

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN PODOLOGÍA



Título del Trabajo Fin de Grado: CURA SECA VS CURA HÚMEDA EN EL MANEJO POSTQUIRÚRGICO DE LA TÉCNICA FENOL-ALCOHOL COMO TRATAMIENTO DE LA ONICOCRIPTOSIS.

AUTOR: CASADO FERNÁNDEZ, SARA

Nº expediente: 105

TUTOR: MARTI MARTINEZ, LUIS MIGUEL

COTUTOR: SANCHEZ PEREZ, SALVADOR PEDRO

Departamento y Área: PSICOLOGÍA DE LA SALUD. ENFERMERIA

Curso académico: 2016 - 2017

Convocatoria de: JUNIO

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	6
1. Breve historia de la Onicocriptosis:	6
2. Etiología:	6
3. Clasificación:	7
4. Tratamientos:	8
5. Manejo postoperatorio:	12
JUSTIFICACIÓN	14
HIPÓTESIS	14
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
a) Diseño del estudio:	16
b) Muestreo:	16
c) Criterios de inclusión y exclusión:	17
d) Protocolo de actuación de pacientes:	17
e) Descripción de variables y recogida de datos:	21
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	30
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXO I Consentimiento informado	34
ANEXO II Protocolo curas y visitas programadas	37
ANEXO III Recomendaciones postquirúrgicas	38
ANEXO IV Hoja de recogida de datos	41

RESUMEN

Introducción: La onicocriptosis es una patología de la uña que afecta a un porcentaje elevado de la población, sobre todo en la segunda década de la vida. Hay estudios que relevantes sobre el tratamiento quirúrgico de esta patología pero pocos lo hacen sobre el manejo postoperatorio, por lo que este estudio preliminar para la elaboración de un futuro ensayo clínico va a analizar los beneficios que supone el uso de aplicaciones tópicas de Prontosan® solución induciendo un ambiente seco frente a una cura en ambiente húmedo.

Objetivo: Demostrar la eficacia y seguridad del uso de Prontosan® en el manejo postoperatorio de la técnica fenol-alcohol en el tratamiento de la onicocriptosis.

Material y métodos: Entre Noviembre de 2016 y Marzo de 2017 fueron estudiados 15 pacientes asignados aleatoriamente en Grupo P [Prontosan®](n=8) y Grupo S [sulfadiazina argéntica] (n=7). Un seguimiento a nivel postquirúrgico evaluó la evolución del dolor a través de una escala visual analógica (VAS), los tiempos de curación, grado de satisfacción de los pacientes y presencia de infección en los 30 primeros días. Los datos obtenidos se procesaron a través de la prueba Mann-Whitney con sistema IBM SPSS Statistic 23.

Resultados: No hubo diferencias estadísticamente significativas en la reducción del dolor postoperatorio pero sí la hubo en los tiempos de recuperación a favor del Grupo P frente al Grupo S, tanto en la retoma de las Actividades básicas de la vida diaria como en el retorno a las actividades deportivas (p=0,014) y (p<0,001) respectivamente. En el inicio de uso del calzado habitual tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al grado de

satisfacción se observó que los pacientes del Grupo P aseguraban una mayor adhesión al tratamiento con respecto al S ($p=0,029$). Un caso de infección se detectó en los pacientes tratados con cura húmeda frente a los tratados con seca por lo que se obtuvo una tasa de éxito del 100% en este último grupo.

Conclusión: Aplicaciones tópicas de Prontosan® solución en el manejo postquirúrgico de la técnica fenol-alcohol para el tratamiento de la onicocriptosis es más eficaz y seguro que las inducciones a ambientes húmedos.

Palabras clave: onicocriptosis, fenol-alcohol, Cura seca, Cura húmeda.

ABSTRACT

Introduction: Onychocryptosis is a very common pathology affecting a high rate of the population, especially during the second decade of life. Relevant researchs on the surgical treatment of this pathology have been carried out, but few on post-operative treatment, hence, this preliminary study research on the future RCT development will analyze the benefits of the use of topical applications of Prontosan® Solution inducing a dry environment against a cure in a humid one.

Objective: To demonstrate the effectiveness and safetness of Prontosan® use in the post-operative of the phenol-alcohol technique in the onichocryptosis treatment.

Material and methods: Between November 2016 and March 2017, 15 patients randomly assigned to Group P [Prontosan®] ($n = 8$) and Group S [silver sulfadiazine] ($n = 7$) were studied. A post-surgical follow-up assesed the progression of pain through the VAS scale, healing times, patient satisfaction,

and infection in the first 30 days. The obtained data were processed throughout the Mann-Whitney test with the IBM SPSS Statistic 23 system.

Results: No significant difference from a statistic point of view were found in postoperative pain reduction, but there was a recovery time in favor of the P Group versus the S Group, both in the return of the BADL (Basic activities of daily living) and in the practice of sportive activities ($p = 0.014$) And ($p < 0.001$) respectively, as opposed to the usual use of footwear where there were also no significant differences. Regarding the satisfaction degree, the patients in Group P ensured a greater adhesion to treatment with respect to S ($p = 0.029$). A case of infection was detected among the patients treated with a wet treatment in compared to dry treatments, therefore a 100% success rate was obtained in the latter group.

Conclusion: Topical applications of Prontosan® solution in the post-surgical management of the phenol-alcohol technique on the onychocryptosis treatment is more effective and safer than induction to humid environments.

Key words: Onychocryptosis, phenol-alcohol, DryCure, WetCure.

INTRODUCCIÓN

1. Breve historia de la Onicocriptosis:

El término onicocriptosis deriva del griego ónyx (uña) y kryptós (escondida) y fue definida en 1845 por Lewis Durlacher como “uña que crece hacia el interior de la carne”, lo que indica que la uña crece y se ensancha provocando dolor e inflamación, pero esta definición es confusa ya que el crecimiento ungueal depende directamente de la matriz y el ancho de la uña depende del ancho de la matriz. No hay evidencias de que la matriz ungueal se ensanche en personas con onicocriptosis. Hay estudios que han demostrado que, en la mayoría de los casos, la causa subyace en el rodete lateral, que se inflama e invade la zona de crecimiento normal de la uña. Duvries introdujo el término “hipertrofia de los labios o rodetes ungueales”¹ mucho más acertado y descriptivo. Ciertas morfologías ungueales pueden provocar la aparición de onicocriptosis por presión patológica sobre el rodete periungueal y el lecho subungueal.

En la actualidad lo definiremos como alteración del aparato ungueal en la que la lámina lesiona el rodete periungueal por el continuo traumatismo que provoca su crecimiento. Es muy común y provoca dolor, inflamación y limitación funcional.

En nuestro contexto, se localiza principalmente en el primer dedo del pie, aunque es posible encontrarla en dedos menores.² Afecta principalmente a adultos jóvenes en la segunda década de la vida con ligero predominio del sexo femenino³. En inglés el término utilizado es Ingrown Toenail.

2. Etiología:

El origen es multifactorial y los factores que la producen o la empeoran son:

- Calzado inadecuado: el tacón alto desplaza los dedos hacia la puntera y la puntera estrecha provoca presión en la cara dorsal de la uña y medial del dedo.
- Corte incorrecto de uñas: corte redondeado, onicofagia o uso de material inadecuado.
- Traumatismos directos sobre la lámina o sobre la matriz que generan lesiones permanentes.
- Alteraciones biomecánicas: hallux valgus, pie plano, etc.
- Obesidad y diabetes
- Deformidad patológica ungueal
- Hiperhidrosis por la maceración y erosión de los tejidos periungueales por parte de la uña.
- Yatrogenias quirúrgicas
- Fórmula digital egipcia
- Post tratamiento con Terbinafina e Indinavir⁴

La evolución de la onicocriptosis la podemos estudiar mediante los estadios de Klein⁵ (2008).

