

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO POR FOTOCAUTERIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE ONICOCRIPTOSIS / UÑA INCARNADA

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 que debe plasmarlo en la fórmula de revocación de tratamiento 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. Datos de Identificación del Paciente y Podólogo

Paciente D./Dña: _____

Con D.N.I.- _____ y Número de historia: _____

Diagnóstico: _____

Podólogo D/Dña _____ nº de Colegiado _____

B. Exposición del procedimiento, alternativas, consecuencias y riesgos

El objetivo de este procedimiento es la eliminación parcial/total de la uña, de forma permanente, evitando así el enclavamiento sobre la piel. La corrección de la deformidad de la uña se puede efectuar por numerosas técnicas: extracción total o parcial de la lámina ungueal y tejido periungueal con aplicación de sustancias causticas, suturas y fotocauterización de la matriz ungueal con **LaserCure Diodo** para que no vuelva a aparecer. 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.

La intervención quirúrgica es la mejor medida para resolver su problema. Al retirarle la causa de su dolencia (la uña o porción de ella) y tratarle la matriz ungueal (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.

Como alternativa al tratamiento quirúrgico existe el tratamiento con analgésicos antiinflamatorios y antibióticos en caso de infección, 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

El LaserCure de diodo como alternativa terapéutica

En el tratamiento de la onicocriptosis o uña incarnada el Laser de Diodo ha demostrado ser muy eficaz debido a la precisión de la vaporización y a su capacidad de tratamiento completo en una sola sesión, el porcentaje de cura es muy elevado, llegando en ocasiones al 96% de las lesiones tratadas.

La ablación precisa que se puede lograr con el LaserCure Diodo permite la desnaturalización proteica de las células matriciales ungueales exclusivamente evitando el crecimiento de la uña por el lugar fotocauterizado, sin producir daños colaterales en tejidos adyacentes no matriciales.

Que efectos secundarios y riesgos puede presentar el tratamiento con LaserCure de Diodo

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.

Las más leves y más frecuentes (<12% de los casos):

- Dolor en la zona de punción y fotocauterización.
- Hipopigmentación en la cicatriz.
- Infección en la zona tratada.
- Recurrencia de la lesión.

Las más graves y menos frecuentes (<95 de los casos):

- Tras la intervención puede mantener sensación de hormigueo y falta de sensibilidad por unos días que se pueden prolongar durante algún mes.
- Reacción de tipo valgal (mareo, vómitos).
- Cicatriz hipertrófica, fibrosa o antiestética.

Que precauciones debo tener durante el tratamiento con LaserCure de Diodo

El día del tratamiento es conveniente que utilice ropa y calzado cómodo y ancho, le solicitaremos que utilice unas gafas especiales, que se le facilitarán en consulta, para proteger sus ojos.

Una vez tratada la lesión deberá de tratar con cuidado la zona, siguiendo las recomendaciones que se darán tras la aplicación del tratamiento, que generalmente serán limpieza de la zona con jabón, secado minucioso y aplicación de algún medicamento en forma de crema o pomada que ya se le recomendará.

Otras cuestiones para las que le 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.

Diagrama o imágenes explicativas del procedimiento si fueran necesarias



C. Fórmula de consentimiento de aplicación de tratamiento de Laser Cure diodo

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 científicos y comerciales (Cartelería o redes sociales) salvaguardando siempre mi identidad . 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 de fotocauterización por Laser Cure Diodo de para el tratamiento de la onicocriptosis que padezco en el/los dedos _____ Para ello firmo el presente consentimiento en _____ con fecha _____

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A Fdo. EL / LA PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL

Revocación de consentimiento

Yo, Don/Dña _____ **REVOCO el consentimiento prestado** en fecha. _____ y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento anteriormente descrito En _____ con fecha _____

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A Fdo. EL / LA PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL