

Mobilização precoce na Pediatria

Definições

Sabe-se que o tempo de permanência na UTI pediátrica (UTIP), bem como o uso de ventilação mecânica (VM) nos pacientes pediátricos, aumenta o risco de fraqueza muscular adquirida na UTI (FMA-UTI). Essa condição agrava a morbidade e aumenta a mortalidade.

Embora saibamos que a mobilização no paciente crítico não está sistematizada na maioria das UTIP, recomenda-se a utilização de protocolo de mobilização precoce para que seja evitada/minimizada a FMA-UTI. O protocolo deve ser baseado na mobilização funcional segura e progressiva na UTIP, apropriando atividades ao seu nível de desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Inicia-se com movimentos passivos e, posteriormente, na presença do despertar diário, somam-se movimentos ativo assistidos de acordo com o DNPM.

A Figura 1 apresenta critérios para inclusão/progressão nos níveis de mobilização do paciente na UTIP, contribuindo para a determinação dos níveis de mobilização em um protocolo, como o apresentado na Figura 2.

Os pacientes podem, por um dos critérios, se enquadrar em mais que um nível. Contudo, caso o paciente apresente qualquer outro critério de um nível menor, as intervenções devem ser orientadas pelo nível menor. Por exemplo, se o paciente estiver em ventilação mecânica, se enquadra tanto no nível 1 como no nível 2. Mas se a PEEP usada for maior que 8cmH₂O, deverá ser classificado como nível 1.

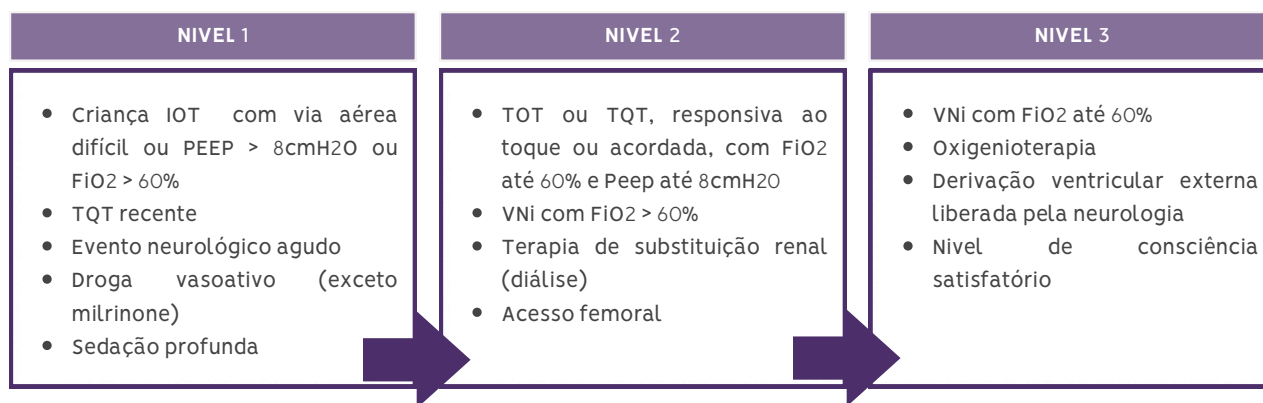
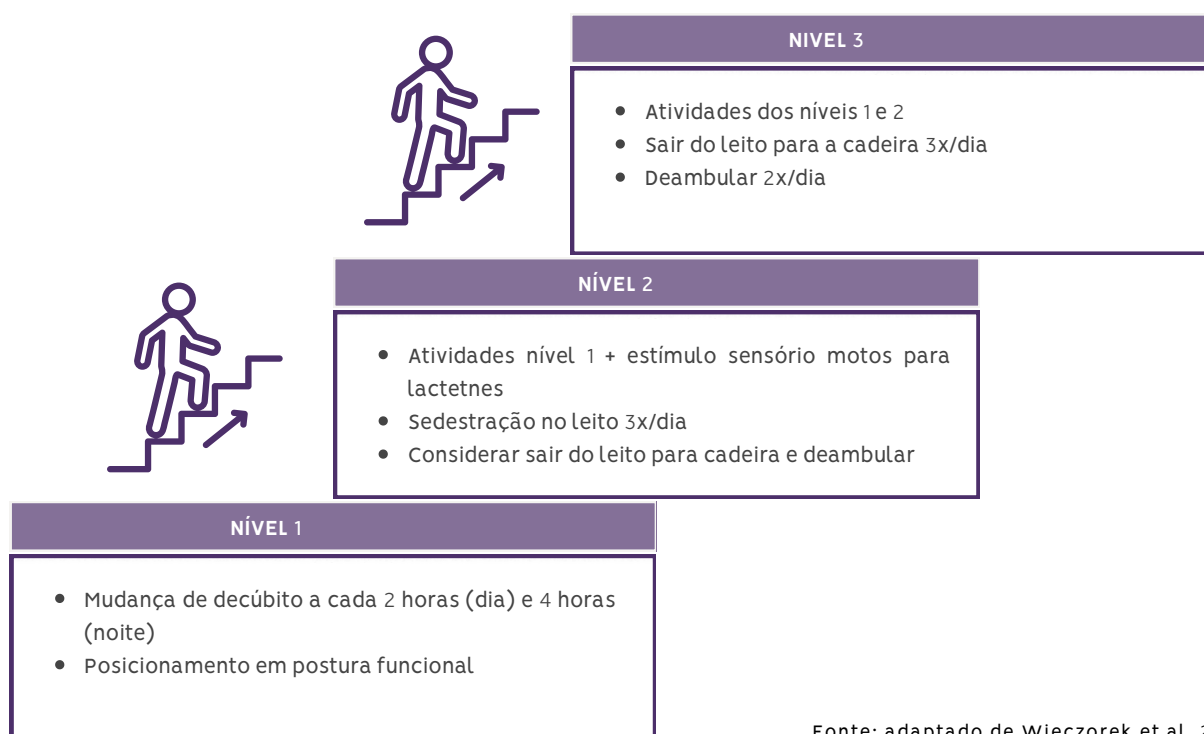


