
LAUDO MÉDICO PERICIAL.

Preâmbulo.

Aos vinte e três dias do mês de novembro do ano de 2005, o Perito Dr. OSCAR LUIZ DE LIMA E CIRNE NETO, designado pelo MM Juiz de Direito da 31.^a Vara Cível da Comarca da Capital, para proceder ao exame pericial em **JULIA ACACILDA DE MENDONÇA BARROS**, nos Autos do processo N.º: **2004.0025.305870-4**, onde consta como Réu **CLÍNICA SÃO BINÁRIO e outro(s)....**, descrevendo com verdade e com todas as circunstâncias, o que vir, descobrir e observar, bem como responder aos quesitos das partes. Esteve presente ao evento pericial o Ilustre Assistente Técnico do 1º Réu, Dr. Carlos dos Santos, CRM 52 15898-7 e do 2º Réu, Dr. Paulo Pacheco. Em conseqüência, passa ao exame pericial solicitado, as investigações que julgou necessárias, as quais findas, passa a declarar:

Identificação.

Julia Acacilda De Mendonça Barros, brasileira, solteira, nascida no dia 2/07/81, natural do Rio de Janeiro, portadora da C.I. N.º RG 34349004 SSP SP, vivendo e residindo a Rua Vitorina, 86, Apto 305, Bloco 0I, Jacarepaguá – Rio de Janeiro, de profissão: Analista de Marketing.

Histórico.

São as seguintes às declarações da paciente:

Passou o dia inteiro no trabalho com dores no estomago e mais tarde, acompanhada de sua mãe, procurou a Clínica São Binário.

Foi atendida pela Dra. Dejene, médica plantonista, que começou a fazer a investigação diagnóstica de seu quadro, concluindo pela possibilidade de apendicite aguda.

Foi, então, contactada a equipe cirúrgica se apresentando o Dr. Herval como o responsável para decidir o quadro clínico e o tratamento. Foi então submetida a exame de sangue, Rx e ultra-sonografia.

Havendo dúvidas sobre a existência do quadro de apendicite, procedeu-se a uma tomografia que não foi esclarecedora, tendo Dr. Herval decidido pela realização de uma laparoscopia que ao mesmo tempo seria diagnóstica e terapêutica.

Feito o exame, confirmado o diagnóstico, realizou-se a retirada do apêndice pela própria laparoscopia, permanecendo a paciente internada por dois dias, obtendo alta, com prescrição de antibióticos, tendo alertado a paciente, que tão logo estivesse bem, poderia retornar ao trabalho.

No dia da alta estava em bom estado, sem febre, porém, com enjôo. Na segunda noite após a alta, como estivesse com muito enjôo, entrou em contato através de seu namorado, com o médico Dr. Herval que orientou pela suspensão dos antibióticos atribuindo o quadro de enjôos ao uso dos medicamentos.

Os vômitos cessaram tendo permanecido sem dor, retornou ao trabalho na quinta-feira, exatamente, uma semana após a operação.

Ao final do dia, comunicou ao médico Dr. Herval, que estava com dores nos pontos tendo sido orientada a fazer uso de um analgésico o que lhe permitiu, inclusive, dormir a seguir.

Por volta das 21 horas, em companhia de seu namorado, tendo deitado por volta das 23 horas quando, por volta da meia-noite, iniciou o quadro de dor na barriga como se houvesse um buraco ou uma bola.

A dor foi aumentando progressivamente até que, não mais agüentando, buscou o apoio de seu namorado, sendo que, cerca de 1 hora da manhã fizeram novo contato com o Dr. Herval, que orientou que eles fossem imediatamente para a Clínica São Binário, onde a paciente deu entrada em cadeira-de-rodas, pois já não conseguia firmar os pés no chão.

Dez minutos após a sua entrada chegou o Dr. Herval que a examinou, inclusive sob o ponto de vista ginecológico (toque), pois, a

menstruação tinha acabado de acabar, tendo ela passado toda a semana menstruada.

Neste momento, Dr. Herval aventou a hipótese de tratar-se de cólica menstrual, mas, mesmo assim, decidiu-se por uma ultra-sonografia que foi realizada naquele mesmo momento, na presença do médico assistente.

Este exame deu-se de forma muito difícil em face a dor que sentia, mas não detectou líquido no abdome.

Optou então o Dr. Herval, por deixar a paciente internada, fato com o qual ela concordou, muito embora a hipótese do médico assistente fosse descartar complicações cirúrgicas relacionadas à apendicite.

Sentindo-se com a barriga muito distendida, pois deitada dava para notar que a barriga estava alta, prescreveu um Buscopan® e disse que retornaria de manhã para reavaliá-la.

Tomou a medicação venosa (Buscopan®), tendo ficado no hospital. Cerca de uma hora e meia depois, ao se levantar para urinar, sofreu um desmaio, tendo sido amparada pela enfermagem. Neste momento, além de muitos vômitos, sentia muito frio, tendo sido medida a sua temperatura, que ela acha que estava cerca de 38° C, porém não sabe ao certo.

Foi então informada pela enfermagem que retornariam breve para tirar a temperatura novamente, fato este que não aconteceu. Após tomar Plasil® parou de vomitar. O médico não foi chamado pela enfermagem para realizar um novo exame. Às oito horas ligou para a mãe para que ela fosse ao hospital.

Depois disso, não mais vomitou, porém, a enfermagem nunca mais retornou para medir a sua temperatura, nem na troca do plantão.

O Dr. Herval chegou ao hospital por volta das 9 horas da manhã e, tomando ciência do ocorrera durante a madrugada e início da manhã, solicitou que ela tomasse 4 litros de água com iodo para a realização da tomografia. Permaneceu por mais duas horas esperando para fazer a tomografia.

Às 11 horas da manhã foi feita a tomografia. Não conseguindo caminhar novamente, tendo se retirado direto para o

quarto após a realização do exame, uma vez que a dor voltara já que o Buscopan® perdera o efeito.

Ela que já tinha melhorado a ponto de já poder andar, voltara a piorar e estava, inclusive, com dificuldade de urinar. O Dr. Herval, naquela altura, não mais estava no hospital e o resultado dos exames de tomografia não eram dados nem para a mãe, nem para a avó dela.

Como não se conseguia acesso aos laudos e não conseguiam localizar o Dr. Herval, a mãe dela, acompanhada de sua amiga, encontraram nos corredores da Clínica São Binário, o Dr. Hermon, que havia operado a amiga da mãe dela.

O Dr. Hermon, que era Chefe da Emergência na época, mostrou-se surpreso pois não tivera notícia, na época, de nenhuma cirurgia de apendicite na semana anterior.

Por intermédio do Dr. Hermon, foi liberado o laudo da tomografia, demonstrando que havia líquido em todo o abdome. Neste momento, ela é procurada pelo Dr. Ralph, médico Clínico da Clínica São Binário, que lhe informa diretamente que ela deveria ser operada para saber o que estava acontecendo.

Quando era mais ou menos duas da tarde, o Dr. Herval ligou para ela e informou da necessidade de uma nova operação. A dor aumentava muito e, então, a mãe dela trocou a equipe médica toda porque o Dr. Herval não chegava.

Por volta das 16 horas, a mãe dela ligou para o Dr. Herval informando-o que a equipe médica fora substituída e que ela estaria entregue aos cuidados do Dr. Hermon. Ela nesta hora, já estava quase inconsciente.

Foi operada às 19 horas porque aí sim ela foi hidratada e quando entrou na sala de cirurgia sua situação era supercrítica, com infecção generalizada, pus e fezes espalhadas e, segundo o Dr. Hermon, ela tinha meia hora de vida, uma hora no máximo.

A cirurgia começou primeiro até o umbigo, tendo que prolongar a incisão cirúrgica em face da gravidade do problema. Ele teve que lavar várias vezes a barriga, sendo que, a cirurgia que era para durar duas horas durou seis horas.

Da cirurgia foi direto para a UTI, aguardando resultado do tratamento, em risco de vida havendo também a possibilidade de ser operada se ainda estivesse com pus.

Saiu de alta após três dias de CTI seguidos de mais dois no quarto.

Ficou uma semana sem poder receber ninguém por causa do risco de infecção.

Foi informada pelo Dr. Hermon que o clipe colocado no apêndice pelo Dr. Herval havia se soltado, porém, o diagnóstico tardio permitiu que a infecção se espalhasse.

Um dos médicos da equipe cirúrgica do Dr. Hermon, disse a ela que haviam cerca de dois litros de pus, capazes de encher uma garrafa de Coca-cola.

Disse que a primeira frase que ouviu no CTI era de que ela estava morrendo. Informou, após ter sido questionada diretamente, que foi colocado um dreno abdominal aproveitando o local embaixo onde havia um dos acessos da laparoscopia perto do púbis.

Ficou cerca de um mês sem trabalhar, não tendo nenhuma limitação atual.

Exame Físico.

A paciente ao exame é uma mulher de cor branca, que deu entrada caminhando por seus próprios meios e sem o auxílio de aparelhos; está em bom estado físico, bom estado de nutrição e aparenta uma idade física compatível com a idade cronológica.

Está lúcida, orientada no tempo e, no espaço, o pensamento tem forma, curso e conteúdo normal, a memória está presente e preservada, o humor igualmente presente e adequado às situações propostas. Não notamos a presença de delírios ou alucinações.

O exame físico direcionado demonstrou.

- Cicatriz cirúrgica mediana supra e infra umbilical, própria para laparotomia exploradora;
- Três cicatrizes pequenas medindo cerca de 15 mm para inserção de instrumental de videolaparoscopia pélvica uma umbilical e uma no flanco direito e esquerdo;

Discussão.

Trata-se de um processo de Responsabilidade Civil, por alegado Erro Médico.

Informa a inicial, que em 27 de novembro a Autora procurou atendimento na Clínica São Binário, 1ª Ré, sendo atendida pelo médico Herval de ... , 2º Réu, que após rápido diagnóstico foi operada de apendicite.

Que apesar do aparente sucesso da operação, a técnica utilizada não foi a mais adequada, uma vez que, o profissional utilizou um grampo cirúrgico denominado stapler para costurar a parede do intestino, procedimento esse, que não é adequado, visto que tal grampo pode notar-se, o que é notório entre os especialistas.

Para evitar este problema os médicos que utilizam o grampo também realizam uma sutura, método tradicional.

Passado algum tempo, contactado visto um quadro de náuseas mandou suspender o antibiótico sem sequer examinar a paciente.

Após oito dias da cirurgia, não mais agüentando terríveis dores que a acometiam, deu entrada na Clínica São Binário as duas da madrugada.

O Dr. Herval foi acionado, examinando a paciente, tendo solicitado uma ultra-sonografia que não mostrou alterações. Muito embora o Dr. Herval assegurasse a paciente que nada estava relacionado a cirurgia, aventando a hipótese de cólica menstrual, manteve a paciente internada.

As quatro horas, durante a madrugada, a paciente teve febre e desmaio, sendo que, o Dr. Herval, que se ausentara logo após a operação, retorna por volta das 09:30 h, ausentando-se novamente por volta das 10 horas.

Alega tb, que somente ultrapassado às 9 horas da nova internação da paciente foi esta submetida à tomografia computadorizada, exame mais preciso, e com resultado imediato, diagnosticando este, a presença de fezes na cavidade abdominal, causa de infecção.

Este exame teria constatado que o quadro da paciente fora gerado pelo rompimento do grampo cirúrgico, havendo necessidade de urgente cirurgia, conforme informado por uma médica da clínica Ré,

Alega ao final que a demandante corria risco real e eminente de morte e em razão da septicemia.

O Dr. Herval mais tarde teria entrado em contato telefônico informando que mais tarde compareceria para operar a paciente.

Alega ainda, que a cirurgia era urgente e exigiria um pré-operatório demorado o que não fez o Dr. Herval, tampouco recomendando outro profissional para fazê-lo.

Aduz ainda, que passadas mais de oito horas da tomografia, sem contato algum do Dr. Herval, estando em situação de desespero seus familiares introduziram no caso o Dr. Hermon.

Informa que o Dr. Hermon frente à gravíssima situação da Autora, concordou em assumir o caso após contato telefônico com o Dr. Herval.

Tendo o Dr. Hermon, as pressas foi iniciado o antibioticoterapia e os cuidados pré-operatórios necessários para o início da cirurgia às 19 horas.

Nesta operação, constatou o novo médico a presença de fezes na cavidade abdominal a partir do coto do apêndice, cujo resultado foi uma enorme cicatriz no abdômen que causa constrangimento e dissabor à Autora.

Em sede de contestação, o 2º Réu, Herval Assumpção Cruz, que examina a paciente em 27/11/03, faz o diagnóstico de apendicite, cujo tratamento é cirúrgico, e informa também que a cirurgia transcorreu no dia 18 seguinte sem intercorrência.

Informa tb, que em 05/11 a Autora deu entrada na emergência da Clínica São Binário, onde foi constatada a necessidade de novo procedimento cirúrgico, uma vez que o clipe utilizado para prender o coto do apêndice, havia se soltado.

Afirma que a Autora foi operada com sucesso.

Propõe que a técnica cirúrgica foi a correta e que nada há que se discutir a respeito.

Diz que a operação de apendicite foi realizada pela técnica de stapler que consiste em ampliar o coto, sendo utilizado um clipe de titânio.

Reafirma que a técnica é a mais indicada e a mais utilizada pelos videolaparoscopistas, remetendo a literatura anexada.

Argumenta que o fato do clipe ter se soltado, é uma ocorrência passível de acontecer.

Argumenta também, que a complicação foi tardia o que se determina pela própria cronologia dos fatos e que também a ficha de CTI, quando da internação da Autora, fala em dores a 48 horas.

Afirma que o clipe se solta do 5º para o 6º dia e que, portanto, esta apresenta súbita dor abdominal, pois a reação é imediata, não existindo a possibilidade que o coto estivesse vazando desde o dia da operação.

Afirma que na verdade, quando da segunda internação, retira-se do hospital às 6 horas, retornando as 9, quando determina a realização da tomografia.

Afirma também que o resultado da tomografia tornou-se público as 12 horas quando foi verificado a existência de líquido livre no abdome indicando a cirurgia.

Neste momento sua equipe clínica inicia o preparo da paciente, tendo sido avisado as 15:30 h que outro profissional iria assumir o caso.

