

Tratamento homeopático em um caso de pneumonia com evolução para síndrome de desconforto respiratório agudo (SDRA)

Luciana C. N. Farias¹; Regina M. G. Ferreira²; Tatiana dos S. Russi³;
Toufic Baruki Neto⁴; Romulo P. Kuroda⁵*

Resumo

O presente artigo relata um caso de pneumonia com derrame pleural que recebeu tratamento homeopático individualizado coadjuvante. Paciente de sexo masculino, de 4 anos de idade, com história de febre há 3 dias e cansaço. Foi internado no pronto socorro em 02/05/2011 e encaminhado para a UTI-Pediátrica, em 04/06/2011, devido à piora da insuficiência respiratória e necessidade de intubação orotraqueal. Ao chegar à UTI-Pediátrica, apresentava doença pulmonar de acometimento agudo, infiltrados pulmonares bilaterais na radiografia de tórax, e a razão entre a pressão parcial arterial de oxigênio (PaO₂) e a fração inspirada de oxigênio (FiO₂) era igual a 132, sendo menor que 200, firmando-se, assim, o diagnóstico de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). Após 48 horas de internação hospitalar, foi realizada consulta homeopática seguida de repertorização, foi administrado *Phosphorus* 30CH, 2 gotas diluídas em 2 ml de água destilada via sonda nasogastrica, em dose única. Foi observada melhora radiológica, o que permitiu a extubação após 48 horas e a alta para a enfermaria 4 dias depois do início do tratamento homeopático.

Palavras-chave

Terapia intensiva pediátrica; Síndrome do desconforto respiratório agudo;
Homeopatia; Relato de caso

Homeopathic treatment of a case of pneumonia progressing into acute respiratory distress syndrome (ARDS)

Abstract

This article reports a case of pneumonia with pleural effusion treated with homeopathy as adjuvant. Four-year-old patient, with history of fever for 3 days and fatigue, was admitted in the emergency room in 06/05/2011 but he had to be transferred to the Pediatric ICU due to the worsening of respiratory failure and the need of tracheal

* ¹Médica homeopata; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital Regional do Mato Grosso do Sul; ²Médica homeopata; Coordenadora do Curso de Homeopatia da Associação Médica Homeopática de Mato Grosso do Sul; ³Mestre em Ciências da Saúde, Hospital Regional do Mato Grosso do Sul; ⁴Médico pediatra, Terapia Intensiva Pediátrica; ⁵Médico residente, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital Regional do Mato Grosso do Sul. ✉lcnfarias@hotmail.com

intubation. Upon arriving at the Pediatric-ICU he exhibited symptoms of acute pulmonary disease, bilateral pulmonary infiltrates on chest Xray, and ratio between arterial partial pressure of oxygen (PaO₂) and the fraction of inspired oxygen (FiO₂) = 132, i.e. lower than 200, thus confirming the diagnosis of acute respiratory distress syndrome (ARDS). Forty-eight hours later, he was subjected to homeopathic consultation; analysis of data pointed to the prescription of *Phosphorus*, which was prescribed in dilution 30cH, in a single dose of 2 drops diluted in 2 ml of distilled water by nasogastric tube. There was radiological improvement after 48 hours; the patient was extubated and discharged to the infirmary 4 days after the onset of the homeopathic treatment.

Keywords

Pediatric intensive care; Acute respiratory distress syndrome; Homeopathy; Case-report

Introdução

É apresentado o relato de caso de uma criança pré-escolar com SDRA, que recebeu tratamento homeopático individualizado coadjuvante ao tratamento convencional. Os responsáveis legais assinaram o de termo de consentimento esclarecido.

Abreviaturas:

FiO₂: fração inspirada de oxigênio

PaO₂: pressão parcial de oxigênio

PaCO₂: pressão parcial de dióxido de carbono

SDRA: síndrome do desconforto respiratório agudo

PCR: proteína c reativa

COT: cânula orotraqueal

BE: excesso de base

SaO₂: saturação de oxigênio

PCO₂: pressão de dióxido de carbono

FC: frequência cardíaca

FR: frequência respiratória

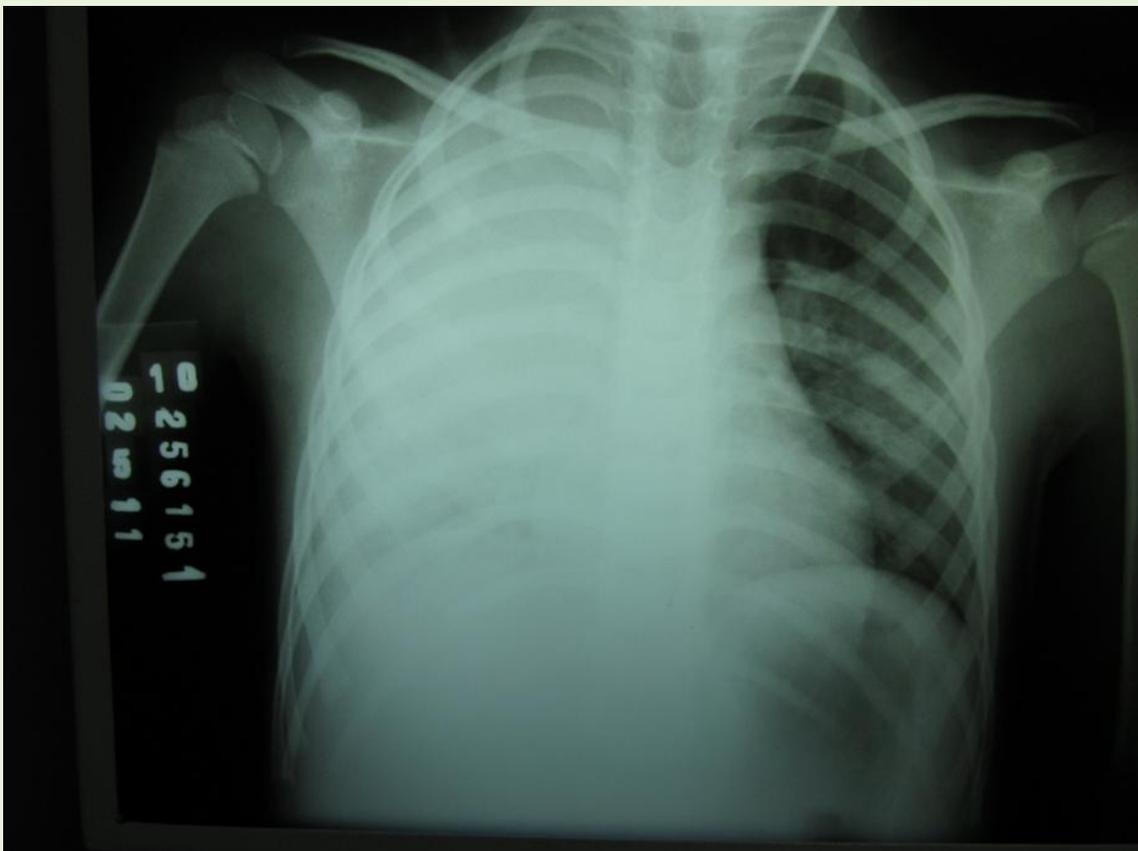
HTD: hemitórax direito

Mcgkgmin: microgramas por quilo minuto

Relato do caso

LMS, 4 anos, foi admitido no pronto socorro do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul em 02/05/2011, com história de febre há 3 dias e cansaço. Na admissão, apresentava-se: pálido, taquicárdico, taquidispneico, pulsos finos, má perfusão capilar. Na ausculta pulmonar, murmúrio vesicular abolido à direita, saturação de oxigênio variando de 86 a 81%. O hemograma revelava hemoglobina de 11,4 g/l, hematócrito de 33%, 3.200 leucócitos/ml sendo destes, 26% bastões, 32% segmentados, 35% linfócitos, 6% monócitos, 1% eosinófilos e plaquetas igual a 204.000/ml. A gasometria arterial de entrada, com 50% de FiO₂, deu como resultado: pH=7,29/pCO₂=41/pO₂=66/BE=-7/Bic=19/SaO₂=90%, com relação PaO₂/FiO₂ = 132. Após análise radiológica (Figura 1), foi verificado derrame pleural que foi drenado e iniciado antibioticoterapia com ceftriaxone 100 mg/kg/dia e oxacilina 200 mg/kg/dia.

Figura 1. Radiografia do tórax de entrada no Pronto Socorro 02/05/2011.

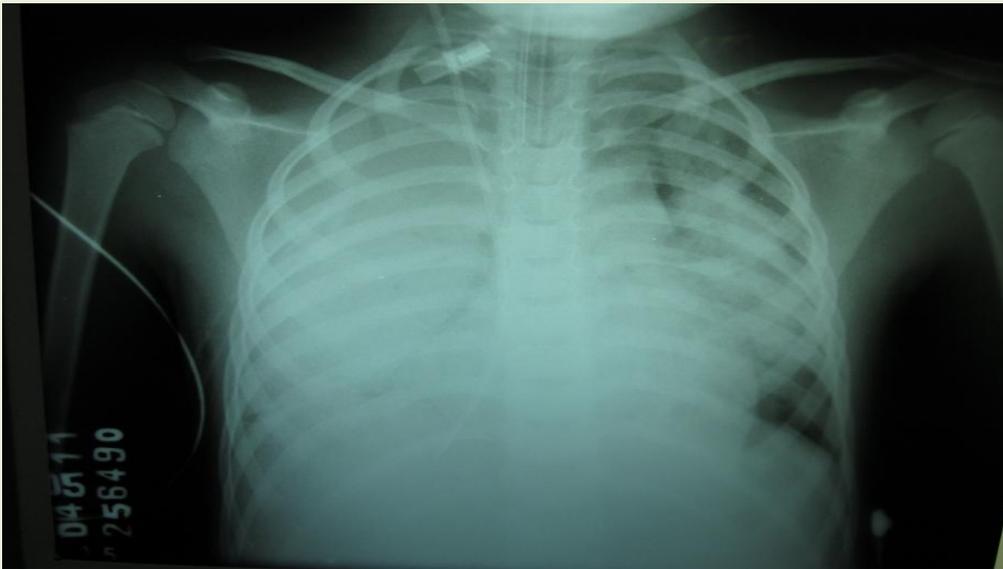


Em 03/05/2011, já com o tórax já drenado, o paciente apresentava melhora do estado geral, porém mantinha a palidez e a taquipnéia.

Às 06:30 de 04/05/2011, apresenta choque hipovolêmico, perfusão capilar periférica de 5 segundos, rebaixamento do nível de consciência; foi realizada expansão com soro fisiológico 0,9%, 20ml/kg. Às 7:00, melhora do padrão respiratório, SaO₂ 100%, FC=120, FR=60, gemente, sibilos e estertores em HTD. Por volta das 8:30, encontrava-se choroso agitado e gemente, foi repetida a gasometria arterial: pH=7,18; pCO₂=54; pO₂=51; BE=-10; bic=19; SaO₂=77%. Realizado intubação orotraqueal, ventilação ambu-COT e solicitado vaga em UTI Pediátrica.

Chegando à UTI, às 10:30, persistia com sinais de choque; foi realizada expansão, iniciado suporte inotrópico com dopamina 10 mcgkgmin e vasodilatação endovenosa com nitroprussiato de sódio 1 mcgkgmin. Feita gasometria arterial: pH= 7,02; **pCO₂ = 80**; pO₂= 76; BE= -14; SaO₂= 87%, novo hemograma que mostrou queda da hemoglobina para 10,8 g/l; do hematócrito para 30,8; e leucocitose: 19.200/ml, com diferencial de: 9% bastões, 73% segmentados, 15% linfócitos; 2% monócitos; 1% eosinófilos; queda das plaquetas para 90.000/ml, com granulações tóxicas e PCR de 316,9. Iniciado suporte ventilatório, realizado troca de antibioticoterapia, oxacilina por teicoplanina 10mgkgdia e solicitado Rx de tórax (Figura 2).

Figura 2: Rx de entrada na UTI 04/05/2011.



Após avaliação radiológica e com critérios gasométricos que mostravam relação FIO₂/PaO₂ menor que 200, foi feito diagnóstico de Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo. Neste mesmo dia foi realizada uma consulta homeopática, entrevistando à mãe, seguida de repertorização.

A mãe relatou que o quadro havia começado com febre de 38,9 °C, com muita sede de grandes goles, durante a febre pedia muita água em grandes quantidades. Após, evoluiu com tosse seca associada a náuseas, quando tossia ficava sentado, deitando assim que parava de tossir, estava muito abatido. Estava inquieto, queria que a mãe ficasse junto; um dia antes de internar, mais rolava na cama do que dormia . É muito carinhoso. Quando há alguém doente na família, ele fica preocupado, fica por perto, quer ver o quê acontece. O pai foi submetido a apendicectomia e o paciente ficou junto o tempo inteiro, queria cuidá-lo. Sempre gostou de beijar e de abraçar. A mãe nega qualquer relação com mudança de temperatura ou do clima. Foram selecionados os sintomas listados na Tabela 1, que também mostra o resultado da repertorização.

Tabela 1. Lista de sintomas e análise repertorial- Repertorio de homeopatia-digital 2.0 OZ-care.

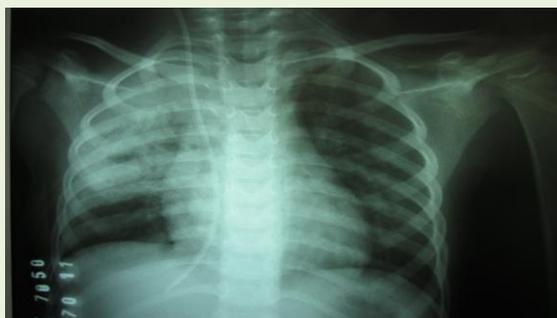
1. [Mental] COMPANHIA DESEJO DE								
2. [Mental] INQUIETUDE								
3. [Estomago] NAUSEA, TOSSE, DURANTE (+ 5. TOSSE SECA)								
4. APETITE E SEDE, SEDE GRANDES quantidades, para								
5. TOSSE, SECA								
6. PEITO, INFLAMAÇÃO PULMÕES DIREITO								
7. PEITO, INFLAMAÇÃO PULMÕES ESQUERDO								
Sintoma analisado	1	2	Soma	1	4	6	7	PONTOS
phos	3	1	3	3	3	2	1	13
acon	1	3	3	2	2	-	2	11
bry	1	1	3	3	3	3	-	11

Foi administrado, em 04/05/2011 às 18:30, *Phosphorus* 30 cH, 2 gotas diluídas em 2 ml água destilada via sonda nasogastrica pois o paciente estava em decúbito prono. Imediatamente depois da administração, houve melhora da saturação de oxigênio de 88 para 96%. O controle gasométrico às 21:45 revelou melhora importante da pO₂ e queda da pCO₂ (pH=7,43; pCO₂=35; pO₂=122; BE=-1; bic=23; SpO₂=99%). Após 12 horas, o paciente estava hemodinamicamente estável, foi iniciada a redução de inotrópicos, ficando com dopamina 5 mcgkgmin, suspenso dobutamina e nitroprussiato de sódio e foi reduzida a FiO₂. Em 05/05/2011 foi suspensa a dopamina, mantido com sedação endovenosa continua. Em 48 horas, é realizado o desmame da ventilação mecânica, sendo extubado sem intercorrências. No momento da extubação percebemos uma conduta que interpretamos como sensação subjetiva de bem estar geral, já que o paciente estava colaborativo e acabou dormindo tranquilamente. A figura 3 ilustra o Rx do dia 06/05/2011; a figura 4, o Rx após a extubação.

Figura 3: Rx do dia 6/05/2011, 2 dias após a administração *Phosphorus*, pré extubação.



Figura 4: Rx após 12 horas da extubação



Recebeu alta da UTI-Pediátrica após 4 dias de internação. Na enfermaria, foi realizado controle radiológico para a retirada do dreno do tórax (figura 5a; 5b: pós-retirada do dreno). A Figura 6 ilustra a radiografia do tórax à alta.

Figura 5a: controle antes da retirada do dreno

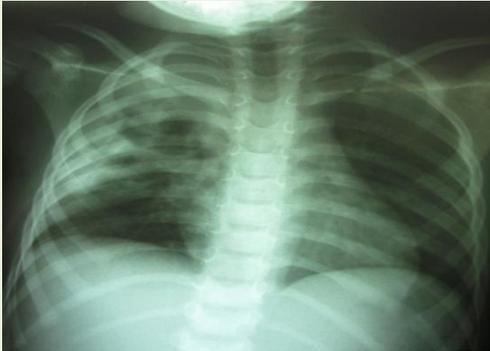


Figura 5b: controle pós-retirada do dreno

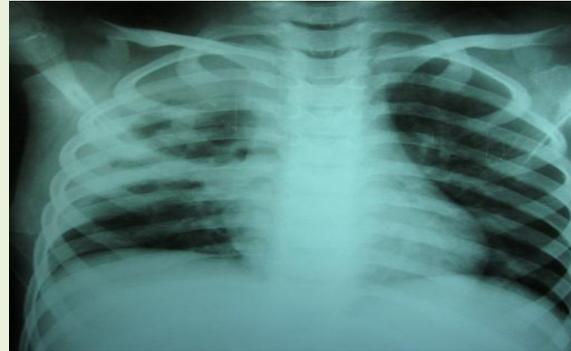
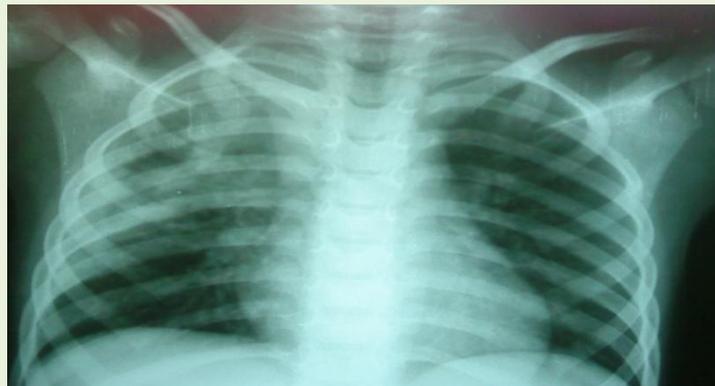


Figura 6: Rx antes da alta hospitalar em 16/05/2011



O paciente teve alta hospitalar em 18/05/2011 com orientações de retorno ambulatorial. O retorno ambulatorial aconteceu em 17/06/2011; uma nova anamnese confirmou os critérios para a escolha da medicação homeopática. Entretanto, como o paciente apresentava-se sem queixas foi mantido sem medicação.

DISCUSSÃO

A síndrome do angustia respiratória aguda (SDRA) é uma entidade marcada por significativa resposta inflamatória a um insulto local pulmonar ou distante, sistêmico, que resulta, invariavelmente, em hipoxemia e marcada alteração da mecânica pulmonar. Por definição, quatro critérios clínicos devem estar presentes para que se estabeleça o diagnóstico de SDRA: 1) doença de acometimento agudo; 2) infiltrados pulmonares bilaterais na radiografia de tórax; 3) pressão capilar da artéria pulmonar < 18 mm Hg ou ausência de evidência clínica de hipertensão atrial esquerda; 4) razão

entre a pressão parcial arterial de oxigênio (PaO₂) e a fração inspirada de oxigênio (FiO₂) <200 [1].

Apesar de ter sido descrita há várias décadas e de ser uma causa importante de morbimortalidade em unidades de terapia intensiva pediátrica em todo o mundo, a SDRA não dispõe de um tratamento farmacológico específico. Mesmo com significativos avanços nos cuidados gerais de terapia intensiva, as dramáticas alterações características da SDRA estão associadas a uma elevada mortalidade, variando entre 35% e 71% [1]. Daí a importância de encontrarmos uma terapêutica que nos auxilie a tratar tal quadro.

Este caso revela um paciente grave, com evolução rápida da doença atual, com pouca melhora da atividade física e mental na vigência de antibióticos, expansores e inotrópicos e drenagem de tórax. Após a drenagem do tórax, houve melhora clínica parcial, porém, o quadro tornou a piorar, o que justificou sua internação na UTI-Pediátrica. Classificamos o paciente como lesional grave, pois apresentava alterações em órgão nobre, o pulmão, estas alterações foram confirmadas pelo exame físico, pelo comportamento radiológico e pelo comprometimento da relação PaO₂/FiO₂. A classificação do paciente ajuda na compreensão e estabelecimento do prognóstico clínico-dinâmico, bem como na percepção e compreensão da dinâmica miasmática dos pacientes [2, p. 311].

As alterações no hemograma e o aumento nos níveis de PCR sugeriam um processo infeccioso bacteriano, mas a hemocultura e a cultura do líquido pleural foram negativas, não permitindo isolar o agente etiológico.

Em função da repertorização, e para diagnóstico diferencial na matéria médica, consideramos, *Phosphorus*, *Calcarea carbonica* e *Aconitum napellus* [3-5].

Aconitum napellus apresenta como sintomas uma grande ansiedade e inquietude; o mais importante é que seus transtornos agudos se relacionam com a exposição ao frio seco; piora à meia noite; a lateralidade é preferencialmente esquerda e quanto à localização referente aos pulmões é na metade superior esquerda.

Quanto a *Calcarea carbonica*, não foi possível relacionar à constituição pesada e frouxa, a atividade lenta, ou a transpiração fria em mãos e pés, sintomas estes peculiares deste medicamento; se considerarmos a evolução da direita para esquerda, essa, não aparece como opção terapêutica.

Já *Phosphorus* cobriu todos os sintomas, agrava estando sozinho, deseja companhia e melhora com esta; é marcado por intensa simpatia, compadecendo-se dos outros, características que foram utilizadas para a seleção do medicamento. Apresenta tendência a purpuras e anemia: o hemograma do paciente revelou estes sintomas. Tem sede violenta de grandes quantidades e os quadros respiratórios são o grande ponto de atuação deste medicamento, que se revelam por tosse seca durante a febre, o paciente deve sentar-se na cama para expectorar. Depois de administrado numa dose única de 2 gotas, houve melhora imediata da oximetria de pulso, saturação de 88% para 96% ,assim como melhora clínica, radiológica e gasométrica, permitindo redução de parâmetros, seguida de extubação 48 horas depois.

Mesmo com comprometimento radiológico importante na extubação, o paciente apresentava-se confortável, dando impressão subjetiva de bem estar geral. Enquanto intubado, foi administrada sedação endovenosa contínua com midazolam, o que não nos permite afirmar se a melhora mental ocorreu antes ou depois da melhora do parênquima pulmonar. Há muito que os homeopatas são conscientes de que a sensação subjetiva de bem estar geral, produzida por um medicamento, pode ser de difícil avaliação, pois existem muitos fatores de interferência que podem mascarar nossa avaliação. Embora esta sensação seja de grande auxílio, pois deverá estar presente quando o processo de cura for desencadeado, de acordo com de Souza, ela representa a ação imaterial do medicamento restabelecendo o equilíbrio vital do organismo [2, p. 344] O ambiente fechado da unidade de tratamento intensivo, a observação contínua e a monitorização dos sinais vitais facilitam a identificação de sinais objetivos possivelmente devidos à sensação interior de bem estar, bem como dos efeitos da homeopatia.

O tempo de internação na Unidade de Tratamento Intensivo foi de quatro dias, e destes, permaneceu em ventilação mecânica por dois dias. Segundo levantamento feito por Heidi R. Fiori et al, em estudo prospectivo, a média de internação de pacientes com diagnóstico de SDRA foi de 14 dias, chegando a 32 dias e o tempo de ventilação mecânica, variou de 4 a 26 dias [6]. Observando o comprometimento pulmonar, notamos que a evolução da pneumonia foi da direita (Rx realizado no Pronto Socorro) para esquerda (imagem radiológica na UTI-Pediátrica) e que a melhora ocorreu primeiro à esquerda, seguindo depois para direita, configurando assim o quadro conhecido como “cura dos sintomas na ordem inversa de seu aparecimento”. De acordo com Kent esse é um indício de cura [2, p. 343]. A melhora na esfera mental, entretanto, foi difícil de avaliar, devido aos efeitos da sedação.

A consulta homeopática visando conhecer a totalidade sintomática do paciente muitas vezes traz efeitos benéficos, como efeito *rapport*, dificultando, muitas vezes, a observação isolada do efeito do medicamento [7]. Neste caso não houve esta interferência, pois as informações foram obtidas em entrevista com a mãe e o paciente estava em ventilação mecânica. A análise foi objetiva através da obtenção de melhora dos parâmetros avaliados: oximetria de pulso, melhora gasométrica do pO₂ e pCO₂ e, principalmente, a melhora radiológica.

Estudos relacionados ao uso da homeopatia em casos graves precisam ser realizados para que esta terapêutica se firme como coadjuvante no tratamento do paciente crítico, contribuindo para uma melhora da rotatividade e diminuição do tempo de permanência deste na unidade intensiva. Modelos de protocolos já foram sugeridos e precisam ser aplicados [8]. A evolução acima descrita nos permite postular homeopatia como uma forma adjuvante de tratamento.

Referências bibliográficas

1. Rotta AT, Kunrath CLB, Wyriawan B. O manejo da síndrome do desconforto respiratório agudo *Pediatr* 2003;79 Supl. 2:S149-S60.
2. Nassif MRG. *Compêndio de homeopatia*. São Paulo: Robe, 1995.
3. Lathoud JA. *Estudos de matéria médica homeopática*. São Paulo: Organon. 2004.
4. Lamothe J. *Homeopatia pediátrica*. São Paulo: Andrei, 1999.
5. Vijnovski B. *Tratado de materia médica*. Buenos Aires, 1978.
6. Fiori HR, Glidden DV, Rutherford GW, Matthay MA. Pediatric acute lung injury: Prospective evolution of risk factors associated with mortality. *Respir Crit Care Med* 2005;171: 995-1001.
7. Furuta SE. Aspectos éticos da pesquisa clínica em homeopatia: metodologia e relatos do encaminhamento de projetos de pesquisa a comitê de ética. *Revista de Homeopatia* 2009; 72 (1/2):14-7.
8. Teixeira MZ. Semiologia homeopatica em casos clínicos agudos graves. *Revista Homeopatia Brasileira* 2001; 7 (2): 33-54.