



Instrucciones para la Endoscopia Capsular

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Su medico ha determinado que, como parte de su evaluación medica, usted debe realizarse un examen conocido como Endoscopia Capsular. Las instrucciones para este examen son las siguientes:

Por favor, deje de tomar suplementos de hierro 7 días antes de su cita.

EL DIA ANTES DE SU CITA

Después de almorzar, el día antes de su cita, empiece una dieta de líquidos claros.

Líquidos claros: Agua, Gelatina (No gelatina roja ni de uva), Te, Jugo de manzana, Gatorade, Café, caldo de carne, Bebidas carbonatadas (Sodas), Caldo de Pollo, Caldo de Vegetales.

A la 1:00 P.M., tome una botella de 7 onzas de Magnesium Citrate (Citrato de Magnesio). Este producto esta disponible sin receta medica en su farmacia de preferencia. Su medico podría requerirle alguna preparación adicional. De ser necesario, usted recibirá instrucciones adicionales.

No ingiera nada por boca después de las 10:00 P.M. Puede tomar cualquier medicamento necesario que le toque en la noche.

A los pacientes masculinos se les requiere que se afeiten el abdomen 6 pulgadas por encima y 6 pulgadas por debajo del ombligo.

No fumar 24 horas previo a la cita.



Gastroenterology Specialists

Diplomate, American Board Internal Medicine and Gastroenterology

Steven A. Meckstroth, M.D.
Manuel F. Bustamante, M.D.
William Gonzalez, PA-C
Karina Hooper, PA-C

EL DIA DE SU CITA

No tome ninguno de sus medicamentos hasta que la capsula haya estado en su sistema 2 horas. Tomar una tableta de Reglan, de 10 mg, 30 minutos antes de su cita.

Por favor, vístase con ropa holgada de dos piezas.

Se le aplicaran sensores a su abdomen y se conectaran a una grabadora de datos, la cual usted llevara alrededor de su cintura.

Cuando la capsula haya estado en su sistema 2 horas, tome sus medicamentos de la mañana como lo hace habitualmente. Al cabo de 4 horas puede ingerir una comida ligera (ej. Una taza de sopa y la mitad de un emparedado (sándwich)).

Se le proveerá una bacineta o bacín que acomodara en su inodoro para que examine las heces y se asegure que la capsula haya pasado. Si la capsula no ha pasado al cabo de 3 días, podríamos recomendar una radiografía abdominal para determinar la localización de la capsula en su abdomen. Por favor, revise sus heces diariamente hasta que la capsula haya pasado. Notifique a la oficina cuando la capsula haya pasado.

RESTO DEL DIA

Puede retomar sus actividades habituales durante el resto del día. Por favor, evite actividades rigurosas o el agacharse o inclinarse repetidamente. Por favor no se acerque a ninguna fuente de campo electromagnético tales como una maquina de resonancia magnética (MRI machine) o un radio de aficionados tipo "ham". Imágenes podrían perderse. Por favor, verifique y cerciórese que la luz en la grabadora de datos este centellando durante todo el día. Si la luz se apaga o cesa de centellar, llame a nuestra oficina.

La endoscopia capsular es un procedimiento de 8 horas. Por favor, regrese a nuestra oficina a las 4:30 P.M. Desconectaremos la grabadora de datos y obtendremos las imágenes.



Formulario de Consentimiento

Doy mi consentimiento para que se me realice una endoscopia capsular

La endoscopia capsular es un nuevo examen endoscópico del intestino delgado. **No** está diseñado para examinar el esófago, el estomago o el colon. **No** reemplaza la endoscopia superior (Esofagogastroduodenoscopia) **ni** la colonoscopia.

Entiendo que hay riesgos asociados a cualquier examen endoscópico, tal como una obstrucción intestinal. Una obstrucción podría requerir una cirugía inmediata.

Estoy consciente de que debo evitar las maquinas de MRI (Resonancia Magnética) durante el procedimiento y hasta que la capsula pase.

Entiendo que debido a la variación en la motilidad intestinal de un paciente, la capsula podría mostrar solo parte del intestino delgado. También es posible que, debido a interferencias, algunas imágenes se pierdan resultando en la necesidad de repetir el procedimiento.

Entiendo que las imágenes y datos obtenidos de mi endoscopia capsular pueden ser utilizados, bajo completa confidencialidad, en estudios médicos futuros con propósitos educativos.

Dr. _____ me ha explicado el procedimiento y sus riesgos, al igual que otras alternativas de diagnostico y tratamiento, y se me ha permitido preguntar con respecto al examen planificado.

Yo autorizo a la (el) Dr. _____ a realizar una endoscopia capsular.

Nombre del Paciente
(Letra de molde)

Firma del Paciente

Fecha

En presencia de: (Nombre del testigo): _____