

# PRÁCTICA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA ALTERNATIVA PARA LA UÑA ENCARNADA CON SEGURIDAD Y EFICIENCIA PARA EL PACIENTE

**Autores:** JUAN CARLOS GARCÍA GONZALEZ, ROSA MARÍA GARCÍA SÁNCHEZ y M<sup>a</sup> VANESA GARCIA LOPEZ

**OBJETIVO:** Descriptivo, valorado y evaluado consistente en evitar recidivas, infecciones y mutilación en el tratamiento habitual de la uña encarnada

**MATERIAL:** Ligadura de goma, Betadine® lavados y antiséptico, anestesia local sin vasoconstrictor, bisturí eléctrico, bisturí manual números 11, 15 ó 21, tijeras, gasas, Furacin®, tela autoadhesiva tipo Oper fix®, guantes estériles, jeringa y aguja de 25 mm.

**METODO:** Intervencional práctico con cirugía menor de Enfermería, Estudiados 28 pacientes, en 14 (50%) se practicó el tratamiento habitual, y en otros 14 (50%) intervenimos con nuestro tratamiento

Una vez anestesiado el dedo, usamos la ligadura de goma (o dedo de guante) para conseguir isquemia total. Con el bisturí manual, se rebana todo el tejido ó el mamelón que ha crecido durante el tiempo (debido a los microtraumas repetidos y sucesivas infecciones) avanzando hasta la parte mas distal de este, dejando al descubierto toda la uña y procurando no tocarla nunca. Se elimina el tejido, hasta dejar el dedo con un aspecto lo más parecido al que tendría de forma normal. En ese momento, se procede a electrocoagular toda la zona cortada, perfilando y profundizando más si fuese necesario (llegando incluso a estar más bajo del nivel del borde de la uña). Con este proceder, dejamos la zona en buena disposición de cicatrizar y eliminamos el riesgo de sangrado que tendría con el corte de la hoja de bisturí.



## SEGUIMIENTO Y CURAS:

Las curas se realizan con Betadine lavado® y colocación de apósito con Furacin®, las 1<sup>a</sup>-2<sup>a</sup> cura. A partir de la 2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup> cura, el tratamiento y seguimiento es domiciliario solo con Betadine® (le daremos todo el material necesario), solo vendrá si lo precisa una vez a la semana ó más, El paciente ó un familiar entrenado, realizará un lavado con Betadine® y la colocación de un apósito de 0'5 cm de grosor, y 2 x 1 aprox, que cubra la parte lesionada, no extendiéndose más de esta, finalizando con tela adhesiva. Se concluirá con la introducción de Betadine en inyección a través del apósito. Este procedimiento se repetirá cada 48 horas en el domicilio mientras cicatriza damos lugar a que la uña llegue al espacio que ocuparía si tejido que le impida el crecimiento, es decir al límite del pulpejo. Se le insiste, en lo sucesivo, en la importancia del corte de la uña, siempre recto y al límite del pulpejo.

**RESULTADOS:** En el 100% de los que hemos tratado no hay recidivas, ni infecciones, ni mutilaciones, sin embargo en el 100% de los que se trataron de forma habitual hubo recidivas, infecciones y mutilaciones posteriores.

**Y CONCLUSIÓN:** El tratamiento demuestra su efectividad claramente si partimos de que:

Al dejar que sea la uña la que defina la forma del dedo, buscando libremente la salida, el tejido cicatriza sin problemas adaptándose a ella. Este proceso tiene duración variable en función de lo que necesitemos que crezca la uña, y la cicatrización individual. En ningún caso se ha producido infección, después de los primeros días, la actividad es casi normal (Calzado tipo deportivo y cómodo), no está sujeto a las curas en consulta, y no se han dado recidivas en ningún de los casos tratados. El aspecto final de la uña no presenta ningún defecto visible de la intervención.

## Bibliografía:

- Dermatología Peruana 2008, Vol 18(1) MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS ONICRIPTOSIS ASOCIADAS A GRANDES GANULOMAS CON RESECCIÓN LATERAL EN "V" Octavio Small Arana Surgical management of the onicocriptosis associated to big granulomas, with lateral resection in «v».
- Paul Kechijian. Cirugía de Uñas. En: Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Quinta Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana.2001:3191-92.
- Norton L. Disorders of the Nails. J Am Acad Dermatol. 1980; 2:6-12