

## **Indicaciones post operatorias de Abdominoplastia.**

### **1. Reposo:**

**Primer Día:** Reposo absoluto en cama con la cabecera en alto, se puede levantar al baño acompañada de una persona adulta, sentarse en el borde de la cama (teniendo precaución de no hacer fuerzas con la zona abdominal) por un minuto y luego pararse, si presenta mareos, debe acostarse con las piernas en alto, esperar unos minutos y volver a intentarlo. Mantener piernas flectadas para evitar tracción de la zona abdominal.

No puede hacer esfuerzos físicos como tomar cosas de peso, ni manejar, hasta que se lo indiquen.

**Segundo día y posteriores:** Reposo Relativo, puede levantarse y caminar lo que usted tolere en forma progresiva, no es necesario mantenerse en cama. Mantener el reposo en cuanto a los esfuerzos físicos.

**2. Higiene:** Los primeros días solo aseo parcial sin mojar la zona operatoria, una vez que la autorice el Dr Polanco (2 -3 día), podrá ducharse teniendo la precaución de secar la zona de la incisión con secador de pelo con aire frío.

**3. Tratamiento indicado:** Recuerde seguir las indicaciones tal cual están en la receta entregada por su médico, es de vital importancia para su recuperación, si tiene alguna duda no tema en consultarlo. NO debe suspender el tratamiento hasta el control médico.

### **4. Indicaciones generales:**

- No fumar, recuerde que el cigarrillo retarda la cicatrización.
- No beber alcohol deberá ser suspendido por lo menos 2 semanas.
- Si esta con tratamiento médico, consulte a su cirujano para reiniciarlo
- Control médico a los 5-7 días, 15 y 30 días post cirugía.
- Usar ropa holgada posterior a su cirugía

**5. Uso de medias antiembolicas:** Las medias antiembólicas se deben usar 4 semanas post operatorias. Las primeras dos semanas se usan día y noche, luego dos semanas solo por las noches.

**6. Alimentación:** El primer día, la alimentación debe ser lo más liviana posible (té con galletas, sopa de pollo, jalea, jugos, etc.) luego seguir pauta de alimentación.

**Dudas y consultas:** Médico tratante y unidad de enfermería.

Acepto ser dado de alta, obligándome a cumplir las indicaciones de cuidados postoperatorios que se han indicado precedentemente, por lo que libero desde ya a la clínica y al Dr Diego Polanco de cualquier responsabilidad, presente o futura, que puede presentarse como consecuencia de la falta de cumplimiento de las indicaciones de cuidados postoperatorios.

Nombre paciente: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Firma

Paciente: \_\_\_\_\_