

Preparación para su procedimiento de endoscopia

Gracias por escoger nuestros consultorios para su procedimiento de endoscopia en *Gastroenterology Associates* de Mass General Hospital. Queremos asegurarnos que su procedimiento sea lo más sencillo posible. **Lea las indicaciones adjuntas en este sobre al menos 1 semana antes de su procedimiento.** Cumpla con todas las indicaciones en su preparación para la endoscopia, o de lo contrario el procedimiento será cancelado. Si tiene cualquier otro tipo de preguntas, llámenos al 617-726-7663.

Nombre y teléfono del gastroenterólogo en MGH:

Nombre del paciente:

Procedimiento programado:

Lugar del procedimiento:

Tenga en cuenta que hay más de una ubicación en MGH para los procedimientos de endoscopia. El lugar donde está programado su procedimiento está anotado aquí.

Fecha y hora de llegada:

Tenga en cuenta que su hora de llegada es diferente a la hora del inicio de su endoscopia. Esto es para que usted tenga tiempo de prepararse y estar listo para el procedimiento.

La mayoría de los pacientes están listos para que les den de alta en las 3 horas siguientes a la hora programada de ces ocurren cosas inesperadas que causan retrasos. En cuanto usted llegue se le informará de los retrasos que pueda haber.

Para preguntas relativas a los importantes procedimientos por COVID, revise la instrucciones para el día del procedimiento que se encuentran adjuntas a su preparación.

Planificar con anticipación:

- ☐ Actualizar sus datos de registro en MGH, llame al 866-211-6588.
- ☐ Si tiene preguntas sobre la cobertura de sus procedimientos, Por favor llame y verifique con su compañía de seguros directamente.
- ☐ Si aún no tiene una cuenta en *Partners HealthCare Patient Gateway*, inscríbase. Esto le ayudará a comunicarse con nosotros. Podrá ver los resultados de su examen en *Patient Gateway* dentro de 2 semanas después del procedimiento.
- ☐ Planifique para que un acompañante adulto le lleve de regreso a su hogar después del procedimiento.
- ☐ Si su procedimiento fue prenotado en el edificio Charles River Plaza, y usted usa un dispositivo de presión positiva continua (CPAP), tiene oxígeno en su hogar, tiene un desfibrilador cardíaco implantado, llame para que su examen sea reubicado en el edificio Blake.
- ☐ Si el examen se programó para llevarse a cabo en las instalaciones de Charles River Plaza (165 Cambridge St.) y usted usa un aparato de presión positiva continua (CPAP), recibe oxígeno en casa o tiene un desfibrilador cardíaco implantado, llámenos para que le demos una cita en el edificio Blake.
- ☐ Tenga en cuenta que las normas del Mass General exigen que las mujeres de entre 11 y 55 años se hagan una prueba de embarazo antes de hacerse un examen endoscópico. Cuando llegue al examen, una enfermera titulada verificará si usted necesita esta prueba y, si es el caso, le pedirá una muestra de orina.
- ☐ Lea la información sobre el día de su procedimiento que aparece este sobre. Allí se le indica lo que debe traer.

Es muy importante que asista a esta cita. **Si debe cancelar su cita, llámenos con antelación 5 días hábiles antes de la fecha de su procedimiento**, marque el 617-726-7663. Avisarnos con anticipación nos permite reprogramar su cita y ofrecerle su puesto a otro paciente. **Si cancela tardíamente es probable que no podamos fijar otra cita.**

Las direcciones para llegar en automóvil están en la página de la red de *MGH Parking and Visitor Information* (Estacionamiento e información para visitantes de MGH) en el enlace www.massgeneral.org/visit. Si utiliza un sistema GPS, asegúrese de programar la zona postal correcta.

Para más información y preguntas más frecuentes, visite nuestro sitio en la red www.massgeneral.org/endoscopy.



IMPORTANTE – Lea estas instrucciones al menos 1 día antes de su endoscopia

El día de su procedimiento de endoscopia superior (EGD, por sus siglas en inglés)

- ☐ **No podrá ingerir ningún alimento el día de su procedimiento.**
Puede tomar líquidos claros. Líquidos claros consisten en agua, té, café negro, consomé claro sin residuos, jugo de manzana, Gatorade, soda, gelatina.
- ☐ **Pare de tomar todo LÍQUIDO 2 horas antes del procedimiento,** con la excepción de pequeños sorbos de agua para sus medicamentos. No coma caramelos duros ni goma de mascar.
- ☐ **Tome todos sus medicamentos habituales con un pequeño sorbo de agua, incluyendo los medicamentos para controlar la tensión alta.**

Medicamentos

- Si está tomando Canagliflozin (Invokana), Canagliflozin y Metformin (Invokamet), Dapagliflozin (Farxiga), Xigduo XR Dapagliflozin y Metformin (una tableta de liberación prolongada), o Empagliflozin (Jardiance), deje de tomarlo al menos tres días antes de la colonoscopia. Si está tomando ertugliflozina (Steglatro, Stegujan o Segluromet), suspenda el tratamiento al menos cuatro días antes de la colonoscopia programada. Asegúrese de ponerse en contacto con su médico de atención primaria o médico de diabetes sobre los cambios sugeridos anteriormente y obtener su orientación también.
- Si toma insulina, generalmente recomendamos que tome la mitad de su dosis normal el día del procedimiento.
- Si toma anticoagulantes, le recomendamos que los siga tomando a menos que su gastroenterólogo de MGH le haya dicho que deje de tomarlos.

El día de su procedimiento de endoscopia

Traiga lo siguiente a su procedimiento:

- ☐ Su carné de identificación con foto.
- ☐ Nombre y teléfono de su acompañante.
- ☐ Puede llevar puesto el anillo nupcial, pero debe quitarse el resto de las joyas.

El día de su procedimiento

- La hora de su cita es más temprana que la hora de su procedimiento, esto es para que pueda prepararse.
- Antes de iniciar, revisaremos el procedimiento con usted y le pediremos que firme el consentimiento informado. (Véase la última página).
- La mayoría de los procedimientos toman 3 horas. Haremos todo lo posible para que se realice a tiempo, pero a veces pueden ocurrir retrasos.
- Llamaremos a su acompañante media hora antes de que esté listo para salir.

Después del procedimiento

- La mayoría de las personas deben descansar en su hogar por el resto del día. El día del procedimiento no maneje automóviles ni maquinarias. Evite tomar decisiones importantes. Evite tomar alcohol.
- Puede volver a consumir su dieta habitual.
- Recibirá una carta en el correo con los resultados de su colonoscopia dentro de las 2 semanas siguientes al procedimiento. Si tiene una cuenta en Partners HealthCare Patient Gateway, también podrá encontrar los resultados ahí.

Recuerde

- No podrá manejar después del procedimiento.
- Tendremos que cancelar su procedimiento si un acompañante adulto no le puede venir a recoger para acompañarlo a su hogar.
- Después que llamemos a su acompañante, este debe estar disponible para pasar a recogerlo dentro de la media hora siguiente.

Si tiene preguntas sobre esta información, llame al 617-726-7663.



Consentimiento para el procedimiento / Consent to Procedure

Patient Identification Area
PATIENT MUST BE IDENTIFIED BY
NAME AND MEDICAL RECORD NUMBER

Yo doy mi consentimiento a _____ para realizar el/los siguiente(s) procedimiento(s):

Procedimiento(s): Esofagogastroduodenoscopia (EGD) con posible biopsia

Sitio: Massachusetts General Hospital

Si aplica la lateralidad: ☐ Derecha ☐ Izquierda ☐ Ambos lados

Me han sido informados 1) los potenciales riesgos y beneficios del procedimiento(s) y 2) los riesgos y beneficios de las alternativas, incluyendo las consecuencias de no realizar el/los procedimiento(s).

Soy consciente de que la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías acerca de los resultados de el/los tratamiento(s) y procedimiento(s) propuestos.

Además, tengo conocimiento de que existen posibles riesgos tales como pérdida de sangre, infección o dolor que pueden ocurrir en cualquier procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico. Los siguientes riesgos adicionales me fueron explicados:

La esofagogastroduodenoscopia o endoscopia digestiva alta es una técnica importante para el examen de la porción alta del tubo digestivo. Aunque es sumamente inofensiva, puede tener unas pocas complicaciones. El problema más frecuente es que se presente una reacción a un medicamento, que por lo general se manifiesta como irritación localizada en la vena. Existe la posibilidad de que ocurra neumonía por aspiración, pero este problema se presenta sobre todo en las técnicas que se realizan de urgencia durante un sangrado activo. La perforación y el sangrado son complicaciones muy infrecuentes, pero pueden ser graves y requerir hospitalización, transfusión de sangre o una operación. Existe la posibilidad de que haya moretones o dolor en la boca. En raras ocasiones puede haber caída o lesión de dientes.