3. Clasificación:

- I: Irritación local, no infección, pus o tejido de granulación.
- II: Infección sin antecedentes de onicocriptosis. Presencia de pus y/o tejido de granulación.
- III: Infección con antecedentes de onicocriptosis. Presencia de pus y/o tejido de granulación.
- IV: Presencia de infección con onicolisis parcial de un borde

- V: Presencia de infección con onicolisis parcial de ambos bordes de la uña⁵.

4. Tratamientos:

Cabe destacar que hay una amplia variedad de tratamientos quirúrgicos para esta patología, que variarán en función del estadio y de la experiencia o preferencia del profesional (Tabla 1):

- *Suppan I*: onicocriptosis con afectación lámina ungueal y sin hipertrofia de rodete ungueal. Exéresis de la porción ungueal afectada + matricectomía mecánica.
- *Frost*: onicocriptosis con afectación de la lámina ungueal incurvada sin hipertrofia de rodete periungueal. Exéresis de la porción afectada con incisión sobre el eponiquio que permite exposición de la matriz para su eliminación mecánica.
- *FENOL-ACOHOL*: cuando hay alteración de la lámina ungueal, sin hipertrofia importante del rodete. Se puede realizar en condiciones de asepsia deficiente y en pacientes con diabetes mellitus tipo I y II controlada. Exéresis de la porción afectada + cauterización fenólica.
- *Reconstrucción estética*: con afectación de lámina ungueal e hipertrofia leve de rodetes. Exéresis de parte afectada + matricectomía mecánica + resección de tejido.
- *Winograd*: para casos con afectación de la lámina e hipertrofia moderada-severa de rodetes periungueales. Exéresis de la parte afectada + matricectomía mecánica + exéresis del tejido hipertrófico con incisiones proximal y distal.²

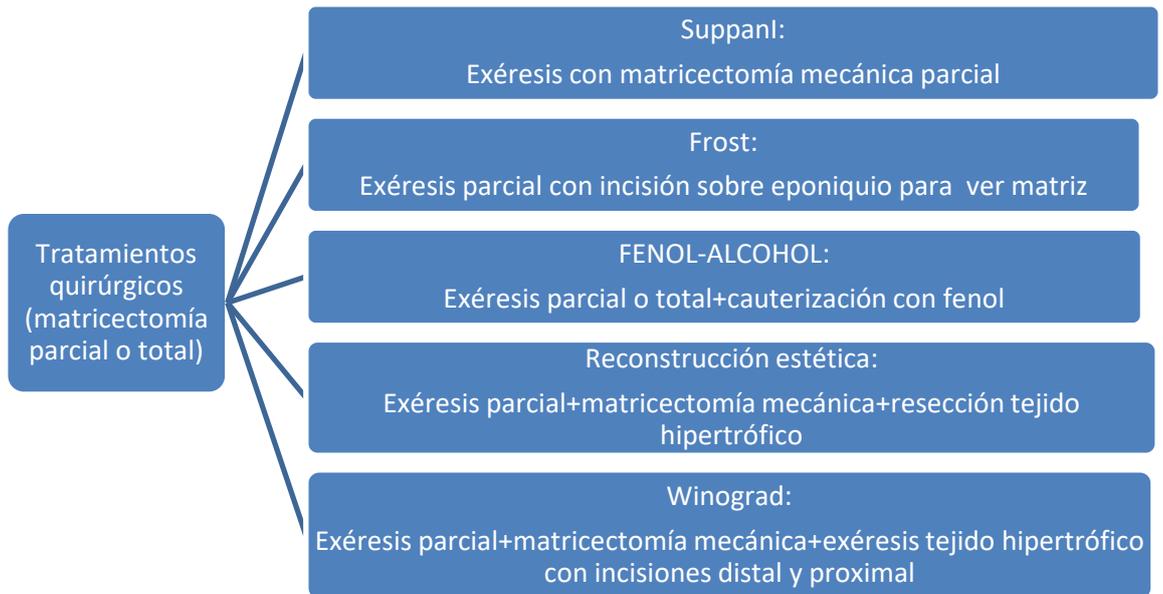


Tabla 1. Tratamientos quirúrgicos

Un buen algoritmo terapéutico fue descrito también por Klein⁵ (Foto 1) donde estableció, a través de las técnicas anteriormente descritas, qué procedimientos debían utilizarse en función del estadio en el que nos encontrásemos.

- Estadio I: conservador, espiculotomía, antisépticos. Si recidiva matricectomía mecánica o química(fenol)
- Estadio II: Espiculotomía, Suppan I, Fenol-alcohol
- Estadio III: Espiculotomía, Suppan I, fenol-alcohol, Winograd y Reconstrucción estética.
- Estadios IV y V: Tratamiento previo de la infección y técnicas anteriores excepto Fenol-alcohol.

En dicha clasificación, Kline establece que en los 3 primeros estadios está aconsejada la cauterización de la matriz ungueal, no así en los dos últimos ya

que la onicolisis que presenta la lámina podría favorecer la diseminación del fenol por el resto de lecho y generar un daño permanente.

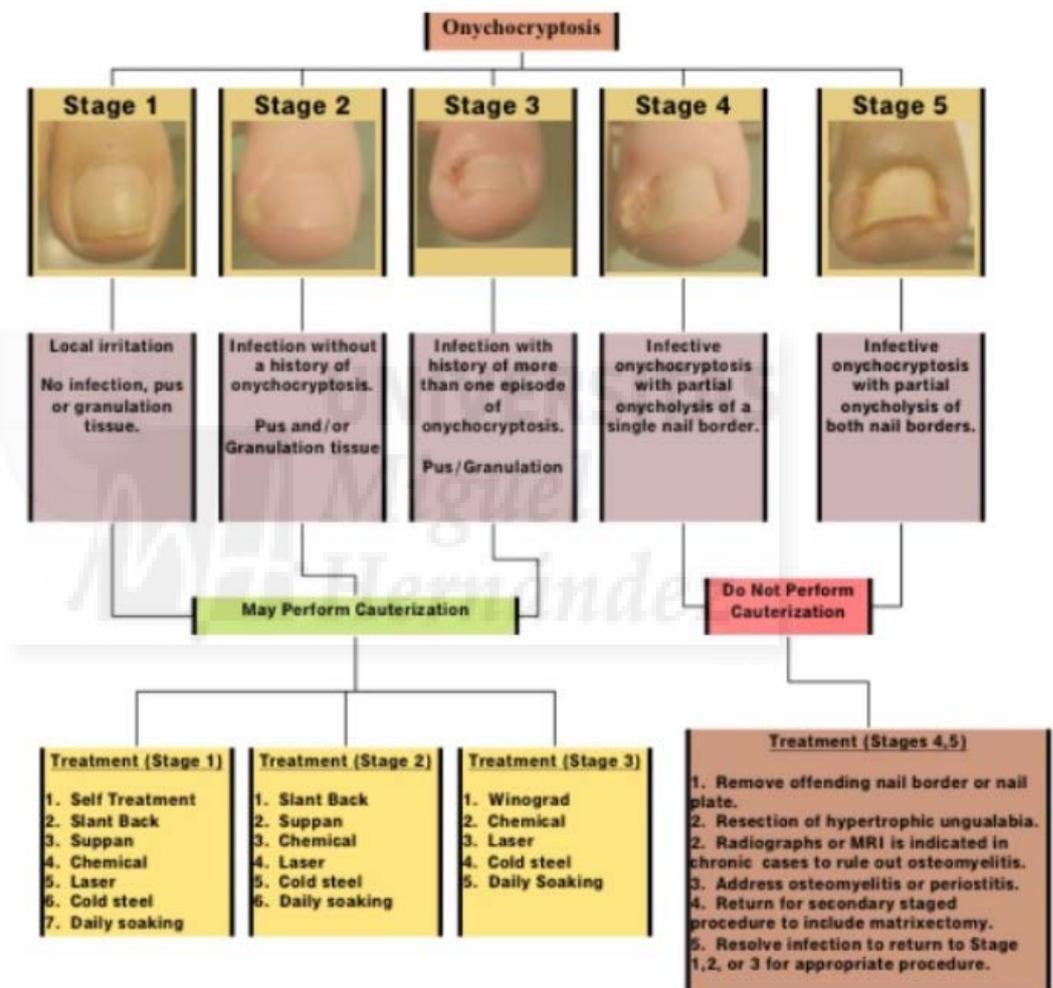


Foto 1. Algoritmo terapéutico⁵

En nuestro estudio vamos a utilizar la técnica fenol-alcohol. El fenol es un compuesto químico que aplicado localmente, ejerce una acción a cuatro niveles:

- Acción cáustica sobre piel y mucosas.

- Acción germicida, ya que el fenol es un agente antiséptico activo contra microorganismos Gram + y Gram – a concentraciones del 2,5%, siendo menos activo frente a hongos, esporas y virus.
- Acción anestésica, ya que al penetrar en la piel actúa sobre las terminaciones nerviosas sensitivas (en soluciones al 2,5%) precedida de una sensación de calor y hormigueo.
- Acción antipruriginosa, debido a la liberación de mediadores analgésicos como mecanismo de defensa del propio organismo al efecto anestésico anteriormente citado.¹⁹

El uso de la técnica fenol-alcohol está avalada por los estudios de Caraca, Zaraa y Vaccari.

- Nezh Caraca de 2012⁶ establece que la escisión parcial de la matriz combinado con ablación fenólica fue muy eficaz debido a su tasa de éxito a largo plazo con una tasa de éxito del 99,7% a los 2 años, así como en el tiempo de curación de la lesión secundaria siendo de entre 2-4 semanas. La limitación de este estudio es que no tenía grupo control para comparar.
- Zaraa I et al de 2013⁷ concluyó que la técnica fenol-alcohol es el procedimiento de elección para uñas encarnadas por su baja morbilidad y su alta tasa de éxito a largo plazo (21 meses).
- Vaccari S en 2010⁸ determinó que esta técnica es un excelente método quirúrgico obteniéndose una baja morbilidad y una alta tasa de éxito (98,5%) tanto a corto como a largo plazo (36 meses).

El resumen de los tratamientos con Fenol-alcohol podemos cotejarlo en la tabla 2.

AUTORES	AÑO	PACIENTES(n)	TÉCNICA	RESULTADOS
Nezih Caraca et al ⁶	2012	225 pacientes(348 matricectomías)	Fenol-alcohol/Matricectomía simple	Éxito 99,7%/95% en 2 años respectivamente
Zaraa I et al ⁷	2013	146 pacientes(171 matricectomías)	Fenol-alcohol	Éxito 97,3% en 21 meses
Vaccari S et al ⁸	2010	139 pacientes(197 matricectomías)	Fenol-alcohol/Matricectomía simple	Éxito 98,5%/95,7% en 36 meses respectivamente

Tabla 2: Comparación de tratamientos con Fenol-Alcohol

Tras la cirugía, viene la curación del paciente. El postoperatorio.

5. Manejo postoperatorio:

En cuanto a la cura postquirúrgica hay unos protocolos establecidos que basan en inducir un ambiente húmedo los primeros días a base de la aplicación tópica de sulfamidas, en concreto la sulfadiazina argéntica que es bactericida y fungicida actuando sobre la pared y membrana citoplasmática. Es eficaz frente a una variedad de Gram + (*S. aureus*) y Gram - (*P. aeruginosa* y enterobacterias) así como *Cándida*, aunque la indicación principal de este producto son las quemaduras grado 2 y 3⁹. Este protocolo proseguiría con curas secas de povidona yodada hasta la finalización del proceso. Este protocolo está descrito en el manual de cirugía ungueal de A. Martínez Nova² y sobre el que me he basado a la hora de establecer el grupo S del estudio.

Por otro lado está la posibilidad de establecer una cura seca desde el principio (intraoperatoria) a base de antisépticos cuya eficacia haya sido demostrada (polihexanida) y cuyo uso está descrito en aplicación intraoperatoria por Ricardo Becerro en 2011¹⁰ donde se la comparó con aplicaciones de solución salina y

nitrofurazona, viéndose una reducción muy significativa de la carga bacteriana y una eficacia del 100% en la posibilidad de no incurrir en una infección postoperatoria.

La Polihexanida es un antiséptico del grupo de las Biguanidas cuyo nombre comercial es Prontosan® (composición: agua purificada + 0,1% undecilenamidopropil betaína + 0,1% polihexanida). Fue introducido en Europa en la década de los 80 y posee capacidad microbicida contra un amplio espectro de bacterias¹¹.

Es el primer antiséptico conocido con una acción específica contra las capas de células de carga negativa de células procariontas, siendo algo menos eficaz contra las membranas lipídicas en células eucariotas.¹⁰ Su estructura y modo de acción son similares a los de los péptidos antibacterianos que actúan interrumpiendo las membranas microbianas.

Broxton P. et al¹³ demuestra su eficacia en la prevención de la penetración y propagación sistémica de Pseudomona Aeuriginosa en el entorno de heridas crónicas.

Cabe destacar, para su uso en clínica, que no se han encontrado resistencias conocidas a la Polihexanida, probablemente debido a su efecto bactericida rápido y no específico. Tampoco causa dolor su aplicación y es muy bien tolerado en pacientes con pieles atópicas.

Los pacientes tratados con Prontosan® han configurado el grupo P del estudio.

JUSTIFICACIÓN

En base a que en la bibliografía actual revisada no hemos encontrado estudios que induzcan a un ambiente seco desde el momento intraoperatorio hasta la total curación de la lesión postquirúrgica en el manejo postoperatorio y tras la técnica fenol-alcohol para el tratamiento de onicocriptosis, nos planteamos establecer un nuevo protocolo postquirúrgico basado únicamente en aplicaciones diarias de Prontosan[®] solución, por su capacidad microbicida frente a un amplio espectro de bacterias, asociado a la acción germicida intrínseca del fenol contra una gama amplia de microorganismos Gram positivos y negativos, frente a protocolos establecidos en la actualidad, como es el que aparece en el manual de cirugía ungueal de A.Martinez Nova² en el que se inducen ambientes húmedos a base de aplicaciones intraoperatorias de Mupirocina tópica, prosiguiendo con curas a base de Sulfadiazina argéntica pomada (13 primeros días) y acabando con aplicaciones de Povidona yodada hasta la completa resolución.

HIPÓTESIS

La cura postquirúrgica, en el manejo postoperatorio de la técnica quirúrgica fenol-alcohol para el tratamiento de onicocriptosis, en ambiente seco a base de irrigaciones de Pontosan[®] solución reduce el tiempo de curación, dolor, tasa de infección y aumenta grado de satisfacción frente a la inducción de un ambiente húmedo, en el mismo procedimiento anteriormente mencionado, con aplicaciones diarias de Sulfadiazina argéntica.

Para ello se establece la Hipótesis H₀: No existe diferencias entre tratamientos. Como hipótesis alternativas establecemos: Hipótesis H₁: El Tratamiento con Sulfadinazina argéntica reduce el tiempo de curación, dolor, tasa de infección y aumenta el grado de satisfacción. Hipótesis H₂: El Tratamiento con de Pontosan[®]

solución reduce el tiempo de curación, dolor, tasa de infección y aumenta grado de satisfacción.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Demostrar la eficacia y seguridad del uso de Prontosan[®] en el manejo postoperatorio de la técnica fenol-alcohol indicado en el tratamiento de la onicocriptosis.

Objetivos específicos:

- Valorar el grado de satisfacción de los pacientes tratados con Prontosan[®] solución en el manejo postquirúrgico de la técnica fenol-alcohol indicada en onicocriptosis y los pacientes tratados con cura húmeda a base de Sulfadiazina argéntica pomada.
- Valorar el tiempo de curación del grupo tratado con Prontosan[®] solución en el manejo postquirúrgico de la técnica fenol-alcohol indicada en onicocriptosis y el grupo tratado con cura húmeda a base de Sulfadiazina argéntica pomada.
- Valorar el dolor postoperatorio del grupo tratado con Prontosan[®] solución en el manejo postquirúrgico de la técnica fenol-alcohol indicada en onicocriptosis y el grupo tratado con cura húmeda a base de Sulfadiazina argéntica pomada.
- Valorar la tasa de infección del grupo tratado con Prontosan[®] solución en el manejo postquirúrgico de la técnica fenol-alcohol indicada en onicocriptosis y el grupo tratado con cura húmeda a base de Sulfadiazina argéntica pomada.

