



Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

## Instrucciones de preparación para colonoscopia

### **NuLYTELY** (recetado)

*¡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 se sometió a una colonoscopia previa con una preparación inadecuada, llame a nuestra oficina lo antes posible, ya que su preparación podría cambiar.
- Si sufre fiebre, tos o cualquier síntoma de gripe o resfriado, o si tiene pruebas cardíacas 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.



# ST. JOSEPH HOSPITAL

## 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: 02-022215.
- 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 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.
- Tiene diabetes, para hablar sobre sus medicamentos para la diabetes.
- Recibe inyecciones de Lovenox. Estas deben suspenderse 24 horas antes de su procedimiento.
- Si tiene preguntas sobre cualquier otro medicamento, consulte a su médico de cabecera o al médico que le recetó los medicamentos.

**GI NO PUEDE ASESORARLO RESPECTO A CÓMO AJUSTAR SUS MEDICAMENTOS. LLAME A SU MÉDICO DE CABECERA O AL MÉDICO QUE LE RECETÓ LOS MEDICAMENTOS SI TIENE PREGUNTAS SOBRE SUS MEDICAMENTOS RECETADOS.**



# ST. JOSEPH HOSPITAL

## Artículos que debe comprar para su preparación

- **NuLYTELY:** (1) 1-NuLYTELY recetado. La receta médica se enviará de manera electrónica a la farmacia de su preferencia. También incluirá una botella desechable de 128 onzas.
- **Gatorade, bebidas deportivas o líquidos claros aprobados:** Un líquido claro de su preferencia para mezclar con el NuLYTELY en polvo. No use líquidos de color ROJO, NARANJA o PÚRPURA

## 7 días antes de su colonoscopia

- Compre los artículos de preparación con anticipación, si es posible.
- SUSPENDA los suplementos orales de hierro (no las infusiones), las multivitaminas con hierro, el aceite de pescado y la vitamina E.
- **Inicie una dieta con bajo contenido de fibra.** Evite todos los alimentos con semillas o cáscara, las nueces, las ensaladas y las verduras crudas.

PERMITIDO	EVITAR
Carnes (res, puerco, aves sin piel) y pescado.	Pan, cereal o pasta de trigo integral o de granos integrales.
Pan blanco sin semillas ni nueces.	Arroz integral o salvaje, avena, kasha, cebada, quinoa
Arroz blanco, pasta blanca, galletas saladas.	Frutos secos y jugo de ciruela pasa.
Panqueques y waffles.	Frutas con semilla, cáscara o membranas (uvas, naranjas, bayas).
Zanahoria, papa, zapallo sin semillas, verduras en tiras, cocidas y peladas.	Verduras crudas o poco cocidas y ensaladas (maíz, lechuga, coles de Bruselas, espinacas).
Frutas sin cáscara, semillas o membranas (melón, plátano, manzana pelada, fruta enlatada pelada).	Frijoles, guisantes y lentejas.
Leche y alimentos hechos con leche, sustitutos de leche.	Semillas y nueces, así como alimentos que los contengan (mantequilla de maní y otras mantequillas de nueces).
Mantequilla, margarina, aceite y aderezos de ensalada sin semillas.	Palomitas de maíz



# ST. JOSEPH HOSPITAL

## El día antes de su colonoscopia

Es muy importante que siga las instrucciones respecto al tiempo, incluso si tiene que levantarse por la madrugada. Si termina la preparación demasiado pronto, los líquidos de su sistema digestivo podrían restablecerse, lo que afectará la calidad de su procedimiento.

**Antes de las 10 a.m.** - Puede tomar un desayuno LIGERO.

**Después de las 10 a.m.:** NO TOMES 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	

### **A partir de las 5 p. m.**

- Mezcle el paquete completo de NuLYTELY en polvo en el envase provisto, siguiendo las instrucciones de la receta médica (se recomienda usar líquido frío):
- Beba la mitad de la mezcla, tomando como máximo 8 onzas (1 taza) cada 15 minutos hasta terminar la mitad del envase.
- Refrigere la mitad restante.
- Es posible que las deposiciones se retrasen. Puede tomar tiempo para que comiencen.
- Las náuseas son una ocurrencia común. Trate de beber todo lo posible. Los vómitos son raros, pero ocurren y está bien, siempre y cuando usted tome tanto líquido como sea posible.
- Mezclarlo con varios paquetes de saborizante Crystal Light puede ayudar.



# ST. JOSEPH HOSPITAL

## La mañana de su colonoscopia

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

### **6 HORAS ANTES de SU LLEGADA**

- Beba el resto de la mezcla de NYLYTELY, aproximadamente 8 onzas (1 taza) cada 15 minutos.
- Solamente puede beber líquidos claros\* (ver la lista de líquidos claros).
- Puede cepillarse los dientes.

**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 colonoscopia**

***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 anestesiólogo 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.



# ST. JOSEPH HOSPITAL

## 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    | <input type="checkbox"/> 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                   | <input type="checkbox"/> tipo _____        | <input type="checkbox"/> Prótesis dental superior /     |
| Si contestó que sí, describa:                  | <input type="checkbox"/> Reflujo                | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> inferior/parcial (encierre una |
| _____  | <input type="checkbox"/> gastroesofágico/Acidez | <input type="checkbox"/> Tiroides baja     | <input type="checkbox"/> opción)                        |
|  | <input type="checkbox"/> estomacal              | <input type="checkbox"/> Tiroides alta     |   |
|  | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral       |  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Ataque isquémico       |  |   |
|  | <input type="checkbox"/> 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

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

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Última	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Última



# ST. JOSEPH HOSPITAL

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