

## Instrucciones para el Procedimiento de Biopsia Hepática

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Su procedimiento de **biopsia hepática** está programado para:

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora de llegada:** \_\_\_\_\_ **AM/PM**

Ubicación: Texas Liver Institute  
607 Camden, Suite 101  
San Antonio, Texas 78215  
Tel: (210) 253-3426

### 1. Preparación:

Debe completar los **análisis de sangre y tener los resultados al menos 1–2 semanas antes** de la fecha programada del procedimiento.

No podremos proceder con la biopsia hepática hasta que **todos los estudios de laboratorio requeridos** hayan sido completados (**CBC, CMP e INR**).

Un proveedor revisará sus resultados de laboratorio y le notificaremos si hay nuevas instrucciones.

Deberá evitar los medicamentos que se indican a continuación **7 días antes y 5 días después** de su biopsia hepática.

- Aspirina o productos que contienen aspirinas
- Anticoagulantes o aceite de pescado
- Medicamentos para la artritis o AINE's (antiinflamatorios no esteroideos) (Ibuprofeno, Aleve)
- Productos que contienen Ginkgo Biloba

Si necesita algún medicamento para tratar molestias como dolor de cabeza o artritis, **puede tomar Tylenol de dosis normal o extra fuerte, pero no exceda los 2000 mg en 24 horas.**

Se le entregará una copia de su lista de medicamentos para que sepa qué medicamentos debe evitar durante los 7 días previos y los 5 días posteriores al procedimiento.  
(**Consulte las páginas 3 y 4 para ver otros medicamentos que debe evitar**).

### 2. Una semana antes:

**El equipo encargado de la biopsia se comunicará con usted** por teléfono para brindarle instrucciones detalladas sobre la biopsia hepática y responder cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

Por favor, informe al equipo sobre cualquier necesidad especial que requiera.

### 3. El día anterior al procedimiento:

- **El equipo de biopsia se pondrá en contacto con usted** para confirmar su cita y recordarle las instrucciones.
- Deberá ayunar la noche anterior al procedimiento; **no coma ni beba nada después de las 11:30 pm y no fume después de la medianoche.**
- **Deberá evitar el consumo de alcohol el día anterior**, el día del procedimiento y el día posterior.

### 4. El día de su procedimiento:

- **Solo puede tomar medicamentos para la presión arterial la mañana de su procedimiento** (a menos que un proveedor indique lo contrario) con un pequeño sorbo de agua. Puede traer sus otros medicamentos con usted para tomarlos una vez que el procedimiento haya finalizado.
  - Por favor, regístrese en la recepción a la hora de llegada programada (puertas abrirán a las **7:15 am**).
  - Los pacientes no son atendidos según el orden de llegada; **por favor esté preparado para permanecer en la clínica de 4 a 6 horas el día de su procedimiento.** Este tiempo permite al equipo de biopsias preparar adecuadamente a los pacientes e incluye el período de recuperación.
  - Por favor **asegúrese de contar con un conductor responsable** que lo acompañe al salir de la clínica y lo lleve a casa después del procedimiento. **No** se permite el uso de Uber, Lyft, taxi ni ningún servicio de transporte compartido para regresar a casa, como medida de seguridad debido a los síntomas que pueden causar los sedantes administrados antes de la biopsia.
  - El conductor responsable de llevar al paciente a casa no podrá acompañarlo durante el procedimiento (a menos que se indique lo contrario), pero podrá esperar en el área designada del lobby.
  - El personal notificará al paciente cuando esté listo para el alta.
- Nota importante:** Los pacientes solo podrán salir de la clínica una vez que haya llegado su conductor responsable.
- **Si no cuenta con alguien** disponible para llevarlo a casa, por favor notifique a su médico o al personal de enfermería **antes** de su procedimiento.

### 5. Después de su procedimiento:

- **El equipo de biopsias le proporcionará instrucciones detalladas de alta** para la biopsia hepática que deberá seguir.
- Una vez dado de alta, puede reanudar su dieta normal según la tolere.
- Continúe evitando anticoagulantes y AINES durante 5 días después del procedimiento. (Por favor, consulte la lista adjunta de otros medicamentos que debe evitar).
- No conduzca vehículos motorizados ni consuma alcohol durante al menos 24 horas después del procedimiento.
- Durante el resto del día, limite sus actividades y descanse. No realice ejercicio ni levantamiento de objetos pesados durante 48 horas después del procedimiento.
- Por favor, no dude en comunicarse con el personal si tiene alguna pregunta o inquietud antes, durante o después del procedimiento; con gusto le ayudarán al **210-253-3426**.  
Horario de oficina: lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm.

