



CONSEJOS POSTERIORES A LA REALIZACIÓN LUZ PULSADA INTENSA

Estimado paciente,
Usted se acaba de intervenir del procedimiento denominado LUZ PULSADA INTENSA y como consecuencia, debe conocer los siguientes aspectos relacionados con su curación y su responsabilidad para que el resultado del tratamiento sea el óptimo. Recuerde que una cirugía o un tratamiento médico ejecutado con la mayor corrección puede no dar el resultado deseado debido a un mal cumplimiento por parte del paciente.

REINCORPORACIÓN A LA VIDA LABORAL

Después de este procedimiento, se considera habitual poder volver a reiniciar su actividad laboral normal de inmediato, aunque existen casos con recuperación más lenta de lo habitual que pueden requerir hasta incluso 2-3 semanas para lograrlo. En función de la intensidad con la que se haya realizado el procedimiento. El tipo de actividad laboral puede ser muy diferente entre pacientes, por lo que le aconsejamos que consulte a su médico según su tipo de trabajo.

REINCORPORACIÓN AL EJERCICIO FÍSICO HABITUAL

Después de este procedimiento, se considera habitual poder volver a reiniciar su actividad física normal al cabo de las 24-48 horas, aunque existen casos con recuperación más lenta de lo habitual que pueden requerir hasta incluso 2-3 semanas para lograrlo. Para que pueda tener una referencia, se adjunta el tipo de ejercicio y el tiempo que se aconseja estar sin practicarlos:

- Actividad aerobia suave (caminar, pasear, pilates, yoga): Inmediata.
- Actividad aerobia exigente (correr, bicicleta): 24-48 horas.
- Actividad anaerobia (pesas, cross training, etc): 24-48h.

DIETA RECOMENDADA

Este procedimiento no requiere de ninguna dieta diferente de la habitual.

TABACO Y VAPEADORES

El consumo de tabaco se considera desaconsejado siempre, pero no suele afectar al tratamiento, si bien, los resultados pueden ser más pobres en caso de pacientes fumadores.

PROTECCIÓN SOLAR

La protección solar es clave para la prevención de hiperpigmentaciones en la piel, así como de asimetrías en el proceso de desinflamación. Se recomienda que se aplique una capa de protector solar con factor 50 desde dos semanas previas al tratamiento, reaplicando cada 2 horas. Esta recomendación es estrictamente necesaria y debe estar presente durante las 4 primeras semanas tras la realización del procedimiento. Por el riesgo de hiperpigmentaciones post inflamatorias (aparición de manchas).



VIAJES

El procedimiento no suele impedir la realización de ningún viaje.

MAQUILLAJE

Se considera que no existe riesgo de empeoramiento de la evolución debido al maquillaje desde el momento del tratamiento.

UTILIZACIÓN DE LENTES DE CONTACTO, GAFAS DE SOL O GAFAS DE LECTURA

En esta intervención NO se contraindica el uso de lentes de contacto, gafas de sol o de lectura.

CURAS

Durante dos semanas aplicará una crema hidratante y protección solar a demanda. Al menos 3 veces al día.

HIGIENE PERSONAL

Usted podrá realizar una ducha normal desde el momento del procedimiento.

MEDICACIÓN HABITUAL

No precisa de ninguna medicación. Si presenta inflamación facial, puede aplicar frío local en la zona tratada.

En raras ocasiones puede pautarse un corticoide oral y/o tópico durante unos días que le indicará su doctor.

DEBE CONTACTAR CON SU MÉDICO EN CASO DE:

Dolor intenso, malestar intenso, inflamación intensa, fiebre o cualquier situación que usted considere que aparece tras la realización del procedimiento y no se le haya explicado en consulta.

VALORACIÓN DEL RESULTADO ESTÉTICO

Debe saber que pueden pasar semanas hasta que se consiga el resultado deseado. No se considerará la posibilidad de nueva sesión para mejorar el resultado estético hasta que no pase al menos 2 semanas desde la realización del procedimiento inicial. Debe recordar que el proceso de desinflamación es asimétrico, pudiendo parecer un lado diferente, al contrario.

FORMA PACTADA DE CONTACTO CON EL CENTRO MÉDICO

Se establece que en caso de presentar una posible complicación como las anteriormente descritas tanto en el consentimiento informado como en el presente documento, el paciente podrá ponerse en contacto con el Doctor/a _____ de la siguiente manera:

- Teléfono de urgencia
- Correo electrónico de urgencia:
- Horario de urgencias
 - Lunes a Viernes: de __:__ horas hasta las __:__ horas



- Sábados: de __:__ horas hasta las __:__ horas
- Domingos y festivos:

En el caso en el que por una situación imprevista fuera imposible la atención por parte de su médico habitual, se acuerda que podrá acudir al servicio de Urgencias del centro hospitalario de _____ con dirección _____.

Debe saber que el coste de la atención de urgencias por cualquiera de los posibles problemas citados previamente no está incluido en el presupuesto facilitado, y que usted deberá abonarlo al finalizar el proceso de atención de urgencias.

OTRAS PARTICULARIDADES QUE DEBE TENER EN CUENTA EN SU CASO

- 1º _____
- 2º _____
- 3º _____
- 4º _____
- 5º _____
- 6º _____
- 7º _____
- 8º _____
- 9º _____
- 10º _____

Fecha:

Firma paciente

Firma medico