Figura 1. Critérios para inclusão/progressão nos níveis de mobilização do paciente na unidade de terapia intensiva pediátrica. Legenda: IOT: Intubação Orotraqueal; PEEP: pressão expiratória positiva final; FiO₂: Fração inspirada de oxigênio; TOT: tubo orotraqueal; VA: via aérea; TQT: traqueostomia; VNI: ventilação não invasiva.

Fonte: adaptado de Wieczorek et al, 2016.

Mobilização precoce na Pediatria

A figura 2 representa um dos protocolos de mobilização precoce disponíveis para uso em terapia intensiva pediátrica, com progressão dos nível de mobilização do paciente internado.



Fonte: adaptado de Wieczorek et al, 2016.

Vale destacar que há contraindicações à mobilização fora do leito no paciente da UTIP, as quais objetivam manter a segurança da intervenção. As principais informações sobre contraindicações e e sinais de intolerância estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Contraindicações para tirar paciente do leito e critérios de interrupção da mobilização do paciente na unidade de terapia intensiva pediátrica.

Contraindicações	Sinais de intolerância
Instabilidade hemodinâmica	SpO ₂ < 94%
PEEP ≥ 10cmH ₂ O	FC e PA > 20% do basal
FiO ₂ ≥ 60%	Arritmia
Escala de sedação RASS (<i>Richmond Agitation Sedation Scale</i>) ≤ -3 ou ≥ +4	Aumento no score da dor
Tórax ou abdome aberto	Aumento do esforço respiratório (uso de músculos acessórios, batimento de asa de nariz, sudorese, cianose, tiragem intercostal)
Convulsões de difícil manejo	Agitação psicomotora / flutuação cognitiva
Pressão intracraniana > 15mmHg	Assincronia paciente-ventilador impossível de corrigir por ajustes ventilatórios
Fraturas instáveis	
Circulação extracorpórea (ECMO)	

Legenda: PEEP: pressão expiratória positiva final; FiO₂: Fração inspirada de oxigênio; SpO₂: saturação periférica de Oxigênio; FC; frequência cardíaca; PA: pressão arterial. Fonte: adaptado de Herbsman et al, 2020.

Mobilização precoce na Pediatria

Embora estudos tenham sugerido redução maior que 15% da SpO₂ em relação ao valor basal para interromper a mobilização na UTIP, nos pacientes com COVID-19 determina-se mais cautela, interrompendo a intervenção quando a SpO₂ for menor que 94%. Outras precauções

em relação a mobilização incluem: uso de drogas vasopressoras, diálise contínua, osteopenia severa, derivação ventricular externa, traqueostomia recente e escala de sedação (RASS) -2, +2 ou +3.

O incremento do suporte pressórico durante a VM a fim de suprir a demanda ventilatória durante o protocolo de mobilização é autorizado.

Após a alta da UTIP, o programa de reabilitação precisa ser mantido. Para tanto, avaliar a condição clínica e a capacidade funcional auxiliará na prescrição do treinamento, e trará marcadores de resposta à intervenção.

Referências Bibliográficas

Lanza, F. C., Aquino, E. S., Sousa, M. L., & Andrade, P. D. (2020). Mobilização precoce do paciente crítico e reabilitação pós-alta hospitalar na população infantil acometida por COVID-19. São Paulo (SP): Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR)