

ARTRODESIS O DESCOMPRESIÓN LUMBAR

Usted tiene la obligación de Informar a su médico si...

Es Diabético, Hipertenso o si padece de alguna otra enfermedad crónica.

Si toma alguna medicación habitual (anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, antiinflamatorios) o inhabituales (homeopáticos)

Si es alérgico alguna sustancia y/o medicación.

¿Porqué debo dejar de fumar antes de mi cirugía?

El tabaquismo constituye un grave problema. El tabaco altera el proceso de cicatrización, aumenta el riesgo de infecciones y de complicaciones respiratorias y/o cardiacas. Además la nicotina disminuye la producción de células formadoras de hueso (osteoblastos).

Para más información visite nuestra pagina web:

<http://www.santiagospine.cl>

Cuidados Pre Operatorios.

Indicaciones Pre Operatorias...

- Prohibido fumar 3 semanas previas a la programación de su cirugía .
- 7 a 10 días antes de la cirugía, NO ingerir medicamentos como: aspirina, antiagregantes plaquetarios, ginko biloba, ginseng, aceite o cápsulas de ajo, marihuana.
- Si es diabético, hipertenso, dislipidémico o hipo/hipertiroideo, envíenos un correo electrónico indicando su medicación habitual para orientarlo/a.
- 72 horas antes de la cirugía, NO beber alcohol.
- Su ayuno debe ser de 8 horas, lo cual implica NO ingerir líquidos, ni ninguna clase de alimentos.

El día de su intervención...

- Utilice ropa cómoda, la institución le proveerá de una bata y ropa interior desechable.
- NO podrá utilizar lentes, prótesis, ni joyas (No las lleve para evitar pérdidas).
- Realice lavado de cabello y baño corporal habitual, pero evite usar cremas, perfumes y/o ungüentos.
- Sus uñas de manos y pies deberán estar cortas, sin esmalte, ni uñas postizas.
- Su rostro deberá estar sin maquillaje.
- NO rasurarse el cuerpo, SOLO la barba está permitido.
- Sea puntual en admisión de la clínica. Debe llegar 2 horas antes de la hora programada de su intervención.
- No olvide llevar su Cédula de Identidad, Consentimiento Informado, Orden Médica, Exámenes Preoperatorios (Análisis sanguíneos, espirometría, ECG, Radiografías, Scanner y/o Resonancia Magnética), Pases específicos solicitados (cardiólogo, Broncopulmonar, anestesista, Psicólogo)

¿Cuáles son los signos de alarma?

Eventualmente pueden existir complicaciones posteriores a la intervención, es por ello que es primordial que este atento/a y se dirija inmediatamente a un centro asistencial, si aparecen los siguientes síntomas:

- **Alteraciones para orinar.**
- **Perdida de fuerza** en una o ambas piernas.
- **Fibre** (controlada con termometro) superior a 38,5°C .
- **Aumento de temperatura, enrojecimiento, inflamación y supuración excesiva** en la zona de incisión.
- **Dificultad respiratoria**
- **Pierna fria, sudorosa, morada, hinchada.**

Medicamentos:

- **Analgesicos y antiinflamatorios:** **Por 1 semana** de manera horaria y luego solo en caso de dolor.
- **Anticoagulantes:** Se indica el uso de heparina de bajo peso molecular u otros anticoagulantes, **por 21 días** para evitar trombosis venosa profunda.

Cuidados Postoperatorios.

Cuidados al alta médica...

- NO mojar, ni humedecer curación hasta ser evaluado y autorizado por su médico tratante.
- NO sumerja incisión en bañeras, ni piscinas, queda prohibido nadar, hasta que obtenga autorización médica.
- NO agacharse, levantar peso, ni manejar.
- Queda prohibido fumar hasta un año después de la intervención.
- Su primera curación del alta, será 1 semana posterior al alta medica.
- Es posible que observe una pequeña cantidad de sangre en el parche (es normal).
- Este alerta ante signos de alarma.
- Es fundamental que se levante tan pronto como sea posible.
- Puede caminar sin restricción, según sus molestias lo permitan
- Usar Faja Lumbosacra o corset de día y NO de noche, por 3 a 6 meses
- Al sentarse, debe hacerlo en sillas altas y por menos de 45 minutos, mantenga una buena postura y su faja puesta.

Al alta usted recibirá:

- Orden para Faja lumbosacra o corset
- Receta para medicamentos
- Epicrisis.

Si requiere de licencia médica, avise a su médico ANTES DEL INGRESO A PABELLÓN.

Sus Visitas Médicas deberán ser:

	A la semana	Al mes	A los 3 Meses	A los 6 Meses	Al año
Control Médico	Fecha: __/__/__	Fecha: __/__/__	Fecha: __/__/__	Fecha: __/__/__	Fecha: __/__/__
	Hora: __: __	Hora: __: __	Hora: __: __	Hora: __: __	Hora: __: __
ODI (función)					