

Biopsia muscular

1. Identificación y descripción del procedimiento

Si usted presenta síntomas sugestivos de padecer una enfermedad muscular será necesario practicarle una biopsia muscular para intentar establecer el diagnóstico.

La biopsia muscular consiste en extraer una pequeña muestra de músculo para ser analizada con microscopía óptica y electrónica.

La biopsia se realiza con anestesia local, sin necesidad de ninguna preparación previa. Será realizada en un músculo del brazo (generalmente el deltoides) o de la pierna (gemelo).

El médico que le practique la biopsia le inyectará anestesia local en la zona que vaya a ser biopsiada. A continuación se le hará una incisión de unos tres centímetros para extraer la muestra. Una vez extraída se le colocarán unos puntos de sutura que serán retirados en aproximadamente 8 días.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

La muestra obtenida será utilizada para establecer el diagnóstico de su enfermedad muscular. Las miopatías son un grupo de enfermedades que afectan a los músculos de las extremidades y en algunos casos al corazón. Pueden presentarse en la infancia o en la edad adulta, tienen un curso progresivo, y en la mayoría de los casos no existe un tratamiento curativo. En algunas enfermedades musculares se conocen los genes responsables causantes de la enfermedad, pero en otros casos estas alteraciones se desconocen. Sin embargo, en la gran mayoría de enfermedades musculares se desconocen los mecanismos patogénicos que producen las lesiones en los músculos.

El diagnóstico de las enfermedades musculares se basa en el conjunto de datos clínicos, análisis de sangre y análisis de una biopsia muscular. La práctica de la biopsia muscular puede ser que permita establecer el diagnóstico de la enfermedad que usted padece, y poder darle un tratamiento en el caso de que se trate de una enfermedad tratable.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

La alternativa a la participación es no autorizar que le sea practicada la biopsia muscular. En este caso, será imposible poder llegar al diagnóstico de su enfermedad.

Puede ocurrir que el resultado de la biopsia no permita establecer un diagnóstico preciso de la enfermedad que usted padece.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La consecuencia previsible de su realización es la posibilidad de obtener el diagnóstico de su enfermedad muscular.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

Si no se realiza el procedimiento podría ocurrir que no se obtuviese el diagnóstico de su enfermedad muscular.

6. Riesgos frecuentes

El riesgo físico y molestia más frecuente de una biopsia muscular es el dolor menor.

7. Riesgos poco frecuentes

La infección de la herida (celulitis) es muy poco frecuente al realizarse en condiciones estériles. Otra complicación muy poco frecuente es el hematoma en el sitio de la biopsia, apareciendo con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades hematológicas o tratados con fármacos anticoagulantes, o el desvanecimiento.

8. En función de la situación clínica del paciente

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales son: _____

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si parecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

9. Declaración de consentimiento

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____, DNI _____.

Don/Doña _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ . _____ en calidad de (representante legal, familiar o allegado del paciente) _____, con DNI _____

Declaro

Que el Doctor/a _____ me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de _____ que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En _____ a _____ de _____ de 20_____.

Fdo.: Don/Doña _____ DNI _____

Fdo.: Dr./a _____ DNI _____
Colegiado nº: _____

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ de _____ de 20_____ , y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En _____ a _____ de _____ de 20_____.

Fdo.: El médico
Colegiado nº: _____

Fdo.: El/la paciente