

BITÁCORA DE PRÁCTICAS

RADIOLOGÍA ESPECIAL
FACULTAD DE MEDICINA



Lucía Aguilar Guillén
lucia.aguilarg@um.es
Grupo 1 de 3º de Medicina
Prácticas realizadas del 10 al 14 de
febrero de 2025



Índice

1. Introducción.....	3
2. Desarrollo de las prácticas.....	4
2.1. Lunes, 10 de febrero de 2025.....	4
2.2. Martes, 11 de febrero de 2025.....	5
2.3. Miércoles,12 de febrero de 2025.....	6
2.4. Jueves, 13 de febrero de 2025.....	8
2.5. Viernes, 14 de febrero de 2025.....	10
3. Profundización sobre los aspectos más interesantes vistos en las prácticas.....	12
3.1. Clasificación de las malformaciones arteriovenosas cerebrales.....	12
3.2. Biopsia Asistida por Vacío de la Mama Guiada por Ecografía.....	13
4.Opinión y conclusión.....	14
5. Bibliografía.....	15

1. Introducción

El propósito de las prácticas de Radiología Especial en tercer curso de Medicina es familiarizarse con el funcionamiento del Servicio de Radiología en el hospital y desarrollar las habilidades necesarias para interpretar imágenes médicas. Además, se busca aprender a seleccionar el método de imagen más adecuado según cada caso clínico y reconocer los hallazgos patológicos más característicos de las enfermedades observadas durante la rotación.

En esta bitácora se recoge mi experiencia y los conocimientos adquiridos durante mi estancia en el Servicio de Radiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), llevada a cabo del 10 al 14 de febrero de 2024. Este servicio se divide en 11 áreas especializadas: Vascular, Tórax, Neurovascular, Neuroimagen, Abdomen, Ecografía, Músculo esquelético, Medicina Nuclear, PET-TC, Pediatría y Mama. Para poder conocer todas ellas, cada jornada incluía rotaciones en dos secciones diferentes, excepto un día en el que pasamos por tres.

La distribución diaria de las actividades fue la siguiente:

- **8:15 - 9:00:** Sesión clínica con Residentes y Médicos.
- **9:00 - 11:00:** Primera rotación.
- **11:00 - 13:00:** Segunda rotación.
- **13:00 – 14:00:** Seminarios teóricos.

Al finalizar la rotación, se nos solicitó evaluar nuestra experiencia en cada una de las áreas visitadas, tanto de forma cualitativa como cuantitativa. La evaluación cualitativa valoraba la calidad de las prácticas, los conocimientos adquiridos y la atención recibida, mientras que la cuantitativa medía la duración de cada rotación.

- **Evaluación cuantitativa:**
 1. Entre 30-40 minutos
 2. Entre 45-60 minutos
 3. Entre 90-120 minutos
- **Evaluación cualitativa:**
 1. Mal
 2. Normal
 3. Buena
 4. Muy buena
 5. Excelente

El primer día, el profesor Juan de Dios nos organizó en parejas para realizar los rotatorios y nos asignó un tutor, quien posteriormente nos proporcionaría el caso clínico que debíamos analizar y subir a la plataforma www.proyectobird.es. En mi caso, mi tutor fue el doctor Ignacio Tudela.

Las imágenes incluidas en esta bitácora corresponden a los casos observados en las diferentes áreas, asegurando en todo momento la confidencialidad de los pacientes al no mostrar datos identificativos.

2. Desarrollo de las prácticas

2.1. Lunes 10 de febrero de 2025

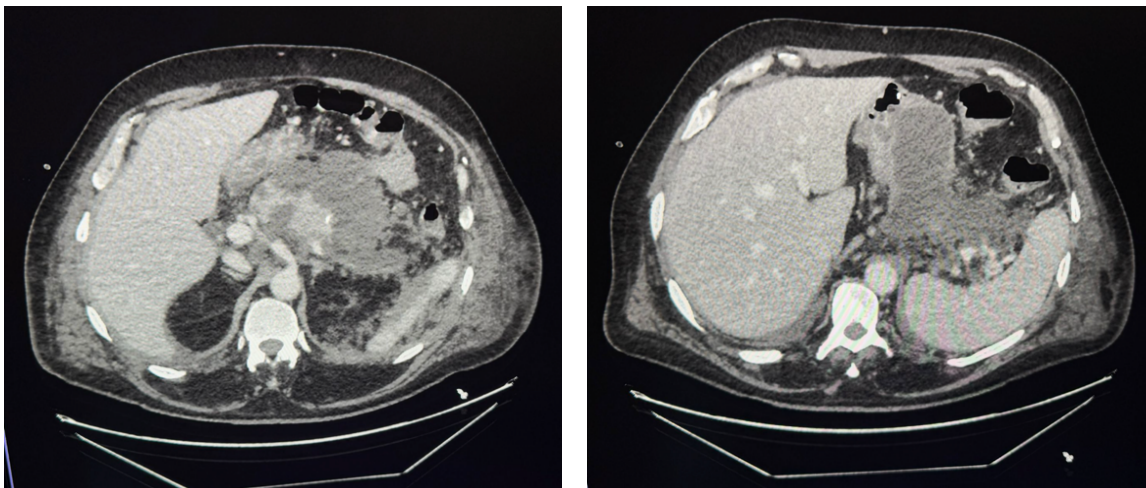
El día comenzó con una sesión a las 8:15, donde se habló sobre temas muy interesantes relacionados con la radiografía, focalizado en nódulos en el pulmón. A continuación, el profesor Juan de Dios nos explicó la dinámica del servicio y asignó las parejas, tal como mencioné en la introducción.

