

CENTRO ALPHA DE ENSINO  
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA  
FREDERICO MENDES DE OLIVEIRA MIL HOMENS

A HOMEOPATIA NA TERAPIA INTENSIVA

SÃO PAULO

2018

FREDERICO MENDES DE OLIVEIRA MIL HOMENS

A HOMEOPATIA NA TERAPIA INTENSIVA

Monografia apresentada a ALPHA/APH  
como Exigência para obtenção do título de  
especialista em Homeopatia.

Orientador: Mário Giorgi

SÃO PAULO

2018

Homens, Frederico de Oliveira Mil

UTI e tratamento homeopático / Frederico de Oliveira Mil  
Homens, -- São Paulo, 2018.  
34f.

Monografia – ALPHA / APH, Curso de Especialização em  
Homeopatia.

Orientador: Giorgi, Mário

1. Homeopatia 2. Tratamento homeopático 3. UTI I. Título

Agradecimento:

Agradecemos à Prof<sup>a</sup>. Mário Giorgi, pela sua orientação, dedicação e paciência, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

## **RESUMO**

Trabalho realizado a partir de três casos clínicos, em que foram abordados pacientes que apresentaram quadro de sepse de foco abdominal ou pulmonar e foram tratados com medicações homeopáticas dentro da unidade de terapia intensiva (UTI).

Palavra chaves: Homeopatia, Tratamento homeopático, UTI

## **ABSTRACT**

This study was carried out from three clinical cases in which patients with abdominal or pulmonary focus sepsis were treated with homeopathic medications within the intensive care unit (ICU)..

Keywords: Homeopathy, Homeopathic Treatment, Cough

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1	APRESENTAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA.....	10
1.2	ABORDAGEM GERAL DO PROBLEMA.....	11
1.3	QUESTÕES ESPECÍFICAS .....	12
1.4	FATORES QUALITATIVOS DE ANÁLISE .....	13
1.5	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	14
1.6	DEFINIÇÕES DE TERMOS – ATUALIZAÇÕES SOBRE DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIA NA SEPSE.....	14
1.7	MATERIAL E MÉTODOS .....	18
1.8	PASSOS DA PESQUISA .....	18
<b>2</b>	<b>DEFINIÇÃO</b> .....	<b>21</b>
2.1	– APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	21
2.1.1	<i>Caso I</i> .....	21
2.1.2	<i>Caso II</i> .....	26
2.1.3	<i>Caso III</i> .....	29
<b>3</b>	<b>CONCLUSÕES E SUGESTÕES</b> .....	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>

## TABELAS

1. TABELA I .....	16
2. TABELA II .....	17
3. TABELA III.....	20

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Apresentação do Tema e Justificativa

Na presente proposta de estudo e trabalho, propõe-se uma alternativa de tratamento homeopático a pacientes que se encontram em estado penoso ou muito crítico, com alto risco de vida e encontram-se internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em sintonia com o tratamento alopático recomendado pelas sociedades de terapia intensiva mundiais, respeitando os ensinamentos éticos, morais e legais. Examinando de modo imparcial os resultados, limitações, dificuldades, falhas e acertos ao longo de todo exame desta experiência, busco a probabilidade de aplicar a Ciência Médica Homeopática no auxílio em tratamentos convencionais da prática médica.

Na esfera homeopática, sabe-se que a terapêutica pelo princípio da semelhança em que o sujeito possui equilíbrio mental e físico, possibilitando portanto uma melhoria na qualidade de vida, com melhor defesa do organismo às enfermidades, devolvendo a condição anteriormente normal ou satisfatório dos órgãos afetados por doenças crônicas.

Portanto, do tratamento homeopático têm-se pouco conhecimento nos casos penosos ou mais críticos e que, atualmente, por meio do avanço tecnológico da medicina, sabe-se que os métodos artificiais de prolongamento vital - podendo citar a respiração artificial, o emprego de nutrição prolongada como também o controle metabólico, prolongam a vida do paciente por períodos, sem utilização do método homeopático.

A Terapia Intensiva é um ambiente onde são utilizadas técnicas e procedimentos, por vezes sofisticados para proporcionar a reversão de distúrbios que colocam em

risco a vida dos pacientes. No intuito de preservar ao máximo a vida, a Unidade de Terapia Intensiva está inserida em hospitais de médio e grande porte altamente tecnológicos e com pessoas especializadas para a sua recuperação.

A Homeopatia é um método que busca retroceder a evolução da doença, em um determinado tempo desde que se tenha condições orgânicas para que isso ocorra.

Os tratamentos homeopáticos e alopáticos, desta forma, se adicionam e condicionam ambos tratamentos à preservação da vida.

## 1.1 Abordagem Geral do Problema

A ida de um paciente para uma UTI é indício de que a sua saúde ou condição física está demudada. Os órgãos vitais demonstram modificações de funcionamento grave e há risco de sua vida.

Corriqueiramente os pacientes de UTI já estão instalados no hospital com diagnósticos, procedimentos antes experimentados e que não apresentaram ter o êxito esperado, comprometendo assim o funcionamento normal dos órgãos.

Muitas das vezes o cérebro é afetado e, conseqüentemente, o estado emocional do paciente, tornando custoso coleta de dados minuciosos do paciente. Desta forma conta-se portanto com dados obtidos através da observação, exames físicos e laboratoriais de múltiplas maneiras tais como: análise de sangue, secreções, imagens, biopsias - não contando, neste caso, com a narração do próprio paciente sobre os seus males, mesmo porque quando em estágio avançado de doenças, mal sequer conseguem se expressar verbalmente.

Os avanços científicos e tecnológicos possibilitaram ampliar o conhecimento sobre o funcionamento do corpo humano que, cada vez mais, vem sendo empregado na manutenção e prolongamento da vida, criando-se uma maior probabilidade de sobrevivência, graças à alta tecnologia encontrada nas UTI's.

O Paciente que está montado, instalado na UTI, por mais que esteja amparado de equipe e equipamentos capacitados para o prolongamento da sua vida, em eminência de morte.

O Tratamento homeopático, ainda que há tempos utilizado, de forma exígua, torna dificultosa o levantamento de bibliografias e suportes desta especialidade que por ora e de habitualidade de processos, o método alopático é o trabalhado nas Unidades de Terapias Intensivas seja por determinação do médico, familiares que acabam por decidir as diretrizes já que o enfermo não pode e nem é capaz de tomar decisões por si próprio.

## 1.2 Questões Específicas

Quando iniciado o Curso de Especialização em Homeopatia da Associação Paulista de Homeopatia, sempre se questionava o porquê da junção de duas instruções de tratamento, totalmente divergentes e que poderiam, de alguma forma, se mesclarem e apresentar um resultado positivo no prolongamento da vida. De um lado – A Terapia Intensiva tão altamente tecnológica, minuciosamente nutrido de formalidades e do outro – A Homeopatia que guarda em seu estilo de tratamento, um perfil totalmente individualista (pois o tratamento se adapta de acordo com o perfil físico e emocional do paciente).

Até que ponto ambos tratamentos se auxiliam para a preservação da vida?

A finalidade da consulta homeopática é estabelecer um diagnóstico terapêutico, medicamentoso, individual, estabelecer como uma determinada afecção pôde se desenvolver em um doente, pesquisar todos os detalhes que dizem respeito à evolução desta doença e, sobretudo, saber em que, precisamente, ele é diferente de todos os outros que possuem o mesmo diagnóstico. E como proceder em pesquisa afim de saber qual a deficiência na saúde se quando o paciente encontra-se de maneira inconsciente ou em um aspecto alterado? Quão incerto, duvidoso pode ser o relato de um familiar? Mesmo sendo impreciso, a utilização da homeopatia neste estudo tem por salientar as qualidades e os bons resultados geridos por sua utilização em Unidade de Tratamento Intensivo.

### 1.3 Fatores Qualitativos de Análise

Acompanhando a evolução do paciente, optei por um diagnóstico que assim pudesse ser evidenciado, tanto seu efeito quanto o seu benefício relacionado ao tratamento estabelecido pela pratica, tradicional que, por questão obvia, não se pode realizar o tratamento homeopático por exclusividade.

Foram escolhidos pacientes com “Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) por apresentar fatores de evolução rápida, a sua gravidade e as complicações rotineiras despertaram a minha atenção, não importando a idade, sexo, apenas notando os parâmetros evolucionários dos sinais clínicos dos órgãos afetados na “SRIS”.

#### 1.4 Objetivos da Pesquisa

Tem-se como objetivo, a observação e claramente a evolução dos pacientes internados. Ao total, para esta pesquisa, foram acompanhados três no período de 17 de Abril a 31 de Julho de 2017

#### 1.5 Definições de termos – Atualizações sobre definições e terminologia na Sepsis

A Sepsis é um conjunto de manifestações grave que ocorre em todo organismo. Produzido por uma infecção é uma das condições mais frequentes mundialmente para qual é necessário cuidados de Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Recentemente, foi publicado no *The Lancet* um estudo conduzido em brasileiros que mostrou uma alta incidência e prevalência de sepsis e mortalidade associada em uma amostra de pacientes hospitalizados em UTI.

Em 27 de fevereiro de 2014, 227 (72%) de 317 UTI forneceram dados de 2.632 pacientes, dos quais 794 apresentaram sepsis (30,2 pacientes sépticos por cada 100 leitos de UTI; intervalo de confiança [IC] de 95%: 28,4 a 31,9).

A incidência de sepsis na UTI foi de 36,3 por 1.000 paciente-dias (IC 95%: 29,8 a 44,0) e a mortalidade foi observada em 439 (55,7%) de 788 pacientes (IC 95%: 52,2 a 59,2). A baixa disponibilidade de recursos ( $p=0,045$ ) e a adequação do tratamento ( $p=0,006$ ) foram associadas independentemente com a mortalidade.

A mortalidade por sepsis no Brasil é altíssima, principalmente pelo fato da doença ser passível de prevenção. Segundo pesquisa realizada pela Unifest (Universidade

Federal de São Paulo), a cada ano morrem mais de 230 mil pacientes adultos nas UTIs.

