

Manejo intensivo del paciente politraumatizado

I. Objetivo del manejo intensivo

- Prevenir muerte evitable, falla orgánica y secuelas.
- Corregir hipoxia, hipoperfusión y sangrado.
- Controlar la respuesta inflamatoria y el catabolismo.
- Garantizar estabilidad para cirugía definitiva y recuperación.

II. Principios generales

- El politrauma es una enfermedad sistémica, no suma de lesiones.
- Prioridad absoluta: oxigenación y perfusión.
- Tratamiento temprano, agresivo y coordinado.
- Revaluación continua (“treat and reassess”).

III. Abordaje inicial en UCI (ABCDE continuo)

A – Vía aérea

- Intubación precoz si:
- Glasgow ≤ 8
- Trauma facial severo
- Insuficiencia respiratoria
- Objetivo: SpO₂ >94%, evitar hipercapnia.

B – Respiración

- Ventilación protectora:
- Volumen tidal bajo (6 ml/kg)
- PEEP según necesidad
- Vigilar:
- Contusión pulmonar
- SDRA
- Neumotórax oculto

C – Circulación

- Control del sangrado:
- Cirugía / radiología intervencionista
- Reanimación hemostática:
- Sangre temprana
- Evitar cristaloides en exceso
- Objetivos:
- PAM ≥ 65 mmHg
- Lactato en descenso

- Diuresis ≥ 0.5 ml/kg/h

D – Neurológico

- Glasgow seriado
- Control de PIC si TCE:
- Evitar hipoxia e hipotensión
- Mantener PAM adecuada
- Sedación balanceada (no sobre-sedar).

E – Exposición

- Examen completo
- Prevención de hipotermia (triada mortal):
- Hipotermia
- Acidosis
- Coagulopatía

IV. Monitorización intensiva

- ECG continuo.
- Presión arterial invasiva.
- Gasometría seriada.
- Lactato.
- Balance hídrico estricto.
- Temperatura central.
- Diuresis horaria.

V. Manejo del shock

Shock hemorrágico (el más frecuente)

- Reanimación guiada por objetivos.
- Transfusión balanceada.
- Ácido tranexámico temprano (si indicado).
- Vasopresores solo tras control de volumen.

No normalizar presión antes de controlar sangrado (hipotensión permisiva, salvo TCE).

VI. Control del daño (Damage Control)

- Cirugía abreviada inicial:
 - Control sangrado
 - Control contaminación
- UCI:
 - Corrección fisiológica
 - Cirugía definitiva diferida.

VII. Soporte orgánico en UCI

Respiratorio

- Prevención de neumonía asociada a ventilación.
- Fisioterapia respiratoria precoz.

Renal

- Evitar hipoperfusión.
- Vigilar rabdomiólisis.
- Diálisis si falla renal establecida.

Metabólico y nutricional

- Nutrición enteral temprana (<24–48 h).
- Evitar hiperglucemia.
- Disminuir catabolismo.

Infeccioso

- Profilaxis antibiótica racional.
- No confundir SIRS post-trauma con sepsis.
- Cultivos dirigidos si sospecha real.

VIII. Manejo del dolor y sedación

- Analgesia multimodal.
- Evitar dolor no controlado (aumenta catabolismo).
- Sedación mínima necesaria.
- Despertar diario si es posible.

IX. Complicaciones frecuentes

- SDRA.
- Sepsis tardía.
- Falla multiorgánica.
- Tromboembolismo venoso.
- Delirium.

Prevención:

- Profilaxis trombótica cuando sea seguro.
- Movilización precoz.
- Protocolos de UCI.

X. Indicadores de buena evolución

- Lactato descendente.
- Diuresis adecuada.
- Menor requerimiento de vasopresores.
- Mejora gasométrica.
- Estabilidad hemodinámica sostenida.