MATERIAL Y MÉTODOS

a) Diseño del estudio:

Ensayo clínico preliminar aleatorizado de seguimiento longitudinal dentro de los estudios experimentales en el que se pretende comparar un grupo de pacientes tratados con Prontosan[®] solución con otro grupo de pacientes tratados con cura húmeda a base de Sulfadiazina argéntica pomada en el manejo postoperatorio de la técnica fenol-alcohol para el tratamiento de onicocriptosis.

Entre Noviembre de 2016 y Marzo de 2017 se estudiaron a 15 pacientes (11 mujeres / 4 hombres) con diagnóstico de onicocriptosis estadios I, II, III según la clasificación Klein 2008⁵ que se sometieron a matricectomías químicas parciales y completas del hallux (29 canales y 1 avulsión completa) y completas del 5º dedo (2) utilizando una solución de fenol al 90% post neutralización con irrigaciones de alcohol 70º llevadas a cabo en la clínica podológica López-Belío ubicada en la ciudad de Benidorm (Alicante).

b) Muestreo:

Se trata de un muestreo consecutivo en el que se establecían dos grupos; grupo P (Prontosan) y grupo S (Sulfadiazina argéntica).

El método de aleatorización que se utilizó en este estudio se basó en incluir a los pacientes en un grupo o en otro en función del día de la intervención (días impares=grupo P / días pares=grupo S). Para evitar posibles sesgos solo la autora de este estudio era conocedora de dicho método.

c) Criterios de inclusión y exclusión:

- *Criterios de exclusión:*
 - Uso de antibioterapia oral o tópica en los 15 días anteriores.
 - Enfermedades que cursen con alteraciones cognitivas que impidan obtener datos claros del proceso.
 - Diabéticos NO controlados.
 - Estadios IV y V en la clasificación de Klein⁵ por su contraindicación del uso de fenol por presencia de onicolisis y riesgo de diseminación por el lecho sano del fenol.
 - Presencia de hiperhidrosis.
 - Edad inferior a 3 años.
- *Criterios de inclusión:*
 - Edad igual o mayor a 3 años.
 - Presencia de patología en estadio I, II, III.
 - No haber sido intervenidos quirúrgicamente con anterioridad.

d) Protocolo de actuación de pacientes:

A los pacientes candidatos y que aceptaban dicho procedimiento se les programaba fecha para intervención y se les suministraba un consentimiento informado propio del acto quirúrgico facilitado por la clínica y un consentimiento informado para la inclusión en el estudio (anexo I), así como del protocolo de curas y visitas programadas (anexo II) y una hoja de recomendaciones postquirúrgicas (anexo III). Estos últimos se elaboraron específicamente para este estudio.

- **Preparación de los pacientes:**

Los pacientes debían de seguir su rutina normal de higiene y ABVD previa a la cirugía.

- **Descripción de la técnica quirúrgica:**

1. Pincelado de la zona de intervención, espacio interdigital y región perilesional dorsal y plantar con povidona yodada con gasa estéril.
2. Aplicación de anestesia troncular con 2cc de Mepivacaína 2% dejando un tiempo de actuación que oscilaba entre 10-15 minutos.
3. Isquemia digital con anillo de látex.
4. Avulsión ungueal total o parcial según el caso.
5. Legrado no agresivo de la matriz con cucharilla de Wolkmann.
6. Protección perilesional con vaselina y aplicación de solución fenólica al 90% (2 repeticiones) con neutralización alcohólica 70% posterior.

El procedimiento se puede ver en la Foto 2.



Foto 2. Procedimiento quirúrgico

- **Cura postquirúrgica:**

Tras el acto quirúrgico comienza la diferenciación de ambos grupos: Grupo S (aplicación tópica de Mupirocina pomada); Grupo P (irrigación de Prontosan® solución). En el grupo P se dejaba secar dicha solución durante 3 minutos y en ambos casos se realizaba vendaje oclusivo a base de gasa estéril + apósito adhesivo + malla compresiva (Tubinet^R) (Foto 3).



Foto 3. Cura intraoperatoria

A ambos grupos se les pautaba analgesia postquirúrgica, Enantyum 25 mg c/12h las primeras 48h asociado a 1 comprimido Omeprazol 20mg diario como protector gástrico.

- **Seguimientos y cuidados postoperatorios:**

1. **48h:** valoración de lesión y realización de 1ª cura.

A partir de este momento el paciente puede realizarse las curas en domicilio 1 vez/día: Grupo S (curas diarias a base de limpieza con SSFF+ aplicación tópica de Sulfadiazina argéntica + gasa + apósito

oclusivo); Grupo P (irrigaciones diarias de Prontosan® solución + gasa + apósito oclusivo) (Foto 4).



Foto 4. Cura postquirúrgica

2. **Día 6:** para nueva revisión y se les recomienda continuar con mismas recomendaciones anteriores.
3. **Día 13:** Si no hay complicaciones, en el grupo S se cambia a cura seca a base de aplicación tópica de Povidona yodada solución y el grupo P continúa de igual forma que anteriormente.
4. **Día 22:** si todo evoluciona favorablemente el paciente debe de dejar de hacerse curas domiciliarias y acabaría el proceso de seguimiento.



Foto 5: Paciente cura seca.

Foto 6: Paciente cura húmeda

e) Descripción de variables y recogida de datos:

- Dolor (anexo IV): a través de escala VAS (0-10 siendo 0 ausencia total de dolor y 10 el peor dolor imaginable). Se suministraba en el momento prequirúrgico y en todas las revisiones programadas.
- Tiempo de curación (anexo IV): en base a los estudios de Kruijff 2008¹⁴ se establece el criterio de ALTA en función de:
 - Días que tardan en usar calzado habitual
 - Días que tardan en realizar ABVD habituales
 - Días que tardan en retomar actividades lúdicas y deportivas

Se les solicitaba el mismo día de la intervención que recogieran dichos datos y se nos aportasen el día de la última revisión.

- Presencia de infección (anexo IV): Variable dicotómica. SI/NO. En base a la definición de infección quirúrgica por Centers of Disease Control and Infection y un estudio de Horan TC de 1992¹², ésta se debería de producir dentro de los 30 días posteriores a la cirugía y debería presentar al menos uno de los siguientes criterios: drenaje purulento, inflamación local y/o cultivo microbiológico positivo.
- Grado de satisfacción (anexo IV): se utiliza la escala usada por Kruijff en 2008¹⁴ dada la ausencia de alguna otra validada para analizar este ítem en el manejo postoperatorio de la técnica fenol-alcohol para onicocriptosis, por ser bastante reciente y por aparecer en una revista con un factor de impacto importante y una clasificación JCR muy buena. Se establece una escala del 1-10 (siendo 1 muy descontento y 10 muy satisfactorio). Se les suministraba a todos los pacientes el último día de revisión.

RESULTADOS

En cuanto al análisis de las variables, la Prueba de Mann-Whitney fue usada para la comparación a través del sistema IBM SPSS Statistic 24 por no poder determinar si la distribución es normal debido a la escasa muestra de la que se disponía.

Los resultados estadísticos se mostraron con intervalos de confianza del 95%.

Un valor de $p < 0,05$ fue considerado significativo.

Se analizaron 15 pacientes, con un total de 32 procedimientos quirúrgicos, los cuales fueron asignados de forma aleatorizada al grupo P (n=8) y al grupo S (n=7). La edad media fue 42,7 años (DE=23,927 años), con 4 hombres y 11 mujeres (26,7% / 73,3% respectivamente).