No ano de 1989 o médico Roger C. Bone<sup>1</sup> propôs padronização do quadro séptico com definições criteriosas afim de definir as mudanças apresentadas nas infecções com repercussões sistêmica. Alguns anos depois, os membros do *American College of Chest Physican \ Society os Critical Care Medicine* em que o próprio Bone fazia parte, em conferência nos EUA criaram uma nova terminologia, com recomendações de como utilizar das definições. (vide tabela)

<b>Infecção</b>	<b>Fenômeno microbiológico caracterizado por uma resposta inflamatória na presença de microrganismos ou a invasão de um tecido normalmente estéril por estes organismos</b>
<b>Bacteremia</b>	Presença de bactérias <b>viáveis</b> no sangue
<b>Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS)</b>	Uma resposta inflamatória sistêmica a uma variedade de insultos clínicos graves de caráter infeccioso ou não, manifestada por duas ou mais das seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura corporal superior a 38°C ou inferior a 36°C;</li> <li>• Frequência cardíaca menor que 90bpm;</li> <li>• Frequência respiratória maior que 20ipm ou PaCO<sub>2</sub>&lt;32mmHg;</li> <li>• Leucocitose (leucócitos maiores que 12000céls/mm<sup>3</sup>) ou leucopenia (leucócitos &lt;4000 céls/mm<sup>3</sup>).</li> </ul>
<b>Sepse</b>	A sepsé é desencadeada pela invasão da corrente sanguínea por agentes infecciosos (principalmente bactérias, mas também vírus ou outros microrganismos), por isso, é habitualmente chamada pelo público leigo de "infecção do sangue", mas pode continuar mesmo depois que os agentes infecciosos que a causaram não mais estão presentes.
<b>Sepsé Grave</b>	Ocorre hipoperfusão dos órgãos (menos sangue chega até eles, mas ainda é uma situação controlável com administração de soro fisiológico) ou uma disfunção detectável de algum órgão (caracterizada por acidose láctica, alterações da coagulação, hiperbilirrubinemia, oligúria e/ou alteração do nível de consciência, etc).
<b>Choque Séptico</b>	Ocorre falência circulatória aguda (hipotensão arterial persistente - pressão arterial sistólica < 90 mmHg, pressão arterial média < 70 mmHg ou queda na PAS de 40 mmHg ou mais - sem resposta à expansão volêmica adequada).
<b>Hipotensão</b>	Pressão Sistólica níveis são menores do que 90 mmHg X 60 mmHg
<b>Síndrome da Disfunção de Múltiplos Órgãos (SDMO)</b>	Presença de alteração da função orgânica em um paciente agudamente doente, de forma que a homeostase só possa ser mantida através de intervenção.

**Tabela I – Definições de Sepsé da ACCP\ SCCM**

Portanto, a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS) é uma manifestação clínica da inflamação aguda do endotélio, condição muito comum em pacientes graves no período pós-operatório. A SRIS pode estar relacionada com infecção, trauma, queimaduras, pancreatite ou doenças pulmonares. Contudo, ela é uma das primeiras manifestações de pacientes com sepse, que é a própria SRIS com foco infeccioso identificado.

O quadro séptico evolui continuamente chegando ao estágio de Síndrome da Disfunção de Múltiplos Órgão (SDMO) que é o mais grave do quadro séptico atingindo dois ou mais órgãos interferindo em sua funcionalidade.

A mortalidade por SDMO aumenta proporcionalmente com o aumento do número de órgãos afetados

<b>Número de Falências</b>	<b>Mortalidade</b>
<b>2 órgãos</b>	26%
<b>3 órgãos</b>	62%
<b>4 órgãos</b>	88%

Tabela II – Falência x Mortalidade

O risco de mortalidade pode ser diferente em relação aos órgãos acometidos ( por exemplo, a insuficiência cardíaca aguda, isoladamente, é de maior risco comparado à insuficiência renal). Entretanto, a ACCP\SCCM não definiu critérios que determinam a disfunção dos diversos órgãos e sistemas e não há consenso aos critérios.

## 1.6 Material e Métodos

Foi efetuada uma pesquisa clínica afim de se entender quão benéfico o tratamento homeopático seria em pacientes de Unidade Terapia Intensiva no período 18 de Abril a 29 de Julho de 2017 considerando ambos tratamentos, alopático e homeopático em cinco pacientes internados na Unidade Terapia Intensiva do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá-MT em que possuíam a “Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica – SRIS”.

Afim de tornar mais específica a pesquisa e o local ser uma unidade geral, ou seja, acolhe diversos tipos de pacientes, neste estudo foi selecionado apenas os diagnósticos clínico específico.

É verdadeiro que instituído o diagnóstico de “SRIS”, as medidas de correções e suporte são direcionadas para a preservação, ou seja, sustentação dos órgãos vitais, visando o reestabelecimento dos mesmos e a iniciação de tratamento homeopático, vindo posteriormente ao método alopático habitua sem que esta fosse modificada ou suprimida em decorrência do método homeopático, de maneira que, em aparição dessemelhante na evolução não pudesse ser concedido a tal fator.

## 1.7 Passos da Pesquisa

O projeto foi desenhado como uma pesquisa-ação, pois todo o estudo foi baseado nas observações e avaliações da inserção experimental. Identificando o paciente de SRIS, fez-se uma avaliação através da intervenção homeopática que é complexa, e inclui: uma consulta que estimula a reflexão e a auto-observação, exame físico, orientações higienodietéticas individualizadas e a prescrição de um medicamento também individualizado. Em se tratando do presente instrumento de estudo e

pesquisa, realizado em UTIs, utiliza-se das informações de familiares, por observação do paciente ao leito para que a coleta de informações seja mais concreta, visto que há um bloqueio no tipo de avaliação tradicional – em que o paciente responde às questões.

Os dados coletados seguiam três parâmetros: a confiabilidade da informação, a individualidade (pois assim que a homeopatia trata seus pacientes) e a importância do caso.

Após a compilação das poucas informações adquiridas pela pouca expressão dos sintomas referente à sua universalização, antiguidade e intensidade, o que dificultava a investigação.

Após isso, aplicava-se a medicação mais próxima, semelhante ao enfermo. Em algumas ocasiões optou-se por um medicamento que na classificação dos dados coletados, não apareceu dentre as primeiras colocações, e, mesmo assim, apresentava particularidade que o fizesse ser uma indicação clínica para o quadro do paciente em questão.

Para melhor preservar a pesquisa, em todos os pacientes foram utilizadas doses iguais, no intuito de diminuir as variáveis que poderiam influenciar nos resultados. Optou-se pela Escala Centesimal Hahemanniana (CH) e pelas potências 6,30,200 e 400.

O tratamento com base de homeopático da grande maioria dos casos foi iniciado com potência de 30CH por ser considerada intermediária (baixa segundo Kent e relativamente alta segundo Hahnemann) e encarada por KENT\* como uma “potência suficientemente baixa por se começar em qualquer doença, aguda ou crônica”[\*

***Filosofia Homeopática***, Lição XXXIV, último parágrafo]

As doses ministradas tiveram intervalos determinados individualmente, baseando-se nos sinais de funcionamento dos órgãos nobres e suas respostas à terapêutica aplicada convencionalmente e nos exames complementares.

Fatores de Avaliação da Terapêutica Homeopática:

<b>Função Cerebral</b>	<b>Nível de consciência e de orientação no tempo e no espaço;</b>
<b>Função Respiratória</b>	Dados de mecânica respiratória e medida da gasometria arterial;
<b>Função Cardiocirculatória</b>	Acompanhamento da frequência e ritmo cardíacos, da pressão arterial (medida direta e indireta) e da perfusão tecidual indireta ( equilíbrio ácido-básico);
<b>Função Renal</b>	Pelo débito urinário horário por peso (em quilos) e acompanhamento dos níveis séricos de escórias (uréia e creatinina)
<b>Evolução Geral</b>	Pela intensidade da terapêutica alopática habitual necessária;
<b>Outros</b>	Acompanhamento dos resultados dos exames complementares necessários

## 2 DEFINIÇÃO

### 2.1 – Apresentação e Análise dos Dados

#### 2.1.1 Caso I

IDENTIFICAÇÃO: J.A.S., sexo feminino, 62 anos. Peso: 60kg

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA: Atendida em 17/04/2017 às 18:14 horas no pronto atendimento com apresentação de dor abdominal (cólica), em região epigástrica, acompanhada de eructações. Negou alteração do ritmo intestinal

Ao exame físico:

REG. LOTE, anictérica, acianótica, hidratada, corada

SNC: Consciente, orientada, GLASGOW 15 sem alterações neurológicas;

AP. REP.: MVUA, sem R.A

ACV – RCR, 2T, BNF, sem sopros, PA: 130\86 mmHg

ABDOMEM: Flácido, doloroso à palpação do epigástrico, ruídos presentes;

Conduta Alopática: Cloridrato de Tramadol 100mg em SF 0,9% 100 ml, e Omeprazol 40 mg 01 ampola no mesmo soro

Internada na enfermaria às 00:35h durante o dia recebeu analgésicos, sem melhora e, posteriormente solicitada ultrassonografia abdominal.

Após 40 (quarenta) minutos houve uma piora da dor, mesmo mantendo o uso de analgésicos e reavaliada pelo plantonista, apresentou dispneia, hipotensão e taquicardia além de apresentar abdômen com descompressão brusca positiva e distensão abdominal. Solicitado Raio X do local e gasometria arterial, constatando Pneumoperitônio.

Conduta cirúrgica: Parecer urgente da Cirurgia Geral por diagnóstico de Úlcera Gástrica Perfurada, em peritônio livre, com intensa peritonite, presença de secreção purulenta na cavidade .

Durante o procedimento de intervenção cirúrgica, a paciente permaneceu hipotensa (Pressão Arterial = 70 X 50), taquicárdica e em acidose metabólica. Iniciado Noradrenalina com dose de cinco (5) ampolas em SF 0,9% 230 ml em BIC 10 ml/h.

Relatório da Cirurgia: Realizada ressecção das bordas e rafia gástrica

08:00h de 18/04/2018 chega à UTI

SNC: Paciente sonolenta, ainda sob efeito anestésico e abrindo os olhos quando estimulada.

