

## **EXTIRPACIÓN DE UÑA**

### **Descripción del procedimiento**

Tras la administración de un anestésico local mediante punción en el dedo, se realizará, en función de cada caso, la extirpación parcial y completa de la uña enferma, asociada o no a matricectomía (extirpación de la matriz). Dicha matricectomía puede realizarse mediante extirpación o mediante abrasión química, y conlleva la ausencia definitiva de la uña en ese dedo.

### **Riesgos generales y específicos del procedimiento**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida. Alteración en la cicatrización de la herida. Crecimiento defectuoso de la uña. Dolor prolongado en la zona de la operación. Reacciones alérgicas locales al anestésico, como picor o enrojecimiento alrededor de la lesión. Reproducción de la lesión.

Riesgos poco frecuentes y graves: Reacciones alérgicas graves al anestésico, incluyendo shock anafiláctico. Infecciones graves en el dedo.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Núm. HC \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado

## DECLARO

- ✓ Que el Dr/a \_\_\_\_\_ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder a la extirpación de la uña \_\_\_\_\_.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, \_\_\_\_\_), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha informado que se pueden intentar tratamientos con antibióticos y curas locales, pero que en mi caso la cirugía es el tratamiento más eficaz.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- ✓ Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice la extirpación de la uña \_\_\_\_\_.

Firma del paciente<sup>10</sup>

Firma del médico

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

<sup>10</sup>En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.