6 pacientes fueron intervenidos del pie derecho, 5 del izquierdo y 4 lo fueron de ambos pies (Tabla 3). A su vez 5 pacientes fueron intervenidos de ambos canales de un hallux, otros 4 lo fueron de ambos canales de ambos hallux, 3 de ellos sufrieron avulsiones completas (1 paciente del hallux y dos del 5° dedo), un único paciente fue intervenido sólo del canal peroneal y por último 2 lo fueron solo del canal tibial (Tabla 4).



Tabla 3: Pie afecto

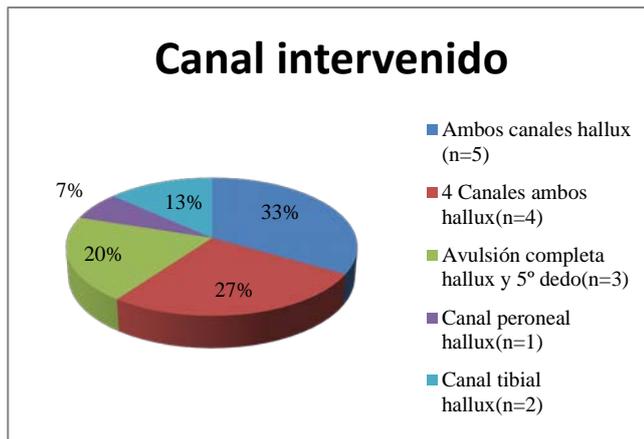


Tabla 4: Pie intervenido

Los parámetros de evaluación principales fueron: evolución del dolor (VAS), tiempo de curación, presencia de infección y grado de satisfacción.

En el manejo postquirúrgico con técnica seca no hubo ni un solo caso de infección, no habiendo ocurrido lo mismo en el grupo tratado con cura húmeda en el que encontramos un caso (Tabla 5).

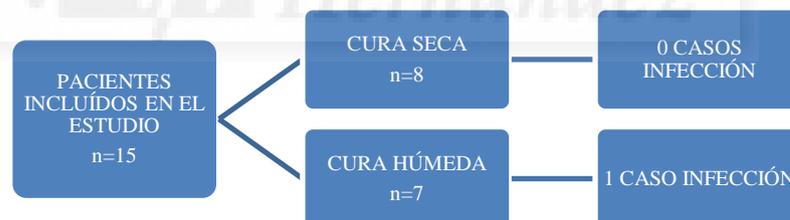


Tabla 5: Tasa de infección

Los pacientes mostraron un grado de satisfacción significativo a favor del grupo P, obteniendo una media de 9,5 puntos con respecto al grupo S, cuya puntuación fue de 8,4 ($p=0,029$) (Tabla 6).

Resumen de contrastes de hipótesis GRADO DE SATISFACCIÓN				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Grado Satisfacción es la misma entre las categorías de Tipo de cura.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,029 ¹	Rechace la hipótesis nula.
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es ,05.				
¹ Se muestra la significación exacta para esta prueba.				

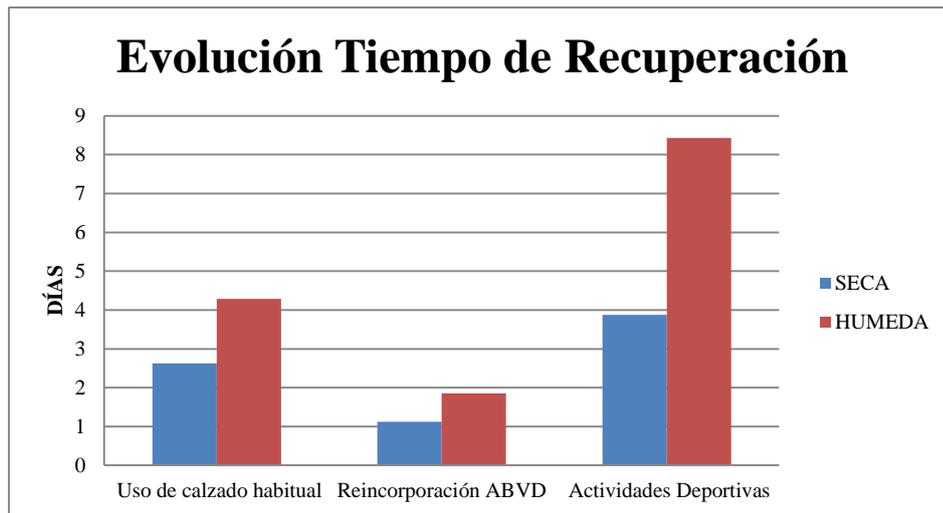
Tabla 6: Resumen hipótesis Grado de Satisfacción

En cuanto al tiempo de curación se observó una reducción significativa a favor del grupo P en los tiempos de reincorporación a las actividades deportivas con respecto al grupo S, siendo la media de 3,88 días (Grupo P) y 8,43 días (Grupo S) ($p=0,014$) respectivamente. En cuanto a la vuelta a las ABVD también hubo una reducción de los tiempos significativa en los pacientes tratados con Prontosan[®] con respecto a los tratados con Sulfadazina argéntica ($p= 0,14$).

No se pudo concluir, por otro lado, que la reducción del tiempo en el uso del calzado habitual del grupo P con respecto al S hubiera diferencia estadísticamente significativa ($p=0,094$) (Tabla 7 y Gráfica 1)

Resumen de contrastes de hipótesis TIEMPOS DE CURACIÓN				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Tiempo de uso calzado habitual es la misma entre las categorías de Tipo de cura.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,094 ¹	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de Tiempo de recuperación ABVD es la misma entre las categorías de Tipo de cura.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,014 ¹	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de Tiempo de reincorporación actividades deportivas es la misma entre las categorías de Tipo de cura.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	3,108E-4 ¹	Rechace la hipótesis nula.
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es ,05.				
¹ Se muestra la significación exacta para esta prueba.				

Tabla 7: Resumen de hipótesis Tiempos de curación



Gráfica 1: Evolución tiempo de recuperación

Analizando el dolor como última variable tampoco encontramos diferencias significativas en su reducción a nivel postquirúrgico entre ambos grupos de pacientes. A las 48h obtuvimos una media entre el grupo P y Grupo S de 2,25 y 3,43 ($p=0,121$) respectivamente. Al 6° día 0,63 y 1,86 ($p=0,072$). En la revisión del día 13 los datos son 0 y 0,43 ($p=0,189$) y en la última revisión ambos resultados fueron 0 ($p=1$) (Tabla 8).

Resumen de contrastes de hipótesis ESCALA VAS				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Escala EVA pre es la misma entre las categorías de Tipo de cura.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,040 ¹	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de Escala EVA 48h es la misma entre las categorías de Tipo de cura.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,121 ¹	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución de Escala EVA 6° día es la misma entre las categorías de Tipo de cura.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,072 ¹	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución de Escala EVA 13° día es la misma entre las categorías de Tipo de cura.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,189 ¹	Conserve la hipótesis nula.
5	La distribución de Escala EVA 22° día es la misma entre las categorías de Tipo de cura.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	1,000 ¹	Conserve la hipótesis nula.
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es ,05.				
¹ Se muestra la significación exacta para esta prueba.				

Tabla 8: Resumen de hipótesis Escala VAS

DISCUSIÓN

Para comparar nuestros resultados hemos realizado un rastreo bibliográfico de tratamientos. En la bibliografía actual revisada no hemos encontrado estudios acerca del manejo postoperatorio de la técnica fenol-alcohol en el tratamiento de onicocriptosis a base de aplicaciones tópicas de Prontosan® solución desde el momento postoperatorio inmediato así como en sucesivas curas, pero sí hay numerosos artículos en los que se ha comprobado el efecto que tiene la aplicación de diferentes productos en cuanto a la reducción en tiempos de curación, en la tasa de infección, en la reducción del dolor y en el aumento de la satisfacción del paciente.^{7,15,16,17,18}

- Zaraa I en 2013⁷ estudió a 146 pacientes con un total de 171 uñas incarnadas y se utilizaron mallas de tull graso con antibiótico en el manejo postoperatorio de la técnica fenol-alcohol y obtuvo una media 4 días en el uso de calzado habitual y de 3,5 días en el retorno a las ABVD. Este estudio también refleja un caso que presentó datos compatibles con infección de la lesión secundaria. Si observamos los datos de nuestro estudio vemos que ningún paciente del grupo Prontosan® sufrió infección postoperatoria y que se obtuvieron medias de 2,62 días en el uso de calzado y 1,12 en la realización de las ABVD por lo que nuestros resultados son más favorables que los de la cura usada por Zaara.

- A. Martinez Nova en 2009¹⁵ estudió tres tipos de cura postquirúrgica en la técnica fenol-alcohol en 80 pacientes (51 matricectomías parciales/29 totales). Un grupo fue tratado con apósito de carbón y cristales de nanoplata (Actisorb®), otro con tull antibiótico y el último fue tratado

con Sulfadiazina argéntica. A las 48h todos fueron tratados con Sulfadiazina argéntica hasta el día 9 que se procedió a sustituirla por una pomada a base de colagenasa y a partir del día 16 proseguir con curas a base de Povidona yodada. Se llegó a la conclusión de que no hay diferencias significativas en el tiempo de cicatrización en matricectomías parciales pero destaca en una reducción de 5-6 días a favor del apósito Actisorb® en matricectomías totales. Cabe destacar que los pacientes tratados con Sulfadiazina argéntica tuvieron una media de 23,6 días en matricectomías parciales y 35,6 días en totales por lo que si nos remitimos a nuestro estudio, donde los pacientes del grupo Prontosan® no precisaban de más curas domiciliaria a partir del día 22 tanto en totales como en parciales, concluimos que las curas con Prontosan vuelven a presentar resultados más satisfactorios.

- Bostanci S en 2001¹⁶ realizó un estudio sobre 172 pacientes y en concreto 350 ablaciones con técnica fenol-alcohol utilizando baños de Povidona yodada + aplicaciones de ungüento antibiótico en el manejo postquirúrgico durante una media de 28 días. En esta ocasión volvemos a observar una reducción de los tiempos a favor de los pacientes de nuestro estudio tratados con Prontosan®, los cuales ya no precisaban de curas domiciliarias después del día 22 de revisión. No se detallan complicaciones postquirúrgicas.

- Dovison R et al en 2001¹⁷ con 42 pacientes comparó 3 productos en el manejo de la cura postquirúrgica. Por un lado Povidona yodada 10%,

hidrogel (Intrasite gel[®]) y un vendaje de gasa con parafina y no encontró diferencias significativas ni en el tiempo de curación ni en la reducción en la tasa de infección (1 caso en el grupo Povidona yodada y otro en el tratado con gasa de parafina). La media de los tiempos de curación en estos tres tipos de cura fue de 33 días. En nuestro estudio la media de curación fue de 22 días en el grupo de Prontosan[®]. Destacamos también la ausencia total de infección postquirúrgica en nuestro estudio.

- Van Gils C et al en 1998¹⁸ incluyeron 20 pacientes y 23 matricectomías en dos grupos: uno tratado con apósitos de alginato y otro con baños salinos y llegó a la conclusión de que el grupo tratado con alginato en el manejo postoperatorio de la matricectomía química con fenol acortaba los tiempos de curación y reducía el tiempo de cicatrización obteniéndose medias de 24,4 y 35,9 días. Comparándolo con nuestro estudio, en el que obtuvimos medias de 22 días en el grupo de pacientes tratados con Prontosan[®] obtenemos mejores resultados en los tiempos de curación en comparación con cualquiera de los dos tipos de curas.

El resumen de los hallazgos puede consultarse en la tabla 9.

ARTÍCULOS	AÑO	Nº PACIENTES(n)	APÓSITOS/CURAS	TIEMPO CURACIÓN(días)	INFECCIÓN	GRADO DE SATISFACCIÓN	CONCLUSIÓN
Casado S.	2017	15 (3 totales/29 parciales)	Prontosan solución vs Sulfadiazina argéntica pomada	Calzado 2,6/4,29 ABVD 1,13/1,86 Deporte 3,9/8,43 A partir del día 22 no precisan de más curas domiciliarias	0/1	9,5/8,4	Recomendación uso Prontosan ^R en el manejo postquirúrgico en técnica Fenol-Alcohol
Zaraa I et al. ⁷	2013	146 (171 uñas)	Tull graso con antibiótico	Calzado 4 ABVD 3,5 Deporte 12,6	1	No se detalla	Referencia sólo a la técnica quirúrgica de elección FENOL- ALCOHOL
Martínez Nova A et al. ¹⁵	2009	80 casos (51 parciales/29 totales)	Actisorb vs Tull graso antibiótico vs Sulfadiazina argéntica	Matricectomía parcial: 20,2/22,4/23,6 Matricectomía total: 29,2/34,3/35,6	No se detallan	No se detalla	En matricectomías parciales no diferencia pero en totales reducción de 5 días a favor de Actisorb ^R
Bostanci S et al. ¹⁶	2001	172(350 uñas)	Povidona yodada+antibiótico tópico	28	No se detallan	No se detalla	No complicaciones postquirúrgicas. Referencia a la técnica de elección FENOL- ALCOHOL
Dovison R et al. ¹⁷	2001	42	Povidona yodada 10% vs Intrasite gel ^R (hidrogel) vs Gasa con parafina	33/33/34 Aumento granulación en grupo hidrogel	1(grupo betadine)	No se detalla	No diferencias significativos. Hidrogel no recomendado
Van Gils et al. ¹⁸	1998	20(23 uñas)	Alginato VS Baños salinos	24,4/35,8	No se detallan	Mayor satisfacción en grupo alginato	Alginato reduce tiempos de curación

Tabla 9: Comparación de tratamientos.

CONCLUSIONES

Sobre la base de este estudio el uso de antibioterapia tópica intraoperatoria y la inducción de ambientes húmedos a base de aplicaciones de Sulfadiazina argéntica pomada en el manejo postoperatorio de la técnica fenol-alcohol en el tratamiento de onicocriptosis no supone una ventaja terapéutica, ya que nuestros datos preliminares indican que aplicaciones tópicas de Prontosan^R solución únicamente, junto con la acción bactericida del Fenol, reduce los tiempos de curación en comparación con otros tratamientos que actualmente están avalados por la comunidad científica. Además, los pacientes presentan una alta adhesión al tratamiento afirmando la comodidad que supone su aplicación y obteniéndose un 100% de éxito en cuanto a la incursión de infección postoperatoria en los 30 días siguientes a la intervención.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La muestra de pacientes es pequeña por lo que no se pudo determinar si la distribución era normal o no. Los datos apuntan a que un ECA apoyado por este ensayo preliminar podría modificar el manejo postquirúrgico en la onicocriptosis tratada con la técnica de fenol-alcohol, pero es necesario aumentar el número de pacientes en estudios multicéntricos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duvries HL. Hypertrophy of the unguilabia. *Chirop Rec.* 1933;16:11.
2. Martinez Nova A, Córdoba A, Juárez JM et al. Atlas de cirugía ungueal. 2ªed. Madrid: Panamericana ; 2014.17-18.
3. Carbajosa J. Onicocriptosis. Estudio clínico y tratamiento quirúrgico de 108 casos. *Piel.* 1992;7:438-440.
4. Langdorf DT, Burke C, Robertson K. Risk factors in onychocryptosis. *Br J Surg.*1989 Jan;76(1):45-48.
5. Kline AL. Onychocryptosis: A Simple Classification System. *The foot & Ankle Journal*[revista internet].2008 Mayo[acceso 28 de Noviembre de 2016];1(5):6. <https://faoj.org/2008/05/01/onychocryptosis-a-simple-classification-system/>
6. Nezh K. Treatment of Ingrown Toenail with proximolateral Matrix Partial Excision and Matrix Phenolization. *Ann Fam Med* [revista internet].2013 January.[acceso 6 de abril de 2017];11(1):4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495930/>
7. Zaraa I et al. Segmental phenolization for the treatment of ingrow toenails: technique report, followup of 146 patients, and review of the literature. *Dermatology online journal*[revista internet].2013 June.[acceso 1 de abril de 2017];19(6):4. <https://escholarship.org/uc/item/8hr9d8rc>
8. Vaccari S et al. Partial excision of matrix and phenolic ablation for the treatment of ingrowing toenail: a 36-month follow-up of 197 treated patients. *Dermatol Surg*[revista internet].2010 June.[acceso 30 de marzo de 2017];36(8):1288-1293. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4725.2010.01624.x/full>