Inspeção: Hipotérmica, hipocorada 2/4+, desidratada, pulsos finos e rápidos

AR: Em ventilação mecânica por TOT 8,0 com FiO<sub>2</sub> = 0,8 (80%) e SatO<sub>2</sub> – 98%

ACV: FV= 120 bpm, PAM = 45-50 mmHg, com em uso de Noradrenalina

Exames: (referências de interesses)

Gasometria arterial com acidose metabólica compensada;

Uréia = 90 e Creatinina = 1,2;

Leucograma: 8.700 leucócitos com desvio;

Coagulograma: TPA = 40% (16 seg./ INR = 1,8);

Bioquímica restante, TGO, TGP, série vermelha: normais.

Diagnóstico Clínico: Choque Séptico (foco abdominal).

Recebeu antibióticos: Imipenem 500 mg EV 6/6 horas e Vancomicina 01g EV de 12/12 horas.

Sonda nasogástrica tinha drenado 1000 ml.

12:30h - AVALIAÇÃO HOMEOPÁTICA:

1. GENER -1 SEPTICEMIA, envenenamento do sangue

2. GENER - PULSO, discordante com a temperatura

3. GENER - FERIDAS, dissecação

4. GENER - FERIDAS, dissecação, transtornos por

5. BOCA - LISA, língua brilhante, vítrea, cintilante, lustrosa

6. BOCA - COLORAÇÃO, língua, vermelha

7. ABDOMEM – INFLAMAÇÃO

**DIAGNÓSTICO MEDICAMENTOSO:** *Pyrogenium* 30 CH

Foram dadas 10 gotas na boca, em dose única (DU).

Manteve-se toda a terapêutica alopática

APÓS 06 HORAS: -18:30h de 19.04.2017

Temperatura = 37,5 C°;

Frequência Cardíaca = 110 bpm e PAM =68 mml-Ig;

Diurese = 900 ml em 6 horas

Exame físico igual, exceto pulsos, que estavam amplos e com perfusão aumentada.

APÓS 12 HORAS: 00:30h de 19.04.2017

Temperatura = 37,0 C°;

Frequência Cardíaca =80 bpm e PAM = 89 mmHg

Diurese = 1100 ml em 06 horas

SNG = drenou 200 ml em 12 horas.

APÓS 18 HORAS:06:30h de 20.04.2017

Temperatura=36°C;

Frequência Cardíaca = 80 bpm e PAM = 96 mmHg

Diurese = 820 ml em 06 horas

SNG = 50 ml;

Ventilação: abaixada FiO2 para 0,3 (30%).

APÓS 24 HORAS:18:30h de 20.04.2017

Temperatura = 36,8° C;

Frequência Cardíaca = 80 bpm e PAM = 99 mmHg

Diurese = 1425 ml em 6 horas

SNG = sem débito

APÓS 48 HORAS:18:30h de 22.04.2017

Temperatura = 36,6° C;

Frequência Cardíaca = 70 bpm e PAM = 97 mmHg (drogas mantidas);

Diurese = 4245 ml em 24 horas

SNG: sem débito

APÓS 96 HORAS:18:30h de 23.04.2017

Temp., FC, PAM: normais;

Extubada há 08 horas;

Sem drogas vasoativas há 12 horas;

Diurese = 6200 ml em 24 horas, com hidratação de manutenção apenas (2000 ml em 24h);

Retirada SNG

Introdução de dieta líquida.

Recebeu alta da UTI no dia 23/04/17, com dieta leve via oral.

Foram suspensos os antibióticos no dia 25/04/17.

Cedida a Alta hospitalar em 27/04/17.

Prescrito retorno no ambulatório da UTI nos dias abaixo descritos:

06/05/17 - retirar pontos; sem queixas;

18/06/17 - 30/06/17 – 15/07/17 - sem complicações.

#### AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO:

No período de 48 horas, a partir do dia 19 de Abril de 2017, dada a entrada da enferma na UTI após procedimento cirúrgico, em exatos 48 horas ocorreu a recuperação funcional dos órgãos afetados.

Este caso de Abdômen Agudo com Peritonite é considerado raro por sua particular ocorrência e também pelo fato de acontecer em paciente idoso

O próprio sistema digestivo teve recuperação compatível com pós-operatório de cirurgias eletivas e não houve qualquer complicação nos órgãos nobres.

Um dado importante foi ocorrência de poliúria franca e prolongada (diurese maior que 2 ml/Kg/hora) sem expansão volêmica e mesmo o retorno da creatinina sérica ao valor normal.

### 2.1.2 Caso II

IDENTIFICAÇÃO: L.M.P, 28 anos, sexo masculino, peso 78 kg

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA: Atendido no dia 27/06/2017 no pronto atendimento do hospital apresentando quadro de asma brônquica exacerbada. Quando deu entrada, encontrava-se levemente dispneico, ansioso e taquicárdico, porém, consciente e orientado. Queixou-se de falta de ar progressiva e de dor torácica, além de muita tosse.

Ao exame físico:

REG. LOTE, anictérico, acianótico, hidratado, corado

SNC: consciente, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes

AP. RESPIRATÓRIO: MVUA, diminuído universalmente, presença de sibilos difusos

ACV: RCR, 2T, BNF, sem sopros. FC:142 bpm, PA: 140/100 mmHg

Abdômen: Flácido, indolor, RHA+, sem VMG

Solicitados exames laboratoriais e raio-x de tórax.