Ao final, reafirma que sua conduta foi correta jamais tendo abandonado a Autora. Ao final também argumenta, que a demora fez-se à necessidade de reunir toda a equipe.

A primeira Ré, Clínica São Binário, também contestando a inicial, afirma que a técnica utilizada era cabível para o procedimento cirúrgico alegado, principalmente, tendo, o 2º Réu utilizado um segundo clipe.

E que toda a argumentação se dirige contra a conduta do 2º Réu, sendo a Clínica São Binário, vítima ilegítima para figurar na ação, uma vez que o 2º réu não mantém relação contratual com a mesma.

Em réplica, a Autora afirma que procurou o atendimento na Clínica São Binário e foi através desta que o Dr. Herval atende a Autora.

Sendo por isso, responsável pela conduta do médico. Que o fato do clipe duplo ter se soltado é porque, provavelmente, não foi fixado adequadamente, portando em falha procedimental.

Afirma ainda, que é difícil de acreditar que uma reação orgânica possa abrir e soltar um clipe, não tendo este, realizado uma sutura de reforço o que era recomendável.

Argumenta ainda, que se a soltura do clipe é ocorrência possível, não deveria este ter levado tanto tempo para fazer o diagnóstico.

Que ao solicitar o exame somente as 09:30 h, procedeu inexplicável retardo, pois a tomografia, poderia perfeitamente ter sido realizada anteriormente. O resultado só saiu as 12 horas, pois os médicos da Clínica disseram que só dariam o resultado ao médico assistente.

Contesta a afirmação de que a equipe clínica iniciou o procedimento para a cirurgia, sob a ótica de que as medidas citadas são as mesmas para qualquer paciente.

Afirma que dieta e hidratação a paciente já tinha desde que ingressou na instituição e que os antibióticos somente foram ministrados às 16 horas por ordem do Dr. Hermon.

O Dr. Herval, este sequer compareceu a Clínica para comunicar a necessidade da nova operação, o que foi feito pela Dra. Karla, médica de outra equipe, atendendo a pedidos.

Argumenta que se a cirurgia era necessária e este diagnóstico fora feito às 12 horas não há explicação que as 15:30 h não houvesse iniciado. Portanto, o Dr. Herval não estava na Clínica.

Afirma que a cirurgia era emergencial e que cada minuto de espera poderia ser fatal. Frise-se ao final, contradiz que seu estado geral era bom e com sinais vitais adequados, uma vez que apresentava febre, enjôo, vômitos e desmaios.

De todos os elementos acostados aos Autos, destacamos os seguintes trechos e documentos de real interesse para a perícia.

Antes de abraçarmos o que entendemos ser o cerne da questão há que se colocar ordem nos fatos.

Questionar a videolaparoscopia como sendo um procedimento não usual e inadequado, seria hoje, discutir novamente, a esfericidade da Terra.

A videolaparoscopia é nos últimos anos, um avanço tecnológico que diminuiu o tempo de internação, o tempo de retorno de pacientes ao trabalho e principalmente, elidiu quase totalmente a dor pós-operatória. É um recurso avançado de avaliação e investigação diagnóstica que pode, em mínimo espaço de tempo (alguns minutos), ser convertida em método de tratamento.

Portanto, é entendimento fechado deste Perito, que a videolaparoscopia era não só indicada, como era um método necessário para o tratamento da paciente.

A argumentação de que o fechamento do coto apendicular por duplo clipe de titânio (stapler), não se mostra adequada, está absoluta, completa e totalmente distante da realidade fática.

A sutura tradicional por cima do coto apendicular não é melhor nem tem trazido menos complicações do que o grampeamento pura e simplesmente do coto.

Com este método (sutura sobre o coto), embora hoje rara, em face dos antibióticos, fica acrescentado às possíveis complicações da apendicite o abscesso intramural do ceco por conta da invaginação do coto apendicular.

Este Perito teve oportunidade de realizar algumas apendicectomias videolaparoscópicas, usou um fio com nó cego de Catgut (endoloop) e em nenhuma delas sepultou o coto apendicular conforme argumentado como sendo um método tradicional.

Aliás, o “método tradicional” é a cirurgia de “barriga aberta”, o que hoje só se admite em serviços onde a videolaparoscopia é inacessível ou onde os cirurgiões não tem treinamento para utilizar este arsenal terapêutico.

Só um cirurgião, que não tem formação em videolaparoscopia pode ter sido a fonte de tão absurda informação.

Observando com extremo cuidado a história que nos foi relatada pela paciente na presença dos Assistentes Técnicos, vemos que esta paciente no dia 04/12, uma semana após ter sido operada passa o dia bem, vai trabalhar, retorna ao seu domicílio, janta em companhia de seu namorado e mais tarde vai dormir, sendo subitamente acordada por evento doloroso.

A nosso ver, é exatamente neste momento que se dá a alegada soltura do clipe iniciando a contaminação abdominal.