9. Arévalo JM, Arribas J.L. Guía del grupo de trabajo sobre desinfectantes y antisépticos. Revisión 1998. Medicina preventiva SEMPSPH. 1998;4(2):38-43.
10. Becerro R, Losa ME, Alou L et al. La eficacia de la irrigación quirúrgica intraoperatoria con polihexanide y nitrofurazona en la reducción de la carga bacteriana después de la cirugía de extracción de uñas. Revista de la Academia Americana de Dermatología. 2011 Febrero. 64 (2):328-335.
11. Willenegger H. Lokale antiseptika in der Chirurgie-Wiedergeburt und Weiterentwicklung. Urban&Vogel. 1994 March;20(2);94-110
12. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ et al. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. American Journal of Infection Control. 1992 October; 20(5);271-274.
13. Broxton P, Woodcock PM, Heatley F et al. Interaction of some polyhexamethylene biguanides and membrane phospholipids in Escherichia coli. Journal of applied Microbiology. 1984 August; 57(1); 115-124.
14. Kruijff S, Van der RJ, Van der Meer G et al. Partial Matrix excision or Orthonyxia for ingrowing toenails. Journal of American College of Surgeons. 2008 January; 206(1); 148-153.
15. Martinez Nova A, Abián M, Martos D et al. Estudio comparativo de diferentes tipos de drenaje en la técnica del Fenol-Alcohol. El Peu. 2009; 29(1); 22-29.

16. Bostanci S. Chemical Matricectomy with Phenol for the treatment of ingrowing Toenail: A review of the literature and Follow-up 172 treated patients. *Acta Derm Venereol.*2001; 81:181-183.
17. Dovison R, Keenan AM. Wound healing and infection in nail matrix phenolization wounds. Does topical medication make a difference?. *Journal of the American Podiatric Medical Association.* 2001 May; 91(5):230-233.
18. Van Gils C, Roeder B, Chesler SM et al. Improved healing with a collagen-alginate dressing in the chemical matricectomy. *Journal of the American Podiatric Medical Association.*1998 September; 88(9):452-456.
19. García Carmona FJ, Fernández Morato D. Tratamiento Quirúrgico de la onicocriptosis. Madrid: *Aula médica* 2003;(1); 1-72.

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ANÁLISIS DE CURA POSTQUIRÚRGICA INTERVENCIÓN UÑA INCARNADA

D. como
paciente, de años de edad, con domicilio en
..... DNI nº

DECLARO:

Que la podóloga Cristina López-Belío Pacual y la estudiante de 4º curso del Grado de Podología de la UMH Sara Casado Fernández, me ha explicado que:

1.- Identificación, descripción y objetivos del procedimiento.

La Clínica de podología Lopez-Belío realiza una investigación a través de un ensayo clínico para comparar las curas postquirúrgicas seca vs húmeda con la colaboración de la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández. El Responsable de este estudio es Dña Cristina López-Belío y Dña Sara Casado Fernández.

Los resultados derivados de dichos proyectos de investigación pueden incluir el desarrollo de guías de práctica clínica que mejoren la decisión ante pacientes en los que se detecta uña incarnada.

El procedimiento que se me propone consiste en que se me asigne a un grupo de manera aleatorizada para que las curas postquirúrgicas se realicen según el protocolo establecido para el grupo en el que he sido asignado (cura seca vs húmeda) y permitir el estudio de mis datos demográficos, clínicos y antecedentes a través de la revisión de historias clínicas y seguimiento de mi evolución, para ser utilizado en el citado proyecto de investigación de aplicación clínica.

2.- Beneficios que se espera alcanzar

Yo no recibiré ninguna compensación económica ni otros beneficios, sin embargo si las investigaciones tuvieran éxito, podría ayudar en el futuro al mejor manejo de estos pacientes por parte de los clínicos responsables, evitando muchas veces el exceso de procedimientos terapéuticos o clínicos.

3.- Alternativas razonables

La decisión de permitir el análisis de mis datos es totalmente voluntaria, pudiendo negarme e incluso pudiendo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación.

4.- Consecuencias previsibles de su realización y de la no realización

Si decido libre y voluntariamente permitir la evaluación de mis datos, tendré derecho a decidir ser o no informado de los resultados de la investigación, si es que ésta se lleva a cabo.

5.- Riesgos frecuentes y poco frecuentes

La evaluación de mis datos clínicos, demográficos y de antecedentes nunca supondrá un riesgo adicional para mi salud.

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. Pero en ocasiones, pueden surgir problemas leves:

- Infecciones en la herida. .
- Hemorragias
- Cicatrices irregulares.
- Retraso en proceso de curación

Excepcionalmente se puede sufrir reacciones de alergias como:

- Rojeces o inflamaciones en la piel que provocan una quemazón intensa (urticaria).

6.- Protección de datos personales y confidencialidad.

La información sobre mis datos personales y de salud será incorporada y tratada en una base de datos informatizada cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria.

Asimismo, se me ha informado que tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Si decidiera revocar el consentimiento que ahora presto, mis datos no serán utilizados en ninguna investigación después de la fecha en que haya retirado mi consentimiento, si bien, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte de la investigación.

Yo entiendo que:

Mi elección es voluntaria, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercute en mis cuidados médicos.

Otorgo mi consentimiento para que la Clínica podológica López-Belío y la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández utilicen mis datos para investigaciones médicas, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.

La información y el presente documento se me han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión libre y responsablemente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Observaciones:

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en tales condiciones estoy de acuerdo y **CONSIENTO PERMITIR EL USO DE MIS DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS PARA INVESTIGACIÓN.**

En de de 200...

Firma del paciente

Firma de un testigo

Firma del podólogo

DNI:

Fdo.:
Fdo.:.....

Fdo.:.....

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE CURA POSTQUIRÚRGICA INTERVENCIÓN UÑA INCARNADA

D./D^a como paciente (o representante del paciente D.....), de años de edad, con domicilio en DNI. nº
Revoco el consentimiento prestado en fecha..... , que doy con esta fecha por finalizado, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

En de de 200...

Firma del paciente

Firma de un testigo

Firma del podólogo

DNI:

Fdo.:

Fdo.:.....

Fdo.:.....

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

ANEXO II

PROTOCOLO CURAS AMBIENTE HÚMEDO

	<u>CURA POSTQUIRÚRGICA</u>	<u>PRIMERA CURA</u>	<u>SEGUNDA CURA</u>	<u>CURA</u>	<u>TERCERA CURA</u>	<u>CURA</u>	<u>CUARTA CURA</u>
<u>TIEMPO</u>	Inmediatamente después de intervención	48H	6 días	6-12 días	13 días	14-21 días	22 días
<u>Actuación podológica</u>	Aplicación mupirocina tópica y cura oclusiva	Retirar gasa. Lavado con SSFF. Aplicación sulfadiazina argéntica pomada tópica	Lavado SSFF. Aplicación sulfadiazina argéntica pomada		Revisión. Cura seca betadine solución + apósito		ALTA
<u>Curas del paciente</u>				Cura diaria: SSFF+sulfadiazina argéntica pomada		Cura seca con betadine solución. Si exudado apósito hidropoli mérico con Ag c/48h	

PROTOCOLO CURAS AMBIENTE SECO

	<u>CURA POSTQUIRÚRGICA</u>	<u>PRIMERA CURA</u>	<u>SEGUNDA CURA</u>	<u>CURA</u>	<u>TERCERA CURA</u>	<u>CURA</u>	<u>CUARTA CURA</u>
<u>Tiempo</u>	Inmediatamente después de intervención	48H	6 días	6-12 días	13 días	14-21 días	22 días
<u>Actuación podológica</u>	Aplicación Prontosan solución tópica y cura oclusiva	Retirar gasa. Irrigación Prontosan+ apósito	Lavado con Prontosan + apósito		Revisión. Irrigación de Prontosan + apósito		ALTA
<u>Curas del paciente</u>				Cura diaria: Irrigación Prontosan+ apósito		Cura diaria: Irrigación con Prontosan+ apósito	

ANEXO III



RECOMENDACIONES

TRAS INTERVENCIÓN UÑA INCARNADA (CURA HÚMEDA)

- Tras la intervención y pasados unos días es normal que el dedo esté inflamado y ligeramente enrojecido (signos normales).
- Debe de seguir el protocolo de curas que se le ha facilitado.
- Si aparece cualquier signo anormal (distinto de lo anteriormente citado) deberá contactar con la clínica.
- Debe usar calzado amplio y calcetines transpirables.
- Puede realizar vida normal, NO se requiere reposo.
- VISITAS PROGRAMADAS:
 - 48h tras intervención.
 - 6 días tras intervención.
 - 13 días tras intervención.
 - 22 días en caso de no haber complicación se procederá al ALTA.
- Curas a realizar en su domicilio:
 - Desde el día 6 hasta el 13 se realizarán curas diarias con suero fisiológico+ Silvederma pomada +apósito (gasa + esparadrapo).

- Si el día 13º NO hay complicación se continuará hasta el 22º con curas de betadine + apósito (gasa+esparadrapo) y se procederá al ALTA en consulta.
- Las curas en el domicilio NO se realizarán hasta la revisión del 6º día de la intervención.
- Enantyum 25 mg c/12h asociado a Omeprazol 20mg 1comp/día.



RECOMENDACIONES TRAS INTERVENCIÓN UÑA INCARNADA
(CURA SECA)

- Tras la intervención y pasados unos días es normal que el dedo esté inflamado y ligero enrojecimiento (signos normales).
- Debe de seguir el protocolo de curas que se le ha facilitado.
- Si aparece cualquier signo anormal (distinto de lo anteriormente citado) deberá contactar con la clínica.
- Debe usar calzado amplio y calcetines transpirables.
- Puede realizar vida normal, NO se requiere reposo.
- VISITAS PROGRAMADAS:
 - 48h tras intervención.
 - 6 días tras intervención.

- 13 días tras intervención.
- 22 días en caso de no haber complicación se procederá al ALTA.
- Curas a realizar en su domicilio:
 - Desde el día 6 al 13 curas con PRONTOSAN y apósito (gasa + esparadrapo).
 - Si NO complicación en la revisión del día 13 se continuará hasta el día 22 de la intervención igual y se procederá al ALTA en consulta.
- Las curas en el domicilio NO se realizarán hasta la revisión del 6º día de la intervención.
- Enantyum 25 mg c/12h asociado a Omeprazol 20mg 1comp/día



ANEXO IV



HOJA RECOGIDA DE DATOS

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

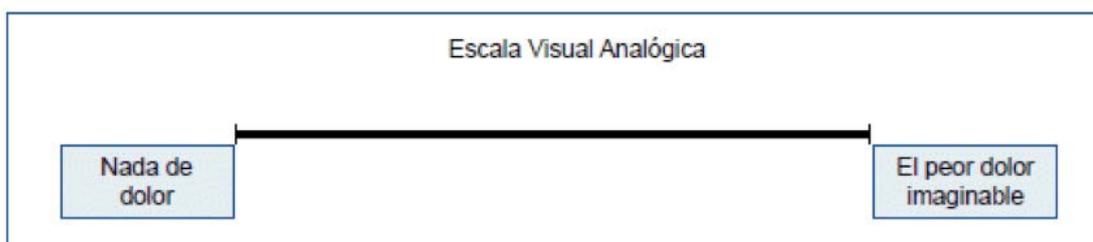
FECHA DE INTERVENCIÓN:

GRADO ESCALA KLINE:

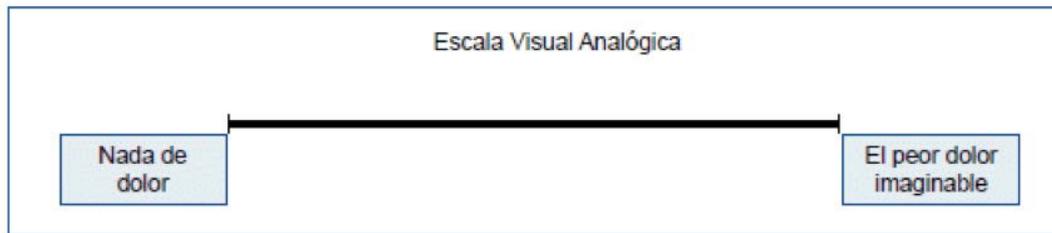
DEDO Y CANAL:

DOLOR (ESCALA EVA):

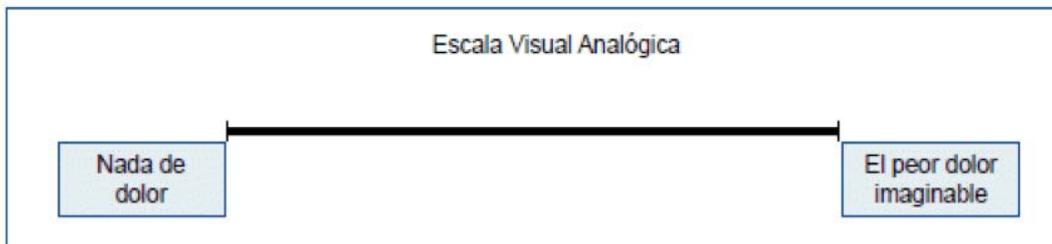
Preoperatorio



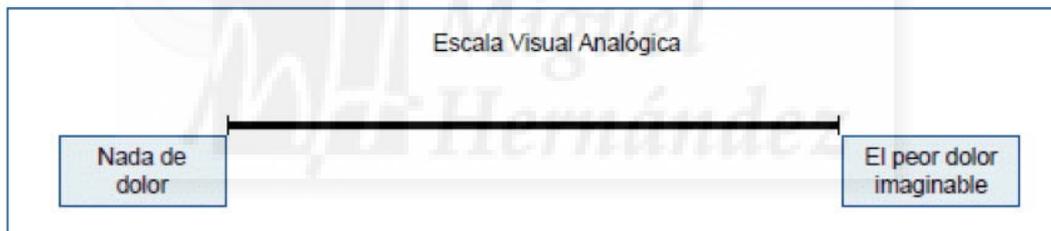
Revisión 48h



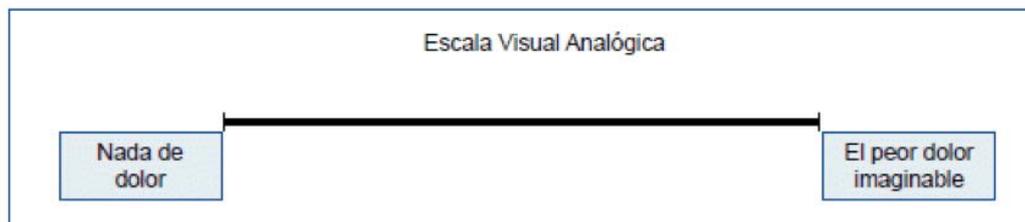
Revisión 6° día



Revisión 13° día



Revisión 22° día



TIEMPO DE CURACIÓN:

- Días que se tarda en usar calzado habitual
- Días que se tarda en recuperar la rutina habitual
- Días que se tarda en retomar actividades deportivas o lúdicas

PRESENCIA DE INFECCIÓN (presencia de uno o más signos):

	Drenaje purulento	Inflamación local + cultivo microbiológico positivo	Cultivo microbiológico positivo
SÍ			
NO			

GRADO DE SATISFACCIÓN:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1 muy descontento/10 muy satisfactorio)

