

## Información para los pacientes

### Tomografía por resonancia magnética (TRM, RM)

Estimado/a paciente:

Su médico ha solicitado que se le realice una tomografía por resonancia magnética (TRM o RM, también denominada en ocasiones por sus siglas inglesas MR, MRT o MRI). Para poder efectuar dicha exploración, le rogamos que lea atentamente las siguientes explicaciones y rellene el cuestionario que figura al final.

#### ¿Qué es la tomografía por resonancia magnética?

La tomografía por resonancia magnética es desde hace tiempo una herramienta habitual para el diagnóstico médico. Mediante ondas de radiofrecuencia en un campo magnético intenso se generan imágenes del interior del organismo. El procedimiento no emplea radiación de rayos X.

#### ¿Qué sucede durante la exploración?

La exploración tiene lugar en una posición tumbada lo más cómoda posible.



Según la región anatómica que deba explorarse, se colocarán diferentes amplificadores de señal (conocidos como bobinas) sobre su cuerpo o alrededor de la correspondiente articulación. A continuación será usted introducido lentamente en el tomógrafo —con forma de anillo— de modo que **la zona a explorar se sitúe en el centro del campo magnético**.

Según el tipo de exploración, esta dura entre media hora y una hora.

No se preocupe por los diferentes ruidos de golpeteo, que corresponden al funcionamiento normal del aparato. Es importante que se mantenga inmóvil y relajado durante toda la exploración, ya que cualquier movimiento provoca interferencias o distorsiones en la imagen.

Durante las pausas de la exploración podrá usted hablar con el personal a través de un interfono; además, se le proporcionará un timbre de aviso.

Para mejorar el contraste de la imagen puede ser necesario inyectar un medio de contraste en la articulación antes de la

exploración, o en una vena del brazo durante la propia exploración.

El personal médico le informará en todo momento de los distintos pasos de la exploración, y estaremos encantados de responder a cualquier pregunta.

#### ¿Qué debo hacer una vez finalizada la exploración por RM?

Tras la exploración puede realizar con normalidad todas sus actividades habituales.

Los datos de la exploración serán remitidos directamente al médico que la solicitó, quien le informará al respecto en su siguiente cita.

A fin de que la exploración pueda realizarse sin riesgos deben tomarse ciertas medidas de precaución. Por ello le rogamos que conteste a las siguientes preguntas y certifique con su firma la veracidad de las respuestas.

Apellidos ..... Nombre: .....

Fecha de nacimiento: ..... Peso: ..... kg Estatura: ..... cm

<b>¿Lleva usted alguno de los siguientes dispositivos o adornos?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Marcapasos / Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroestimulador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bomba de infusión de medicamentos (p.ej. bomba de insulina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿dónde se encuentra situada? .....		
Audífono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante coclear (prótesis auditiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparato de ortodoncia / prótesis dental removible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Piercings</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatuajes / maquillaje permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿desde cuándo? .....		
Parches transdérmicos (p.ej. de nicotina, nitroglicerina, analgésicos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>¿Ha sido operado previamente en la zona de la exploración?</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
En caso afirmativo, ¿cuál fue la intervención?: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿cuándo tuvo lugar? .....		
<b>¿Ha sufrido alguna intervención de cirugía cardíaca?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(p.ej. implantación de prótesis valvulares, marcapasos o endoprótesis vasculares [ <i>stents</i> ])		
En caso afirmativo, ¿cuál fue la intervención? .....		
¿cuándo tuvo lugar? .....		
¿en qué hospital se realizó? .....		
<b>¿Ha sido operado alguna vez en la cabeza?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(p.ej. implantación de endoprótesis vasculares [ <i>stents</i> ], clips vasculares, espirales de platino)		
En caso afirmativo, ¿cuál fue la intervención? .....		
¿cuándo tuvo lugar? .....		
¿en qué hospital se realizó? .....		
<b>¿Tiene otros implantes, prótesis u objetos metálicos en el interior del cuerpo?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿qué?..... ¿dónde?..... ¿desde cuándo? .....		
En caso afirmativo, ¿qué?..... ¿dónde?..... ¿desde cuándo? .....		
En caso afirmativo, ¿qué?..... ¿dónde?..... ¿desde cuándo? .....		
<b>¿Tiene esquirlas metálicas o metralla en los ojos o en el resto del cuerpo?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿qué? .....		
¿desde cuándo? .....		

