

PACIENTES EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

AREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS (AOU)

**Dr. Juan M^a Fdez Núñez
CHUB. Hospital Infanta Cristina
Servicio de Urgencias**

2017
Sesión clínica. Servicio urgencias CHUB. Marzo

Las cosas son como son y así seguirán siendo...



Neurología
Servicio Urgencias
C.I.B.

HORARIOS

Lunes-Viernes

Medios días: 14:00 - 16:30
Noches: 21:00 - 09:00

Sábados

15:00 - 00:00

Domingos y festivos

24 horas



P^o M^a Agust

Zaragoz

Tel. 976 40

Sección clínica. Servicio urgencias CHUB.
Marzo 2017

PLANIFICACIÓN SANITARIA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Una sala de observación acoge a psiquiátricos por falta de camas

Los ingresados desde Urgencias estarán ahí hasta que tengan sitio en planta

J. OTO
15/11/2016

Compartir:

Insertar Enviar Ver. PDF

A- A+ 1

El hospital zaragozano Miguel Servet ha decidido destinar una de sus tres salas de observación en

Última hora

- 14:25. El Huesca no remata al Al
- 14:01. Sorprendido un menor de conduciendo un vehículo en Zar
- 13:17. Juan Murillo, expresidente de Confederación de Zaragoza

...Imposibles?

Cirugía a Distancia



www.imagenesdetecnologia.com

Sección clínica. Servicio urgencias CHUB.
Marzo 2017

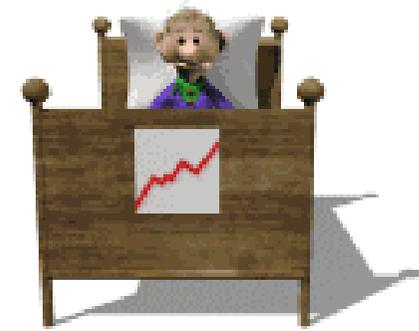
15~

PACIENTES EN LA SALA DE OBSERVACIÓN

- Introducción
- Objetivos de las salas de observación (AOU)
- Tipos de AOU (sillones y camas)
- Criterios de acceso a la AOU: generalidades
- Criterios de acceso inadecuados a las AOU
- Criterios de permanencia inadecuados en la AOU
- Criterios de salida de la AOU
- Criterios de acceso adecuado a una AOU
- “Tormenta de ideas”
- Pacientes “potenciales” de una AOU en función de la patología



OBJETIVOS.-



- Estabilización de pacientes agudos y crónicos inestables
- Manejo del paciente que requiera vigilancia médica y/o de enfermería periódica
- Valoración de la evolución clínica del paciente (a veces compartida)



Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review

M W Cooke, J Higgins, P Kidd

Emerg Med J 2003;20:138-142

Table 1 A summary of the benefits of an assessment/admission ward with respect to certain groups of patients

First author (year)	Patient group	Summary of benefits gained from presence of an assessment/admission ward
Khan, SA (1997) ³⁶	Elderly	Short stay ward can reduce some patients stay in hospital and reduce demand for in-patient places. Increased level of care for elderly patients.
Beattie, TF (1993) ⁴⁴	Children	Children get comfortable beds more quickly. Improved awareness of simple pathology.
Biddulph, J (1984) ³⁸		Most children admitted to an observation unit were sent home without requiring hospital treatment. Observation easier and more efficient than if admitted fully to hospital.
Ryan, J (1996) ⁴⁰	Self Harm	Most patients discharged next day without need for further follow up. Potential cost savings made.
Jones, A (1995) ³⁹	Head injuries	Observation ward offers safe and monitored area for recovery. Few patients require admission to other wards.
Brown, SR (1994) ⁴¹	Asthma	Number of inappropriate discharges decreased.
Gavin, S (1997) ³²		An observation unit lowered the hospitalisation rate for children with asthma, yet there was an increased rate of repeat visits to the ED.
Willert, C (1997) ⁴²	Gynaecology patients	Holding room therapy for childhood status asthmaticus is beneficial both medically and cost wise.
Hutchins, CJ (1978) ⁴³		Of 408 patients admitted to one gynaecological unit, 56% were in hospital for less than 6 hours and a further quarter did not require hospital admission. Full staffing of a unit could release a number of beds for other selected work.
Gospoz, JM (1994) ³⁴	Chest pain	Short stay units prevent unnecessary long stays in hospital, and are safe and cost effective.
Goodacre, SW (2000) ²⁹		There is insufficient evidence to say that an observation unit will improve outcomes if clinical practice is good. Not proven to be financially beneficial in the UK yet.
Henneman, PL (1989) ⁴⁵	Abdominal conditions and trauma	Abdominal trauma and negative diagnostic peritoneal lavage can be safely managed in an observation unit.
Conrad, L (1985) ⁴⁶		Patients with initial negative test results can be evaluated in observation units.
Israel, RS (1991) ⁴⁷		72% of patients treated for pyelonephritis were successfully managed on an observation ward and were discharged early.



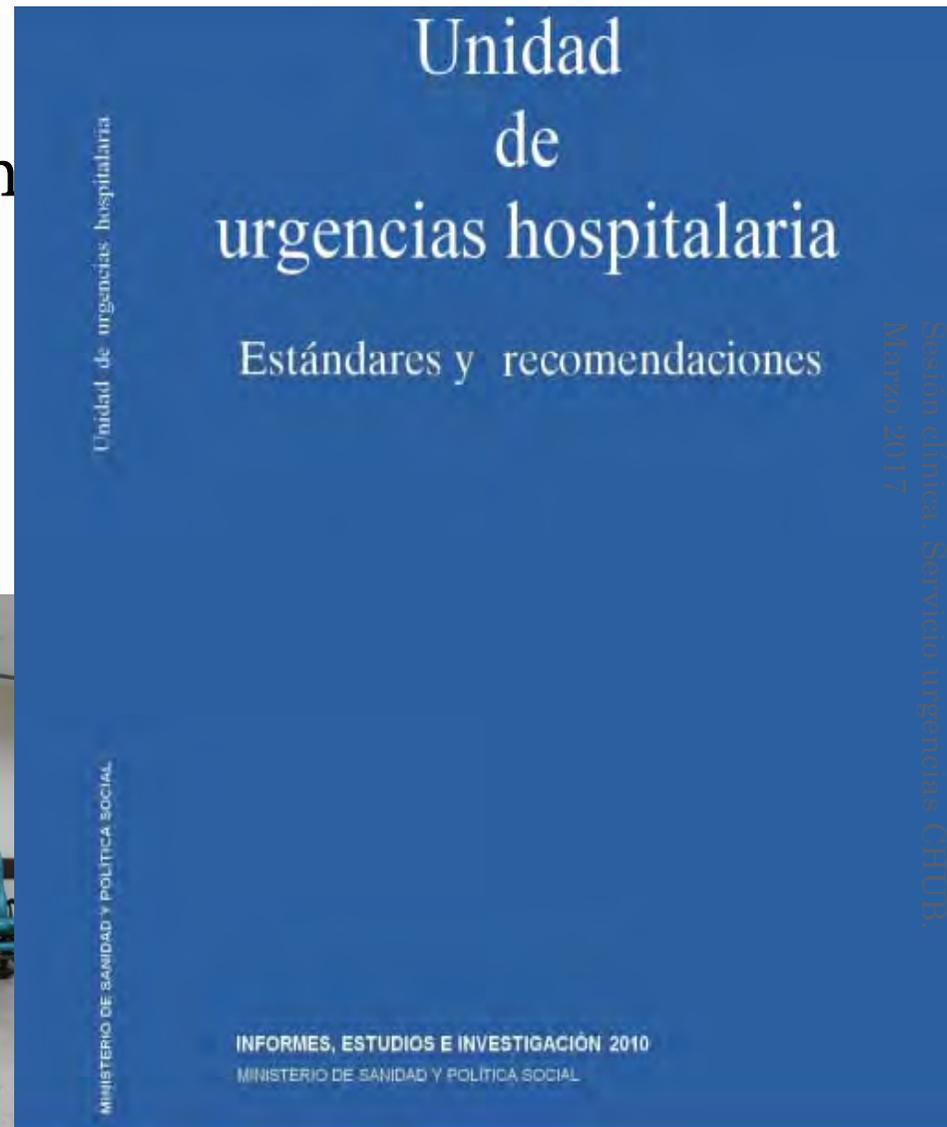
TIPOS de AOU.-

Area de observación de **camas**

- 15% demanda urgente diaria
- 1 FEA / 8 pacientes y turno
- 1 DUE / 4 pacientes con monitor y 8 pacientes sin monitor y turno
- 1 TCAE y Celador /10 pacientes
- < 24h



