



Consentimiento informado para la práctica de Cirugía ungueal.

Paciente D./Dña _____ Con D.N.I.- _____ y número de historia: _____, Diagnóstico: _____

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

A.- LO QUE USTED DEBE SABER

1.- En que consiste, para que sirve:

El objetivo de este procedimiento es la eliminación parcial/total de la uña, de forma temporal o permanente, evitando así el enclavamiento sobre la piel.

2.- Como se realiza:

La corrección de la deformidad de la uña se puede efectuar por numerosas técnicas: extracción total de la lámina ungueal con aplicación de sustancias causticas para que no vuelva a aparecer, extracción de la lámina y aplicación de sutura para evitar que nuevamente aparezca o sección y extracción de parte de la lámina ungueal y tejido periungueal aplicando sustancias causticas o sutura para evitar que vuelva a aparecer la deformidad.

El objetivo de la intervención consiste en aliviar el dolor y/o corregir la deformidad de la uña, prevenir el dolor, la infección, la aparición de otras deformidades y mejorar la marcha.

El procedimiento precisa habitualmente de anestesia local.

3.- Que efectos le producirá:

Pueden producirse pequeñas molestias locales en la zona donde se realiza la eliminación parcial/total de la uña, como cualquier otra cirugía menor.

4.- En que le beneficiará:

Es la mejor medida para resolver su problema. Al retirarle la causa de su dolencia (la uña o porción de ella) y tratarle la raíz (la parte donde crece la uña), estamos intentando que el problema de salud desaparezca.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no podemos garantizar la reaparición de la uña encarnada, obligando a veces a una nueva intervención quirúrgica.

5.- Que otras alternativas tiene:

Tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios, calzado adecuado, visitas regulares al podólogo para higienizar la uña y los tejidos adyacentes con fresado y eliminación de las hiperqueratosis periungueales, pero no para corregir la deformidad

5.- Que riesgo tiene:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- LOS MÁS FRECUENTES:

- No hay complicaciones frecuentes. En ocasiones, pueden surgir problemas leves:
 - Por el uso de anestésicos locales, hay personas que sufren pequeños desmayos. Si a usted le ha ocurrido alguna vez, debe avisar antes de la intervención.
 - Alteraciones de la sensibilidad en la zona, como dolor o disminución de la sensibilidad.
 - Infecciones en la herida.
 - Hemorragias/hematomas (morados). -
 - Cicatrices irregulares.

- LOS MÁS GRAVES:

- De forma excepcional, se producen complicaciones graves por el uso de anestésicos locales. Estas alteraciones pueden ser neurológicas o cardíacas.
- Alteraciones neurológicas como: - Mareos. - Vómitos. - Dolores de cabeza. - Temblores o convulsiones.
- Alteraciones cardíacas como: - Bajada de la tensión. - Palpitaciones. - Alteraciones de la frecuencia del corazón. - Paro cardíaco.
- Excepcionalmente se puede sufrir reacciones de alergias como: - Rojeces o inflamaciones en la piel que provocan una quemazón intensa (urticaria). - Dificultad respiratoria. - Paro cardíaco.

Otros riesgos, aunque muy poco frecuentes, que podrían ocurrir son:

- Deformidades que podrían ser de funcionalidad o estéticas en la zona donde se realiza la intervención.

6.- Otras cuestiones para las que les pedimos su consentimiento.

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

B.- ESQUEMA GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN EN SI:

C.- DECLARACION DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo Don/Dña _____ he leído la hoja de información que me ha entregado el/la Podólogo D/Dña _____ con número de Colegiado _____. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el podólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones de la misma forma que AUTORIZO a la práctica de técnica requerida, así mismo queda implícitamente autorizada la exploración física previa y de laboratorio, así como la toma de fotografía o vídeo con fines exclusivamente científicos. De igual forma me comprometo a seguir los consejos y recomendaciones que me sean ordenados para el período postoperatorio así como a asistir a consulta para las curas y revisiones que sean precisas.

CONSIENTO que se me realice el procedimiento quirúrgico de :

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A

Fdo. EL / LA PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL

D.- REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña _____ REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento de _____

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A

Fdo. EL / LA PACIENTE