



NOMBRE DE ALUMNA: MARIA
FERNANDA AGUILAR HIDALGO

NOMBRE DE LA PROFESORA: FELIPE
ANTONIO MORALES

NOMBRE DEL TRABAJO: SUPER
NOTA

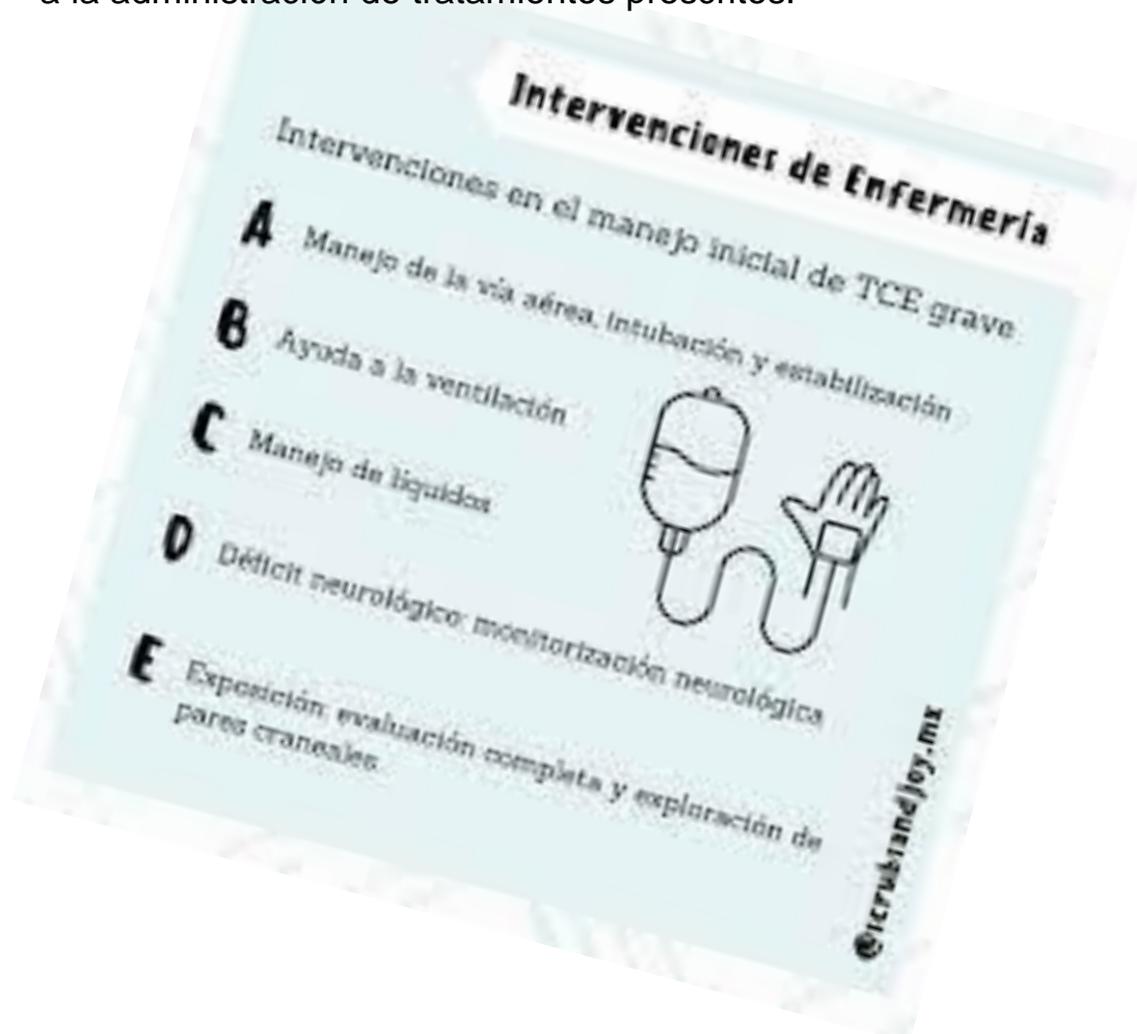
MATERIA: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA II

GRADO: 7TO CUATRIMESTRE.

GRUPO: B

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TCE

El paciente con traumatismo cráneoencefálico grave (TCEG) es un paciente crítico que requiere ser tratado y cuidado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) para poder recibir una atención constante por parte médica y de enfermería. Es un paciente complejo, que no sólo requiere los cuidados básicos de enfermería que se aplican a todo paciente crítico, sino que además precisa de otros cuidados más específicos como son la aplicación de las medidas generales de tratamiento al TCEG. Los cuidados de enfermería en UCI deberán ir encaminados al control y vigilancia de signos de alarma, a la prevención, tanto de complicaciones neurológicas como sistémicas, y a la administración de tratamientos prescritos.



APLICACION DE LAS MEDIDAS GENERALES DE TRATAMIENTO AL TCEG

- A) Posición del paciente: El paciente debe presentar una correcta alineación corporal y permanecer siempre con la cabeza en posición neutra, evitando la rotación de la misma, la hiperflexión o la hiperextensión de la columna cervical, posiciones que aumentan la PIC por alteraciones en el drenaje venoso cerebral. Para evitar la rotación cervical utilizaremos, por ejemplo, rulos de toallas colocados a ambos lados de la cabeza. Para evitar la hiperextensión/hiperflexión, colocaremos una almohada de tamaño apropiado o la retiraremos si es necesario.
- B) Estabilidad hemodinámica: Noradrenalina El objetivo es mantener al paciente hemodinámicamente estable consiguiendo una tensión arterial media (TAM) adecuada que permita mantener una correcta presión de perfusión cerebral (PPC) . En el caso de que se requiera el uso una droga vasoactiva, en el paciente con TCEG la droga de elección es la noradrenalina. La noradrenalina es un fármaco que no está exento de riesgos a la hora de manejarlo. En nuestra unidad, teniendo en cuenta los principios de seguridad clínica, disminuimos algunos riesgos de la administración de dicho fármaco aplicando algunas medidas protocolizadas que pasamos a describir.
- C) Normotermia Los pacientes con TCEG deben mantenerse en normotermia, tratando de forma agresiva y precoz cualquier elevación de la temperatura axilar por encima de los 37°C . Existen diversos estudios que demuestran que la hipertermia aumenta la mortalidad del paciente crítico en general y en particular, puede provocar aumentos de la PIC en pacientes con TCEG. La hipertermia puede ser de origen central o deberse a una situación de sepsis. Si se sospecha que la causa es una posible infección, se procederá a realizar cultivos, radiografías de tórax, y Cristina Gil 3 X Curso de cuidados de enfermería en el paciente neurocrítico analíticas con formula leucocitaria. También se iniciará la administración de antibióticos según pauta médica.
- D) Normoglucemia La hiperglicemia contribuye a empeorar la lesión cerebral en el TCEG y aumenta la morbimortalidad. Por ello, la glucemia debería oscilar entre los 80-140 mg/dl y se tratará por encima de 140mg/dl. Para el tratamiento de las hiperglicemias inicialmente, se utiliza la insulina rápida administrada vía subcutánea, pasando a vía endovenosa si es superior a 200 mg/dl (según el protocolo de la nuestra unidad).
- E) Nutrición precoz Los TCEG presentan hipermetabolismo, un gasto energético alto y aumento de las pérdidas de proteínas. Un apoyo nutricional correcto puede prevenir la pérdida de competencia inmune, disminuir la morbilidad y la mortalidad así como reducir la estancia hospitalaria de dichos pacientes.

Cuidados de enfermería en la nutrición del TCEG y en la prevención de la broncoaspiración • Control diario del peso del paciente y medición de altura a su ingreso. • Colocación y mantenimiento de SNG según protocolo (sonda orogástrica en pacientes con fractura de base de cráneo). • Comprobación radiografía de tórax tras colocación SNG. • Control del residuo gástrico cada 6 h. • Realización de analíticas en sangre y en orina de 24 h. para control nutricional. • Control de glicemia cada 6h. • Posición de la cabecera del paciente a 30° (si tolera y no existe contraindicación). • Cambio de equipo NE /NPT según protocolo