Mi primera rotación fue en músculo esquelético, pero tras unos 15-20 minutos decidí retirarme, ya que no recibí atención. En su lugar, opté por ir al área de Abdomen, hacia donde el profesor Juan de Dios me guió. Allí me recibieron de manera muy amable y me enseñaron varios casos clínicos, entre ellos, una obstrucción de íleo, lo cual me pareció especialmente interesante.

Después pasé a Ecografía, donde nuevamente el trato fue excelente. Uno de los casos que observé fue el de un paciente que había recibido un segundo trasplante renal. En su exploración, se utilizó ecodoppler para evaluar la vascularización del injerto. Se evidenció una ligera isquemia en el polo superior del riñón, aunque, según el residente que me atendió, Borja, no era una situación alarmante.

Finalizada la rotación en Ecografía, decidí regresar a Músculo Esquelético para darle una segunda oportunidad. Sin embargo, nuevamente no recibí demasiada atención, por lo que opté por dirigirme al área de TAC. Allí no encontré ningún médico en ese momento, pero un técnico, muy amable, nos explicó el funcionamiento general de la máquina, los diferentes tipos de mecanismos empleados y algunos detalles sobre su uso en la práctica clínica.

Al terminar, volví a Abdomen, donde pasé la mayor parte del tiempo junto a una adjunta, la Dra. Carrillo García. Estuvimos analizando un TAC de abdomen con contraste intravenoso, en el que se diagnosticó una pancreatitis aguda necrótica severa. En la imagen se evidenciaba un ligero aumento de los cambios inflamatorios peripancreáticos, junto con colecciones peripancreáticas y otra adyacente a la curvatura mayor gástrica. Además, se observó un probable infarto renal derecho.



De 13:00 a 14:15 asistí a un seminario impartido por el Dr. Parrilla sobre Tórax. Durante la sesión, enfatizó la importancia de conocer bien la anatomía y el papel fundamental de la radiografía de tórax como primer método diagnóstico en muchas patologías. Nos mostró diversas imágenes en su presentación, explicando casos de atelectasia pulmonar, diferentes tipos de neoplasias y otros hallazgos relevantes en la práctica clínica.

2.2. Martes 11 de febrero de 2025

El martes comenzó, al igual que el día anterior, a las 8:15 con una sesión sobre ecografía transfontanelar, la cual resultó especialmente interesante.

Posteriormente, tenía programada la rotación en los departamentos de Tórax y Neuroimagen. En un primer momento acudí a Tórax, pero, al no haber ningún médico disponible, decidí dirigirme directamente a Neuroimagen. Sin embargo, nos indicaron que lo mejor sería esperar en Tórax, ya que estaban a punto de revisar un caso especial.

Aquí tuvimos la oportunidad de asistir a la revisión de un caso en el área de Tórax, donde otro médico nos explicó una situación clínica particularmente compleja. Se trataba de un paciente con un tromboembolismo pulmonar (TEP) crónico, en el que, a pesar de haber recibido tratamiento anticoagulante durante varios meses, el trombo no se había disuelto por completo.

El paciente presentaba cianosis y una saturación de oxígeno muy baja, lo que afectaba significativamente su calidad de vida. Debido a la persistencia del trombo y su impacto en la función respiratoria, se estaba considerando su derivación al Hospital 12 de Octubre en Madrid, un centro especializado en el manejo de este tipo de patologías.

El doctor nos explicó la importancia de diferenciar entre un TEP agudo y un TEP crónico, así como las opciones de tratamiento en cada caso. En situaciones como esta, cuando la respuesta a los anticoagulantes es insuficiente y la obstrucción vascular persiste, se valora la posibilidad de realizar una trombendarterectomía pulmonar, un procedimiento quirúrgico para extraer los trombos crónicos de la circulación pulmonar.

Este caso nos permitió comprender mejor la fisiopatología del tromboembolismo pulmonar, la relevancia del diagnóstico por imagen en su manejo y los criterios clínicos que justifican una derivación a un centro especializado.

Un doctor nos propuso asistir a una biopsia guiada por TAC, un procedimiento que resultó ser lo más interesante del día. La paciente presentaba una neoplasia pulmonar de gran tamaño, lo que hacía que la toma de la muestra fuera especialmente relevante para determinar la naturaleza del tumor y su posible tratamiento.

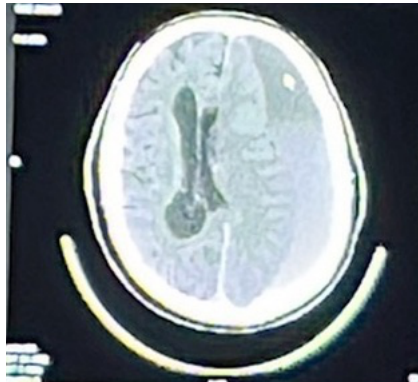
Durante el procedimiento, el profesor nos explicó paso a paso cómo se realizaba la biopsia, desde la planificación de la punción hasta la obtención de la muestra. Nos comentó que en este tipo de intervenciones es fundamental evitar estructuras críticas, como vasos sanguíneos de gran calibre o la pleura visceral, para reducir la posibilidad de complicaciones como el neumotórax.

Una vez localizada la lesión, se procedió a la inserción de la aguja de biopsia a través de la piel y los planos musculares hasta alcanzar el tumor. Andrés nos mostró cómo se extraía la muestra y nos explicó la importancia de obtener suficiente tejido para un estudio histopatológico fiable. Además, nos habló sobre las posibles complicaciones y cómo manejarlas en caso de que surgieran.

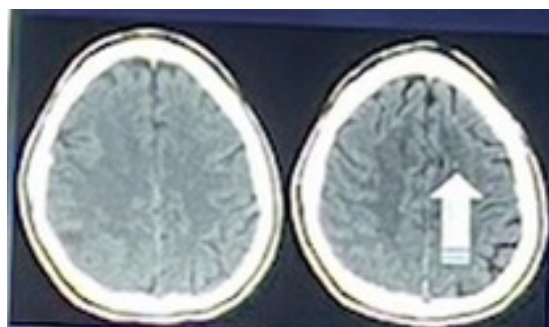
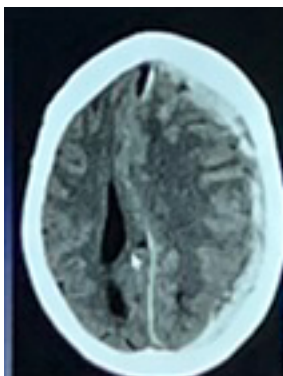
Lo que hizo que esta experiencia fuera particularmente enriquecedora fue la interacción con el profesor, quien se mostró muy didáctico y dispuesto a resolver todas nuestras dudas.

En definitiva, esta fue la mejor experiencia que he tenido en lo que llevo de prácticas, tanto por el nivel de aprendizaje como por la claridad en la enseñanza del profesor.

Después volvimos a Neuro, donde nos enseñaron algunos casos. Sin embargo, la sesión tuvo un formato más parecido a una clase teórica, por lo que resultó un poco menos dinámica. Además, debido a la gran carga de trabajo, nos pidieron que nos retiráramos tras una hora.



A última hora tuvimos un seminario impartido por la Dr. Victoria Vázquez, quien nos recordó distintas patologías neurológicas y como se ven en radiología.



2.3. Miércoles 12 de febrero de 2025

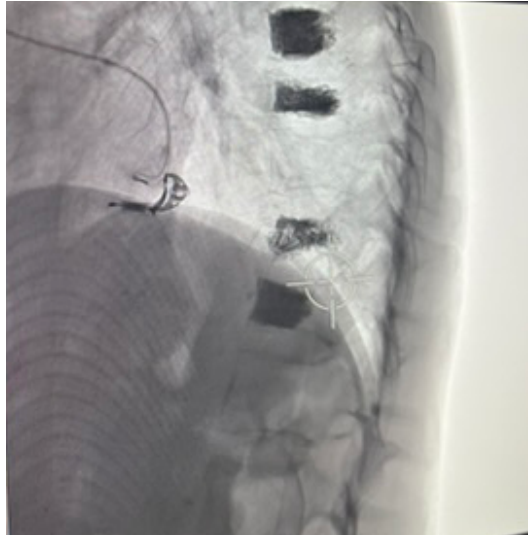
El día ha comenzado con una sesión sobre cardiología en la que un doctor ha abordado temas muy interesantes, como la disfunción ventricular, los marcapasos y la

resincronización cardíaca. También ha tratado posibles complicaciones, como la perforación del ventrículo izquierdo, los problemas asociados a la extracción de marcapasos y la fractura del cable a largo plazo por cizallamiento. Además, ha hablado sobre los avances en la investigación actual, incluyendo la indicación de marcapasos convencionales con estudios aleatorizados y seguimiento a largo plazo, la indicación de resincronización en ensayos de gran tamaño, y la discriminación de qué pacientes se benefician más del LVAD o de la TRC convencional. También ha mencionado el desarrollo de nuevas vainas, electrodos y generadores específicos, así como la posibilidad de fusionar estos dispositivos sin cables en el futuro.

