

## Consentimiento informado para la realización de MARS

Yo, (Nombre y apellidos del paciente): \_\_\_\_\_

Con DNI: \_\_\_\_\_

Declaro que el Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es médicamente conveniente para mi caso concreto realizar terapia MARS.

He sido informado de que mi hígado, como consecuencia de mi enfermedad de base, de agentes externos (tóxicos) o post hepatectomía, se ha tornado incapaz de eliminar una serie de sustancias generadas por mi propia enfermedad o como consecuencia de la insuficiencia hepática secundaria a la misma.

Me ha informado que este tratamiento, tiene como principal objetivo intentar retirar esas sustancias anormales o patológicas cuya acumulación es perjudicial y que se encuentran en mi plasma sanguíneo (la parte de mi sangre que no contiene células).

En ningún caso la terapia MARS busca resolver la causa de la insuficiencia hepática, pero si pretende dar tiempo a que los mecanismos propios de reparación del hígado permitan superarla (de allí que solo está indicada en aquellos casos en los que es viable la recuperación hepática espontánea o como puente a un trasplante hepático . en casos seleccionados-).

Para su realización es necesaria la colocación mediante punción, de catéteres en venas de gran calibre (denominadas vías centrales), localizadas a nivel de cuello, ingle o clavícula.

La colocación de la vía central será efectuada por un médico con conocimiento y capacitación adecuada para realizar la técnica (habitualmente un cirujano, un intensivista o un anestesiólogo).

A través de tales catéteres y mediante un sistema de tubos y bolsas estériles, se hace llegar mi sangre a una máquina separadora (máquina de Diálisis acoplada al sistema MARS) que se encarga de filtrar de manera selectiva la sangre (en la que está disuelta la proteína o sustancia nociva) y permite que mi sangre - una vez filtrada- me sea devuelta por la misma vía.

La diferencia entre una diálisis convencional y la técnica MARS, es que en esta última se busca aumentar la eficacia del filtrado o ~~de~~ detoxificación+ gracias al empleo de un sistema adicional en el que en vez de líquido de diálisis se utiliza Albúmina humana.

El número de sesiones que necesite puede variar en función de la enfermedad que padezco y los resultados que se vayan obteniendo. Será mi médico quien informará del programa más adecuado para mi caso concreto.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, eliminar de la sangre determinadas sustancias nocivas que están produciendo la enfermedad que padezco, con lo que mejorará la sintomatología que producen.

Asimismo, me ha explicado que los riesgos derivados de no recibir este tratamiento son muy variables según el tipo de enfermedad que motiva el uso del MARS (en mi caso \_\_\_\_\_), pero se resumen en el agravamiento de la sintomatología de mi enfermedad, lo que acabaría poniendo en peligro mi vida.

Además me ha informado de que el tratamiento no está exento de posibles efectos secundarios y riesgos y me ha explicado cuáles son. Me ha informado que puede producir:

- Calambres musculares (que se solucionan con cierta facilidad suministrando calcio).
- Descenso de la tensión arterial (hipotensión) debido a la circulación extracorpórea, malestar general o síncope (desmayo),
- Trombopenia (disminución en el número de plaquetas) lo cual podría favorecer un mayor riesgo de sangrado.
- Se añaden los riesgos propios del acceso vascular elegido para realizar la terapia MARS, destacando:
  - o Molestias en la zona de punción.
  - o Trombosis de la vena que se punciona.
  - o Sangrado en el sitio de la punción (hematoma).
  - o Punción arterial.
  - o Infección local o generalizada.
  - o Una de las complicaciones graves es la punción de la capa que rodea el pulmón (pleura), pudiendo entrar aire en ella. Esta complicación se denomina neumotórax. Si la cantidad es pequeña, se resuelve sola y no hay que hacer nada, pero si la cantidad fuera importante, sería preciso colocarme un tubo para facilitar la salida de aire.

Asimismo, me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo, raza, profesión, credo religioso, etc.) existen los siguientes riesgos adicionales:

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que:

Todas estas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas, y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento

**En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento:**

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma del paciente /representante

Firma del médico  
Nº Colegiado \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal que firma en lugar del paciente, indicándose la causa y el del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, Hijo/a, etc.).

Por ser menor de edad o estar incapacitado    Por delegación voluntaria    Porque la situación clínica del paciente no lo permita

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

En calidad de \_\_\_\_\_ **autorizo** la realización del procedimiento mencionado.

### DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgo del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN/REVOCACIÓN (*táchese lo que no proceda*) DE CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que puedan derivarse de ésta decisión.

Motivo: \_\_\_\_\_

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma del paciente /representante

Firma testigo

Firma del médico  
Nº Colegiado \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal que firma en lugar del paciente, indicándose la causa y el del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, Hijo/a, etc.).

Por ser menor de edad o estar incapacitado    Por delegación voluntaria    Porque la situación clínica del paciente no lo permita

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_