

1. ¿Qué es? Es una intervención quirúrgica que se realiza para intentar curar la infección y el crecimiento inadecuado de la uña del pie.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en extirpar la zona afectada, que incluye la piel y/o uña en parte o en su totalidad. En caso de que la matriz ungueal esté afectada, puede ser necesaria su extirpación completa. Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el servicio correspondiente.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Frecuentes (más del 10%):**

- a. Dolor postquirúrgico en el área intervenida.
- b. Cicatriz del abordaje quirúrgico.
- c. alteración del crecimiento ungueal.
- d. recidiva de uña encarnada.

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

- a. Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.
- b. Hematoma o lesión vascular.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. Recidiva del proceso (persistencia de la infección o reaparición de parte de la uña).
- e. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- f. Necrosis cutáneas.
- g. Amputación.
- h. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck.
- i. Síndrome compartimental.
- j. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- k. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

4. Consecuencias previsibles de su realización: curar la infección y el crecimiento inadecuado de la uña del pie.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no curar la infección.

6. Alternativas: se puede realizar un tratamiento conservador consistente en curas tópicas, tratamiento antibiótico y sintomático.

7. Riesgos en función de su situación: toda intervención quirúrgica, y por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto, médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales