



CONSEJOS POSTERIORES A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA

Estimado paciente,

Usted se acaba de intervenir del procedimiento denominado infiltración de toxina botulínica, y como consecuencia, debe conocer los siguientes aspectos relacionados con su curación y su responsabilidad para que el resultado de la cirugía 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 inmediatamente.

CONSEJOS DURANTE LAS 4 HORAS POSTERIORES A LA INFILTRACIÓN

- No hacer ejercicio físico ni movimientos bruscos con la cabeza.
- No tumbarse
- No frotar la zona tratada
- Mejor evitar uso de casco por la presión que ejerce en la zona.

REINCORPORACIÓN AL EJERCICIO FÍSICO HABITUAL

Después de este procedimiento, se considera habitual poder volver a reiniciar su actividad física normal pasadas 4 horas.

DIETA RECOMENDADA

Se recomienda el consumo de una dieta equilibrada y saludable

TABACO Y VAPEADORES

El tabaco influye negativamente a la piel, así que es preferible evitarlo.

PROTECCIÓN SOLAR

El sol no influye negativamente a la técnica realizada, no obstante, dado que es uno de los principales responsables de las manchas, las arrugas y el foto envejecimiento, así como el cáncer de piel, se recomienda utilizar protección solar alta o muy alta todos los días del año.



MAQUILLAJE

Se recomienda evitar el maquillaje hasta pasadas 24 horas del procedimiento.

PREVENCIÓN DE HEMATOMAS

Se puede emplear cremas de árnica para el tratamiento y prevención de hematomas y cardenales a diario tras la realización del procedimiento.

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

Este procedimiento no contraindica el uso de lentes de contacto.

Se recomienda el uso de gafas de sol o de lectura si son necesarias para evitar gesticular y así conseguir que dure más el efecto de la toxina botulínica.

HIGIENE PERSONAL

Usted podrá lavar su cara y aplicar sus cremas habituales pasadas 4 horas.

MEDICACIÓN HABITUAL

Puede tomarla de forma normal.

Si toma algún anticoagulante hágase lo saber a su médico.

POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER

1. Hematomas
2. Hipocorrección (efecto insuficiente) o hipercorrección (efecto excesivo)
3. Asimetría facial (un lado del rostro difiere del otro)
4. Parálisis de los músculos cercanos que puede producir como consecuencia: párpado caído, doble visión, incapacidad de cerrar el ojo, dificultad para silbar o beber con una pajita
5. Debilidad generalizada
6. Pérdida permanente de tono muscular con inyecciones repetidas
7. Síndrome similar a la influenza o a una infección respiratoria
8. Náusea o dolor de cabeza

VALORACIÓN DEL RESULTADO ESTÉTICO

El resultado puede valorarse a los 15 días. La duración del efecto varía dependiendo de cada persona entre 4 y 6 meses.

Lo ideal es esperar 6 meses para repetir el tratamiento.



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