Si se utilizará la sedación para realizar este procedimiento entiendo que esta sedación tiene riesgos. Mi médico explicó el uso de la sedación para el procedimiento. Los riesgos incluyen pero, no se limitan a, una respiración más lenta y presión arterial baja que pueden necesitar tratamiento.

Entiendo que uno de los riesgos potenciales o complicación del procedimiento es la pérdida de sangre. Entiendo que puedo necesitar productos sanguíneos durante el procedimiento o en el período post-quirúrgico. Si me niego a recibir productos sanguíneos completaré un documento por separado para autorizar el tratamiento sin recibir productos sanguíneos.

Entiendo que uno o más profesionales de la industria de la salud (representantes técnicos de equipos y artefactos médicos) u observadores podrían estar presentes durante el procedimiento únicamente con fines consultivos o de observación.

El hospital puede fotografiar o grabar en video mi procedimiento/cirugía para fines educativos, de investigación u otros propósitos operativos. Cualquier información utilizada para estos propósitos no me identificarán.

Entiendo que la sangre o tejidos extraídos durante este procedimiento pueden ser luego desechados por Massachusetts General Hospital. Estos materiales también pueden ser utilizados por Massachusetts General Hospital, sus asociados, afiliados para investigación, educación y otras actividades que apoyan la misión de Massachusetts General Hospital.

Un equipo de profesionales médicos trabajará conjuntamente para realizar mi procedimiento/cirugía. Se me ha explicado la función y la participación del médico jefe especialista en mi procedimiento, incluyendo que él/ella puede unirse al procedimiento después de que el sitio quirúrgico esté abierto o se puede retirar durante el proceso de cierre del mismo, y pueda necesitar apartarse del procedimiento durante porciones que no son críticas. La función de otros médicos involucrados en el procedimiento, como se indica a continuación, también me ha sido explicado. Entiendo que otros profesionales médicos que no aparecen en la siguiente lista pueden estar involucrados en el procedimiento. Se me informará el nombre de esos médicos después del procedimiento.

Función del médico o del profesional de la salud (marcar todas las que aplican)	Nombre del Médico, si se tiene el conocimiento
☐ Fellow. Especificar año	
☐ Residente. Especificar año:	
☐ Asistente del médico	
☐ Enfermera especializada	
☐ Otro, por favor especifique:	
☐ Otro, por favor especifique:	

Tuve la oportunidad de hacer preguntas acerca de los riesgos, beneficios, efectos secundarios, probabilidad de lograr las metas de este procedimiento y otras alternativas. Todas mis preguntas fueron respondidas a mi completa satisfacción y doy permiso para tener el procedimiento.

	AM PM	
_____ Paciente/persona designada para tomar decisiones Patient/Surrogate Decision Maker Signature	_____ Nombre en letra de molde si no es el(la) paciente/ Printed Name if not Patient	_____ Fecha/Date Hora/Time

	AM PM	
_____ Profesional que obtuvo la firma de la autorización / Practitioner Obtaining Consent Signature	_____ Nombre en letra de molde / Printed Name	_____ Fecha/Date Hora/Time

Atestación del Médico jefe especialista (no es necesaria si el Médico Jefe especialista obtuvo la autorización o consentimiento original)

Certifico que he conversado con el paciente, o con la persona designada por el paciente para tomar decisiones médicas, sobre todos los aspectos relevantes de este procedimiento/cirugía, incluyendo las indicaciones, los riesgos y los beneficios comparados con otros enfoques alternativos. Certifico que he respondido a todas sus preguntas y he proporcionado información en relación a otros profesionales médicos que estarán presentes durante la cirugía.

	AM PM	
_____ Firma del Médico Jefe / Attending Signature	_____ Nombre en letra de molde / Printed Name	_____ Fecha/Date Hora/Time

Si se usó a un intérprete, favor completar el nombre y número de identificación del intérprete: _____

Consentimiento por vía telefónica / Telephone Consent

Fecha / Date: _____ Hora / Time: _____ AM PM

Razón para realizar el consentimiento por vía telefónica / Reason for Telephone Consent: _____

Nombre de la persona designada para tomar decisiones de salud / Surrogate Decision Maker Name: _____

Consentimiento recibido por / Consent Received by: _____

Sirvió como testigo para la obtención del consentimiento / Consent Witnessed by: _____