

## **Indicaciones post operatorias blefaroplastia**

### **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 por un minuto y luego pararse, si presenta mareos, debe acostarse con las piernas en alto, esperar unos minutos y volver a intentarlo.

No puede hacer esfuerzos físicos como tomar cosas de peso, ni manejar, hasta que se lo indiquen (habitualmente hasta completar un mes).

**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 uso de lagrimas artificiales y aseo con suero fisiológico sin mojar la zona operatoria, una vez que la autorice el Dr Polanco, podrá mojarse la zona operatoria teniendo la precaución al secarla.

**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.

**5. Uso de medias antiembólicas:** 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.

**7. Uso de apósitos faciales:** Llevará los primeros días tela micropore o steri-strips que serán removidas y cambiadas en su curación con enfermera o con el Dr Polanco.

**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: \_\_\_\_\_