A primera hora de la mañana hemos pasado por el área de Vascular, pero debido a la carga de trabajo en el servicio, hemos decidido trasladarnos a Neurovascular. Allí, un equipo compuesto por dos médicos, Mariano y María, nos ha explicado el funcionamiento del departamento. Hemos tenido la oportunidad de observar un caso muy especial: Fátima, una paciente con un aneurisma en la arteria PICA producido por una malformación. Durante nuestra estancia en el servicio, el residente Javier nos ha guiado en todo momento, haciéndonos sentir incluidas y participativas en la actividad clínica.

Después, hemos presenciado una vertebroplastia, un procedimiento sumamente interesante. Se trataba de una paciente con mieloma múltiple a la que se le realizó una reconstrucción vertebral a nivel de D11 y D12. Una vez finalizada esta experiencia, hemos regresado a Vascular, donde un residente nos ha mostrado el servicio y nos ha explicado el uso de distintos dispositivos empleados en intervenciones, como el doble J, entre otros.





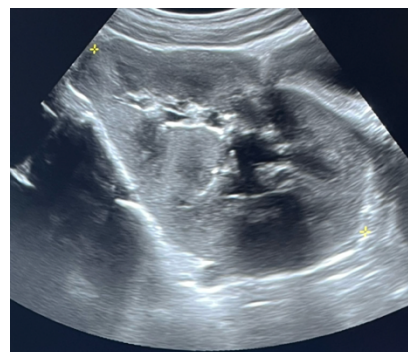
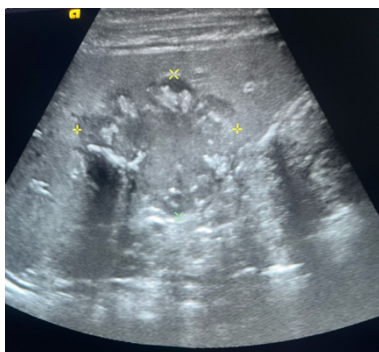
Más tarde, hemos trabajado con un ecógrafo. Nos han enseñado de manera práctica su manejo, permitiéndonos explorar estructuras anatómicas en nosotras mismas. Mi compañera y yo hemos podido visualizar nuestras propias carótidas y también hemos examinado la glándula tiroides.

En general, hoy ha sido un día muy dinámico y enriquecedor, con experiencias variadas que nos han permitido aprender tanto de la parte teórica como de la práctica dentro del servicio de Radiología Especial.

2.4. Jueves 13 de febrero de 2025

La jornada comenzó a las ocho y cuarto, como de costumbre, con una sesión en la que un residente nos ofreció un conciso resumen de cinco estudios, evaluándolos según su utilidad e interés. El primero trataba sobre lesiones orbitarias; el segundo abordaba tumores malignos en glándulas salivales menores; otro se centraba en la aproximación diagnóstica de las metástasis cervicales de un tumor primario desconocido;

A continuación, pasé a la subespecialidad de pediatría, donde fui atendida por una médica y una residente. Durante la sesión, evaluamos un total de cinco o seis pacientes en ecografía, destacando casos como una estenosis hipertrófica del píloro infantil, un hemangioma hepático involucionado con calcificaciones y un riñón ectópico de 11.3 cm con hidronefrosis de grado 1. Este último presentaba una malrotación, pero con buena diferenciación, lo cual me pareció sumamente interesante.

