

Procedimiento operativo estandarizado (POE) de  
**LOCALIZACIÓN PREQUIRÚRGICA DE LESIONES NO PALPABLES CON  
SISTEMA AGUJA-ARPÓN GUIADA POR ECOGRAFÍA**

POE –UCGM-007-V.1

Fecha entrada en vigor: 1/11/2009

<b>FECHA</b>	<b>REALIZADO:</b> 10/05/2009	<b>REVISADO:</b> 10/05/2009	<b>APROBADO:</b> 1/11/2009
<b>NOMBRE</b>	*Ana Luz Santos Romero **María Montero Franco **Esperanza Martínez Cruz	José Luis Raya Povedano	Marina Álvarez Benito.
<b>CARGO</b>	* FEA Unidad Clínica de Gestión de Mama. Servicio de Radiodiagnóstico HURS. * T.E.R. Unidad Clínica de Gestión de Mama. Servicio de Radiodiagnóstico HURS.	FEA Unidad Clínica de Gestión de Mama. Servicio de Radiodiagnóstico HURS.	Directora Unidad Clínica de Gestión de Mama
<b>FIRMA</b>			
<b>Lugar de archivo</b> Unidad Clínica de Gestión de Mama.		Jose Luis Raya Povedano	<b>Fecha de revisión</b> 1/11/2010

## 1. Objeto

Detallar y describir los pasos a seguir para realizar una localización prequirúrgica de una lesión no palpable mediante sistema aguja-arpón guiada por ecografía.

## 2. Alcance

Va dirigido al personal de la Unidad Clínica de Gestión de Mama del Servicio de Radiodiagnóstico del HURS.

## 3. Equipamiento y material necesario

- Etiquetas identificativas del usuario.
- Consentimiento informado.
- Sistema Aguja-arpón.
- Gasas estériles.
- Paños estériles.
- Apósito estéril.
- Guantes estériles.
- Ampolla de anestésico local (Scandicain).
- Jeringa de 5 o 10 cc.
- Aguja intramuscular.
- Hoja de bisturí nº 11.
- Betadine líquido.
- Betadine gel.
- Desinfectante (Orsan), o armil en caso de embarazo.
- Suero fisiológico.
- Ecógrafo.
- Funda protectora para sonda de ecógrafo.

## 4. Descripción

4.1. Nombrar a la paciente. Se le hace entrar a la sala de ecografía y se comprueban sus datos. Previamente al marcaje de la lesión con el sistema aguja- arpón se tiene una entrevista con la paciente para informarla del procedimiento (para disminuir la ansiedad y conseguir su colaboración), descartar posibles alergias medicamentosas y resolver cualquier duda que se le plantee.

4.2. Introducir los datos personales del paciente en el monitor del ecógrafo y en el ordenador para que quede registrada la exploración.



4.3. Entregar a la paciente una entremetida para que se cubra. Indicarle que se desnude el tórax.

4.4. Colocar la paciente sobre la camilla de exploración en decúbito supino o en decúbito lateral con los brazos detrás de la cabeza.

4.5. Localizar mediante ecografía la lesión que se va a marcar.

4.6. Marcar la piel por el punto por donde se va a realizar la punción, normalmente de 0.5 a 1cm de distancia al traductor (para poder ver el trayecto del sistema aguja- arpón).



4.7. Preparar una mesa auxiliar que se cubre con un paño estéril y sobre él todo el material que se necesita para la biopsia.



4.8. Colocar un paño estéril sobre la paciente, limpiar y desinfectar la zona donde se ha marcado el punto de entrada en la piel.

4.9. Limpiar el transductor. Se le aplica gel de ecografía y se cubre con la funda protectora. Se usa como gel transmisor betadine gel. En caso de embarazo se debe evitar el yodo, usando como alternativa gel de ecografía de un bote nuevo.

4.10. En el punto marcado, inyectar la anestesia local con una aguja intramuscular. Tras confirmar el efecto del anestésico se puede realizar una pequeña incisión con la hoja de bisturí.



4.12. Por el orificio abierto en la piel introducir el sistema aguja-arpón. Intentar colocar la aguja en paralelo con el transductor y con la pared torácica. Sin perder la visión de la punta de la aguja se atraviesa la lesión a marcar. Una vez atravesada la lesión se

abre el sistema aguja-arpón; para ello, se empuja el arpón sujetando la aguja produciéndose un “clic” al abrirse el aspa y retirando la aguja a continuación.

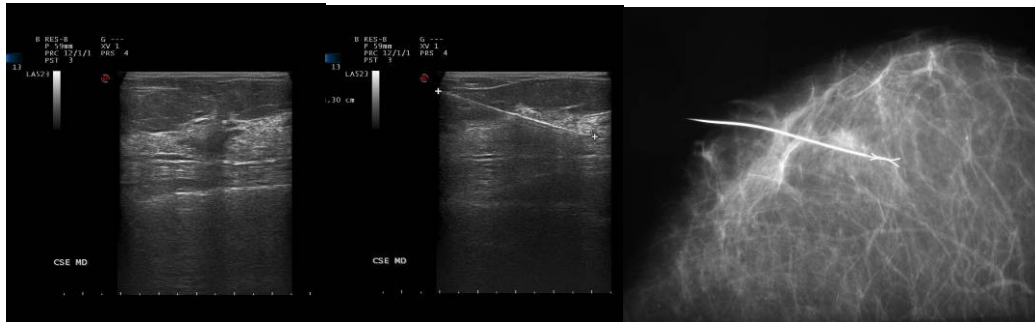


4.13. Pintar la piel suprayacente a la lesión marcada y medir la distancia en profundidad desde el punto pintado en la piel a la lesión, así como los centímetros de arpón introducidos hasta atravesar la lesión y la distancia de la lesión al aspa del arpón. Estas medidas deben recogerse en el informe que se realiza posteriormente.



4.14. Limpiar la zona con suero fisiológico y cubrir la piel y la porción exterior del arpón, enrollado, con un apósito estéril,

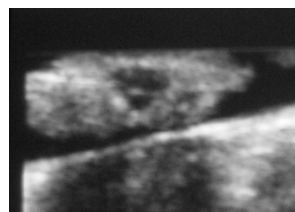
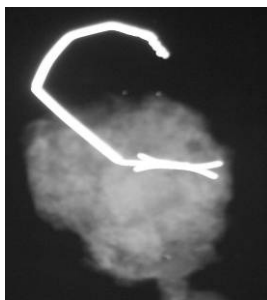
4.15. Realizar almacenamiento de la imagen de ecografía visualizándose la lesión atravesada por el arpón. Si la lesión es visible en mamografía, realizar una proyección mamográfica para comprobar y verificar el marcaje de la lesión.



4.16. Enviar las imágenes al PACS. Se etiqueta el sobre donde se introduce el informe y la imagen radiológica (ecografía o mamografía).

4.17. Terminado el procedimiento, trasladar la paciente a quirófano o habitación en espera para su intervención.

4.18. Durante la intervención quirúrgica, una vez extirpada la lesión en quirófano, realizar control radiológico de la pieza operatoria (mamográfico mediante dos proyecciones una cráneo-caudal y otra ortogonal y ecográfico) para asegurar la presencia de la lesión en la pieza y los márgenes necesarios.



## 5. Bibliografía y documentación consultada

-EUSOMA. The requirements of a specialist breast unit. Eur J Cancer 2000, 36 , 2288-2293

-Perry NM. on behalf of the EUSOMA Working Party. Quality assurance in the diagnosis of breast disease. Eur J Cancer 2001,37, 159-172.

- Kopans DB. Colocación de agujas para biopsia por métodos guiados por imagen: En : La mama. Kopans DB. Editorial Marban 1999.
- Smith DN. Breast ultrasound. Radiol Clin North Am 2001;39:485-497.
- Jackman RJ, Marzoni FA. Needle- localized breast biopsy: Why do we fail? Radiology 1999; 204:677-684.
- Norton LW, Zeligman BE: Accuracy and cost of needle localization breast biopsy. Arch Surg 1988;123:947-950.

## 6. Lista y ejemplos de documentos asociados

## 7. Listado de distribución

NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO / UNIDAD	FECHA Y FIRMA