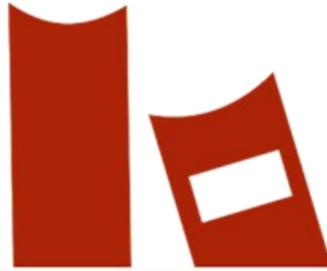


ACTAS DEL



**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN III

Comps.

**María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
José Jesús Gázquez Linares
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez**

**Actas del IV Congreso Internacional
en Contextos Clínicos y de la Salud
Volumen III**

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

**María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
José Jesús Gázquez Linares
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen III”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

RADIOLOGÍA

PROTOCOLO DE LA UROGRAFÍA INTRAVENOSA	15
MARÍA DE LA ALMUDENA NÚÑEZ CUESTA, ENRIQUE MENDEZ GARCIA, ANA SANCHEZ POZO	
LOS TÉCNICOS ESPECIALISTAS EN RADIODIAGNÓSTICO EN LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA ABDOMINAL.....	16
ENRIQUE LUNAR IGLESIAS	
PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DE UNA DENSITOMETRÍA.....	17
MARÍA DE LA ALMUDENA NÚÑEZ CUESTA, ENRIQUE MENDEZ GARCIA, ANA SANCHEZ POZO	
NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRATOS YODADOS Y SU RELACIÓN CON LA METFORMINA	18
PABLO SALMERON RUIZ, ELISABETH CASCALES PALAZÓN, MARIA JESÚS CRESPO CASTILLO	
INDICACIONES PARA TC DE TÓRAX DE RUTINA	19
ANA SANCHEZ POZO, MARÍA DE LA ALMUDENA NÚÑEZ CUESTA, ENRIQUE MENDEZ GARCIA	
COLUMNA VERTEBRAL Y ALTERACIONES A TRAVÉS DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: ESCOLIOSIS.....	20
ISABEL RUIZ DÍAZ, ENMA GOMEZ VALOR, TRINIDAD CARMEN LOPEZ TORRES	
IMPORTANCIA DEL TAC EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.....	21
NOELIA CARRASCO MARTÍNEZ, ANA MELCHORA SANCHEZ RAMON, JUAN BAUTISTA CABRERA NAVARRO	
ANÁLISIS SOBRE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL QUIRÓFANO	22
NOELIA CARRASCO MARTÍNEZ, ANA MELCHORA SANCHEZ RAMON, JUAN BAUTISTA CABRERA NAVARRO	
INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE LA EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO	23
MARIA DE LOS ANGELES DOMINGUEZ MORALES, ANA HIDALGO RODRIGUEZ, OSCAR NAVARRO DOMINGUEZ	
A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE POLITRAUMATIZADO CON FRACTURA DORSAL DEBIDO A UNA CAÍDA	24

MARÍA SOLEDAD GARCÍA GARCIA, JOAQUINA GONZALEZ RODRIGUEZ, MARIA ISABEL GIMÉNEZ SÁNCHEZ, MARIA CRUZ NAVARRO AYORA, ENCARNACION FERNANDEZ ALCARAZ, JUANA GUERRERO JURADO, PAULA PERIAGO BASTIDA

ECO-DOPPLER: REPERCUSIÓN DE SU USO EN EL DIAGNOSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA25

JUAN BAUTISTA CABRERA NAVARRO, ANA MELCHORA SANCHEZ RAMON, NOELIA CARRASCO MARTÍNEZ

ANÁLISIS DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE DE TÓRAX26

ENMA GOMEZ VALOR, TRINIDAD CARMEN LOPEZ TORRES, ISABEL RUIZ DÍAZ

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA EN EL CÁNCER DE MAMA27

ENMA GOMEZ VALOR, TRINIDAD CARMEN LOPEZ TORRES, ISABEL RUIZ DÍAZ

ANÁLISIS DE LAS PATOLOGÍAS CEREBRALES POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.....28

ALMUDENA SIMÓN PORTILLO, SILVIA MARTÍNEZ ESCORIZA, ALBA MARÍA ORTEGA IBÁÑEZ

ESTUDIO SOBRE LA MEDICIÓN DE LA EDAD ÓSEA EN LOS PACIENTES.....29

EVA MARÍA MILLÁN GARCÍA

IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO30

JAVIER FERNANDEZ GALA, JAVIER SANCHEZ MORENO, CRISTINA MUÑOZ CASTILLO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE CONTRASTES RADIOLÓGICOS31

MARIA DOLORES PARRA SANCHEZ, MARIA DEL MAR GARCIA GARCIA, DIANA PRADOS BUENO

LA IMPORTANCIA DE LOS RAYOS X PARA EL DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE CADERA32

JAVIER FERNANDEZ GALA, CRISTINA MUÑOZ CASTILLO, JAVIER SANCHEZ MORENO

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA CARDÍACA PARA LA CUANTIFICACIÓN DEL CALCIO CORONARIO.....33

LAURA FERNÁNDEZ IGLESIAS, ROSANA FERNANDEZ PEREZ, VANESSA GARCIA PINTUELES

ESTUDIO DEL SISTEMA URINARIO MEDIANTE UROGRAFÍA INTRAVENOSA34

VANESSA GARCIA PINTUELES, LAURA FERNÁNDEZ IGLESIAS, ROSANA FERNANDEZ PEREZ

ANÁLISIS SOBRE LAS DENSIDADES BÁSICAS EN RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN .35	
RAQUEL RUBIO FERNANDEZ, DOLORES ORTIZ DÍAZ, FABIOLA GONZALEZ ASID	
PERSPECTIVA DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO AL PACIENTE CON TRAUMATISMO	36
JOSE ANTONIO BUENO GARCIA, MARIA SANCHEZ MARQUEZ, MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON	
USO DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA PARA ANÁLISIS PÉLVICO EN EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA	37
JOSE ANTONIO BUENO GARCIA, MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON, MARIA SANCHEZ MARQUEZ	
EFFECTOS DE LOS MEDIOS DE CONTRASTE IODADOS USADOS POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO	38
JOSE ANTONIO BUENO GARCIA, MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON, MARIA SANCHEZ MARQUEZ	
ABORDAJE DEL PACIENTE CLAUSTROFÓBICO POR PARTE DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO	39
JOSE ANTONIO BUENO GARCIA, MARIA SANCHEZ MARQUEZ, MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON	
EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO FRENTE AL MALTRATO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA	40
GABRIEL DELGADO PEÑUELA, CAROLINA DEL ROCÍO CARRASCO INSUA, MARIA VANESA VILLENA BARBERO	
ESTUDIO ACERCA DEL SCREENING DE CÁNCER DE MAMA	41
TANIA MEJIAS MARISCAL, ANTONIA SANCHEZ DEL OJO, SANDRA GUERRA GIL	
TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CASO DE ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS EN UN PACIENTE CON ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL	42
MARIA VANESA VILLENA BARBERO, GABRIEL DELGADO PEÑUELA, CAROLINA DEL ROCÍO CARRASCO INSUA	
DESCRIPCIÓN DE ARTRO RESONANCIA DE HOMBRO EN LOS PACIENTES	43
MARIA JESUS POYATO ORTIZ, MARIA LUCIA MARTINEZ MARTINEZ, ANA MARAVILLAS SANCHEZ ABRIL	
RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	44
RAQUEL RUBIO FERNANDEZ, DOLORES ORTIZ DÍAZ, FABIOLA GONZALEZ ASID	
ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE FRACTURA DE DEDO	45

HELENA SÁEZ SÁNCHEZ, NOEMI TENDERO BERNAL, MARÍA SÁNCHEZ
MARTÍNEZ, MARIA TERESA SERRANO ANTON, LORENA GALVE VERDU, MIRIAM
PEREZ GARCÍA

DESCRIPCIÓN DE LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA EN MUJERES46

DAVID RUIZ ROZAS, ARTURO MOLINA ARNAO

ANÁLISIS DE LA BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA GRUESA47

DAVID RUIZ ROZAS, ARTURO MOLINA ARNAO

**ESTUDIO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FRACTURA DE CODO EN NIÑOS:
ASPECTOS RADIOLÓGICOS Y CLÍNICOS.....48**

ROCIO LIRIA FORTES, BRIGIDA RUIZ JALDO, BALBINA RUANO MUÑOZ

**ESTUDIO RADIOLÓGICO EN MIEMBROS INFERIORES PARA LA DETECCIÓN DE
DISMETRÍA: TELERRADIOGRAFÍA49**

ROCIO LIRIA FORTES, BRIGIDA RUIZ JALDO, BALBINA RUANO MUÑOZ

**ESTUDIO SOBRE EL CUMPLIMIENTO EN RADIOPROTECCIÓN DE LOS
PROFESIONALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO.....50**

ROCIO LIRIA FORTES, BRIGIDA RUIZ JALDO, BALBINA RUANO MUÑOZ

**ESTUDIO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO EN LOS TUMORES
ENDOCRINOS.....51**

CARLOS JAVIER BOSQUET UBEDA, ROCIO SALDAÑA ZAMORA, JOSE MIGUEL
GARCIA LLOBREGAT

**LA FRECUENCIA RELATIVA DE DIAGNÓSTICOS NEUROMUSCULARES
COMUNES EN UN CENTRO DE REFERENCIA52**

ANA MARIA MOLINA RODRIGUEZ, FRANCISCA MARTIN LOPEZ, CRISTINA RUIZ
ALVAREZ

ANÁLISIS DEL PROCOLO DE CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA53

JOSEFA LUCAS GARCIA, MARIA ANGELES INIESTA GARZON, MÓNICA MARTÍNEZ
CABALLERO, NÉLIDA CAMPILLO VERDÚ, ANA BELÉN NICOLÁS VIGUERAS,
FRANCISCO LOPEZ NAVARRO

GALACTOGRAFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA MAMA Y CONDUCTOS LÁCTEOS ..54

MARIA ANGELES CAMPOS PEREZ, MARIA JESUS GARCIA JULIAN, ALEJANDRO
ABAD PAIVA

**EL PAPEL DEL TÉCNICO EN EL CONTROL DE CATÉTERES EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS55**

MIGUEL YUSTE LISBONA, MARTIN WILCZYNSKI PALMA, CONCEPCION AMAYA
PALMA ARREBOLA

TÉCNICA DE REALIZACIÓN DEL COLONOSCOPIA VIRTUAL O COLONOTAC56

CARLOS JAVIER BOSQUET UBEDA, ROCIO SALDAÑA ZAMORA, JOSE MIGUEL GARCIA LLOBREGAT	
PACIENTE ADULTO CON FRACTURA DEL METACARPIANO	57
CRISTINA MUÑOZ CASTILLO, JAVIER FERNANDEZ GALA, JAVIER SANCHEZ MORENO	
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA TÉCNICA DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE PERFUSIÓN CEREBRAL DINÁMICA	58
ALEJANDRO ABAD PAIVA, MARIA JESUS GARCIA JULIAN, MARIA ANGELES CAMPOS PEREZ	
ESTUDIO DE LA BRONCOGRAFÍA PRUEBA DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO	59
CARMEN DE LA SIERRA JAEN GONZALEZ, MARIA DE LOS ANGELES BUENDIA CASTILLO, JOSÉ MARÍA SANCHEZ JAEN	
ECOGRAFÍA: PRUEBA DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIVERTICULITIS AGUDA	60
JOSÉ MARÍA SANCHEZ JAEN, CARMEN DE LA SIERRA JAEN GONZALEZ, MARIA DE LOS ANGELES BUENDIA CASTILLO	
SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES EN RADIODIAGNÓSTICO	61
ELISA ANA JIMENEZ GARCIA, ESTHER REDONDO LOPEZ, SONIA PALENZUELA ANDUJAR	
ENEMA OPACO PARA ESTUDIAR DIVERSAS PATOLOGÍAS EN EL INTESTINO GRUESO	62
MARIA JESUS GARCIA JULIAN, ALEJANDRO ABAD PAIVA, MARIA ANGELES CAMPOS PEREZ	
IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA: PERSPECTIVA DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO	63
MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON, MARIA SANCHEZ MARQUEZ, JOSE ANTONIO BUENO GARCIA	
LAS ANTENAS EN RESONANCIA MAGNÉTICA: TIPOS DE ANTENAS	64
MARTIN WILCZYNSKI PALMA, MIGUEL YUSTE LISBONA, CONCEPCION AMAYA PALMA ARREBOLA	
RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL Y SUS PROYECCIONES	65
MARTIN WILCZYNSKI PALMA, MIGUEL YUSTE LISBONA, CONCEPCION AMAYA PALMA ARREBOLA	
BIOPSIA PROSTÁTICA POR TÉCNICAS DE FUSIÓN ECO-MRI.....	66

JESÚS MANCERA MARTIN, LEILA YADIRA ORELLANA MUÑOZ, ALEJANDRO GUERRA AMADOR

LA DETECCIÓN DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE POR MEDIO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA.....67

MARTIN WILCZYNSKI PALMA, MIGUEL YUSTE LISBONA, CONCEPCION AMAYA PALMA ARREBOLA

CASO CLÍNICO: NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA68

ELENA MARIA MONTIEL MESA, ANDREA AGUILAR ORTEGA, MARTA YAÑEZ PADIAL

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO69

FRANCISCO JOSE VERDEJO JIMENEZ, ANTONIO VERDEJO JIMENEZ, RUBEN JOSE FERNANDEZ ROLDAN

PROCEDIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA70

JESÚS MANCERA MARTIN, LEILA YADIRA ORELLANA MUÑOZ, ALEJANDRO GUERRA AMADOR

ARTICULACIÓN DEL HOMBRO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA71

RAQUEL RUBIO FERNANDEZ, DOLORES ORTIZ DÍAZ, FABIOLA GONZALEZ ASID

IMPORTANCIA DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS72

ANA MELCHORA SANCHEZ RAMON, JUAN BAUTISTA CABRERA NAVARRO, NOELIA CARRASCO MARTÍNEZ

RIESGO DE LESIÓN RENAL POR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE INTRAVENOSO73

GLORIA MARIA VALLEJO CABRERA, ANTONIA LÓPEZ NIETO, JUAN CARLOS VILCHEZ MERCHAN

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR74

JAVIER SANCHEZ MORENO, JAVIER FERNANDEZ GALA, CRISTINA MUÑOZ CASTILLO

FUNCIONAMIENTO DE LA TÉCNICA DE UROGRAFÍA75

JAVIER SANCHEZ MORENO, JAVIER FERNANDEZ GALA, CRISTINA MUÑOZ CASTILLO

ESTUDIO DE LAS CORONARIAS POR CATETERISMO76

ANA ISABEL CABEZA MORA, MARÍA JOSÉ GARCÍA GUZMÁN, NURIA GONZALEZ AGUILAR

ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR77

ALBERTO ISIDRO LUCENA CAMES

DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DE JONES	78
ANDREA MUÑOZ GALLEGO, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, NURIA TORRAS PUIGPEY, LAURA TARRAGA RUIZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, PILAR SERRANO ITURRASPE	
PACIENTE CON TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO EXTRAHOSPITALARIO	79
ANDREA AGUILAR ORTEGA, ELENA MARIA MONTIEL MESA, MARTA YAÑEZ PADIAL	
EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA: HISTEROSALPINGOGRAFÍA	80
MARIA DOLORES MARTIN MARMOL, MARÍA DEL CARMEN MÁRQUEZ RUIZ, EVA MARIA GARCÍA ARAGÓN	
DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DE PERONÉ EN PACIENTE ADULTA	81
ANDREA MUÑOZ GALLEGO, NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, LAURA TARRAGA RUIZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, PILAR SERRANO ITURRASPE	
DIAGNÓSTICO POR RAYOS X DE LUXACIÓN DE HOMBRO.....	82
NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA MUÑOZ GALLEGO, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, LAURA TARRAGA RUIZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS, PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ	
LOCALIZACIÓN DE INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE PEDIÁTRICO	83
NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA MUÑOZ GALLEGO, LAURA TARRAGA RUIZ, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, NEUS CAÑABATE SOFIAS, PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ	
IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO: ECOGRAFÍA DE MAMAS	84
MARTIN WILCZYNSKI PALMA, MIGUEL YUSTE LISBONA, CONCEPCION AMAYA PALMA ARREBOLA	
ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA ENFERMERA EN LAS UNIDADES DE RADIOLOGÍA	85
ROSARIO MARIA MORILLO AGUADO, TATIANA AGUILAR - GALINDO RUIZ, NOELIA LIMONES TENA	
RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL: INDICACIONES Y PROCESO EN EL DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN	86
MARIA SUSANA ENAMORADO CAÑADAS, MARTA BERJILLO CRUZADO, ALFONSO FERNÁNDEZ BAUTISTA	
CONTRASTES RADIOLÓGICOS UTILIZADOS EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.....	87

FABIOLA GONZALEZ ASID, DOLORES ORTIZ DÍAZ, RAQUEL RUBIO FERNANDEZ FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL CON DESPLAZAMIENTO	88
LAURA TARRAGA RUIZ, ANDREA MUÑOZ GALLEG0, NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS INCIDENTALOMA EN RADIOLOGÍA DE TÓRAX.....	89
JAVIER MONTERO CARRERA, VIRGINIA DIAZ GARCIA, MARIA DOLORES CAMACHO LOZANO EMBOLIA Y TROMBOSIS AGUDA DE VENA POPLÍTEA	90
ANDREA AGUILAR ORTEGA, ELENA MARIA MONTIEL MESA, MARTA YAÑEZ PADIAL FRACTURA DE CLAVÍCULA EN RECIÉN NACIDA	91
LAURA TARRAGA RUIZ, ANDREA MUÑOZ GALLEG0, NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS EXPOSICIÓN RADIOLÓGICAS EN TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS	92
GEMA JIMENEZ ROJAS, GUADALUPE SIERRA RIVAS, LUCÍA JIMÉNEZ MOLINA EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL DE GRAN TAMAÑO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BOURNEVILLE PRINGLE	93
ELBA CANELÓN CASTILLO, MAXIM SHUB SKORNIKOV, INÉS SAUCEDO GIMENEZ DIVERTICULITIS AGUDA EN COLON IZQUIERDO: EXTRAHOSPITALARIA.....	94
ANDREA AGUILAR ORTEGA, ELENA MARIA MONTIEL MESA, MARTA YAÑEZ PADIAL OSTEOPOROSIS EN COLUMNA LUMBAR Y CADERAS RADIOLOGICA	95
RAQUEL RUBIO FERNANDEZ, DOLORES ORTIZ DÍAZ, FABIOLA GONZALEZ ASID TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA EN HEMATURIAS.....	96
MARIA SANDRA PÉREZ BERDUGO, MANUEL MARIA NUÑEZ FORTES, MARINA ESPINAR GARCIA PEGO DIFERENCIAS ENTRE MEDICINA NUCLEAR Y RAYOS X.....	97
ESTER SERRALTA CUESTA, ALBERTO PAREJA MORENO, ALVARO ISIDRO RODRIGUEZ FRÍAS TIPOS DE DOSÍMETROS SEGÚN ZONA DE TRABAJO.....	98
ESTER SERRALTA CUESTA, ALBERTO PAREJA MORENO, ALVARO ISIDRO RODRIGUEZ FRÍAS	

DETECCIÓN DE HERNIA INGUINAL: PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	99
NURIA GONZALEZ AGUILAR, ANA ISABEL CABEZA MORA, MARÍA JOSÉ GARCÍA GUZMÁN	
ESTUDIO DE ORTOPANTOMOGRAFÍA EN RADIODIAGNÓSTICO	100
ALVARO ISIDRO RODRIGUEZ FRÍAS, ESTER SERRALTA CUESTA, ALBERTO PAREJA MORENO	
CONTRASTE DURANTE LA LACTANCIA: TÉCNICO RADIOLÓGICO	101
JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO, VERONICA GARRIDO SUAREZ	
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PORTÁTIL EN NEONATOS	102
JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO, VERONICA GARRIDO SUAREZ	
OSTEOARTRITIS: PRUEBAS RADIOLÓGICAS PARA UN DIAGNÓSTICO	103
ALBERTO PAREJA MORENO, ALVARO ISIDRO RODRIGUEZ FRÍAS, ESTER SERRALTA CUESTA	
TIPOS DE ZONAS Y SEÑALIZACIÓN EN LAS ZONAS DE RADIACIÓN	104
VERONICA GARRIDO SUAREZ, JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO	
PACIENTE CON POSIBLE LITIASIS RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	105
MIRIAM PEREZ GARCÍA, HELENA SÁEZ SÁNCHEZ, NOEMI TENDERO BERNAL, MARIA TERESA SERRANO ANTON, MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, LORENA GALVE VERDU	
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: REACCIONES ADVERSAS A MEDIOS DE CONTRASTE YODADO	106
ESTHER ELOÍSA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, IRENE DELGADO CARMONA, NAZARET CARO MORALES	
LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL Y EL AISLAMIENTO DE CONTACTO	107
BEATRIZ GONZÁLEZ MONTES	
EL TÉCNICO DE IMAGEN EN EL QUIRÓFANO	108
BEATRIZ GONZÁLEZ MONTES	
EL ARCO EN C EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	109
PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS, ANDREA MUÑOZ GALLEGO, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, NURIA TORRAS PUIGPEY	
TRATAMIENTO DE URGENCIA ANTE UNA LESIÓN LUXACIÓN DE RODILLA	110
JOSEFA TEIJIDO CALVO, ZAIRA MARIA DORESTE GONZALEZ, PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ	
LA UROGRAFÍA COMO MÉTODO DE IMAGEN.....	111

ZAIRA MARIA DORESTE GONZALEZ, PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ, JOSEFA TEIJIDO CALVO

DIAGNOSTICAR POSIBLE TENDINITIS EN MANGUITOS ROTADORES112

JOSEFA LOPEZ MOLINA, MARIA ESPINOSA GIMENEZ, MARIA DE LOS ANGELES PORTAZ SUAREZ, CARMEN MARIA ALEMAN NAVARRO

LA IMPORTANCIA DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL PACIENTE Y EL PERSONAL SANITARIO.....113

SANDRA PINEDA MONTERDE, ALEX ALBALADEJO GARCIA, MARCO BIANCHI, GEMA LASSO SIERRA

PROMOVER LA APLICACIÓN DE UN PROTOTIPO DE CHECK LIST PARA PRESERVAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA EXPLORACIÓN EN UNA RESONANCIA MAGNÉTICA114

ALEX ALBALADEJO GARCIA, GEMA LASSO SIERRA, SANDRA PINEDA MONTERDE, MARCO BIANCHI

PROGRAMA DETECCIÓN-SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA115

MARÍA DEL CARMEN SUAREZ SANCHEZ, MARIA JESUS TRABALON MARTINEZ, MARIANO TERRON VALLS

INTERVENCIONISMO EN QUIRÓFANO GUIADO POR ESCOPIA116

PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ, JOSEFA TEIJIDO CALVO, ZAIRA MARIA DORESTE GONZALEZ

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN LA PACIENTE EMBARAZADA117

GEMMA MARTIN SENTIS, ROSA MAÑA VILA, ELVIRA SERÓ PIQUÉ, ELISABETH ARQUILLUE ORDOÑO, NOEMI BONILLA SERRANO, MARTA SADURNÍ GRÀCIA, LORENA MARTINEZ MOLINA, MONTSERRAT GRUESO GASSET, MIREIA PASCUAL CASES, AINOA VILCHEZ CABELLO, JANET EVELIN UCULMANA HURTADO, ANNA SERRA BALCELLS

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DIABÉTICO EN LA SALA DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....118

ANA MARÍA LORCA ARCO, ANA CRISTINA MUÑOZ NIETO, MARIA DEL CARMEN PINTO ORTIZ

BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA DIGITAL.....119

MARIA DOLORES CUEVAS PORTILLO, ALBERTO ISIDRO LUCENA CAMES, ROSA MARIA VILLALTA PEREZ

LA ARTRORESONANCIA MAGNÉTICA MUSCULOESQUELÉTICA DIRECTA DE HOMBRO120

ROSARIO AGUILAR RUIZ, MARIA ISABEL CORNEJO AIRES, JAIME GARRIDO OSUNA

LA ECOGRAFÍA DE LA GLÁNDULA DE TIROIDES	121
ROSARIO AGUILAR RUIZ, MARIA ISABEL CORNEJO AIRES, JAIME GARRIDO OSUNA	
LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA COLUMNA LUMBAR.....	122
ROSARIO AGUILAR RUIZ, MARIA ISABEL CORNEJO AIRES, JAIME GARRIDO OSUNA	
LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE	123
ROSARIO AGUILAR RUIZ, MARIA ISABEL CORNEJO AIRES, JAIME GARRIDO OSUNA	
IMPORTANCIA DE LA GAMMAGRAFÍA ÓSEA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET	124
FRANCISCO CAMPOS ROMERO, CRISTIAN DIAZ PORTILLO, ANTONIO JOSÉ FERNÁNDEZ MEDINA	
INSTRUCCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA	125
FRANCISCO CAMPOS ROMERO, CRISTIAN DIAZ PORTILLO, ANTONIO JOSÉ FERNÁNDEZ MEDINA	
PACIENTE CON TOS E HIPOVENTILACIÓN EN LA AUSCULTACIÓN	126
MIRIAM PEÑA GÓNGORA, MERCEDES LEAL LOBATO, CELIA RIVILLA DOCE	
DISMINUCIÓN DE LA DOSIS DE RADIACIÓN EN PACIENTES PEDRIÁTICOS	127
CRISTIAN DIAZ PORTILLO, FRANCISCO CAMPOS ROMERO, ANTONIO JOSÉ FERNÁNDEZ MEDINA	
ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR APLICADOS A LAS PATOLOGÍAS NEFROURINARIAS	128
ANTONIO JOSÉ FERNÁNDEZ MEDINA, CRISTIAN DIAZ PORTILLO, FRANCISCO CAMPOS ROMERO	
TOMOGRAFÍA DE EMISIÓN DE POSITRONES CON TOMOGRAFÍA PET-TC.....	129
JOAQUÍN MARTÍNEZ LÓPEZ, ANA ISABEL ALARCON SANCHEZ, SUSANA NURIA AYALA CORTES	
SARCOMA CARDÍACO PLEOMÓRFICO (MASA AURICULAR IZQUIERDA)	130
MARIA ESPINOSA GIMENEZ, CARMEN SANCHEZ LOPEZ, CARMEN MARIA ALEMAN NAVARRO, JOSEFA LOPEZ MOLINA	
CONTROL MASA PULMONAR A TRAVÉS DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.....	131
LAURA SALVADOR DE LOS REYES	

CUERPO EXTRAÑO, TOFO TOGOTOSO O SINOVITIS	132
NITTA PAHOLINE PIEDRA ZUING, JULISSA ALARCON ALARCON, MARIA DEL CARMEN ESTEBAN MUROS	
TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DEL HUESO TEMPORAL	133
ROSARIO DOLERA CORBALAN, ANA BELÉN MARTÍNEZ SÁNCHEZ, PEDRO TOMÁS SÁNCHEZ MARTÍNEZ, ISABEL GARCÍA RIVAS	
MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN ESTUDIOS	134
FRANCISCO JESUS FERNANDEZ GALLEGO, LAURA VALDES GONZALEZ	
PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA DE TIROIDES GUIADA POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL LA VEGA LORENZO GUIRAO	135
MIRIAN JANETH LARA PROAÑO, ISABEL SALINAS AYALA, ANA MARIA SÁNCHEZ LÓPEZ, JUANA MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DECANULACIÓN DEL INTRODUCOR ARTERIAL FEMORAL POST CATETERISMO EN ANGIORADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	136
MARC FALCATO RUIZ, DANIEL LOPEZ FERRADO, ANA MARÍA RENTERO TESORO, ALBERTO MARTÍNEZ TORRES, LAURA CERVERA MIÑANO, SARA GARCIA RUBIO, NEREA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, JAVIER SOLANES PEREZ, MARIA ESPINÓS SANDOVAL, HICHAM ZOUBAI LAARAJE, HÉCTOR SANCHIS GILABERT, SANTIAGO SEMINO HIDALGO	
EVALUACIÓN DE CHARLA INFORMATIVA AL PERSONAL DE URGENCIAS SOBRE DOSIS RADIOLÓGICA ACUMULADA A PACIENTES	137
FERNANDO CAUDEPON MORENO, MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, PILAR FONSECA VILLAR	
EVALUACIÓN ACCIÓN FORMATIVA A PERSONAL DE ATENCIÓN A PACIENTES TRATADOS CON IODO RADIOACTIVO	138
FERNANDO CAUDEPON MORENO, MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, PILAR FONSECA VILLAR	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LA COLANGIOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA	139
LIDIA LÓPEZ CABALLERO, MARIA ISABEL FALCÓ MOLA, ESTIBALIZ PLATERO GUTIERREZ	
LA CALIDAD DE IMAGEN DE UN MAMÓGRAFO DIGITAL	140
DIEGO POZO LINARES, MATEO SORIA SANCHEZ, ANTONIO ÁLVAREZ ALBA	
INSTAURACIÓN DE MEJORA EN SEGURIDAD TRAS ANÁLISIS CAUSA RAÍZ EN SERVICIO DE RADIOTERAPIA	141

MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, FERNANDO CAUDEPON MORENO, PILAR FONSECA VILLAR	
LA UTILIDAD DE LA RESONANCIA FETAL	142
DIEGO POZO LINARES, MATEO SORIA SANCHEZ, ANTONIO ÁLVAREZ ALBA	
EVALUACIÓN TRAS FORMACIÓN EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA A EQUIPO DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS	143
MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, FERNANDO CAUDEPON MORENO, PILAR FONSECA VILLAR	
IMPLANTACIÓN DE INFOGRAFÍA PARA PREVENCIÓN DE RADIACIONES A EMBARAZADAS.....	144
PILAR FONSECA VILLAR, MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, FERNANDO CAUDEPON MORENO	
TC99M: EL RADIOFÁRMACO MÁS UTILIZADO EN DIAGNÓSTICO	145
CLAUDIA MALTA CORPAS, VANESSA PAYAR JIMENEZ, LIDIA ESTEPA HOMBRADOS	
EPICONDILITIS LATERAL CON ROTURA TENDINOSA PARCIAL EN CODO DERECHO.....	146
MARIA DE LOS ANGELES PORTAZ SUAREZ, CARMEN SANCHEZ LOPEZ, JOSEFA LOPEZ MOLINA, MARIA ESPINOSA GIMENEZ	
RELACIÓN DEL CELADOR Y EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL MANEJO DE EQUIPOS PORTÁTILES	147
ROSA MARIA LECHUGA LUCENA, JAIME ROBERTO ROMERO ROSA, ANTONIO JESÚS LECHUGA LUCENA	
DE SINOVITIS TRANSITORIA A TUMOR DE LA FAMILIA DEL SARCOMA DE EWING EN CINCO DÍAS	148
CARMEN SANCHEZ LOPEZ, MARIA ESPINOSA GIMENEZ, CARMEN MARIA ALEMAN NAVARRO, MARIA DE LOS ANGELES PORTAZ SUAREZ	
REALIZACIÓN DE LA MAMOGRAFÍA EN ESPAÑA.....	149
ANGELA CALDERON HURTADO	
LA RADIOLOGÍA SIMPLE EN EL MANEJO DE LA LUMBALGIA.....	150
DIEGO POZO LINARES, MATEO SORIA SANCHEZ, ANTONIO ÁLVAREZ ALBA	
ESTUDIO SOBRE LA MOVILIZACIÓN DEL ARCO QUIRÚRGICO	151
JAIME ROBERTO ROMERO ROSA, ROSA MARIA LECHUGA LUCENA, ANTONIO JESÚS LECHUGA LUCENA	
LA ENFERMEDAD DE LEGG-CALVÉ-PERTHES Y LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL.....	152

ANTONIO CANO FERNANDEZ, MARIA JESUS MEJIDO RODRIGUEZ HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA	153
TANIA DÍAZ ANTONIO, MARÍA DEL MAR GARCÍA GALLARDO MANEJO DE ENFERMERÍA DE LOS CONTRASTES INTRAVENOSOS EN EL ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO	154
NOELIA ÁLVAREZ RUBIO, MARIA EUGENIA GONZALEZ ELVIRA, MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA	155
MARIA AIDA RODRÍGUEZ GEA, SUSANA MOLINA VICO, FRANCISCA TORRENTE NAVARRO LEIOMIOMAS O MIOMAS UTERINOS: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	156
ANTONIO CANO FERNANDEZ, MARIA JESUS MEJIDO RODRIGUEZ PROCESAMIENTO DE LOS DESECHOS RADIATIVOS EN MEDICINA NUCLEAR	157
ANTONIO CANO FERNANDEZ, MARIA JESUS MEJIDO RODRIGUEZ LA RADIOLOGÍA EN EL SÍNDROME DEL LATIGAZO CERVICAL	158
DIEGO POZO LINARES, MATEO SORIA SANCHEZ, ANTONIO ÁLVAREZ ALBA ADENOCARCINOMA DE CIEGO: UNA CAUSA FRECUENTE DE ANEMIA EN EL ANCIANO	159
GUILLERMO CARBONELL LÓPEZ DEL CASTILLO, ELENA IGLESIAS JORQUERA, PAULA TOMÁS PUJANTE PUNCIÓN DE NÓDULOS PULMONARES: PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA	160
RAFAEL VICENTE GONZALEZ, MARÍA BELÉN DOMÍNGUEZ LÓPEZ, OLGA PÉREZ HOLGADO ORTOPANTOMOGRAFÍA: HERRAMIENTA ESENCIAL PARA LOS ODONTÓLOGOS	161
MARÍA BELÉN DOMÍNGUEZ LÓPEZ, RAFAEL VICENTE GONZALEZ, OLGA PÉREZ HOLGADO ESTUDIO DE LOS VASOS SANGUÍNEOS MEDIANTE ANGIORESONANCIA	162
ANTONIO CANO FERNANDEZ, MARIA JESUS MEJIDO RODRIGUEZ	

PROTOCOLO DE LA UROGRAFÍA INTRAVENOSA

MARÍA DE LA ALMUDENA NÚÑEZ CUESTA, ENRIQUE MENDEZ GARCIA, ANA SANCHEZ POZO

INTRODUCCIÓN: Se llama también pielografía intravenosa y es una exploración que valora la morfología y la excreción renal desde los cálices menores y mayores, las pelvis renales, los uréteres hasta la vejiga urinaria. La exploración se realiza administrando contraste por vía intravenosa que se excreta por riñón, y es observada mediante fluoroscopia o con radiografías seriadas.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo fue determinar los distintos pasos a seguir en la realización de la urografía intravenosa.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en los metabuscadores y bases de datos: Tripdatabase, Epistemonikos, Pubmed, Uptodate y Cochrane. Se utilizaron los descriptores: urografía intravenosa, pielografía. No se hizo restricción de idioma ni de año de publicación.

RESULTADOS: Se inicia con una radiografía simple de abdomen (con vejiga vacía) en decúbito supino que englobe el área entre los polos superiores de los riñones y unos 2 cm por debajo del borde inferior de la sínfisis púbica. A continuación se canaliza una vía y se introduce el contraste anotando la hora exacta de inicio y la duración de la inyección. La primera imagen se obtiene inmediatamente después de haber finalizado la inyección de contraste (se observa la perfusión del riñón). A los 5 minutos se requiere una radiografía de riñón, uréter y vejiga. Visualiza cálices y parte proximal de los uréteres. A los 10-15 minutos se requiere una radiografía de riñón, uréter y vejiga. Visualiza cálices, uréteres e inicio de llenado de vejiga. A los 25-30 minutos realizamos una nueva placa y se visualiza la vejiga llena y la porción distal de los uréteres. Por último se obtiene una radiografía posmiccional en decúbito prono (PA) OAP en bipedestación.

CONCLUSIÓN: Es una buena técnica para valorar si hay alguna obstrucción en el aparato urinario.

PALABRAS CLAVE: TELEMANDO, UROGRAFÍA INTRAVENOSA, APARATO URINARIO, PROTOCOLOS.

LOS TÉCNICOS ESPECIALISTAS EN RADIODIAGNÓSTICO EN LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA ABDOMINAL

ENRIQUE LUNAR IGLESIAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 22 años de edad que desde hace 2 días refiere dolor abdominal intenso localizado en fosa ilíaca derecha. No cede a analgesia. No presenta vómitos ni fiebre. Tampoco presenta alteraciones del hábito intestinal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración física presenta abdomen blando ,depresible ,doloroso a la palpación. No se palpa ninguna masa en abdomen. En la ecografía abdominal se observa lesión redondeada en ovario derecho con pequeña cantidad de líquido alrededor. Impresiona de quiste hemorrágico. Se deriva al ginecólogo que confirma por ecografía vaginal el mismo diagnóstico.

JUICIO CLÍNICO: Quiste ovárico hemorrágico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Incluye varias patologías como es el absceso tubo-ovárico, el embarazo ectópico, los tumores benignos y las neoplasias ováricas. Los quistes hemorrágicos disminuyen de tamaño, mientras que las neoplasias permanecen sin cambios o aumentan de tamaño.

PLAN DE CUIDADOS: El manejo de un quiste ovárico es conservador, se resuelve de 8-12 semanas, de forma espontánea. Tomar antiinflamatorios y anticonceptivos para inhibir la formación de nuevos quistes. Es necesario realizar un seguimiento ecográfico durante 3 ciclos.

CONCLUSIONES: La mayoría de los quistes de ovario son funcionales cuya causa son las hormonas. Se produce en mujeres sexualmente maduras, después de la pubertad y durante la menopausia. La rotura de un quiste puede dar lugar a lesiones hemorrágicas. La ultrasonografía es inocua y su capacidad de resolución la hacen insustituible para el diagnóstico de tumoración ovárica.

PALABRAS CLAVE: QUISTE OVÁRICO, DOLOR ABDOMINAL, PUBERTAD, ECOGRAFÍA.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DE UNA DENSITOMETRÍA

MARÍA DE LA ALMUDENA NÚÑEZ CUESTA, ENRIQUE MENDEZ GARCIA, ANA SANCHEZ POZO

INTRODUCCIÓN: La densitometría ósea es una técnica diagnóstica que tiene 3 objetivos principales: a) Confirmar o descartar el diagnóstico de osteopenia u osteoporosis. B) Valorar el riesgo de fractura. C) Monitorizar los cambios óseos, ya sean fisiológicos o derivados de una actuación terapéutica.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo fue describir los pasos a seguir para la realización de la misma.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en los metabuscadores y bases de datos: Tripdatabase, Epistemonikos, Pubmed, Uptodate y Cochrane. Se utilizaron los descriptores: "Bone Densitometry", "Protocolo" "Osteopenia"; No se hizo restricción de idioma ni de año de publicación.

RESULTADOS: La densitometría comienza con una imagen radiológica exploratoria o piloto para determinar el posicionamiento correcto y para evaluar la presencia de artefactos antes de comenzar la adquisición de los datos. A continuación, el lugar seleccionado se analiza y se elabora un informe mineral óseo. Este informe suele contener la imagen mineral ósea de la parte anatómica escaneada, las mediciones de densidad ósea, una comparación de poblaciones sanas jóvenes y de la misma edad, sexo y grupo étnico, información del paciente y datos de control de calidad. De forma general, se realiza a nivel lumbar (L1-L4 o L2-L4, según modelos) y/o cuello femoral izquierdo, pero también pueden hacerse estudios de antebrazo, calcáneo y cuerpo entero. El paciente se coloca en posición decúbito supino en la camilla, y debe permanecer quieto y relajado. Mientras el paciente está acostado, un escáner pasa sobre todo el cuerpo tomando una imagen de la parte baja de la espina dorsal y de la cadera. Los tiempos de exploración van entre 5 y los 15 minutos.

CONCLUSIÓN: Es una prueba rápida, sencilla, indolora y con bajas dosis de radiación.

PALABRAS CLAVE: HUESO, PROTOCOLOS, OSTEOPENIA, DENSITOMETRÍA.

NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTES YODADOS Y SU RELACIÓN CON LA METFORMINA

PABLO SALMERON RUIZ, ELISABETH CASCALES PALAZÓN, MARIA JESÚS CRESPO CASTILLO

INTRODUCCIÓN: Los medios de contraste yodados son sales de yodo que se usan en radiología para la realización de TC. El uso extendido de estos contrastes conlleva muchas reacciones adversas, entre ellas la más común es la nefrotoxicidad. Se produce una reducción de la función renal que provoca un aumento de la creatinina plasmática de más del 25% sobre su valor previo. En ellos influyen el tipo de prueba, de contraste yodado usado, dosis suministrada, patología previa del paciente y seguimiento de éstos. Esta nefropatía inducida provoca un retraso en la eliminación de los fármacos de excreción total o mayoritariamente renal, como la Metformina, antidiabético oral de uso muy extendido, que se elimina al 90% por vía renal. Se recomienda por ello interrumpir el tratamiento con metformina durante 48 horas tras la administración del contraste en pacientes diabéticos sin insuficiencia renal y 48 horas antes y después cuando tienen la función renal ya alterada.

OBJETIVOS: Determinar la relación entre medios de contraste yodados, metformina y su influencia sobre la insuficiencia renal.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos como Elsevier, Pubmed, Scielo y buscadores como google académico.

RESULTADOS: Se ha demostrado que algunos pacientes, sobre todo ancianos y niños, existe una reducción del filtrado glomerular de hasta un 50%, aún con una creatinina sérica normal y esto haría que los contrastes y la metformina incrementen su vida media y permanezcan en el organismo durante un tiempo más prolongado.

CONCLUSIÓN: Es importante para enfermería tener en cuenta que los pacientes diabéticos pueden tener alterado el funcionamiento renal imprescindible para la eliminación del contraste y la metformina. Por ello debemos conocer la función renal, identificar a los pacientes que toman metformina y que un incremento de ésta en sangre puede dar como resultado una situación grave con alta mortalidad.

PALABRAS CLAVE: METFORMINA, CONTRASTE YODADO, NEFROPATÍA, RADIOLOGÍA.

INDICACIONES PARA TC DE TÓRAX DE RUTINA

ANA SANCHEZ POZO, MARÍA DE LA ALMUDENA NÚÑEZ CUESTA, ENRIQUE MENDEZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: La tomografía computarizada torácica es una técnica de imagen que ha adquirido un papel importante en la evaluación diagnóstica de la patología pulmonar y mediastínica. Tiene un poder de detección muy superior a la radiología simple, permite confirmar o excluir las imágenes equívocas de la radiografía, localizarlas y caracterizarlas morfológicamente. A pesar de los enormes beneficios de esta técnica, se debe encontrar el equilibrio entre calidad de imagen, precisión diagnóstica y dosis de radiación.

OBJETIVOS: Determinar las distintas indicaciones para la realización del TC de Tórax a pesar de que la radiografía simple siga siendo la prueba esencial en el diagnóstico y seguimientos de dichas patologías.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en los metabuscadores y bases de datos: Tripdatabase, Uptodate y Cochrane. Se utilizaron los descriptores: "TC", "Tórax", no se hizo restricción de idioma ni de año de publicación.

RESULTADOS: La American College of Radiology y el European College of radiology incluyen las siguientes indicaciones para la realización del TC de tórax: Evaluación de alteraciones descubiertas en la radiografía de tórax, Patología torácica oculta sospechada clínicamente, Estadaje y seguimiento del carcinoma de pulmón y metástasis, Evaluación de manifestaciones torácicas de enfermedades extratorácica, Evaluación de anormalidades torácicas vasculares, Tromboembolismo pulmonar, Evaluación o seguimiento de patología pulmonar parenquimatosa o de la vía aérea, Evaluación de trauma torácico, Guía de procedimientos intervencionistas diagnósticos o terapéuticos.

CONCLUSIÓN: A pesar del gran aporte de información que obtenemos con una radiografía simple de tórax, existen patologías que no podemos apreciar y necesitamos hacer uso de un estudio más específico como es la tomografía computarizada.

PALABRAS CLAVE: PATOLOGÍA PULMONAR, TROMBOEMBOLISMO, PATOLOGÍA PLEURAL, METÁSTASIS.

COLUMNA VERTEBRAL Y ALTERACIONES A TRAVÉS DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: ESCOLIOSIS

ISABEL RUIZ DÍAZ, ENMA GOMEZ VALOR, TRINIDAD CARMEN LOPEZ TORRES

INTRODUCCIÓN: La columna vertebral cumple las funciones de protección y de mantener y transmitir el peso de la parte superior del cuerpo hacia las piernas. En humanos es frecuente que se presenten anomalías en las curvaturas de la columna, como la escoliosis, donde la columna adopta forma de S, hacia la derecha o izquierda, con rotación y acuñamiento de las vértebras. Su aparición es más frecuente en adolescentes, principalmente mujeres, por posturas incorrectas en la niñez.

OBJETIVOS: Conocer las alteraciones de la columna vertebral, especialmente la escoliosis, sus tipos y la forma de cuantificarla.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos publicados. Las bases de datos consultadas fueron: espaldaycuello. Com y niams.

RESULTADOS: En radiodiagnóstico se realiza una telecolumna para visualizar la postura de la columna vertebral. Si una columna presenta una curvatura superior a 10° se considera que está anormal. La escoliosis se clasifica en: Idiopáticas, causa desconocida. Congénita, causada por malformaciones vertebrales de nacimiento. Degenerativa: fracturas, osteoporosis etc. Neuromuscular: Neuropatías y miopatías. Dependiendo de la desviación de la columna se pueden usar diferentes métodos para la medición: Lippman Cobb, Risser-Ferguson... A la hora de realizar el tratamiento se realizan estudios radiológicos previos, como principal método de diagnóstico.

CONCLUSIÓN: Con este trabajo se espera ampliar el conocimiento sobre la necesidad de realizar adecuadamente la radiografía de columna completa conociendo como afecta a la medición de posibles escoliosis y sus consecuencias. La escoliosis afecta del 1,5% al 3 % de la población. Gracias al diagnóstico por imagen podemos detectar la enfermedad, permitiendo así realizar el tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: COLUMNA, ESCOLIOSIS, TSID, DESVIACIÓN.

IMPORTANCIA DEL TAC EN LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

NOELIA CARRASCO MARTÍNEZ, ANA MELCHORA SANCHEZ RAMON, JUAN BAUTISTA CABRERA NAVARRO

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata (CP) es el tumor de mayor frecuencia y el segundo más letal en la población masculina. Por lo que se ha aumentado de forma progresiva su incidencia y mortalidad. Esto evidencia lo trascendente que es desarrollar adecuados métodos de tamizaje, pruebas diagnósticas y estudios de diseminación. Algunos de estos métodos, como el tacto rectal y el antígeno prostático específico (APE), permiten sospechar y realizar un diagnóstico precoz de neoplasia prostática y, por tanto, detectar un cáncer generalmente confinado a la próstata. Mediante la Tomografía Axial Computarizada (TAC) podemos obtener información para determinar si dicha estructura está exenta de cualquier tipo de patología.

OBJETIVOS: Analizar y determinar la importancia del tomografía axial computarizada en la detección del cáncer de próstata.

METODOLOGÍA: Revisiones bibliográficas y búsqueda de artículos en diferentes bases de datos: Dialnet, PubMed y Cochrane. Artículos seleccionados de los últimos cinco años en español e inglés. Descriptores MeSH: prostate, detection, cancer, computed axial tomography.

RESULTADOS: La tomografía axial computarizada es una herramienta clave en el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas en relación al carcinoma prostático. Actualmente está establecida la utilidad del TAC ante un antígeno específico de próstata elevado y una biopsia prostática previa negativa; para estadificación tumoral; en la evaluación de candidatos a vigilancia activa; en la planificación de tratamientos focales y para la evaluación de la recurrencia tumoral. Este estudio no se emplea con frecuencia en cánceres de próstata recientemente diagnosticados, aunque nos puede ayudar a determinar si el cáncer de próstata se propagó a los ganglios linfáticos adyacentes, si está creciendo en el interior de otros órganos o en las estructuras de la pelvis.

CONCLUSIÓN: El TAC es una prueba de certeza ante la sospecha de un cáncer de próstata pues determina afectación y proliferación, proporcionando información importante al especialista para tomar la mejor decisión en su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: PRÓSTATA, DETECCIÓN, CÁNCER, TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.

ANÁLISIS SOBRE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL QUIRÓFANO

NOELIA CARRASCO MARTÍNEZ, ANA MELCHORA SANCHEZ RAMON, JUAN BAUTISTA CABRERA NAVARRO

INTRODUCCIÓN: Los arcos en C portátiles son usados frecuentemente en quirófano para diferentes tipos de cirugía, por lo que son tiempos largos de fluoroscopia y dosis altas a los profesionales que trabajan en dicho quirófano. Estos procedimientos médicos suponen sobre un 30% de radiaciones recibidas a los componentes del equipo quirúrgico. La seguridad debe de ser máxima en la exposición a radiaciones y se hace imprescindible tener en consideración y de forma permanente las obligaciones y precauciones para reducir al mínimo el riesgo al que puedan verse sometidos.

OBJETIVOS: Analizar el cumplimiento de las medidas de radioprotección en el quirófano por parte del personal sanitario para disminuir los efectos adversos de la exposición a radiaciones.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo, entre los profesionales que trabajan en quirófano mediante una encuesta que pasamos en turno de mañana de nuestro hospital. En dicha encuesta se evalúa el conocimiento de las medidas de radioprotección dentro del quirófano y el conocimiento de los efectos adversos como consecuencia a la exposición de radiaciones. Se realizan un total de 30 encuestas entre anestesiistas, cirujanos y personal de enfermería.

RESULTADOS: De las 30 encuestas realizadas, 25 conocían las diferentes medidas de radioprotección dentro de un quirófano y qué medidas debían llevar a cabo para reducir riesgos y efectos adversos ante la exposición a rayos X. Por lo que 15 de ellos reconocían haberse formado en los últimos 2 meses, mediante la realización de diferentes cursos, en la plataforma de nuestro hospital, acerca de prevención de riesgos y seguridad.

CONCLUSIÓN: El grado de conocimiento de nuestros profesionales de quirófano en radioprotección es elevado, aún así, debemos estar expectantes y proporcionar la necesaria formación y entrenamiento en protección radiológica y en el uso del equipo de rayos x.

PALABRAS CLAVE: RADIOPROTECCIÓN, SEGURIDAD, RIESGO, RADIACIÓN.

INTERVENCIÓN ENFERMERA ANTE LA EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO

MARIA DE LOS ANGELES DOMINGUEZ MORALES, ANA HIDALGO RODRIGUEZ, OSCAR NAVARRO DOMINGUEZ

INTRODUCCIÓN: La extravasación de contraste intravenoso en los tejidos blandos poco frecuente y que puede suceder incluso cuando hemos realizado correctamente la técnica de inyección. Las consecuencias de la extravasación varían desde reacciones cutáneas leves a lesiones más graves con necrosis, úlceras cutáneas y síndrome compartimental. La prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son las claves para que el personal de enfermería evite las lesiones graves.

OBJETIVOS: Determinar unas pautas a seguir ante una extravasación de contraste intravenoso en la sala de Resonancia Magnética Nuclear.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica exhaustiva, en Bases de Datos: Cuiden, Scielo y Medline. Selección de documentos y estudios publicados entre el 2010 y 2017.

RESULTADOS: Los artículos consultados clasifican las extravasaciones desde reacciones cutáneas leves a lesiones graves. Las primeras citadas son las reacciones más prevalentes. Los pasos a seguir ante una extravasación leve que puede causar dolor en el sitio de punción, edema y eritema son las siguientes: parar la bomba de infusión de contraste, retirar la vía periférica, elevar el brazo por encima del nivel del corazón y aplicar frío local varias veces al día durante 15 minutos, si se tolera.

CONCLUSIÓN: La extravasación de medios de contraste es una complicación poco frecuente, pero puede desencadenar en los tejidos un daño muy importante. Es primordial que el personal de enfermería conozca los factores de riesgo, las manifestaciones y el manejo adecuado para evitar que se desarrollen complicaciones graves. La seguridad del paciente es la base de la asistencia enfermera.

PALABRAS CLAVE: EXTRAVASACIÓN, CONTRASTE INTRAVENOSO, COMPLICACIÓN, ACTUACIÓN ENFERMERA.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE POLITRAUMATIZADO CON FRACTURA DORSAL DEBIDO A UNA CAÍDA

MARÍA SOLEDAD GARCÍA GARCIA, JOAQUINA GONZALEZ RODRIGUEZ, MARIA ISABEL GIMÉNEZ SÁNCHEZ, MARIA CRUZ NAVARRO AYORA, ENCARNACION FERNANDEZ ALCARAZ, JUANA GUERRERO JURADO, PAULA PERIAGO BASTIDA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude al servicio de urgencias la UCI móvil con varón de 43 años tras haberse caído desde un edificio con 4 metros de altura; tras la caída ha sufrido una pérdida de conocimiento por lo que no recuerda tal impacto contra el suelo. TA: 65/123 mmHg, T^o: 37^oC, PPM: 84, SpO₂: 97.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Fuerte dolor a nivel de zona dorsal de la espalda y frontal de cráneo con una medida de 8 puntos en Escala Visual Analógica del Dolor (EVA). Tac craneal; Rx de cráneo: AP y LAT; Rx de columna: dorsal-lumbar; Tac columna dorso -lumbar desde D2 hasta sacro.

JUICIO CLÍNICO: Politraumatizado con fractura dorsal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis realizada, el diagnóstico principal fue politraumatizado con fractura dorsal. RX de cráneo: normal; se realiza TAC craneal para descartar sangrado. TAC craneal: no se observan imágenes de sangrado intra o extra axial, sistema ventricular de tamaño normal sin desplazamiento de la línea media craneal, y no existe fractura craneal. RX dorso-lumbar aportando información de fractura de D12; se realiza TAC dorso- lumbar para comprobar el nivel de fractura apreciándose con ella fractura aplastamiento anterior de cuerpo vertebral de D12, sin afectación de elementos posteriores ni canal medular.

PLAN DE CUIDADOS: Ingreso en hospitalización en planta de traumatología, reposo absoluto, inmovilización de espalda con corsé, medicación intravenosa para paliar el dolor con AINEs y relajantes musculares alternando cada 4 horas, al quinto día se suspende medicación intravenosa y se inicia de forma oral cada 8 horas y reposo relativo, pasados 7 días se procede al alta con posterior cita para revisión con el traumatólogo.

CONCLUSIONES: El paciente politraumatizado es aquel paciente que presenta múltiples lesiones orgánicas o/y musculoesqueléticas. Cuando un hueso recibe más presión de la que puede soportar, se producen fracturas. La fractura por compresión del cuerpo es la más común en el caso de la columna vertebral.

PALABRAS CLAVE: FRACTURAS, COLUMNA VERTEBRAL, FRACTURA VERTEBRAL, TRAUMATISMO.

ECO-DOPPLER: REPERCUSIÓN DE SU USO EN EL DIAGNOSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA

JUAN BAUTISTA CABRERA NAVARRO, ANA MELCHORA SANCHEZ RAMON, NOELIA CARRASCO MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: En la TVP, los síntomas y signos son esenciales, aunque poco sensibles y específicos. Para su valoración nos basamos en la exploración física, factores de riesgo, analíticas sanguíneas, diagnósticos alternativos y la realización de una Eco-doppler, que realizaríamos si el DD estuviera elevado. Su empleo en los servicios de urgencias, determinan diagnósticos correctos y contribuyen a poner los tratamientos adecuados.

OBJETIVOS: Conocer la utilidad de la Eco-doppler en el diagnóstico de TVP.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica y búsqueda de artículos en base de datos: PubMed, Cochrane, Medline. 25 Artículos seleccionados de los últimos diez años. Descriptores MeSH: Venous Thrombosis/diagnostic imaging, radiotherapy, analysis.

RESULTADOS: El diagnóstico de la TVP, comienza con la sintomatología, test de Wells y el DD, el cual nos indicará la realización del eco doppler según sus resultados. Es la prueba de imagen complementaria no invasiva de primera elección, es rápida y repetible, con una predicción del 98%, en TV proximales tiene una sensibilidad del 97%, en las distales del 80%. El TAC, RMN u otras pruebas isotópicas, están en investigación. Es tolerada, reproducible y exacta por debajo de la rodilla, aunque la “prueba de oro” sigue siendo la flebografía. La combinación de venografía-TC y escáner pulmonar parece ser un método preciso para el diagnóstico de TVP y embolismos pulmonares. Solo 1-2% con ecografía negativa presentan TVP tras estudio seriado.

CONCLUSIÓN: La Eco doppler es una prueba esencial en el diagnóstico de la TVP, siendo indispensable su realización tras determinaciones de DD elevadas. Al no utilizar radiación, sino ultrasonidos con compresión venosa constituye la prueba de imagen de elección para el diagnóstico de TVP. La ausencia de compresibilidad de un segmento venoso concreto es el criterio diagnóstico, aunque la adición de doppler-color permite una identificación más precisa del segmento venoso trombosado.

PALABRAS CLAVE: TROMBOSIS VENOSA, ECOGRAFÍA, DIAGNÓSTICO, DÍMERO D.

ANÁLISIS DE LA RADIOGRAFÍA SIMPLE DE TÓRAX

ENMA GOMEZ VALOR, TRINIDAD CARMEN LOPEZ TORRES, ISABEL RUIZ DÍAZ

INTRODUCCIÓN: La radiografía simple de tórax es la técnica inicial de imagen por excelencia. En la mayoría de los casos, tras abrir una historia clínica del paciente, la radiografía es el primer examen que se realiza, en conjunto con la analítica.

OBJETIVOS: Establecer la pautar para realizar el examen radiográfico de tórax de forma correcta.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica y sistemática de diferentes artículos, en las bases de datos ScieloMedline, Dialnet. Los criterios de inclusión son de actualidad y ajuste al tema planteado, siendo los descriptores utilizados y consultados en las bases de datos: radiografía, simple, tórax, técnico.

RESULTADOS: Para que el resultado de una radiografía de tórax se considere adecuado, tendremos que cumplir diferentes características: El tórax debe estar incluido en su totalidad en la placa, desde vértices pulmonares hasta el fondo de los recesos costodiafragmáticos. Las escápulas deben quedar desplazadas de los campos pulmonares. En la radiografía posteroanterior, el tórax debe estar centrado, los extremos esternales de las clavículas deben equidistar de la sombra central de las apófisis espinosas vertebrales. La penetración de radiación tiene que conseguir que veamos la columna vertebral (tanto cuerpos vertebrales como discos intervertebrales) detrás de la sombra cardíaca. La gama de grises, blanco y negro debe estar bien diferenciada. Ha de realizarse en inspiración profunda mantenida (salvo otra indicación del facultativo). Si el estado del paciente lo permite, ha de llevarse a cabo en bipedestación.

CONCLUSIÓN: La radiografía simple de tórax es la técnica por excelencia para el diagnóstico de patologías pulmonares y mediastínicas. Como Técnicos de Imagen para el Diagnóstico, nuestro deber es realizar una perfecta proyección, para que así el radiólogo pueda llevar a cabo un acertado diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: SIMPLE, TÉCNICO, TÓRAX, RADIOGRAFÍA.

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA EN EL CÁNCER DE MAMA

ENMA GOMEZ VALOR, TRINIDAD CARMEN LOPEZ TORRES, ISABEL RUIZ DÍAZ

INTRODUCCIÓN: La Tomografía Computerizada es una técnica de rayos X que utiliza un haz giratorio, describe una hélice alrededor del paciente, realizando cortes axiales. Posteriormente se pueden hacer reconstrucciones en los tres planos, axiales, coronales y sagitales. Sirve para el diagnóstico de las metástasis u otras patologías asociadas, no para diagnóstico del cáncer de mama, propiamente dicho.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de la Tomografía Computerizada como técnica de seguimiento en la identificación de metástasis u otras patologías asociadas al cáncer de mama.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica y sistemática de diferentes artículos, en las bases de datos ScieloMedline, Dialnet. Los criterios de inclusión son de actualidad y ajuste al tema planteado, siendo los descriptores utilizados y consultados en las bases de datos: tomografía, computerizada, mama, cáncer, seguimiento.

RESULTADOS: El protocolo general para la obtención de un buen resultado, para su posterior diagnóstico es: Seleccionamos el tórax y el abdomen superior completos. El tórax con hélice convencional y administración de contraste intravenoso (CIV). En el abdomen incluiremos hígado y glándulas suprarrenales. Administrar 1-2 vasos de contraste oral (puede ser Gastrografin o agua). La hélice del tórax marcada a los 25 segundos de la inyección. La hélice del hígado en fase venosa a los 70 segundos.

CONCLUSIÓN: La principal meta del seguimiento es detectar y tratar las recidivas en la mama o los ganglios linfáticos irradiados ó la proliferación de un nuevo cáncer en cualquiera de las mamas, antes de que se disemine a otras partes del cuerpo. El médico determinará cuál es el programa de seguimiento personalizado a cada paciente y para cada tipo de tumor. Si los síntomas o datos clínicos sugieren una recidiva u otras patologías asociadas, tal vez sea necesario hacer pruebas de diagnóstico como Tomografía Computerizada.

PALABRAS CLAVE: TOMOGRAFÍA, COMPUTERIZADA, CÁNCER, MAMA, SEGUIMIENTO.

ANÁLISIS DE LAS PATOLOGÍAS CEREBRALES POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

ALMUDENA SIMÓN PORTILLO, SILVIA MARTÍNEZ ESCORIZA, ALBA MARÍA ORTEGA IBÁÑEZ

INTRODUCCIÓN: La tomografía computarizada ha significado un gran avance para el diagnóstico por la imagen de ciertas patologías desde traumatismos hasta neurodegenerativas, por ser más accesible y económica que la resonancia magnética y con mayor calidad diagnóstica que la radiología simple.

OBJETIVOS: Conocer el funcionamiento del equipo y su seguridad de utilización. Conocer su uso clínico en las diferentes patologías cerebrales.

METODOLOGÍA: La búsqueda bibliográfica se centró en el funcionamiento del equipo de tomografía computarizada adherido a sus usos clínicos, en la base de datos Medline acotando la búsqueda a los últimos 5 años, en castellano e inglés.

RESULTADOS: La TC hace incidir haces de rayos X (radiaciones ionizantes) sobre la región anatómica a estudiar, los cuales no son inocuos, pero con el principio ALARA (As Low Reasonably Achievable) se trata de administrar una dosis segura ya que establece la dosis a un nivel tan bajo como se posible. Con la TC podemos diagnosticar o controlar la evolución de las siguientes patologías a nivel craneal: traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular o ICTUS, tumor cerebral, quistes, aneurisma, enfermedades congénitas, craneosinostosis (deformidad), hidrocefalia, infecciones, demencias.

CONCLUSIÓN: Nos permite identificar patologías craneales, incidiendo en las que están en continuo desarrollo, las enfermedades neurodegenerativas. Esta técnica presenta limitaciones por el empleo de radiaciones ionizantes pero cuando el beneficio supera al riesgo está indicada siguiendo las medidas de protección radiológica. En un futuro las aplicaciones informáticas permitirán obtener imágenes con mayor calidad y menor dosis de radiación absorbida por el paciente.

PALABRAS CLAVE: TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, CRANEAL, MULTISLICE CT, NEURORRADIOLOGÍA CEREBRAL.

ESTUDIO SOBRE LA MEDICIÓN DE LA EDAD ÓSEA EN LOS PACIENTES

EVA MARÍA MILLÁN GARCÍA

INTRODUCCIÓN: El conocimiento de la edad ósea en un niño durante su periodo de crecimiento supone una herramienta muy útil en diferentes situaciones: diagnóstico de un crecimiento adecuado o patológico, decisiones acerca de tratamientos, estimación de talla adulta y edad en casos donde la fecha de nacimiento es desconocida.

OBJETIVOS: Determinar las técnicas que se utilizan para medir la edad ósea en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: La valoración de la edad ósea se realiza mediante métodos clásicos, como el de Greulich-Pyle donde se compara una radiografía de la mano y muñeca izquierda con un atlas con estándares para cada edad y sexo, los métodos de "scores", como el de Tanner-Whitehouse con los que se asigna un valor o puntuación a los centros de osificación y otros más actuales, los automáticos, como el BoneXpert. La edad ósea, procedente del estudio y comparación de la radiografía de la mano, es el modo más usado y reconocido para estimar el nivel de maduración ósea de un individuo que ayuda, a su vez, a determinar cuál es el tipo de tratamiento que se debe aplicar y cuál el momento más oportuno para llevarlo a cabo.

CONCLUSIÓN: Los datos obtenidos en el estudio de edad ósea durante el periodo de crecimiento infantil son de gran ayuda en campos como la endocrinología pediátrica y antropología forense así como para la determinación de condiciones normales o patológicas en este crecimiento.

PALABRAS CLAVE: EDAD ÓSEA, MANO IZQUIERDA, RADIOGRAFÍA, DIAGNÓSTICO.

IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

JAVIER FERNANDEZ GALA, JAVIER SANCHEZ MORENO, CRISTINA MUÑOZ CASTILLO

INTRODUCCIÓN: El politraumatismo es la presencia de dos o más lesiones traumáticas o de una sola si existe riesgo de fallecimiento o secuelas graves. La mayoría de los casos de pacientes politraumatizados son producidos por accidentes de tráfico. Es la primera causa de muerte en menores de 45 años.

OBJETIVOS: Determinar cuáles son las pruebas complementarias para un buen diagnóstico en los pacientes politraumatizados y su importancia.

METODOLOGÍA: Se realizaron búsquedas bibliográficas en Google Académico, Pubmed, Cochrane y Scielo con las palabras claves: pruebas complementarias, politraumatizado, rayos X, diagnóstico; los criterios de inclusión fueron artículos desde 2007 hasta 2017, en inglés y en español y artículos en versión completa.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes que acuden a urgencias para una valoración médica se realizan alguna prueba radiológica. Las pruebas complementarias están dentro de la evaluación secundaria en el paciente politraumatizado, siendo fundamentales para el diagnóstico. Radiografía simple, ecografía y TAC son las pruebas complementarias más utilizadas para un buen diagnóstico del paciente politraumatizado, también está la Resonancia Magnética pero tiene escasas indicaciones.

CONCLUSIÓN: Las pruebas complementarias ayudan a la detección de lesiones en los pacientes politraumatizados, de esta manera poder llevar a cabo un buen tratamiento y solucionar los procesos que pueden llevar a acabar con la vida del paciente en corto espacio de tiempo.

PALABRAS CLAVE: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, PACIENTE POLITRAUMATIZADO, RADIODIAGNÓSTICO, DIAGNÓSTICO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE CONTRASTES RADIOLÓGICOS

MARIA DOLORES PARRA SANCHEZ, MARIA DEL MAR GARCIA GARCIA, DIANA PRADOS BUENO

INTRODUCCIÓN: Los medios de contraste son medicamentos que proporcionan opacidad a los diferentes órganos que se van a estudiar radiológicamente, de manera que se incrementa la absorción de los rayos X a su paso a través del cuerpo. La eliminación de este compuesto a través de los riñones puede tener repercusiones serias sobre la función renal (insuficiencia renal) pudiendo provocar nefropatía inducida por contraste.

OBJETIVOS: Determinar las actuaciones por parte de enfermería en la administración endovenosa de contrastes radiológicos.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet y Cuiden. La búsqueda ha sido realizada desde el año 2012 hasta la fecha actual, revisando 30 artículos y seleccionados un total de 11 por su idoneidad.

RESULTADOS: Por parte de enfermería, se revisará la historia del paciente prestando especial atención a su función renal y se calculará el aclaramiento de creatinina. La administración de contraste endovenoso implica una serie de riesgos y complicaciones, para evitarlos deberemos prestar especial atención a la canalización de la vía venosa. Se debe comprobar la vía con suero fisiológico a gran presión de forma manual en embolada o con la propia bomba inyectora. Vigilar durante la inyección la posible aparición de extravasaciones. Al terminar la inyección del medio de contraste se lavará la vía con suero fisiológico para evitar precipitados. Es muy importante comprobar que no existen reacciones adversas, sobre todo en los minutos inmediatamente posteriores a la administración.

CONCLUSIÓN: Es necesario realizar una evaluación del paciente antes, durante y después de la administración del contraste para detectar cualquier posible incidencia o efecto adverso. También es de vital importancia la elaboración de un protocolo de actuación ante cualquier reacción adversa y/o reacción anafiláctica.

PALABRAS CLAVE: CONTRASTE, REACCIÓN ADVERSA, INSUFICIENCIA RENAL, RADIOLOGÍA.

LA IMPORTANCIA DE LOS RAYOS X PARA EL DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE CADERA

JAVIER FERNANDEZ GALA, CRISTINA MUÑOZ CASTILLO, JAVIER SANCHEZ MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 80 años derivada al servicio de urgencias por caída accidental en su domicilio con traumatismo a nivel de pierna izquierda y codo izquierdo. TCE occipital sin pérdida de conocimiento. Sus antecedentes personales son: DM tipo 2 en tratamiento con metformina y HTA en tratamiento con losartan.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG, COC, eupneica en reposo. Dolor a la palpación y movilización de la articulación de la cadera. No acortamiento ni rotación externa. Buena movilidad de las demás articulaciones de extremidades, solo una erosión en codo izquierdo pero sin deformidad. Se realiza Rx de pelvis de cadera izquierda y de fémur izquierdo.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de cadera intertrocantérica izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Según los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial podía ser de fractura de cadera, fractura de pelvis, fractura de diáfisis del fémur o monoartritis traumática. Sin embargo con los resultados de la prueba complementaria, los Rayos X en este caso, podemos asegurar el diagnóstico definitivo de fractura de cadera izquierda siendo muy importante las pruebas complementarias para poder diagnosticar.

CONCLUSIONES: Los pacientes con fractura de cadera en España tienen una media de edad por encima de los 80 años siendo la mayoría de los casos mujeres. Los factores de riesgo son: la osteoporosis, el sedentarismo, el déficit visual y marcha inestable y los trastornos alimenticios. Siendo la caída una de las causas más frecuentes. El tratamiento para la fractura de cadera es quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA DE CADERA, RAYOS X, RADIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA CARDÍACA PARA LA CUANTIFICACIÓN DEL CALCIO CORONARIO

LAURA FERNÁNDEZ IGLESIAS, ROSANA FERNANDEZ PEREZ, VANESSA GARCIA PINTUELES

INTRODUCCIÓN: Un TAC cardíaco es una prueba relativamente sencilla en la que se administra un medio de contraste por vía intravenosa para obtener una imagen del corazón con su estructura vascular y coronaria.

OBJETIVOS: Determinar la técnica diagnóstica que se utiliza y su procedimiento en la comprobación del calcio coronario en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: La cuantificación de calcio coronario (CCC) permite valorar el depósito de calcio en las arterias coronarias y ha demostrado ser una herramienta útil para estratificar el riesgo cardiovascular. La mesa de exploración se deslizará entrando al TAC al paciente. Dentro de la máquina, un escáner tomará una serie de imágenes. El técnico controla el escáner desde otra habitación en la que tiene la capacidad de ver al paciente y hablar con él. Se debe permanecer inmóvil e incluso en algunos momentos de la prueba el técnico puede pedir que contenga la respiración. Mediante los resultados de esta prueba, se permite al médico dar una información detallada acerca de la placa en las arterias coronarias, incluso es válido para diagnosticar la enfermedad coronaria antes de que se produzca una enfermedad arterial coronaria. Además es una prueba indolora, rápida y segura.

CONCLUSIÓN: Se permite un diagnóstico precoz de enfermedad coronaria o se da información acerca de la placa que existirá en las arterias coronarias.

PALABRAS CLAVE: CALCIO, ARTERIA, INTRAVENOSA, CORONARIO.

ESTUDIO DEL SISTEMA URINARIO MEDIANTE UROGRAFÍA INTRAVENOSA

VANESSA GARCIA PINTUELES, LAURA FERNÁNDEZ IGLESIAS, ROSANA FERNANDEZ PEREZ

INTRODUCCIÓN: Es un examen especial de rayos mediante el cual, se inyecta en vena un contraste yodado que posteriormente es eliminado por los riñones. Su uso es habitual como complemento de estudios cuando existe una sospecha de problemas en vías urinarias. Mediante técnicas tales como, las radiografías se permite una exploración funcional y morfológica del sistema urinario.

OBJETIVOS: Identificar el funcionamiento de la urografía intravenosa.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Es una técnica mínimamente invasiva. Esta prueba está contraindicada en pacientes sensibles a la acción farmacológica del contraste. Los medios de contraste que se emplean están compuestos de triodo. Una vez que se va inyectando el contraste, el paciente puede notar una sensación de ardor o en el quemazón en el cuerpo al igual que un sabor metálico en la boca. Algunas personas pueden sufrir vómitos, náuseas o dolor de cabeza una vez inyectado el contraste. Una vez que el contraste está inyectado se hacen una serie de radiografías después de 2-3 minutos, otra a los 10-15 minutos y a los 30-45 minutos. Es conveniente que el paciente acuda en ayudas al menos en las 8 horas anteriores a la prueba. Si fuese necesario se emplearía también un enema para limpiar. La prueba dura alrededor de una hora aproximadamente. Los datos obtenidos deben permitir una evaluación precisa de la función renal y de las diversas secciones de la excreción.

CONCLUSIÓN: Si el paciente tiene alergia al medio de contraste yodado se podría recurrir a otros exámenes alternativos tales como, resonancia o pielografía. Existe una probabilidad de sufrir una reacción alérgica al contraste aunque el paciente no haya sufrido reacciones en casos anteriores. La resonancia también se utiliza para examinar riñones, uréteres y la vejiga. La tomografía axial computarizada ha reemplazado a la urografía intravenosa como herramienta principal.

PALABRAS CLAVE: CONTRASTE, SISTEMA URINARIO, EFECTOS, CONTRAINDICACIONES, PRUEBA, EXPLORACIÓN.

ANÁLISIS SOBRE LAS DENSIDADES BÁSICAS EN RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN

RAQUEL RUBIO FERNANDEZ, DOLORES ORTIZ DÍAZ, FABIOLA GONZALEZ ASID

INTRODUCCIÓN: Los RX cuando atraviesan el organismo producen diferentes absorciones según la densidad de la materia por la que pase. Hay 4 densidades básicas y una 5 debida a una intervención quirúrgica. Por lo que son la densidad del aire que se visualiza en negro, ofreciendo poquisima absorción a su paso. La densidad grasa que se visualiza gris, ofreciendo poca resistencia a su paso. La densidad agua que se visualiza gris clarito, ofreciendo mayor resistencia a su paso. La densidad hueso que se visualiza en blanco opaco, ofrece una gran resistencia a su paso. Y la densidad metal que se visualiza en blanco.

OBJETIVOS: Determinar las diferentes estructuras normales de las patológicas y realizar un tratamiento adecuado en relación a las densidad básicas en las radiografías de abdomen.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas de datos.

RESULTADOS: La técnica se realiza bajo KV 70 para visualizar las vísceras, psoas, riñones, costillas y apófisis lumbares. AP de cúbito supino, sin rotación de la pelvis y pies en inversión 15°. Debemos incluir desde las cúpulas diafragmáticas hasta la sínfisis, rayo central perpendicular a nivel de las crestas ilíacas. Los pacientes altos pueden necesitar dos placas: Clínica de patología digestiva que puede incluir diafragma y clínica de patología urinaria que puede incluir sínfisis. DFP 1 metro y exposición mediante respiración suspendida al final de la fase espiratoria. Y protegeremos las gónadas y en mujeres "Regla de los diez días". Además de valorar la distribución del gas del tubo digestivo: hay gas a nivel de la cámara gástrica, bulbo duodenal, ángulos hepático y esplénico del colon y recto. El patrón calcíco a través de Hemiabdomen superior para calcificaciones condrocrostales, nódulos linfáticos, vesícula biliar, cálculos renales, suprarrenales, pancreáticas, hepáticas y vasculares. Hemiabdomen inferior para flebolitos, miomas uterinos, prostáticos, litiasis uretrales, pared vesical, iatrogénicas en glúteos, caniculares, vasculares, Trompas de Falopio, conductos deferentes, cuerpos extraños, borramientos de planos anatómicos y estado del esqueleto.

CONCLUSIÓN: Por lo que a través de estas técnicas diagnóstica se puede realizar un diagnóstico a través de la clínica que presente, pruebas complementarias y una radiografía de abdomen.

PALABRAS CLAVE: DENSIDADES, ABDOMEN, TUBO DIGESTIVO, BÁSICAS.

PERSPECTIVA DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO AL PACIENTE CON TRAUMATISMO

JOSE ANTONIO BUENO GARCIA, MARIA SANCHEZ MARQUEZ, MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON

INTRODUCCIÓN: Al técnico en imagen para el diagnóstico, se le requiere, por parte del paciente traumatizado, además de una adecuada técnica de estudio que facilite su diagnóstico, un trato psicológico basado en la empatía, la información o la confianza. Siendo todo ello, un factor sumamente importante que influirá de manera positiva tanto en la respuesta anímica del paciente como en los resultados radiológicos obtenidos.

OBJETIVOS: Analizar los resultados radiológicos en centros con un protocolo de actuación basado en la potenciación del trato psicológico del técnico a los pacientes.

METODOLOGÍA: Se analizan resultados radiológicos en estudios de radiología convencional de urgencias, a 3 grupos de pacientes (pacientes sin traumatismo de importancia, pacientes con traumatismo importante y pacientes politraumatizados) que han sufrido accidente de tráfico con edad comprendida entre los 20 y los 50 años. De cada grupo a la mitad se le ha aplicado dicho protocolo y a la otra mitad no.

RESULTADOS: El porcentaje de estudios óptimos obtenidos (que no requieren repetición de radiografías, no presenten artefactos de movimiento, mal posicionamiento, etc.) Es mayor en aquellos grupos de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo de actuación. Las diferencias se acentúan en pacientes politraumatizados que, debido a su gravedad, requieren un mayor trato psicológico que permita su colaboración.

CONCLUSIÓN: Mediante este tipo de protocolo, donde se potencia el trato psicológico del técnico al paciente, las probabilidades de un correcto diagnóstico son aún mayores que si sólo se tiene en cuenta la técnica de estudio. La preparación psicológica por parte del técnico, es fundamental y tan importante como la técnica de estudio.

PALABRAS CLAVE: PROTOCOLO, PSICOLÓGICO, TRAUMATIZADO, TÉCNICO.

USO DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA PARA ANÁLISIS PÉLVICO EN EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

JOSE ANTONIO BUENO GARCIA, MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON, MARIA SANCHEZ MARQUEZ

INTRODUCCIÓN: La tomografía axial computarizada usa rayos x para producir imágenes transversales detalladas del cuerpo. Este estudio no suele emplearse para cánceres de próstata recientemente diagnosticados, sin embargo, puede ser de valor diagnóstico en el cáncer de próstata con extensión local o Gleason elevado y en la propagación del mismo a ganglios linfáticos.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del TAC pélvico a la hora de diagnosticar la diseminación del cáncer prostático y de detectar su extensión a nivel local.

METODOLOGÍA: Se realiza TAC pélvico durante el año 2016, en el servicio de radiodiagnóstico, a 31 pacientes, con edad comprendida entre los 40 y 80 años de edad, cuyo PSA y puntuación de Gleason son elevados, es decir, existe clara sospecha de cáncer de próstata y de diseminación.

RESULTADOS: De los 31 pacientes estudiados, a 19 pacientes (61.3%) Se les detecta cáncer de próstata con diseminación a ganglios, a 5 pacientes (16 %) se les detecta cáncer de próstata con diseminación a otros órganos, a 4 pacientes (13%) se les detecta cáncer de próstata a nivel local y a 3 pacientes (9.7%) No se les detecta cáncer mediante el TAC. Siendo la efectividad total de este estudio de un 90.3%.

CONCLUSIÓN: El Tac pélvico, además de otros estudios radiológicos como la gammagrafía ósea y la RMN, permite ayudar a detectar, con un alto porcentaje, la presencia del cáncer de próstata, principalmente su diseminación. Añadir que es un estudio de gran utilidad a la hora de planificar tratamientos posteriores como la radioterapia.

PALABRAS CLAVE: TAC, PÉLVICO, CÁNCER, PRÓSTATA, DISEMINACIÓN.

EFFECTOS DE LOS MEDIOS DE CONTRASTE IODADOS USADOS POR EL TÉCNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JOSE ANTONIO BUENO GARCIA, MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON, MARIA SANCHEZ MARQUEZ

INTRODUCCIÓN: Los medios de contraste, pueden dar lugar a reacciones adversas en algunos pacientes. Éstas son más frecuentes en los medios de contraste administrados por vía intravenosa. Por ello, se han venido desarrollando compuestos más tolerables.

OBJETIVOS: Determinar las diferencias en las reacciones adversas de pacientes entre el uso de medios de contraste iodados hidrosolubles iónicos y no iónicos.

METODOLOGÍA: Se analizan, durante el año 2016, las reacciones adversas de 90 pacientes con edad comprendida entre los 25 y los 65 años, en estudios de TAC y radiología convencional con contraste. De los 90 pacientes, a la mitad se les ha administrado, por vía intravenosa, contraste iodado hidrosoluble iónico (Amidotrizoato Meglumina) y a la otra mitad se les ha administrado, por vía intravenosa, contraste iodado hidrosoluble no iónico (Iobitridol). De los pacientes analizados, ninguno ha manifestado ser alérgico a alguna sustancia ni haber tenido alguna reacción alérgica previa. Además, no presentaban ninguna contraindicación (diabetes, arritmias, insuficiencia renal, etc.).

RESULTADOS: De los estudios con medios de contraste hidrosolubles iónicos, hasta 16 de los pacientes manifestó algún tipo de reacción alérgica, generalmente leve (náuseas, prurito, calor y urticaria) debiéndose de interrumpir el estudio en dos ocasiones debido a reacciones más graves (disnea, vómitos, edemas). En los estudios con contraste iodado hidrosoluble no iónico, sólo 2 de los pacientes manifestó reacción alérgica siendo de tipo muy leve (náuseas y calor).

CONCLUSIÓN: Los medios de contraste iodados hidrosolubles iónicos, provocan mayor número de reacciones indeseables en los pacientes debido a su alta osmolaridad y a que poseen cargas eléctricas (aniones y cationes) que se disocian fácilmente en el agua. El desarrollo de los medios de contraste iodados hidrosolubles no iónicos, caracterizados por su baja osmolaridad y su ausencia de cargas, disminuye de forma considerable las reacciones alérgicas conservando la capacidad de opacificar.

PALABRAS CLAVE: CONTRASTE, HIDROSOLUBLES, IÓNICO, REACCIONES, ALÉRGICA, NO IÓNICO.

ABORDAJE DEL PACIENTE CLAUSTROFÓBICO POR PARTE DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

JOSE ANTONIO BUENO GARCIA, MARIA SANCHEZ MARQUEZ, MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON

INTRODUCCIÓN: La escasa preparación psicológica de pacientes claustrofóbicos que se someten a estudios de resonancia magnética y TAC influye de manera negativa en los resultados de los mismos y en el paciente. Además de emplear un mayor tiempo en la preparación psicológica del paciente claustrofóbico, antes del inicio de la prueba radiológica de Resonancia Magnética o TAC, recurriendo al entrenamiento y la relajación en caso necesario y evitando la sedación para intentar eliminar cualquier duda e inseguridad en el paciente.

OBJETIVOS: Determinar las incidencias que se establecen en los dos grupos de pacientes claustrofóbicos con edad comprendida entre los 30 y los 70 años.

METODOLOGÍA: Se estudian las incidencias y la calidad de los estudios obtenidos en dos grupos de pacientes claustrofóbicos con edad comprendida entre los 30 y los 70 años. Uno en TAC helicoidal multicorte y otro en Resonancia Magnética cerrada. En cada grupo 24 pacientes, de los cuales 12 han sido preparados y otros 12 no.

RESULTADOS: De los 12 pacientes de TAC a los que se les preparó para el estudio, en todos sus estudios se obtuvieron buenos resultados. De los 12 de TAC a los que no se les preparó, en solo 1 de los casos no se obtuvieron resultados óptimos o se registro algún tipo de incidencia. De los 12 pacientes de resonancia magnética a los que se les preparó, en 2 de los casos no se obtuvieron los resultados deseados. De los 12 de resonancia magnética no preparados, en solo tres pacientes se pudieron obtener estudios óptimos.

CONCLUSIÓN: La preparación psicológica del paciente claustrofóbico ayuda en gran medida a la hora de obtener buenos resultados, sobre todo, en estudios con equipos de resonancia magnética cerrada. En los equipos de TAC, estos resultados no se ven igualmente reflejados debido a factores como su morfología (más abierta que la RM) y a los avances tecnológicos que permiten obtener estudios óptimos en un tiempo bastante más reducido que en la resonancia.

PALABRAS CLAVE: RESONANCIA MAGNÉTICA, TAC, PSICOLÓGICA, CLAUSTROFÓBICO, PREPARACIÓN.

EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO FRENTE AL MALTRATO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

GABRIEL DELGADO PEÑUELA, CAROLINA DEL ROCÍO CARRASCO INSUA, MARIA VANESA VILLENA BARBERO

INTRODUCCIÓN: La Violencia de Género es un tema de actualidad política y social, pero difícil de determinar o cuantificar, ya que se produce dentro del ámbito familiar y, pocas mujeres lo denuncian. Es un importante problema de salud pública, que debemos erradicar.

OBJETIVOS: El objetivo que nos planteamos es describir los hallazgos radiológicos más generalizados en los casos de violencia de género.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal en el tiempo, recogido de la experiencia en un centro radiológico hospitalario “de cualquier ciudad del mundo”.

RESULTADOS: Se recogen unos porcentajes de maltrato, según estudios de población: Mundial: 10-69% Europeo: 18-58% Español: 12.4% Los hallazgos radiológicos que hemos recogido son los siguientes: Fracturas y contusiones: Husos propios, dientes, mandíbula y costillas. Hematomas Subdurales: Patologías muy relacionadas con los traumatismos craneales. Tromboembolismos: Los traumatismos abdominales pueden ser causa de Trombosis venosa portal. Y también se producen, como consecuencia de estrangulamientos, Infartos cerebrales. Lesiones Vasculares: Casualmente como consecuencia de heridas de arma blanca.

CONCLUSIÓN: La violencia de género es más común de lo que realmente pensamos, y es un problema social, político y sanitario. Puede haber múltiples hallazgos radiológicos, y se debe pensar en la violencia de género, a la hora de dar el diagnóstico, para contribuir a disminuir las consecuencias y si es posible aumentar el número de denuncias, que es lo que definitivamente debe acabar con esta lacra.

PALABRAS CLAVE: MALTRATO, RADIOLOGIA, LESIONES, VIOLENCIA DE GÉNERO.

ESTUDIO ACERCA DEL SCREENING DE CÁNCER DE MAMA

TANIA MEJIAS MARISCAL, ANTONIA SANCHEZ DEL OJO, SANDRA GUERRA GIL

INTRODUCCIÓN: La evaluación de mujeres asintomáticas sanas de forma periódica, para detectar en forma precoz el cáncer de mama se llama screening de cáncer de mama.

OBJETIVOS: Conocer el modo de realizar el screening para prevenir o aplazar la muerte por cáncer mamario en la población general, tanto de riesgo como la habitual.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión y análisis de diversas bases de datos y buscadores científicos. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave arriba nombradas.

RESULTADOS: La mamografía sigue y seguirá siendo el mejor método para el screening del cáncer de mama. Las proyecciones más utilizadas y estandarizadas son dos; oblicua mediolateral y cráneo-caudal. Ambas se realizarán con el paciente de pie, evitando así problemas con pacientes de abdomen prominente. La compresión debe ser la justa, puesto que si es insuficiente, produce que el tejido mamario quede fuera de la imagen, y la exagerada, no mejora nada la imagen y generalmente produce dolor. Proyección Oblicua mediolateral es la más útil. Permite la radiografiar la mama desde la región axilar hasta el pliegue inframamario. Las estructuras axilares deben verse a través del músculo y es importante que el mismo sea incluido en su borde externo. Proyección cráneo-caudal se obtiene ejerciendo la compresión desde la parte superior de la mama. Así se obtiene una visión superior con el pezón perpendicular al borde de la película. Con estas proyecciones obtenemos una imagen de la mayor cantidad de volumen posible del tejido mamario y sus aledaños, utilizando la menor cantidad posible de proyecciones, con el fin de reducir la dosis de radiación sobre el tejido mamario, así como disminuir el tiempo de exposición, ya que al ser un estudio de screening habitual el tiempo es primordial.

CONCLUSIÓN: El screening tiene como beneficio principal el salvar vidas mediante la detección precoz del cáncer mamario, demostrando con claridad su capacidad de advertir lesiones no visibles clínicamente y por lo tanto en estadios más precoces.

PALABRAS CLAVE: SCREENING, MAMA, CÁNCER, MAMOGRAFÍA.

TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO CASO DE ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS EN UN PACIENTE CON ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL

MARIA VANESA VILLENA BARBERO, GABRIEL DELGADO PEÑUELA, CAROLINA DEL ROCÍO CARRASCO INSUA

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Las imágenes por T. A. C y RMN identifican las hemorragias e ictus. Son importantes para excluir malformaciones arteriovenosas, tumores y otras causas. La RMN con eco-gradiente acentúa la señal de los depósitos de hierro dejados por viejas hemorragias. Para la inflamación vascular/perivascular las imágenes en RMN con FLAIR nos muestran zonas parcheadas de hiperintensidades en la sustancia blanca. La biopsia puede mostrar los depósitos característicos de amiloide, el análisis genético y la hipertensión favorece el sangrado aunque no siempre está presente.

JUICIO CLÍNICO: El caso se realiza con un hombre de 60 años con antecedentes de ictus isquémico. El paciente presentó episodios de debilidad, hormigueos y parestesias simulando un ataque neurológico transitorio. Se inició un tratamiento que se usa para la epilepsia haciendo desaparecer estos síntomas. Las secuencias con eco-gradientes fueron importantes para el diagnóstico y tratamiento del paciente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: La AAC depende del contexto clínico y de la apariencia radiológica. La RMN con eco-gradiente puede ser útil en este diagnóstico diferencial, estableciendo la presencia y distribución de hemorragias previas. Otro estudio útil es el seguimiento con RMN a los dos o tres meses después de la hemorragia inicial para descartar MAV o tumor.

CONCLUSIONES: Evitar anticoagulantes y antiplaquetarios. Controlar la presión arterial dentro de límites normales. La administración de corticoides o inmunosupresores.

PALABRAS CLAVE: AMILOIDE, HEMORRAGIA CEREBRAL, ICTUS, ANGIOPATÍA.

DESCRIPCIÓN DE ARTRO RESONANCIA DE HOMBRO EN LOS PACIENTES

MARIA JESUS POYATO ORTIZ, MARIA LUCIA MARTINEZ MARTINEZ, ANA MARAVILLAS SANCHEZ ABRIL

INTRODUCCIÓN: La Artro-Resonancia (Artro-RM) directa es una técnica de imagen que consiste en la evaluación de una articulación por resonancia magnética (RM) luego de la inyección intra-articular de gadolinio.

OBJETIVOS: Analizar el uso de resonancia magnética con la inyección de gadolinio para evaluar la Articulación Glenohumeral.

METODOLOGÍA: Hemos realizado Artro-RM de hombro a 10 pacientes en el año 2017, a los cuales se les realizó previamente Resonancia simple de hombro y el Radiólogo recomendó Artro-RM.

RESULTADOS: Mediante ecografía guiada el Radiólogo realiza la punción de la articulación por vía posterior con aguja de 21G conectada a una llave 3 pasos con alargadera por la que inyectaremos 15 ml de solución de Gadolinio (0,1 ml de Gadolinio en 20 ml de suero fisiológico), evitando la inyección de burbujas de aire (pulgar previamente). Posteriormente, y no excediendo los 45 minutos después de la inyección, se realizan secuencias TSE potenciadas en T1 con y sin saturación de la grasa en los planos axial, coronal, sagital y coronal en rotación externa, obteniendo cortes cada 3mm, los resultados son los siguientes. 2 Pacientes sin hallazgos de lesión. 1 Paciente con lesión POLPSA (Posterior labrocapsular periosteal sleeve avulsión). 1 Paciente con lesión de Perthes. 2 Pacientes con lesión SLAP, tipo II y III. 1 Paciente con rotura de Labrum. 1 Paciente con tendinitis del SE y leve bursitis SASD. 2 Paciente con tendinitis del SE e infraespinoso.

CONCLUSIÓN: La Artro-RM de hombro muestra las estructuras internas de la articulación del hombro, que no son adecuadamente evaluadas con la RM convencional con lo cual mejora el diagnóstico de algunas patologías del hombro.

PALABRAS CLAVE: ARTRO, RESONANCIA, HOMBRO, GADOLINIO, PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS.

RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

RAQUEL RUBIO FERNANDEZ, DOLORES ORTIZ DÍAZ, FABIOLA GONZALEZ ASID

INTRODUCCIÓN: La ATM es el conjunto de estructuras que permite realizar a la mandíbula la función de masticación, el habla y la deglución. Es la articulación más compleja y simétrica en su funcionamiento. Situada entre el hueso temporal y la mandíbula a ambos lados de la cabeza. Las estructuras de la ATM son: El cóndilo de la mandíbula, la cavidad glenoidea y el cóndilo del hueso temporal. Entre estos se encuentra el disco articular, cavidades sinoviales. También encontramos el ligamento temporomandibular que rodea toda la articulación. Consta de 3 movimientos, lateralidad: Descenso y elevación: Protusión y reclusión.

OBJETIVOS: Identificar mediante esta técnica de RM, las diferentes patologías que afectan a dicha articulación.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas de datos.

RESULTADOS: La articulación ATM la podemos estudiar mediante: Radiografía convencional y ortopantomografía, obteniendo imágenes en anteroposterior y transversal. La tomografía computerizada valora los elementos óseos. Mientras que la RM valora los tejidos blandos (músculos, ligamentos, meniscos). La RM es la técnica por elección y es inocua. Esta técnica nos permite visualizar la ATM en los tres planos: axial, sagital y coronal. Paciente en ap, y cabeza en la antena de ATM o la de cráneo. Evitar los movimientos durante la exploración. Primero hacemos la secuencia localizadora donde programaremos los cortes axiales, sagitales y coronales. La secuencia T1: Es buena en anatomía pero poco en cambios patológicos. La secuencia T2: Vemos los cambios patológicos y los anatómicos en menor proporción. En esta secuencia T2 el agua es blanca, siendo las lesiones hiper-intensas. Patologías: Desórdenes funcionales. Desórdenes traumáticos. Desórdenes inflamatorios. Desórdenes degenerativos, endocrinos, metabólicos y tóxicos. Desórdenes del desarrollo. Luxaciones...

CONCLUSIÓN: Establecer un diagnóstico dependiendo de la sintomatología de cada paciente y teniendo en cuenta la enfermedad de origen.

PALABRAS CLAVE: RESONANCIA, MANDÍBULA, PATOLOGÍAS, SECUENCIAS, PLANOS.

ACTUACIÓN ANTE UNA POSIBLE FRACTURA DE DEDO

HELENA SÁEZ SÁNCHEZ, NOEMI TENDERO BERNAL, MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, MARIA TERESA SERRANO ANTON, LORENA GALVE VERDU, MIRIAM PEREZ GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 24 años acude al servicio de urgencias hospitalaria por padecer dolor en el dedo índice de la mano derecha tras traumatismo directo esta mañana mientras jugaba al fútbol. No presentaba lesión alguna en la mano anterior al dolor actual. Dificultad para mover el dedo y apoyar la mano.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente se encuentra consciente, con buen estado general. En la exploración física podemos observar dolor y tumefacción en las falanges. Las articulaciones interfalángicas distal y proximal presentan impotencia funcional mientras que en la articulación metacarpofalángica se observa movimiento reducido. No expresa dolor a la palpación de los huesos del carpo. La exploración neurovascular es normal. Se realizó una radiografía AP y lateral del 2º dedo de la mano derecha en la que no se observaron lesiones óseas agudas evidentes.

JUICIO CLÍNICO: Contusión del 2º dedo de la mano derecha. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis y la prueba radiológica realizada se descarta posible fractura en el 2º dedo de la mano derecha.

PLAN DE CUIDADOS: Se inmoviliza la zona con una venda y se indica al paciente que evite hacer esfuerzos con el dedo afectado durante los próximos 14 días. Aplicar hielo o compresas frías para ayudar a bajar la inflamación cada 2 o 3 horas y mantener alrededor de media hora. Repetir durante 3 días.

CONCLUSIONES: Una contusión es un tipo de lesión física que se produce con un golpe, caída o cualquier impacto, que no ocasiona herida abierta. Dependiendo de la intensidad del impacto sufrido, pueden ser leves, o provocar lesiones internas. Tras una contusión lo más importante es aplicar frío las primeras 72 horas tras el golpe. El frío reduce la inflamación que sigue a la lesión y evita sus efectos a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: CONTUSIÓN, FRACTURA, RADIOGRAFÍA, FALANGE, INFLAMACIÓN.

DESCRIPCIÓN DE LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA EN MUJERES

DAVID RUIZ ROZAS, ARTURO MOLINA ARNAO

INTRODUCCIÓN: La histerosalpingografía es una técnica radiológica, la cual se emplea en las exploraciones pudiendo ver la morfología del útero y permeabilidad de las trompas de Falopio.

OBJETIVOS: Identificar el uso de la Histerosalpingografía como prueba radiológica con un alto porcentaje para diagnosticar problemas de fertilidad en mujeres.

METODOLOGÍA: Estudiamos a 91 pacientes en un periodo de tiempo comprendido entre enero hasta diciembre de 2017, con edades comprendidas entre los 25 hasta los 45 años. Las pacientes a la hora de realizarse la prueba deben de estar entre los días 7-10 del ciclo menstrual. Para realizar la prueba se coloca un espéculo en la cavidad vaginal de la paciente, una vez colocada la sonda en el útero de la paciente se le administra un contraste yodado, a la misma vez que se administra el contraste yodado se van obteniendo imágenes radiográficas en decúbito prono y ambas oblicuas.

RESULTADOS: De las 91 pacientes exploradas, 29 presentaban una obstrucción total de las trompas de Falopio, 41 pacientes presentaban una obstrucción parcial de alguna de las trompas y el resto el estudio salió satisfactoriamente.

CONCLUSIÓN: La histerosalpingografía sigue siendo en la actualidad un estudio de gran utilidad para la detección de problemas en la fertilidad de la mujer ya que podemos valorar las trompas de Falopio y también podemos hacer una evaluación de la cavidad uterina.

PALABRAS CLAVE: TROMPAS DE FALOPIO, CONTRASTE, SONDA, HISTEROSALPINGOGRAFÍA, ÚTERO.

ANÁLISIS DE LA BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA GRUESA

DAVID RUIZ ROZAS, ARTURO MOLINA ARNAO

INTRODUCCIÓN: La biopsia de mama con aguja gruesa guiada por ecografía es la extirpación de un parte del tejido mamario para poder examinarlo, con el fin de identificar signos que permitan diagnosticar cáncer de mama u otros trastornos. El objetivo de esta prueba es obtener una muestra de una lesión localizada en la mama mediante una aguja gruesa y guiada esta misma mediante ecografía, una vez extraída esta muestra se mandará a anatomía patológica para su estudio.

OBJETIVOS: Identificar el proceso para realizar una biopsia de mama con aguja gruesa.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de las diferentes bases de datos científicos. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Se trata de un procedimiento rápido, preciso y en ocasiones indoloro, consiste en "pinchar" la lesión y obtener una muestra cilíndrica de tejido lesionado, observando una imagen de esta lesión obtenida por ecografía. Antes de realizar este procedimiento se aplicara una pequeña cantidad de anestesia local. El numero de cilindro o de muestras es variable dependiendo de cada caso. El número de pruebas realizadas en el periodo de tiempo comprendido entre enero hasta diciembre de este año 2017 ha sido de 77, de las cuales 18 obtuvieron un informe de anatomía patológica positivo para carcinoma mamario y el resto como lesiones benignas.

CONCLUSIÓN: La biopsia de aguja gruesa ecoguiada es una prueba muy precisa para la punción de adenopatías mamarias indolora y rápida, es posible realizar esta prueba en unos 20 minutos, no requiere de anestesia general por lo que la paciente no necesita ser trasladada a otro departamento tipo REA y después de esta prueba la paciente puede realizar vida normal.

PALABRAS CLAVE: BAG, BIOPSIA, MAMA, CÁNCER.

ESTUDIO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE FRACTURA DE CODO EN NIÑOS: ASPECTOS RADIOLÓGICOS Y CLÍNICOS

ROCIO LIRIA FORTES, BRIGIDA RUIZ JALDO, BALBINA RUANO MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: Las fracturas más comunes entre la población pediátrica durante su primera década son las fracturas de codo. Es común que los niños cuando sufren una caída apoyen su peso sobre sus codos lo que ejerce una gran presión en esta región, lo cual provoca normalmente una fractura en algún hueso de la articulación.

OBJETIVOS: Conocer la fractura más común en niños, sus diferentes subtipos y la forma más eficaz de su diagnóstico.

METODOLOGÍA: Se hizo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Cuiden, Scielo, con los siguientes descriptores: Fractura, radiodiagnóstico, codo y niños.

RESULTADOS: Las fracturas más comunes son: Fractura supracondílea: en esta fractura se ve afectada la parte distal del húmero, esta es la fractura más común representa el 60%. Fracturas del cóndilo lateral: En esta fractura se ve afectado el cóndilo lateral de la parte distal del húmero. Este tipo es el segundo tipo más común, representa entre un 15% y un 20%. Fracturas mediales del epicóndilo: En esta fractura se ve afectado el epicóndilo medial, normalmente se produce entre la edad de 9 a 14 años. Fracturas radiales de la cabeza y del cuello: Afecta a la cabeza y al cuello del radio, se produce entre los 9 y los 10 años, esta fractura representa del 1% al 5%. La manera más eficaz de diagnosticar todas estas fracturas es mediante un estudio radiográfico, en los cuales se obtienen imágenes radiográficas de distintas posiciones.

CONCLUSIÓN: La lesión más común en niños es la fractura de codo, dentro de estas las fracturas más comunes son las supracondíleas. La forma más eficaz de diagnosticarla es mediante un estudio radiográfico.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, RADIODIAGNÓSTICO, CODO, NIÑOS.

ESTUDIO RADIOLÓGICO EN MIEMBROS INFERIORES PARA LA DETECCIÓN DE DISMETRÍA: TELERRADIOGRAFÍA

ROCIO LIRIA FORTES, BRIGIDA RUIZ JALDO, BALBINA RUANO MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: Es un estudio mediante radiología convencional que se utiliza para tomar imágenes de las extremidades inferiores y con ellas poder medir y comparar su longitud y así valorar la presencia de dismetría entre éstos.

OBJETIVOS: Determinar el proceso para detectar y diagnosticar las posibles dismetrías entre ambos miembros inferiores de manera completa. Identificar las estructuras óseas, partes blandas y articulaciones de las extremidades inferiores.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos y revistas de carácter científico sobre dicha investigación usando como descriptores: telerradiografía, miembros inferiores, estudio radiológico, dismetría.

RESULTADOS: Consiste en una exposición única. La imagen que se obtiene debe incluir desde las caderas hasta los tobillos, con una distancia foco objeto (DFO) de 1,80 m. El paciente se colocará en bipedestación, con una bata (sin ropa) apoyando la espalda contra un mural, con carga simétrica, sin rotación, con las rodillas en extensión con postura no forzada y sin moverse durante unos segundos y manteniendo la respiración. Es muy importante colocar el protector gonadal. La imagen obtenida nos muestra los tejidos blandos y los huesos de las extremidades inferiores, la cual nos permite medir y determinar el grado de diferencia entre éstos y así decidir el mejor tratamiento.

CONCLUSIÓN: Dado que todas las personas anatómicamente no son simétricas, bien es cierto, que en algunas podemos observar diferencias significativas en la longitud de los miembros inferiores. Por ello, el estudio radiológico completa la exploración clínica para tomar la correcta decisión terapéutica.

PALABRAS CLAVE: TELERRADIOGRAFÍA, DISMETRÍA, MIEMBROS INFERIORES, ESTUDIO RADIOLÓGICO.

ESTUDIO SOBRE EL CUMPLIMIENTO EN RADIOPROTECCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO

ROCIO LIRIA FORTES, BRIGIDA RUIZ JALDO, BALBINA RUANO MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: La finalidad de la radio protección radiológica es proteger al individuo a su descendencia y a toda la población en general de los riesgos de la utilización de equipos o materiales, que produzcan radiaciones ionizantes.

OBJETIVOS: Determinar el grado de cumplimiento en radio protección de los profesionales de enfermería de los hospitales.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo y transversal. En base de datos como Pubmed, Elsevier, Dialnet, Scielo y en guías clínicas con diferentes centros hospitalarios y organizaciones sanitarias. A través de los operadores booleanos NOT, AND.

RESULTADOS: Por lo que se ha observado que los únicos expuestos a la radiación no son solo los trabajadores de radiología, medicina nuclear, oncología o determinados laboratorios, los cuales reciben formación específica acerca del tema. Con frecuencia, otros profesionales como personal de quirófano, reanimación o unidades de críticos, también se exponen habitualmente a estas radiaciones sin recibir formación al respecto sobre sus riesgos.

CONCLUSIÓN: A través de esta formación se pretende concienciar al personal de los graves riesgos asociados a una exposición continuada a la radiación ionizante y con ello, reducir la incidencia de las enfermedades ligadas a esta práctica de riesgo.

PALABRAS CLAVE: RADIO PROTECCIÓN, PERSONAL SANITARIO, MEDIO HOSPITALARIO, EXPOSICIÓN, RADIACIÓN.

ESTUDIO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO EN LOS TUMORES ENDOCRINOS

CARLOS JAVIER BOSQUET UBEDA, ROCIO SALDAÑA ZAMORA, JOSE MIGUEL GARCIA LLOBREGAT

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNE) constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias que se producen en células neuroendocrinas con una distribución muy amplia; incluyendo piel, ganglios, glándulas endocrinas y numerosos órganos como pulmón, timo, sistema urológico, digestivo, tracto biliar, etc. Son poco frecuentes pero su prevalencia está aumentando año tras año.

OBJETIVOS: Determinar los procedimientos diagnósticos utilizados en los tumores neuroendocrinos para su detección precoz y aumentar la supervivencia del paciente.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biosanitarias, relativa a los medios diagnósticos de que se dispone para detectar precozmente los TNE.

RESULTADOS: Los TNE suelen diagnosticarse tarde debido a que no suelen producir sintomatología. Por orden de diagnóstico, cuando aparecen los síntomas los medios de diagnóstico más adecuados son por imagen (CT y ecografía), el marcador tumoral cromogranina A y la anatomopatología. Además del hallazgo incidental tras una exploración quirúrgica, endoscopia o cirugía. Un pequeño porcentaje debuta con clínica larvada asociada a secreción hormonal. En estos casos se han descrito marcadores tumorales específicos según el tipo histológico de tumor como es el caso de la calcitonina en el carcinoma medular de tiroides, la sustancia P, el ácido 5-hidroxi-indolacético urinario, neurotensina y neuropéptido K, en pacientes con síndrome carcinoide, de las catecolaminas en los paragangliomas y la gastrina, la insulina, el glucagón, el péptido C, y la somatostatina en los de tumores pancreáticos.

CONCLUSIÓN: Los TNE son un grupo heterogéneo de tumores que tienen mal pronóstico ya que se suelen diagnosticar tarde. Los medios de diagnóstico son por imagen (CT y ecografía), el marcador tumoral y la anatomopatología. Suele producirse su detección por hallazgo incidental y los marcadores tumorales específicos según el tipo histológico de tumor.

PALABRAS CLAVE: TUMORES NEUROENDOCRINOS, DIAGNÓSTICO, TUMORES GASTROENTEROPANCREÁTICOS, MARCADORES TUMORALES ESPECÍFICOS.

LA FRECUENCIA RELATIVA DE DIAGNÓSTICOS NEUROMUSCULARES COMUNES EN UN CENTRO DE REFERENCIA

ANA MARIA MOLINA RODRIGUEZ, FRANCISCA MARTIN LOPEZ, CRISTINA RUIZ ALVAREZ

INTRODUCCIÓN: El procedimiento de diagnóstico en pacientes neuromusculares es complejo. El conocimiento de la frecuencia relativa de las enfermedades neuromusculares dentro de la población investigada es importante para permitir que el neurólogo realice las pruebas de diagnóstico más apropiadas

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia relativa de diagnósticos neuromusculares comunes ante los pacientes en un centro de referencia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos y artículos científicos.

RESULTADOS: Se ha realizado una revisión de gráficos de 17 años de pacientes con sospecha de miopatía. Por lo que los resultados obtenidos entre los 3.215 Exámenes, 1.401 (43,88%) Arrojaron resultados confirmatorios: 584 (45,76%) se sometieron a estudios moleculares, y 678 (52,33%) tuvieron biopsias musculares. Los diagnósticos más frecuentes fueron: distrofinopatía 440 (26,50%), mitocondriopatía 341 (19,59%), atrofia muscular espinal 149 (10,58%), distrofia muscular de la cintura del miembro 135 (9,84%), distrofia miotónica Steinert 146 (8,68%), facioescapulohumeral muscular distrofia 94 (6,20%) y otros diagnósticos 132 (17,22%).

CONCLUSIÓN: Utilizando las técnicas de diagnóstico actualmente disponibles en este servicio, se llegó a un diagnóstico específico de subtipo de la distrofia muscular de la cintura del miembro en el 63% de los pacientes. Un diagnóstico neuromuscular apropiado es importante para el asesoramiento genético, la orientación de la rehabilitación y el tratamiento precoz de las complicaciones respiratorias y cardíacas.

PALABRAS CLAVE: DIAGNÓSTICO, ENFERMEDAD, FRECUENCIA, ESTUDIO.

ANÁLISIS DEL PROCOLO DE CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA

JOSEFA LUCAS GARCIA, MARIA ANGELES INIESTA GARZON, MÓNICA MARTÍNEZ CABALLERO, NÉLIDA CAMPILLO VERDÚ, ANA BELÉN NICOLÁS VIGUERAS, FRANCISCO LOPEZ NAVARRO

INTRODUCCIÓN: Es frecuente encontrarnos con serias dificultades a la hora de canalizar vías periféricas. Dependiendo del servicio en el que se trabaje, podemos encontrarnos con esta situación casi a diario. El aumento de la esperanza de vida junto con una mayor incidencia en la administración de ciertos fármacos; por ejemplo, los quimioterápicos, hace que no sea tarea fácil canalizar una vía en condiciones óptimas. Ante la necesidad de ofrecer cuidados de excelencia los profesionales nos vemos obligados a apoyarnos en distintos aparatos como el ecógrafo que nos permiten optimizar los recursos de los que disponemos, garantizando al paciente un cuidado integral y preciso.

OBJETIVOS: Analizar la canalización de vía periférica con y sin ecógrafo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión de en las bases de datos: Dialnet y Pubmed. Se han usado los descriptores: Canalizar, vías periféricas, ecógrafo y protocolo. Se seleccionaron 30 artículos.

RESULTADOS: La mayoría expone que realizar la canalización con el ecógrafo aumenta el tiempo de la técnica una media de 9 a 13 minutos. En el 67% de los casos, se manifiesta que la canalización gracias al ecógrafo se realiza con una sola punción. Los pacientes refieren sentirse mejor atendidos, ya que cuando se emplea el ecógrafo disminuye el número de punciones.

CONCLUSIÓN: Se hace patente la necesidad generalizar el uso del ecógrafo por parte del personal de enfermería; así como la importancia de disponer de un protocolo común para la canalización de vías periféricas con ecógrafo (idoneidad, uso,...). Ofrecer a los pacientes una mayor calidad en todas las intervenciones que realiza el personal de enfermería, redundará en una mayor satisfacción profesional y personal.

PALABRAS CLAVE: CANALIZAR, VÍAS PERIFÉRICAS, ECÓGRAFO, PROTOCOLO.

GALACTOGRAFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA MAMA Y CONDUCTOS LÁCTEOS

MARIA ANGELES CAMPOS PEREZ, MARIA JESUS GARCIA JULIAN, ALEJANDRO ABAD PAIVA

INTRODUCCIÓN: Se utiliza un medio de contraste en la mamografía para ver el interior de los conductos lácteos de las mamas. Este examen se realiza cuando el pezón segrega sangre o líquido transparente. Se realiza para detectar masas pequeñas. Suelen ser papilomas o masas no cancerígenas de los conductos lácteos pero si pueden ser precancerígenos, En defectos de llenado el 10 por ciento será cáncer.

OBJETIVOS: Determinar la forma de realizar la galactografía.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Antes de realizar este examen hay que realizar mamografía y estudio de la secreción. No se realizara, si en ese momento no tiene secreción en el pezón, porque falta la referencia precisa del conducto de secreción. La paciente permanece acostada o sentada. El radiólogo introduce un pequeño catéter por el orificio en que aparece la secreción, lo cual puede producir alguna molestia. En alguna ocasión no es posible realizar el examen al no poder canalizar el conducto. Si es posible se introduce 1 ml de contraste yodado hidrosoluble, hasta que refluya del pezón o la paciente indique escozor. Para sellar el orificio del pezón, o comprimir el pezón. Se tomas dos radiografías de las mamas. Con la galactografía es la única manera de localizar pequeñas masas cancerígenas en etapa temprana para y así ayudar al cirujano.

CONCLUSIÓN: Obtenemos un mapa prequirúrgico que nos sirve para saber cual es el conducto patológico, si hay lesiones múltiples y la extensión de la lesión intraductal.

PALABRAS CLAVE: CONDUCTOS, MAMA, LÁCTEOS, PEZÓN, MAMOGRAFÍA.

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN EL CONTROL DE CATÉTERES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

MIGUEL YUSTE LISBONA, MARTIN WILCZYNSKI PALMA, CONCEPCION AMAYA PALMA ARREBOLA

INTRODUCCIÓN: El procedimiento invasivo más frecuente en las unidades de cuidados intensivos neonatal es la instalación de catéteres intravasculares, debido a que la terapia endovenosa juega un papel fundamental en el cuidado del recién nacido. Los métodos de acceso intravascular en el recién nacido incluyen catéteres periféricos, umbilical arterial o venoso, catéter venoso central y venoso central de inserción periférica.

OBJETIVOS: Determinar la localización y la correcta colocación de catéteres mediante controles radiológicos en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Con un equipo portátil se realizan radiografías simples a los recién nacidos ingresados en la UCI pediátrica. Se debe seguir un control minucioso y exhaustivo en las condiciones de protección, tiempo de realización de la prueba, asepsia y manipulación del recién nacido. Siempre se requerirá, antes de actuar la ayuda del personal que se encarga de la atención del recién nacido cuando sea necesario movilizarlo y consultaremos siempre al facultativo responsable en caso de duda. Los radiólogos y los pediatras podrán identificar la correcta o incorrecta colocación de los catéteres a través de las imágenes radiológicas obtenidas y así poder realizar la actuación más adecuada y prescribir las directrices a seguir por el personal sanitario encargado del seguimiento del recién nacido.

CONCLUSIÓN: El papel de las exploraciones radiológicas en la UCI pediátrica es determinante para la comprobación y localización de catéteres. Es imprescindible para los radiólogos y pediatras la identificación y reconocimiento de una incorrecta posición de estos dispositivos, así se evitan posibles complicaciones en el mantenimiento y cuidados del neonato.

PALABRAS CLAVE: UCI, CONTROL, CATETER, PEDIÁTRICA.

TÉCNICA DE REALIZACIÓN DEL COLONOSCOPIA VIRTUAL O COLONOTAC

CARLOS JAVIER BOSQUET UBEDA, ROCIO SALDAÑA ZAMORA, JOSE MIGUEL GARCIA LLOBREGAT

INTRODUCCIÓN: La colonoscopia virtual o colonotac es un método radiodiagnóstico no invasivo, basado en la técnica de Tomografía Computarizada que permite recrear el interior del colon ofreciendo imágenes tridimensionales que se pueden exportar en formato cine. A parte del cáncer colorrectal es útil en la detección de malformaciones, pólipos, divertículos o incluso tumores.

OBJETIVOS: Conocer las mejores evidencias, relativas a la realización y consecución del colonotac, que permitan obtener un estudio de calidad.

METODOLOGÍA: Realización de una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biosanitarias para delimitar aquellas actuaciones que se deben de llevar a cabo ante una colonoscopia virtual para garantizar el bienestar del paciente y la obtención de un estudio en perfectas condiciones.

RESULTADOS: Los pasos a dar son: Informar al paciente de toda la intervención. Comprobar que el paciente ha realizado la preparación previa: Líquidos claros durante las 48h previas y limpieza del colon. Se acompaña al paciente al vestuario, ofreciéndole bata, colocando la abertura hacia detrás. Salvaguardar la intimidad del paciente. Preparación del material que utiliza el radiólogo en el procedimiento [guantes, perita para insuflar aire dentro del colon, pinzas para evitar que se escape el aire] Colocaremos al paciente en decúbito lateral izquierdo, introduciéndole una sonda de Foley nº 20, hasta llegar al recto por la que se introduce el aire. Se realiza un TC en decúbito supino y otro en decúbito prono del abdomen. Se extrae el aire contenido dentro del colon mediante suaves masajes a lo largo del abdomen para posteriormente retirar la sonda. Se acompañara al paciente al vestuario.

CONCLUSIÓN: El colonotac es una herramienta en el screening del cáncer colorrectal. Realización: Preparación previa del colon. Preparación del material. Decúbito lateral e introducción del aire. Realización CT.

PALABRAS CLAVE: COLONOTAC, COLON, COLONOSCOPIA VIRTUAL, CÁNCER DE COLON.

PACIENTE ADULTO CON FRACTURA DEL METACARPIANO

CRISTINA MUÑOZ CASTILLO, JAVIER FERNANDEZ GALA, JAVIER SANCHEZ MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 34 años, diestro, sin antecedentes personales de interés que ingresó a través de Urgencias en el Servicio de Traumatología tras sufrir un accidente casual, presentando una herida inciso-contusa a nivel de la palma de la mano derecha tras habersele disparado una pistola destinada a la matanza de cerdos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente presentaba una herida incisocontusa con orificio de entrada de aproximadamente 1 cm de diámetro en la palma derecha, a nivel medio del cuarto metacarpiano, con orificio de salida dorsal. A nivel palmar presentaba una quemadura perilesional, con inclusiones intradérmicas. A la movilización pasiva de los dedos presentaba dolor, especialmente en el cuarto, con déficit de la extensión activa de este último, estando conservada la flexión. Los demás dedos tenían una movilidad normal. La exploración neurovascular distal fue normal. Radiografía simple: se apreció una fractura conminuta a nivel del tercio medio del cuarto metacarpiano con pérdida ósea de aproximadamente 1 cm.

JUICIO CLÍNICO: Fractura en el cuarto metacarpiano derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura abierta conminuta de diáfisis del cuarto metacarpiano derecho, con pérdida importante de masa ósea tras una lesión por arma de fuego, asociada a lesión del extensor del cuarto dedo.

CONCLUSIONES: Se realiza tratamiento quirúrgico. Las fracturas abiertas por alta energía suponen un reto terapéutico al especialista por el alto riesgo de complicaciones y las dificultades reconstructivas que llevan implícitas, sobre todo en los casos que presentan conminución o pérdida ósea importante.

PALABRAS CLAVE: SALUD, RAYOS X, RADIOGRAFÍA, FRACTURA, METACARPIANO.

EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA TÉCNICA DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE PERFUSIÓN CEREBRAL DINÁMICA

ALEJANDRO ABAD PAIVA, MARIA JESUS GARCIA JULIAN, MARIA ANGELES CAMPOS PEREZ

INTRODUCCIÓN: La perfusión por tomografía computarizada (TC) muestra las áreas del cerebro que están siendo irrigadas con sangre adecuadamente y nos da una información detallada sobre el flujo de sangre que se dirige hacia el cerebro. En ella, se evalúa fácilmente el grado de angiogénesis tumoral y la isquemia cerebral.

OBJETIVOS: Evaluar y analizar la técnica de TC de perfusión cerebral dinámica.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado han sido: perfusión, TAC, cerebro y radiología.

RESULTADOS: Se obtienen imágenes repetidas del mismo volumen de interés tras la administración de un bolo de contraste. Podemos obtener las imágenes en modo axial, cine o modo volumen. En modo cine la resolución temporal será de una imagen por segundo en una adquisición total de 50/60 segundos. Bolo de contraste: 40 ml con un flujo de 4 ml/s. Con las imágenes adquiridas, y mediante técnicas de postprocesado, se pueden realizar curvas dinámicas y obtener datos hemodinámicos cuantitativos de diferentes valores: Flujo sanguíneo. Volumen sanguíneo. Tiempo de tránsito medio y tiempo de tránsito al pico. Con estos datos realizamos mapas fisiológicos a color para facilitar su interpretación. La TC perfusión dinámica nos proporciona datos hemodinámicos cuantitativos de diferentes tejidos. Nos aporta un análisis de la vascularización del parénquima cerebral utilizando mapas fisiológicos a color, que nos permiten un diagnóstico precoz al conocer la presencia y extensión de tejido infartado (no recuperable) y de tejido en riesgo o zona de penumbra (potencialmente recuperable).

CONCLUSIÓN: Al proporcionarnos el diagnóstico precoz de tejido no recuperable y zonas potencialmente recuperables, nos permite una selección de los pacientes con los que comenzar una actuación terapéutica con fármacos de manera inmediata. La TC de perfusión dinámica tiene como inconveniente que sólo proporcionan información de un grosor de corte limitado (2-8 cm), además de los inconvenientes típicos del TAC (irradiación) y del resto de inconvenientes de las exploraciones con contraste intravenoso.

PALABRAS CLAVE: PERFUSIÓN, TAC, CEREBRO, RADIOLOGÍA.

ESTUDIO DE LA BRONCOGRAFÍA PRUEBA DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

CARMEN DE LA SIERRA JAEN GONZALEZ, MARIA DE LOS ANGELES BUENDIA CASTILLO,
JOSÉ MARÍA SANCHEZ JAEN

INTRODUCCIÓN: Se entiende por broncografía un examen radiológico especializado de los pulmones y el árbol bronquial mediante la introducción de contraste opaco en los bronquios.

OBJETIVOS: Identificar la forma en que se realiza la broncografía y las proyecciones.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura actual en diferentes bases de datos científicas utilizando descriptores como broncografía, bronquios, Rx Tórax, hemoptisis.

RESULTADOS: Existen numerosos medios yodados, tanto acuosos como grasos, para la broncografía. Sin embargo, los grasos son los más utilizados. Existen varios métodos para introducir la sustancia de contraste en la tráquea. Una vez introducido el medio por cualquier método de instilación distinto del cateterismo selectivo, su distribución a través de las ramas bronquiales depende de la gravedad, así pues, la dirección del flujo debe guiarse por la posición corporal. Para dirigir el medio hacia los diferentes segmentos bronquiales, el técnico inclina y rota al paciente, angulando la mesa según sea necesario. Estas maniobras suelen hacerse bajo observación radioscópica. La opacificación unilateral o bilateral del árbol bronquial se puede realizar en un sólo examen. La filmación bronográfica puede incluir: Una proyección AP supina. Una posición PA erecta. Posiciones oblicuas derecha e izquierda. Una posición lateral cuando sólo se inyecta un lado o, en caso de examen bilateral, del primer lado inyectado.

CONCLUSIÓN: Este método ha sido empleado en la investigación de procesos como hemoptisis, bronquiectasias, neumonías crónicas, obstrucciones bronquiales, tumores, quistes y cavidades pulmonares y fístulas bronco-pleuro-cutáneas. En el pasado ha sido frecuente las broncografías en los departamentos de radiología, pero hoy sólo se utiliza como un procedimiento muy especializado, debido en parte a la introducción de la tomografía computadorizada, la mejora de las técnicas diagnósticas disponibles en medicina nuclear y el desarrollo de la fibrobroncoscopia.

PALABRAS CLAVE: BRONCOGRAFÍA, BRONQUIOS, RX TÓRAX, HEMOPTISIS.

ECOGRAFÍA: PRUEBA DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIVERTICULITIS AGUDA

JOSÉ MARÍA SANCHEZ JAEN, CARMEN DE LA SIERRA JAEN GONZALEZ, MARIA DE LOS ANGELES BUENDIA CASTILLO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 38 años, acude a urgencias por dolor en FII, sospecha de apendicitis aguda. Refiere dolor en FII que describe como pinchazos, de inicio paulatino que ha aumentado tras comer al mediodía. Náuseas sin vómitos. Afebril.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG, eupneico en reposo, consciente, orientado y colaborador. ACR: tonos rítmicos. MVC: sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias no dolor a la palpación en hipogastrio y en ambas fosas iliacas. No Murphy, blumberg positivo, no signo del psoas, no signos de defensa peritoneal. MMII: no edemas ni signos de TVP, pulsos medios conservados. Comburtest: sangre ++. Analítica tres series + sistemático de orina + Rx tórax, abdomen y serie obstructiva. Rx tórax: sin cardiomegalia ni pinzamiento de senos costofrénicos ni imagen de condensación. Rx abdomen: meteorismo inespecífico sin hallazgos patológicos. Ecografía: se explora FII observándose engrosamiento parietal de un segmento de sigma de unos 6cm, con un divertículo aumentado de tamaño y ecogenicidad aumentada de la grasa adyacente. Estos hallazgos son compatibles con diverticulitis aguda. No se observa colecciones ni líquido libre. Se explora FID con sonda lineal de alta frecuencial no observándose apéndice cecal ni signos indirectos de apendicitis. Hígado de tamaño normal sin lesiones focales.

JUICIO CLÍNICO: Diverticulitis aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diverticulitis aguda.

CONCLUSIONES: La ecografía es una herramienta útil como abordaje inicial en pacientes bajo sospecha de diverticulitis que permite guiar el diagnóstico con una eficacia cercana al TAC, reduciendo costos y exposición del paciente a radiación. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran en el lado derecho la apendicitis aguda. En el lado izquierdo se debe diferenciar de torsión de apéndices epiploicos, procesos infecciosos, Crohn, colitis isquémica y neoplasias.

PALABRAS CLAVE: DIVERTICULITIS, RADIOGRAFÍA TÓRAX, APENDICITIS, FOSA ILÍACA.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES EN RADIODIAGNÓSTICO

ELISA ANA JIMENEZ GARCIA, ESTHER REDONDO LOPEZ, SONIA PALENZUELA ANDUJAR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Madre joven 23 años, asiste con su bebe de 10 meses (primogénito) con llanto incontrolable. La madre desconsolada llorando no sabe lo que le pasa. No dice nada, solo llora. Este síndrome que padecen sobre todo madres jóvenes (95 %), inducen al niño síntomas reales, para causarles dolor, causarles enfermedades falsas, envenenándolos, hasta incluso dejar que los operen, todo para llamar la atención, sentirse madres sufridoras, salvar su matrimonio, ...

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza ecografía de abdomen, radiografías de tórax y abdomen.

JUICIO CLÍNICO: Se observa un trozo de metal, parecido a un tornillo de 4 cm en la zona del recto. En la segunda visita un pendiente pequeño de metal, y en la tercera visita a urgencias un botón en la garganta. A partir de aquí se sospechó de la existencia del Síndrome de Munchausen por poderes. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Atragantamiento.

PLAN DE CUIDADOS: En este caso particular se diagnosticó a tiempo y relativamente pronto, el personal casi siempre era el mismo en atención primaria, se informó a salud mental, y servicios sociales

CONCLUSIONES: Es difícil descubrir y confirmar. Por eso, si no se estudia, no se sospecha, y si no se sospecha, no se diagnostica. De cada 10 niños con este problema, 9 mueren. Muchos casos de muerte súbita en lactantes pueden ser por este síndrome.

PALABRAS CLAVE: MUNCHAUSEN POR PODERES, MALTRATO INFANTIL, INFANCIA, RADIOLOGÍA.

ENEMA OPACO PARA ESTUDIAR DIVERSAS PATOLOGÍAS EN EL INTESTINO GRUESO

MARIA JESUS GARCIA JULIAN, ALEJANDRO ABAD PAIVA, MARIA ANGELES CAMPOS PEREZ

INTRODUCCIÓN: Estudio en el que se utiliza un contraste de bario por vía rectal, en ocasiones se introduce aire según indique el radiólogo, se van obteniendo imágenes por radioscopia.

OBJETIVOS: Analizar las pautas a seguir para la realización del estudio del Enema Opaco.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de este método, realizando búsqueda de información relacionada con el tema expuesto.

RESULTADOS: Es muy importante que el paciente venga con el colon muy limpio, debe hacer una dieta específica, que consiste en: Dos días antes de la prueba, dieta baja en residuos, evitando legumbres, ensaladas y bebidas gaseosas. Un día antes debe seguir una dieta líquida, caldos, infusiones, te. Además debe tomar una solución evacuable para terminar de limpiar el colon. Se coloca en decúbito supino, realizamos primero una radiografía simple de abdomen, luego se le indica que se coloque de lado para poder colocar la sonda lubricada en el recto y se introduzca lentamente el contraste. Una vez puesto, el radiólogo a través de la radioscopia observa como va entrando el contraste y toma diferentes imágenes, se le indicara al paciente que cambie de posturas para poder visualizar bien el angulo esplénico y hepático del colon. En algunas ocasiones el medico utilizara el telemando para hacer compresiones en el abdomen y visualizar mejor algunas zonas. Para finalizar, se evacua todo el enema, se realiza una ultima radiografía de control (post-evacuación) y se retira el enema.

CONCLUSIÓN: Aunque esta prueba esta siendo sustituida por colonoscopia, se sigue utilizando en paciente con obstrucciones o estrechamientos de colon donde la colonoscopia esta contraindicada. Esta prueba puede ser molesta para el paciente, ya que durante la prueba tiene la sensación de necesitar defecar, molestias intestinales y dolor cólico, que desaparecerá tras la prueba, la cual dura unos treinta minutos.

PALABRAS CLAVE: ENEMA, COLON, RAYOS, DIAGNÓSTICO.

IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA: PERSPECTIVA DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO

MARIA ENCARNACIÓN BELTRAN TALLON, MARIA SANCHEZ MARQUEZ, JOSE ANTONIO BUENO GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente pediátrico, mujer de 3 años de edad sin antecedentes de vacunación BCG. Presenta fiebre,astenia moderada y tos ,con evolución de dos a tres semanas. El padre está en tratamiento por TBC pulmonar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EXPLORACIÓN VISUAL: La niña se observa ligeramente decaída sin dificultad respiratoria importante y tos escasa. EXPLORACIÓN FÍSICA: Ligera pérdida de peso, no se aprecian ruidos a la auscultación y fiebre moderada. Se solicita RX de Tórax AP y L,y estudio bacteriológico de esputo inducido (mediante sonda nasogástrica), cultivo y PPD (prueba de la tuberculina).

JUICIO CLÍNICO: TBC Pediátrica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza TACAR (Tomografía de alta resolución) con contraste, detectándose pequeñas adenopatías hiliares, confirmando así infección por TBC.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de la TBC en pacientes pediátricos es complicado ya que el sistema inmune es aún inmaduro. La TBC en niños suele ser causada por una infección reciente, por tanto es de gran importancia averiguar el foco del contagio que habitualmente suele estar en el entorno intradomiciliario o escolar. La RX de tórax hoy día es una herramienta imprescindible en e el diagnóstico y seguimiento de esta patología.

PALABRAS CLAVE: TUBERCULOSIS, SALUD DEL NIÑO, MANEJO DE CASO, DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.

LAS ANTENAS EN RESONANCIA MAGNÉTICA: TIPOS DE ANTENAS

MARTIN WILCZYNSKI PALMA, MIGUEL YUSTE LISBONA, CONCEPCION AMAYA PALMA ARREBOLA

INTRODUCCIÓN: Las antenas son componentes vitales, que utilizamos para obtener la señal de resonancia magnética de los tejidos del cuerpo y que sirven para crear una imagenología médica.

OBJETIVOS: Determinar los distintos tipos de antena para cada tipo de prueba y así poder ofrecer una mayor resolución de la imagen.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores: antenas, tipos de antenas, resonancia magnética, etc.

RESULTADOS: Las antenas de radiofrecuencia puede tener varias funciones. Una sirve para estimular los spines de los núcleos de hidrógeno contenidos en los tejidos orgánicos y para la detección de la señal que genera tras la excitación de los spines. Otras tienen solo la función receptora. Casi la gran mayoría son de este último tipo. Existen varios tipos de antena, que se pueden clasificar: Antenas envolventes: rodean al paciente parcial o totalmente, y su señal es homogénea en toda el área anatómica que deseamos estudiar. Antenas superficiales: recogen la señal a una determinada profundidad y va perdiendo intensidad a medida que aumentamos la distancia. Estos tipos de antenas suelen ser: Lineales: son aquellas que reciben la información a lo largo de un eje del espacio, limitando el estudio en un solo plano por ejemplo: la antena de columna, podremos realizar buenos cortes sagitales pero los cortes axiales estarán más limitados y tendrán peor calidad de imagen. Cuadratura: son aquellas que recogen la señal de dos canales distintos, con lo que se obtiene mejor resolución espacial y se podrán ejecutar secuencias en cualquier plano del espacio. Multielemento.

CONCLUSIÓN: Son componentes vitales para la estimulación de los spines de los núcleos de hidrógeno y detección de la señal generada tras la excitación, con la que se crean imágenes de los distintos tejidos que componen el cuerpo humano.

PALABRAS CLAVE: ANTENAS, RESONANCIA MAGNÉTICA, TIPOS DE ANTENAS, BOBINAS.

RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL Y SUS PROYECCIONES

MARTIN WILCZYNSKI PALMA, MIGUEL YUSTE LISBONA, CONCEPCION AMAYA PALMA ARREBOLA

INTRODUCCIÓN: La radiografía cervical (cuello) sirve para estudiar las vértebras cervicales, que están compuesta por 7 huesos y es la unión entre la cabeza y el cuerpo. Permitiendo la movilidad de la cabeza. Con la radiografía se puede observar huesos, tejidos blandos, cartílagos y alineación.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de la radiografía de la columna cervical y sus proyecciones.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente en palabras clave.

RESULTADOS: Los criterios de una buena imagen, dependiendo de la proyección realizada son: Proyección col cervical ap (atlas y axis): observación libre de la apófisis odontoide, el axis y atlas a través de la boca abierta. El occipital no se superpone a la apófisis odontoide. Se observan las articulaciones atlantoaxoidea y atlantooccipital. Proyección col cervical ap: se observa los cuerpo vertebrales cervicales 3-7, con los platillos superior e inferior en forma de linea. Proyección lateral: representación estrictamente lateral de las 7 vértebras cervicales. Representación ortogonal de las placas vertebrales (sobre todo de la cuarta vértebra cervical). La apófisis espinosa de la séptima vértebra se ve por completo. Proyección oblicuas: se pueden ver claramente los orificios de conjunción (foramina).

CONCLUSIÓN: Las radiografías cervicales sirven para valorar las estructuras del cuello y así facilitar un diagnóstico precoz de posibles lesiones u otros problemas.

PALABRAS CLAVE: RADIOGRAFÍAS, CERVICAL, PLACAS, CUELLO, PROYECCIONES.

BIOPSIA PROSTÁTICA POR TÉCNICAS DE FUSIÓN ECO-MRI

JESÚS MANCERA MARTIN, LEILA YADIRA ORELLANA MUÑOZ, ALEJANDRO GUERRA AMADOR

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata se detecta mediante una biopsia, a veces cuesta dar con el tejido afectado y cuando se toman las muestras sin exactitud puede originarse fallos en el diagnóstico. Para ello en la actualidad se han fusionado técnicas de resonancia magnética nuclear y de ecografía transrectal para lograr una correcta situación del tejido canceroso.

OBJETIVOS: Realizar un mapeo prostático, un plano de alta definición de la próstata mediante la resonancia magnética, Identificar regiones de alta o baja sospecha de cáncer de próstata.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos, para ello he utilizado los siguientes descriptores: ecografía transrectal, biopsia, resonancia magnética.

RESULTADOS: El avance de estas técnicas y su fusión ha permitido un mejor diagnóstico del cáncer de próstata, al ser más exacta el punto de obtención de la muestra esta técnica reduce los falsos negativos.

CONCLUSIÓN: La mejora de las técnicas de imagen para un mejor diagnóstico minimizan las pruebas que hay que realizar, esto va a suponer menos molestias en el paciente y un menor gasto de recursos.

PALABRAS CLAVE: BIOPSIA, RESONANCIA MAGNÉTICA, FUSIÓN DE TÉCNICAS DE DIAGNOSTICO, ECOGRAFÍA TRANSRECTAL, DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA.

LA DETECCIÓN DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE POR MEDIO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA

MARTIN WILCZYNSKI PALMA, MIGUEL YUSTE LISBONA, CONCEPCION AMAYA PALMA
ARREBOLA

INTRODUCCIÓN: Es una enfermedad del SNC que perjudica al cerebro y médula espinal. Daña la vaina de mielina, que es el componente envuelve y protege las células nerviosas. Esta lesión hace que la información entre en el cerebro y cuerpo sean lentos e incluso los bloquee.

OBJETIVOS: Detectar la enfermedad y valorar la evolución mediante la resonancia magnética y así ayudar al diagnóstico y hacer un seguimiento a la esclerosis múltiple.

METODOLOGÍA: La resonancia magnética es una prueba muy delicada y relativamente específica en el entendimiento de lesiones desmielinizantes en el snc. El preciso análisis de los estudio brindan información diagnóstica y pronóstica, aunque todavía es escasa la información adquirida del sustrato patológico lesional, incluso con empleo de técnicas de rm no conveccionales, las cuales no han confirmado eficacia diagnóstica ni pronóstica. El uso de la resonancia magnética en la valoración y rastreo de pacientes con esclerosis múltiple en la práctica clínica de efectuarse bajo unas circunstancias técnicas adecuadas y con unas pautas correctamente establecidas. Ello debe servir para repartir los recursos y optimizar la efectividad clínica derivada de las pruebas de resonancia.

RESULTADOS: Las imágenes obtenidas por resonancia magnética son una parte vital en el abordaje de la esclerosis múltiple: Es la prueba mas delicada en la detección de lesiones de de características desmielinizantes en el scn. Es un procedimiento esencial en el diagnóstico de la em. Ofrece información sobre la predicción y evolución de la discapacidad. Asiste en la toma de determinaciones terapéuticas.

CONCLUSIÓN: . La resonancia magnética en una prueba rutinaria que sirve para el diagnosticar y controlar la evolución de la esclerosis múltiple

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, RESONANCIA MAGNÉTICA, ENFERMEDAD SNC, MIELINA.

CASO CLÍNICO: NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA

ELENA MARIA MONTIEL MESA, ANDREA AGUILAR ORTEGA, MARTA YAÑEZ PADIAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 37 años sin antecedentes personales de interés , que cursa con fiebre alta de una semana de evolución que no cede a los antitermicos disnea , tos productiva y angor que cede en reposo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza radiografía PA y L de tórax en bipedestación y hemograma, con los siguientes resultados; leucocitos 7300/mm³, Hcto 32.2, Hb 11,2g/dl, linfocitos 63.5%.

JUICIO CLÍNICO: Neumonía extrahospitalaria, en la radiografía se aprecian presencia de infiltrados intersticial, la silueta cardiaca está velada y condensación en el lóbulo superior derecho por lo que se sospecha de que la etiología es bacteriana. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** A su favor, la expectoración es purulenta, leucocitosis elevada, y la imagen condensante. Descartándose otro diagnóstico.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento antibiótico, drenaje de secreciones bronquiales, oxigenoterapia y reposo.

CONCLUSIONES: La mortalidad se asocia a las primeras 24 horas de la Neumonía, y el aumento de la incidencia de neumonías por neumococo resistente a la penicilina requiere de un diagnóstico precoz y específico para la gente causal, pero dado que rara vez se conoce con certeza, es habitual iniciarlo de forma empírica.

PALABRAS CLAVE: NEUMOCOCO, INFILTRADO PULMONAR, INFILTRADO INTERSTICIAL, BRONCONEUMONÍA.

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

FRANCISCO JOSE VERDEJO JIMENEZ, ANTONIO VERDEJO JIMENEZ, RUBEN JOSE FERNANDEZ ROLDAN

INTRODUCCIÓN: Los celadores tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad correspondiente a la unidad de procedencia y viceversa, salvo en el servicio de urgencias a radiodiagnóstico debiendo llevar la documentación del paciente, facilitada por la enfermera.

OBJETIVOS: Ayudar a través del servicio del celador, a la sujeción o movilización de los pacientes que lo precisen para el radiodiagnóstico. Desarrollar labores de limpieza en orden al emplazamiento, de objetos pesados.

METODOLOGÍA: Se consultaron revisiones bibliográficas y varias bases de datos con los descriptores: Celador, servicios, documentos, radiodiagnóstico.

RESULTADOS: Los celadores siempre estarán localizados en el servicio de radiodiagnóstico.

CONCLUSIÓN: El celador como persona que lleva al paciente y documentos, deben de abstenerse de hacer comentarios sobre tratamientos, diagnósticos, exploraciones y mucho menos sobre los pronósticos de su enfermedad.

PALABRAS CLAVE: SERVICIOS, CELADOR, DOCUMENTOS, RADIODIAGNÓSTICO.

PROCEDIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA

JESÚS MANCERA MARTIN, LEILA YADIRA ORELLANA MUÑOZ, ALEJANDRO GUERRA AMADOR

INTRODUCCIÓN: Hoy en día disponemos de una gran cantidad de métodos de imagen de diagnóstico en radiología pediátrica. La labor del técnico radiólogo es orientar al centro sobre las nuevas técnicas de imagen y sus aplicaciones, al igual que conseguir las mejores imágenes de calidad diagnóstica utilizando el procedimiento menos invasivo.

OBJETIVOS: Determinar medidas para llevar a cabo buenas prácticas en radiología pediátrica.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos, para ello he utilizado los descriptores anteriormente usados.

RESULTADOS: Es importante crear una buena atmósfera para evitar que el niño se asuste y así minimizar la ansiedad. Puede ser recomendable la proyección de dibujos para entretenerlos. También protegemos e inmovilizamos al paciente con unas bandas plomadas sobre las zonas en las que no se va a obtener imágenes. Algunos pacientes requieren de ayuno para pruebas que requieran contraste intravenoso. En niños recién nacidos el régimen de ayunas es valorado por el neonatólogo. En lactantes el tiempo es de 3 horas, en niños 4 horas y adolescentes 6 horas.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de los procedimientos de buenas prácticas con paciente pediátricos e infantiles, nos va a proporcionar unas imágenes aceptables para el diagnóstico. Esto es importante para la no repetición de pruebas. Tras los análisis de los resultados se detecta que determinar una tomografía computarizada de buena calidad siempre ha sido un reto para el radiólogo pediátrico, debido a la falta de grasa visceral en el niño, y a los movimientos respiratorios o corporales que dificultan la obtención de imágenes debido a la falta de colaboración. Esta grasa visceral que rodea los órganos nos proporciona una mejor diferenciación de las estructuras. Todo esto nos degrada la calidad de imagen dificultando el reconocimiento de estructuras anatómicas normales o patológicas.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE IMAGEN, INMOVILIZACIÓN, TAC NEONATAL, RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA.

ARTICULACIÓN DEL HOMBRO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA

RAQUEL RUBIO FERNANDEZ, DOLORES ORTIZ DÍAZ, FABIOLA GONZALEZ ASID

INTRODUCCIÓN: La articulación del hombro es de gran movilidad, delicada y con mayor riesgo de lesiones. Está formada por la clavícula, la escapula y el húmero; dando lugar a la art. Glenohumeral y acromioclavicular entre otras. Además de músculos (Deltoides, Supraespinoso, Infraespinoso, Redondo Mayor, Redondo Menor y Suescapular) tendones y ligamentos.

OBJETIVOS: Valorar las estructuras anatómicas y partes blandas de la articulación del hombro que son más difíciles de valorar en Rx y Tac, en múltiples planos y sin necesidad de reconstruir como en el Tac.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas de datos.

RESULTADOS: Paciente en decúbito supino - cabeza primero. Brazo en posición neutra o rotación externa. Antena en la art. Del hombro y centraje en apófisis coracoides en el isocentro del imán. Secuencia localizadora en la que obtenemos imágenes en Axial, Coronal y Sagittal. Secuencia Coronal: programaremos sobre el corte axial y sagittal; siguiendo la dirección del tendón supraespinoso y el FOV este en medio de la articulación, cortes de atrás hacia delante. Secuencia Sagital: programaremos sobre el corte axial y coronal; perpendicular a la dirección longitudinal del húmero y van de izq. A dch. Secuencia Axial: programaremos sobre el corte sagital y coronal, FOV dentro de la articulación y desde la parte superior acromioclavicular hasta la parte inferior de la art. Glenohumeral, cortes de arriba a abajo.

CONCLUSIÓN: Los núcleos atómicos (átomos de hidrógeno) en un campo magnético absorben energía mediante ondas de radiofrecuencia, liberándose dicha energía en forma de señal RM, la recibe la antena y la analiza convirtiéndola en imagen. Las imágenes son interpretadas por el Radiólogo estableciendo un diagnóstico. Es una prueba inocua ya que no emite Rx. La prueba dura entre 30-40 minutos.

PALABRAS CLAVE: ARTICULACIÓN, HOMBRO, RESONANCIA, MAGNÉTICA, MEDIANTE.

IMPORTANCIA DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

ANA MELCHORA SANCHEZ RAMON, JUAN BAUTISTA CABRERA NAVARRO, NOELIA CARRASCO MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: Aunque cada vez son más las pruebas radiológicas que tenemos, el TAC sigue siendo la prueba de elección para el diagnóstico de muchas de las enfermedades neurológicas. Es un método de diagnóstico médico que permite analizar el interior del cuerpo humano mediante cortes milimétricos usando RX.

OBJETIVOS: Determinar la utilidad del TAC para el diagnóstico de enfermedades neurológicas en los pacientes.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica y búsqueda de artículos en base de datos: Cochrane, PubMed, Medline. Se relacionaron artículos desde 2012. Se han usado los descriptores MeSH: Nervous System Diseases, diagnostic imaging, radiation effects.

RESULTADOS: Actualmente las enfermedades neurológicas son una de las primeras causa de muerte y de invalidez en occidente. Para su diagnóstico necesitamos realizar entre otras pruebas, un TAC con o sin contraste, sobre todo en el ACV, donde son importantísimas las primeras seis horas. La RMN, secundaria al TAC, ya que éste es más rápido y sensible en la detección de hemorragias agudas, si bien ésta nos da más datos de las lesiones crónicas producidas y aporta una mayor información de lesiones cerebrales. Sin embargo, es de más difícil acceso al no estar disponible en todos los centros. De igual manera serán necesarias analíticas sanguíneas o una ecocardiografía, aunque ésta sea de forma secundaria.

CONCLUSIÓN: Los continuos avances tecnológicos y científicos en la obtención de imágenes radiológicas, permitirán poder observar y ver cada vez mejor el interior del ser humano, conllevando un menor riesgo para el paciente. Por lo que constituirán herramientas indispensables para el correcto diagnóstico de trastornos o enfermedades neurológicas, permitiendo hacer un seguimiento del proceso patológico así como poder monitorizar el efecto del tratamiento seguido comprobando la efectividad de éste. Debido al fácil acceso que tenemos del TAC, constituye la primera prueba de descarte de enfermedad neurológica, al encontrarlo en todos los centros sanitarios, siendo el especialista el que indicará la necesidad de realizar pruebas complementarias.

PALABRAS CLAVE: CEREBRO, TAC, ENFERMEDAD NEUROLÓGICA, DIAGNÓSTICO.

RIESGO DE LESIÓN RENAL POR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE INTRAVENOSO

GLORIA MARIA VALLEJO CABRERA, ANTONIA LÓPEZ NIETO, JUAN CARLOS VILCHEZ MERCHAN

INTRODUCCIÓN: La Nefropatía por contraste intravenoso es una alteración de la función renal que aparece entre los 2-7 días posteriores a la administración del contraste yodado intravenoso caracterizada por un aumento de la Creatinina respecto al valor basal superior a 0,5gr/Dl. Constituye una complicación poco frecuente en la población general pero con importante prevalencia y morbilidad en determinados grupos de pacientes. La identificación de pacientes con factores de riesgo y la aplicación precoz de las medidas preventivas resulta crucial para evitar éstas complicaciones.

OBJETIVOS: Determinar si la administración de CIV para la tomografía computerizada se asocia con un mayor riesgo de Lesión Renal aguda y resultados clínicos adversos.

METODOLOGÍA: El estudio ha sido realizado con la revisión de ensayos clínicos controlados y aleatorios que evalúan la nefrotoxicidad atribuida a los contrastes yodados intravenosos isosmolares.

RESULTADOS: El empleo de contraste intravenoso supone un riesgo de morbimortalidad intrahospitalaria a largo plazo y posible deterioro de la función renal. Estos datos podrían ser más favorables si a los pacientes con riesgo renal se le aplicara medidas preventivas antes del contraste, pero aún así todas las estrategias desarrolladas y aplicadas hasta ahora en pacientes de riesgo no garantizan la ausencia de nefropatías por el contraste y el nivel de incidencia sigue siendo elevado.

CONCLUSIÓN: El uso de medios de contraste yodados en pacientes con factores de riesgo conllevan efectos adversos de toxicidad renal, puede derivar en nefropatía renal y suele afectar a un 12/27% de pacientes con patología renal previa y de 0/5% en pacientes sin patología renal. Tomando todos los pacientes estudiados no se presenta acuerdo por los inconvenientes que supone el estudio de pacientes con características clínicas tan diversas y la falta de medidas de nefroprotección rutinarias.

PALABRAS CLAVE: CONTRASTE, RIÑÓN, LESIÓN, RIESGO.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

JAVIER SANCHEZ MORENO, JAVIER FERNANDEZ GALA, CRISTINA MUÑOZ CASTILLO

INTRODUCCIÓN: Es una técnica que presenta imágenes similares a las que proporciona un TAC, empleando como fuente de obtención de imágenes un campo magnético de alta potencia y aunque es más cara que el TAC, tiene una cosa a su favor y es que no produce ningún tipo de radiación ionizante a la hora de realizar el estudio como ocurre con el TAC.

OBJETIVOS: Analizar información anatómica sobre los planos y la estructura del paciente, además muestra aspectos funcionales que en otras pruebas de imagen no se podrían observar.

METODOLOGÍA: Con el uso de un ordenador, se accede al motor de búsqueda y se ha realiza una búsqueda en las principales bases de datos científicos con los descriptores Resonancia Magnética, Imagen y Paciente.

RESULTADOS: Este dependerá en gran medida de cual sea el órgano estudiado o la patología que presente el paciente.

CONCLUSIÓN: Las imágenes se obtienen al mismo momento del estudio, se mostrarán en una pantalla, el técnico especialista en imagen las enviará para que un radiólogo las vea y realice una interpretación de estas, escribirá un informe basándose en las imágenes obtenidas y se lo mandará al médico que le haya mandado la prueba para que este se lo comunique al paciente los resultados de dicha prueba de imagen.

PALABRAS CLAVE: PROTOCOLOS, IMAGEN, PACIENTE, RESONANCIA MAGNÉTICA.

FUNCIONAMIENTO DE LA TÉCNICA DE UROGRAFÍA

JAVIER SANCHEZ MORENO, JAVIER FERNANDEZ GALA, CRISTINA MUÑOZ CASTILLO

INTRODUCCIÓN: La urografía es una técnica radiológica de imagen que se encarga de estudiar los riñones y las vías urinarias y sus posibles enfermedades asociadas.

OBJETIVOS: Conocer cómo en esta técnicas el contraste intravenoso usado es eliminado por la orina, en el proceso se hacen radiografías de riñón, uréteres, vejiga urinaria, visualizando funcionalidad, morfología y tamaño.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda en las principales bases de datos científicas con los descriptores urografía, contraste, diagnóstico, procedimiento.

RESULTADOS: Con el empleo de medios de contraste a 37°, usando aguja de punción venosa desechable, la superficie donde se pondrá la vía se limpiará con alcohol. Cuando se inyecta el contraste se empiezan a tomar radiografías, se tomarán a los 5',15',30' minutos todas en anteroposterior. Una vez finalizado lo revisará el radiólogo por si necesitas pruebas complementarias.

CONCLUSIÓN: Una vez inyectado el contraste, el paciente podrá tener sensación de calor en la cara o por todo el cuerpo. También pueden notar náuseas, vómitos o dolor de cabeza. En caso de que los pacientes sean alérgicos, pueden ser de dos tipos leves o importantes. En los lugares habilitados para esta prueba estará un enfermera que estará preparada para estas complicaciones.

PALABRAS CLAVE: UROGRAFÍA, CONTRASTE, DIAGNÓSTICO, PROCEDIMIENTO.

ESTUDIO DE LAS CORONARIAS POR CATETERISMO

ANA ISABEL CABEZA MORA, MARÍA JOSÉ GARCÍA GUZMÁN, NURIA GONZALEZ AGUILAR

INTRODUCCIÓN: Es un procedimiento que consiste en la introducción de un catéter hasta el corazón para valorar su anatomía y su funcionamiento, así como el estudio de las arterias coronarias. Es un procedimiento tanto de diagnóstico como terapéutico.

OBJETIVOS: Analizar las posibles malformaciones congénitas del corazón. Así como identificar anomalías en los vasos sanguíneos. Y valorar la necesidad de realizar más tratamientos, así como una cirugía.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Este método se denomina Técnica de Seldinger. Se desinfecta la piel y se anestesia la zona desde donde se van a introducir los catéteres. Se introducen los catéteres en el vaso sanguíneo a través de una vena o una arteria. Los catéteres van avanzando hacia el corazón bajo control radiológico. Se inyecta el contraste para hacer visible la arteria con el equipo radiológico y permitiendo el estudio del movimiento del corazón, ver su tamaño, alteraciones en las válvulas cardíacas y existencia de orificios anormales. Se llevan los catéteres hasta las arterias coronarias y se inyecta el contraste para poder visualizarlas. Al paciente se monitorizará para controlar en todo momento sus constantes (pulso, ritmo cardíaco, etc). Se diagnostica una afección cardíaca que puede afectar a los adolescentes, aunque a la mayoría de los pacientes con una Comunicación Interventricular se le diagnostica mucho antes de la adolescencia.

CONCLUSIÓN: El cateterismo cardíaco se realiza para tener información acerca del corazón, los vasos sanguíneos y arterias coronarias. Y nos permite tratar determinados tipos de afecciones cardíacas en el mismo momento de la realización del mismo.

PALABRAS CLAVE: CORONARIAS, ESTUDIO, VENAS, CATÉTER, CARDIÓLOGO, CORAZÓN.

ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

ALBERTO ISIDRO LUCENA CAMES

INTRODUCCIÓN: A la hora de trabajar es necesario conocer la ergonomía, con el fin de poder establecer unos criterios adecuados en función del puesto de trabajo.

OBJETIVOS: Analizar los objetivos de ergonomía y psicología aplicada. Identificar la importancia de conocer los factores de riesgo asociados a la ergonomía en el profesional.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Principales objetivos de ergonomía y psicología aplicada: Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales. Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones de trabajo. Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo de trabajo. Controlar la introducción de nuevas tecnologías. Aumenta la motivación Se deber revisar: Estructura. Iluminación. Temperatura y ventilación. Ruido. Monitores. Teclado y ratón. Posición. Motivación. El estudio de los factores de riesgos en el lugar de trabajo es un parte muy importante de la ergonomía. Es importante conocer las bases de la ergonomía para poder establecer nuestras propias técnicas para identificar y mejorar los riesgos.

CONCLUSIÓN: La falta de atención en el diseño ergonómico y su evolución puede acarrear perjuicios para el personal en forma de lesiones, estrés, fatiga visual, dolores osteomusculares, pudiendo influir en la disminución de la productividad.

PALABRAS CLAVE: RMN, SALUD, TRABAJO, ERGONOMÍA.

DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DE JONES

ANDREA MUÑOZ GALLEGO, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, NURIA TORRAS PUIGPEY, LAURA TARRAGA RUIZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, PILAR SERRANO ITURRASPE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La fractura de Jones es una de las fracturas que mas pueden pasar desapercibidas, al ser confundidas con el esguince de tobillo. La clínica del lesionado se parece a la exploración del tobillo para esguinces, es decir el paciente refiere dolor a la inversión del pie y a la flexión plantar del mismo, sin embargo la palpación es bien distinta ya que en la fractura de Jones, la palpación de la base del 5º metatarsiano es donde se refiere el dolor mas agudo. Frecuentemente puede aparecer un hematoma por debajo del maléolo del tobillo, lo cual confunde también la exploración. Mujer 28 años acude a Urgencias por dolor en pie izquierdo e impotencia funcional para la deambulación tras mal gesto. La paciente niega padecer alergias a medicamentos conocidos y antecedentes patológicos de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física aporto Equimosis cara lateral 5º MTT, Dolor a la palpación base 5º MTT BA tobillo conservado. Como exploraciones complementarias se radiografía de AP y oblicua de pie izquierdo donde se observa fractura de Jones.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de Jones. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica hace sospechar de un posible esguince de tobillo, pero desconocemos la existencia de fractura.

CONCLUSIONES: Para su tratamiento se procede a inmovilización con yeso circular, y su posterior deambulación en descarga asistida con muletas. Mantener extremidad elevada y analgésicos.

PALABRAS CLAVE: RAYOS X, FRACTURA, JONES, CASO CLÍNICO.

PACIENTE CON TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO EXTRAHOSPITALARIO

ANDREA AGUILAR ORTEGA, ELENA MARIA MONTIEL MESA, MARTA YAÑEZ PADIAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 18 años acude a urgencias por traumatismo cráneo encefálico a nivel frontal izquierdo, tras caerse jugando al rugby. Refiere contusión de alto impacto con pérdida de conocimiento durante 2-3 minutos. Refiere mareo y cefalea tras recuperar la consciencia. No ha tenido vómitos ni convulsiones.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza examen de laboratorio, hemograma, coagulación. Se realiza TAC de cráneo. En el hemograma todos los niveles están dentro de la normalidad. En el TAC de cráneo se encuentra una buena diferenciación corticosubcortical. Ventrículos de tamaño y morfología normal. No se observan signos de hemorragia aguda o efecto masa intracraneales. No se observan líneas de fractura. No se observan otras alteraciones encefálicas groseras supra o infratentoriales. Senos paranasales y celdillas mastoideas correctamente neumatizados. Conclusión: exploración sin alteraciones significativas.

JUICIO CLÍNICO: Traumatismo cráneo encefálico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Trastorno por estrés postraumático. En hemograma todos los valores están dentro de la normalidad y en prueba radiológica el TAC no tiene alteraciones significativas.

PLAN DE CUIDADOS: Vigilancia en domicilio y acudir a urgencias si aparece algún signo extraño. Antalgin 550: 1 comprimido cada 12 horas.

CONCLUSIONES: Tras acudir a urgencias por TCE, la paciente se va a casa, con un tratamiento oral, si empeora o siente algo fuera de lo normal debería acudir al servicio de urgencias de nuevo.

PALABRAS CLAVE: TCE, GOLPE, TRAUMATOLOGÍA, CRÁNEO.

EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA: HISTEROSALPINGOGRAFÍA.

MARIA DOLORES MARTIN MARMOL, MARÍA DEL CARMEN MÁRQUEZ RUIZ, EVA MARIA GARCÍA ARAGÓN

INTRODUCCIÓN: La Histerosalpingografía es un procedimiento para ver el interior del útero y las trompas de Falopio, que utiliza un tipo especial de radiografía llamada fluoroscopia, la cual muestra en un monitor imágenes en movimiento del cérvix, útero y trompas en tiempo real. Sirve para diagnosticar o evaluar problemas como masas tumorales, fibromas, adherencias, heridas, deformidades, pólipos, y obstrucciones, así como determinar la causa de infertilidad, de abortos espontáneos, y del estado de las trompas después de una ligadura.

OBJETIVOS: Analizar el procedimiento para realizar una histerosalpingografía.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas, usando como descriptores las palabras clave anteriormente citadas.

RESULTADOS: El procedimiento se realiza una semana después de la menstruación pero antes de la ovulación (evitando posible embarazo). La noche previa se debe ingerir un laxante o aplicar un enema evacuante para limpiar los intestinos, y así evitar interferencias y “artefactos”, de manera que el útero y las estructuras circundantes puedan verse con claridad. El procedimiento dura entre 15 y 45 minutos. Para esta prueba la paciente se tumbará en la mesa de fluoroscopia en posición ginecológica. El médico limpia la cérvix, e introduce un catéter fino y flexible a través del cual se inyecta un medio de contraste radiopaco en la matriz y en las trompas, (que se elimina en 30 minutos), tomándose imágenes fluoroscópicas. Lo esencial es que se observe como el medio de contraste sale a través de las trompas de Falopio hacia la cavidad abdominal. Acabado se retirará el tubo a través del cuello uterino.

CONCLUSIÓN: Es mínimamente invasivo, e indoloro, (salvo que haya alguna alteración del útero que no deje pasar el medio de contraste), y no requiere hospitalización. Aunque no está indicado si se tiene alergia al yodo, infección pélvica crónica, o enfermedad de transmisión sexual sin tratar.

PALABRAS CLAVE: CERVIX, ÚTERO, TROMPAS, CONTRASTE.

DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DE PERONÉ EN PACIENTE ADULTA

ANDREA MUÑOZ GALLEGO, NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, LAURA TARRAGA RUIZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, PILAR SERRANO ITURRASPE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 53 años acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional tobillo izquierdo tras caída casual según refiere. La paciente niega tener alergias a medicamentos conocidos y padece HTA y NAM.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general aportó que la paciente tiene una tumefacción maleolo peroneal, no sufrimiento cutáneo pero hemodinámicamente estable. Se presenta febril y consciente. Dolor a la palpación maleolo peroneal y LPAA que se exacerba con inversión forzada del pie. Como exploraciones complementarias se realiza radiografía de AP y perfil de la zona distal de la tibia y peroné donde se observa fractura suprasindesmal maleolo peroneal.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de maléolo externo de peroné. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica que presenta la paciente hace sospechar de una posible fractura del tobillo, y pedimos RX para concretar el alcance de la fractura.

CONCLUSIONES: Para un buen tratamiento de la fractura se inmoviliza con botín de yeso. Deambulación en descarga asistida con muletas, mantener extremidad elevada y analgésicos.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, PERONÉ, RAYOS X, CASO CLÍNICO.

DIAGNÓSTICO POR RAYOS X DE LUXACIÓN DE HOMBRO

NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA MUÑOZ GALLEGO, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, LAURA TARRAGA RUIZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS, PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 86 años que acude a urgencias por omalgia derecha tras contusión al caerse en la calle caminando. La paciente niega padecer alergias a medicamentos conocidos y antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente se presenta febril y consciente, con dolor durante la palpación e impotencia funcional en el hombro afectado en posición de Dessault (con el hombro caído y la mano sana sosteniendo el miembro afectado). En la exploración física del hombro derecho se observan hematomas en la zona afectada, y deformidad glenohumeral. Como prueba complementaria se realiza una radiografía AP de hombro donde se diagnostica Luxación glenohumeral derecha y se procede a realizar reducción cerrada y tratamiento a través de la maniobra de Kocher, que consiste en realizar tracción con el antebrazo en flexión a 90° y en abducción progresiva, a la vez que rotación externa. Se realiza RX post reducción AP y oblicua donde se observa que la reducción tiene un resultado satisfactorio.

JUICIO CLÍNICO: Luxación de Hombro. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica hace sospechar de luxación de hombro, pero debemos descartar una posible fractura.

CONCLUSIONES: Reposo con cabestrillo hasta visita en Traumatología, Frío local 10 minutos cada 2-3 horas y analgésicos si es necesario.

PALABRAS CLAVE: HOMBRO, LUXACIÓN, RAYOS X, CASO CLÍNICO.

LOCALIZACIÓN DE INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA MUÑOZ GALLEGO, LAURA TARRAGA RUIZ, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, NEUS CAÑABATE SOFIAS, PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 20 meses que acude a urgencias por ingesta de cuerpo extraño (moneda). El calendario vacunal esta actualizado y sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física muestra un TEP estable, buen estado general, hemodinámicamente y respiratoriamente estable con sialorrea moderada. Como pruebas complementarias se le realiza una radiografía AP y P donde se objetiva un cuerpo extraño radiopaco (moneda de 20 céntimos) en el tercio esofágico superior. Otra prueba que se realiza bajo anestesia general una esofagoscopia rígida objetivando la moneda y se procede a la extracción bajo visión directa.

JUICIO CLÍNICO: Cuerpo extraño en el tercio esofágico superior. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica de la paciente hace sospechar que hay una ingesta de un cuerpo extraño pero sin saber donde está localizado. Mediante la radiografía hemos podido saber a qué nivel se encuentra.

CONCLUSIONES: Una vez el postoperatorio es correcto estando hemodinámicamente estable, afebril y tolerando bien la dieta oral, se le da el alta pautando analgesia si fuera preciso.

PALABRAS CLAVE: CUERPO, EXTRAÑO, RAYOS X, CASO CLÍNICO.

IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO: ECOGRAFÍA DE MAMAS

MARTIN WILCZYNSKI PALMA, MIGUEL YUSTE LISBONA, CONCEPCION AMAYA PALMA ARREBOLA

INTRODUCCIÓN: Es una prueba médica no invasiva, sus imágenes se consiguen por ultrasonido. Es un examen que no suele doler y seguro. No utiliza radiación ionizante, por lo que no es perjudicial para la salud. Las imágenes son obtenidas en tiempo real y muestran las estructuras internas de la mama y se puede combinar con “eco doppler” y así valorar la circulación de la sangre a través de los vasos sanguíneos de la mama y así adquirir mas información sobre la lesión que se está estudiando.

OBJETIVOS: Analizar el diagnóstico para la ecografía de mamas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica em diversas bases de datos.

RESULTADOS: La prueba se realiza por un medico radiólogo especializado en enfermedades de mamas, y sus descubrimientos deben completar otros exámenes como la mamografía. El médico radiólogo examina las imágenes y realizara un informe detallado del estado de las mamas. Destacamos: Es una prueba rápida y no suele doler. La paciente se tumba en una camilla y se le ira pidiendo que vaya cambiando de posición durante el examen. Se utilizará un gel en la mama que sirve para que el transductor (que lo moverá el médico) toque la mama y se eliminen las bolsas de aire entre la piel y el transductor y que puedan obstruir el paso de las ondas sonoras. Una vez terminado la adquisición de imagen, se aparta el gel de la piel. Cuando termine el examen se puede hacer vida normal.

CONCLUSIÓN: Tras los análisis de los resultados cabe destacar que es una prueba no invasiva, indolora que utiliza ondas de ultrasonido para obtener la imágenes de las mamas realizadas por un médico radiólogo quien será el encargado de realizar un informe detallado de las posibles lesiones que observe. Además, se deben diagnosticar las propiedades de las lesiones de mama con la finalidad de servir para ayudar a evaluar lesiones en la mama que se haya detectado la paciente o el médico en una exploración física y para ofrecer las particularidades de una lesión observada en una mamografía.

PALABRAS CLAVE: ECOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA, ULTRASONIDO, ONDAS.

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA ENFERMERA EN LAS UNIDADES DE RADIOLOGÍA

ROSARIO MARIA MORILLO AGUADO, TATIANA AGUILAR - GALINDO RUIZ, NOELIA LIMONES TENA

INTRODUCCIÓN: La imagen diagnóstica es un elemento fundamental, ya que permite mejorar la calidad, partiendo de la mayor seguridad y comodidad para el usuario. La Asistencia de Calidades por parte de los enfermeros, es ofrecer al paciente servicios accesibles y eficientes. Tenemos presente que un trato amable y un ambiente confortable son fundamentales en su asistencia.

OBJETIVOS: Analizar qué pacientes acuden a este servicio.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica del plan de acogida para enfermería a través de diferentes bases de datos científicas.

RESULTADOS: El estudio elaborado constata que en la actualidad a este servicio acude una gran diversidad de pacientes de todas las unidades como son Unidades Médico Quirúrgicas, Urgencias , UCI, UCI Neonatal, consultas externas, con todo tipo de patologías.

CONCLUSIÓN: Se necesita una dotación específica en cada sala de rayos (material y medicación de urgencia), y el personal enfermero estar perfectamente adiestrado para realizar maniobras de urgencia y Resucitación. Los pacientes reclaman el trato humano y digno que se les da en dichas unidades.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERA, CUIDADO, APOYO, CALIDAD, ASISTENCIA, MANEJO.

RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL: INDICACIONES Y PROCESO EN EL DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN

MARIA SUSANA ENAMORADO CAÑADAS, MARTA BERJILLO CRUZADO, ALFONSO FERNÁNDEZ BAUTISTA

INTRODUCCIÓN: La resonancia magnética cerebral no usa radiación ionizante, en su lugar utilizamos un campo magnético al cual se envían unas ondas de radiofrecuencias. De ésta forma los protones se “excitan” y luego se “relajan”, emitiendo unas señales que son analizadas y procesadas en un ordenador dando lugar a las imágenes.

OBJETIVOS: Esta técnica es la más usada para el diagnóstico de patologías cerebrales. Está indicada en: Estudio de tumores cerebrales. Accidentes cerebrovasculares (ictus). Enfermedades crónicas del SNC, como esclerosis múltiple. Patologías de la hipófisis. Patologías orbitarias y de oído interno.

METODOLOGÍA: El personal preguntará si es portador de algún tipo de prótesis metálica , marcapasos cardíaco o válvulas artificiales, bombas de infusión de medicamentos, diú o cualquier otro material metálico. Firmará un consentimiento informado. El paciente se tumbará en la camilla deslizante y se colorará una antena alrededor de la cabeza. Un estudio de resonancia cerebral suele constar entre 2 y 6 secuencias. Cada una nos mostrará diferentes contrastes de los tejidos, en varios planos del espacio. El estudio puede durar entre 15-45 minutos. Algunos pacientes necesitarán una inyección de contraste intravenoso (gadolinéo) para visualizar algunos tejidos o vasos sanguíneos.

RESULTADOS: Con la resonancia magnética vemos lesiones cerebrales que somos incapaces de ver con otros métodos diagnósticos. El contraste empleado , da muchas menos reacciones alérgicas que el contraste yodado utilizado en tac o radiología convencional. Existen variantes como la angioresonancia que nos proporciona imágenes de los vasos sanguíneos cerebrales.

CONCLUSIÓN: Las imágenes de RM cerebral y de otras estructuras craneales son más claras y detalladas que las que nos muestran otras técnicas de imagen. Actualmente se están utilizando equipos más potentes (3 Teslas) que sirven también para nuevas aplicaciones diagnósticas.

PALABRAS CLAVE: RESONANCIA MAGNÉTICA, CEREBRAL, SALUD, DIAGNOSTICO.

CONTRASTES RADIOLÓGICOS UTILIZADOS EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

FABIOLA GONZALEZ ASID, DOLORES ORTIZ DÍAZ, RAQUEL RUBIO FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Dutto en 1896 realizó experimentos inyectando en arterias de cadáveres yeso de París. La función de los contrastes es producir diferencias de atenuación permitiendo diferenciar el órgano de estudio de su conjunto.

OBJETIVOS: Analizar los medios de contrastes radiológicos utilizados en TC.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado han sido: Contrastes negativos, contrastes positivos, contraste iónicos, no iónicos, clasificación de contraste.

RESULTADOS: Clasificación de medios de contrastes en tc: contraste negativo: aire contrastes positivos: baritados y yodados estos se clasifican: según su estructura molecular: dímeros y monómeros según su tendencia iónica: iónicos y no iónicos. Según su osmolaridad: alta osmolaridad (1200 a 2400 mosm/kg h₂o) y baja osmolaridad (290 a 860 mosm/kg h₂o). Parámetros de administración: Factores técnicos: volumen de contraste: a mayor volumen de contraste mayor realce. Concentración: a mayor concentración mayor realce. Velocidad de inyección: a mayor velocidad de inyección más rápido el realce. Factores del paciente: peso: a mayor peso se aumentará el volumen, la concentración ó la velocidad de inyección. Función cardíaca: a peor función cardíaca, mayor tiempo será la distribución del contraste.

CONCLUSIÓN: Gracias a los medios de contraste se ofrecen diagnósticos más fiables y de mayor rapidez, esto ha supuesto una gran revolución en la radiología. A pesar de los beneficios nos encontramos con efectos adversos. Leves (99% del total de las reacciones): náuseas, calor generalizado, enrojecimiento de cara. Moderados (1% del total de reacciones): Urticaria limitada, prurito, rinitis, conjuntivitis, edema, broncoespasmo leve y flebitis química. Graves (aprox. El 0.04% Del total de reacciones): urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda, shock. Mortales (1 caso cada 100.000).

PALABRAS CLAVE: CONTRASTES NEGATIVOS, CONTRASTES POSITIVOS, CONTRASTE IONICOS, NO IÓNICOS, CLASIFICACIÓN DE CONTRASTE.

FRACTURA DE HÚMERO PROXIMAL CON DESPLAZAMIENTO

LAURA TARRAGA RUIZ, ANDREA MUÑOZ GALLEGO, NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Las fracturas de húmero proximal corresponden a entre el 4% y el 5% de todas las fracturas y entre las del húmero son las más frecuentes (45%). Los pacientes típicamente acuden con la extremidad superior sujeta al tórax con la mano contralateral; presentan dolor, aumento de volumen, dolor a la palpación y durante la movilidad y un grado variable de crepitación. Es posible que, de forma inmediata, no haya equimosis alrededor del húmero proximal. Puede haber equimosis en la pared torácica y en el flanco, que deben diferenciarse de las originadas por una lesión torácica. Paciente de 79 años acude a urgencias por dolor en hombro derecho, tras sufrir una caída con el brazo en extensión. Sin antecedentes familiares de interés.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Impotencia funcional del hombro derecho con inflamación. Dolor a la flexoextensión de codo. Estado neurovascular normal. Se realiza radiografía AP simple de hombro donde se aprecia fractura de húmero proximal con mínimo desplazamiento.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de húmero proximal con desplazamiento. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica hace sospechar fractura de húmero pero desconocemos si existe desplazamiento y fragmentos óseos, por lo que es necesario la realización de una radiografía.

CONCLUSIONES: Se decide tratamiento conservador con inmovilización con cabestrillo tipo Velpeau durante 6 semanas. Analgésicos.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, DESPLAZADA, HÚMERO, RADIOGRAFÍA.

INCIDENTALOMA EN RADIOLOGÍA DE TÓRAX

JAVIER MONTERO CARRERA, VIRGINIA DIAZ GARCIA, MARIA DOLORES CAMACHO LOZANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 59 años con los antecedentes de hipertensión arterial, fumador y obesidad no mórbida. Acude a su Médico de Familia, por tos persistente sin predominio temporal, sin fiebre ni alteraciones ponderales ni clínica de alarma. No fiebre.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Auscultación cardiaca sin anormalidades. Auscultación pulmonar con hipoventilación leve global. Orofaringe: Sin alteraciones. RX Tórax: Ensanchamiento mediastínico que desplaza luz traqueal. No otras alteraciones reseñables. Analítica: Hemograma, bioquímica y función tiroidea sin hallazgos. TAC Tórax: Bocio intratorácico a expensas de lóbulo tiroideo izquierdo con diámetro de 7cm con calcificaciones en su interior, desplazando luz traqueal hacia la derecha sin clara reducción significativa de la luz.

JUICIO CLÍNICO: Bocio tiroideo intratorácico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Infección pulmonar, neoplasia pulmonar, sarcoidosis, fibrosis pulmonar.

CONCLUSIONES: Los incidentalomas son hallazgos inesperados en pruebas complementarias que se solicitan por otro motivo o circunstancia. El Médico de Familia siempre debe tenerlos en consideración.

PALABRAS CLAVE: RADIOLOGÍA, BOCIO, BOCIO SUBESTERNAL, TOS.

EMBOLIA Y TROMBOSIS AGUDA DE VENA POPLÍTEA

ANDREA AGUILAR ORTEGA, ELENA MARIA MONTIEL MESA, MARTA YAÑEZ PADIAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 42 años acude a urgencias, lleva una semana con dolor en el gemelo de la pierna derecha y sin causa conocida. No ha practicado deporte, ni a sufrido ningún traumatismo en dicha zona.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizan analítica para conocer la coagulación y ecografía doppler de miembros inferiores venosa.

JUICIO CLÍNICO: En analítica el dímero D, es de 7.00 Mg/ L. El informe de la ecografía nos dice que el paciente sufre una trombosis venosa profunda aguda, con punta del trombo a nivel de la poplítea derecha. Vena femoral común, superficial y cayado de la safena, permeables y compresibles. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: El informe de la ecografía revela que sufre una trombosis venosa profunda aguda, que ya se intuía en la coagulación con un dímero de 7.00 Mg/L.

PLAN DE CUIDADOS: Se administra Hibor 7500 sc y se inmoviliza la zona con una venda elástica. Se recomienda reposo domiciliario y mantener la pierna en alto. Seguimiento en consulta por el vascular

CONCLUSIONES: El paciente acude a urgencias con un dolor en gemelo derecho, tras hacerle la analítica y ecografía, se diagnostica que sufre trombosis profunda venosa en gemelo derecho. Se va de alta, con reposo domiciliario y tratamiento. Debe acudir al especialista.

PALABRAS CLAVE: TROMBO, TVP, EMBOLIA, VENA FEMORAL, DÍMERO.

FRACTURA DE CLAVÍCULA EN RECIÉN NACIDA

LAURA TARRAGA RUIZ, ANDREA MUÑOZ GALLEGO, NURIA TORRAS PUIGPEY, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Recién nacida pretérmino de 36+5 SG, procedente de sala de partos que ingresa en Nursery por deformidad en la zona clavicular. La paciente ha sufrido hipoglucemias en las primeras 24 horas que ya se han normalizado.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física se aprecia crepitación de la zona clavicular izquierda, dolorosa a la palpación con asimetría en la realización del Moro, sugestivo de fractura de clavícula izquierda. Se presenta afebril y consciente.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de clavícula izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La clínica que presenta la paciente hace sospechar de una fractura de clavícula izquierda, siendo necesario realizar una radiografía para ver el alcance.

CONCLUSIONES: Para un buen tratamiento, se le explica a los padres la lesión y se les recomienda no movilizar mucho el brazo, así como empezar a vestir y desvestir por el brazo afectado(para evitar la movilización excesiva que provoque dolor al bebé).

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, IZQUIERDA, CLAVÍCULA, RADIOGRAFÍA.

EXPOSICIÓN RADIOLÓGICAS EN TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS

GEMA JIMENEZ ROJAS, GUADALUPE SIERRA RIVAS, LUCÍA JIMÉNEZ MOLINA

INTRODUCCIÓN: La exposición a niveles elevados de radiación puede causar daños biológicos, ya sea de forma directa o diferida. Las exposiciones médicas son actualmente la principal fuente de radiación, tanto para el paciente como para el técnico, por lo que su control es primordial.

OBJETIVOS: Conocer el riesgo real de radiación a la que se exponen los TOE.

METODOLOGÍA: Se han revisado artículos publicados revistas electrónicas como Scielo y Evidentia y bases de datos como Cochrane, Medline, Cinahl y Pubmed. Se ha consultado la CSN. Se han descartado artículos subjetivos y no demostrables.

RESULTADOS: Los llamados efectos estocásticos no tienen una dosis umbral que reduzca la probabilidad de inducción, por lo que cualquier dosis repetida y mantenida en el tiempo multiplica el riesgo de daño biológico. Pueden producir hipertensión, patologías tiroideas, cáncer y problemas reproductivos. La dosis media de los trabajadores expuestos es de 0,83 mSv. Este valor suele estar entre 1 y 2 mSv para personal de centrales nucleares, en 0,4 mSv para personal de instalaciones del ciclo del combustible y en 0,7 mSv para personal de instalaciones radiactivas (médicas, industriales, de investigación, etc). La mayoría de los trabajadores (el 98,65%) reciben menos de 5 mSv al año (25% del límite de dosis autorizado).

CONCLUSIÓN: El riesgo de exposición a dosis radioactivas superiores a los límites estipulados por la CSN es mínimo si se utiliza la protección y se realizan los controles pertinentes. Aún así existe un porcentaje afectado por fugas y radiación residual que conllevan un riesgo biológico de desarrollar patologías.

PALABRAS CLAVE: TÉCNICO, RADIACIÓN, DAÑO BIOLÓGICO, EXPOSICIÓN, DOSIS, RIESGO.

EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL DE GRAN TAMAÑO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BOURNEVILLE PRINGLE

ELBA CANELÓN CASTILLO, MAXIM SHUB SKORNIAKOV, INÉS SAUCEDO GIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 36 años con esclerosis tuberosa (enfermedad de Bourneville Pringle) con afectación neurofibromatosa cerebral, hepática y múltiples angiomiolipomas renales bilaterales previamente conocidos, remitida a Urología desde urgencias por dolor en fosa renal izquierda y hematuria leve.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física con buen estado general, normotensa, frecuencia cardíaca dentro de la normalidad, leve palidez cutáneo mucosa, dolor a la palpación en flanco izquierdo y puño percusión renal izquierda positiva. Hematuria macroscópica. Analíticamente: alteración de función renal con 3.2Mg/dl y elevación de reactantes de fase aguda, con leucocitosis y cifras de hemoglobina de 9gr/l resto dentro de parámetros normales. Ecografía con imagen nodular de gran tamaño en tercio medio de riñón izquierdo heterogénea con desestructuración de parénquima renal. Se realiza tomografía axial computarizada con contraste intravenoso previo protocolo de nefroprotección evidenciando múltiples lesiones nodulares heterogéneas de densidad grasa y de tejidos blandos en ambos riñones, con vascularización intensa, el de mayor tamaño en tercio medio de riñón izquierdo de 15cm de diámetro compatible con angiomiolipoma renal izquierdo con signos sugestivos de hemorragia reciente.

JUICIO CLÍNICO: Angiomiolipoma renal izquierdo con hemorragia subaguda. **PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza embolización arterial mediante punción en arteria femoral derecha, mediante arteriografía selectiva se canaliza arteria segmentaria de riñón izquierdo embolización con microesferas de 250-500 micras. Tras el procedimiento presenta dolor que ameritó analgesia intravenosa. Su estancia hospitalaria fue de 4 días con normalización de cifras de función renal y no evidencia de anemización posterior. En TC control al año del procedimiento se observa desestructuración ya presente en estudio previo, presencia de angiomiolipomas de menor tamaño no complicado, con adecuado nefrograma renal y eliminación de contraste.

CONCLUSIONES: El angiomiolipoma renal es una patología poco frecuente; su forma aislada representa la mayoría de los casos. La mayoría son de naturaleza benigna y por lo general asintomáticos, siendo su diagnóstico accidental. La principal complicación es la hemorragia.

PALABRAS CLAVE: ANGIOMIOLIPOMA, BOURNEVILLE, ESCLEROSIS TUBEROSA, MÍNIMAMENTE INVASIVO, UROLOGÍA, RADIOLOGÍA.

DIVERTICULITIS AGUDA EN COLON IZQUIERDO: EXTRAHOSPITALARIA

ANDREA AGUILAR ORTEGA, ELENA MARIA MONTIEL MESA, MARTA YAÑEZ PADIAL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 52 años, con antecedentes de hipotiroidismo tratado con eutirox, acude a urgencias con dolor en vacío izquierdo que le comenzó en hipogastrio desde anoche, no tiene fiebre ni molestias urinarias.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza hemograma y un TAC abdomino-pelvico con contraste intravenoso.

JUICIO CLÍNICO: La analítica de sangre realizada, tiene valores dentro de la normalidad. El informe del TAC es el que nos da el diagnóstico, cortes pulmonares libres. Cambios inflamatorios en un segmento distal del colon descendente, previo al sigma, con divertículos inflamados, rarefacción y trabeculación de la grasa locorregional y lengüetas de líquido libre. No hay colecciones líquidas ni neumoperitoneo. Hígado, vesícula, vía biliar, páncreas, bazo, adrenales y riñones, sin alteraciones. No hay ascitis. Leve espondiloartrosis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: En las imágenes del tac se detectan divertículos inflamados en el segmento distal del colon izquierdo. No hay abscesos ni neumoperitoneo

PLAN DE CUIDADOS: El paciente se va de alta, tiene que volver a urgencias si empeora para proceder a su ingreso, y consultar al digestivo. El tratamiento que va a seguir es: augmentine 500, flagyl, ultra levura, varidasa, lexatin. Deberá tener una dieta líquida durante 48 horas, y seguir con una dieta blanda otras 48 horas.

CONCLUSIONES: El paciente de 52 años, acude a urgencias con dolor abdominal, tras hacerle una analítica y un TAC, se descubre que tiene diverticulitis aguda en segmento distal del colon izquierdo. Se va de alta domiciliaria, si empeora deberá volver a urgencias para proceder a su ingreso. Y si con el tratamiento mandado mejora, deberá acudir de forma preventiva al digestivo.

PALABRAS CLAVE: INTESTINO, COLON, DIGESTIVO, DIVERTÍCULO, INFLAMACIÓN.

OSTEOPOROSIS EN COLUMNA LUMBAR Y CADERAS RADIOLÓGICA

RAQUEL RUBIO FERNANDEZ, DOLORES ORTIZ DÍAZ, FABIOLA GONZALEZ ASID

INTRODUCCIÓN: La Osteoporosis o también llamada "Enfermedad Silenciosa" es la enfermedad en la que el hueso se vuelve más poroso, debido a la pérdida de densidad ósea, aumentando el número y el tamaño de las cavidades o celdillas que existen en su interior; volviéndose más frágil y con mayor riesgo de fractura.

OBJETIVOS: Analizar las causas que provocan la Osteoporosis, que afecta a los mayores de 50 años y mujeres posmenopáusicas. Revisar los métodos de prevención de la pérdida de la densidad ósea en las vértebras lumbares y caderas mediante el aporte de calcio necesario al organismo, vitamina D y actividad física. Identificar los factores de riesgo (tabaco, alcohol, vida sedentaria, enfermedades y hereditarios) que provocan esta pérdida de densidad ósea y controlar su evolución.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión búsqueda bibliográfica a través de las diferentes bases de datos científicas.

RESULTADOS: Establecer un diagnóstico, tratamiento y prevención con el que podamos restablecer esa pérdida de densidad ósea y reparar el hueso dañado mediante cirugía en algunos casos. Según la OMS, en 1994 establecido 4 categorías de pérdida de densidad ósea: Normal: > -1 . Osteopenia: < -1 y $> -2,5$. Osteoporosis: $< -2,5$. Osteoporosis Grave: $> 2,5$.

CONCLUSIÓN: La técnica más empleada para detectar esta enfermedad es la Desintometría ósea o DXA de columna y cadera izquierda; en la que obtenemos la densidad ósea que existe en el hueso. En las mujeres está pérdida de densidad ósea se ve afectada por la falta de estrógenos en el cuerpo como consecuencia de la menopausia y en los hombres la testosterona produciéndose mayor riesgo de fractura alrededor de los 70 años. Además la densidad del hueso óseo también se puede ver afectada por tratamientos de algunos medicamentos. La Osteoporosis se considera una enfermedad con riesgo de fractura.

PALABRAS CLAVE: OSTEOPOROSIS, COLUMNA LUMBAR, CADERAS, RADIOLOGÍA.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA EN HEMATURIAS

MARIA SANDRA PÉREZ BERDUGO, MANUEL MARIA NUÑEZ FORTES, MARINA ESPINAR GARCIA PEGO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 66 años que acude a Urgencias por hematuria total desde el inicio de la micción. El paciente refiere que lleva varios micciones con hematuria macroscópica. No alergias medicamentosas. Antecedentes personales de hipertensión arterial. No fumador.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, consciente, orientado, colaborador. Eupneico en reposo. AC: rítmico, sin soplos. AP: normal. EEII: insuficiencia venosa, compactas y eritematosas bilateralmente. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial. Hemoglobina: 14,8 g/l. Leucocitos: 8,90 mil/mm³. Neutrófilos 5,30%. Linfocitos 17,10%. VCM: 89 FL. Glucosa: 78 mg/dl. Urea: 32 mg/dl. Creatinina: 0,72 mg/dl. Filtrado glomerular: 90 mg/dl. Se realiza UroTC: Engrosamiento irregular de las paredes vesicales en su margen lateral derecho sugestivo de neoplasia subyacente, existiendo un desflecamiento de la grasa perivesical por probable infiltración tumoral, sin objetivarse ganglios patológicos a dicho nivel.

JUICIO CLÍNICO: Hematuria secundaria a neoplasia vesical. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La mayoría de las hematurias son causadas por cistitis debidas a infecciones bacterianas, seguidas por neoplasias de vejiga, más frecuentes en hombres de edad avanzada.

CONCLUSIONES: La tomografía axial computerizada se convierte en la técnica de elección para la evaluación del tracto urinario (conocido como "UROTC"), reemplazando prácticamente a la urografía tradicional, especialmente en pacientes con hematuria y factores de riesgo de cáncer. Su objetivo principal es la detección y caracterización de neoplasias malignas en el tracto urinario. Esta prueba se realizará con contraste yodado con el que se obtendrán múltiples imágenes de alta calidad en distintas fases antes y después de la administración del contraste.

PALABRAS CLAVE: HEMATURIA, NEOPLASIA VESICAL, CONTRASTE, TOMOGRAFÍA.

DIFERENCIAS ENTRE MEDICINA NUCLEAR Y RAYOS X

ESTER SERRALTA CUESTA, ALBERTO PAREJA MORENO, ALVARO ISIDRO RODRIGUEZ FRÍAS

INTRODUCCIÓN: Las diferencias mas evidentes entres estas dos instituciones, suelen ser los blindajes utilizados, la energía de radiación que se trabaja y la maquinaria.

OBJETIVOS: Identificar las diferencias que existen en cuanto a las radiaciones y maquinas utilizadas, ya que en Rayos X se usan: tubo de rayos, mamografías, Tac o resonancia.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en diversos buscadores, como Pubmed, con los siguientes descriptores: medicina nuclear, rayos x, radioisótopos, pet-tac, tubo de rayos.

RESULTADOS: La mayor diferencia en la practica es: La utilización de blindajes para los radioisótopos no es la misma que en rayos x que es una energía menor Para los estudios no es al misma radiación que le llega al paciente Tener cuidado con la realización de las pruebas, ya que hay pacientes que son alérgicos a los contrastes administrados para introducir los radioisótopos Tener cuidado y calibrar bien las maquinaria para realización de pruebas.

CONCLUSIÓN: Todo miembro de las instalaciones debe de tener en conocimiento básico las funciones, las diferencias de trabajar en cada sala, para su posterior obtención de imágenes.

PALABRAS CLAVE: MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, RADIOISÓTOPOS, PET-TAC, TUBO DE RAYOS.

TIPOS DE DOSÍMETROS SEGÚN ZONA DE TRABAJO

ESTER SERRALTA CUESTA, ALBERTO PAREJA MORENO, ALVARO ISIDRO RODRIGUEZ FRÍAS

INTRODUCCIÓN: Es un instrumento que sirve para medir la radiación o tasa de dosis que le llega al operador o puede haber absorbido durante su turno de trabajo. El objetivo principal de un dosímetro es detectar la radiaciones de tipo ionizante que provienen de los equipos en las salas de pruebas o fuentes radiactivas.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de los tipos de dosímetros según la zona de trabajo.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en diversos buscadores, como Pubmed, con los siguientes descriptores: dosímetro individual, ambiental, dosis, tasa de radiación.

RESULTADOS: Dependiendo de la sala o maquinaria o radiación que estemos utilizando para la obtención de imágenes, podremos clasificar los dosímetros es: Dosímetro individual: mide la radiación que llega a un solo operador, este se lleva en la solapa en la zona del pecho -Dosímetro ambiental o de zona: mide la radiación superficial que llega a la sala o las paredes, para controlar la radiación de fuga o dispersa que se queda en la sala. Esta es importante para llevar un correcto control de las radiaciones o tasa de dosis de las personas que entran en esta. Existen dosímetros de pluma o muñeca, para controlar la radiación que nos llega a las extremidades como los brazos Dosímetro cercano a los ojos para ver la radiación que nos llega al cristalino.

CONCLUSIÓN: Es una herramienta de protección radiológica, además de que es individual e intransferible y debemos de llevarlo puesto siempre que estemos trabajando, para controlar la tasa de dosis del trabajador.

PALABRAS CLAVE: DOSIMETRÍA INDIVIDUAL, AMBIENTAL, DOSIS, TASA DE RADIACIÓN.

DETECCIÓN DE HERNIA INGUINAL: PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

NURIA GONZALEZ AGUILAR, ANA ISABEL CABEZA MORA, MARÍA JOSÉ GARCÍA GUZMÁN

INTRODUCCIÓN: Una hernia inguinal es una protusión del contenido de la cavidad abdominal por un punto débil del conducto inguinal. Cuando el diagnóstico de hernia inguinal no está claro o se barajan otras opciones, se puede recurrir a pruebas diagnósticas más avanzadas.

OBJETIVOS: Identificar las distintas pruebas diagnósticas para la detección de esta patología.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas.

RESULTADOS: La primera opción sería la realización de una ecografía de la zona inguinal afectada, con ella se puede ver en algunos casos si la pared abdominal está perforada y en qué punto lo está, también se puede descartar compromiso del riego sanguíneo. Otras pruebas que sólo se usan en casos extraños son la tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia magnética. Con ellas se puede comprobar la anatomía de la zona de forma general, y suelen utilizarse cuando el cuadro es muy grave y se sospecha que la cirugía va a ser más complicada de lo habitual.

CONCLUSIÓN: La ecografía y la TAC son útiles para la detección de pequeñas hernias. La resonancia posee mayor efectividad, pero es mucho más costoso, no está disponible en todas las instituciones de salud, presenta algunas contraindicaciones para su uso y el tiempo de realización es prolongado. El ultrasonido es un método eficiente para diagnosticar las hernias inguinales, permitiendo además su diferenciación y evitando irradiar al paciente.

PALABRAS CLAVE: TAC, ECO, HERNIA, RESONANCIA.

ESTUDIO DE ORTOPANTOMOGRAFÍA EN RADIODIAGNÓSTICO

ALVARO ISIDRO RODRIGUEZ FRÍAS, ESTER SERRALTA CUESTA, ALBERTO PAREJA MORENO

INTRODUCCIÓN: La Ortopantomografía es un estudio que permite la obtención de una vista panorámica de los dientes, el maxilar superior y de la mandíbula. Se obtiene gracias a un equipo especial que gira 360° mientras se realiza la toma de la imagen, lo que elimina las imágenes superpuestas innecesarias, permitiendo una mejor visualización de los dientes y de sus zonas de implantación.

OBJETIVOS: Determinar medidas para utilizar esta técnica para estudios dentales junto con la telerradiografía de la cráneo.

METODOLOGÍA: Se hace una revisión bibliografía en Pubmed sobre las radiografías panorámicas, Ortopantomografía, estudio dental.

RESULTADOS: La radiografía panorámica se realiza con un aparato radiográfico anclado a través de un brazo a una columna vertical. Este dispositivo realiza un escaneado de la boca con un pequeño giro alrededor de la cabeza del paciente. Para hacer la radiografía, el paciente debe estar de pie o sentado y cubierto por un chaleco de plomo que lo protegerá de la radiación. Para colocarse de forma correcta, debe morder una pequeña pieza de mordida o clusal, que servirá para registrar la inclinación del nivel de mordida e indicar al dispositivo la posición en la que debe detenerse. Tras el escaneado, el dispositivo genera una imagen digital. El procedimiento para este tipo de radiografías es muy rápido. El técnico debe indicar al paciente como colocarse y ajustar los parámetros del dispositivo, luego el escaneado durará apenas diez segundos.

CONCLUSIÓN: Consideramos la Ortopantomografía como un método diagnóstico de gran importancia en el diagnóstico y establecimiento de un correcto plan de tratamiento en el paciente odonto -pediátrico, considerando esencial su incorporación en la exploración rutinaria odontológica. Ya que es un técnica que sigue avanzando para no emitir radiación al resto el cuerpo, sino que se centre solo y exclusivamente a la zona de estudio y minimizando riesgos.

PALABRAS CLAVE: RADIOGRAFÍA, PANORÁMICA, ORTOPANTOMOGRAFÍA, ESTUDIO DENTAL.

CONTRASTE DURANTE LA LACTANCIA: TÉCNICO RADIOLÓGICO

JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO, VERONICA GARRIDO SUAREZ

INTRODUCCIÓN: La OMS recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años, siendo posible que existan mujeres que deban ser sometidas a estudios radiológicos durante esta etapa.

OBJETIVOS: Conocer los contrastes más utilizados en radiología y en medicina nuclear para perjudicar mínimamente la lactancia materna.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica (Seram, e-lactancia, PubMed). Como descriptores se han utilizado los anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Los medios de contraste, compuestos farmacológicos radioactivos o no, contrastan o atenúan diferentes zonas anatómicas o patológicas. Contrastes no radioactivos: Yodados iónicos: osmolaridad elevada, mayor número de reacciones alérgicas. Yodados no iónicos: menor osmolaridad, menor toxicidad y mayor índice de eficacia. Presentan distribución bicompartimental alcanzando un pico plasmático hacia los 1-3 min, tras la cual se produce una fase de equilibrio de difusión al espacio intersticial. Se elimina sin metabolizar vía renal y el 90% durante las primeras 24h. Se excreta de forma inalterada en la leche materna en una mínima proporción. Contrastes basados en gadolinio: Se administra con quelatos de peso molecular bajo. Su distribución es extracelular y se elimina por la orina sin metabolizar. Los niveles en leche materna son muy bajos. Contrastes radiactivos: Radioisótopos que se acumulan en la zona a estudiar. El riesgo en la lactancia consiste en la exposición a la radiación.

CONCLUSIÓN: Según bibliografía, en la utilización de contrastes no radioactivos no es necesaria la interrupción de la lactancia, puesto que la baja concentración presente en la leche materna es aceptable. En las exploraciones con fármacos radiactivos es necesaria la interrupción temporal de la lactancia debido al riesgo de radiación. Recomendable que la madre lactante cree un banco de leche, amamantar justo antes de la prueba médica y extraer leche para evitar mastitis.

PALABRAS CLAVE: CONTRASTES, YODADOS, RADIOACTIVOS, LACTANCIA, RADIOISÓTOPOS.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PORTÁTIL EN NEONATOS

JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO, VERONICA GARRIDO SUAREZ

INTRODUCCIÓN: La radiografía de tórax es útil en el diagnóstico y seguimiento de procesos y enfermedades. Además en casos de bebés nacidos pretérmino o a término, el portátil se convierte en un instrumento indispensable.

OBJETIVOS: Identificar la radiografía de tórax portátil en neonatos.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica acerca de calidad de imagen en diferentes bases de datos, utilizando los descriptores que se han mencionado anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Con la ayuda del personal de enfermería, se tratará de colocar al neonato en decúbito supino y sin rotación, nos ayudaremos de cojines de arena o mecanismos para la sujeción del bebé, tratando de no hacerle daño. Se tratará de dejar el campo de estudio sin artefactos vitales que alteren el diagnóstico. Protegeremos las zonas gonadales del paciente mediante el material específico y colocaremos la placa en el cajetín que poseen las incubadoras, si no es posible, debajo del colchón. Se utilizará una técnica de unos 50 Kvp y 1-2 mas basándonos en las siglas ALARA (As Low As Reasonably Achievable) con colimación máxima. Se tratará de conseguir una radiografía en inspiración, por lo tanto habrá que efectuar el disparo en dicho momento. Una vez obtenida la radiografía comprobaremos la calidad de imagen: Inspirada (7-8 espacios intercostales), Colimada (cuello y tórax), sin artefactos, centrada (bordes mediales de las clavículas equidistantes), sin rotación (simetría de densidad pulmonar) y con una penetración y definición óptimas (visualización de la columna dorsal, costillas a través del corazón y diferenciar partes blandas, pulmón y esqueleto).

CONCLUSIÓN: El TSID es el encargado responsable de realizar una óptima radiografía basándose en unas normas básicas (ALARA) y con el mayor cuidado posible para evitar fallos diagnósticos y repetición de radiografías en estos pacientes tan vulnerables.

PALABRAS CLAVE: NEONATOS, TÓRAX, PORTÁTIL, RADIOGRAFÍA, ALARA.

OSTEOARTRITIS: PRUEBAS RADIOLÓGICAS PARA UN DIAGNÓSTICO

ALBERTO PAREJA MORENO, ALVARO ISIDRO RODRIGUEZ FRÍAS, ESTER SERRALTA CUESTA

INTRODUCCIÓN: La osteoartritis es una enfermedad que afecta al cartílago. Éste recubre los extremos de los huesos en las articulaciones y permite que se deslice uno contra otro. La osteoartritis se desgasta y se puede romper, y esto provoca que el roce de hueso con hueso, produzca dolor.

OBJETIVOS: Analizar las características radiológicas para poder obtener un diagnóstico rápido.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed con las siguientes palabras claves: osteoartritis, diagnosticar, pruebas, radiológicas.

RESULTADOS: La osteoartritis se diagnostica en personas mayores, y en personas que han sufrido algún trauma. Esta enfermedad es más frecuente cada día por un envejecimiento de la población. Diagnosticarla en principio es fácil, ya que con una simple radiografía convencional, se puede hacer un reconocimiento rápido.

CONCLUSIÓN: El precoz diagnóstico de la osteoartritis evita un largo proceso de la enfermedad, y evita costes al reducir una posible intervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: OSTEOARTRITIS, PRUEBAS, RADIOLÓGICAS, DIAGNÓSTICO.

TIPOS DE ZONAS Y SEÑALIZACIÓN EN LAS ZONAS DE RADIACIÓN

VERONICA GARRIDO SUAREZ, JENNIFER RODRÍGUEZ APARICIO

INTRODUCCIÓN: Se identificara y delimitará todos los lugares o zonas de trabajo en los que existe la posibilidad de recibir dosis efectivas superiores a 1mSv por año oficial o una dosis equivalente superior a 1/10 de los límites de dosis para el cristalino, la piel y las extremidades.

OBJETIVOS: Analizar el riesgo de irradiación o contaminación en cada sala del servicio de radiología.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Se colocaran las señales de forma visible en la entrada de las áreas de trabajo. Se muestran de un color diferente, para diferenciar entre si, si tenemos riesgo de irradiación o de contaminación. Señales de identificación de riesgo de irradiación que deben de colocarse en la puerta de acceso a la sala con una forma y tamaño visible. **ZONA VIGILADA:** Existe la posibilidad de recibir dosis efectivas superiores a 1mSv por año oficial o una dosis equivalente superior a 1/10 de los límites de dosis equivalentes para el cristalino, la piel y las extremidades. **ZONA CONTROLADA:** Existe la posibilidad de recibir una dosis efectiva superior a 6mSv/año oficial o una dosis equivalente superior a 3/10 de alguno de los límites para el cristalino, la piel y las extremidades. **ZONA DE PERMANENCIA LIMITADA:** Es aquella en la que existe el riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis fijados para los trabajadores. **ZONA DE PERMANENCIA REGLAMENTADA:** Es aquella en la que existe el riesgo de recibir en cortos periodos de tiempo, dosis superiores a los límites de dosis fijados para los trabajadores. **ZONA DE ACCESO PROHIBIDO:** Es aquella en la que existe el riesgo de recibir, en una exposición única, dosis superiores a los límites de dosis fijados para los trabajadores.

CONCLUSIÓN: Estas medidas deben adaptarse a las instalaciones por seguridad de los trabajadores y pacientes.

PALABRAS CLAVE: ZONA VIGILADA, ZONA CONTROLADA, ZONA DE PERMANENCIA LIMITADA, ZONA DE ACCESO PROHIBIDO.

PACIENTE CON POSIBLE LITIASIS RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MIRIAM PEREZ GARCÍA, HELENA SÁEZ SÁNCHEZ, NOEMI TENDERO BERNAL, MARIA TERESA SERRANO ANTON, MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, LORENA GALVE VERDU

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 44 años acude a al servicio de urgencias de su hospital de referencia por presentar malestar general acompañado de dolor lumbar. Desde hace 1 semana presenta dolor lumbar derecho.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tª 36.8°C. TA 128/74 mmHg. Presenta buen estado general. En la exploración física se palpa un abdomen blando, depresible, y zona renal derecha ligeramente dolorosa. En el análisis de sangre no se observan alteraciones de interés. Se realiza una radiografía de abdomen en la que se puede observar una imagen radiopaca a nivel del flanco derecho. Para complementar el estudio, se realiza una ecografía posterior, la cual confirma la imagen obtenida en la radiografía y se observa marcada dilatación pielocalicial.

JUICIO CLÍNICO: Litiasis ureteral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con todos los datos se descarta cualquier otro diagnóstico, Litiasis ureteral.

PLAN DE CUIDADOS: Importante proporcionar adecuada hidratación para la expulsión de la litiasis. Para el control de dolor agudo, indicados los antiinflamatorios no esteroideos y los espasmolíticos si se precisan. Se recomienda tratamiento expectante cuando el cálculo tenga un diámetro menor de 4 mm, puesto que la expulsión espontánea al año es del 90%. Los cálculos no expulsables precisan de un tratamiento más agresivo.

CONCLUSIONES: La litiasis renal es la presencia en las vías urinarias de cálculos insolubles. Los principales factores que favorecen la creación de los cálculos son la concentración elevada en orina de sustancias litógenas (oxalatos, calcio, fosfatos, ácido úrico y cistina); estasis de la orina; e infecciones urinarias. La manifestación típica es el cólico renal, caracterizado por un dolor en la región lumbar que se extiende a la sínfisis púbica, genitales externos y cara interna de los muslos.

PALABRAS CLAVE: LITIASIS, RENAL, CÓLICO RENAL, RADIOGRAFÍA.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: REACCIONES ADVERSAS A MEDIOS DE CONTRASTE YODADO

ESTHER ELOÍSA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, IRENE DELGADO CARMONA, NAZARET CARO MORALES

INTRODUCCIÓN: Un medio de contraste se define como aquella sustancia que introducidas en el organismo permiten resaltar y/o opacificar estructuras anatómicas normales y/o patológicas. Su uso es muy extendido, por lo que es necesario conocer sus posibles efectos adversos y reconocer los signos y síntomas de una reacción alérgica.

OBJETIVOS: Identificar los síntomas de las posibles reacciones alérgicas. Conocer cuáles son las principales medidas de actuación.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, tales como: SciELO, Cuiden, Medline, seleccionando los artículos de mayor relevancia.

RESULTADOS: Entre los síntomas destacan: Síntomas leves: náuseas, vómitos, malestar general, urticaria leve, prurito, diaforesis, salivación, estornudos y dolor en punto de inyección. Síntomas moderados: urticaria grave, fiebre, cefalea, vómitos severos, edema facial, disminución del nivel conciencia y broncoespasmos leves. Síntomas graves: disnea, edema de lengua y glotis, Hipertensión, EAP, convulsiones, arritmias severas y PCR. En caso de reacción el plan de actuación será: suspender el contraste, mantener la vía periférica, avisar al radiólogo, exploración física y toma de constantes vitales. Los cuidados generales irán encaminados a: Administrar tratamiento según pauta médica. Oxigenoterapia. Fluidoterapia. Control de constantes vitales. Y si el paciente no mejora, se trasladará a Urgencias.

CONCLUSIÓN: El uso de los medios de contraste yodado actualmente es muy extendido, dado que es una herramienta fundamental en determinadas pruebas de imagen, aunque su administración pueda presentar algunos efectos indeseables. Es por ello que, es imprescindible que el personal sanitario posea conocimientos y habilidades que le permitan reconocer y controlar las posibles reacciones adversas derivadas del mismo, así como, su protocolo de actuación.

PALABRAS CLAVE: CONTRASTE YODADO, EFECTOS ADVERSOS, REACCIÓN ALÉRGICA, PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL Y EL AISLAMIENTO DE CONTACTO

BEATRIZ GONZÁLEZ MONTES

INTRODUCCIÓN: Cuando realizamos una radiografía a un paciente aislado no disponemos de métodos de barrera para el material que está en contacto con el paciente, en cambio, el personal debemos seguir distintas pautas adecuadas a cada tipo de aislamiento.

OBJETIVOS: Determinar un protocolo común de aislamiento para el material de radiodiagnóstico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos, usando como palabras claves aislamiento de contacto, radiología, infección ámbito sanitario, control de infección. También se han utilizado los recursos del Observatorio de Salud del Principado de Asturias para el indicador de prevalencia de infección nosocomial en Asturias.

RESULTADOS: La diseminación de microorganismos patogénicos en los hospitales ha disminuido en 2,38 puntos porcentuales entre 2012 y 2017 en Asturias, lo cual demuestra, que los métodos de control son eficaces para evitar el contagio masivo de pacientes. Las normas aceptadas en la prevención de diseminación por contacto incluyen el uso de guantes, bata, lavado de manos y exclusividad en el material, es decir, que tanto el material diagnóstico como el intervencionista sea utilizado únicamente para el paciente aislado, o en su defecto que se desinfecte antes de salir de la habitación. Estas bases deben cumplirse también para el material y el personal de radiología.

CONCLUSIÓN: Como medida adicional, para el material, es recomendable acompañar el tubo portátil de rayos x de una solución de glutaraldehído para poder realizar una limpieza exhaustiva tanto del tubo como del chasis, del delantal y del protector tiroideo antes de salir de la zona aislada. Las recomendaciones para el personal, han de ser las descritas por cada centro sanitario.

PALABRAS CLAVE: AISLAMIENTO, PORTÁTIL, RADIOLOGÍA, INFECCIÓN, DISEMINACIÓN.

EL TÉCNICO DE IMAGEN EN EL QUIRÓFANO

BEATRIZ GONZÁLEZ MONTES

INTRODUCCIÓN: La radiología en quirófano cada vez está más presente. El técnico de imagen se encarga de la protección radiológica del personal y de la calidad de imagen, para evitar el exceso de radiación.

OBJETIVOS: Determinar los principios fundamentales de manejo del arco de radiología y de protección radiológica.

METODOLOGÍA: Búsqueda realizada en Google Academics en artículos en castellano, en el periodo de 2008 a 2018, utilizando como palabras claves radiología en quirófano, protección radiológica, delantal plomado, fluoroscopia.

RESULTADOS: El tubo utilizado en quirófano es de tipo Arco en C, que permite distintas proyecciones. La movilidad para los planos y el centraje debe realizarse desde la parte contaminada del tubo, ya que tanto el tubo como el intensificador de imagen deben protegerse pues entraran en la zona del campo quirúrgico, además cada arco es diferente. Es responsabilidad del técnico conocer cómo se modifican los parámetros de mA/s y kV, y de brillo e intensidad con anterioridad. Desde el punto de vista de la protección radiológica se deben tener en cuenta diversas consideraciones. Usar un delantal plomado y un protector tiroideo reduce la dosis de radiación a una décima parte aproximadamente. Debemos tener en cuenta que es habitual encadenar diversas cirugías seguidas y que en una única cirugía se pueden requerir más de veinte imágenes. Es importante adaptar el momento del disparo para que se encuentre la menor cantidad posible de material metálico, que se carga de radiación dispersa, y que las manos del cirujano estén apartadas del foco.

CONCLUSIÓN: Aunque cada vez los equipos de radiología son mejores en protección radiológica, el quirófano es, quizás, el lugar en el que el personal absorbe más radiación. Por tanto, es fundamental seguir el principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable).

PALABRAS CLAVE: QUIROFANO, PROYECCIÓN, PROTECCIÓN, RADIACIÓN.

EL ARCO EN C EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

PILAR SERRANO ITURRASPE, SERGIO JIMENEZ SANCHEZ, NEUS CAÑABATE SOFIAS, ANDREA MUÑOZ GALLEGU, ANDREA-EDIT MORRAJA MORALES, NURIA TORRAS PUIGPEY

INTRODUCCIÓN: El arco en C , es un equipo radiológico móvil que utilizamos para intervenciones quirúrgicas. Este equipo, utiliza radiaciones ionizantes con las que conseguimos dar una imagen radiológica de la zona anatómica a intervenir.

OBJETIVOS: Determinar el procedimiento que se debe establecer en las intervenciones quirúrgicos mediante el Arco en C.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El técnico debe de velar por la radioprotección de todo el personal que se encuentra en el quirófano, controlando que todos lleven delantal y procurando no dar escopia cuando las manos del cirujano u otro objeto no deseado esté dentro del haz de rayos x. Siempre se deberá de intentar reducir el tiempo de escopia, no utilizándola innecesariamente. Dependiendo de la cirugía que se esté realizando, con el arco en c podemos realizar diversos movimientos: orbital, rotatorios, oblicuos, horizontal y vertical o wig-wag). El técnico será el encargado de “vestir” el arco en c, protegiéndolo con las fundas estériles específicas para el equipo, dado que este entrará dentro del campo de intervención que es estéril. Por lo que obtenemos imágenes radiológicas de la zona anatómica que se está interviniendo en el mismo instante del proceso quirúrgico.

CONCLUSIÓN: Gracias al arco en C, los cirujanos pueden realizar con seguridad y eficacia las intervenciones quirúrgicas. Además es necesario colaborar con el cirujano para que este pueda realizar y visualizar la cirugía y así conseguir la orientación correcta, fiabilidad y reducción del tiempo de intervención.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN, ARCO EN C, RADIOPROTECCIÓN, CIRUJANO, DOSIS.

TRATAMIENTO DE URGENCIA ANTE UNA LESIÓN LUXACIÓN DE RODILLA

JOSEFA TEIJIDO CALVO, ZAIRA MARIA DORESTE GONZALEZ, PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Se ha estudiado las causas más frecuentes de lesión en la articulación de la rodilla Para explicar que son las maniobras de rotación con el pie fijo y con la articulación en ligera flexión lo que ocasiona esta lesión.

OBJETIVOS: Analizar el manejo en urgencias, tratamiento definitivo, complicaciones y resultados funcionales en los pacientes diagnosticados de luxación de rodilla y describir los distintos tipos de lesiones.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica retrospectiva sometida de fuente primarias (libros, artículos de revista) y secundarias (análisis de artículos y resúmenes).

RESULTADOS: Lesiones: traumatismo, luxaciones, fracturas. La luxación aguda de rótula es una patología frecuente sobre todo en pacientes jóvenes y deportistas. El ligamento femoropatelar medial es el estabilizador principal de la rótula y una estructura que se lesiona en prácticamente todos los casos. Después de la reducción precisa de inmovilización durante 2-6 semanas y seguimiento por rehabilitación y/o traumatología. Radiografía simple. Es la prueba de imagen más comúnmente utilizada en la primera atención del paciente, principalmente para descartar lesión ósea asociada. Si el paciente se presenta con la rótula luxada, Antero Posterior, lateral y axial.

CONCLUSIÓN: Las luxaciones de rodilla son lesiones poco frecuentes, pero graves, asociándose en un alto porcentaje a lesiones vasculares y nerviosas. El diagnóstico y el tratamiento resultan esenciales en el pronóstico de estas. El tratamiento definitivo resulta controvertido; hoy en día, en la mayoría de las ocasiones se realiza un tratamiento quirúrgico precoz. Pese a que la luxación de rodilla se ha asociado clásicamente a traumatismos de alta energía y deportivos, existe una tendencia en aumento a la aparición de nuevos patrones lesionales como los de baja energía en pacientes con sobrecarga ponderal.

PALABRAS CLAVE: RODILLA, URGENCIAS, TRATAMIENTO, LUXACIÓN DE RÓTULA.

LA UROGRAFÍA COMO MÉTODO DE IMAGEN

ZAIRA MARIA DORESTE GONZALEZ, PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ, JOSEFA TEJIDO CALVO

INTRODUCCIÓN: La urografía intravenosa es el estudio funcional de las vías urinarias mediante un medio de contraste radiopaco. En ella se estudia, la forma y funcionamiento del aparato urinario (riñones, uréteres, vejiga) y, sus diferentes patologías. Gracias a esta prueba se valoran determinadas patologías tales como: Hematuria o Litiasis renal.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es identificar en qué consiste dicha prueba radiológica, sus nuevas alternativas de imagen para el diagnóstico y las distintas patologías de las vías urinarias que precisan de dichas pruebas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica retrospectiva sometida a evaluación de fuentes primarias (libros, artículos de revistas, documentos de organismos oficiales) y secundarias (análisis de artículos y resúmenes).

RESULTADOS: Durante el desarrollo de este trabajo se ha determinado que la urografía intravenosa (UIV), es una de las técnicas clásicas de la radiología convencional. Presenta ciertas ventajas indiscutibles, tanto desde el punto de vista diagnóstico como desde el administrativo, por su bajo coste y escasos requerimientos técnicos. En los últimos años han sido desplazados por otros métodos de imagen más avanzados que permiten una valoración más global de las diferentes patologías del aparato urinario.

CONCLUSIÓN: En la actualidad existen nuevas técnicas de imagen como el UroTAC o la UroRM, que permiten obtener imágenes de alta resolución espacial, además de reconstrucciones multiplanares y tridimensionales de gran calidad. Por ello, dichas pruebas se han convertido actualmente en la técnica de elección para la valoración del tracto urinario, reemplazando a la urografía intravenosa. Se ha estudiado que permite obtener en una sola adquisición la fase nefrográfica y excretora. Por lo tanto, con ello se consigue aplicar menor dosis de radiación y ser totalmente indoloro para el paciente.

PALABRAS CLAVE: UROGRAFÍA INTRAVENOSA, TÉCNICA, UROTAC, URORM, VÍAS URINARIAS.

DIAGNOSTICAR POSIBLE TENDINITIS EN MANGUITOS ROTADORES

JOSEFA LOPEZ MOLINA, MARIA ESPINOSA GIMENEZ, MARIA DE LOS ANGELES PORTAZ SUAREZ, CARMEN MARIA ALEMAN NAVARRO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 69 años de edad, que acude a puerta de urgencias por dolor de varios días de evolución en hombro izquierdo, sin alertas conocidas anteriormente. La paciente se queja a la abducción y rotación externa, sin encontrar ningún otro hallazgo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Como exploración y pruebas complementarias a la paciente se le realiza una radiografía de (RX), de dicho hombro izquierdo, el cual sentía dolor a la hora de posicionar a la realización de la proyección.

JUICIO CLÍNICO: Se llega a un juicio clínico de posible tendinitis de manguitos rotadores izquierdo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Tendinitis manguitos rotadores de hombro izquierdo.

CONCLUSIONES: Para poder llegar al diagnóstico de la paciente, son necesarias algunas pruebas con imágenes para el diagnóstico, como en este caso RX.

PALABRAS CLAVE: DIAGNOSTICAR, TENDINITIS, MANGUITO, ROTADORES.

LA IMPORTANCIA DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL PACIENTE Y EL PERSONAL SANITARIO

SANDRA PINEDA MONTERDE, ALEX ALBALADEJO GARCIA, MARCO BIANCHI, GEMA LASSO SIERRA

INTRODUCCIÓN: El paciente cada vez tiene más información acerca de la radiación ionizante que ciertos equipos de imagen para el diagnóstico emplean y lo perjudicial que puede llegar a ser. Hoy en día el facultativo se respalda cada vez más en este tipo de pruebas para realizar sus evaluaciones. Por esos motivos se muestran las medidas de protección radiológica y se analiza la justificación del facultativo en su aumento de pruebas de imagen diagnóstica.

OBJETIVOS: Determinar la actuación del personal sanitario en la protección radiológica ante el paciente y el propio personal sanitario.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de la protección radiológica, normativa y reglamento legislativo. Se expone los principios básicos de la Comisión Internacional de Protección Radiológica. Se estudia el aumento de pruebas con equipos que emplean radiaciones ionizantes y se analiza la protección radiológica tanto del paciente como del personal sanitario.

RESULTADOS: La protección radiológica es una actividad multidisciplinar, su finalidad es la protección de las personas y el medio ambiente contra los efectos nocivos que pueden causar la exposición a radiaciones ionizantes. Tras la revisión bibliográfica y el análisis realizado, se ha podido comprobar que en ocasiones la protección radiológica no es óptima y el facultativo comete un excedente de pruebas de imagen diagnóstica que emplea la radiación ionizante.

CONCLUSIÓN: Para una buena protección radiológica se ha de concienciar más al personal multidisciplinar que atiende a los pacientes, desde el facultativo aplicando una veraz justificación de la prueba, hasta el técnico que realiza el estudio optimizando la dosis y protegiendo con delantales plomados.

PALABRAS CLAVE: PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, PACIENTES, PERSONAL SANITARIO, RADIACIONES IONIZANTES.

PROMOVER LA APLICACIÓN DE UN PROTOTIPO DE CHECK LIST PARA PRESERVAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA EXPLORACIÓN EN UNA RESONANCIA MAGNÉTICA

ALEX ALBALADEJO GARCIA, GEMA LASSO SIERRA, SANDRA PINEDA MONTERDE, MARCO BIANCHI

INTRODUCCIÓN: La resonancia magnética (RM), actualmente, es una técnica diagnóstica utilizada de forma sistemática por una gran parte de especialidades médicas. Sin embargo existen aspectos básicos de este tipo de exploración que siguen siendo desconocidos, y que sino son prevenidos antes de la realización del estudio, puede conllevar graves complicaciones para el paciente.

OBJETIVOS: Determinar medidas para elaborar una lista de verificación de aplicación previa a la realización de la exploración en la resonancia magnética, para preservar la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA: El diseño del estudio es experimental postest, que consistirá en elaborar un check list y aplicarlo a pacientes que se vayan a realizar una exploración en la RM. Una vez realizadas dichas exploraciones se pasará una encuesta tipo adhoc tanto a los pacientes como a los técnicos para evaluar el nivel de seguridad que aporta aplicar el checklist. Para su realización se seleccionará una muestra de 200 pacientes derivados de diferentes establecimientos sanitarios. Se realizará una amplia revisión bibliográfica para la elaboración del check list. Se consultarán las siguientes bases de datos: PubMed y Scopus, y se utilizarán como descriptores “Resonancia” y “Dispositivos no compatibles”.

RESULTADOS: Con la aplicación de la lista de verificación se espera conseguir evitar riesgos innecesarios. De esta manera el técnico recibirá una información exhaustiva y específica del paciente y podrá llevar a cabo la exploración en la resonancia magnética con total seguridad. Existen dispositivos que no son compatibles con la RM, como son los MCP, válvulas cardíacas, implantes cocleares, DAI, entre otros. Es vital para el paciente y para el técnico que sea conocedor de los riesgos que conllevaría entrar con alguno de estos dispositivos dentro de la sala de exploración.

CONCLUSIÓN: La aplicación del Check list en la RM ha conseguido evitar riesgos mayores para los pacientes, consiguiendo así, llevar a cabo las exploraciones con más seguridad.

PALABRAS CLAVE: RESONANCIA MAGNÉTICA, SEGURIDAD, PACIENTE, DISPOSITIVOS NO COMPATIBLES.

PROGRAMA DETECCIÓN-SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA

MARÍA DEL CARMEN SUAREZ SANCHEZ, MARIA JESUS TRABALON MARTINEZ, MARIANO TERRON VALLS

INTRODUCCIÓN: Las pacientes acuden después de ser citadas por carta. En una población de mujeres (desde los 50 años a los 65 años) se llevará un control por mamografía, para la detección precoz del cáncer de mama.

OBJETIVOS: Identificar el proceso del programa.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliografía en diferentes bases de datos utilizando los descriptores citados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: El programa se realizará en varios pasos: 1. Citación por carta, al grupo de población a estudiar. 2. Rellenar la historia de la paciente, la hoja de anamnesis, las hojas de lecturas, con los datos de la paciente. 3. Realizar la mamografía a la paciente. 4. Guardar la historia de la paciente, comprobando los datos de la paciente. 5. La mamografía será informada por dos Radiólogos diferentes, rellenando la hoja de lectura correspondiente. 6. Según la clasificación existente: a) Si la mamografía es normal, será archivada y citaremos la paciente a los dos años. B) Si se encuentra algún tipo de lesión. La paciente será citada para completar el estudio por ecografía, mamografía, biopsia. Según el criterio del especialista- Radiólogo. 7. Diagnosticada la paciente, será derivada a un especialista (cirujano), podrá ser citada a los seis meses, al año. 8. Si fuera necesario la paciente sería sometida a tratamiento quirúrgico y oncológico (cáncer de mama). 9. La paciente se realizará controles periódicos, según el criterio del especialista. Una correcta mamografía permitirá un diagnóstico adecuado, para su clasificación y seguimiento de la paciente, cuyo fin es el diagnóstico precoz.

CONCLUSIÓN: En las pacientes es muy importante la realización de una mamografía, para el estudio de posibles lesiones. Con el fin de conseguir el diagnóstico precoz del Cáncer de mama, para su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, CARTA, MAMOGRAFÍA, AMNANESIS, LECTURAS, RESULTADOS.

INTERVENCIONISMO EN QUIRÓFANO GUIADO POR ESCOPIA

PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ, JOSEFA TEIJIDO CALVO, ZAIRA MARIA DORESTE GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La herramienta de trabajo del TSID en cualquier quirófano es el arco de quirófano o equipo de fluoroscopia. Es uno de los servicios que presenta mayor dificultad debido a factores como: Gran tamaño y peso del equipo de RX.

OBJETIVOS: Identificar cuáles son los procedimientos más comunes en los que participa el TSID en el quirófano y cuáles son sus competencias.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en: IAEA (Organismo Internacional de Energía atómica) NUS (National University of Singapore) Bussines School) BONTRAGER Posiciones Radiológicas y Correlación Anatómica. Editorial médica PANAMERICANA.

RESULTADOS: Elaboración de una guía rápida en la que se refleje de forma sencilla el trabajo en quirófano del técnico de rayos. La falta de espacio que sumado a la esterilización del equipo, de los campos y personal, hacen que se incremente la dificultad de movimiento y precisión por parte del TSID. Falta de visión para un centraje correcto. Falta de colaboración por parte del paciente. Exposición continua a la ración. Premura en la adquisición de las imágenes. Será necesaria la presencia de escopia en procedimientos vasculares, neurocirugía, intervencionismo cardíaco y en cirugías torácica, abdominal y ortopédica. El TSID deberá tener un conocimiento profundo en materia de protección radiológica, y aplicarlo en todo momento.

CONCLUSIÓN: El trabajo del Técnico Especialista en radiodiagnóstico en quirófano es una más de la multitud de técnicas que debe conocer. Es fundamental que conozca las condiciones y la complejidad del desarrollo de una intervención, para poder actuar de forma segura en un medio tan complicado como es el quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: ESCOPIA, QUIRÓFANO, TÉCNICO DE RAYOS, INTERVENCIONISMO.

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN LA PACIENTE EMBARAZADA

GEMMA MARTIN SENTIS, ROSA MAÑA VILA, ELVIRA SERÓ PIQUÉ, ELISABETH ARQUILLUE ORDOÑO, NOEMI BONILLA SERRANO, MARTA SADURNÍ GRÀCIA, LORENA MARTINEZ MOLINA, MONTSERRAT GRUESO GASSET, MIREIA PASCUAL CASES, AINOA VILCHEZ CABELLO, JANET EVELIN UCULMANA HURTADO, ANNA SERRA BALCELLS

INTRODUCCIÓN: Tomando en cuenta los efectos biológicos que produce la radiación ionizante, se hace necesario tomar medidas para proteger a la mujer embarazada. Si la paciente está embarazada o cabe sospecharlo hay que reconsiderarla justificación de la exploración solicitada y valorar la decisión de posponerla hasta después del parto o hasta que se presente la menstruación siguiente. Si no puede descartarse el embarazo, pero todavía no hay retraso en la menstruación y la técnica hace que el útero reciba una dosis relativamente baja, puede procederse a la exploración.

OBJETIVOS: - Garantizar la Justificabilidad, es decir, realizar sólo aquellas rx que necesiten para identificar los problemas del paciente. - Lograr que las dosis sean tan bajas como sea razonablemente logable, sin afectar la calidad del diagnóstico. - Prevenir las exposiciones potenciales. - Que el riesgo de accidentes sea relativamente bajo. - Proteger a la mujer gestante y el embrión.

METODOLOGÍA: Creación de un grupo de búsqueda bibliográfica para la posterior elaboración de una guía a utilizar en caso de encontrarnos una paciente embarazada en el servicio de radiología.

RESULTADOS: Todas las exposiciones a radiaciones ionizantes deberían estar justificadas, valorando el riesgo-beneficio. De seguir adelante, debemos proteger al embrión usando blindajes y seleccionando los campos de ataque.. Cuando es necesario hacer estudios del abdomen, el médico puede preferir ordenar otro tipo de examen. Si la exploración exige dosis relativamente altas (por ejemplo TC abdominal y pélvica), habrá que debatir su conveniencia.

CONCLUSIÓN: Debido a la importante presencia de enfermería en el servicio radiológico, es primordial conocer las diferentes normas oficiales de protección y seguridad radiológica, asegurándose de disponer las señalizaciones y material convenientes, acordes al procedimiento a realizar.

PALABRAS CLAVE: RADIOLOGIA, EMBARAZO, PROTECCIÓN, ENFERMERIA.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DIABÉTICO EN LA SALA DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANA MARÍA LORCA ARCO, ANA CRISTINA MUÑOZ NIETO, MARIA DEL CARMEN PINTO ORTIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 70 años acude a sala de TAC para realización de TAC abdomen pelvis, tórax con contraste intravenoso derivado de ONCOLOGÍA MÉDICA. El paciente es alérgico a la penicilina, DM tipo 2 en tratamiento con metformina, DLP en tratamiento con simvastatina, cáncer de colon. Operado de resección de colon hace 1 año recibió tratamiento quimioterápico y acude a realización de TAC de control.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza protocolo de acogida, se confirman ayunas desde anoche. No alergias a contraste yodado. Aporta consentimiento informado firmado. Se canaliza vía venosa nº 18G y se extrae creatinina sérica, en rango de 0.50Mg/dl por lo que se puede administrar el contraste yodado intravenoso. El paciente ha suspendido metformina 24 horas previas a la realización del TAC. Constantes estables: PA: 139/85, FC: 78, SAT O2: 96%. Tras previa retirada de objetos metálicos y ropa colocándole al paciente una bata se posiciona en la mesa del TAC. Se realiza TAC abdomen – pelvis – tórax administrándole al paciente 100 cc de contraste yodado a 3ml/s. Se realiza TAC sin incidencias.

JUICIO CLÍNICO: Se realiza TAC de abdomen – pelvis – tórax con contraste intravenoso evidenciándose que no hay crecimiento de células metastásicas. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** TAC de control en paciente oncológico.

PLAN DE CUIDADOS: El paciente permanece 30 minutos después en observación, sin evidenciar signos de alergia se retira vía periférica y se dan recomendaciones pos TAC incluyendo ingesta hídrica abundante y suspensión de metformina durante 72 horas.

CONCLUSIONES: La realización de TAC con contraste intravenoso es un método diagnóstico que permite controlar la aparición de nuevas células tumorales en pacientes oncológicos. En pacientes diabéticos en tratamiento con metformina el riesgo nefrotóxico del contraste yodado es mayor por lo que debemos asegurarnos de que el paciente ha suspendido esta medicación antes de acudir a la realización del TAC.

PALABRAS CLAVE: CONTRASTE YODADO, ENFERMERÍA, ANTIDIABÉTICOS ORALES, TAC.

BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA DIGITAL

MARIA DOLORES CUEVAS PORTILLO, ALBERTO ISIDRO LUCENA CAMES, ROSA MARIA VILLALTA PEREZ

INTRODUCCIÓN: Se emplea La biopsia de mama estereotáctica con el objetivo de ayudar a localizar una anomalía en el seno y extirpar una muestra de tejido para su examen bajo el microscopio.

OBJETIVOS: Determinar que la estereotaxia digital permite una valoración más precisa, segura y rápida de la lesión a estudiar.

METODOLOGÍA: La paciente se coloca sentada delante de la estereotaxia con la mama centrada en la zona de la lesión. Se realiza una primera imagen con el brazo del tubo perpendicular. Seguidamente se obtiene un par de imágenes inclinando el brazo del tubo + - 15 grados con respecto al plano del detector, con lo que obtenemos una imagen de la lesión. Con estas imágenes seccionamos la lesión a biopsiar. En el caso de la biopsia, elegimos el tipo de aguja, obteniendo automáticamente los márgenes de seguridad y la posibilidad de corrección automática. Una vez seleccionado todo, se anestesiara la zona y se comprobara la correcta situación de la aguja con respecto a la lesión. Se debe realizar un mínimo de 5 pases y realizar comprobación radiográfica de las muestras obtenidas para demostrar en el caso de microcalcificaciones, la existencia de calcio en las mismas, y a que las microcalcificaciones pueden desprender de los cilindros o ser disueltas por el formol donde se depositen.

RESULTADOS: La estereotaxia digital supone un avance en el intervencionismo mamario por dos motivos: Permite la adquisición digital de la imagen en segundos, disminuyendo la duración del procedimiento. Optimiza la calidad de la imagen siendo el procesamiento de la misma muy útil e inmediato a la hora de localizar lesiones.

CONCLUSIÓN: La estereotaxia digital es un avance radiológico muy útil en la localización tridimensional de las lesiones a biopsiar, ya que aumenta la rapidez, precisión y seguridad con respecto a la estereotaxia convencional.

PALABRAS CLAVE: BIOPSIA, MAMA, ESTEREOTAXIA, DIGITAL.

LA ARTRORESONANCIA MAGNÉTICA MUSCULOESQUELÉTICA DIRECTA DE HOMBRO

ROSARIO AGUILAR RUIZ, MARIA ISABEL CORNEJO AIRES, JAIME GARRIDO OSUNA

INTRODUCCIÓN: La artroresonancia magnética directa de hombro es un método de diagnóstico invasivo, que consiste en la realización de un estudio de R. M. De hombro después de la introducción intraarticular de contraste, lo cual permite su distensión, con gran utilidad en la evaluación de algunas condiciones intraarticulares que no se delimitan claramente en estudio convencional.

OBJETIVOS: Determinar las recomendaciones para la realización de la artroresonancia magnética directa de hombro.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El paciente debe venir con 3 horas de ayuno, dura una hora aproximadamente. El examen está compuesto por dos partes: La primera corresponde a la inyección intraarticular de contraste paramagnético bajo guía fluoroscópica por un radiólogo directamente dentro de la articulación, ayuda a separar unas estructuras de otras y definiendo bien sus márgenes. No debe excederse los treinta minutos posteriores para realizar la segunda parte. La obtención de imágenes por resonancia magnética. El protocolo básico consta de secuencias T1 con supresión de la grasa en los tres planos convencionales: axial, coronal y sagital, en donde la dilución de gadolinio tiene alta señal. También es necesario una secuencia potenciada en T2. La evaluación en conjunto por el traumatólogo y el radiólogo, de cada caso en particular, será en definitiva el potencial beneficio del paciente. Existen indicaciones generales e indicaciones particulares para cada articulación. La evaluación de cuerpos libres intraarticulares, de lesiones osteocondrales para definir su condición de lesión estable versus inestable. Evaluación del cartílago articular. En el hombro las principales indicaciones son la evaluación de lesiones del labrum glenoideo y ligamentos gleno-humerales.

CONCLUSIÓN: La vía de abordaje posterior en el hombro con guía fluoroscópica para la introducción de medio de contraste, permite la realización de un procedimiento seguro, eficaz y eficiente, con ausencia de radiaciones ionizantes y la no utilización de contraste yodado, además en caso de extravasación no se dificulta el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: HOMBRO, INTRAARTICULARES, CONTRASTE, EVALUACIÓN, LABRUM.

LA ECOGRAFÍA DE LA GLÁNDULA DE TIROIDES

ROSARIO AGUILAR RUIZ, MARIA ISABEL CORNEJO AIRES, JAIME GARRIDO OSUNA

INTRODUCCIÓN: La glándula tiroides es una de las glándulas más importantes del cuerpo ya que su campo de actuación se extiende al aparato cardiovascular, sistema digestivo, SNC, otras glándulas endocrinas y estimula el crecimiento y el metabolismo basal.

OBJETIVOS: Determinar el procedimiento que se sigue en la radiografía de la glándula de tiroides.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El ultrasonido se usa para determinar si un bulto en el cuello se origina en la tiroides o estructura adyacente, analizar la apariencia de nódulos. Además de buscar nódulos adicionales, revisión de tamaño de nódulos. Para guiar procedimientos tales como la biopsia por aspiración y detección de masa tiroideas y cervicales antes y después de la tiroidectomía. No necesita preparación especial, se debe llevar ropa cómoda y suelta y evitar collares. No aplicar cremas desde el día de antes. El paciente debe estar en decúbito supino con el cuello hiperextendido. Primero se aplica un gel conductor sobre el cuello. La glándula debe ser examinada en su totalidad por un radiólogo con cortes en los planos longitudinales, trasversales y oblicuos a través de un transductor. Finalizado el estudio, se limpiará la piel del gel, dura de 15 a 30 minutos. Un radiólogo, un médico específicamente capacitado para supervisar e interpretar los exámenes de radiología, analizará las imágenes y enviará un informe firmado al médico que le solicitó la prueba, puede aconsejar realizar una punción aspiración con aguja fina PAAF u otras pruebas complementarias.

CONCLUSIÓN: La exploración por ultrasonido es un método seguro, no invasivo, barato, fácil de usar, no utiliza radiación ionizante, sino ondas sonoras para crear imágenes del interior del cuerpo. Aporta importante información respecto a sus dimensiones, volumen, irrigación, patología nodular benigna y maligna y procesos inflamatorios glandulares. Y se usa para evaluar bultos y nódulos, es el examen ideal en la evaluación de la glándula tiroidea y de otras estructuras de partes blandas del cuello.

PALABRAS CLAVE: GLÁNDULA, ECOGRAFÍA, NÓDULO, CUELLO, TIROIDES.

LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA COLUMNA LUMBAR

ROSARIO AGUILAR RUIZ, MARIA ISABEL CORNEJO AIRES, JAIME GARRIDO OSUNA

INTRODUCCIÓN: La resonancia magnética es un análisis seguro e indoloro en el cual se utiliza un campo magnético y ondas de radio para obtener imágenes detalladas de los órganos y las estructuras del cuerpo con una resolución que no se obtiene con otro método radiológico. La resonancia magnética está indicada en pacientes con dolor en la espalda, con o sin traumatismos, sospecha de hernia de disco, la planificación de cirugía y post seguimiento. También puede ayudar a descartar o diagnosticar infecciones, tumores y alteraciones medulares.