TIPOS de AOUH -



Requisitos y condiciones para un acceso adecuado de la AOU

- **Indicación por FEA de urgencias** o consensuado con él (especialista o MIR)
- **Valoración clínica previa** en el área de consultas
- **Solicitud previa** de las pr complem en el área de consultas
- Claramente "**identificado**" el motivo de acceso
- **Previa información** al FEA responsable de la AOU



CRITERIOS DE ACCESO INADECUADOS

- Pacientes con ingreso cursado desde consultas de especialidades o desde el propio área de Urg
- Pacientes derivados al SUH desde otros centros para ingreso en el hospital
- Acceso por problemática social
- Pacientes con criterios de permanencia en UCI
- Acceso para realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos NO urgentes
- Traslado desde plantas de hospitalización por agravamiento o requerimientos diagnóstico-terapéuticos especiales
- **...ACICALAR Y LARGAR!!**



CRITERIOS DE PERMANENCIA INADECUADOS

- Permanencia > 24h
- Permanencia > 3 h desde:
 - Indicación del ingreso
 - Tras la decisión de traslado a otro centro hospitalario
- Permanencia > 2 h desde:
 - Indicación del alta



CRITERIOS DE SALIDA DE LA AOU

- Alta por mejoría clínica
- Traslado a otra unidad de Urg (observación 2, 3...)
- Ingreso hospitalario en planta
- Traslado a otro hospital
- Alta voluntaria
- Exitus



CRITERIOS DE ACCESO ADECUADO

(Bibliografía)

NCBI Resources How To

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. [Create RSS](#) [Create alert](#) [Advanced](#)

Format: Abstract Send to

See 1 citation found using an alternative search:
[Med Care](#). 1981 Aug;19(8):855-71.

The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care.
[Gertman PM, Restuccia JD.](#)

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell Sanchis R, Fernández C, et al. Validity of the protocol for evaluating the inappropriate use of hospitalization. [Create RSS](#) [Create alert](#) [Advanced](#)

Format: Abstract Send to

See 1 citation found using an alternative search:
[Med Clin \(Barc\)](#). 1996 Jun 22;107(4):124-9.

[Validity of the protocol for evaluating the inappropriate use of hospitalization].
[Article in Spanish]
[Peiró S¹](#), [Meneu R](#), [Roselló ML](#), [Portella E](#), [Carbonell-Sanchis R](#), [Fernández C](#), [Lázaro G](#), [Llorens MA](#), [Martínez-Mas E](#), [Moreno E](#), [Ruano M](#), [Rincón A](#), [Vila M](#).

⊕ Author information

Abstract
BACKGROUND: The study was carried out in order to assess the inter-observer reliability and validity in respect of clinical appraisal

Calculadores de Evaluadores Pronósticos

Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI)

Índice Pronóstico de Lee

Logistic Organ Dysfunction Score (LODS)

APACHE-II

APACHE-II Corregido

Modelo ODIN para evaluación de la mortalidad en UCI

Múltiple Organ Dysfunction Score (MODS)

SCORTEN (SCORE of Toxic Epidermal Necrosis)

SOFA Score

SAPS II

SAPS II Extendido

SAPS-3

Mortality Prediction Models (MPM II) al ingreso

Mortality Prediction Models (MPM II) 24/48/72 horas

Mortality Prediction Models para pacientes neoplásicos ingresados en UCI

Marzo 2017
Sesión clínica. Servicio urgencias CHUB.

Mortality Probability Models (MPM-II): Al ingreso

Modelo ODIN mortalidad en UCI

Mortality Probability Models II-0 (MPM-II-0)

Edad del enfermo (años):

Cirrosis hepática:

Metástasis de neoplasias:

Respiratorio	PaO ₂ menor a 60 mm Hg con FiO ₂ 0.21 <input type="checkbox"/> precisa soporte ventilatorio	<input type="checkbox"/>
Circulatorio (En ausencia de hipovolemia con PVC>5 mm Hg)	PAS menor a 90 mm Hg con signos de hipoperfusión periférica <input type="checkbox"/> Perfusión continua de inotropos para mantener una PAS mayor a 90 mm Hg	<input type="checkbox"/>
Renal (excluyendo diálisis crónica)	Creatinina mayor a 300 micromol/L (3.39 mg/dL) <input type="checkbox"/> Flujo urinario menor a 500 mL/24 h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCORE APACHE II



Copyright © 2009

Sesión clínica. Servicio urgencias CHUB. Marzo 2011



Temperatura <input type="text"/>	Tensión arterial media <input type="text"/>	Frecuencia cardiaca (lpm) <input type="text"/>	Frecuencia respiratoria (rpm) <input type="text"/>
DAaO2 (mmHg) (FiO2>=0.5) <input type="text"/>	PaO2 (mmHg) FiO2<0.5 <input type="text"/>	Bicarbonato (solo si no hay gasometría) <input type="text"/>	pH <input type="text"/>
Sodio <input type="text"/>	Potasio <input type="text"/>	Creatinina sérica (CON FRA) <input type="text"/>	Creatinina sérica (SIN FRA) <input type="text"/>
Hematocrito(%) <input type="text"/>	Leucocitos <input type="text"/>	Glasgow Coma Score (GCS) <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>
Enfermedades crónicas <input type="text"/>	Motivo de ingreso <input type="text"/>	APACHE II <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Logit <input type="text"/>	<input type="text"/>
		Pr.Mort <input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="button" value="RESET"/>

DA a más de 5 mcg/Kg/min o NA a igual o menor a 0.1 mcg/Kg/min:

DA a más de 15 mcg/Kg/min o NA a más de 0.1 mcg/Kg/min:



Revista Científica de la Sociedad
Española de Medicina de Urgencias
y Emergencias

EMERGENCIAS

INICIO

EMERGENCIAS EN 5 MINUTOS

NÚMERO ACTUAL

NÚM

Está usted en [Inicio](#) - Número Actual

Número 1 - Febrero 2017

Emergencias 2017;29:61-64

PUNTO DE VISTA

Innovación en Medicina de Urgencias y Emergencias: cinco aspectos organizativos que podrían cambiar nuestra práctica

Innovation in emergency medicine: 5 operational initiatives that could change our practice

Luis F. Lobón¹, Philip Anderson²

Introducción

que un modelo secuencial que comienza con la llegada del mismo al servicio y termina con el contacto con

4. Unidades de observación de urgencias: ¿miniunidades de hospitalización (como cualquier otra en el hospital) o unidades eficaces de observación corta dentro del servicio de urgencias?

Las unidades de observación en urgencias (UOU) han supuesto una solución a la saturación en los SUH debida a la falta de camas de hospitalización en el resto del hospital. Así mismo, las UOU han facilitado el flujo de pacientes en urgencias y, en algunos casos, han evitado que pacientes complicados pasen horas en urgencias esperando evolución.

Sesión clínica. Servicio urgencias CHUB.
Marzo 2017



1. Criterios estrictos de ingreso en UOU. Salvo raras excepciones, las UOU no serán utilizadas como unidades de espera de hospitalización y, si lo han de ser, los equipos médicos y de enfermería de las unidades de hospitalización u otros designados para esta función se harán cargo de los pacientes en las UOU.

2. Protocolos de enfermería y médicos bien definidos para los pacientes de UOU.



3. Límite de estancia. Cuando se supere ese límite, los pacientes de UOU tendrán prioridad de hospitalización y pasarán a estar bajo la responsabilidad de los equipos de enfermería y médicos de las unidades de ingreso hospitalario.

4. La dotación de equipamiento y personal (enfermería, médico, auxiliar, asistente sociales, etc.) de las UOU será la misma que las de cualquier planta de ingreso hospitalario.



5. Durante la estancia de los pacientes en las UOU, los servicios hospitalarios de consulta estarán disponibles de forma prioritaria para estos pacientes con el fin de acortar la estancia y facilitar el alta o si es necesario el ingreso hospitalario.

6. Las gerencias de urgencias y del hospital realizarán controles de calidad de forma continuada sobre el uso, manejo y resultados de las estancias en las UOU e incluirán a otras especialidades y servicios de soporte en las discusiones pertinentes cuando se necesiten procesos de mejora o no se alcancen las medidas de calidad establecidas.



CRITERIOS DE ACCESO ADECUADO

1. Patología **grave o de alto riesgo** cuya situación clínica requiera de modo **imprescindible** el uso de una **cama** para su atención inmediata
2. Pacientes que precisen vigilancia continua (y no sean subsidiarios de UCI)
3. Pacientes que precisen de un período de observación hasta la llegada de los resultados de las pruebas complementarias o la aplicación de un tratamiento concreto, y requieren de **forma imprescindible** la utilización de una cama para su atención



CRITERIOS DE ACCESO ADECUADO (II)

- 4.- Acceso para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos urgentes de **cierta complejidad** (PL, paracentesis,...)
- 5.- Pacientes con graves dependencias funcionales o agitados
- 6.- Pacientes que precisen ser ingresados en una planta de hospitalización y aún no se disponga de cama, siempre que el **tto deba iniciarse sin demoras en una cama**, por cumplir alguno de criterios anteriores
- 7.- En cualquier caso, **nunca excederá la estancia > 24h**



1. Anamnesis para transfusión
2. Asati que precise paracetamol
3. Reapudación EPOC u otros de origen
4. Suf. cardíaca que precise depleción líquida
5. FA / Flutter con DRL
6. Hematuria para que precise lavado continuo
7. Dto. abdominal que precise valoración por G. General (por apertura de la especialidad)
8. Subclon / obstrucción intestinal que precise cirugía
9. Ingestas medicamentosas que p. sondajes / medicación i.v.
10. Pacientes con dolor general o medidos de base que suplica en su alivio
11. Dronaxolol que precise decharge
12. Dronaxolol que precise paracetamol o s/o euecador.

CONCHA

Crisis comicial.
 Síncope no vasovagal en jóvenes
 Síncope en mayores.
 Cefalea con focalidad Neurológica.
 Sd. Febril y foco urinario.
 Sd. Febril y foco abdominal.
 Neumonia Fine II en + de 4 días.
 Neumonia + Hipoxemia.
 Insuf. sup. aguda + EPOC.
 Insuf. sup. aguda e insuf. respiratoria

SRVR

indicados
 abdomen agudo
 emético / vomito
 náusea por transfusión
 dolor difuso de control
 RU y febre.
 RU con dolor persistente.
 se le que tiene

1. Pacientes eucardio hasta se realiza estudio
2. Fiebre + sospecha patología potencial. Grave: (PNA, SEPTIS, MENINGITIS, VOLUNTARIA)
3. Ingesta medic. voluntaria
4. Patología potencial / quirúrgica (tres valores Cr. en consultas o IC realizada): OBST. INTESTINAL, MENINGITIS, DIVERGENTE, COLELITIASIS

5. Sangrado evidenciado: Hematuria, HDA, HDB

6. Crisis comiciales.

1. Insuf. renal agudizada o prerenal / insuf. de reserva
2. Cuadros de origen subclonivos

Cuadro Tofemín sup / broncospasmo
 Hematuria con lavados

AIT de repetición

Hemorragia digestiva < Altas Bajas
 F. Arterial > 110x

dolor no controlado
 pacientes oncológicos
 Crisis comiciales

ITU's complicadas, PNA
 Paracetamol, descompensación hepática

Vómitos / diarreas incontrolables.
 Sospecha TEP.
 TRASLADOS

- Neumotórax
- Dolor tx urgente disociado
- Pielonefritis
- Prostatitis
- GEA en paciente diabético no todo si tiene vómito
- EPOC resquejado
- Neumonia o sospecha de n. me en paciente de riesgo
- Sospecha de colecistitis / colangitis de pancreatitis
- Sospecha de abdomen agudo
- Colecistitis que no responde a tx.
- Síncope
- Crisis comicial
- Obstrucción intestinal
- FA.

Movistar 54% 12:10

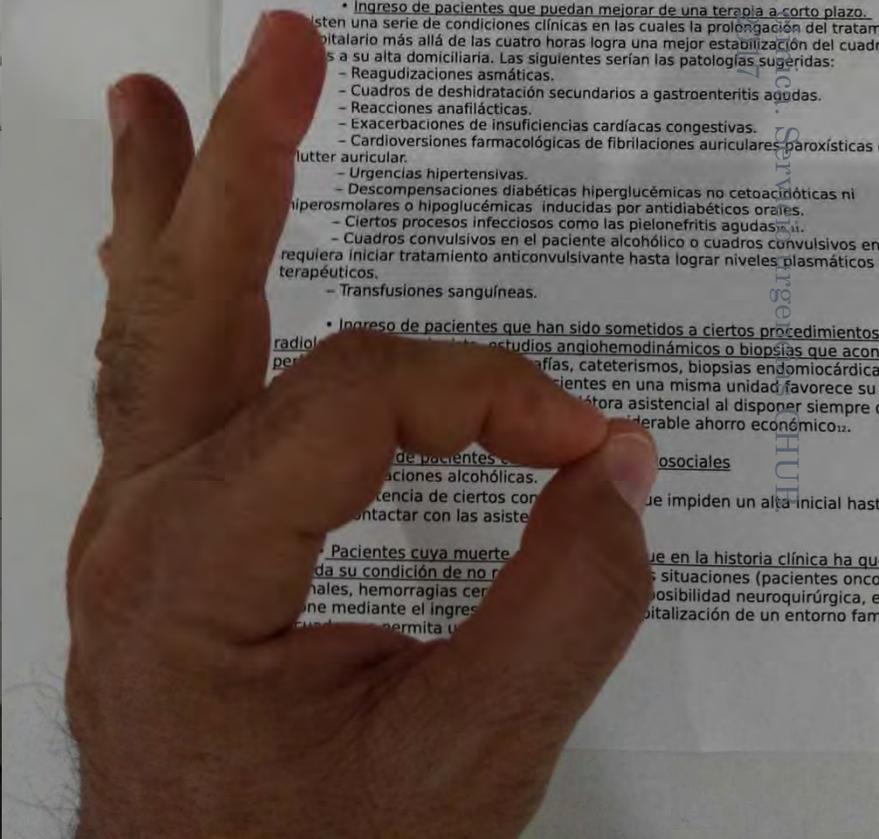


PATOLOGÍAS OBSERVACIÓN

- Insuficiencia cardíaca descompensada
- FA rápida
- EPOC agudizado
- Hemoptisis
- Derrame pleural y fiebre
- Neumonía y fiebre
- Broncoespasmo severo
- Crisis comicial
- Cefalea con fiebre
- Descompensación hidrónica
- Cólico renal con fiebre
- Hematuria
- Ingesta medicamentosa
- Síncope
- Anemia en rango trasfusional
- Hemorragia digestiva alta
- Rectorragia activa
- Obstrucción intestinal
- Síndrome febril en un paciente oncológico

12:08

Escribir mensaje



MOTIVOS POR LOS QUE PASARIA A OBSERVACION

Los criterios de ingreso se establecen en función de los objetivos perseguidos, a saber:

- Ingreso de pacientes para evaluación diagnóstica. Existen diversos motivos consulta que entrañan patologías de alto riesgo y que en bastantes ocasiones quedan insuficientemente perfiladas con tres o cuatro horas de evaluación. En estas ocasiones, la disponibilidad de un tiempo adicional permite una mayor precisión diagnóstica que reduce el riesgo de error médico y evita colocar al paciente en una potencial situación de riesgo vital. Estas condiciones clínicas serían las siguientes:
 - Dolores abdominales agudos (sobre todo los localizados en fosa ilíaca derecha que pueden hacer sospechar patología apendicular).
 - Dolores torácicos con baja probabilidad de cardiopatía isquémica aguda.
 - Hemorragias digestivas.
 - Traumatismos torácicos con radiología torácica inicial normal.
 - Traumatismos abdominales con estabilidad hemodinámica.
 - Sobredosificación por drogas.
 - Traumatismos craneoencefálicos.
 - Síncopes con evaluación inicial normal.

- Ingreso de pacientes que puedan mejorar de una terapia a corto plazo. Existen una serie de condiciones clínicas en las cuales la prolongación del tratamiento más allá de las cuatro horas logra una mejor estabilización del cuadro a su alta domiciliaria. Las siguientes serían las patologías sugeridas:

- Reagudizaciones asmáticas.
- Cuadros de deshidratación secundarios a gastroenteritis agudas.
- Reacciones anafilácticas.
- Exacerbaciones de insuficiencias cardíacas congestivas.
- Cardioversiones farmacológicas de fibrilaciones auriculares paroxísticas o flutter auricular.
- Urgencias hipertensivas.
- Descompensaciones diabéticas hiperglucémicas no cetoadiósicas ni hiperosmolares o hipoglucémicas inducidas por antidiabéticos orales.
- Ciertos procesos infecciosos como las pielonefritis agudas.
- Cuadros convulsivos en el paciente alcohólico o cuadros convulsivos en requiera iniciar tratamiento anticonvulsivante hasta lograr niveles plasmáticos terapéuticos.
- Transfusiones sanguíneas.