- F) Profilaxis de la Trombosis Venosa Profunda (TVP) El paciente con TCEG es un paciente de alto riesgo a la hora de presentar TVP. Enfermería debe controlar, mediante la observación del paciente, la posible aparición de signos de TVP, como edema, aumento de la temperatura en la extremidad afectada, cambio de coloración de la piel y dilatación de las venas superficiales.
- G) Eliminación fecal El estreñimiento, en el paciente crítico, se relaciona con un retraso en el proceso de destete, con estancias prolongadas en el hospital y con una mayor mortalidad¹⁸. En particular, el paciente con TCEG tiene mayor tendencia a presentar estreñimiento. Dicho estreñimiento provoca en él un aumento de la presión intraabdominal, pudiendo repercutir de forma negativa sobre la PIC.

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

1. Infección Nosocomial La infección nosocomial, en las unidades de cuidados intensivos, representa un grave problema de seguridad, ya que se asocia a un aumento de la morbimortalidad y de la estancia del paciente. En el estudio Nacional de Vigilancia de Infección en Unidades de Cuidados Intensivos (ENVINUCI) 2011 se evidenció que las infecciones más frecuentes son las neumonías asociadas a ventilación mecánica, seguidas de las bacteriemias por catéter y las infecciones urinarias

Medidas de prevención:

- El lavado de manos sigue siendo la medida más importante contra la infección nosocomial.
- Uso correcto de bioalcoholes.
- Correcto cuidado de los catéteres. Durante la colocación de los mismos se seguirá el protocolo bacteriemia zero, y para su mantenimiento, el protocolo de curas de la unidad.
- Correcto cuidado de las heridas, según protocolo

2. Úlceras por presión (UPP) Las UPP son consideradas una de las complicaciones más importantes en UCI²⁰. La no aparición de estas lesiones es un indicador de

calidad de los cuidados prestados. La mejor intervención de enfermería ante las UPP siempre es la prevención.

Medidas de prevención:

- Valoración diaria de la escala de riesgo de UPP.
- Protocolizar cuidados preventivos (higiene diaria, colchón aire alterno de alto riesgo, movilizaciones cada 6 horas siempre y cuando el paciente las tolere, protección zonas de presión, uso de aceites hiperoxigenados y cremas hidratantes, valoración diaria de la tolerancia a la NE, retención gástrica, proteínas en sangre, etc).
- Minimizar al máximo otras causas de aparición de UPP como la inmovilización del paciente, la presión por dispositivos, fijaciones de sondas, drenajes y catéteres.
- Una vez aparecida la UPP, poner todo nuestro esfuerzo en la curación precoz.

3. Problemas relacionados con la inmovilidad y la movilización del paciente No debemos olvidar los daños producidos al paciente por la inmovilización prolongada a la que está sometido en la UCI, pudiendo producirse contracturas, heridas en la piel, pie equino, etc. Para evitarlo, se realizarán movilizaciones cada 6 horas, siempre y cuando el paciente las tolere. Se mantendrá una posición correcta del paciente. Se colocarán almohadas bajo los antebrazos para disminuir el edema y en los pies para evitar el pie equino. El servicio de rehabilitación, junto con el fisioterapeuta, iniciará de forma precoz movilizaciones pasivas

Medidas de prevención:

- Aumento de sedación-analgesia y administración de relajantes cuando sea preciso, por ejemplo durante la higiene o la movilización.
- Minimizar el tiempo de movilización.
- Importancia de la monitorización continua del paciente durante el aseo. No retirar electrodos ni pulsioxímetros.
- Es cometido de enfermería valorar qué número de profesionales es suficiente para realizar la movilización de cada paciente, dependiendo de las características corporales, la patología y el estado del paciente en cada momento.



Figura 1
del TEC

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO



El choque séptico es un estado de hipoperfusión tisular definido como subcategoría de la sepsis en la que las alteraciones circulatorias y del metabolismo celular pueden aumentar considerablemente la mortalidad. A nivel mundial, el choque séptico ocupa el segundo lugar como causa de muerte no coronaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una incidencia anual del 10%, y con una mortalidad hospitalaria de 18 a 35%.

Objetivo:

Describir el abordaje del Proceso de Atención de Enfermería en el paciente con choque séptico y desde la perspectiva del déficit de autocuidado.