OBJETIVOS: Determinar el procedimiento para la realización de la resonancia magnética en los pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: El paciente debe quitarse todos los objetos metálicos y ponerse una bata. El paciente se coloca en decúbito supino con las piernas ligeramente flexionadas y elevadas. La antena está debajo del paciente y se centra en la tercera vértebra lumbar, entrará en un túnel iluminado con aire circulando, quedando la cabeza fuera del imán. El examen tiene una duración entre 30 y 50 minutos, ya que puede necesitarse la administración de contraste (gadolinio) y no se puede realizar este examen si lleva marcapasos, un desfibrilador, prótesis, un implante coclear, o si está embarazada. A nivel lumbar se realizan series axiales y sagitales con un espesor de 5mm a intervalos de 1 mm, secuencia espín eco en T1, T2 y STIR (solo sagitales). Los resultados de la resonancia magnética son revisados e informados por un radiólogo especialista, mientras que la realización de la prueba es competencia del técnico.

CONCLUSIÓN: La resonancia magnética es el método de imagen de elección para el estudio de la columna vertebral y una herramienta valiosa en la detección de anomalías óseas y de la médula espinal. Hoy en día, debido a diversos factores (genéticos, deporte, trabajo, etc.). Un elevado porcentaje de la población padece problemas dolorosos en la zona lumbar (lumbalgia) y malestar constante en esa zona.

PALABRAS CLAVE: RESONANCIA, LUMBAR, DOLOR, ESPALDA.

LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE

ROSARIO AGUILAR RUIZ, MARIA ISABEL CORNEJO AIRES, JAIME GARRIDO OSUNA

INTRODUCCIÓN: Examen realizado mediante el uso del escáner para realizar cortes anatómicos sucesivos desde el diafragma hasta la pelvis, lo cual nos permite un estudio adecuado de las estructuras contenidas a nivel del abdomen y pelvis, detectar enfermedades de tipo inflamatoria, traumática, tumoral y eventualmente congénita de las estructuras a ese nivel. Este tipo de exploración, se emplea para ayudar al diagnóstico de la causa del dolor abdominal o pélvico y enfermedades de los órganos tales como (hígado, páncreas, bazo, genitales internos e intestinos), de los vasos sanguíneos o de los ganglios, guiar biopsias, planear y evaluar los resultados de la cirugía.

OBJETIVOS: Determinar el procedimiento que se realiza en la tomografía computarizada en el abdomen y la pelvis.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Un radiólogo con pericia en supervisar e interpretar los exámenes de radiología, analizará las imágenes y enviará un informe oficial a su médico de cabecera o al médico que lo derivó para el examen. Debe acudir en ayunas de 4-6 horas anteriores. Debe firmar el consentimiento informado para administrarse contraste. Debe ponerse una bata y quitarse los objetos metálicos. El técnico lo colocará en la mesa correctamente para situar la mesa en la posición inicial y realizar el topograma. La mesa se desliza rápidamente, para el resto de los cortes la mesa se mueve más lentamente. El paciente no debe moverse y los mejores resultados se obtienen cuando el paciente es capaz de aguantar la respiración, si no es posible, respire de forma suave y regular. Se le cogerá una vía para inyectarle el contraste yodado, puede experimentar calor, gusto metálico, y sensación de ganas de orinar.

CONCLUSIÓN: Se trata de un procedimiento rápido, indoloro, no es invasivo pero si muy preciso. En casos de emergencia, puede identificar lesiones y hemorragias internas lo suficientemente rápido como para salvar vidas. Generalmente se utiliza para determinar la causa de un dolor al que no se le encuentra explicación.

PALABRAS CLAVE: TOMOGRAFÍA, ABDOMEN, CONTRASTE, PELVIS, ÓRGANOS.

IMPORTANCIA DE LA GAMMAGRAFÍA ÓSEA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET

FRANCISCO CAMPOS ROMERO, CRISTIAN DIAZ PORTILLO, ANTONIO JOSÉ FERNÁNDEZ MEDINA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Paget u osteítis deformante, es un trastorno crónico del tejido óseo caracterizado por una excesiva reabsorción y una posterior neoformación que produce un patrón óseo desorganizado, aumento del tamaño del hueso, deformidad, artrosis acelerada y fracturas. La relevancia de la GO en su diagnóstico radica en la capacidad de obtener información anatómica y funcional de la actividad metabólica.

OBJETIVOS: Analizar y describir la importancia que tiene la GO en el diagnóstico de la enfermedad de Paget.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de publicaciones de carácter científico en la revista española de enfermedades metabólicas óseas (SEIOMM) y bases de datos de Ciencias de la Salud como Medline y Scielo.

RESULTADOS: El primer indicio de la enfermedad ósea de Paget suelen ser las anomalías detectadas en una radiografía simple realizada por otros motivos. Las imágenes radiográficas pueden mostrar zonas de reabsorción ósea, de alargamiento óseo y de deformidades que son características de ésta enfermedad, pero se necesita un examen gammagráfico para determinar el alcance de la lesión, las áreas de actividad y establecer un diagnóstico diferencial. En la GO se inyecta un radiofármaco al paciente, que se distribuye por el organismo acumulándose en los puntos de los huesos más afectados por la enfermedad. La GO se ha convertido en una herramienta muy importante en el diagnóstico de la enfermedad de Paget, ya que permite un rastreo corporal total. Esto evidencia lesiones en localizaciones no sospechadas, por lo que su uso se hace imprescindible en patologías poliostróticas.

CONCLUSIÓN: La gammagrafía ósea es la técnica de elección, tanto para confirmar el diagnóstico como para establecer la extensión de la enfermedad de Paget.

PALABRAS CLAVE: GAMMAGRAFÍA, PAGET, DIAGNÓSTICO, ÓSEO.

INSTRUCCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

FRANCISCO CAMPOS ROMERO, CRISTIAN DIAZ PORTILLO, ANTONIO JOSÉ FERNÁNDEZ MEDINA

INTRODUCCIÓN: Se ha de tener en cuenta que el niño tiene un concepto inmaduro del mundo y que la enfermedad conduce con frecuencia a conceptos erróneos y miedos injustificados sobre lo que sucede en el hospital. Para establecer una buena relación con los niños es necesario que sean tratados con comprensión, paciencia y honestidad. Se deben comprender dentro de lo posible sus miedos, necesidades y deseos.

OBJETIVOS: Analizar unas nociones básicas en la relación del técnico con el paciente pediátrico.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica con búsqueda en bases de datos de Scielo, Pubmed y Medline.

RESULTADOS: Existen ciertas palabras que pueden asustar a los niños y es preferible evitarlas, por ejemplo, “dispare” (para indicar que haga la exposición), aguja, dolor, operación o cortar. El técnico necesita paciencia para saludar a cada niño en la sala de espera, preguntarles su nombre, descubrir lo que les interesa y después explicarles en palabras simples lo que se les va a hacer. La comunicación es más efectiva si se habla al nivel de los ojos del niño, por lo que estaría bien arrodillarse en casos de niños pequeños. A los niños suficientemente mayores para comprender, se les debe proporcionar una explicación previa con honestidad aunque el procedimiento resulte desagradable o doloroso, como deglutir una suspensión de bario o administrar la inyección para un contraste intravenoso.

CONCLUSIÓN: El personal sanitario que trata con niños debe desarrollar una sensibilidad a la manera de reaccionar de éstos, a lo que se les dice y a la forma como lo interpretan. El técnico tiene que aprender a observar y evaluar con rapidez el nivel de madurez y la capacidad de comunicación de cada niño.

PALABRAS CLAVE: INSTRUCCIÓN, PEDIATRÍA, TÉCNICO, RADIOLOGÍA.

PACIENTE CON TOS E HIPOVENTILACIÓN EN LA AUSCULTACIÓN

MIRIAM PEÑA GÓNGORA, MERCEDES LEAL LOBATO, CELIA RIVILLA DOCE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 76 años, fumador de 10 cigarrillos/día y obeso, que acude a consulta de Atención Primaria por tos no productiva desde hace al menos 3 meses que ha empeorado en las últimas dos semanas y que no cede a pesar de tratamiento con antitusígeno. No clínica infectiva los días previos. Ardores desde hace tiempo que ahora son más continuos y trata con antiácidos a demanda. Niega pérdida de peso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física Buen estado general, normohidratado y normocoloreado. Eupneico. Constantes: TA 130/80, FC 75lpm, SatO₂ 97%, T^a 36°C. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, hipoventilación en base izquierda hasta campos medios con ausencia de murmullo vesicular en la base. Pruebas complementarias Radiografía de tórax: nivel hidroaéreo en hemitórax izquierdo, no otras alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico por Hernia de hiato gigante.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Ante la presencia de tos e hipoventilación en la auscultación cardiorrespiratoria se establece el diagnóstico diferencial con las siguientes patologías: -Infecciones: neumonía, tuberculosis... -Neoplasia -Cuerpo extraño en árbol bronquial -Hernia de hiato.

PLAN DE CUIDADOS: Se pautaron recomendaciones higienicodietéticas y omeprazol 20 mg vía oral. Se derivó a consulta de Digestivo para completar estudio.

CONCLUSIONES: La hernia de hiato es el deslizamiento anormal de la porción superior del estómago hacia el tórax a través de un orificio diafragmático anormalmente ensanchado. Es una de las anomalías anatómicas más comunes del tracto gastrointestinal superior. Generalmente es asintomática y se descubre incidentalmente, siendo raro que se produzcan complicaciones. Cuando aparecen síntomas suele ser pirosis por reflujo gastroesofágico. La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) se produce cuando el reflujo gastroesofágico ocasiona síntomas molestos, que deterioran la calidad de vida de los pacientes, o complicaciones. La pirosis es el síntoma más típico y frecuente.

PALABRAS CLAVE: HERNIA HIATAL, REFLUJO GASTROESOFÁGICO, TOS, PIROSIS, RADIOGRAFÍA TORÁCICA.

DISMINUCIÓN DE LA DOSIS DE RADIACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

CRISTIAN DIAZ PORTILLO, FRANCISCO CAMPOS ROMERO, ANTONIO JOSÉ FERNÁNDEZ MEDINA

INTRODUCCIÓN: La radiología digital ha sido un avance muy importante en el campo del diagnóstico permitiéndonos tratar las imágenes, dándonos una calidad de imagen muy buena y reduciendo la dosis en los pacientes. Múltiples trabajos se han publicado en los últimos años orientados a disminuir las dosis de irradiación en niños. La experiencia en sobrevivientes japoneses de la bomba atómica, que recibieron bajas dosis, dentro del espectro de la radiología diagnóstica, demostró que ellas se asocian a un pequeño, pero significativo aumento en la incidencia de tumores.

OBJETIVOS: Identificar métodos y técnicas radiodiagnósticas para disminuir la dosis de radiación en pacientes pediátricos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando distintas bases de datos y buscadores de internet como Medline.

RESULTADOS: Muchos centros de trabajo utilizan técnicas de exposición ya establecida, detectores digitales planos y exposimetría automática, agilizando la tarea al no tener que utilizar chasis, películas, químicos y otros factores que hacen perder el tiempo, por lo tanto en radiología pediátrica tenemos que emplear más tiempo si es necesario para poder optimizar las exploraciones diagnósticas. El mayor efecto de las radiaciones en niños nos obliga a tomar medidas necesarias para racionalizar su uso especialmente el de la TC, método que aporta las mayores dosis.

CONCLUSIÓN: La disminución de la dosis en pediatría es muy importante ya que la aparición de efectos secundarios tiene una mayor incidencia en niños, por tanto hay que disminuir en la medida de lo posible los factores de exposición sin alterar la calidad diagnóstica.

PALABRAS CLAVE: RADIACIÓN, DOSIS, PEDIATRÍA, DIAGNÓSTICO.

ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR APLICADOS A LAS PATOLOGÍAS NEFROURINARIAS

ANTONIO JOSÉ FERNÁNDEZ MEDINA, CRISTIAN DIAZ PORTILLO, FRANCISCO CAMPOS ROMERO

INTRODUCCIÓN: El renograma es un estudio de medicina nuclear que usa radioisótopos nefrourológicos con una adquisición de imágenes de una forma continuada durante un período no superior a 40 minutos y gráficos de actividad con su posterior análisis cualitativo y cuantitativo de la información.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de los estudios de medicina nuclear aplicados a patologías nefrourinarias.

METODOLOGÍA: Consiste en una revisión bibliográfica sobre los estudios aplicables por medio de la medicina nuclear destacando la utilidad en los estudios renales para ello se han utilizado como base de datos artículos de: Medline, Pubmed y Scielo.

RESULTADOS: Los usos del renograma pueden ser diversos permitiendo desde la identificación de alteraciones a nivel morfológico, la perfusión renal y la toma de imágenes funcionales que examinan el flujo de la sangre hacia los riñones y excretor renal. De igual forma este estudio se puede emplear en la evaluación de las infecciones del tracto urinario, trasplante renal, función renal, detección temprana de las posibles complicaciones que se puedan dar en el sistema urinario, estudio de las patologías crónicas e información de utilidad necesaria para determinar un diagnóstico o tratamiento adecuado por parte del médico. Su importancia radica en que muchas veces la información que nos de este tipo de estudios de medicina nuclear no alcanzable por otros métodos de diagnóstico.

CONCLUSIÓN: Los procedimientos de medicina nuclear, en este caso el renograma, actualmente son una importante herramienta por una serie de ventajas que presenta: aporta unos valiosos datos al criterio médico diagnóstico, permite el seguimiento de las patologías a lo largo del tiempo, la información que aporta se adelanta a futuras complicaciones respecto a otras pruebas diagnósticas, no son invasivos y son inocuos.

PALABRAS CLAVE: BENEFICIOS, GAMMAGRAFÍA, RENAL, MEDICINA, NUCLEAR.

TOMOGRAFÍA DE EMISIÓN DE POSITRONES CON TOMOGRAFÍA PET-TC

JOAQUÍN MARTÍNEZ LÓPEZ, ANA ISABEL ALARCON SANCHEZ, SUSANA NURIA AYALA CORTES

INTRODUCCIÓN: La PET-TC es una técnica no invasiva de diagnóstico por la imagen de medicina nuclear en la que se administra al paciente un radiofármaco emisor de positrones. Las aplicaciones diagnósticas más frecuentes son las oncológicas (detección tumores, metástasis y decisivas) y ha aumentado su uso en neurología para el estudio de demencias y epilepsias. Debido a la complejidad del radiofármaco es preciso unos cuidados específicos.

OBJETIVOS: Analizar el funcionamiento del principal radiofármaco utilizado en la PET-TC Nombrar los principales cuidados que precisa un paciente que es sometido a PET-TC.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliografía en base de datos CINAHL con descriptores PET, positrones y tomografía.

RESULTADOS: El radiofármaco más utilizado es la F-18-fluordesoxiglucosa (FDG) que es un análogo de la glucosa, la FDG se administra de forma intravenosa y se incorpora a las células igual que la glucosa. Las células tumorales, dada su mayor capacidad reproductiva, necesitan más glucosa que las células normales. Por tanto, la FDG entrará en todas las células del paciente, pero se acumulará en mayor medida en los tumores. Por la implicación de la glucosa es preciso establecer unas ayunas >6h y en el caso de pacientes ingresados se deben suspender 6 horas antes los sueros glucosado y glucosalino. Además, no debemos administrar corticoides y evitar fármacos que contengan azúcares (ej. Paracetamol intravenoso contiene Manitol). Es necesario 30 minutos antes del procedimiento recordar al paciente que ingiera 500ml de agua para facilitar la eliminación urinaria fisiológica de la FDG, lo cual disminuye la irradiación del paciente. Por el empleo de radiaciones ionizasteis está contraindicada en el embarazo, a mujeres en edad fértil es necesario comprobar la posibilidad de embarazo.

CONCLUSIÓN: Enfermería debe de asegurar la preparación del paciente, detectar casos que precisan de cuidados especiales y coordinar con el servicio de radiología el horario más adecuado para el procedimiento.

PALABRAS CLAVE: POSITRONES, PET, CUIDADOS, TOMOGRAFÍA.

SARCOMA CARDÍACO PLEOMÓRFICO (MASA AURICULAR IZQUIERDA)

MARIA ESPINOSA GIMENEZ, CARMEN SANCHEZ LOPEZ, CARMEN MARIA ALEMAN NAVARRO, JOSEFA LOPEZ MOLINA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 48 años acude al hospital al sufrir un intenso dolor de forma repentina en el brazo izquierdo sin haber sufrido traumatismo, mientras realizaba tareas domésticas. Todo esto acompañado de frío y palidez en la mano izquierda.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En una primera exploración la paciente tiene un buen estado general, consciente e hidratada. Rn Rx de Tórax no aparece patrón congestivo ni derrame pleural, el espacio del parenquima pulmonar se encuentra libre. Realizamos Ecocardiografía tratorácica donde aparece una masa en la pared lateral de la aurícula izquierda. Se le realiza una eco tratorácica donde aparece una masa de 45 X 27 en la orejuela izquierda hacia la aurícula con zonas de mayor eco que sugiere fibrosis. Otra de las pruebas que se realizan es una Rm Cardíaca donde se haya masa tisular de 4 cm en aurícula izquierda ocupando la orejuela que se extiende a cavidad auricular con contornos bien definidos y pegada a la pared superolateral. Se le practica una biopsia en Anatomía Patológica con resultado de atipia celular de alto grado indicador de neoplasia maligna extendida a otros órganos.

JUICIO CLÍNICO: Mixoma auricular de localización atípica o trombosis venosa. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Sarcoma Cardíaco pleomórfico, enfermedad metastásica múltiple de rápida progresión.

PLAN DE CUIDADOS: La resección quirúrgica completa es la primera elección; si es de difícil acceso anatómico, la resección con autotrasplante ofrece mejores resultados aunque son paliativos, con recurrencia y metástasis en la mayoría de los casos. Últimamente , la quimioterapia y la radiación se utilizan como tratamiento adyuvante. La terapia multimodal logra supervivencia para los pacientes con sarcomas cardiacos resecaados.

CONCLUSIONES: Las manifestaciones clínicas cardiológicas dependen de la localización de la masa. La mayor parte de las masas son de origen metastásico, siendo el carcinoma de pulmón junto con el cáncer de esófago, los linfomas y el cáncer de Mama los tumores que generan metástasis cardíacas en el epicardio.

PALABRAS CLAVE: AURÍCULA, OREJUELA, NEOPLASIA, SARCOMA, ATIPIA CELULAR.

CONTROL MASA PULMONAR A TRAVÉS DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

LAURA SALVADOR DE LOS REYES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente oncológico de 70 años que acude por dolor oncológico no controlado. Carcinoma broncogénico en LSI tipo Pancoast tratado con quimioterapia. En tratamiento paleativo domiciliario. Neumonía cavitada posterior a quimioterapia y trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. Hemangioma hepático.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Regular estado general, consciente y orientado. Buena coloración de piel y mucosas. Edema hemifacial izquierdo con ingurgitación yugular y plétora facial a la elevación de miembros. Se realiza TAC de tórax con contraste intravenoso: hallazgos compatibles con progresión de la masa pulmonar en LSI, con invasión de la arteria subclavia y carótida común izquierda; vena braquiocéfálica izquierda; arterias, venas y bronquios lobares superiores y destrucción del arco anterior de la primera costilla izquierda. Leve derrame pleural izquierdo. Signos de broncopatía. Micronódulo subpleural de 4mm en LID, inespecífico.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome de vena cava superior derecho. Síndrome de claude bernard-horner. Invasión de arteria subclavia y carótida común izquierda y vena braquiocéfálica izquierda. Carcinoma broncogénico en LSI tipo Pancoast con diagnóstico anterior tratado con quimioterapia, con progresión actual. Infección respiratoria asociada con componentes obstructivos. Dolor oncológico no controlado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** EPOC fenotipo bronquitis crónica. Neumonía cavitada posterior a quimioterapia. Enfermedad tromboembólica tipo trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en tratamiento con HBPM. Hemangioma hepático. Síncope y presíncope de perfil neuromediado.

PLAN DE CUIDADOS: Aumento de esteroides y diuréticos. Vendaje compresivo suave ascendente. Ajuste de analgesia.

CONCLUSIONES: Como en muchos otros casos, el TAC es utilizado para el control de metástasis y tumoraciones en pacientes oncológicos.

PALABRAS CLAVE: TAC, NÓDULO PULMONAR, TUMOR, TÓRAX.

CUERPO EXTRAÑO, TOFO TOGOTOSO O SINOVITIS

NITTA PAHOLINE PIEDRA ZUING, JULISSA ALARCON ALARCON, MARIA DEL CARMEN ESTEBAN MUROS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 65 años agricultor, hace un año tras herida y extracción de restos de espina vegetal en codo derecho, presenta bultoma, con varias consultas por cuadros de inflamación localizada que mejoran con AINES, en 2 ocasiones se pauta amoxicilina y clindamicina ante la sospecha de proceso infeccioso. Desde hace 5 días dolor, tumefacción e impotencia funcional. Entre sus antecedentes de interés DM tipo II, HTA. Consume alcohol 45 gr/día.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: EXAMEN FÍSICO: importante dolor a la movilización pasiva, tumefacción y eritema, aparente presencia de líquido sinovial. No compromiso de otras articulaciones, no adenopatías ni lesiones semejantes. Permanece sin fiebre, exploración general normal. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Leucocitos 14.800 (N 68%, L 24%), ácido úrico 6.5 Mg/dl, creatinina 1.2Mg/dl, GOT, GPT, GGT normales, estudio radiológico normal, se realizó artrocentesis, obteniéndose 8 ml de líquido sinovial inflamatorio. La ecografía articular reporta la presencia de nódulo heteroecogénico con imágenes hiperecoicas en su interior rodeado por halo hipoecoico (reacción inflamatoria). Se realizó punción guiada del nódulo obteniéndose muestra para estudio que reporta la presencia de varios cristales de birrefringencia negativa intensa, que confirma el diagnóstico de GOTA TOFÁCEA. Se inició tratamiento corticoide con prednisona que controla el cuadro agudo, se pautó alopurinol y colchicina para controlar la hiperuricemia.

JUICIO CLÍNICO: GOTA TOFÁCEA. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Cuerpo extraño, artritis reumatoide, quiste sinovial, bursitis, tenosinovitis.

CONCLUSIONES: La ecografía en este caso es de gran orientación, ya que el diagnóstico definitivo de la de la artritis gotosa exige la visualización de cristales de urato monosódico en el líquido sinovial, o en el material obtenido de la punción guiada del tofo gotoso. Es importante llevar control de la excreción de ácido úrico y tener presentes otros factores de riesgo como HTA, hiperglucemia, dislipemia, ingesta de alcohol y los diuréticos.

PALABRAS CLAVE: TOFO GOTOSO, HIPERURICEMIA, SINOVITIS, ARTRITIS REUMATOIDE.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DEL HUESO TEMPORAL

ROSARIO DOLERA CORBALAN, ANA BELÉN MARTÍNEZ SÁNCHEZ, PEDRO TOMÁS SÁNCHEZ MARTÍNEZ, ISABEL GARCÍA RIVAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 50 años sin antecedentes de interés que refiere una pérdida de la audición del oído derecho de 4 meses de evolución. No muestra otra sintomatología.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Examen neurológico. RX de cráneo normal. TAC de cráneo donde se observa una masa hipodensa de 5 cm en la fosa media derecha relacionada íntimamente con la porción petrosa del hueso temporal. El hueso no parece estar erosionado. Se le realiza un TAC con contraste donde se ve una intensificación de la porción periférica decidiendo la intervención quirúrgica. Se le practica una craeotomía temporal derecha, borreando extensamente el hueso petroso con la exeresis total de un tumor de color gris corneticooso que invadía la dura temporal basal con infiltración parenquina. La porción intradural del tumor fue resecada con un aspirador ultrasónico. El borreado del hueso se complicó por un sangrado continuo, que finalmente fue controlado dejando ver que el hueso estaba erosionado. A raíz de esto se hace un análisis macrocópico.

JUICIO CLÍNICO: Pérdida de audición. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tumor de células gigantes.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento incluye cirugía y reconstrucción del hueso. La radioterapia para casos en que no se recomienda una cirugía o esta no es posible. Como pueden propagarse es importante comenzar el tratamiento lo antes posible y realizarse controles frecuentes.

CONCLUSIONES: El estudio histológico evidenció un tumor, un estroma de células ovoides y múltiples células gigantes del hueso temporal de bajo grado de malignidad. El paciente presentó parálisis facial derecha. A las 24 horas al realizar un TAC de control, se diagnostica un coágulo sanguíneo de 3 cm que le fue extraído. El paciente continúa con pérdida de audición como una ligera presión derecha.

PALABRAS CLAVE: OSTEOCLASTOMA, TAC CON CONTRASTE, TUMOR, MACROSCÓPICO, CRANEOTOMÍA.

MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN ESTUDIOS

FRANCISCO JESUS FERNANDEZ GALLEGO, LAURA VALDES GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: En radiodiagnóstico debemos entender la protección del paciente de forma general no solo desde la vista de la protección a las radiaciones ionizantes, utilizando las técnicas correctas para la movilización e inmovilización del paciente en la sala donde se le realizara el estudio.

OBJETIVOS: Analizar las técnicas básicas de movilización e inmovilización de pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: La movilización de los pacientes es un trabajo especialmente duro, ya que el personal está poco entrenado y se pueden producir daños a ellos mismos y al paciente. Si se utilizan métodos adecuados se evitarán en gran medida estos problemas. Es necesario conocer y poner en práctica determinados principios básicos: separar los pies y colocarlos lo más cerca al paciente, andar con la columna vertebral en la posición de báscula de cadera, flexionar las piernas y levantarse por la fuerza de los músculos de las piernas, buscar apoyos sólidos, apoyar el cuerpo contra el paciente, utilizar el impulso y evitar en lo posible levantar al paciente (aprender a deslizar, rodar o girar). En estudios realizados la inmovilización del paciente es necesaria en determinados casos (adultos desorientados, niños) con objeto de evitarle daños físicos a consecuencia de una caída y poder realizar el estudio sin tener que repetir la toma de imágenes, existen diversos utensilios que pueden ser utilizados: almohadillas de espuma, tiras de velcro, bandas elásticas, saquitos de arena y sábanas.

CONCLUSIÓN: Antes de movilizar a un paciente, debemos tener en cuenta una serie de datos que se refiere a la trayectoria del desplazamiento, si el paciente va a colaborar o no en su desplazamiento, el cuadro que presenta dicho paciente y el lugar donde se desarrolla la acción. Para poder realizar el estudio lo mejor posible.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, MOVILIZACIÓN, INMOVILIZACIÓN, TÉCNICAS.

PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA DE TIROIDES GUIADA POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL LA VEGA LORENZO GUIRAO

MIRIAN JANETH LARA PROAÑO, ISABEL SALINAS AYALA, ANA MARIA SÁNCHEZ LÓPEZ,
JUANA MARIA MARTINEZ RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: Los nódulos tiroideos son una patología muy común con una prevalencia de 1 al 7% de la población general. De los nódulos tiroideos clínicamente detectados del 5 al 10 % tienen patología neoplásica. La ecografía ha mejorado la certeza diagnóstica para neoplasia maligna de nódulo tiroideo. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es un método ampliamente utilizado en el estudio de estos pacientes. Es un estudio confiable para indicar la cirugía presentando una baja morbilidad. Es también utilizado para la diferenciación de las formas benignas y malignas de nódulos tiroideos y una referencia importante para la selección preoperatoria de los pacientes.

OBJETIVOS: Analizar criterios ecográficos de neoplasia maligna que indican la punción aspiración con aguja fina.

METODOLOGÍA: Estudio cuantitativo y descriptivo de tipo retrospectivo de todas las biopsias de lesiones tiroideas n=146, realizadas en el servicio de radiodiagnóstico del HVLG desde Enero a Diciembre de 2016.

RESULTADOS: Se han realizado 146 punciones aspiración con aguja fina ecoguiada lo cual nos permite resultados más fiables y mayor certeza diagnóstica para los casos clínicos de neoplasia maligna de nódulo tiroideo.

CONCLUSIÓN: La combinación de hipoecogenicidad, microcalcificaciones, papilas de alto flujo intranodular tiene alta concordancia de neoplasia maligna: sin embargo cada criterio por separado no se puede usar para predecir o descartar neoplasia maligna La biopsia de tiroides mediante estudio ecográfico es una técnica radiológica suficientemente precisa para obtener pruebas histológicas de las lesiones observadas en los estudios; por lo que puede cambiar y agilizar el plan terapéutico de la paciente, así como evitar técnicas más agresivas para el paciente y costosas para el sistema sanitario.

PALABRAS CLAVE: TIROIDES, NÓDULOS, PUNCIÓN ASPIRACION AGUJA FINA, ECOGRAFIA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DECANULACIÓN DEL INTRODUTOR ARTERIAL FEMORAL POST CATETERISMO EN ANGIORADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

MARC FALCATO RUIZ, DANIEL LOPEZ FERRADO, ANA MARÍA RENTERO TESORO, ALBERTO MARTÍNEZ TORRES, LAURA CERVERA MIÑANO, SARA GARCIA RUBIO, NEREA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, JAVIER SOLANES PEREZ, MARIA ESPINÓS SANDOVAL, HICHAM ZOUBAI LAARAJE, HÉCTOR SANCHIS GILABERT, SANTIAGO SEMINO HIDALGO

INTRODUCCIÓN: El introductor arterial es el acceso vascular por donde se introduce el catéter al sistema arterial del paciente, con finalidad terapéutica o diagnóstica. Suele ser el abordaje más frecuente en el intervencionismo angiográfico. Para retirar el introductor arterial con seguridad hay que seguir una serie de intervenciones enfermeras para evitar ciertas complicaciones y de esta manera mejorar la recuperación post intervencionismo.

OBJETIVOS: El objetivo principal de la revisión sistemática es describir cual es la técnica para retirar el introductor arterial femoral post cateterismo en angiología intervencionista de forma segura y efectiva, evitando posibles complicaciones post retirada.

METODOLOGÍA: Para describir la técnica de decanulación, la metodología consta de una revisión sistemática mediante la búsqueda bibliográfica manual de las bases de datos internacionales PubMeed, CINAHL, Cochrane Library, Scopus y de las bases de datos nacionales como Cuidatge y Cuiden. Utilizando las palabras claves combinándolas entre ellas con el operador booleano “AND”, para realizar una búsqueda más concreta y así poder excluir con más facilidad documentos no relacionados con la revisión.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos son 9 artículos con el uso de las estrategias de búsqueda y 3 artículos encontrados sin el uso de estrategias de búsqueda. Haciendo un total de 12 artículos utilizados para describir la técnica de retirada del introductor y nombrar sus complicaciones.

CONCLUSIÓN: Las conclusiones obtenidas de la revisión demuestran que hay que realizar una serie de intervenciones mediante una técnica de decanulación adecuada y cuidadosa, para evitar complicaciones post retirada como: el hematoma, la hemorragia, la isquemia, el hematoma retroperitoneal, el pseudoaneurisma y la fistula arterio-venosa. Esta técnica consiste en: comprimir la arteria femoral en unas condiciones óptimas, 2cm por encima la arteria femoral, durante 10 minutos aproximadamente, con el paciente en decúbito supino, cabezal a 0º y monotorizado. Al finalizar la hemostasia, colocar el vendaje compresivo y registrar en la HC.

PALABRAS CLAVE: NURSING CARE, FEMORAL ARTERY, CATHETERIZATION, RADIOLOGY INTERVENTIONAL, NURSING.

EVALUACIÓN DE CHARLA INFORMATIVA AL PERSONAL DE URGENCIAS SOBRE DOSIS RADIOLÓGICA ACUMULADA A PACIENTES

FERNANDO CAUDEPON MORENO, MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, PILAR FONSECA VILLAR

INTRODUCCIÓN: Según establece la normativa Europea Euratom 2013/59 y que España acata como estado miembro de la UE, las radiaciones ionizantes que reciben los miembros de la comunidad deben estar monitorizadas, estableciéndose un límite en las mismas. Para ello, en el ámbito sanitario, se hace necesario conocer la dosis que con cada exposición radiológica terapéutica recibe un usuario. En los países industrializados se ha observado en los últimos años un incremento notable en la dosis recibida por la población debido al mayor número de exploraciones radiológicas realizadas sobre todo de aquellas que conllevan dosis mayores. Una fuente de prescripción de estudios radiológicos es el área de urgencias.

OBJETIVOS: Evaluar una charla informativa al personal de urgencias sobre dosis radiológica acumulada a pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio para el que se ha empleado una charla informativa con diversos puntos a tratar para dar a conocer los objetivos del la instauración del Historial Radiológico. Los integrante del grupo harán llegar posteriormente un feed back estructurado a través de una breve encuesta de satisfacción.

RESULTADOS: Nivel alto de concienciación, en general un feed back positivo, se generan dudas durante la charla, se inician debates trasversales.

CONCLUSIÓN: La controversia se centra en que la estimación de dosis hay que hacerla en forma individual y no es por pura acumulación matemática.

PALABRAS CLAVE: DOSIS RECIBIDA, PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, RADIOLOGÍA, RIESGO.

EVALUACIÓN ACCIÓN FORMATIVA A PERSONAL DE ATENCIÓN A PACIENTES TRATADOS CON IODO RADIOACTIVO

FERNANDO CAUDEPON MORENO, MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, PILAR FONSECA VILLAR

INTRODUCCIÓN: La terapia de yodo radioactivo es un tratamiento de medicina nuclear para tratar el cáncer de tiroides. Se traga una pequeña dosis de yodo I-131 radiactivo y se absorbe en el torrente sanguíneo y comienza a destruir las células de la glándula. Durante un intervalo de tiempo la radiación se expulsa a niveles altos por parte del paciente, tendiendo que tener una serie de especiales cuidados.

OBJETIVOS: Evaluar el entendimiento posterior a la formación en protección radiológica impartida por el departamento de Física Médica para dar a conocer el tratamiento con I-131 al personal sanitario que estará en contacto con los pacientes junto con las medidas de precaución y cuidados con éstos pacientes.

METODOLOGÍA: Se realizad un estudio consistente en una actividad formativa a través del Área de Radioprotección del departamento Física Médica del hospital, se analizan los resultados obtenidos a través de la puntuación total en el test de evaluación final del mismo. Se realiza un análisis exploratorio de la variable nota final del cuestionario y se hace un tratamiento estadístico de la misma.

RESULTADOS: En el apartado de nota final el resultado global es bueno pero siguen existiendo lagunas en algunas de las preguntas que evalúan situaciones de riesgo.

CONCLUSIÓN: El equipo de Protección radiológica plantea nueva charla informativa para aclarar cuestiones que se evidencian en el cuestionario que no quedan claras.

PALABRAS CLAVE: IODO RADIOACTIVO, MEDICINA NUCLEAR, PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, FORMACIÓN, RADIOLÓGICA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LA COLANGIOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA

LIDIA LÓPEZ CABALLERO, MARIA ISABEL FALCÓ MOLA, ESTIBALIZ PLATERO GUTIERREZ

INTRODUCCIÓN: La colangiografía transhepática percutánea (CTPH) es un examen de rayos X de las vías biliares. Consiste en la introducción de una aguja flexible y larga en el hígado una vez visualizado por rayos X. Se va retirando lentamente al tiempo que se aspira, hasta que se penetra en un conducto biliar. Seguidamente se aspira bilis por la aguja y se inyecta medio de contraste. Se toman más radiografías a medida que el tinte fluye a través de las vías biliares hacia el intestino delgado. Se realiza bajo anestesia local.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados de enfermería antes, durante y después del procedimiento.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica utilizando bases de datos como Medline y el uso de libros.

RESULTADOS: Cuidados previos Evaluar posibles trastornos de la coagulación. Verificar que el paciente no haya tomado medicamentos que alteren la coagulación. Instaurar vía venosa periférica para la infusión de contraste y analítica si precisa. Administración de antibiótico profiláctico si procede. Ayunas de 6 horas mínimo Cuidados durante el procedimiento: Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo. Monitorizar constantes vitales y estado de sedación (si es el caso). Cuidados postprocedimiento: Reposo durante 6 horas y continuar con la monitorización de constantes vitales y estado del paciente para detectar signos de hemorragia. Inspeccionar zona de punción buscando signos de hemorragia. Administración de analgesia si precisa.

CONCLUSIÓN: La CTPH es un procedimiento que se realiza bajo anestesia local y con ayuda de rayos X para visualizar las estructuras para su estudio. Raramente aparecen complicaciones postprocedimiento pero la más habitual es la hemorragia, de ahí la importancia de verificar antes del procedimiento si el paciente presenta problemas de la coagulación o si ha tomado medicación que la modifique.

PALABRAS CLAVE: CTHP, COLANGIOGRAFÍA, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

LA CALIDAD DE IMAGEN DE UN MAMÓGRAFO DIGITAL

DIEGO POZO LINARES, MATEO SORIA SANCHEZ, ANTONIO ÁLVAREZ ALBA

INTRODUCCIÓN: La mamografía constituye la piedra angular de las pruebas de imagen en el diagnóstico del cáncer de mama y es la primera exploración a realizar en la mayoría de los casos. Su aplicación rutinaria anual o bienal en pacientes a partir de 40-50 años ha demostrado reducir la mortalidad.

OBJETIVOS: Identificar las dificultades en el cambio a mamógrafo digital y dar orientación a las casas comerciales para buscarle solución eficiente.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo un estudio en el que variamos y comprobamos los compresores y las técnicas para lograr una mejor imagen. Además se informa al personal que los maneja.

RESULTADOS: Los resultados al cabo del año de trabajo han sido positivos. Obteniendo cada vez más un buen control de calidad de imagen pasando todos los controles de calidad, tanto de radiólogos como de radiofísicos.

CONCLUSIÓN: Mejorar día a día nuestro trabajo en beneficio de los usuarios, conocer con exactitud la herramienta de trabajo que es el mamógrafo y como variar determinados compresores, para su mejor aprovechamiento.

PALABRAS CLAVE: IMAGEN, RADIOLOGÍA, MAMOGRAFÍA, DIAGNÓSTICO.

INSTAURACIÓN DE MEJORA EN SEGURIDAD TRAS ANÁLISIS CAUSA RAÍZ EN SERVICIO DE RADIOTERAPIA

MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, FERNANDO CAUDEPON MORENO, PILAR FONSECA VILLAR

INTRODUCCIÓN: Es responsabilidad de todos los servicios sanitarios establecer sistemas de seguridad para minimizar la aparición de errores derivados de la aplicación de tratamientos. En el caso de la Radioterapia el error “permanece” en forma de radiación en el paciente por lo que es más importante aún su evitación.

OBJETIVOS: Determinar el procedimiento para minimizar la aparición de errores de aplicación de tratamientos derivados de la incorrecta identificación del paciente

METODOLOGÍA: Ras evento adverso detectado en el servicio se realiza Análisis causa raíz (ACR), se propone como acción de mejora la instauración de pulsera identificativa con código de seguridad (igual que las usadas en servicios de urgencias y hemoterapia) para proceder a la identificación inequívoca, estableciendo un protocolo en el que además sea realizado por dos profesionales, el que acompaña al paciente al área y el responsable de la aplicación del tratamiento.

RESULTADOS: Se espera reducción de eventos adversos derivados de la falta de confirmación de la identidad. Hasta el momento no se detectó ninguno.

CONCLUSIÓN: Se aprovecha infraestructura que ya existe en el área de admisión del centro (para generar las pulseras identificativas) y sólo es necesaria la compra de dos terminales lectores más, por lo que la medida también se muestra eficiente.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD PACIENTE, RADIOTERAPIA, ACR, ANÁLISIS CAUSA RAÍZ, IDENTIFICACIÓN PACIENTE.

LA UTILIDAD DE LA RESONANCIA FETAL

DIEGO POZO LINARES, MATEO SORIA SANCHEZ, ANTONIO ÁLVAREZ ALBA

INTRODUCCIÓN: La resonancia magnética fetal es una técnica de exploración que utiliza el electromagnetismo para obtener una imagen diagnóstica del feto. Esta técnica se sirve de un potente imán que altera la posición de las moléculas de agua en el organismo, que al moverse son detectadas, lo que permite generar una imagen del interior del cuerpo y ver al feto. La resonancia magnética fetal es inofensiva y permite obtener imágenes de mayor calidad que las de una ecografía.

OBJETIVOS: Valorar la sensibilidad y utilidad de la resonancia fetal.

METODOLOGÍA: Desde enero de 2009 hasta julio de 2014 se realizaron en nuestro centro 45 resonancias fetales. En 36 de ellas se comparó el diagnóstico prenatal con el postnatal mediante autopsia o estudio de imagen en el recién nacido.

RESULTADOS: En las 45 resonancias fetales recogidas la patología resultante fue; 29 por sospecha de patología cráneo-facial, 7 por patología pulmonar, 5 por abdominal, 3 por musculo esquelética, y 1 por alteraciones multiorgánicas. Se realizó interrupción voluntaria del embarazo en 6 casos, existiendo correlación entre resonancia y necropsia en 2. Se valoraron también los hallazgos de los fetos que llegaron a término: en 2009 se realizaron 6 resonancias y en 4 de ellas hubo correlación entre el diagnóstico pre y postnatal; en 2010 se realizaron 5 y en 3 de ellas hubo correlación; en 2011 se realizaron 8 y hubo correlación en 5; en 2012 se realizaron 8 y en todas hubo correlación; en 2013 se realizaron 7 y la correlación se dio en 6 y en 2014 se realizó 3 con correlación.

CONCLUSIÓN: La Resonancia Magnética ha demostrado ser una herramienta muy útil en el diagnóstico prenatal de malformaciones fetales debido a su alta sensibilidad. A pesar de ello la ecografía sigue siendo el método de cribado inicial.

PALABRAS CLAVE: RESONANCIA, FETAL, RADIOLOGÍA, IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO.

EVALUACIÓN TRAS FORMACIÓN EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA A EQUIPO DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS

MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, FERNANDO CAUDEPON MORENO, PILAR FONSECA VILLAR

INTRODUCCIÓN: Tras detectar un área de mejora en la formación del personal de enfermería en el ámbito de la protección radiológica básica frente a radiaciones ya que tenían problemas en la determinación de aquellas pruebas o procedimientos en los que el paciente se sometía a radiaciones ionizantes, y con las que había que tener precauciones de aquellas que no. También se detectaron problemas en las medidas y precauciones que había que tener con pruebas simples, la implicación y riesgos derivados del manejo y exposición a radiaciones utilizadas en urgencias, así como el conocimiento básico de términos y conceptos de protección radiológica.

OBJETIVOS: Conocer el grado de comprensión de los conocimientos supuestamente adquiridos durante la formación. Identificar áreas de mejora en la formación, lagunas interpretativas.

METODOLOGÍA: Cuestionario diseñado por equipo de Física Médica de acuerdo a los preceptos del CNPR con batería de preguntas sobre los conceptos adquiridos en el curso que sirve como evaluación final del mismo. Se realizará un test de evaluación posterior a un curso de formación en protección radiológica sobre los temas centrales donde había lagunas de conocimiento.

RESULTADOS: Comprensión que ralla la totalidad de la muestra, hay que hacer análisis de algunas cuestiones puntuales. Hay conceptos cuya respuesta no se ha respondido correctamente por una mayoría no esperada. Hay que determinar si el problema es la pregunta del cuestionario o que el conocimiento no está afianzado.

CONCLUSIÓN: Se ha obtenido una mejora significativa en los conocimientos de Protección Radiológica por parte del equipo de enfermería, se espera que esa mejora de conocimientos tenga efectos en la seguridad radiológica del equipo y sus pacientes.

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, RADIOLOGÍA, RADIODIAGNÓSTICO.

IMPLANTACIÓN DE INFOGRAFÍA PARA PREVENCIÓN DE RADIACIONES A EMBARAZADAS

PILAR FONSECA VILLAR, MARIA DEL MAR ROMERO TROYANO, FERNANDO CAUDEPON MORENO

INTRODUCCIÓN: Según la normativa sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, desde que una mujer embarazada comunica su estado, la protección del feto debe ser comparable a la del resto de la población. Por ello, la dosis equivalente al feto debe ser tan baja como sea posible, de forma que sea improbable que exceda 1mSv, al menos desde la comunicación de su estado hasta el final del embarazo.

OBJETIVOS: Analizar la implantación de infografía para prevenir las radiaciones a embarazadas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Es necesario la implantación en consultas y salas de espera de panel de infografía, descripción detallada del mismo. Información personalizada a la embarazada en caso de tener que hacer prueba radiológica específica. Actualmente en implantación, los resultados de la acciones preventivas son difíciles de evaluar. Se pretende concienciación de la población demandante de asistencia de los riesgos para la salud de las radiaciones. Disminución de los estudios realizados a embarazadas y/o alarma social relacionada con los mismos.

CONCLUSIÓN: La radiación es un instrumento terapéutico necesario en muchos casos, pero asociado a una necesidad que conlleva un riesgo. Con esta intervención se promueve su manejo racional.

PALABRAS CLAVE: INFOGRAFÍA, EMBARAZO, PROTECCIÓN RADIOLÓGICA, RADIODIAGNÓSTICO, PRUEBAS RADIOLÓGICAS.

TC99M: EL RADIOFÁRMACO MÁS UTILIZADO EN DIAGNÓSTICO

CLAUDIA MALTA CORPAS, VANESSA PAYAR JIMENEZ, LIDIA ESTEPA HOMBRADOS

INTRODUCCIÓN: El Tc99 es el primer elemento químico creado artificialmente, pertenece al grupo 7 de la tabla periódica. Emite una radiación gamma de 140 KeV. Es utilizado como marcador radiactivo en técnicas como el SPECT y la gammagrafía. El Tc99 se obtiene a partir de un generador de molibdeno con el que conseguimos una solución estéril y apirógena de pertecnetato de sodio. Aplicaciones del Tc99: 1. Inyección directa de la solución de pertecnetato de sodio al paciente: para gammagrafía tiroidea, salival y cerebral. 2. Reducción de pertecnetato de sodio para el marcaje de moléculas para el diagnóstico diferencial con Tc99: - Primera generación de radiofármacos. - Segunda generación de radiofármacos. - Tercera generación de radiofármacos.

OBJETIVOS: Analizar el Tc99 como molécula de marcaje en diagnóstico por imagen. Identificar la preparación de los medicamentos que están comercializados en España.

METODOLOGÍA: El trabajo es una revisión bibliográfica. Se consultó la base de datos CIMA de la agencia española del medicamento para obtener información sobre los medicamentos.

RESULTADOS: Generadores de ^{99}Tc comercializados en España. Preparación de la solución de pertecnetato de sodio.

CONCLUSIÓN: Los radiofármacos que contienen ^{99}Tc utilizados en España son seguros y útiles. No se puede comercializar la solución de pertecnetato de sodio debido al corto periodo de semidesintegración del ^{99}Tc .

PALABRAS CLAVE: TC99M, MEDICINA NUCLEAR, MARCAJE CELULAR, DIAGNÓSTICO.

EPICONDILITIS LATERAL CON ROTURA TENDINOSA PARCIAL EN CODO DERECHO

MARIA DE LOS ANGELES PORTAZ SUAREZ, CARMEN SANCHEZ LOPEZ, JOSEFA LOPEZ MOLINA, MARIA ESPINOSA GIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 52 años que acude al servicio de urgencias, con mucho dolor en el codo derecho, inflamación y poca movilidad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El medico lo envía al servicio de urgencias hacer se una radiografía del codo derecho en antero posterior y lateral. Hay una sospecha en los tendones. Para valorar mejor se le realiza una resonancia del codo derecho.

JUICIO CLÍNICO: Sospecha de atrapamiento del nervio interóseo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Epicondilitis lateral con rotura tendinosa parcial en codo derecho.

PLAN DE CUIDADOS: El tratamiento se da con calor seco local suave, Pomadas tópicas y tratamiento rehabilitador es uno de los puntos más importantes de los pacientes con epicondilitis. Hay que empezar con una terapia física que busque bajar la inflamación y el dolor. Después hay que hacer ejercicios de estiramiento de los tendones, ejercicios de fortalecimiento concéntricos-excéntricos y con bandas. No es necesario un reposo. Se le puede dar un tratamiento no quirúrgico:protección, disminución de la inflamación, y fortalecimiento de los músculos y tendones. O bien tratamiento quirúrgico: si la epicondilitis no responde al tratamiento conservador. La técnica no es tan eficaz como muchas otras intervenciones y no se recomienda a menos que se haya completado un programa adecuado de tratamiento no quirúrgico. La intervención consiste en la liberación de una parte de la inserción ósea del tendón. Esto disminuye la tensión del tendón y permite que mejore la vascularización de los tejidos, necesaria para el proceso de cicatrización. Tras la cirugía, es conveniente continuar con los ejercicios de estiramiento y potenciación para prevenir recidivas. La recuperación completa se consigue entre seis semanas y cuatro meses.

CONCLUSIONES: La epicondilitis se relaciona con el sobreuso o con un traumatismo directo sobre la zona. El dolor es más intenso después de un uso intenso o repetitivo. Las actividades que suponen presión fuerte o rotaciones del antebrazo lo agravan especialmente.

PALABRAS CLAVE: EPICONDILITIS, ROTURA TENDINOSA, ATRAPAMIENTO, NERVI INTERÓSEO.

RELACIÓN DEL CELADOR Y EL TÉCNICO SUPERIOR DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL MANEJO DE EQUIPOS PORTÁTILES

ROSA MARIA LECHUGA LUCENA, JAIME ROBERTO ROMERO ROSA, ANTONIO JESÚS
LECHUGA LUCENA

INTRODUCCIÓN: Observar los puntos o tareas de relación del celador y el técnico superior en imagen para el diagnóstico en el manejo del equipo portátil de rayos. De esta manera poner de manifiesto aquellas tareas a poder mejorar u organizar.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente para: Mejorar las tareas que no estén bien definidas u organizadas. Disminuir los conflictos que puedan acarrear estas tareas. Mejorar la realización de dichas pruebas de una forma eficaz, eficiente y rápida, ya que serán supuestos urgentes/críticos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un trabajo empírico y mediante un cuestionario se ha puesto de manifiesto una serie de ítem en los que hay que entrenar/reciclar las formas de actuación.

RESULTADOS: Los puntos a mejorar u organizar mejor son: El TSID y el celador se irán de forma individual desde el punto donde se encuentren a donde esté el paciente. El celador será el responsable de transportar el equipo portátil. TSID será el responsable de llevar la placa radiográfica si hiciera falta y los equipos de protección radiológica.

CONCLUSIÓN: Según resultado de cuestionarios no se detecta ningún punto de conflicto. Solicitan más de tres participantes que se recicle al personal en esta materia.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, TSID, PORTÁTILES, RELACIÓN LABORAL.

DE SINOVITIS TRANSITORIA A TUMOR DE LA FAMILIA DEL SARCOMA DE EWING EN CINCO DÍAS

CARMEN SANCHEZ LOPEZ, MARIA ESPINOSA GIMENEZ, CARMEN MARIA ALEMAN NAVARRO, MARIA DE LOS ANGELES PORTAZ SUAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña e 10 años de edad que acude junto con sus padres al servicio de urgencias por cojera sin haberse dado ningún golpe.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente se encuentra afebril, se observa cojera de la pierna izquierda y con limitación de la cadera sin signos inflamatorios externos. Los padres cuentan que a pasado recientemente una neumonia

JUICIO CLÍNICO: Sinovitis transitoria **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se le da el alta con un tratamiento de reposo durante tres días y toma de antiinflamatorio cada 12 horas. Al cabo de 5 días vuelve con los mismos síntomas y quejándose aun mas de dolor, fiebre y con un bultoma en la zona de la cadera. Se le realiza una radiografía y se visualiza lesión de crecimiento destructivo originada en la parte de la diafásis. Se le realiza una RM; Se sospecha de un TFSE (tumor de la familia del Sarcoma de Ewing) y se le realiza otra prueba destinada a valorar si el tumor se ha diseminado: una TC de pulmón y finalmente una biopsia. Tras estas pruebas se confirma la enfermedad.

CONCLUSIONES: El TFSE es una neoplasia agresiva con tendencia a recidivar en el lugar donde se originó (recidiva local) y a diseminarse por el organismo (es decir, a metastatizar). El tratamiento incluye tres posibles tipos de terapia: quimioterapia, radioterapia y cirugía. En el TFSE limitado a una zona concreta (localizado) la quimioterapia se emplea para reducir el tumor y prevenir la diseminación a distancia. Posteriormente, y si es posible, se procede a la extirpación quirúrgica del tumor. Si la cirugía no es factible se emplea radioterapia localizada para destruir el tumor. Tras la extirpación quirúrgica el paciente recibe quimioterapia adicional destinada a eliminar cualquier posible célula anormal residual. En ciertos casos se utiliza cirugía y radioterapia de forma conjunta. En general, la tasa de supervivencia global para los pacientes tratados con este procedimiento es del 70-75%.

PALABRAS CLAVE: CADERA, COJERA, FIEBRE, BULTO.

REALIZACIÓN DE LA MAMOGRAFÍA EN ESPAÑA

ANGELA CALDERON HURTADO

INTRODUCCIÓN: Una mamografía es una imagen de la mama tomada con rayos X. Las mamografías son las mejores pruebas con las que cuentan los médicos para detectar el cáncer de mama en su etapa inicial, a veces hasta tres años antes de que se pueda sentir.

OBJETIVOS: Analizar el porcentaje de mujeres en España, de entre 50 y 69 años, que se realizan mamografías y con qué frecuencia.

METODOLOGÍA: Datos del año 2014, recogidos del Instituto Nacional de Estadística.

RESULTADOS: Las mujeres de entre 50 y 69 años de España: - El 79,79% se habían realizado una mamografía en los últimos dos años. - El 8,63% se habían realizado una mamografía hace más de dos años pero menos de tres. - El 5,29% se habían realizado una mamografía hace más de tres años. - El 6,29% nunca se habían realizado una mamografía.

CONCLUSIÓN: Los resultados de este estudio son positivos, ya que casi un 80% de las mujeres se realizan una mamografía cada dos años. Esto influye en el aumento de la detección precoz del cáncer de mama aunque también en el aumento paulatino de la incidencia. Tan solo un 6,29% no se ha realizado nunca una mamografía, en esto puedo influir el miedo a la realización de la prueba que experimentan muchas mujeres. Con el paso del tiempo, la mujer ha ido entendiendo lo necesaria que es la realización de una mamografía para la detección precoz del cáncer de mama. Esto ha hecho que el porcentaje de mujeres que se realizan la mamografía de screening cada dos años haya aumentado en los últimos tiempos. Aunque aún hay un pequeño porcentaje que se resiste a realizarse la prueba, por lo que es muy importante en este caso la educación sanitaria.

PALABRAS CLAVE: MAMOGRAFÍA, CÁNCER, DETECCIÓN, PRECOZ.

LA RADIOLOGÍA SIMPLE EN EL MANEJO DE LA LUMBALGIA

DIEGO POZO LINARES, MATEO SORIA SANCHEZ, ANTONIO ÁLVAREZ ALBA

INTRODUCCIÓN: La lumbalgia es uno de los diagnósticos más frecuentes. Se preve que hasta un 85% de la sociedad, padezca lumbalgia por lo menos una vez en su vida.

OBJETIVOS: Evaluar la correcta indicación de Rx en las asistencias por lumbalgia.

METODOLOGÍA: Se revisaron las asistencias por lumbalgia vistas en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba durante el año 2013. En una hoja de recogida de datos en la que entre otros se hacía constar radiografías realizadas en la visita y radiografías previas. También se tuvieron en cuenta los cambios de aspecto entre radiografías actuales y previas.

RESULTADOS: En el tiempo evaluado, se atendieron 698 lumbalgias. Las 698 asistencias generaron 526 solicitudes de Rx. De las 447 asistencias que cumplían algún criterio para realizar Rx (64,5% del total), en 124 casos (24,9%) el paciente fue dado de alta sin Rx, aunque sí debería haber sido realizada. Al contrario, en 148 casos (31,5%) se realizó una Rx que no estaba indicada.

CONCLUSIÓN: En un 30% de los casos la indicación de radiografías no era adecuada tanto por exceso como por defecto. En las lumbalgias es imprescindible una minuciosa anamnesis para identificar posibles “red-flags”. (Son signos y síntomas que nos alertan de la presencia de problemas médicos graves).

PALABRAS CLAVE: RADIOLOGIA, LUMBALGIA, DIAGNOSTICO, RED-FLAGS.

ESTUDIO SOBRE LA MOVILIZACIÓN DEL ARCO QUIRÚRGICO

JAIME ROBERTO ROMERO ROSA, ROSA MARIA LECHUGA LUCENA, ANTONIO JESÚS LECHUGA LUCENA

INTRODUCCIÓN: El siguiente trabajo quiere dejar claro las competencias con respecto al arco quirúrgico tanto del TSID en radiodiagnóstico como del celador en quirófano.

OBJETIVOS: Analizar la movilización del arco quirúrgico.

METODOLOGÍA: Se cuenta con el arco quirúrgico (Philips BV Libra o BV Endura) en C y el estativo de visualización. Ambos se movilizan mediante unos puños o manetas y empujándole de forma manual con la liberación de los frenos. Tanto el celador como el TSID que estén formados, están en disposición de su movilización siempre que este esté apagado, en el momento que dicho aparato esté encendido pasa a ser competencia exclusiva del TSID, ya que este último es el responsable del manejo y operación de aparatos de alto kilo-voltaje y la radioprotección frente a la radiación.

RESULTADOS: El celador nunca podrá manejar el aparato sin la formación necesaria y nunca podrá hacerlo cuando este esté encendido. Siendo el TSID el que pueda manipularlo tanto en encendido como en apagado porque la ley así lo especifica. Según el hospital o empresa que nos encontremos puede variar de forma sustantiva lo anteriormente explicado pero nunca podrá ser de forma distinta.

CONCLUSIÓN: El celador podrá movilizar el aparato para su transporte nunca para su utilización. El TSID será el profesional que pueda tanto movilizarlo en el transporte y posteriormente utilizarlo según se le requiera cuando este esté operativo en el acto quirúrgico. El TSID será el responsable de la radioprotección de todo el personal de la sala de quirófano, pudiendo interrumpir la emisión de radiación siempre que no se cumpla algún o varios criterios de radioprotección. Según hospital y empresa el profesional debe de reciclarse con los protocolos existentes. Siempre se debe de contar con un TSID en el quirófano con arco quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: MOVILIZACIÓN, ARCO QUIRÚRGICO, CELADOR, TSID.

LA ENFERMEDAD DE LEGG-CALVÉ-PERTHES Y LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

ANTONIO CANO FERNANDEZ, MARIA JESUS MEJIDO RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes u osteocondritis deformante juvenil consiste en una necrosis aséptica de la cabeza del fémur de los niños debida a una alteración idiopática de la circulación (falta temporal o permanente de irrigación sanguínea al hueso) como consecuencia aparece la pérdida de la esfericidad de la cabeza femoral. Etiología: Aunque es desconocida, puede haber distintos factores responsables, como: la presencia de una posible sinovitis, alteraciones de la coagulación, trombofilia, retraso en la edad ósea, traumatismos repetidos, toma de corticoides, etc. Aunque, ninguno se ha podido demostrar. La enfermedad la sufren 1-2 de cada 10.000 Niños, mucho más en niños que en niñas. Se manifiesta entre los 3 y 8 años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Las imágenes radiográficas son el método más común para iniciar el estudio de un cuadro doloroso de cadera o pelvis, por ser sencillo, barato y relativamente fácil de interpretar. Se deben tomar imágenes anteroposteriores y laterales en posición de la Rana (Lauenstein).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Con un examen físico cuidadoso y las radiografías simples de cadera suelen ser suficientes para establecer un diagnóstico inicial en atención primaria. Sin embargo, en la fase inicial de la enfermedad debe realizarse el diagnóstico diferencial con la sinovitis de cadera (inflamación de la cadera) y con las artritis sépticas (infección dolorosa de las articulaciones) ya que los síntomas iniciales suelen ser muy similares.

CONCLUSIONES: Desde el punto de vista radiológico, la identificación de la fase en que se encuentra la enfermedad tiene importancia terapéutica y pronóstica. El inconveniente principal de la radiografía convencional, es su ineficacia para el diagnóstico precoz de la necrosis ósea. Pero una vez los cambios óseos son visibles, será de gran utilidad para la clasificación, seguimiento de la enfermedad, tipo de tratamiento y el establecimiento de un pronóstico.

PALABRAS CLAVE: OSTEOCONDritis, ASÉPTICA, RANA, SINOVITIS.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDARIA

TANIA DÍAZ ANTONIO, MARÍA DEL MAR GARCÍA GALLARDO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 79 años con dolor lumbar bilateral, fiebre, leucocitosis y aumento de PCR. Entre sus antecedentes destaca implantación de endoprótesis por aneurisma aórtico y cistoprostatectomía con derivación tipo Bricker y doble nefrostomía por estenosis uretero-ileal. Hace 48 horas refiere un intento no efectivo de recanalización de la nefrostomía derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El diagnóstico inicial fue de sepsis de origen urinario, sin embargo se objetiva una anemia moderada que requiere politransfusión de hemoderivados y deposiciones melénicas. Ante la sospecha de hemorragia digestiva se realiza estudio endoscópico alto, sin encontrar foco de sangrado. La tomografía computarizada multidetector (TCMD) muestra una endofuga junto con una pérdida del plano de separación aorto-duodenal y un moteado gaseoso periprotésico. La conducta quirúrgica fue desestimada a pesar del diagnóstico de fístula aorto-entérica por el compromiso hemodinámico del paciente, falleciendo al día siguiente por un shock hipovolémico.

JUICIO CLÍNICO: La Fístula aorto-entérica (FAE) es una causa muy infrecuente de hemorragia digestiva que conlleva una elevada mortalidad y precisa de una conducta quirúrgica urgente. Podemos clasificarla en primaria, si existe patología aórtica (fundamentalmente aneurismas) o secundaria si surge como complicación de cirugía reconstructiva de aorta (más del 90% de casos por endoprótesis). Su presentación clínica más habitual es el dolor abdominal irradiado a región lumbar junto con hemorragia digestiva y el segmento intestinal más frecuentemente involucrado es el duodeno, en concreto, la tercera porción duodenal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico diferencial principal debe efectuarse con la infección, que en muchos casos subyace a la formación de la fístula.

CONCLUSIONES: Debido a la elevada mortalidad de la FAE, la sospecha clínica es el pilar fundamental en el manejo de esta entidad. Destacamos la TCMD como una herramienta diagnóstica de gran utilidad y la extravasación de contraste intravenoso a la luz intestinal como el signo radiológico más específico.

PALABRAS CLAVE: FÍSTULA AORTOENTÉRICA, HEMORRAGIA DIGESTIVA, ENDOPRÓTESIS AÓRTICA, SHOCK HIPOVOLÉMICO.

MANEJO DE ENFERMERÍA DE LOS CONTRASTES INTRAVENOSOS EN EL ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO

NOELIA ÁLVAREZ RUBIO, MARIA EUGENIA GONZALEZ ELVIRA, MARÍA CASTILLO SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: De forma rutinaria y/o urgente los medios de contraste son administrados a miles de pacientes, usados en procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en estudios de tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética (RM). No estando estos exentos de reacciones adversas.

OBJETIVOS: Conocer el manejo de los contrastes intravenosos que se administran en el área de radiodiagnóstico.

METODOLOGÍA: Se llevo a cabo una revisión sistemática de la bibliografía en diferentes bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo... y en revistas especializadas y protocolos de radiología. Desde 2010 - 2017. Descriptores: medios de contraste, radiología, consentimiento informado, infusiones intravenosas y enfermería.

RESULTADOS: El gadolinio es el componente en los materiales de contraste usado en RM, es normal que se sienta frío en el sitio de la inyección, usualmente el brazo por unos minutos. Con el contraste yodado utilizado en el TAC, podría tener una sensación de calor súbito y un gusto metálico en la boca. Siendo menos probable que se produzca una reacción alérgica a gadolinio que a los materiales yodados. Las indicaciones previas a la inyección son la firma del consentimiento informado, eliminación de cualquier material metálico, comprobación de alergias, ayuno mínimo de 3 horas y revisar el correcto funcionamiento del riñón (creatinina), ya que ambos se excretan por vía renal. Es importante la hidratación tras la prueba para su eliminación y disminuir riesgo de toxicidad. En el caso de que el paciente este en tratamiento con metformina, durante 48 horas después de la administración de contraste yodado se suspenderá.

CONCLUSIÓN: Los materiales de contraste intravenoso son usados para mejorar las imágenes en rayos X, RM y TAC. El enfermero es el responsable de la canalización de la vía intravenosa y la correcta utilización del contraste, así como de conocer sus indicaciones, mecanismos de acción, contraindicaciones, efectos adversos y su relación con los antecedentes de cada paciente.

PALABRAS CLAVE: MEDIOS DE CONTRASTE, RADIOLOGÍA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, ENFERMERÍA, INFUSIONES INTRAVENOSAS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA

MARIA AIDA RODRÍGUEZ GEA, SUSANA MOLINA VICO, FRANCISCA TORRENTE NAVARRO

INTRODUCCIÓN: Antiguamente, el profesional de enfermería era el encargado de realizar todas las exploraciones radiológicas. En el año 1984 apareció la figura del Técnico Especialista de Radiodiagnóstico “TER” (actualmente Técnico en Imagen para el Diagnóstico “TSID”) dejando relegado de sus funciones al enfermero, centrándose éste en el cuidado al paciente. Se centra en el cuidado integral de toda persona que accede al servicio de radiología, ofreciendo apoyo físico y emocional tanto a la persona como a sus familiares, ya que existen pruebas muy sofisticadas de intervencionismo. Es fundamental ofrecer atención integral durante las tres fases de intervención. El servicio de Radiología ha experimentado un gran crecimiento de actividad en un período breve de tiempo, pasando de estudios clásicos de radiología a estudios más específicos que necesitan de personal enfermero altamente cualificado.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados que desarrolla el personal de enfermería en el área de radiología.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de la temática de estudio, con un intervalo temporal entre 2010 y 2017 en las principales bases de datos como son PubMed, Scielo y buscadores como Google Académico entre otras.

RESULTADOS: Se está produciendo un avance acelerado de las nuevas técnicas e implantación progresiva de nuevos estudios, que precisan una actualización y formación específica del personal enfermero, de manera que se garantice un cuidado de calidad. El papel enfermero es fundamental en estos servicios, pero existe una cierta indeterminación de las funciones a desarrollar.

CONCLUSIÓN: Exponemos, comparando con otros autores, que las funciones desarrolladas por enfermería en el servicio de radiología son muy variadas e importantes, estando presente en todas las etapas del proceso. En este servicio se necesita un profesional enfermero especialista en radiología, porque es un servicio muy especial donde se trabaja con equipos y pacientes complicados, por lo que se necesita una formación específica. Existe una escasa evidencia científica relacionada con el tema.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ENFERMEROS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, RADIOLOGÍA, TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO.

LEIOMIOMAS O MIOMAS UTERINOS: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANTONIO CANO FERNANDEZ, MARIA JESUS MEJIDO RODRIGUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 44 años que nunca ha tenido hijos, acude a la consulta por distensión abdominal, hemorragias y dolor.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En ocasiones sólo se requiere, un simple examen pélvico manual por el ginecólogo, aunque los métodos mas utilizados para su diagnóstico son: la ecografía, , Tac y Rmn. Tratamiento; si es asintomático, solo examen periódico mediante examen pélvico manual y/o ecografía para su control, en caso de crecimiento, se administrara :tratamiento médico de fármacos que disminuyen su tamaño, Embolización de las arterias uterinas mediante Radiología Intervencionista Digital, o tratamiento quirúrgico(Legrado hemostático, Miomectomía abdominal y Histerectomía).

CONCLUSIONES: A pesar de que la mayoría de estos tumores son asintomáticos hay que ir con cuidado al asociar una patología hemorrágica a un mioma, sin haber descartado previamente otras patologías, por eso con una buena exploración médica, como una exploración abdominal se puede detectar y delimitar la masa uterina, aunque es frecuente solicitar una ecografía abdominal/transvaginal ante la presencia de síntomas como dolor pélvico, palpación de masa, sangrado vaginal o síntomas urinarios de vías bajas, siendo una prueba diagnóstica indicada para este tipo de patología por la inocuidad del procedimiento y sensibilidad diagnóstica que presenta. **JUICIO CLÍNICO:** Sangrado menstrual abundante ,dolor y sensación de presión en abdomen, necesidad de orinar con mayor frecuencia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con masas pélvicas (ginecológicas, urológicas, digestivas), Distensión vesical (cistitis de repetición y litiasis ureteral), Hiperplasias endometriales, Sarcomas uterinos, Embarazo y Patología hemorrágica del embarazo.

PALABRAS CLAVE: ESTRÓGENOS, ASINTOMÁTICO, EMBOLIZACIÓN, HISTEROSCOPIA.

PROCESAMIENTO DE LOS DESECHOS RADIACTIVOS EN MEDICINA NUCLEAR

ANTONIO CANO FERNANDEZ, MARIA JESUS MEJIDO RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: El uso de radionucleidos en diagnóstico y terapia generará desechos radiactivos de distintos tipos durante: la preparación, el examen y el cuidado del paciente. Estos desechos pueden ser; Sólidos: envoltorios, guantes, viales vacíos y jeringas, generadores de radionucleidos, artículos usados por pacientes hospitalizados después de terapia con radionucleidos, Fuentes selladas usadas para la calibración de instrumentos y otros desechos biológicos. Líquidos: excrementos de pacientes, soluciones líquidas que contengan radionucleidos de corta o larga vida factibles de ser almacenados para su decaimiento (radiofármacos).

OBJETIVOS: Identificar, almacenar y disponer los distintos tipos de desechos generados en un departamento de medicina nuclear para; la destrucción, el almacenamiento, el transporte mediante una empresa autorizada, todo esto sujeto a unas reglas establecidas por la IAEA (Agencia Internacional de Energía Atómica).

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: En función del tipo de deshecho, se procederá de distinta manera; los desechos sólidos deberían ser acondicionados, para el almacenamiento y transporte, determinado por sus propiedades, las reglas de transporte y normas específicas que regulan dichos desechos. Los desechos líquidos pueden ser transformados a desechos sólidos por algún proceso de tratamiento tal como; la evaporación, pudiendo ser liberados al medio ambiente, si está dentro de los límites autorizados por la Autoridad Reguladora. Los desechos se almacenan provisionalmente en un cuarto cerrado con llave, señalado apropiadamente y ventilado, cada tipo debe estar en contenedores blindados, separados y etiquetados apropiadamente para dar información sobre su origen, concentración , etc.

CONCLUSIÓN: El planificar la actividad del departamento de medicina nuclear; seleccionando los radionucleidos en función del período de semidesintegración, tipo de radiación y actividad, además, de realizar los procedimientos correctos en el trabajo, es decir; teniendo en cuenta el número de operaciones y el material utilizado en la preparación, dará lugar a un volumen reducido de desechos radiactivos.

PALABRAS CLAVE: RADIONUCLEIDOS, FUENTES, RADIOFARMACOS, SEMIDESINTEGRACIÓN.

LA RADIOLOGÍA EN EL SÍNDROME DEL LATIGAZO CERVICAL

DIEGO POZO LINARES, MATEO SORIA SANCHEZ, ANTONIO ÁLVAREZ ALBA

INTRODUCCIÓN: Las asistencias por traumas son un motivo de consulta frecuente en los servicios hospitalarios. En su diagnóstico desempeña un papel fundamental tanto la anamnesis como la radiología simple. En caso de indicar estudio radiológico se deben realizar como mínimo 2 proyecciones: anteroposterior y lateral y siempre debe incluirse toda la columna cervical (hasta C7-T1).

OBJETIVOS: Establecer la prevalencia y el perfil de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias por síndrome de latigazo cervical y la calidad de los estudios radiológicos realizados.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo mediante análisis de la base de datos del servicio de documentación. Se estudió a pacientes atendidos durante el 2015 en el servicio de urgencias con diagnóstico de SLC.

RESULTADOS: Se hicieron 3.245 Asistencias (4,5% del total) en el servicio de urgencias con diagnóstico de SLC. En noviembre y diciembre se revisó la radiología de 893 casos (21,5% de los SLC atendidos), 67 casos (10,34%) se descartaron por errores en la base de datos. Se revisaron 642 historias. En 352 (75,6%) enfermos se realizó estudio radiológico, en 159 (28,5%) no. Entre los que se solicitó radiología, a 59 (10,3%) sólo se realizó una proyección, y en 98 (31,55%) casos no se visualizaba correctamente C7-T1.

CONCLUSIÓN: El elevado número de pacientes atendidos por SLC en este servicio, unos quince al día, y la carga legal que de su atención puede derivarse, obliga a establecer protocolos adecuados. En la tercera parte de los pacientes no se realizó estudio radiológico, lo cual sumado a aquéllos en los que el estudio no cumplió los parámetros de calidad, hace que más de la mitad hayan sido altas sin la certeza de que no existen alteraciones radiológicas. Los tiempos de estancia en el servicio son menores en caso de obviar el estudio radiológico.

PALABRAS CLAVE: RADIOLOGIA, SINDROME LATIGAZO CERVICAL, DIAGNOSTICO, ESTUDIO.

ADENOCARCINOMA DE CIEGO: UNA CAUSA FRECUENTE DE ANEMIA EN EL ANCIANO

GUILLERMO CARBONELL LÓPEZ DEL CASTILLO, ELENA IGLESIAS JORQUERA, PAULA TOMÁS PUJANTE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 79 años que consulta por molestias abdominales y cansancio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: Hematíes $3,9 \times 10^6/uL$, Hb 10 g/dL, Hematocrito 35% TC: engrosamiento mural asimétrico y segmentario de colon ciego que estenosa parcialmente la luz, sin presentar obstrucción. Asocia pequeñas adenopatías y alteración de la grasa local regional.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma de ciego. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, linfoma de intestino grueso.

CONCLUSIONES: El carcinoma colorrectal constituye el cáncer mas frecuente del tracto gastrointestinal y el segundo tipo de cáncer mas frecuente en la edad adulta. Su presentación clínica suele ser inespecífica, con alteración en el hábito intestinal y anemia por deficiencia de hierro debido a un sangrado oculto.

PALABRAS CLAVE: ADENOCARCINOMA, COLON, ANEMIA, TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA.

PUNCIÓN DE NÓDULOS PULMONARES: PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA

RAFAEL VICENTE GONZALEZ, MARÍA BELÉN DOMÍNGUEZ LÓPEZ, OLGA PÉREZ HOLGADO

INTRODUCCIÓN: Un nódulo es una lesión redondeada con un diámetro menor de 3 cm. Los nódulos pulmonares suelen ser asintomáticos, se suelen detectar en una radiografía de tórax. Más de la mitad de los nódulos pulmonares solitarios son benignos. Sin embargo, cualquier nódulo pulmonar solitario debe considerarse maligno hasta que se pruebe lo contrario y para esto se realiza la biopsia con aguja.

OBJETIVOS: Analizar el método a seguir a la hora de realizar una punción.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: El material obtenido se envía al patólogo que en pocos días tendrá el resultado de la biopsia y se lo enviará al médico. En alguna ocasión el material obtenido puede ser no suficiente para hacer un diagnóstico en estos casos habrá que plantear la repetición de la biopsia o realizar exámenes alternativos. Se necesitan ocho horas de ayuno antes de la biopsia. Es muy importante saber si el paciente toma medicación anticoagulante. Es conveniente avisar al paciente de que acuda a la prueba acompañado para que le lleven a su domicilio después de la prueba. Las agujas de biopsia suelen tener varios centímetros de longitud y son bastante finas. Este procedimiento también se llama PAAF (punción aspiración con aguja fina) por que el material se introduce en la aguja por un mecanismo de aspiración.

CONCLUSIÓN: Además de la Tomografía computarizada, la fluoroscopia y, a veces, ultrasonido son utilizados para guiar el procedimiento siendo el TAC la mejor elección sobre todo en caso de nódulos de pequeño tamaño o de difícil localización el TAC es el mejor método para guiar la biopsia.

PALABRAS CLAVE: PULMONARES, PAAF, PUNCIÓN, NÓDULOS.

ORTOPANTOMOGRAFÍA: HERRAMIENTA ESENCIAL PARA LOS ODONTÓLOGOS

MARÍA BELÉN DOMÍNGUEZ LÓPEZ, RAFAEL VICENTE GONZALEZ, OLGA PÉREZ HOLGADO

INTRODUCCIÓN: La ortopantomografía o panorex , es una técnica radiológica con la que se obtiene una imagen general única de los dientes e implantes, los maxilares y la mandíbula.

OBJETIVOS: El objetivo de esta prueba es analizar cómo obtener radiografías panorámicas capaces de mostrar estructuras anatómicas complejas.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura en bases de datos científicas.

RESULTADOS: El paciente debe agarrarse a las asas del ortopantomógrafo y permanecer lo más erguido posible. Colocar la barbilla en el soporte para la misma y morder la ranura de la horquilla. Ajustar los apoyos para la sien. El haz de luz frontal vertical debe coincidir con el plano sagital medio, y el plano horizontal con la abertura del oído. Indicar al paciente que cierre los labios y eleve la lengua hacia el paladar. Es un estudio que se realiza de forma rutinaria en las clínicas dentales. Con esta técnica se valora de forma precisa y eficaz el estado de salud buco dental de cada paciente.

CONCLUSIÓN: El 40% de los hallazgos patológicos principales y secundarios se descubren a partir de ella. Amplía el campo de diagnóstico en un 70% y reduce la dosis de radiación de la superficie cutánea en un 90% con respecto a las series radiográficas periapicales.

PALABRAS CLAVE: RADIOGRAFÍA, BOCA, TRATAMIENTO, ODONTÓLOGO.

ESTUDIO DE LOS VASOS SANGUÍNEOS MEDIANTE ANGIORESONANCIA

ANTONIO CANO FERNANDEZ, MARIA JESUS MEJIDO RODRIGUEZ

INTRODUCCIÓN: La Angioresonancia (ARM), prueba mediante Resonancia Magnética (ondas de radiofrecuencias mediante un potente campo magnético que producen imágenes) para el estudio de los vasos sanguíneos.

OBJETIVOS: Determinar medidas para visualizar el flujo (velocidad y aceleración) de la sangre.

METODOLOGÍA: Hemos realizado búsqueda de información relacionada con el tema expuesto a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: La realización de la prueba conlleva una preparación del paciente; el cual debe comunicar si padece alergias, si esta tomando medicación y si lleva algún material de implante (marcapasos cardíacos, prótesis articulares, o cualquier grapa metálica), además se le colocara una vía por si hay que suministrarle contraste. Por lo general el paciente se posicionara en decúbito supino, debe mantener la respiración durante unos pocos segundos en el momento que se lo indique el técnico para evitar el movimiento del abdomen y del tórax y de este modo asegurar una buena definición de la imagen. Para poder resaltar estructuras vasculares se utilizara medios de contraste (Gadolinio), y las secuencias utilizadas en la programación deben ser de una duración inferior a 20 segundos, como la Eco de Gradiente potenciada en T1 y adquirida en el plano coronal. Con los resultados obtenidos se podrá diagnosticar: estenosis (estrechez) o aneurismas (dilatación) de aorta, patología vascular, malformaciones anatómicas etc. , Y planificar los distintos tratamientos.

CONCLUSIÓN: Es una técnica no invasiva ya que los campos magnéticos empleados no causan daño en los tejidos, no usa RX ni ninguna otra radiación ionizante, el contraste utilizado rara vez produce reacciones adversas y su realización es de corta duración.

PALABRAS CLAVE: FLUJO, ESTENOSIS, ANEURISMAS, ECO DE GRADIENTE.

