

Fecha del procedimiento: _____

1. Hora de llegada: _____
2. No debe comer ni beber nada después de: _____

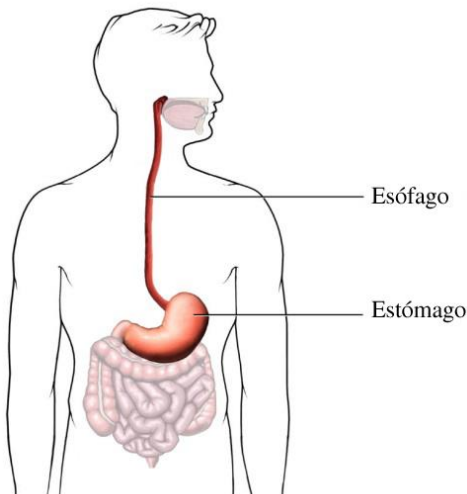
Esófago y manometría esofágica

Esófago: Conducto alimentario que conecta la boca al estómago.

1. Un músculo grande rodea al esófago en su totalidad. Este músculo aprieta y empuja lentamente el alimento deglutido hasta el estómago.
2. Los músculos en la parte superior e inferior del conducto alimentario son muy fuertes. Estas dos áreas son los esfínteres.
3. Los esfínteres pueden contraerse de forma muy apretada o relajarse. Esto hace que el conducto alimentario se abra o cierre.

Esfínter superior cerrado: Impide que los alimentos deglutidos regresen a la boca.

Esfínter inferior cerrado: Impide que los alimentos en el estómago regresen al esófago.



Medical Illustration(s) © 2019 Nucleus Medical Media, Inc.

La manometría esofágica nos muestra:

1. Cómo funcionan los músculos del esófago y los esfínteres
2. Cuán fuerte son los músculos y los esfínteres

Antes de la manometría esofágica

3 cosas que debe saber

1. Alimentos y líquidos:

Es muy importante que su estómago se encuentre **vacío** antes del procedimiento. Siga esta dieta en su hogar antes del procedimiento.

Tiempo antes de llegar

Qué comer o beber

6 horas antes:

Mi horario:

- Solo líquidos claros.
- Consulte la lista a continuación.

2 horas antes:

Mi horario:

Nada de comer o beber

- Ningún medicamento
- Ningún líquido
- Ningún alimento

Líquidos claros

Ninguna bebida carbonatada, gaseosa o producto lácteo

Puede beber:

- Agua
- Caldo claro
- Café o té
- Gatorade®
- Kool-Aid®
- Jell-O® gelatina sin sabor
- Paletas heladas

2. Fiebre:

Llame al consultorio **de inmediato** si tiene 101.5 °F de fiebre o más.

3. Planifique el cuidado de los niños:

No traiga a otros niños con usted. **No pueden ingresar a la sala de preparación ni a la sala de procedimientos.**

Importante: Si necesita realizar una cancelación o llegará tarde:

Llame al siguiente número: _____

Si necesita cancelar la cita antes del día del procedimiento, llame a la Clínica gastrointestinal lo antes posible.

682-885-1990

Día de la manometría esofágica 2 cosas que debe saber

1. Registro de pacientes

Cook Children's Medical Center

Vaya directamente a la sala de espera de cirugía ubicada en el segundo piso. Preséntese en recepción y regístrese. Nosotros lo llevaremos al Área de Procedimientos Especiales.

2. Consentimiento para el procedimiento

Le pediremos que lea y firme el consentimiento.

Es importante que comprenda lo siguiente:

- Qué es la manometría esofágica
- Por qué y cómo llevamos a cabo el estudio
- Cuáles son los riesgos posibles

Pregúntenos todo lo que no entienda y háganos saber cada vez que nuestras respuestas no sean lo suficientemente claras.

Cómo llevamos a cabo la manometría esofágica

Le comunicaremos todo lo que debemos realizar y le indicaremos cómo relajarse.

1. Primero le colocaremos un poco de medicamento adormecedor dentro de la nariz.
2. Le colocaremos una sonda pequeña en la nariz. En ocasiones, puede sentir cierta incomodidad.
3. Guiaremos esta sonda suavemente hacia el conducto alimentario.
4. Conectamos la sonda a una computadora especial que registra la deglución. Deberá tomar pequeños sorbos de agua o Gatorade™ salada durante la prueba.

Recordatorio: Su enfermera permanecerá a su lado a todo momento.

Luego la manometría esofágica

1. Retome su dieta regular.
2. Retome sus actividades habituales cuando se sienta listo.
3. El doctor de su hijo revisará los análisis y lo llamará; generalmente, lo hace dentro de los 10 a 14 días laborales posteriores al procedimiento.

No dude en llamar a la clínica gastrointestinal en caso de preguntas o inquietudes.

Departamento de Gastroenterología

Dodson Specialty Clinics 2.º Piso

1500 Cooper Street
Fort Worth, Texas 76104

682-885-1990

cookchildrens.org

Estas instrucciones sólo son guías generales. Sus proveedores de atención médica pueden darle instrucciones especiales.

Por favor hábleles a sus proveedores de atención médica si tiene cualquier pregunta o preocupación.

**Un proveedor de atención médica me
hablo sobre la información en este folleto.**

- Sé lo que necesito hacer.
- Sé por qué hacer esto es importante.
- Todas mis preguntas han sido respondidas.
- Tengo una copia de este folleto.

Nombre del paciente

**Paciente, Padre, Madre, o Representante
Legalmente Autorizado**

Nombre en letra molde

Firma

Su parentesco al paciente

Fecha

Hora a.m. / p.m.

For staff use only

Esophageal-Manometry-GI-Spanish

Healthcare Provider

MRN (Medical Record Number)

Printed Name

Signed Name

Date

Time a.m. / p.m.

Interpreter

Printed Name

Signed Name

Interpreter Number

Date

Time a.m. / p.m.

Print or imprint Patient Information

MRN _____

CSN _____