



Preparación para la sigmoidoscopia flexible

Gracias por escoger nuestros consultorios para su procedimiento de sigmoidoscopia flexible en *Gastroenterology Associates* de Mass General Hospital. Queremos asegurarnos que su procedimiento sea lo más sencillo posible. **Lea todas 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.

Planifique 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*, inscríbese. Esto le ayudará a comunicarse con nosotros. Podrá ver los resultados de su examen en *Patient Gateway* dentro de 2 semanas después del procedimiento.
- Lea la información sobre el día de su procedimiento que aparece este sobre. Allí se le indica lo que debe traer.
- Cinco (5) días antes del procedimiento**
Compre 2 enemas salinos Fleet y leche de magnesia.
- Dos (2) días antes del procedimiento**
Tome 4 cucharadas de leche de magnesia antes de acostarse.
- Un (1) día antes del procedimiento**
Tome solo líquidos claros para la cena. No puede consumir alimentos sólidos después de la cena. Una dieta de líquidos claros consiste en líquidos translucidos tales como agua, té, café negro, consomé sin residuos, jugo de manzana, Gatorade, jugo de uva blanca, soda, gelatina. No tome leche o ningún otro derivado lácteo.

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.

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 www.massgeneral.org/endoscopy.



IMPORTANTE- Lea estas indicaciones al menos 5 días antes de su procedimiento de sigmoidoscopia flexible.

El día de su procedimiento de sigmoidoscopia flexible

- Dos horas antes de salir de su casa, tome la primera dosis de enema Fleet. Media hora después, tome la segunda dosis del enema.**
- Tome todos sus medicamentos habituales con un pequeño sorbo de agua, incluyendo los medicamentos para controlar la tensión alta.**
- No podrá ingerir ningún alimento el día de su procedimiento. Puede tomar líquidos claros hasta 2 horas antes de su procedimiento. No coma caramelos duros ni goma de mascar 2 horas antes de su procedimiento.**
- Pare de tomar LÍQUIDOS claros 2 horas antes del procedimiento, con la excepción de pequeños sorbos de agua para sus medicamentos.**

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 del procedimiento. Si está tomando ertugliflozina (Steglatro, Stegujan o Segluromet), suspenda el tratamiento al menos cuatro días antes del procedimiento. 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 del procedimiento de sigmoidoscopia flexible

Traiga lo siguiente a su procedimiento:

- Su carné de identificación con foto.
- 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.

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 inmediatamente 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 es** necesario que un acompañante pase a recogerlo para llevarlo de vuelta su hogar ya que usted no recibirá sedación.

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): Sigmoidoscopia flexible

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 practica 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 sigmoidoscopia flexible es el examen endoscópico de la porción baja del colon, que comprende el recto y el colon sigmoide. Durante el examen se pueden tomar biopsias y extirpar pólipos. Aunque las complicaciones son poco frecuentes, pueden consistir en sangrado, dolor y reacciones a los sedantes. La más grave es la perforación o la lesión del colon, que requiere una operación de urgencia. A veces la sigmoidoscopia flexible se emplea para el control del sangrado, la implantación de una endoprótesis o la extirpación de un tumor. Estas intervenciones conllevan riesgos adicionales.

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.

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 AM PM
--	---	--------------------------------------

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.

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

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: _____