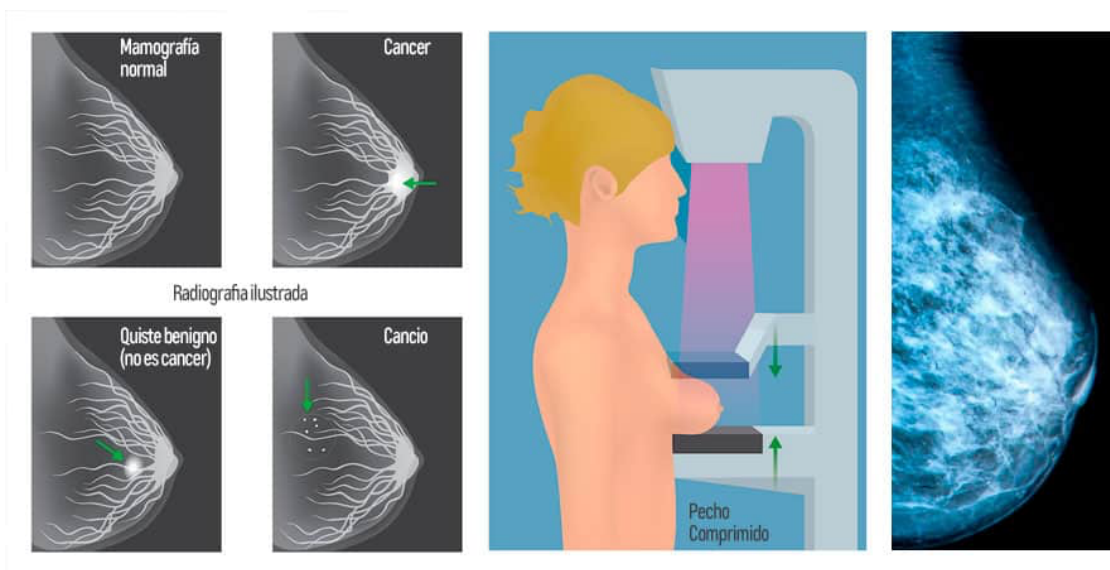


Posteriormente, alrededor de las once, acudí al departamento de mama, donde un adjunto llamado Juan Fracisco y una residente llamada Irene me recibieron con gran hospitalidad. Tuve la oportunidad de observar varios casos de cáncer de mama o con sospecha de ello, destacando la colocación de un marcador en una mama pendiente de extracción quirúrgica, así como una biopsia y la inserción de un arpón para una intervención programada esa misma mañana. La biopsia realizada fue una BAV (biopsia asistida por vacío), un procedimiento que encontré sumamente interesante y formativo, ya que nunca me había imaginado cómo se realizaba esta técnica.

Cabe destacar que en estos dos servicios pude apreciar la versatilidad de la ecografía y su importancia fundamental en radiología, ya que, a pesar de ser una herramienta básica, permite diferenciar diversos aspectos como los bordes de ciertos nódulos y su contenido. Además, su accesibilidad y rapidez la convierten en una técnica esencial en el diagnóstico y seguimiento de múltiples patologías, desde anomalías pediátricas hasta la detección precoz de lesiones mamarias.

A la una y cuarto asistí a un seminario con la doctora Florentina sobre patología mamaria. Durante la sesión, nos hizo un repaso estructurado sobre la interpretación de la mamografía, centrándose en la clasificación BI-RADS y su utilidad en la evaluación de lesiones mamarias. Explicó detalladamente cómo distinguir entre microcalcificaciones sospechosas y benignas, la relevancia de las macrocalcificaciones, la morfología de los nódulos y los signos radiológicos que pueden sugerir malignidad o benignidad.

Además, hizo hincapié en cómo la mamografía no solo detecta lesiones, sino que también permite analizar características clave como la densidad del tejido mamario y la arquitectura de la glándula. Nos mostró varias imágenes de casos clínicos, señalando cómo las diferencias en la absorción de los rayos X pueden revelar estructuras que, a simple vista, parecen inofensivas, pero que con una correcta interpretación pueden marcar la diferencia en un diagnóstico precoz. También nos habló de la importancia de correlacionar la mamografía con la ecografía en ciertos casos, especialmente en pacientes con mamas densas, donde la detección de lesiones puede ser más complicada.



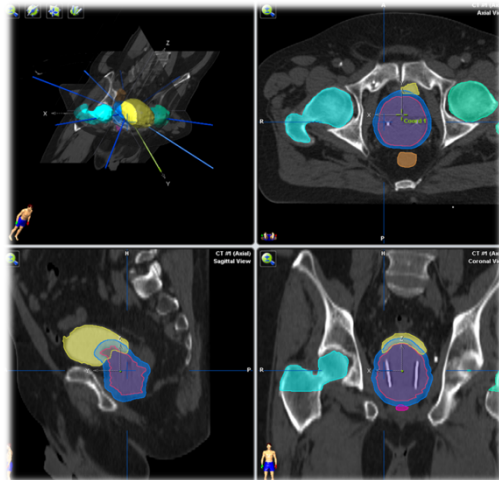
Fue una sesión muy instructiva porque, más allá de la teoría, nos permitió ver imágenes reales y entender la lógica detrás de la evaluación de cada hallazgo. Me resultó fascinante cómo pequeños detalles pueden cambiar completamente el enfoque diagnóstico y definir la necesidad de seguimiento, biopsia o intervención quirúrgica.

2.5. Viernes 14 de febrero de 2025.

Este día asistí a una sesión impartida por un residente sobre el cáncer de cérvix, en la cual se profundizó en diversos aspectos relevantes de la patología. Se abordaron las diferentes técnicas radiológicas empleadas en su diagnóstico, así como la preferencia por unas sobre otras en función de la situación clínica.

Posteriormente, realicé una rotación por los servicios de Radioterapia y Medicina Nuclear. En primer lugar, acudí a Radioterapia, donde el doctor Lozano nos recibió de manera muy cordial y nos presentó el funcionamiento del servicio, así como los principales procedimientos llevados a cabo en esta especialidad. Durante la jornada, pasamos consulta a dos pacientes con cáncer de mama que ya habían completado su tratamiento con radioterapia y acudían a una revisión rutinaria para evaluar su evolución.

El doctor Lozano enfatizó los beneficios de la radioterapia, un tratamiento oncológico basado en el uso de radiaciones ionizantes para destruir células tumorales o reducir el tamaño del tumor. Se trata de un abordaje fundamental en el tratamiento de diversos tipos de cáncer, ya sea como terapia exclusiva o en combinación con cirugía y quimioterapia. Su objetivo principal es lograr la máxima eficacia terapéutica minimizando el daño a los tejidos sanos circundantes. Existen distintas modalidades de radioterapia, entre las que destacan la radioterapia externa, que emplea aceleradores lineales para dirigir haces de radiación al tumor, y la braquiterapia, que consiste en la colocación de material radiactivo en el interior o muy próximo a la zona afectada.

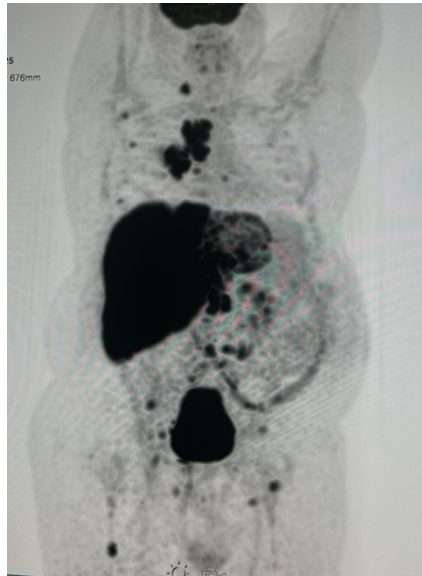


Durante la consulta, el doctor Lozano también abordó el papel de la radioterapia en el cáncer de próstata, área en la que está especializado. Explicó que el tratamiento requiere la colaboración de los radiofísicos, quienes diseñan un plan terapéutico en el que se delimitan las áreas específicas donde se debe aplicar la radiación. Este proceso es fundamental para maximizar la eficacia del tratamiento y minimizar el daño a los tejidos sanos circundantes.

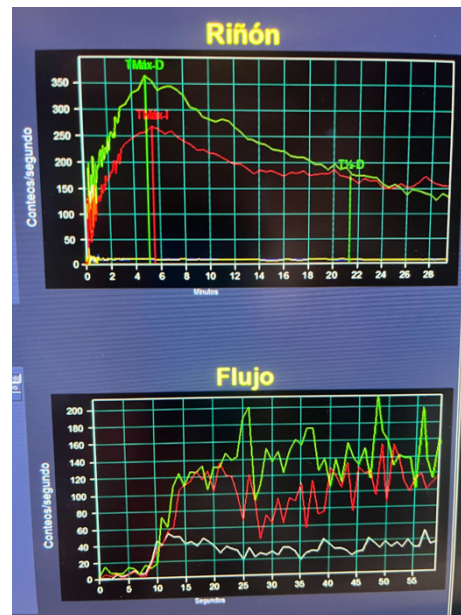
Posteriormente, realicé la rotación en el servicio de Medicina Nuclear, donde se nos ofreció un repaso general sobre la importancia de esta especialidad dentro del hospital. Se discutieron algunos de los principales radiofármacos empleados en los estudios de Medicina Nuclear, como el PSMA para el cáncer de próstata, el yodo radiactivo para el

diagnóstico y tratamiento de patologías tiroideas, el tecnecio-99m (Tc-99m) y otros trazadores como el selenio-164.

Tuvimos la oportunidad de analizar un caso clínico de un paciente con un tumor pulmonar primario con metástasis hepáticas y cervicales, evaluado mediante una tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada (PET-TAC).



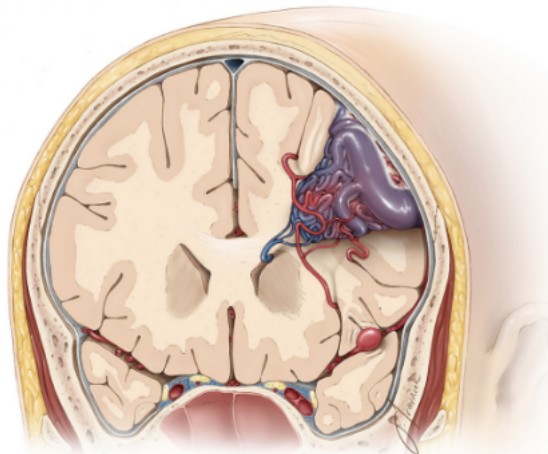
Además, observamos otro PET-TAC enfocado en la evaluación renal, seguido de un renograma diurético. Este estudio permite valorar la función renal a través de una representación gráfica del tiempo y la actividad de la orina a medida que pasa por los riñones y los vasos sanguíneos. En este caso, la gráfica reflejaba una retención urinaria en el paciente, lo que sugiere una posible obstrucción o alteración funcional en la vía urinaria.



3. Profundización sobre los aspectos más interesantes vistos en las prácticas

3.1. Clasificación de las malformaciones arteriovenosas cerebrales

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) cerebrales son anomalías vasculares caracterizadas por conexiones anómalas entre arterias y venas sin la presencia de un lecho capilar intermedio. Su aparición en el cerebro representa un riesgo significativo, principalmente debido a la posibilidad de ruptura y hemorragia intracraneal. El abordaje terapéutico incluye opciones como la cirugía, la embolización endovascular y la radiocirugía, dependiendo de las características específicas de la MAV y del paciente.



Para evaluar la complejidad y el riesgo quirúrgico de estas lesiones, se emplea el sistema de clasificación de Spetzler-Martin, el cual se basa en la correlación de hallazgos obtenidos mediante tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y angiografía cerebral. Este sistema establece una puntuación considerando tres factores principales: el tamaño de la malformación, su localización en el cerebro y el patrón de drenaje venoso. La puntuación total permite clasificar la MAV en grados del I al V, mientras que el grado VI se considera inoperable.

Criterios del Sistema de Clasificación de Spetzler-Martin:

1. **Tamaño de la MAV**
 - Pequeña (<3 cm).
 - Mediana (3-6 cm).
 - Grande (>3 cm).
2. **Localización**
 - 0 puntos: Área no elocuente (región con baja implicación funcional).
 - 1 punto: Área elocuente (región con alta relevancia funcional, como la corteza motora o sensorial).
3. **Drenaje venoso**
 - 0 puntos: Drenaje superficial.
 - 1 punto: Drenaje profundo (hacia las venas cerebrales profundas).

Además de este sistema, se ha desarrollado una clasificación complementaria denominada **puntuación suplementaria de Spetzler-Martin (SM-Supp)**, que incorpora

factores adicionales como la edad del paciente, antecedentes de hemorragia previa y la morfología de la malformación. Esta variante mejora la predicción del pronóstico neurológico y facilita la selección de los candidatos más adecuados para la intervención quirúrgica.

3.2. Biopsia Asistida por Vacío de la Mama Guiada por Ecografía

La **biopsia asistida por vacío (BAV)** es un procedimiento mínimamente invasivo empleado para la obtención de muestras de tejido en lesiones mamarias, aunque su utilidad se extiende a otros órganos. Se caracteriza por el uso de un dispositivo especial que combina aspiración con vacío y una aguja de mayor calibre en comparación con la biopsia de aguja gruesa (BAG).

Durante la realización de la BAV, la aguja es introducida en la mama bajo guía ecográfica, permitiendo la extracción de múltiples fragmentos de tejido mediante succión asistida por vacío. Esta técnica proporciona muestras de mayor calidad y precisión, siendo menos invasiva que la biopsia quirúrgica. Entre sus beneficios destacan la rápida obtención de resultados, menor cicatriz, recuperación más breve y la ausencia de necesidad de hospitalización.



La BAV se emplea en distintas situaciones clínicas:

- **BAV de segunda línea:** Para el estudio de lesiones mamarias no identificadas con otras técnicas.
- **BAV diagnóstica:** Para confirmar hallazgos detectados en estudios de imagen.
- **BAV terapéutica:** Para la extirpación de lesiones benignas o premalignas.

Sin embargo, la BAV está contraindicada en casos de infecciones mamarias, trastornos de la coagulación y embarazo. A diferencia de otras biopsias, no requiere ayuno ni la suspensión de la medicación habitual.

El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local y con la guía de un ecógrafo para garantizar la precisión en la toma de la muestra, que posteriormente será analizada en el servicio de anatomía patológica.

En conclusión, la **biopsia asistida por vacío** es una técnica segura, eficaz y precisa que ha optimizado el diagnóstico y tratamiento de lesiones mamarias. Sus ventajas sobre la BAG y la biopsia quirúrgica han contribuido a una mejor atención médica y a una mayor calidad de vida en las pacientes.

4. Opinión y conclusión

En primer lugar, me gustaría agradecer la atención recibida durante mi rotación por el servicio de radiología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Aunque ha habido ocasiones en las que el personal no nos tuvo en cuenta ni a mi compañera ni a mi, eso es la minoría, hay médicos, sobretodo en la sección de cerebrovascular y mama dispuestos a explicar cada una de las preguntas que tengas, de forma didáctica y amable.

Especial mención a todos los residentes con los que roté, ya que mostraban en todo momento interés y hacían el esfuerzo de pensar las cosas en voz alta para que yo pudiera entender qué estaban haciendo en todo momento, así como su predisposición a hacernos sentir cómodos y libres de preguntar en cualquier momento.

La variedad de áreas con las que cuenta el servicio de radiología de la Arrixaca me ha impactado, así como lo bien organizado y especializado que está todo.

También me ha gustado la laxitud con respecto a los tutores de prácticas, es decir, si rotabas por algún área en el que el adjunto al que tenías que buscar no estaba, podías irte perfectamente con otro adjunto u otro residente y te acogían. Esto es de agradecer ya que muchas veces en prácticas te toca con un médico que no te hace caso y no poder cambiarte dificulta el aprendizaje.

Además, el primer día de rotación nos hicieron un tour por todo el servicio que nos sirvió para saber a dónde teníamos que ir cada día, aunque como es tan grande igualmente te perdías pero bueno, preguntando siempre lo encontrabas.

Los seminarios fueron bastante amenos y completos. Los temas y los casos planteados eran bastante interesantes y útiles, ya que eran casos muy frecuentes que nos podemos encontrar en cualquier momento.

A continuación, procedo a evaluar cada uno de los servicios cuantitativamente y cualitativamente:

- En Vascular teníamos que estar con el residente Pablo Alcaraz, quien nos enseñó el servicio, algunos instrumentos que se utilizan en las intervenciones, y nos dejó utilizar el ecógrafo. Valoro esta área con un 2 cuantitativamente y 4 cualitativamente.
- En Tórax vimos una biopsia guiada por TC, estuvimos alrededor de dos horas y el médico que nos atendió, Andrés Frigoz nos estuvo explicando en todo momento y resolviendo las dudas que teníamos, por lo que valoro esta área con un 3 cuantitativamente y 4 cualitativamente.
- En Neurovascular estuvimos dos horas y médico residente Javier nos dió la oportunidad de entrar con él en la sala donde se iba a realizar la intervención y

pudimos ver todo el proceso completo desde la recepción del paciente previo hasta la finalización de esta, por lo que valoro esta área con un 3 cuantitativamente y 5 cualitativamente.

- En Neuroimagen estuvimos con la Dra. Victoria Vázquez quien nos enseñó unos cuantos casos clínicos, valoro esta área con un 1 cuantitativamente y 2 cualitativamente.
- En Abdomen estuvimos dos horas y vimos un caso bastante interesante que el médico residente Marcos Sánchez nos estuvo explicando en todo momento los hallazgos radiológicos y por qué se veía así. Lo valoro cuantitativamente con un 3 y cualitativamente con un 5.
- En Ecografía estuvimos 2 horas, pero el médico residente Borja Alonso nos prestó bastante atención y estuvo todo el rato interaccionando con nosotras. Por lo tanto, lo valoro cuantitativamente con un 3 y cualitativamente con un 5.
- En Musculoesquelético estuvimos unos 15 minutos porque nadie nos atendía, por lo que valoro esta área con un 1 cuantitativamente y cualitativamente un 1.
- En Medicina Nuclear estuvimos dos horas y la Dra. Tatiana Moreno nos trató super bien, nos hizo un tour por toda la sección y nos explicaron todo. Vimos casos bastante interesantes y nos explicó cómo funcionaba la medicina nuclear. Por ello lo valoro cuantitativamente con un 3 y cualitativamente con un 5.
- En Pediatría estuvimos dos horas y pudimos ver cómo es el trato con los pacientes y con los familiares en las ecografías. Por ello lo valoro cuantitativamente con un 3 y cualitativamente con un 4.
- En Mama estuvimos dos horas y para mi gusto fue la rotación más completa: vimos casos clínicos en el ordenador, cómo se hacían las ecografías de mama, cómo se realizan la BAV y ecografías de miembros inferiores. Es por esto por lo que lo valoro cuantitativamente con un 3 y cualitativamente con un 5.

En conclusión, han sido unas prácticas bastante diferentes al resto. He aprendido bastantes cosas y entendido otras muchas que cuando estudié la asignatura de Radiología General no terminé de entender, por lo que me ha servido para afianzar muchos de los conceptos aprendidos el curso anterior

5. Bibliografía

- Felson B. Principles of Chest Roentgenology. Saunders; 2005.
- Brant WE, Helms CA. Fundamentals of Diagnostic Radiology. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. Diagnostic Ultrasound. Elsevier; 2010.
- Osborn AG. Osborn's Brain: Imaging, Pathology, and Anatomy. Elsevier; 2017.
- Grainger RG, Allison DJ. Grainger & Allison's Diagnostic Radiology: A Textbook of Medical Imaging. Churchill Livingstone; 2014.
- Eisenberg RL. Clinical Imaging: An Atlas of Differential Diagnosis. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.