

INSTRUCCIONES PARA LA PRUEBA DEL ESTIMULADOR DE LA MÉDULA ESPINAL/EL ALTA PERMANENTE

- No conduzca durante 6 horas o mientras toma analgésicos.
- Puede realizar ejercicio moderado.
- No levante más de 5 libras hasta que lo indique el médico.
- Evite torcerse o doblarse durante al menos un mes (para evitar que los cables se muevan demasiado).
- Evite extender los brazos sobre la cabeza durante una semana
- Puede reanudar su dieta regular según la tolere; comience con líquidos claros.
- Es muy importante tomar antibióticos según lo prescrito por el médico.
- Es común requerir instrucciones adicionales sobre cómo usar el estimulador de médula espinal. Puede comunicarse con su médico y el representante del equipo médico para que lo ayuden.

MEDIDAS PARA EL BIENESTAR Y ATENCIÓN DE LA HERIDA

- Puede tomar sus medicamentos habituales.
- Puede aplicar compresas frías secas a las áreas afectadas por intervalos de 20 minutos de 5 a 6 veces por día.
- Evite mojar la incisión hasta la consulta de seguimiento o según lo indique el médico.
- Puede tomar baños de esponja solamente.
- No retire el vendaje hasta que lo indique el médico en el momento del seguimiento. Si es necesario, puede reforzarlo al aplicar gasa estéril 4x4 sobre él. Use cinta adhesiva médica para reforzarlo. La cinta adhesiva médica y la gasa se pueden comprar en cualquier farmacia local.

COMPLICACIONES

- Entumecimiento, debilidad y hormigueo en los brazos o las piernas que duran más de 8 horas.
- Temperatura mayor a 101 °F.
- Náuseas, dolor de cabeza o rigidez en el cuello.
- Dificultad o incapacidad para orinar.
- Sangrado excesivo o drenaje del sitio de inyección.
- Hinchazón inusual o enrojecimiento de los sitios de incisión.
- Dificultad para respirar o dolor en el pecho con la respiración. (Vaya a la sala de emergencias o llame al 911 si esto ocurre).
- Aumento transitorio del dolor.

Si experimenta alguna de las complicaciones anteriores, llame al consultorio de su médico. Si ocurre después del horario de atención, diríjase a la sala de emergencias más cercana.

RECONOZCO Y ACEPTO LO MENCIONADO ANTERIORMENTE:

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____

Si la firma corresponde a alguna otra persona que no sea el paciente, indique el vínculo con él: _____

FIRMA DEL ADULTO RESPONSABLE: _____ Vínculo con el paciente: _____