

**Instrucciones para la sigmoidoscopia flexible**

**Magnesium citrate**

**NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MÉDICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LUGAR:**

* **MAIN LINE ENDOSCOPY EAST: 2 BALA PLAZA, SUITE IL 30, BALA CYNWYD**
* **MAIN LINE ENDOSCOPY SOUTH: RIDDLE HOSPITAL, HCC II, SUITE 2110, MEDIA**
* **MAIN LINE ENDOSCOPY WEST: 325 CENTRAL AVE., LOWER LEVEL, MALVERN**
* **LANKENAU GI LAB: 100 E. LANCASTER AVE, APC MAIN ENTRANCE, WYNNEWOOD**
* **RIDDLE HOSPITAL SPU: *Nuevo* PABELLÓN PRINCIPAL, 2.° PISO, MEDIA**
* **PAOLI HOSPITAL SPU – 255 W. LANCASTER AVE., ENDOSCOPY SUITE, PAOLI**

**INSTRUCCIONES PARA MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_ **Escriba sus iniciales aquí.**

* + **Deje** de tomar medicamentos con **hierro** 5 días antes del procedimiento.
	+ **Deje** de tomar suplementos de **aceite de pescado** 3 días antes del procedimiento.
	+ Siga tomando todos los medicamentos recetados, a menos que le indiquen otra cosa, incluyendo aspirin y Plavix.
	+ Podría ser necesario dejar de tomar **medicamentos anticoagulantes** antes de su procedimiento. El personal de nuestro consultorio se comunicará con su médico para pedir autorización para suspender su medicamento. Si no recibe noticias de nuestro consultorio sobre cómo tomar sus medicamentos anticoagulantes 10 días antes de su procedimiento, llame al consultorio al 610-644-6755.
	+ Tome sus medicamentos con un sorbo de agua 4 horas antes de su procedimiento programado. Si no puede tomarlos 4 horas antes de su procedimiento, espere hasta después de su procedimiento.
	+ ***No beba ningún líquido 4 horas antes de su procedimiento o es posible que se reprograme. Puede beber sorbos de agua con los medicamentos mencionados arriba.***
	+ **Diabéticos:** Si tiene diabetes, consulte a su médico para saber si es necesario hacer cambios.

No tome sus medicamentos habituales para la diabetes la mañana de su procedimiento. Revise su nivel de azúcar en la sangre antes de llegar. Llame al consultorio al 610-644-6755 si su nivel de azúcar en la sangre es de 70 o menos. También avise inmediatamente al personal cuando llegue.

* + **No fume el día del procedimiento.**
	+ **Deje de consumir cannabis de la siguiente manera:**
	+ **Cannabis fumado: deje de consumirlo 12 horas antes.**
	+ **Cannabis vaporizado: deje de consumirlo 12 horas antes.**
	+ **Cannabis ingerido: deje de consumirlo 8 horas antes.**
	+ **Aceite CBD ingerido: deje de consumirlo 8 horas antes.**
	+ **INSTRUCCIONES PARA MEDICAMENTOS ESPECIALES:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**¿Qué es una sigmoidoscopia flexible?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Una sigmoidoscopia flexible es un examen que se usa para evaluar la parte inferior del intestino grueso (colon). Durante un examen de sigmoidoscopia flexible, se inserta un tubo flexible y delgado (sigmoidoscopio) en el recto. Pueden tomarse biopsias.**

Si elige recibir anestesia, le introducirán un catéter intravenoso (IV) en una vena en el brazo para hidratarlo y administrarle medicamento para mantenerlo dormido durante el procedimiento.

Recibirá oxígeno por la nariz. Monitorearemos su frecuencia cardíaca, presión y nivel de oxígeno en la sangre durante todo el procedimiento.

Le pondrán aire o dióxido de carbono y agua en el colon durante el examen. Es normal que los expulse después del procedimiento.

Descansará en la sala de recuperación después del procedimiento hasta que pueda tolerar líquidos, caminar sin ayuda, y tenga signos vitales estables.

**TODO EL PROCESO TARDARÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS.**

Si el inicio de su procedimiento se retrasa, haremos todo lo posible para mantenerlo informado. Tenga la seguridad de que, durante su sigmoidoscopia flexible, recibirá atención de la mayor calidad.

IMPORTANTE

**DEBE AVISAR 72 HORAS ANTES PARA CANCELAR.**

SI CANCELA MENOS DE 72 HORAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO, SE CONSIDERARÁ QUE NO SE PRESENTÓ Y SE LE PODRÍA COBRAR UN CARGO DE $50. ESTE CARGO NO LO CUBRE EL SEGURO.

Si tiene alguna pregunta, llame a uno de nuestros consultorios para obtener ayuda:

* 1991 Sproul Road, Suite 230, Broomall 610.449.1525
* 100 Lancaster Avenue, Suite 252, Lankenau MBE, Wynnewood 610.896.7360
* 325 Central Avenue, Suite 200, Malvern 610.644.6755
* 1088 W. Baltimore Pike, HCC II, Suite 2407, Media 610.565.1808

**Para prepararse para su procedimiento**

* Puede elegir recibir anestesia para el procedimiento. La anestesia puede marearlo, volverlo olvidadizo o somnoliento, es por eso que:
* Un adulto responsable, mayor de 18 años, debe conducir o acompañarlo de ida y vuelta a su procedimiento.
* Conductores de autobús, taxi, traslado compartido o Uber/Lyft **NO PUEDEN** ser su conductor responsable.
* Si no tiene un conductor responsable que maneje o lo acompañe a su casa, se reprogramará su procedimiento.
* **Instrucciones generales:**
	+ Avise al consultorio de cualquier cambio en la historia médica. Ejemplo: dolor de pecho, falta de aire, arritmias u hospitalizaciones recientes.
	+ Debe tener un conductor que lo acompañe a su casa, no puede conducir después de la sedación.
	+ Revise y complete el paquete engrapado: Formularios de registro del paciente de Main Line Endoscopy Center. Es necesario que traiga los formularios completados el día del procedimiento.
	+ Use ropa cómoda. Puede sentirse hinchado después del procedimiento.
	+ Deje los objetos de valor en casa o con el adulto que lo acompaña.
	+ Quítese todas las joyas, incluyendo los piercings corporales.

**PREPARACIÓN: El día *antes* de su procedimiento**

|  |  |
| --- | --- |
| **5:00 p.m.el día *antes* del procedimiento****No cene.****NO COMA NADA SÓLIDO** | Siga una dieta de **LÍQUIDOS CLAROS SOLAMENTE:** * agua
* café o té, ***sin leche ni crema***
* jugo claro: manzana, uva blanca, limonada (sin pulpa)
* caldo, consomé
* Gatorade o bebidas deportivas similares
* Kool Aid, Crystal Light
* refrescos carbonatados: Coca-Cola, Sprite (normal o de dieta)
* Jell-O™ (sin fruta ni ingredientes añadidos; que no sea roja ni morada)
* paletas de hielo (que no sean rojas ni moradas)
* **NO CONSUMA PRODUCTOS ROJOS NI MORADOS.**
* **NO BEBA JUGOS CON PULPA.**
* **NO BEBA PRODUCTOS LÁCTEOS.**

**NO BEBA ALCOHOL.**  |
| **6:00 p.m.el día *antes* del procedimiento****NO COMA NADA**  | **Beba una botella de magnesium citrate de 10 oz.*** Beba cuatro vasos de 8 oz de líquido claro después de terminar el magnesium citrate.
* Siga hidratándose con líquidos claros durante el resto de la tarde y hasta 4 horas antes de su procedimiento.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **4 horasantes de su cita****NO COMA NI BEBA NADA** | **DEBE** terminar todos los líquidos claros **4 horas** antes de su cita. Este es el momento en el que debe tomar los medicamentos de la mañana si su proveedor se lo indica o esperar hasta después de su procedimiento. *Nada por vía oral.* No consuma caramelos, goma de mascar, cigarrillos, ni medicamentos.Comer o beber en este momento puede resultar en la cancelación o retraso del procedimiento. |
| **3 horasantes de su cita****NO COMA NI BEBA NADA SÓLIDO** | Use 1 solución salina Fleet Enema.°  |

**PREPARACIÓN: El día *de* suprocedimiento**