- Ingreso de pacientes que han sido sometidos a ciertos procedimientos diagnósticos como estudios angiohemodinámicos o biopsias que aconsejan ingreso en el hospital para estudios de imagen, cateterismos, biopsias endomiocárdicas, etc. En estos casos el ingreso en una misma unidad favorece su continuidad asistencial al disponer siempre de un considerable ahorro económico.

- Ingreso de pacientes con patologías psicosociales. En situaciones de crisis de ansiedad, alcoholismo, etc. la presencia de ciertos comportamientos que impiden un alta inicial hasta contactar con las asistencias psiquiátricas.

- Pacientes cuya muerte o deterioro de su salud en la historia clínica ha que se ha producido en situaciones (pacientes oncológicos, hemorragias cerebrales, etc.) que permiten la hospitalización de un entorno familiar.

Patologías Observación

Trauma

- TC al pérdida conocimiento anticoagulado
- Dolor mal controlado
- Patología quirúrgica ingresada sin disponibilidad de cama de hospitalización (no deberían ser observaciones sino una "Observación 2" permanente).

Interna

- Ictus
- Crisis convulsiva
- Síncope (pérdida conocimiento)
- Abscesos periamigdalinos con compromiso vía aérea.
- Reacciones alérgicas con compromiso respirat.
- Neumonías con hipoxemia.
- Reagudización EPOC.
- TEP, Neumotorax



Nota Interior

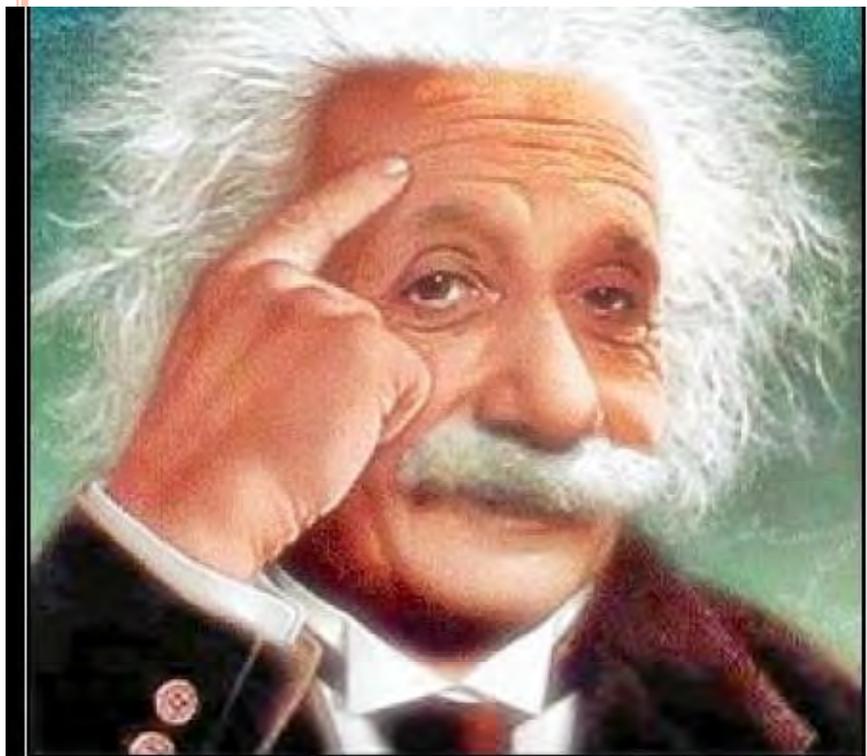
- Paciente oncológico inmunodeprimido

De _____

A _____

- HDA.
- Dolor Abdominal con alteraciones analíticas
- Coleco biliar complicado
- ITU y fiebre
- Pseudoobstrucciones
- Hematurias franca
- Rabdomiólisis
- Debut diabético
- Crisis HTA
- Dolor torácico ^{Badajoz} Zripco de _____ de _____
- Anemia en rango transfusional en PACIENTE DEZERRORADO
- Ascitis a tensión

Sesión clínica. Servicio urgencias CHUB.
 Marzo 2017



el sentido común,

no es tan común

Caballero: me temo que yo la he cagado y usted va a morir, pero antes le ruego que me abone la factura y tan amigos



¡ Pero, doctor, esto es absurdo !