A continuación se presenta una lista de otros **medicamentos que debe evitar 7 días antes y 5 días después de su biopsia.**

**Nota:** Estas instrucciones se aplican específicamente al procedimiento de biopsia hepática y no implican que deba suspender estos medicamentos de manera permanente.

Si tiene alguna pregunta con respecto a un medicamento en particular, por favor comuníquese con nuestra oficina.

**Productos que contienen aspirina**

- Ascriptin
- Aspirina (ácido acetilsalicílico/ASA)
- Aspirtab
- Productos Bayer
- Lortab ASA
- Anacin
- Bufferin
- BC powder
- Doan's
- Ecotrin
- Midol
- Excedrin
- Halfprin
- Fasprin
- Easprin
- Entrophen
- Vanquish
- Percodan
- Productos Alka-Seltzer
- PainAid
- Goody's powder/Goody's extra strength
- Empirin con/sin codeína
- Fiorinal o Ascomp con/sin codeína

**Productos que contienen AINE/Ibuprofeno/Naproxeno**

- Ibuprofeno
  - Addaprina
  - Advil
  - Dimetapp Tabletas para el resfriado y la gripe
  - Dristan Sinus tabletas
  - Genpril
  - Ibu Tab (tabletas de ibuprofeno)
  - Motrin
  - Nuprin
  - Profen IB
  - Wal-profen
- Indocin (Indometacina)
- Ketorolaco (inyección/comprimidos de Toradol)
- Meloxicam (Mobic)
- Celecobix
  - Celebrex
  - Elyxyb
  - Vycosa
- Comprimidos/cápsulas de diclofenaco
  - Arthrotec
  - Voltaren
  - Zorvolex
- Naproxeno
  - Aleve
  - Anaprox
  - Naprosyn
  - Treximet
  - Vimovo

**Anticoagulantes/Antiagregantes plaquetarios**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apixabán (Eliquis)</li> <li>○ Betrixabán (Bevyxxa, Portola)</li> <li>○ Cilostazol (Pletal)</li> <li>○ Clopidogrel (Plavix)</li> <li>○ Dabigatrán (Pradaxa)</li> <li>○ Dalteparina (Fragmin)</li> <li>○ Dipyridamol (Aggrenox)</li> <li>○ Edoxabán (Savaysa)</li> <li>○ Enoxaparina (Lovenox)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eptifibatida (Integrilin)</li> <li>○ Fondaparinux (Arixtra)</li> <li>○ Heparina</li> <li>○ Pentoxifilina (Trental)</li> <li>○ Prasugrel (Effient)</li> <li>○ Rivaroxabán (Xarelto)</li> <li>○ Ticagrelor (Brilinta)</li> <li>○ Tinzaparina (Innohep)</li> <li>○ Warfarina (Coumadin, Jantoven)</li> </ul> |
|--|--|

**Suplementos/Vitaminas**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Matricaria</li> <li>○ Aceite de pescado (Omega 3/DHA)</li> <li>○ Ajo</li> <li>○ Jengibre</li> <li>○ Ginkgo Biloba</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ginseng o Dong Quai</li> <li>○ Icosapentilo de etilo (Vascepa)</li> <li>○ Palmito enano</li> <li>○ Cúrcuma o curcumina</li> <li>○ Vitamina E</li> </ul> |
|---|--|

Certifico que he sido **informado(a) sobre las instrucciones para la biopsia hepática** tal como se describen arriba. Se me ha dado la oportunidad de **expresar mis preguntas y/o inquietudes**, y el personal clínico me las ha explicado. También he recibido una **copia de la guía de medicamentos** que debo evitar **7 días antes y 5 días después** de mi procedimiento. Entiendo que soy **responsable de todos los cargos** que puedan generarse si no cumplo con estas instrucciones.

Mi firma a continuación certifica mi **comprensión y aceptación de las instrucciones para la biopsia hepática**.

\_\_\_\_\_  
**Patient/Legal Guardian Printed Name**

\_\_\_\_\_  
**Medical Staff Printed Name**

\_\_\_\_\_  
**Patient/Legal Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Medical Staff Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Provider Signature**