

## **1. TAC ABDOMEN-PELVIS RUTINA.**

Realizar FASE SIN CONTRASTE Hepato-Renal.

Realizar FASE VENOSA los 70 s, con Caudal mínimo de 3.0ml/s, En caso de caudal menor a 3 aumentar a 75 s.

Diagnósticos:

Chequeos.

Dolor abdominal

Baja peso

Neo oculto

Control oncológico (Seminoma, Ca Colon, Ca Pulmonar, Ca.Mama)

Enfermedades de deposito (Fe).

Hemangioma ( control ).

Ca. Suprarrenal

Sarcoma.

Mieloma Múltiple.

Colangio Carcinoma (Agregar Fase Tardía).

AngioMiolipoma ( > 4 cm agregar Fase Arterial).

**\*\*\* TC abdomen pelvis Urgencia en menores 35 años realizar solo fase portovenosa 70 s.\*\*\***

**\*\*En pacientes que presenten patologías es necesario demostrar esta con reconstrucciones MPR o Mip según corresponda. Por ejemplo en un Ca Renal reconstruir fase arterial en Mip para mostrar anatomía vascular. Fase Venosa MPR y la Fase de Excreción en Mip\*\***

**\*\* Realizar Reformato Coronal en MPR para todos los pacientes\*\***

## 2. TAC ABDOMEN PELVIS TRIFASICO

Realizar FASE SIN CONTRASTE Hepato-Renal.

Realizar FASE ARTERIAL Hepato-Renal a los 30 s.

Realizar FASE VENOSA a los 70 s de inyección con caudal mínimo 3 ml/s.

Diagnósticos: Cirrosis.

Hipertensión Portal.

HNF.

Transplante Hepático (Fase Arterial debe ser como Angio TC)\*\*

Hepatocarcinoma.

Daño Hepático Crónico.

Adenoma Hepático.

Feocromocitoma.

Ca. Renal.

Control Tu Neuroendocrino.

Carcinoide.

Colangitis.

Melanoma.

**\*\*En pacientes que presenten patologías es necesario demostrar esta con reconstrucciones MPR o Mip según corresponda. Por ejemplo en un Ca Renal reconstruir fase arterial en Mip para mostrar anatomía vascular. Fase Venosa MPR y la Fase de Excreción en Mip\*\***

**\*\* Realizar Reformateo Coronal en MPR para todos los pacientes\*\***

### **3. TC ABDOMEN PELVIS PANCREATITIS.**

#### Primer Examen.

Realizar FASE SIN CONTRASTE Hepato-Renal.

Realizar FASE PANCREATICA a los 40 s.

Realizar FASE VENOSA a los 70 s de inyección.

Caudal inyección mínimo 3.0 ml/s

**\*\*\*CONTROLES PANCREATITIS SOLO FASE PORTOVENOSA.\*\*\***

**\*\* Realizar Reformateo Coronal en MPR para todos los pacientes\*\***

### **4. TC ABDOMEN ADENOMA SUPRARRENAL.**

#### **PROTOCOLO A** ( 1 Examen):

FASE SIN CONTRASTE.

FASE CONTRASTADA 70 s.

FASE TARDIA 15 minutos.

**\*\* Realizar Reformateo Coronal en MPR para todos los pacientes\*\***

#### **PROTOCOLO B** (Control):

FASE SIN CONTRASTE.

**\*\* Realizar Reformateo Coronal en MPR para todos los pacientes\*\***

**NOTA: En los casos de TU suprarrenal en que el medico indica Feocromocitoma, se debe agregar fase arterial.**

## 5. UROTAC

### **Split Bolus**

Diseñado para disminuir exposición del paciente a la radiación,  
**especialmente jóvenes < 40 años**

Diagnósticos : Hematuria en estudio (y sus variantes).

ITU a repetición (infección tracto urinario).

Malformación de vías urinarias.

Litiasis urinaria.

