



**PROTOCOLO PARA ONICECTOMÍA  
M-COE-MEO-PT-002  
VI 17-12-2021**

**1. OBJETIVO**

Establecer los lineamientos necesarios para que el personal médico que labora en Cecimin, realice una atención adecuada al practicar el procedimiento de onicectomía.

**2. RESPONSABLE**

Medico especialista en ortopedia

**3. ALCANCE**

Este protocolo aplica a todos los usuarios que consulten en Cecimin SAS, que tengan su diagnóstico respectivo de onicectomía por parte del Médico Especialista.

**4. ENFOQUE DIFERENCIAL**

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares debido a su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia.

En Cecimin S.A.S reconoce y ampara los derechos humanos, prestando el servicio a todo paciente que requiera ligadura de hemorroides, esto sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, ciclo de vida (niño, adolescente, adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Como está descrito en el procedimiento de ENFOQUE DIFERENCIAL.

**5. RECURSOS**

**5.1. Equipos**

- Sonda fenestrada o acanalada
- Pinzas Kelly Curva
- Tijera Tejido Pequeña
- Tijera de Material
- Porta Agujas
- Mango de Bisturí
- Adson con Garra
- Adson sin Garra
- Cureta Ortopédica
- Cubeta Metálica



**PROTOCOLO PARA ONICECTOMÍA  
M-COE-MEO-PT-002  
V1 17-12-2021**

**5.2. Insumos**

- Guantes Estériles.
- Jeringa 5 o 10 ml.
- Aguja hipodérmica de calibre 23\*1 – 24\*1 y 30 ½ para bloqueo.
- Aguja hipodérmica aguja calibre 21\*1 ½ para envasar el anestésico local.
- Venda Elástica o Dren de Pen Rose (opcional).
- Hoja de bisturi No. 15
- Prolene 3/0 – 4/0 o Vicryl Rapid 4/0
- Gasas
- Bactigras
- Micropore
- Fixomull
- Gasas
- Isodine Espuma
- Isodine Solución
- Quirucidal Jabón
- Dermocidal
- Equipo de Asepsia

**5.3. Personal**

- Medico Especialista en Ortopedia
- Enfermera jefe
- Auxiliar de enfermería

**5.4. Medicamentos**

- Lidocaína (roxicaína) al 1% O 2% Sin Epinefrina.
- Acetaminofen
- AINES
- antibiótico en caso de sobreinfección.

**6. GENERALIDADES**

**6.1. Glosario**

- **ONICECTOMÍA:** Procedimiento por medio del cual se realiza una avulsión instrumentada parcial o total de la uña, en un dedo que se encuentre afectado por alguna enfermedad y que como parte del manejo terapéutico requiera la recesión de la uña.

**6.2. Indicaciones**



**PROTOCOLO PARA ONICECTOMÍA  
M-COE-MEO-PT-002  
VI 17-12-2021**

- Hematoma subungüal.
- Uña encarnada (onicocriptosis).
- Trauma en el dedo con lesión de lecho ungüal o daño de la uña.
- Onicomycosis.

**6.3. Contraindicaciones**

- Antecedente de trastornos de coagulación.
- Fractura del artejo, en su falange distal.
- Herida penetrante en dedo con lesión de la uña.
- Panadizo o proceso inflamatorio severo que no permita la infiltración local de anestésico.

**6.4. Complicaciones**

En general con este procedimiento las complicaciones son pocas, pero se pueden presentar:

- Isquemia por aplicación prolongada del torniquete durante el procedimiento.
- Cauterización excesiva de la matriz o del lecho ungüal provocando lesiones al tejido.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Recurrencia en la aparición de una uña encarnada.
- Lesión del lecho o cama de la uña durante el procedimiento.
- Reacción adversa al anestésico.
- Compromiso vascular y necrosis isquémica: como consecuencia de la compresión del tejido, durante la hemostasia.

**7. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO**

**a. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

- Verificar previamente el cumplimiento de los requisitos mínimos para llevar a cabo el procedimiento.
- La auxiliar de enfermería prepara los equipos y el material necesario para realizar el procedimiento, de acuerdo con el tipo de onicectomía.
- El médico verificará que no existan elementos o circunstancias que contraindiquen el procedimiento.
- Una opción puede ser recomendar al paciente días antes la toma de analgésico y antibiótico oral si presenta sobreinfección de la zona a tratar.



**PROTOCOLO PARA ONICECTOMÍA  
M-COE-MEO-PT-002  
V1 17-12-2021**

**b. PROCEDIMIENTO**

- Previa explicación del procedimiento y consentimiento del paciente, se le pide que se coloque en posición supina, con las rodillas flexionadas, y la planta del pie sobre la mesa de procedimiento.
- Se realiza una técnica adecuada de asepsia y antisepsia, de todo el dedo desde la base proximal del mismo hasta el espacio interdigital, especialmente en el dorso del artejo, extendiendo el lavado de todo el pie hasta el tobillo, en algunos casos de acuerdo con el médico tratante se debe lavar hasta el muslo.
- Se realiza la infiltración anestésica del artejo con un bloqueo digital utilizando lidocaína al 1 o 2% sin epinefrina (evitar anestésicos con epinefrina por el riesgo de necrosis local que se puede provocar por el efecto vasoconstrictor) con una aguja de pequeño calibre (23 a 30), y se depositan entre 1,5 a 5 mL de lidocaína en cada lado del dedo para el caso del grueso artejo del pie (empezando desde la parte plantar se va retirando la aguja e instilando el anestésico de manera que quede depositado uniformemente en el dedo) y entre 1 y 2 mL si es en cualquiera de los otros dedos del pie o en los dedos de la mano. Durante la infiltración se debe aspirar antes de aplicar anestésico con el fin de verificar que no se aplique el mismo a nivel venoso o arterial. Se debe esperar de 5 a 10 minutos para que el efecto anestésico sea efectivo. (Ver Figuras 1 y 2).
- En algunas ocasiones se puede utilizar una venda elástica o un Dren de Pen Rose alrededor de la base del artejo para disminuir el sangrado (este torniquete se debe usar por un corto periodo de tiempo) o se puede realizar una presión en los lados de los dedos durante el procedimiento con el fin de reducir el sangrado. Esta puede ser efectuada por la auxiliar de enfermería que asiste al procedimiento.
- Se debe volver a realizar una pequeña limpieza de lecho ungueal y bordes con solución salina normal 0.9%.
- Se utiliza una cánula fenestrada (o sonda acanalada), la cual se desplaza por debajo de la cutícula para separar la uña de su lecho desde su borde proximal, luego se introduce por debajo del lecho ungueal en la parte distal y se realiza el levantamiento lento y progresivo de la uña.
- Si se realiza un retiro parcial del borde de la uña que se encuentra afectado (procedimiento que no es conveniente a no ser que se vaya a realizar una matricectomía de ese borde), se utiliza entonces unas tijeras pequeñas cortando desde el borde distal hasta el borde proximal llegando hasta la matriz de la uña, posteriormente con la pinza recta se extrae la uña. Otro método utilizado para onicectomía parcial es mediante el uso de la sonda acanalada y una hoja de bisturí que es deslizada por el canal de la sonda hasta la matriz, teniendo la precaución de no lesionar la piel a nivel de la matriz, por último, se extrae la cuña con pinza recta.



**PROTOCOLO PARA ONICECTOMÍA  
M-COE-MEO-PT-002  
VI 17-12-2021**

- En el caso de que exista un exceso de tejido de granulación lateral secundario al trauma repetido por los bordes de la uña se puede realizar una remodelación del borde lateral de la uña, para ello se utiliza una hoja de bisturí, con la que se realiza un corte que llegue hasta el lecho y se puede cauterizar con calor (electrocoagulación) para hacer hemostasia.

- Se aplica antibiótico tópico, y se deja un vendaje con gasa ajustado para hemostasia y cubrimiento de la herida. Se puede prescribir antibiótico tópico para uso diario (ácido fusídico o mupicaren 2 veces al día) hasta que se presente la curación completa. También puede formular analgésico oral (Ibuprofeno 400mg, 3 veces al día), para el dolor en el postoperatorio.

A menos que exista un problema infeccioso previo en el lecho ungueal se podrá prescribir antibiótico oral para lo cual podría ser suficiente dejar Dicloxacilina 500mg, cada 6 horas o Cefalexina 500mg, cada 6 horas durante 5 a 7 días, o según recomendación del médico.

- Se recomienda curación diaria de la herida con agua y jabón, se debe contraindicar la actividad deportiva o física excesiva durante al menos una semana. 6

- Se le puede recomendar al paciente que consulte a las 24 horas para evaluar signos de sobreinfección. Siempre se le indicarán los signos de alarma ante los cuales debe consultar (edema, rubor, calor, dolor).

- Por último, la auxiliar de enfermería recoge el material y lo prepara para su desinfección, según los protocolos existentes para descontaminación de material quirúrgico.

## **8. RECOMENDACIONES Y EDUCACIÓN AL PACIENTE**

En caso de existir alguna condición que contraindique el procedimiento o que no sea posible para su manejo en este nivel de atención, se debe referir el paciente para manejo especializado por dermatología.

Se recomienda que un paciente con recurrencia de uñas encarnadas en más de dos oportunidades sea valorado por dermatología con el fin de considerar un tratamiento más definitivo como es una matricectomía.

Se dejará un vendaje compresivo en la herida quirúrgica durante 24 a 48 horas, según el tipo de onicectomía realizada. El vendaje deberá cambiarse si se llena de sangre, o si se encuentran signos de infección temprana.



**PROTOCOLO PARA ONICECTOMÍA  
M-COE-MEO-PT-002**

**VI 17-12-2021**

El médico realizará una curación entre los 3 días a 8 días siguientes al procedimiento. Se le hará educación al paciente sobre el corte correcto de las uñas y los cuidados en casa, al igual que las siguientes recomendaciones:

- Uso de calzado destapado luego del procedimiento, durante tres semanas.
- Cambio de actitud frente al uso de calzado estrecho y aseo ungueal.
- Uso de antiinflamatorios y analgésicos durante la primera semana.

**9. BIBLIOGRAFÍA**

- BENJAMIN RB. Excision of ingrown toenail. In: Benjamin RB, ed. Atlas of outpatient and office surgery. 2d ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1994:357-9.
- CEILLEY RI, Collison DW. Matricectomy. J Dermatol Surg Oncol 1992;18:728-34.
- FISHMAN HC. Practical therapy for ingrown toenails. Cutis 1983; 32:159-60.
- HEIDELBAUGH JJ, Lee H. Management of the ingrown toenail. Am Fam Physician. 2009; 79: 303-8.
- ZUBER TJ, Pfenninger JL. Management of ingrown toenails. Am Fam Physician 1995;52:181-90.
- ZUBER TJ, Pfenninger JL. Ingrown toenails Removal. Am Fam Physician 2002;65:2547-50,2551-2,2554,2557-8.