



Fecha de emisión: _____

Instrucciones de preparación para EGD/endoscopia superior

¡Gracias por elegir a St. Joseph Hospital!

Fecha: _____ Hora de llegada: _____ Dr. _____

****Es posible que el Departamento de Endoscopia se comunice con usted el día de su procedimiento para acomodar su hora de llegada.***

Lugar: 172 Kinsley Street, Nashua, NH – Vestíbulo principal, 2.º piso, Departamento de Endoscopia

Se requiere un registro previo una semana antes de su procedimiento. Para hacer su registro previo, o si tiene alguna pregunta sobre el costo de la cobertura, llame al teléfono **866-620-4781**.

Si tiene alguna pregunta sobre su preparación o el procedimiento, o si por alguna razón debe cambiar la fecha u hora de su procedimiento, **llame al 603-578-9363**.

Planee con anticipación

- Llame directamente a su compañía de seguros lo antes posible para averiguar si su procedimiento será cubierto.
- Si sufre fiebre, tos o cualquier síntoma de gripe o resfriado, o si tiene pruebas cardiacas o respiratorias pendientes, **DEBE** llamarnos para cambiar la fecha de su procedimiento.
- Dado que se le administrará anestesia durante su procedimiento, es obligatorio que tenga a un adulto responsable con edad suficiente para conducir que pueda llevarlo a casa después de su procedimiento. Usted **no podrá conducir ni caminar**. Esperamos que pueda retomar sus actividades normales al día siguiente de su procedimiento. Lamentablemente, tendremos que cancelar su procedimiento si no tiene a alguien que lo lleve a casa en automóvil.



Información del seguro

Le recomendamos encarecidamente que estudie su cobertura de beneficios y llame directamente a su compañía de seguros antes de realizar cualquier procedimiento, a fin de averiguar cuáles son sus beneficios.

- Puede recibir estimaciones del costo de los procedimientos si llama al teléfono 866-620-4781.
- El código CPT estándar de una colonoscopia es **45378**, tanto para colonoscopías de detección como de diagnóstico.
- Si es necesario hacer una biopsia, o si se extirpa un pólipo durante su procedimiento de detección, sus beneficios del seguro pueden cambiar.
- Su cobertura de beneficios también puede variar, dependiendo del lugar donde se haga su procedimiento. Si su seguro tiene dificultades para encontrar a St. Joseph Hospital Nashua en su directorio, nuestro número de identificación tributaria es: 02-0222215.
- Si se someterá a un procedimiento de endoscopia superior además de su colonoscopia, consulte a su seguro respecto a su cobertura. El código CPT de una endoscopia superior es **43235**.

Honorarios por anestesia: los servicios de anestesia en SJH están a cargo de Amoskeag Anesthesia: 1-888-446-0870

- Ciertos seguros pueden tener restricciones sobre la cobertura de la anestesia. Le recomendamos que revise sus beneficios individuales.

Medicamentos

- Si toma suplementos orales de hierro (no infusiones), multivitaminas con hierro, aceite de pescado o la vitamina E, **SUSPENDA** esos medicamentos desde 7 días antes de su procedimiento. Puede seguir tomando aspirinas.
- **Si toma cualesquiera de los siguientes medicamentos solamente para perder peso de manera DIARIA, suspenda el medicamento desde 24 horas antes de su procedimiento. Si toma cualesquiera de los siguientes medicamentos solamente para perder peso de manera SEMANAL, suspéndalo desde 1 semana antes de su procedimiento.**
 - Dulaglutida (Trulicity), exenatida de liberación prolongada (Bydureon bcise), exenatida (Byetta), semaglutida (Ozempic), liraglutida (Victoza, Saxenda), lixisenatida (Adlyxin), semaglutida (Rybelsus)

LLAME A SU MÉDICO DE CABECERA O AL MÉDICO QUE LE RECETÓ LOS MEDICAMENTOS:

- Toma anticoagulantes como Coumadin (warfarina), apixaban (Eliquis), Plavix (clopidogrel), Aggrenox, Ticlid (ticlopidina), Pradaxa (dabigatrán), Effient (prasugrel), Brilinta (ticagrelor) o Xarelto, para recibir instrucciones sobre cómo suspender su uso. **No deje de tomar sus anticoagulantes sin hablar antes con su médico de cabecera o con el médico que se los recetó.**
- Recibe inyecciones de Lovenox. Estas deben suspenderse 24 horas antes de su procedimiento.
- Tiene diabetes, para hablar sobre sus medicamentos para la diabetes.

GI no puede asesorarlo respecto a cómo ajustar sus otros medicamentos. Llame a su médico de cabecera o al médico que le recetó los medicamentos si tiene preguntas sobre sus medicamentos recetados.



El día antes de su EGD/endoscopia superior

Puede comer normalmente durante el día.

Después de la MEDIANOCHE (anterior a la mañana de su procedimiento): NO TOME ALIMENTOS SÓLIDOS, LÍQUIDOS ESPESOS, PRODUCTOS LÁCTEOS NI ALCOHOL. Siga una dieta exclusiva de líquidos claros

PERMITIDO	EVITAR
Agua	No tome leche, lácteos o sustitutos de lácteos
Café negro o té (sin leche ni crema)	No tome líquidos de color ROJO, NARANJA o PÚRPURA
Jugos claros que no sean de color rojo, naranja ni púrpura	No tome jugo de uvas o arándanos, ni ponche de frutas
Caldos claros	No tome jugos con pulpa (excepto jugo de naranja)
Paletas heladas	No tome batidos
Gelatina (Jell-O)	No tome leches de nueces
Agua de coco	

La mañana de su EGD/endoscopia superior

Siga consumiendo una dieta exclusiva de líquidos claros. No se permite consumir alimentos sólidos ni líquidos espesos.

4 HORAS ANTES DE SU LLEGADA: NO CONSUMA ABSOLUTAMENTE NADA POR LA BOCA - NO goma de mascar, caramelos, mentas, cigarrillos, agua. Puede usar humectante labial para los labios secos.

Los **ÚNICOS MEDICAMENTOS** que puede tomar esta mañana, tres (3) horas antes de su llegada, son para:

- Enfermedades cardíacas (corazón)
- Convulsiones
- Presión arterial
- Medicamentos para el asma e inhaladores



Expectativas para el día de la EGD/endoscopia superior

Le pedimos que traiga estas cosas con usted: Un formulario de historial de salud para endoscopia contestado (última página del paquete), el nombre y número de teléfono de la persona que lo llevará a casa, inhaladores, máquina de CPAP/BiPAP (si se puede transportar fácilmente), anteojos (no lentes de contacto), si está menstruando puede usar un tampón, material de lectura u otros artículos en caso de demoras imprevistas, una ***copia de la lista de sus medicamentos con las dosis y la hora que los tomó por última vez (incluidos los medicamentos de venta libre)***.

NO TRAIGA: Objetos de valor, incluyendo joyería. ***Si usa prótesis dentales, no use adhesivo el día de su procedimiento, ya que es posible que tenga que quitárselas.***

Antes de que inicie el procedimiento, tendrá la oportunidad de hablar con su gastroenterólogo sobre el procedimiento y con el anesthesiólogo sobre la sedación. Le explicarán la naturaleza del procedimiento y sus riesgos, beneficios y alternativas. Le pedirán que firme un formulario de consentimiento en el que indica que entiende y acepta recibir la atención.

Prevea estar en el hospital de 2 ½ a 3 horas. Hacemos todo lo posible para ser puntuales, pero pueden ocurrir retrasos.

Tendrá que descansar el resto del día. No opere máquinas ni vehículos de motor.

Recibirá una carta con una explicación de sus resultados de 2 a 3 semanas después de su procedimiento.



ENDOSCOPIA DE ST. JOSEPH HOSPITAL

SU NOMBRE: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS o ALIMENTOS : No Sí ¿Cuáles? _____

Historial médico personal: Marque todas las opciones que se apliquen a su caso e indique toda la información médica adicional más abajo.

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> CPAP__ BIPAP__ | <input type="checkbox"/> Dolor o lesión de | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Ronquidos nocturnos | espalda | <input type="checkbox"/> Problemas hemorrágicos |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Cáncer, | <input type="checkbox"/> Caídas en el último año |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos* | <input type="checkbox"/> Asma | tipo _____ | <input type="checkbox"/> Prótesis dental superior / |
| Si contestó que sí, describa: | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Diabetes | inferior/parcial (encierre una |
| _____ | gastroesofágico/Acidez | <input type="checkbox"/> Tiroides baja | opción) |
| | estomacal | <input type="checkbox"/> Tiroides alta | |
| | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | | |
| | <input type="checkbox"/> Ataque isquémico | | |
| | transitorio | | |

Cirugía:

- | | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Cirugía abdominal | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Otra: |
| | | | ocular | |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos/desfibrilador | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación, lugar _____ | | | <input type="checkbox"/> Otro: |

¿Cuándo fue la última vez que **BEBIÓ LÍQUIDOS**, incluida su preparación? _____

¿Tiene algún **metal en el cuerpo** (que no sea en los dientes)? No Sí Si contestó que sí, ¿en dónde? _____

Mujeres - Última **menstruación:** _____ ¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? No Sí

Pregunta de salud comunitaria: (¡no relacionada con su procedimiento!): ¿Ha realizado un testamento en vida o ha otorgado un poder para atención médica a alguien? Este es un documento formal que nombra a una persona para que tome decisiones por usted en el caso de que usted no pueda hacerlo.

Sí No Si contestó que no, ¿desea recibir **más información**? Sí No



ST. JOSEPH HOSPITAL

Si tiene una lista de sus medicamentos, entreguesela al enfermero - **NO CONTESTAR LO SIGUIENTE**
INCLUYA los medicamentos de venta libre y herbales.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Última	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Última

Nombre de la persona que lo llevará a casa el día de hoy: _____ **Número de teléfono** _____

¿Qué artículos tiene con usted HOY para el procedimiento? Si tiene alguna de estas cosas al llegar, ¡queremos asegurarnos de que la tenga al salir! Deje sus objetos de valor en casa. Encierre en un círculo todos los que apliquen.

Prótesis dental: completa parcial superior inferior Anteojos Aparatos auditivos

Bastón Andador Silla de ruedas personal Otro: _____