CONDUTA ALOPÁTICA: Aerosol com Fenoterol 6 gotas + Ipratrópio 10 gotas + Soro fisiológico 0,9% 10 ml de imediato, além de internação hospitalar.

Após toda medicação, não houve qualquer demonstração de melhora do quadro. Em seguida, foi realizada adrenalina SC 01 ampola. Após 01 hora em observação, o paciente evolui com piora do quadro e insuficiência respiratória, além de rebaixamento do nível sensório.

Realizada intubação orotraqueal (IOT) combinado com ventilação mecânica (VM) e encaminhado a UTI.

Na chegada a UTI:

SNC: Sedado, Ramsay 6, pupilas isocóricas e fotorreagentes

Inspeção: TAX 37,0° C, corado, hidratado

AR.: em ventilação mecânica por TOT 8,0 com FiO<sub>2</sub> = 100% e SatO<sub>2</sub>= 98%;

ACV: Frequência Cardíaca = 120 bpm,

Pressão Arterial: 110/75 mmHg, sem alterações

Exames laboratoriais de admissão:

Gasometria com leve acidose respiratória compensada

Hemograma com leucocitose (22.000)

Enzimas hepáticas sem alterações

Ureia 32mg/ e Creatinina 1,1 mg/dl

Raio X de tórax com infiltrado difuso bilateral

Diagnóstico: asma exacerbada e pneumonia bacteriana

Antibióticos de escolha: Vancomicina 01 g EV de 12/12 horas e Imipenem 500 mg EV 6/6 horas.

Sintomas selecionados na repertorização:

1. Mental/Choro, humor choroso
2. Bebidas e alimentícios/Doces/desejo;
3. Genitais femininos/Menstruação/tarde, muito
4. Genitais femininos/Prurido/menstruação, antes de
5. Respiração/Asmática

6. Expectoração/fina
7. Generalidades/Noite/4h
8. Generalidades/Ar/corrente de ar agr
9. Generalidades/Curvar-se, virar/frente/melh

DIAGNÓSTICO MEDICAMENTOSO: *Kali carbonicum* CH30, dose única (líquida), por sonda nasoesnteral (SNE).

APÓS 24 HORAS: 28\06\2017

FiO2: 70%

Gasometria Arterial: sem alterações

Desligada sedação

Hemograma com melhora da leucocitose (17.000)

Raio "X" de tórax ainda com infiltrado bilateral, porém com melhora significativa em relação ao anterior

APÓS 48 horas: 30\06\2017

Paciente extubada, em macronebulização, sem sibilos na ausculta respiratória

Hemograma com melhora da leucocitose (14.400)

APÓS 72 horas: 01\07\2017

Alta da UTI para a enfermaria.

Na enfermaria o paciente apresentou melhora do quadro clínico em geral, recebendo alta hospitalar no dia seguinte, 01/07/17.

Após quinze (15) dias de sua saída, o paciente retornou (16/07/17) para avaliação homeopática, e informa durante consulta que não apresentou qualquer vestígio ou início de crise de asma e respira bem.

No dia 30/07/17 paciente retornou mais uma vez para avaliação e reforça que durante o período não acusa crises de asma.

#### AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Ficou muito perceptível que em apenas 24 horas após o uso da medicação *Kali carbonicum* CH30 em dose única o enfermo apresentou melhora significativa do quadro clínico, tendo redução de FiO2 em 30% (trinta por cento) e sendo extubado no dia seguinte.

Após os 2 (dois) retornos marcados pelo clínico do hospital, o paciente, visivelmente reabilitado, informou durante a consulta estar bem de saúde e que não mais sofria com as crises.

#### 2.1.3 Caso III

IDENTIFICAÇÃO: A.J.R., 32 anos, sexo masc., Peso: 58 Kg

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA: Internado na Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá na UTI em 28/07/17 proveniente remanejado do Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, onde estava no 14º dia de pós-operatório de Apendicectomia, o paciente evoluiu com sepse e choque séptico, e conseqüentemente, Insuficiência Renal Aguda.

A sua transferência ocorreu para ser submetido ao tratamento dialítico não disponível naquele hospital no momento.

O relatório de transferência referia, dizia que o paciente teve início de dor abdominal no dia 13/07/17, sendo então internado e submetido a operação no mesmo dia, por Abdome Agudo Inflamatório.

No paciente foi encontrada Apendicite supurada, Peritonite e a abundante secreção purulenta que resultaram na realização de Apendicectomia, Colectomia e drenagem da cavidade. O paciente apresentou bradicardia e fibrilação ventricular durante o ato cirúrgico o que acarretou na solicitação e entrada do paciente na vaga de UTI da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá.

A.J.R chegou ao semi-intensivo (não havia vaga de UTI no hospital) em choque séptico; estava péssimo estado geral e desenvolveu insuficiência renal.

