA EoE

D DRUGS

D DIET

D DILATION

CONCLUSIÓN: Ante un paciente joven con episodios de impactación alimentaria, disfagia persistente o RGE refractario e historia de atopia considerar la posibilidad de Esofagitis Eosinofílica.

Su diagnóstico es clínico-patológico.

Analgesia epidural en el PARTO

IDC Salud Clideba, en su apuesta por la calidad y mejora de la atención al paciente, ofrece a la embarazada la posibilidad de parir sin dolor.

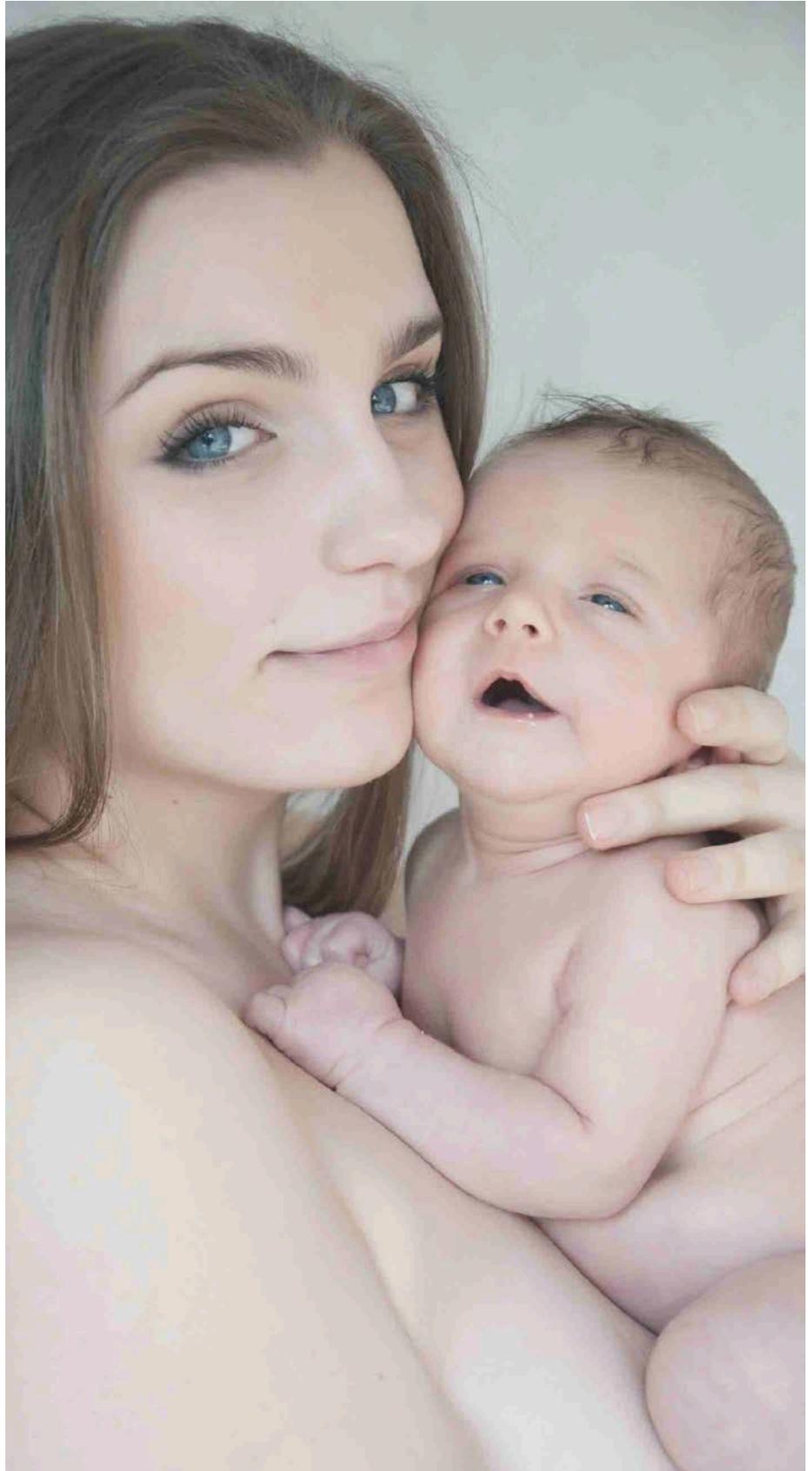
Cuenta para ello con un equipo de anestesiólogos que llevan más de 17 años ofreciendo sus conocimientos y maestría en la analgesia epidural.

La embarazada puede solicitar la analgesia epidural a su tocólogo con la seguridad de que serán atendidas desde el momento del ingreso por un equipo humano excelente donde se incluyen tocólogos, matronas, enfermeras y, cómo no, un anestesiólogo a cualquier hora y los 365 días del año, dispuestos a ofrecer las mejores condiciones y garantías en la evolución del parto, permitiéndole a la madre disfrutar plenamente del momento del parto y en las mejores condiciones.

La analgesia epidural lumbar permite bloquear las raíces nerviosas encargadas de transmitir el dolor durante todas las fases del parto.

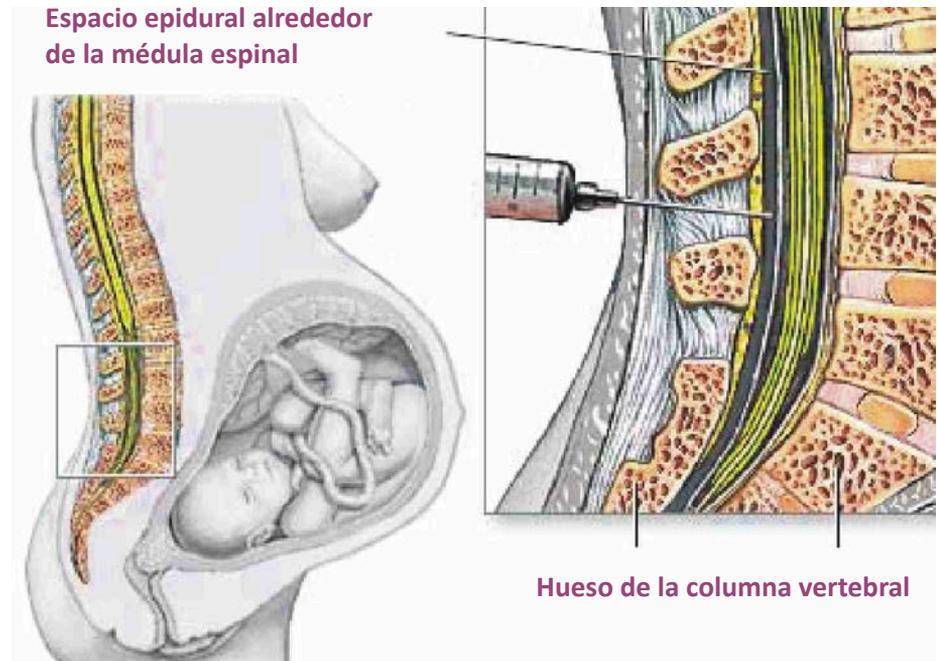
La técnica consiste en introducir a través de una aguja especial, un pequeño catéter en el espacio epidural y administrar una solución de anestésico local que provoca el bloqueo de las raíces nerviosas que salen de la médula a ese nivel.

Se trata de producir una pérdida de sensibilidad distal a la zona de punción y en menor medida un bloqueo motor, lo que permite a la futura madre poder moverse y participar en el periodo expulsivo realizando los pujos y ayudando al bebé en su descenso a través del canal del parto.



¿CUÁNDO SE COLOCA EL CATÉTER EPIDURAL?

La colocación del catéter tiene lugar en el momento que el parto está establecido. La matrona comunica al anestesiólogo que la dilatación ha llegado al menos a 3 cm y que las contracciones son regulares. Previa hidratación con suero fisiológico se procede a la monitorización del ritmo cardiaco y tensión arterial de la embarazada. En el momento de su colocación la embarazada deberá permanecer sentada arqueando la espalda o tumbada lateralmente doblando las rodillas, para abrir el espacio entre las vértebras y facilitar la técnica.



VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA EPIDURAL.

VENTAJAS:

Menor desgaste psicológico para la madre. Evitar los intensos dolores durante la duración del parto, ayudan a la madre a reducir el agotamiento físico y psicológico que supone un parto prolongado.

Control intraparto: los médicos pueden manejar mejor la evolución del parto modificando las dosis de oxitocina sin que influya en la percepción dolorosa de la madre.

Válida para la cesárea. Si fuese necesario indicar una cesárea a través del catéter puede aumentarse la concentración de anestésico para provocar una anestesia total de la zona.

Madre despierta. La madre podrá disfrutar y colaborar activamente del trabajo de parto y del nacimiento del bebé.

Mínimo efecto sobre el bebé. Los fármacos usados no actúan sobre el bebé sino que su acción se limita a la médula espinal de la madre.

DESVENTAJAS:

No permite los pujos a la madre. No siempre ocurre, sólo si se usan concentraciones mayores puede producirse esta situación, pero a concentraciones normales se consigue una analgesia adecuada a la vez que participa la madre en el parto.

Hipotensión. El bloqueo epidural provoca una vasodilatación distal que puede causar una caída de la presión arterial. Esto se evita con una adecuada hidratación previa. Para ello la matrona hidrata a la embarazada a través de una vía venosa.

Dolor de cabeza. Sólo si se produce la punción de la duramadre (una membrana que cubre el canal medular) puede perderse una cantidad de líquido cefalorraquídeo que cause dolor de cabeza. Cede con analgésicos, reposo y una adecuada hidratación.

Riesgo de meningitis. Con las medidas de esterilidad usadas hoy día es prácticamente imposible y los casos son escasos.

Dificultad para orinar. Es posible que el bloqueo del sistema nervioso autónomo impida que la vejiga se contraiga correctamente para expulsar la orina. Es un efecto reversible con el tiempo y, mientras tanto, se debe sondar a la madre para poder evacuar la orina.

Nueva Unidad de **Atención Domiciliaria** a pacientes crónicos

Unidad de Cuidados Domiciliarios IDCsalud Clideba

La expectativa de vida se va incrementando conforme avanza el tiempo.

Hoy en día los avances de la medicina y la mejora general en la calidad de vida de los países industrializados están haciendo que los individuos hayan incrementado y ganado años de vida. Esto ocasiona que se incremente un tipo de demanda médica que es la atención y control a domicilio en pacientes con patología crónica.

El paciente Crónico, que precisa atención domiciliaria, suele presentar una inmovilización de mayor o menor severidad y patologías que la Medicina “ha cronificado” gracias a los tratamientos hoy en día vigentes (bronquitis crónica, insuficiencia cardíaca, nefropatías, etc.).

Muchas de estas patologías son de complicado manejo y ocasionan múltiples demandas, como por ejemplo la demencia de Alzheimer.

Debido a este incremento de patología crónica domiciliaria los médicos y enfermeros de Atención Primaria han multiplicado su trabajo.

Como consecuencia se han gestado Unidades de Cuidados Domiciliarios, cuyo objetivo es la asistencia de estos pacientes y la coordinación con el resto de los niveles asistenciales.

Son unidades intermedias que sirven de puente entre la Atención Primaria, el Nivel Secundario y el Terciario.



Dra. Mercedes Gil Cubero, *Coordinadora de Urgencias y*
Dña. Teresa Sánchez Holguín, *Directora de Enfermería*

El nuevo cambio de asistencia del paciente (su domicilio) y la aparición de nuevas figuras, agentes de su salud (Cuidador primario familiar), hacen que la dinámica familiar sea una variable muy importante a analizar y controlar.

La reivindicación de la figura del cuidador primario es fundamental en este tipo de cuidados, desplegando para ello protocolos que contemplen la formación y la atención de la persona que desempeña dicha función.

El domicilio, por otro lado, es el lugar idóneo de permanencia del paciente crónico, siempre que se puedan percibir los cuidados oportunos; hasta el punto que, lograr el mayor tiempo de permanencia en el domicilio, en condiciones óptimas para el enfermo y su familia, es el primer objetivo que se marcan las Unidades de Cuidados Domiciliarios. También existe consenso en considerar que, debido a la complejidad del Enfermo Crónico y sus amplias repercusiones familiares y sociales, su atención debe ser integral, tener un enfoque multifactorial y su abordaje debe ser multidisciplinar desde el principio hasta el final. De lo anteriormente expuesto se desprende que gran parte de la atención dirigida al enfermo y el apoyo a sus familias, deberá realizarse en el domicilio y por distintos profesionales.

Queremos resaltar la gran importancia que se está dando al apoyo psico-social del paciente y su familia

Así en el domicilio, las Unidades de Cuidados Domiciliarios consta de:

- 1.- El Trabajador Social asesorará y procurará los recursos disponibles más adecuados en cada momento.
- 2.- El Terapeuta Ocupacional establecerá programas adecuados al nivel sociocultural de la familia que faciliten la orientación y entrenen la memoria.
- 3.- El Fisioterapeuta trabajará con el enfermo, y formará a la familia en programas concretos de ejercicio y actividad que mantengan la máxima fuerza, sincronización y movilidad retrasando las rigideces.
- 4.- Los cuidados, la educación sanitaria y el apoyo moral que ofrece la Enfermería a lo largo de toda la enfermedad son un pilar básico de la atención formal en el domicilio.
- 5.- Será necesario el apoyo de diferentes Médicos Especialistas en el domicilio, de Unidades de Ayuda Geriátrica Domiciliaria, cuando los problemas de la enfermedad sobrepasen las posibilidades de la Atención Primaria.

6.- El Psicólogo, en ocasiones, también deberá acercarse al domicilio para: poder hacer una evaluación correcta e intervenir cuando se detecten disfunciones familiares significativas.

Los profesionales de estas disciplinas, y de algunas otras, deben acudir al domicilio en momentos determinados o en períodos más o menos cortos para realizar sus funciones específicas, formar en los cuidados a los familiares y brindarles su apoyo moral.

Todos ellos contribuirán al mejor manejo del enfermo, retrasarán las incapacidades, evitarán complicaciones, se responsabilizarán de los cuidados formales necesarios y darán seguridad a la familia en los correctos cuidados.

Con la Creación de Unidad de Cuidados Domiciliarios IDCsalud Clideba pretendemos cubrir las Necesidades domiciliarias del paciente Crónico, descritas en los puntos anteriores, en Colaboración con la Empresa **“SUROESTE DE SERVICIOS SOCIALES”**, que es una empresa dedicada a Servicios Generales de Atención Socio sanitaria. Servicios de Atención Domiciliaria a través de un Régimen de Visitas Periódicas de Forma personal, Doméstico, Social, Educativos, de Rehabilitación y Complementarios.

Nueva Unidad de **Atención Domiciliaria** a pacientes crónicos

Objetivos de las Unidades de Cuidados Domiciliarios:

Actualmente estamos en un período de cambios en el sector sanitario, provocados por múltiples y diversos factores: mayor capacidad de elección, envejecimiento de la población, redistribución de recursos hacia ciertos aspectos asistenciales como es la atención domiciliaria, cambio de valores en los profesionales, y sobre todo Crisis Económica Institucional, con disminución importante de los recursos destinados a los Servicios Sociales .

Probablemente estos cambios se concreten en el establecimiento de políticas de calidad con definición de estándares de calidad científí-cotécnica y mayor utilización de los recursos ambulatorios, ya sean atención a domicilio, hospitales de día, etc.

En todo este proceso de cambio, el ciudadano debe ser el centro del sistema

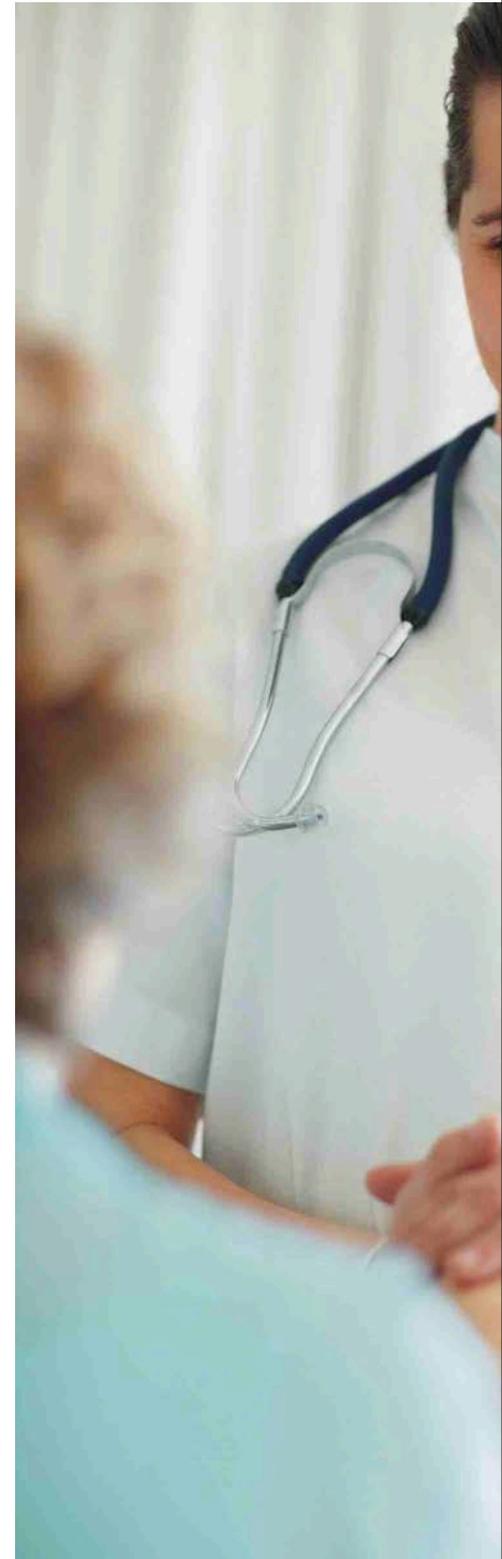
La atención domiciliaria en nuestro sistema sanitario ha sido, tradicionalmente, responsabilidad casi exclusiva de los Médicos Generales.

En la década de los ochenta y en relación sobre todo con la asistencia a pacientes terminales, cambian las bases organizativas de la Atención Domiciliaria.

Los trabajos publicados por la Organización Mundial de la Salud, fundamentalmente, identifican problemas relacionados con la atención en casa y a partir de ahí, proponen alternativas de cambio.

Parecería que la atención prestada con los “recursos tradicionales” es inadecuada.

Las propuestas de nuestra Unidad de Cuidados Domiciliarios IDCsalud Clideba se relacionan con los problemas identificados, es decir: establecimiento de un marco oficial donde el domicilio se convierte en lugar preferente de cuidados para determinados procesos y/o enfermos, y constitución de “servicios de consulta” (unidades, equipos, ...) con profesionales sanitarios expertos en atención domiciliaria y cuidados paliativos.



Dra. Mercedes Gil Cubero, *Coordinadora de Urgencias y*
Dña. Teresa Sánchez Holguín, *Directora de Enfermería*



Los Objetivos de Nuestra Unidad de Cuidados Domiciliarios son:

1. Creación de la Figura de Enfermera Hospitalaria, quien realizará:

Valoración de inicio del paciente en domicilio.

Control telefónico de los pacientes, que puede ser diario, dos veces por semana ó semanal, dependiendo del nivel de asistencia y posibilidad de contactar a cualquier hora del día con Médico de Guardia de Medicina Interna en caso de Urgencias, quién contactará con el paciente o familiar .

Control diario de constantes del paciente, con análisis de los mismos por parte del personal Médico, si precisa:

Tensión Arterial.

Dextrostix si el paciente es Diabético, con asesoramiento de tratamiento Antidiabético.

Saturación de Oxígeno, mediante Pulsioxímetro, si el paciente presenta Insuficiencia Respiratoria Crónica y ó aguda.

Dicha Enfermera podrá consultar a Diario con Médico Internista Hospitalario, para Dudas y asesoramiento sobre medicaciones y cambios en el estado del paciente.

2.- Creación de la Figura de Especialista Consultor en Medicina o Interna (Médico Hospitalario):

Realizará Valoración Inicial del paciente a domicilio.

Periódicamente Controlará el tratamiento farmacológico específico del paciente y de otras patologías concomitantes evitando fármacos innecesarios y teniendo especial cuidado en aquellos con toxicidad cognitiva. Así como Promoción del uso racional del medicamento, creando comisiones de trabajo con Servicio de Farmacia Hospitalaria. Periódicamente (semanal, quincenal ó mensual), junto con la Enfermera, realizará Visita a domicilio del paciente, de esta manera se acerca hasta el domicilio del paciente la atención del especialista, evitando desplazamientos de los pacientes con movilidad reducida u otros tipo de problemas de salud. Se realizará a domicilio: Educación de la familia ya que muy importante que los entrenamientos a familiares sean flexiblemente estructurados e individual-mente orientados. Se hará de forma progresiva y práctica acerca de aspectos básicos: alimentación, higiene, cambios posturales, curaciones, administración de medicamentos, control de ciertos síntomas, pautas de actuación ante determinadas crisis o de soporte emocional (ayudas desde otro ámbito: amigos, asociaciones). En todo momento la familia deberá sentirse comprendida y segura. El equipo de soporte valorará los factores de impacto, controlando los síntomas, resolviendo problemas concretos y compartiendo la experiencia emocional con la familia. Se deberá potenciar el rol terapéutico familiar, tanto en la toma de decisiones como en la adecuación de objetivos.

Síndrome de



Dña. Teresa Carrallo, Farmacéutica IDCsalud Clideba

TRATAMIENTO

Actualmente no existen fármacos específicos para tratar el Síndrome de Rett. El tratamiento farmacológico se basa en medicamentos que controlan las irregularidades respiratorias, las dificultades motoras y las crisis epilépticas.

La terapia Rett es sintomática y de apoyo frente a los síntomas específicos. Se trata de un enfoque interdisciplinar cuyo objetivo primordial es mejorar la calidad de vida de las afectadas. El equipo socio-sanitario ha de estar formado por especialistas en Neumología, Traumatología y Cirugía ortopédica, Cardiología, Neurología, Neuropediatría, Neurofisiología, Rehabilitación y Fisioterapia, Psicomotricidad y Terapia ocupacional.

Dado este carácter multidisciplinar, acentuado por una cada vez mayor longevidad de las afectadas, se hace necesario extender su divulgación científica entre los profesionales. Este es el reto al que la Asociación Española Síndrome de Rett se viene enfrentando en los últimos años y al que responden las I Jornadas Extremeñas Síndrome de Rett celebradas en Badajoz el pasado 3 de Octubre.

El síndrome de Rett es una enfermedad neurológica de base genética y baja prevalencia que afecta principalmente a niñas y tiene una incidencia aproximada de 1 caso por cada 10 ó 15 mil nacimientos. En nuestra región hay diagnosticados 11 casos de los cuales 9 pertenecen a nuestra provincia y de ellos 2 son pacientes de nuestro hospital. A pesar de su origen genético sólo es hereditaria en menos del 1% de los casos, es decir, que la mutación es efecto del azar. Andreas Rett describió este trastorno neurológico en 1966 pero hasta 1983 no fue reconocido por la comunidad médica. A finales de 1999 se descubrió la implicación del gen MECP2 que parece ser que controla las funciones de otros genes, y que está localizado en el cromosoma X de ahí que afecte mayoritariamente a niñas. El gen MECP2 da lugar a la proteína MeCP2 cuya función es la represión o silenciamiento de otros genes con un papel clave para el desarrollo de funciones motoras y cognitivas. Otros genes

Además del gen MECP2 se han identificado otros también implicados en el Síndrome de Rett, los genes FOXP1 y CDKL5. Las proteínas producidas a partir de ellos regulan varios genes implicados en el desarrollo normal del cerebro de forma que cuando están alterados o ausentes se interrumpe el desarrollo temprano del cerebro lo que conduce a la discapacidad intelectual, la ausencia del lenguaje, y otras características de la variante congénita.

Es la enfermedad neurológica que más frecuentemente causa retraso mental, después del síndrome de Down. La evolución depende de la edad de inicio y la gravedad de los síntomas, que van apareciendo de forma gradual.

Etapas tempranas: las niñas con Síndrome de Rett nacen aparentemente sanas, su desarrollo no se diferencia del de niños sanos hasta los 6-18 meses de vida en que empiezan a aparecer algunos signos de alerta de la enfermedad.

Regresión: durante esta etapa la niña pierde el uso de las capacidades manuales e intelectuales. Empieza con pérdida del tono muscular, apraxia, y una disminución del contacto visual y el habla. Aparecen signos característicos como el frotado o lavado de manos (estereotipias), microcefalia, ataxia, bruxismo, dificultad para masticar, alteraciones en el patrón respiratorio como apneas o hiperventilación y crisis epilépticas.

Período de estabilización: a partir de entonces la enfermedad es más estable y no hay evidencia de un inevitable deterioro mental continuado. Las extremidades tienden a estar rígidas, pueden desarrollarse una serie de deformaciones físicas como pie equino, escoliosis, y es frecuente la luxación de cadera en las niñas que no deambulan.

IDCSalud Clideba organiza el 1er. Encuentro Médico en las instalaciones de IERA



D. Julio Fernández Llamazares, Dr. José Antonio Domínguez Arroyo, Luis Pinilla y D. Santiago Álvarez Miguel.

Con el objetivo de reunir a su equipo médico para fomentar la interrelación y la participación en distintas ponencias, así como temas de gran relevancia entre el colectivo médico.

En dichos encuentros se realizará una ponencia donde profesionales médicos informarán de temas relacionados con su especialidad.

En este primer encuentro Santiago Álvarez Miguel, Director Científico de IERA y Catedrático de la Universidad de Extremadura, presentó uno de los proyectos de investigación en los que actualmente está involucrado IERA.

En concreto se trata del estudio denominado "Plamonic Sensor", un proyecto financiado a nivel europeo y que tiene como objetivo principal el desarrollo de sistemas automáticos para la detección de bacterias patógenas en ambientes hospitalarios.

Los Plamonic Sensor combinan tecnología de ondas físicas y sistemas de marcaje con anticuerpos que permiten la detección en tiempo real y con alta sensibilidad de estos patógenos. El desarrollo de estos sensores podría suponer una disminución considerable en la incidencia de las infecciones hospitalarias y se pretende que otros centros de IDCSalud, incluyendo Clideba, se incorporen a los ensayos de los prototipos que se están realizando.



El servicio de Admisión es el primer contacto que tienen los pacientes y sus familiares con el hospital, por lo tanto una de nuestras obligaciones profesionales con respecto al usuario, es informar de forma comprensible.

La asistencia cercana y de calidad de IDCsalud está fundamentada en la orientación a las personas y en una atención rápida e individualizada; en la fiabilidad, formación y conocimiento de los profesionales de los diferentes servicios de Admisión y en el trato con la empatía y el respeto adecuados.

Apostamos por la innovación constante y la formación de nuestro personal en actividades que mejoren el desempeño de su actividad diaria, poniendo al alcance de nuestros pacientes los medios para lograr una mejora de su proceso de salud. Como profesionales de IDCsalud nos queremos distinguir en el desarrollo de nuestra labor, en una buena actitud hacia el paciente y sus familiares. Nuestra actividad tiene como uno de sus objetivos fundamentales, la satisfacción del paciente tanto en lo referente a la asistencia sanitaria, como a aspectos que le proporcionen bienestar y comodidad.

Entre nuestros valores queremos destacar:

Atención al Paciente y el Cliente:
Nuestra razón de ser

Confianza: Demostrando capacidad, profesionalidad y voluntad

Intimidad: Preservando sin ningún tipo de discriminación, la intimidad de la información relativa a la salud de nuestros pacientes

Respeto y Empatía: Nuestro trabajo se caracteriza por la sensibilidad, la implicación y el respeto a la integridad del individuo

Servicio de



Alberto MJuárez Domínguez, *Responsable de Admisión y Archivo de IDCsalud Clideba*

de ADMISIÓN



El servicio de Admisión de IDCsalud Clideba en la actualidad está dirigido por Alberto Juárez Domínguez (Responsable de Admisión y Archivo). Cuenta con un equipo de 20 personas que desempeñan sus funciones en las diferentes Unidades del hospital:

Admisión de Hospitalización

Citación de pacientes programados informando de hora de ingreso.

Realización de ingresos (En la zona acomodada para ello).

Gestionar preoperatorios para pacientes programados por nuestros especialistas.

Acompañar a los pacientes en el ingreso.

Entrega a todos los pacientes ingresados el Manual e información de las normas de IDCsalud Clideba.

Visita diaria a pacientes que demandan sus servicios.

Llamada a pacientes intervenidos para preguntarle sobre incidencias.

Acompañar al paciente al alta.

Admisión de Cirugía Mayor y Ambulatoria

Acompañar a los pacientes a la sala de espera.

Informar de las normas de CMA, irregularidades y demoras

Admisión de Urgencias

Recepción de los pacientes que soliciten atención médica y pediátrica de Urgencia.

Admisión de Consultas Externas y Consulta de Enfermería

Todo lo relacionado con las citas y programación de consultas de las especialidades ofertadas en nuestro cuadro médico así como el funcionamiento de la Consulta de Enfermería (extracciones, curas, vacunaciones...)

Admisión de Radiología

Recepción de los pacientes, personal sanitario y toda persona que necesite y/o solicite los servicios de radiodiagnóstico. Se encuentra situado en la entreplanta de la clínica Clideba.

Otros centros de Extremadura con servicio de admisión gestionado desde IDCsalud Clideba son:

Centro de Reconocimientos, Centro de Especialidades, Policlínico Clideba Mérida y Policlínica Mérida.

IDCsalud amplía su cartera

Dos nuevos centros, en Badajoz y Mérida, refuerzan la apuesta de IDCsalud por la sanidad privada en la provincia extremeña.

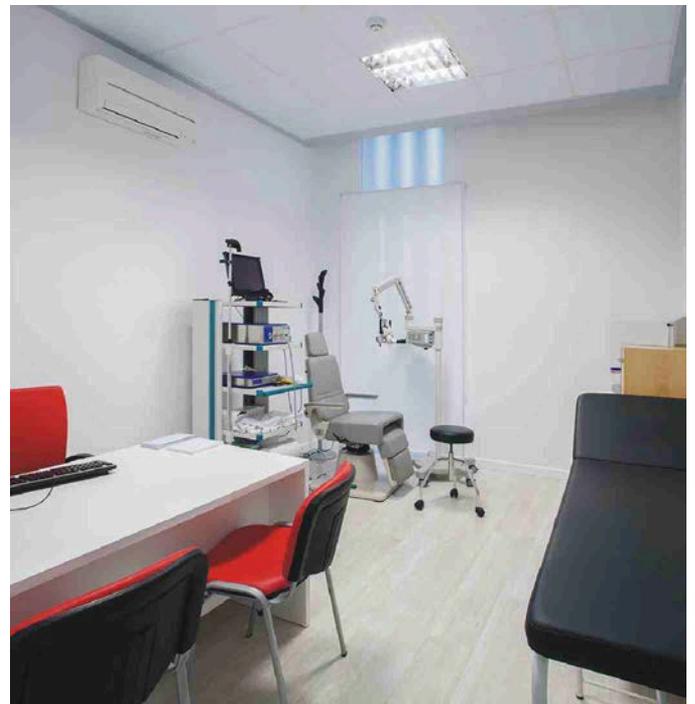


Los ciudadanos del área de Mérida contarán a partir de ahora con un centro de especialidades sanitarias que ayudará a reducir la necesidad de desplazarse hasta Badajoz.

El nuevo centro de Badajoz incorpora nuevos especialistas de Alergología, Medicina Interna, Ginecología, Reumatología, Homeopatía, Psiquiatría y Psicología Clínica.

El Grupo IDCsalud, al que pertenece el Hospital IDCsalud Clideba, centro de referencia en la asistencia privada en Badajoz, sigue ampliando su cartera de servicios inaugurando dos nuevos centros en la provincia extremeña.

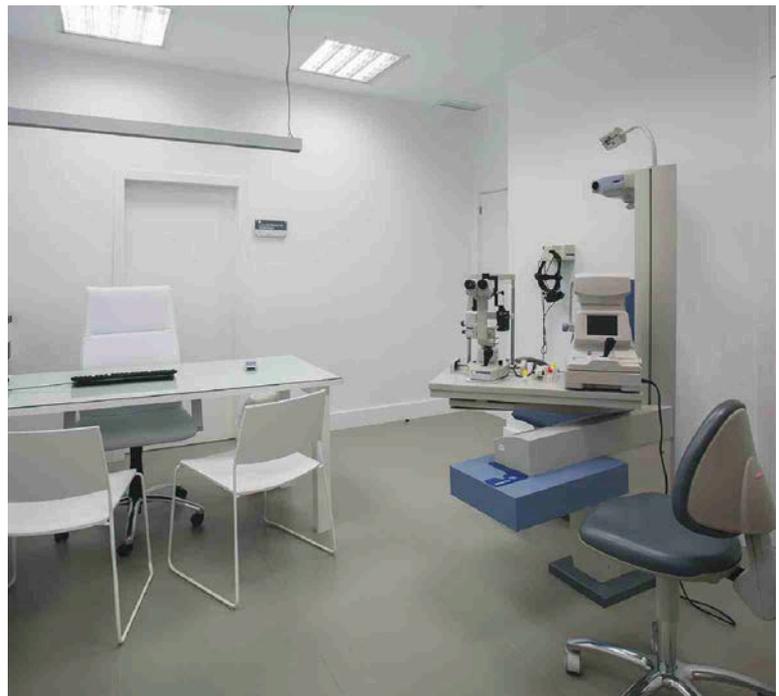
Las nuevas instalaciones, que albergarán nuevas unidades asistenciales de una amplia variedad de especialidades, están situadas en Badajoz y Mérida.



ra de servicios en Badajoz

El nuevo centro de Badajoz, denominado IDCsalud Centro de Especialidades, consta de 400 m² y dispone de 6 consultas, 2 gabinetes de radiología, zona de admisión y una amplia zona de espera para los pacientes.

Ubicado en la Avenida del Guadiana, la finalidad de este centro es ampliar el cuadro médico con la incorporación de especialidades como Alergología, Medicina Interna, Ginecología Reumatología, Homeopatía, Psiquiatría y Psicología Clínica.



Por su parte, IDCsalud Policlínica Mérida están ubicadas en un edificio de nueva construcción situado en la calle Manuel Bermejo Hernández que consta de 110 m². Se trata de un centro destinado en su totalidad a la asistencia sanitaria y que en la actualidad alberga 4 consultas, que se ampliarán a dos más en los próximos meses. Con este centro se quiere acercar a la población de Mérida y alrededores una cartera de servicios que eviten su desplazamiento a Badajoz.

Así, esta población contará a partir de ahora con las especialidades de Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Neurofisiología, Aparato Digestivo, Endocrinología, Neumología y Urología. Incorpora además a su cartera de servicios la Unidad de Medicina Estética formada por profesionales titulados que trabajan tanto en el plano facial y corporal como en el nutricional.



ENFERMERÍA RAC

Profesionalidad al servicio del paciente

La introducción de la Enfermería de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) en los modernos Servicios de Urgencias Hospitalarias, tiene como función primordial la adecuada selección de procesos realmente emergentes, frente a reclamaciones subjetivas de urgencias por parte de paciente y familiares, con el fin de no caer en el riesgo de dejar un paciente que precisa una asistencia inmediata en una zona de consulta demorable.

La RAC combina clasificación con atención individualizada y personalizada. En la mayoría de casos, se corresponde con el primer contacto del Centro Sanitario con usuario que buscan una solución a su problema de salud.

Funciones de la Enfermería RAC:

Recibir y acoger al usuario (que demanda asistencia en el Servicio de Urgencias), y a su familia.

Evaluación Clínica rápida. (para determinar la gravedad del cuadro y la necesidad de atención más o menos inmediata).

Realización de intervenciones de Enfermería (inmovilizaciones provisionales, primeras curas, apoyo emocional).

Establecer prioridad asistencial. (En función de la gravedad del cuadro se establece una prioridad asistencial, eliminando la relación asistencia-orden de llegada).

INFORMAR (dado que, en la mayoría de las situaciones, es el primer contacto que tienen usuario y familia con el personal sanitario).

La inclusión de la Enfermería RAC en el ámbito hospitalario supone una garantía en la calidad asistencial:

Primero, dando lugar a una atención inmediata de los usuarios en la Unidad de Urgencias, disminuyendo la sensación de "larga espera".

Segundo, facilitando el flujo de pacientes hacia los diferentes ámbitos de atención, aumentado, como principal consecuencia la EFICIENCIA del servicio (disminuyendo costes materiales y humanos).

Tercero, estableciendo conexiones empático terapéuticas enfermera paciente, que en el antiguo triage hospitalario no se realizaban.

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
Pediatría
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 Tráficos

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

ADESLAS - AEGON SALUD/ASEGURADORA - AGF - ALLIANZ - ASISA - AVANTSALUD - AXA - CASER - CIGNA
CISNE - CORPORACIÓN DERMOESTÉTICA - CYCLOPS - DKV - HELVETIA - EUROPE ASSISTANCE - FIACT
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
WINTERTHURSALUD