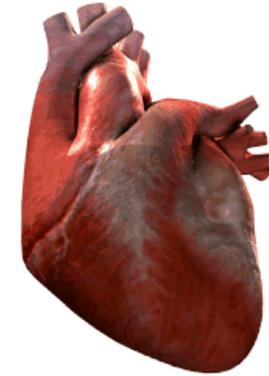
Clínica de Medicina, Servicio de Urgencias
Churruarín
Marzo 2017

pues si le hubiera tratado el Dr. J Fdez Núñez, la situación habría sido peor aún (podría haberle cardiovertido en sillones, realizado una punción lumbar en triaje, toracocentesis en el pasillo,...)

Pacientes potenciales de la AOU (I)

Patología cardiológica.-

- Síndrome coronario “agudo”
- Taquiarritmias con respuesta rápida (FC > 110)
- Bradicardia sintomática
- Síncope no vagal de riesgo moderado-grave
- Postcardioversión
- Shock de cualquier etiología (incluye anafilaxia)
- ICC grado funcional III/IV
- EAP
- Dolor torácico sugerente de “diseción aórtica” o SCA
- Emergencias HTA



Sesión clínica. Servicio urgencias CHUB.
Marzo 2017

Patología quirúrgica o potencialmente quirúrgica.-

- Abdomen agudo (patolog biliar, diverticulitis, perforación...)
- Complicaciones de heridas Qx graves pendientes de valoración por Cx (dehiscencia sutura, evisceración...)
- Traumatismo abdominal, traumatismo torácico
- TCE
- Policontusionados
- Fracturas graves que precisen de observación antes del alta médica
- Isquemia arterial aguda de una EE o crónica reagudizada (dolor impte)



Pacientes potenciales de la AOU (II)

Patología neurológica .-

- Síndrome confusional
- Coma
- Cefalea con focalidad o “con dolor incoercible y/o postración”
- Ictus
- Crisis comicial
- Bajo nivel de conciencia de cualquier etiología
- Encefalopatía de cualquier etiología (moderada / grave)



Marzo 2017
Sesión clínica. Servicio urgencias CHUB.

Patología neumológica .-

- Neumonías con FINE ó CURB65 ≥ 2
- Insuficiencia respiratoria aguda o IR crónica reagudizada
- AEPOC moderado / grave
- Asma grave
- Alta sospecha de TEP con inestabilidad o TEP confirmado
- Hemoptisis moderada / grave
- Neumotórax que precise drenaje o con paciente inestable
- Derrame pleural y fiebre
- Derrame pleural que precise toracocentesis diagnóstica y/o evacuadora



Pacientes potenciales de la AOU (III)

Patología nefrourológica .-

- Hematuria franca con necesidad de lavados
- Cólico nefrítico refractario a analgesia
- Insuficiencia renal aguda o crónica reagudizada con posibilidad de recuperación o deterioro del estado general

Patología digestiva .-

- Hemorragia digestiva importante con afectación hemodinámica
- Obstrucción intestinal
- Ascitis que precise de paracentesis
- Pancreatitis aguda

Patología oncológica .-

- Dolor de difícil control
- Afectación del estado general / estado consuntivo / situación terminal
- Anemia en rango transfusional *

Patología infecciosa .-

- Fiebre elevada con postración o quebrantamiento del estado general
- Fiebre y foco potencialmente grave (urinario, intraabdominal, CMF, neurológico...)

Pacientes potenciales de la AOU (IV)

Patología endocrino-metabólica .-

- Complicación grave de una DM
 - Cetoacidosis
 - Situación hiperosmolar
 - Hiperglucemia importante
 - Hipoglucemia sintomática
- Trastornos hidroelectrolíticos de carácter moderado-severo
- Rabdomiolisis (cifras de CK > 5000)

Intoxicaciones .-

- Intoxicación medicamentosa (voluntaria / involuntaria)
- Intoxicación por setas (u otras sustancias)
- Intoxicación etílica / Sdme de abstinencia alcohólica / delirium
- Intoxicación por CO
- Intoxicaciones por abuso de sustancias tóxicas
- Sobredosificación de Sintrom

Miscelánea .-

- Traslados de otros centros hospitalarios
- Desorden psicosocial que impida un alta convencional
- Pacientes con deterioro importante basal que precisen cama hasta finalizar estudio
- Post-procedimiento invasivo que aconseje un periodo de observación post.
- **NO SÉ LO QUE TIENE... PERO ESTÁ MALO!!!!**

Luchar por lo que crees, a veces,
...viene bien al espíritu