Sem nenhuma dúvida a paciente chega à Clínica São Binário, no dia 05, às 14:20 h (fls. 40-41). Segundo também pudemos perceber foi atendida inicialmente pelo Dr. Carlos Stipp, que constata temperatura de 37,8° C, relata uma dor abdominal que se irradia para a fossa ilíaca esquerda (lado contrário do apêndice), e interroga a possibilidade de abscesso periapendicular (entendo que o melhor termo teria sido “pericecal” ou “residual” uma vez que o apêndice já teria sido retirado 7 dias antes).

Contraditoriamente em fls. 41 o Dr. Herval descreve uma paciente com dor abdominal em hipogástrio (abaixo do umbigo), de início súbito sem febre. Descreve também, abdômen doloroso, sem sinais de irritação peritoneal (incompatível com peritonite de média evolução) e presença de sangramento vaginal; interrogando menstruação.

A paciente, sem nenhuma dúvida, as 02:29 h, já está sendo submetido ao exame de ultra-sonografia, cujo resultado não aponta qualquer alteração.

Tudo, portanto, compatível com um processo abdominal subitamente iniciado após o início do sono da paciente e, portanto, com aproximadamente com 3 horas de evolução.

Considerando os dados descritos no verso de fls. 41, onde está anotado uma pressão de 110 x 70 (11 por 7), frequência respiratória de 20 incursões por minuto e temperatura de 37,5° C, podemos afirmar, **que neste momento esta paciente não estava em perigo eminente de morte, não apresentava qualquer sinal de gravidade** e, a nosso ver, a única conduta possível e plausível para o caso seria uma conduta expectante, com a paciente internada.

Exatamente como foi feito.

Temos anotações de enfermagem de 4:00 h, 4:30 h e 7:00 h, foi realizado a administração de Plasil® cerca de 04:30h após vômitos. Não há anotação de nenhum sinal vital após as 02:30 h, nem antes, nem depois do episódio de vômito. Não consta pulso, pressão ou frequência respiratória e também não está descrito o episódio de desmaio relatado pela paciente.

Porém, imediatamente após a admissão, foi puncionada uma veia periférica, possivelmente com administração de soro, cuja anotação não consta dos autos.

Ao contrário do que afirma a paciente não cessaram na ultra-sonografia as providências do cirurgião. Em fls. 77, consta as 04:45 h, a coleta de um hemograma que não apontava uma infecção grave, embora houvesse uma infecção.

Este mesmo exame é repetido as 09:24 h, de ordem do Dr. Alberto Stapling.

Portanto, a paciente interna as 14:20 h e as 09:20 h, já tinha realizado dois hemogramas, uma ultra-sonografia e havia sido examinada por dois médicos, dentre eles o seu médico assistente o Dr. Herval.

Consta em fls. 41, versos, uma nova visita do Dr. Herval, sem horário anotado, porém, que a paciente em todo o seu relato afirma que foi por volta de 09:00, 09:30 h, tal avaliação encontra uma temperatura de 37,8° C, abdome doloroso, porém, com peristaltismo presente.

Isto significa que o processo infeccioso abdominal que **hoje** sabemos que existia, ainda não afetara a movimentação intestinal e, portanto, incompatível com a peritonite difusa que a cirurgia, através do relato de fls. 44, feito pelo CTI, confirmando o Laudo da tomografia, diz ter encontrado.

O Dr. Herval, neste momento (possivelmente entre 9 e 9:30 h, segundo Autora), solicita uma tomografia de abdome e pelve (fls. 41 verso).

Cabe uma explicação neste momento sobre uma dinâmica de uma tomografia abdominal.

Este exame para ser condignamente bem feito, não pode ser feito às carreiras, pois que, necessita de adequado contraste radiopaco no interior das alças intestinais.

Portanto, talvez seja esta a razão porque apenas duas horas depois foi realizado o procedimento radiológico, pois que, seria o tempo necessário para que o contraste ingerido pela boca, chegasse pelo menos ao intestino grosso.

Tal tempo de migração do contraste, que entendemos terrivelmente angustiante para os leigos, não seria alterado por pedidos de qualquer espécie, sendo, em um processo de investigação de doença abdominal ligado ao tubo digestivo, proibido a sua aceleração.

Chamo a atenção para fls. 45, onde toda a conduta de hidratação venosa (3 litros de soro) está descrita. Incluindo também, analgésicos, anti-eméticos e um bloqueador da secreção ácida.

Ressalto que a hidratação venosa começa às 8 horas (fls. 45) e prossegue daí por diante. Também esclareço que a quantidade de líquido prescrita (3 litros) ultrapassa a cota básica de água do adulto em 24 h sendo mais do que suficiente para a hidratação completa da autora.

Neste ponto, alerto a todos que entre o momento do pós-operatório (fls. 46), já no CTI e a prescrição de fls. 45, que esta assinada pelo Dr. Carlos Stappling, nem uma gota de líquido a mais foi acrescentada e, portanto, as manobras salvadoras descritas na inicial e na entrevista pericial que teriam sido levadas a cabo pelo Dr. Hermon, não correspondem a verdade.

Aliás, não encontramos nenhuma anotação do Dr. Hermon no prontuário médico, quer antes, quer depois da operação, pelo menos em fls. 46-49, que constam dos autos.

Se os antibióticos acrescentados como item 11 e 12 da prescrição médica, pela Dra. Nilza Assed, foram de ordem do Dr. Hermon, só ele poderá ratificar.

Contrastando também com a descrição do quadro da inicial e da entrevista pericial para esta manhã (05/12), a anotação de enfermagem em fls. 45, “*recebo o plantão com paciente lúcida, orientada, verbalizando, deambulando...*”; ou seja, a paciente estava andando espontaneamente.

Embora descritos como aferidos os sinais vitais as 8 horas, dos valores destes sinais vitais não temos notícia.

Também referendando um quadro clínico não compatível com o descrito a este Perito e na inicial, anota a outra Enfermeira às 13 horas: “*diurese espontânea, deambulando...*”; ou seja, a paciente continuava andando espontaneamente.

Consta anotado logo abaixo, referente às 14 horas, uma temperatura axilar de 37° C.

Às 19 horas, como já descrito as escâncaras, a paciente foi encaminhada para a cirurgia.

Não há nos autos nenhum dado, que nos permita ratificar a informação da Autora, bem como da inicial, de que esta paciente tivesse apresentado, em algum momento de sua internação, principalmente, no período imediatamente anterior a sua operação, quadro de instabilidade clínica ou hemodinâmica, **que justificasse a afirmação de que houve perigo eminente de morte.**

Muito menos de choque, de coma ou mesmo de desorientação temporo-espacial.

Baseado, inclusive, nas anotações do CTI que constam em fls. 44, onde o médico plantonista reporta o seguinte quadro:

“*lúcida, ventilando em ar ambiente, hipocorada, hidratada... regular estado geral; PA 140 x 60; FC 99; SAT = 99%; FR 24...*”.

Portanto, salvo melhor juízo, entendo que não havia naquele momento, sequer indicação clínica aceitável, que preenchesse os critérios de indicação de internação de terapia intensiva.

Não que este Perito contra-indicasse a permanência desta paciente na Unidade de Tratamento de pacientes graves, mas deve ficar definitivamente esclarecido que o estado da paciente, pelo que conta do caderno processual, nunca foi grave, gravíssimo ou desesperador, nem poderia receber qualquer outro adjetivo qualificativo que possa indicar perigo de morte.

Cabe ainda ressaltar, que a meu ver em plena madrugada do dia 05, logo após a ultra-sonografia, como aliás já informei, a conduta ideal seria a de vigilância, com paciente internado, seguida de novo exame físico deste paciente de 4 a 6 horas depois, para que permitisse ao processo mórbido, apresentar-se com todo o seu cortejo sintomatológico.

Os exames seguidos, um do outro, com diferença de pouco tempo entre eles, só prejudica e nada ajuda.

Entendo também, que ainda que fosse possível e plausível a realização da tomografia computadorizada imediatamente após a ultra-sonografia este exame, em face a discrepância entre o seu Laudo e o da ultra-sonografia, correria grande chance de nada demonstrar, pois é perfeitamente factível que o líquido que a ultra-sonografia não detectou, a tomografia também não detectasse.

O espaço de cerca 9 horas entre ambas, não só aumenta a sensibilidade do método, bem como facilita a correlação com os dados clínicos, aumentando a segurança do cirurgião.

De qualquer forma, uma paciente com 13.000 leucócitos como demonstrou o seu último hemograma e com os dados de pressão e temperatura que vimos, poderia perfeitamente esperar estas 9 horas para fazer o diagnóstico.

Feito este diagnóstico, que pelo que todos concordam teve ciência o Dr. Hermon às 13 horas e o Dr. Herval às 14 horas, pelos dados que temos no processo não haveria nenhuma contra-indicação, não faria nenhuma diferença operar às 19 horas com um profissional ou com o outro.

Destaco ao final que não foi anexada aos autos a folha de cirurgia, bem como de anestesia e a descrição cirúrgica, no que se refere a questão da segunda cirurgia.

Assim sendo, a única comprovação do caderno processual de que houve uma soltura do clipe está nos documentos de fls. 44 (admissão do CTI), o que ao meu ver, torna-se insuficiente do ponto de vista pericial, para afirmar que foi esta a causa da peritonite.

De qualquer maneira existe uma explicação plausível para que se use dois cliques, dois nós ou outro qualquer método que é exatamente a soltura do elemento último.

Solicito a todos que verifiquem os desenhos apostos ao presente Laudo para melhor entendimento.

De todos os elementos acostados aos Autos, destacamos os seguintes trechos e documentos de real interesse para a perícia.

- Fls. 19, Demonstrativo de pagamento da empresa Icatu Hart Ford Capitalização S.A, no valor de R\$ 1.944,00, em nome da Autora;
- Fls. 20, Receituário médico, assinado pelo Dr. Herval, em nome da Autora, sem data, onde consta: *Clavulin (antibiótico), Digesan®*;
- Fls. 21-70, Prontuário Médico;
- Fls. 74, Laudo de Ultra-sonografia Abdominal total e pelve, datada de 05/12/03, as 02:29 horas, onde nada consta de anormal;
- Fls. 75, Laudo de Tomografia Computadorizada do Abdômen Superior e Pelve, datado de 05/12/03 (como não temos o filme ao podemos afirmar a realidade do horário de execução), onde consta como alteração: *moderada quantidade de liquido no espaço de Morrison com extensão ao espaço subepático e entre alças e a pelve em fundo de saco*;
- Fls. 168, Receituário Médico do Dr. Ralph Stritner, datado de 16/12/03, onde consta: *prescrição de três antibióticos (Cipro, Flagyl, Ampicilina), Digesan, Omeprazol, (antiácido), Complexo B*;

- Fls. 169, Honorários Médicos, reavaliar total;
- Fls. 171-174, Comprovantes de despesas médicas no total de R\$ 7.360,00;
- Fls. 175, Documento demonstrativo de reembolso no valor de R\$ 1.011,60;
- Fls. 179, Nota Fiscal da Droga-Raia, sem nome;
- Fls. 200, Comprovante de Despesas na cirurgia de apendicite;
- Fls. 201, Comprovante Reembolso no valor de R\$ 4.560,00;
- Fls. 203, Comprovante de reembolso no valor de R\$ 463,68;
- Fls. 204, Comprovante de reembolso no valor de R\$ 1.180,30;
- Fls. 306, Quesitos do Autor;
- Fls. 315-317, Quesitos da Assistência Técnica;
- Fls. 319-320, Quesitos do Réu;

Resposta aos quesitos:

Da Autora (Fls. 306).

1. Informar se é possível confirmar qual a técnica utilizada na primeira cirurgia.

R: *Apendicectomia videolaparoscopia sobre detalhes da técnica vide desenhos em anexo;*

2. Informar se existe possibilidade de deiscência de sutura de coto em apendicectomia.

R: *Sim, porém o coto não foi suturado;*

3. Informar se existe técnica cirúrgica que minimize as possíveis deiscências de sutura.

R: *Sim, porém a deiscência de sutura é complicação imprevisível das cirurgias intestinais;*

4. Informar se o exame de ultra-sonografia abdominal é o mais adequado para o diagnóstico de peritonite fecal em fase inicial.

R: *Não;*

5. Informar qual o exame mais indicado para este diagnóstico.

R: *Não há, quanto mais próxima do momento inicial da contaminação, menor é a chance que qualquer exame demonstre a patologia e desvende o diagnóstico;*

6. Informar as conseqüências médicas de tal diagnóstico e do retardamento de seu tratamento.

R: *Peritonite que evoluindo gradativamente, como todas o fazem, inicialmente se apresentaria como sepse, choque e se não tratada a morte;*

7. Informar se foi indicado algum médico, nominalmente, como Assistente do segundo Réu, para acompanhamento clínico/cirúrgico da Autora, por ocasião da segunda internação.

R: *Não;*

8. Informar se a descrição, na contestação do segundo Réu, do quadro clínico da Autora, por ocasião da segunda internação, corresponde às informações do exame clínico, realizado pelo médico plantonista.

R: *Vide Discussão;*

9. Informar o horário em que foi ministrada medicação para a Autora, a fim de submetê-la à segunda cirurgia.

R: *Vide Discussão;*

10. Descrever a cicatriz da Autora.

R: *Vide Exame Físico e Fotos;*

11. Prestar outros esclarecimentos que possam solucionar o caso.

R: *Vide inteiro teor do laudo;*

Do Réu (Fls. 319-320).

a) Se, do ponto de vista científico, a técnica utilizada na Autora pode ser considerada incompatível com o procedimento cirúrgico a que foi submetida;

R: *Não;*

- b) Qual a importância da adoção, pela paciente, das orientações médicas após a alta hospitalar de cirurgia de apendicite, tais como dieta, repouso e medicações prescritas;
R: *Depende de caso a caso;*
- c) Se existe possibilidade de os danos narrados na inicial terem sido decorrentes de culpa exclusiva da Autora em razão da falta de adoção das orientações médicas após a alta hospitalar;
R: *Entendo que não;*
- d) Em caso de resposta positiva ao item anterior, em que medida a ausência de adoção de orientações médicas pode ter comprometido o quadro da Autora;
R: *Prejudicado;*
- e) Se a literatura médica prevê que independentemente de o profissional ter adotado técnica adequada é possível o rompimento de “clip” após a cirurgia de apendicite;
R: *Em face da ausência da descrição cirúrgica, não há como se afirmar que o clipe se rompeu;*
- f) Se restou configurado dano estético ou deformidade permanente na Autora, capaz de acarretar-lhe embaraço ou vergonha perante a sociedade;
R: *Vide fotografias em anexo;*
- g) Se restou configurada limitação à capacidade laborativa da Autora, considerando a peculiaridade da profissão por ela exercida;
R: *Não;*
- h) Se restaram configuradas conseqüências de natureza psíquica, motora ou outras à Autora, que possam determinar a redução de sua qualidade de vida.
R: *No nosso entendimento não;*
- i) Prestar os demais esclarecimentos que lhe pareçam necessários ou convenientes à solução do litígio.
R: *Não;*

Da Assistência Técnica (Fls. 315-317)

1- “A indicação de apendicectomia foi correta?”

R: *Sim;*

2- “Cirurgia laparoscópica é um procedimento técnico utilizado para tratar apendicite?”

R: *Sim;*

3- “Quais as condições da paciente no momento de sua alta após operação efetuada pelo Réu? Estaria contra indicada esta alta em face do quadro clínico que se apresentava?”

R: *Aceitáveis; Não;*

4- A inicial da Autora informa que o médico cirurgião valeu-se de **“um grampo cirúrgico denominado Stampler para costurar parede o intestino”**; Diz, ainda que **“...Tal procedimento não se mostra muito adequado uma vez que o mencionado grampo pode soltar-se, o que é notório entre os especialistas...”**

Indaga-se ao Dr. Perito e assistentes técnicos, consultando o prontuário e relatório cirúrgico, fls. dos autos, se foi este o procedimento do médico Réu, isto é se foi esta técnica a utilizada pelo cirurgião Ré para fechar o coto apendicular”;

R: *Vide Discussão;*

5- A clipagem de estruturas abdominais é corretamente usada na cirurgia laparoscópica?

R: *Sim; Bem como diversas outras cirurgias inclusive cerebrais utilizam o clipe de titânio;*

6- “Se na cirurgia laparoscópica é procedimento normal e consagrado, universalmente, efetuar a ligatura do coto apendicular com clip de titânio destinado para tal fim? Foi este o procedimento do médico Réu?”.

R: *Sim; Sim;*

7- “Qual o percentual de complicações de uma apendicectomia laparoscópica nos grandes centros mundiais?”

R: *Baixíssimos;*

8- “Quais as vantagens de um procedimento laparoscópico para tratamento da apêndice comparada ao convencional?”

R: *Vide Discussão;*

9- “Qual o estado atual da Autora? Houve seqüelas funcionais ou redução permanente de sua capacidade laborativa?”.

R: *Vide Exame Físico; Não;*

10- Um cirurgião em atividade mesmo que efetue operações segundo os tempos cirúrgicos corretos e consagrados, durante sua vida profissional ficará livre de complicações pós-operatórias?”

R: *Jamais;*

11- “Se a família da paciente optou por acionar outro profissional após a complicação pós-operatória? Quantos dias após a alta?”

R: *Sim, oito dias;*

12- “Consultando o prontuário médico, se enquanto a paciente esteve sob a responsabilidade do Réu, este deixou de fazer o acompanhamento pós- operatório?”

R: *Não há dados nos autos que permitam uma resposta conclusiva, no que concerne no período pós-operatório entre a primeira e a segunda cirurgia;*

13- “Se após fazer contacto com o Dr. Eduardo Hermon, se os exames solicitados pelo Dr. Herval (ultrassonografia, tomografia, hemograma) na madrugada do dia 5/12, após o retorno da Autora à emergência da clínica, o auxiliaram no diagnóstico e na definição da conduta, ao assumir o caso a pedido da família?”

R: *Sim;*

14- “Consultando o prontuário médico, se a equipe do Dr. Herval no dia 5/12 prescreveu antibiótico, hidratação e deixou a paciente em dieta zero?”

R: *No dia 05/12, dois médicos prescreveram medicação, Dr. Carlos Stiappling e Dra. Nilza Assed; Desconhecemos os membros da equipe do Dr. Herval;*

15- “Qual o objetivo de uma equipe cirúrgica, a exemplo de um paciente como no caso em questão, ao indicar a dieta zero? A que horas esta dieta foi prescrita?”.

R: *Proteger o tubo digestivo visando possível cirurgia; Desde a internação;*

16- Em função do que consta dos autos referente ao atendimento médico prestado pelo réu informe o Dr. Perito e Assistentes Técnicos se está caracterizado ocorrência de imperícia, negligência ou imprudência por parte do médico Réu na conduta de tratamento seguido pelo referido profissional.

R: *De acordo com o parecer 19/99 do CFM, descabe ao Perito médico manifestar-se sobre os elementos da culpa strito-sensu, no entanto, não encontramos desvio profissional de conduta pelo Dr. Herval Cruz;*

É o relatório.

Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto
CRM 52 32 861-0