

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

QUE ES ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA ?

Es un examen en el que se visualiza el interior del estómago, mediante un instrumento llamado **endoscopio**, este tiene una pequeña cámara fijada a una sonda flexible que puede alcanzar toda la longitud del esófago, estómago y hasta segunda parte del duodeno (intestino delgado). En ocasiones es necesario realizar el procedimiento con **sedación** que es la aplicación de medicamentos sedantes intravenosos (con un costo adicional).

PREPARACIÓN Y REQUISITOS PARA EL EXAMEN

***SI SU EXAMEN ES EN LA MAÑANA**

1. Tener 6 HORAS DE AYUNO (última comida el día anterior líquida sin residuos como arroz, frijoles o carnes)
2. NO consumir Antiácidos (omeprazol, ranitidina, milanta)
3. Si toma otros medicamentos, ingerirlos con poca agua
4. Venir con ropa cómoda y de dos piezas, traer documentos (Historia Clínica, cedula, orden médica del procedimiento, autorización de la EPS, formato de programación y preparación, exámenes adicionales).

Recomendamos: Si toma antiinflamatorios (ibuprofeno, diclofenaco, etc) y/o aspirina o derivados, deberá suspenderlo una semana antes de la colonoscopia, para lo cual deberá comentarlo a su médico(a) **TRATANTE**. Si está anticoagulado (warfina), también deberá advertirlo por si fuera necesario cambiar el tipo de anticoagulante. **POR PARTE DE SU MEDICO TRATANTE**

*** SI SU EXAMEN ES EN LA TARDE (1pm)**

1. Desayunar Galletas de soda (numero de 2) con agua de panela o seguir en ayunas,
2. Si toma otros medicamentos, ingerirlos con poca agua
3. Venir con ropa cómoda y de dos piezas, traer documentación (Historia Clínica, cedula, orden médica del procedimiento, autorización de la EPS, formato de programación y preparación, exámenes adicionales solicitados).

Recomendamos: Si toma antiinflamatorios (ibuprofeno, diclofenaco, etc) y/o aspirina o derivados, deberá suspenderlo una semana antes de la colonoscopia,

para lo cual deberá comentarlo a su médico(a) **TRATANTE**. Si está anticoagulado (warfina), también deberá advertirlo por si fuera necesario cambiar el tipo de anticoagulante. **POR PARTE DE SU MEDICO TRATANTE.**

***IMPORTANTE**

DEBE LLEGAR AL PROCEDIMIENTO ACOMPAÑADO POR UNA PERSONA O FAMILIAR ADULTO OBLIGATORIO O SE REPROGRAMARA

SU CITA: FECHA-----HORA-----