Controles post-quirúrgicos.

-Inyección de 150 a 200 ml. de suero fisiológico (bajo flujo)

-Cargar 150 ml. de contraste ev.

-Fase sin contraste (Pielotac).

-Administrar 70 ml. de medio de contraste. Esperar 10 minutos. Durante ese lapso el paciente puede levantarse de la mesa de examen y caminar por un par de minutos. Si por alguna razón está impedido de esto, hacer girar al paciente en la mesa, lo anterior con el objeto de obtener una adecuada opacificación de los uréteres y hacer homogéneo el contraste en la vejiga.

-Luego, posicionar al paciente en **DECÚBITO SUPINO**.

-Realizar segundo barrido con inyección de medio de contraste (80 ml. restantes) con un retardo de 100 segundos.

-Si se logra ver los uréteres en toda su extensión, termina el examen.

-Si no se obtiene una adecuada visualización de los uréteres en toda su extensión, consultar al radiólogo si se realiza nuevo barrido.

**Reconstrucciones: Spin MIP y VR sin hueso trabajados en Inspace .**

**DG: Hematuria > 40 años Pielotac-Fase Venosa-Fase Tardía.**

## **6. TU VESICAL.**

Realizar PIELOTAC.

Realizar FASE VENOSA 70 s.

Realizar FASE TARDIA.

Vejiga bien Distendida y contraste homogéneo.

**\*\* Realizar Reformato Coronal en MPR para todos los pacientes\*\***

## **7. PACIENTE CON TU, QUISTE O MASA RENAL CONOCIDA.**

Realizar PIELOTAC.

Realizar FASE ARTERIAL.

Realizar FASE VENOSA.

Realizar FASE DE ELIMINACIÓN opcional con consulta al radiólogo.

**\*\*En pacientes que presenten patologías es necesario demostrar esta con reconstrucciones MPR o Mip según corresponda. Por ejemplo en un Ca Renal reconstruir fase arterial en Mip para mostrar anatomía vascular. Fase Venosa MPR y la Fase de Excreción en y Mip\*\***

**\*\* Realizar Reformato Coronal en MPR para todos los pacientes \*\***

## **PROTOCOLO PARA ENTEROCLISIS O ENTEROGRAFIA POR TC**

Este protocolo se usara en pacientes entre los 15 y 65 años. En pacientes fuera de ese rango de edad se deberá consultar al radiólogo de cuerpo para proceder.

No es recomendado su uso en embarazadas, ni durante la lactancia. También está restringido su uso en pacientes con insuficiencia renal cuyo clearance de creatinina o tasa de filtración glomerular sea inferior a 50 ml/min.

En los pacientes cuyas solicitudes de examen de Enterografía se especifique que se haga con sonda naso enteral se procederá con esa técnica.

Antes de agendar se hará la selección de seguridad del paciente habitual dependiendo de la modalidad de estudio y tomando en consideración lo descrito en puntos finales.

En el caso de pacientes hospitalizados el radiólogo deberá consignar la preparación en FCE.

Los pacientes deben concurrir al servicio 1 hora antes del examen para su preparación.

Se debe preparar una solución con 2 sobres por litro de agua (4 en total), la que debe ser ingerida en su totalidad por el paciente. En caso de intolerancia por ese volumen, se podrá reducir, pero no a menos de 1 litro.

Antes de dar a ingerir la preparación, se debe instalar via venosa.

Inmediatamente después de instalada la vía, el paciente debe ingerir de 1.500 a 2.000 cc en un lapso de 30 minutos. No realizar el examen mas allá de los 10 minutos siguientes.

Dentro de las posible reacciones adversas a este medicamento están las nauseas, inflamación abdominal. También se puede producir diarrea explosiva si el PEG llega al recto, por lo que hay que estar atento.

Realización de examen :

En pacientes Mayores de 40 años de edad realizar 2 fases.

- Fase a los 40 segundos.
- Fase a los 80 segundos.

**\*\* Realizar Reformateo Coronal y Sagital en MPR para todos los pacientes\*\***

En pacientes Menores de 40 años de edad realizar 1 fase.

- Fase a los 50 segundos.

**\*\* Realizar Reformateo Coronal y Sagital en MPR para todos los pacientes\*\***

En casos donde la orden medica especifique o se tenga antecedente de Tu. Neuroendocrino, Carcinoide. Realizar las consultas a Radiólogo de turno sobre que fases se realizaran. En pacientes menores de 15 años consultar a Radiólogo de turno sobre las fases a realizar.

## **ANGIOTAC ABDOMEN Y PELVIS.**

Estudio de aneurisma aórtico. Diagnóstico frecuente.

-Fase sin contraste (baja dosis), desde cúpulas diagramáticas a espinas isquiáticas.

-Fase arterial (bolus tracking). Usar bajo Kv y alto mA.

-Fase venosa opcional, de acuerdo a diagnóstico y por solicitud del radiólogo.

-Fase tardía a los 7 minutos (sólo en caso de control de endoprótesis).

**\*\* Realizar Reformateo en MPR y Mip para todos los pacientes\*\***

## **ANGIOTAC DE ARTERIAS MESENERICAS.**

Diagnósticos frecuentes: Trombosis o embolia mesentérica, isquemia intestinal.

-Fase sin contraste (baja dosis).

-Fase arterial (bolus tracking). Usar bajo Kv y alto mA.

-Fase Venosa.

**\*\* Realizar Reformateo en MPR y Mip para todos los pacientes\*\***



## **ANGIOTAC ARTERIAS RENALES**

Diagnóstico de referencia: Estenosis de arteria renal, displasia fibromuscular, hipertensión en estudio, trauma, tumores, donante renal

-Fase sin contraste (baja dosis)

-Fase arterial (bolus tracking), bajo Kv (80-100) y alto mA.

-Fase venosa. En el caso de niños sera opcional y se debe consultar con el radiologo pediatra.

-Fase tardia opcional.

### **Reconstrucciones**

-MIP volumetrico con extracción osea en Inspace o Vitrea.

-Reformateo Coronal y Sagital Mip.

## **ANGIOTAC VENOSA .**

- Fase arterial se suprime
- Realizar fase venosa semitardia a los 90-100 segundos de retardo, con flujos normales de inyección 3 a 3.5 ml/seg.

### **Reconstrucciones**

- Multiplanares
- MIP en 2 planos.

## **En estudios por Varices Pelvianos utilizar protocolo de Venografía\_Test\_Bolus.**

Este protocolo consiste en realizar exploración de control a la altura de la bifurcación de vena cava inferior. Se procede a inyectar 30 ml de contraste y 15 ml de suero a 4ml/s, luego de 50 segundo se comienzan a ver imágenes cada 5 seg,; detener esta exploración cuando se logre una imagen homogénea entre venas y arterias.

Cargar estos datos en Dyn eva con retardo de 50 s, hacer Roi en vena, anotar el tiempo del peak venoso en retardo de exploración.

Realizar exploración con 100 ml de contraste.

## **COLONOSCOPIA VIRTUAL / COLONOGRAFIA VIRTUAL.**

-Avisar siempre a un radiólogo para efectuar procedimiento de insuflación de aire.

-Cerrar cortinas de ventanal de sala de examen para privacidad del paciente.

-Una vez administrado el aire en posición prono, se realiza Topograma para comprobar grado de insuflación.

- Si la cantidad de aire es suficiente, lo que será definido por el radiólogo, se debe realizar primera fase en posición prono o supino, con inyección de medio de contraste a los 70 segundos de retardo (delay).

-Luego se realiza segunda fase en la posición inversa a la inicial.

**\*\* Realizar Reconstrucciones MPR Coronal y Sagital \*\***