Metodología:

El caso clínico se fundamentó en las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea Orem y en herramientas taxonómicas para el abordaje individualizado del plan de cuidados.

s. Por lo anterior, el profesional de enfermería debe tener en cuenta que el cuidado ofrecido se debe orientar a:

- Valorar el estado de conciencia permanentemente y correlacionar los resultados con los efectos esperados como consecuencia de enfermedad por shock séptico o con efectos de sedación inducida.
- Evaluar la respuesta orgánica a estímulos externos tipo: dolor, reacción pupilar a la luz, apertura espontánea ocular, entre otras.
- Revisar los resultados de exámenes especializados como: tomografías cerebrales,

resonancias magnéticas, líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma, entre otros, para hacerse a una imagen mental de lo que puede estar sucediendo en el sistema nervioso central. Es necesario correlacionar con los hallazgos en la valoración física, neurológica y mental. d. Valorar las posturas corporales que señalen decorticación o descerebración. En la persona con trastorno de la percepción sensorial, es preciso: a. Valorar el estado de conciencia, a través de la coherencia en el uso de las palabras, el estado de tranquilidad y el estado de alerta. UNIVERSIDAD DEL SURESTE 97 b. Controlar la perfusión tisular cerebral por medio de la saturación de oxígeno y el análisis de los gases arteriales, manteniendo una oxigenación en el paciente por encima del 90%. c. Evaluar el riesgo de caídas derivado de una hipoxemia cerebral o desequilibrio electrolítico que lo lleve a estados de agitación y somnolencia. La ansiedad de la persona enferma debe manejarse conjuntamente con la familia y el equipo de salud. Para ello es importante: • Involucrar a la familia en el cuidado de la persona, a fin de propender por la recuperación pronta de su estado de salud. • Proveer de espacios confortables e iluminados a la persona que se está recuperando de este estado crítico, al tiempo que se permiten momentos de compañía por parte del grupo interdisciplinario en salud. • Explicarle a la persona enferma su situación Para el sistema cardiovascular los diagnósticos enfermeros posibles son: • Disminución del gasto cardiaco. Relacionada con alteración del volumen de eyección: precarga, poscarga, alteración de la contractibilidad. • Perfusión tisular inefectiva: cardiopulmonar. Relacionada con disminución del flujo arterial. • Desplazamiento del plasma hacia el espacio intersticial (hipovolemia). Relacionado con respuesta inflamatoria.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SHOC HEMORRÁGICO

SHOCK HIPOVOLEMICO

También llamado Shock hemorrágico

Pérdida grave de sangre o líquido, hace que el corazón sea incapaz de bombear sangre al cuerpo. Esta descompensado por una inadecuada perfusión aguda sistémica debido a un desequilibrio entre la demanda y oferta de oxígeno a los tejidos que lleva a hipotensión y a disfunción de órganos vitales determinada por una reducción del volumen sanguíneo circulante.

CAUSAS

Tendones traumáticos:
 - Torsiones
 - Abdominales
 - Oseos

Hemorragia gastrointestinal:
 - Paraesofágica hemorrágica
 - Diseción arterial
 - Embolia
 - Hipertensión
 - Diabetes mellitus
 - Abuso de alcohol
 - Veneno gorgopelico

DIAGNÓSTICO

Wolstenholme prescisa el origen de la hemorragia:
 - Examen físico: "Signo y factor atípico"
 - Hemograma: "Volumen", "No está", "Hemoglobina", "Creatinina", "Hemograma"

TRATAMIENTO

1. Reposo horizontal e hipoventilación
2. Vía aérea permeable, al es necesario intubación del paciente.
3. Regular la oxigenación.
 - Monitorización de saturación de Hb por oximetría
4. Administración constante de signos vitales
5. - Si no hay pulso iniciar con maniobras de soporte vital básico
6. - Control de la hemorragia

MANEJO DE ENFERMERÍA

- Preparar material necesario para colocación de catéter venoso central.
- Medición de PVC.
- Vigilar signos y síntomas de sobrecarga hídrica.
- Preparar ventilador mecánico y carro rojo.
- **G**arantizar medidas de confort y privacidad.
- Obtener un breve **H**istorial clínico: alergias, padecimientos, medicación.
- **I**nformación a familiares.

Shock hipovolémico

Disminución volumen intravascular → Pérdida → Hemorragia
 → Secuestro → Ascitis

Clínica

↓ GC ↑ FR
 Gasto cardíaco Taquipnea

↓ TA ↑ FC
 Hipotensión Taquicardia

Oliguria
 Hipotermia
 Agitación e irritabilidad
 Dolor precordial
 Hipoperfusión miocárdica
 Piel fría, pálida, sudorosa

Cuidados enfermería

- **Corregir causas de shock**
 Hemostasia en hemorragias activas
- **Minimizar pérdida líquidos**
 Técnicas → Analíticas, vvp, sv...
- **Monitorización**
 TA, FR, FC, Glasgow, diuresis
- **Control del dolor**
- **Administrar tratamiento**
- **Prevenir complicaciones**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON SHOCK ANAFILÁCTICO

La anafilaxia o choque anafiláctico, es una reacción aguda potencialmente letal, que es causada por la liberación masiva de mediadores químicos de mastocitos, basófilos y otras células inflamatorias.

PRECAUCIONES Colocar al paciente en posición de seguridad: o Decúbito supino o Si hay hipotensión, se elevarán las extremidades inferiores o Si vomita, se le colocará con la cabeza de lado

- Asegurarse de que la vía aérea esté libre (dentadura postiza, vómitos, etc....), si no es así,
- liberarla.
- Retirar las prendas de vestir que opriman (cinturón, corbata, camisa, etc....)
- La enfermera revisará todo el material necesario para tratar un shock anafiláctico periódicamente, a fin de que esté siempre en perfectas condiciones de uso.

Cuidados de enfermería

- En primer lugar se debe realizar ABC
- Asegurar vía aérea, de ser necesario
- monitorización continua de las funciones vitales PA, EKG, (ritmo FC.)
- Cricotiroidotomía si presenta insuficiencia respiratoria con edema de glotis
- Administración de aminofilina si hay broncoespasmo
- Colocar oxígeno con máscara con reservorio.
- Posicionar al paciente en decúbito supino y trendelenburg.
- Colocar uno o dos accesos venosos.
- Administración de adrenalina para la bronco dilatación si el oxígeno diluida en 10cc en bolo lento.
- Administrar hidrocortisona
- Colocación de sonda vesical(sonda Foley)



Anafilaxia

Reacción alérgica grave en todo el cuerpo a un químico que se ha convertido en alérgeno.

Shock Anafiláctico

Reacción de hipersensibilidad (alérgica) aguda y potencialmente mortal a una sustancia sensibilizante (ejemplo: fármaco, sustancia química, vacuna, alimento, o veneno de insecto).

Etiología

Fármacos: penicilina, insulina, tetraciclina, cefalosporinas.

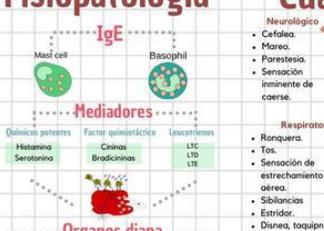
Veneno de insectos: Hymenoptera (avispa, abejorros y hormigas).

Alimentos: huevos, nueces, mariscos, chocolate, leche, cacahuates, pescado, fresas.

Vacunas: antitoxina tetánica, diftérica, de la rabia.

Medidas terapéuticas: productos sanguíneos, medio de contraste yodado para PIV (pielograma)

Fisiopatología



Organos diana

Cuadro clínico



Neurológico

- Cefalea
- Miosis
- Parosmia
- Sensación inminente de caerse.

Respiratorio

- Ronquera.
- Tos.
- Sensación de estrechamiento de la vía aérea.
- Sibilancias
- Estridor.
- Disnea, taquipnea.
- Paro respiratorio.

Piel

- Prurito.
- Angioedema.
- Eritema.
- Urticaria.

Cardiovascular

- Hipotensión.
- Arritmias.
- Taquicardia.
- Paro cardíaco.

Diagnóstico

Tabla 1. Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia.

La anafilaxia es muy probable cuando se cumple uno de los tres criterios siguientes:

1. Inicio agudo (minutos o horas) de un síndrome que afecta a la piel y/o mucosas (urticaria generalizada, prurito o "hives") (tofo), edema de labios, óvula o lengua) y al menos uno de los siguientes:
 - Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF, hipoxemia)
 - Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica (síncope, hipotensión, incontinencia)
2. Dos o más de los siguientes signos que aparecen rápidamente (minutos o algunas horas) tras la exposición a un alérgeno potencial para el niño:
 - Afectación de piel y/o mucosas
 - Hipotensión.
 - Compromiso respiratorio
 - Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica
 - Síntomas gastrointestinales persistentes
3. Disminución de la TA tras la exposición a un alérgeno conocido (minutos o algu-

Laboratorio:

- Triptasa plasmática
- Otros:
- Glicemia.
- Hemograma
- Gases en sangre arterial.
- Lactato.
- Perfil Bioquímico.
- Función Renal.
- Electrolytos plasmáticos.
- Troponinas, Ck Total, Ck MB (biomarcadores de daño miocárdico).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Cuidados de enfermería

- La elección de la fluidoterapia, tanto en su composición como respecto de la velocidad de administración y la vía adecuada, depende de la urgencia del caso y del estado del aparato digestivo
- La velocidad de perfusión se establece de acuerdo con el estado cardiovascular y renal por una parte y de la inclusión de otros iones en la infusión por otra
- el fluido a utilizar en esta situación debe ser suero fisiológico
- La vía de acceso en situaciones de déficit estimado mayor de 4000 ml es habitualmente la intravenosa

GASTROENTEROLOGÍA – HEMORRAGIA DIGESTIVA

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Se define hemorragia digestiva alta (HDA) al sangrado proximal al ángulo de Treitz: esófago, estómago y duodeno

Índice de Rockall: pronóstico de HDA

Parámetro/puntaje	0	1	2	3
Edad	<60 años	60-79 años	≥80 años	-
Hemodinámica	Sin shock: PAS >100, FC <100	Taquicardia: PAS >100, FC >100	Hipotensión: PAS <100	-
Comorbilidad	Sin enfermedades asociadas	-	Enfermedades asociadas graves	Falla renal, cirrosis, neoplasias
Endoscopia	Sin lesiones, ni hemorragia reciente o Mallory Weiss, Forrest I o II	Restos de lesiones	Neoplasias, Forrest I a, Ib, IIa, IIb	-

Puntuación: riesgo bajo: ≤2 puntos; riesgo intermedio: 3-4 puntos; riesgo alto: ≥5 puntos.



GASTROENTEROLOGÍA – HEMORRAGIA DIGESTIVA

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Se define hemorragia digestiva alta (HDA) al sangrado proximal al ángulo de Treitz: esófago, estómago y duodeno

Etiología	Presentación clínica
Úlcera péptica (42%) Varices gastroesofágicas (16%) Esofagitis (13%) Tumores (7%) Angioectasias (6%) Mallory Weiss (4%) Dieulafoy (2%)	Hematemesis : "sangre que se vomita", con o sin contenido alimentario. Puede haber coágulos. Melena : "sangre digerida", son heces blandas, negras brillantes, pastosas y malolientes. Vómitos : O en borra de café. Son restos hemáticos oscuros porraceos. Otros : Indican sangrado activo. Se asocia a signos de hipovolemia y anemia aguda.

Clasificación endoscópica
HDA variceal: más mortales; como varices gastroesofágicas
HDA no variceal: más frecuentes; como úlcera péptica o gastroduodenal. duodenal: más común, en adultos; y gástricas: más sangrantes, en ancianos, se asocia a AINE.



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Manejo de HDA	
Pre endoscópico y reanimación inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación ABCDE y colocar 2 vías (gran calibre: 14-16) o CVC, mejor cristaloide que coloides • CFV: hipotensión aumenta mortalidad, TET, proteger vía aérea, evitar aspiración por hematemesis • Transfusión de sangre: si Hb ≤7, en cardiopatas mantener Hb 8-10 • Evaluar riesgo: si Blatchford ≤1 manejo ambulatorio, Rockall, AIMS65 • Administrar IBP IV, considerar entroncina (procinético, vacuamiento gástrico, mejor visualización endoscópica) • Círrico debe recibir vasoactivos: terlipresina (análogo de vasopresina) u octeotride (análogo de somatostatina) • círrico debe recibir ATB, como ceftriaxona o norfloxacina VO x 7 días
Endoscópico	<ul style="list-style-type: none"> • Reanimar en primeras 24 h, si tiene sangrado severo con inestabilidad hemodinámica: EDA urgente • EDA si: Blatchford >1, <24h, compromiso hemodinámico o varices: <12h, Blatchford ≥8-12, hipotensión, hematemesis: <6h • Si Forrest Ia, Ib, IIa, IIb: manejo endoscópico • Inyección de epinefrina, esclerosantes (etanol), sondas térmicas (electrocoagulación bipolar) o uso de clips (si vaso visible) • Sangrado recurrente: embolismo (arteriografía) o cirugía (cierre simple u omentoplastia) + endoscopia • Varices gastroesofágicas: ligaduras o inyección de adhesivos tisulares (N-butil-cianocrilato) • Sangrado variceal refractario: derivación portosistémica transyunal (DPTY), si es masivo: stent metálico.
Post endoscópico	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras con lesiones de alto riesgo (Forrest Ia, Ib, IIa, IIb): altas dosis de IBP x 72 h • Paciente círrico, continuar ATB x 7 días • Hemorragia variceal, tratamiento con vasoactivos x 5 días

GASTROENTEROLOGÍA – HEMORRAGIA DIGESTIVA

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Se define hemorragia digestiva alta (HDA) al sangrado proximal al ángulo de Treitz: esófago, estómago y duodeno

Sangrado activo		Clasificación de Forrest			
Forrest Ia	Forrest Ib	Forrest IIa	Forrest IIb	Forrest IIc	Sin sangrado
Hemorragia en chorro	Hemorragia en babeo	Vaso visible	Coagulo adherido	Puntos de hematina	Forrest III
Recidiva 90%	Recidiva 60-80%	Recidiva 50%	Recidiva 25-35%	Recidiva 7-10%	Recidiva 3-5%

Ingreso + estabilizar hemodinamia + IBP IV + manejo endoscópico (adrenalina, clips)
Alta + IBP VO

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Los 2 objetivos principales son determinar la gravedad y el pronóstico de la hemorragia y orientar sobre la localización de la lesión. Ha de incluir:

Anamnesis • a) Interrogar sobre la forma de presentación. Color y características de la hemorragia que contribuirán a la estimación clínica de la zona de origen y del volumen de la pérdida de sangre: o -Sangre de color rojo vivo, que recubre las heces o aparece tras la defecación de heces de aspecto normal. Aparece característicamente al final de la deposición, se manifiesta a menudo como goteo o mancha en el papel higiénico al limpiarse. Sugiere un origen anorrectal. o -Sangre de color rojo oscuro o granate, mezclada con las heces o como único componente de la defecación. Indica HDB de origen no hemorroidal. o -Heces negras, alquitranadas (melenas), sugieren HDA aunque pueden ser la forma de presentación de una hemorragia originada en el intestino delgado o el colon derecho.

• b) Deberán considerarse la edad, presencia de coagulopatía, enfermedad o factores de riesgo cardiovascular, uso de AINE, antiagregantes o anticoagulantes; episodios previos de hemorragia, radioterapia pélvica, endoscopia, polipectomía o cirugía previa; signos vegetativos acompañantes; síntomas anales;

fiebre, dolor abdominal, síndrome tóxico, cambio del ritmo intestinal reciente, etc.

Pacientes con hemorragia digestiva baja grave • -Colocación de 2 vías periféricas de calibre grueso que permitan una reposición rápida de la volemia o transfusión si es preciso. • - Analítica urgente que incluya hemograma, coagulación, función renal y hepática. • -Sangre en reserva (al menos 2 CdH) en función de la gravedad. • -Dieta absoluta las primeras 24 h; si el paciente se mantiene estable, puede iniciarse la solución evacuante para la colonoscopia.