Encaminhado para nosso serviço nas seguintes condições:

SNC sedado, Ramsay 6, pupilas isocóricas e fotorreagentes

AR: MVUA, sem R.A. em ventilação mecânica, com FiO<sub>2</sub> = 60% SatO<sub>2</sub>: 98%, com PEEP = 6, condensação nas bases pulmonares;

ACV: RCR, 2T, BNF, sem sopros,

Pressão Arterial =80/50 mmHg, FC = 126 bpm

Ap. Urinário: anúrico

ABDÔMEN: grave distensão abdominal, íleo adinâmico, secreção purulenta em ferida operatória com deiscência parcial e dreno abdominal com alto débito.

Exames laboratoriais:

Hemograma com 27.000 leucócitos com desvio a esquerda

Gasometria arterial com acidose metabólica descompensada

Uréia 130 mg/dl, Creatinina 3,6 mg/dl

Distúrbio eletrolítico: K<sup>+</sup> 5,6 mEq/L, Na<sup>+</sup> 151 mEq/L

Diagnóstico Clínico:

- Síndrome da Disfunção de Múltiplos órgãos (SDMO)
- Apendicectomia complicada com peritonite por apendicite aguda supurada
- Choque séptico
- Sepsis de foco abdominal
- Insuficiência renal aguda

No dia seguinte a chegada na UTI o paciente apresentava-se com os seguintes dados clínicos:

Temperatura Axilar = 39°C;

Frequência Cardíaca = 140 bpm, em uso de Noradrenalina 25 ml/h

Pressão Arterial = 85/55 mmHg, apesar das drogas e expansão hídrica vigorosa;

SatO<sub>2</sub>: 94% e FiO<sub>2</sub>: 80%

Anúrico

Perfusão periférica ao exame lentificada

Em uso de Vancomicina 01g de 12/12 horas, Imipenem 500 mg 6/6 horas e metronidazol 500 mg 8/8 horas, todos EV.

**AVALIAÇÃO HOMEOPÁTICA:**

1. GENER - SEPTICEMIA, envenenamento do sangue
2. GENER - ABSCESSOS, supurações
3. GENER - ABSCESSOS, supurações, recorrentes
4. ABDOM - INFLAMAÇÃO, apendicite

5.ABDOM - INFLAMAÇÃO

6. RINS - SUPRESSÃO da urina

**DIAGNÓSTICO MEDICAMENTOSO:** *Pyrogenium* 30 CH, 05 gotas por sonda nasoenteral (SNE) em dose única

Após 10 horas:

O paciente evoluiu com resposta significativa e passou a apresentar:

Frequência Cardíaca = 115 bpm, Pressão Arterial = 124 x60 mmHg,

SatO<sub>2</sub> = 94%, diurese de 200 ml no período em questão; foi repetida a dose do medicamento.

Nesse mesmo dia, o paciente passou a evoluir com melhora progressiva, porém apresentou febre de 39°C, estabilização da pressão arterial com doses menores de noradrenalina. Houve melhora da perfusão periférica e diminuição da taquicardia, com períodos de até 80 bpm; voltou a ter diurese, num total de 950 ml em 24h.

APÓS 24 HORAS:

O paciente apresentou quadro de instabilidade, com aumento da noradrenalina e piora do quadro geral. Reavaliado pela cirurgia geral, apresentava rigidez abdominal, então imediatamente foi submetido a lavagem da cavidade. Durante o procedimento cirúrgico foi retirado aproximadamente 1,5 litros de secreção purulenta. Retornou a UTI com 30 ml/h de noradrenalina, FiO<sub>2</sub>: 90%, SatO<sub>2</sub>: 92% e cianose de extremidades.

APÓS 48 HORAS:

Realizada nova administração de *Pyrogenium* 30 CH, 05 gotas por sonda nasoenteral (SNE) em dose única. O paciente apresentou leve melhora do quadro

geral, tendo sua FiO<sub>2</sub> diminuída para 80% e a noradrenalina reduzida para 25 ml/h.

Manteve 1230 ml de diurese em 24 horas.

#### APÓS 72 HORAS:

Paciente apresentou parada cardiorrespiratória (PCR) em atividade elétrica sem pulso (AESP). Realizadas manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) segundo o último *advanced cardiology life support* (ACLS) por 50 minutos, porém foi constatado o óbito do paciente.

#### AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Este foi um caso de surpreendente evolução, levando-se em conta a extrema gravidade do quadro clínico do paciente no dia da admissão na UTI, o tempo de evolução do mesmo e o achado cirúrgico.

O uso de *Pyrogenium* 30 CH foi uma boa escolha medicamentosa.

Novamente, fatores decorrentes de procedimentos mecânicos cirúrgicos, embora indicados e necessários, podem ter influenciado decisivamente a evolução do caso.

O desfecho infelizmente não foi o desejado, mas pudemos observar melhora significativa da hipotensão, da diurese e do quadro em geral.

### 3 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O Tratamento Homeopático, por sua baixa utilização nos tratamentos nas Unidades Terapia Intensiva, foi o motivo para a elaboração deste estudo. Por se tratar de pacientes em estado grave de saúde e que passam por procedimentos e terapêuticas alopáticas potentes e agressivas com diversas finalidades para que a vida do enfermo seja mantida. Tratar SRIS a partir da coleta e entendimento da saúde de cada paciente, em suas particularidades individuais, pois cada caso é isolado, é um desafio mediante a combinação de doses excessivas de drogas ( método convencional de UTI) com considerações por observação (método homeopático) demonstrou que no início os desafios seriam grandiosos, evidenciando quais decisões seriam relevantes dentre os critérios preestabelecidos através de entrevistas com corpo clínico, familiares e, no caso, não tendo como base as próprias respostas dos enfermos pois estes, encontravam-se inconscientes para quaisquer questionamento e isto às vezes colocava em dúvidas, podendo refletir no diagnóstico. Frequentemente se questionava: As informações, são reais? Até que ponto, a coleta de informações por terceiros, era confiáveis? Houve informações incertas? O que o paciente, se pudesse, diria ao seu respeito, enquanto elemento pesquisado?

A tentativa de se fazer uma anamnese homeopática em UTI portanto, em estado grave que o paciente está inconsciente não apresenta, de fato, a capacidade e a atenção do paciente em suas respostas, visto que ele está impossibilitado em seu estado vegetativo. Apesar de toda essa dificuldade procurou-se considerar os sintomas e características em compasso com os sintomas clínicos, dos procedimentos invasivos e do seu estado mórbido.

Inicialmente o tratamento da SRTS devia ocorrer o mais prontamente possível pois não se recomenda um espaçamento na obtenção do medicamento pelos próximos ou qualquer um que esteja comprometido com isso. As prescrições médicas necessitam de cumprimento imediato, acompanhando no mesmo instante as mudanças no quadro clínico do paciente. Tal necessidade foi tida como base de uma lista de medicamentos envolvidos na cura da SRIS e adquiridos para cumprir com as necessidades do paciente.

Entregue em farmácias homeopáticas expondo os reais objetivos para tais aquisições, as mesmas recebeu positivamente, ajudando portanto, de forma gratuita, alcançar o objetivo da tarefa, que é demonstrar através deste estudo, o benefício do tratamento homeopático.

Assim que adquiridos, a equipe estudou os pareceres de cada paciente, que foram três acompanhados por três (3) meses, vinte e quatro (24) horas por dia, com equipe em rodízio, com anotações prescritas em formulários da própria Unidade, do hospital estudado – Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá-MT, utilizando dos receituários para obtenção de remédios de tratamento alopático. Neste fichamento, constava anotações dos enfermeiros e seus auxiliares que cuidavam de cada administração, por diferentes pessoas, em diferentes turnos que se prontificavam e serviam as medicações corretamente.

Pôde se observar nos três casos, sendo dois com quadro de sepse abdominal e um de foco pulmonar que a homeopatia proporcionou uma melhora significativa no quadro clínico de todos. Mesmo que um apresentou um desfecho negativo, vindo em óbito motivado por outros agravamentos que não teve sequer alguma responsabilidade do método homeopático.

As manifestações significativas da melhoria dos pacientes inicialmente, foram: normalização da frequência cardíaca, reestabelecimento de função renal, melhoria da hipotensão e ausência de sinal de asma que foram comprovados através de exames laboratoriais ainda dentro do Hospital.

Todos os sintomas listados tiveram uma eficiente ordenação do metabolismo celular dos órgãos afetados e isto comprova que o uso da homeopática deveria ocorrer com maior procedência dentro da Unidade de Terapia Intensiva pois o método mostrou-se um ótimo auxiliar no tratamento de SRIS e com evolução rápida, de melhoria do quadro clínico dos pacientes, apesar de se ainda ter muitos aspectos para estudar e analisar pois a medicina e qualquer outro estudo está em constante avanço, tanto es estudo, ou pesquisa para que futuramente possamos adequar a nossa saúde ao atual ambiente.

Concluo portanto que, métodos homeopáticos e alopáticos podem sim serem combinados em se tratando da preservação da vida, saindo das clínicas e consultórios, indo além, sendo presente em leitos delicados, como os que estão mesmo dentro de UTIs, enfermos estes que estão entre o milagre, e a cura. Entre a vida e a morte.

## REFERÊNCIAS

NBR 6023/2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT.

ORDEM ALFABÉTICA DE AUTOR ou Numérica

CASCUDO, L.C. **Mouros, franceses e judeus**: três presenças no Brasil. 3.

METZNER, B.S. **Sintomas característicos da matéria médica homeopática**. São Paulo: Editora Organon, 2006.  
ed. São Paulo: Global, 2001. 111 p.

VIJNOVSKY, B. **Tratado de Matéria Médica Homeopática**. 2. ed. São Paulo: Organon, 2012. 3 v.

OU NÚMERICA CONFORME

1.WHO; **Guidlines for essential trauma care**. Disponível em:  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>. Acesso em 11 ago 2012.

2.HAHNEMANN S.; **Exposição da doutrina Homeopática, ou, Organon da arte de curar**. 4ª. Ed. Brasileira São Paulo: GEHSP “Benoit Mure”. 2007.

3.JACOWISKI F.; Trois cas de fracture du maxillaire inférieur traités par l'homéopathie. **Revue Stomatol**. 1953 Nov-Dec; 54(11-12): 1088-9.

4.SCHIMIDT P.J.; Athletic injuries. **Am Inst Homeopath**. 1964 Apr; 57: 21-5.

5. RIBEIRO FILHO, Ariovaldo ; **Repertório de Sintomas Homeopáticos**,2005.