

Revisor 1

Comentário 1: No resumo eliminar “, sem óbitos”.

Resposta: Refiz as duas frases ficando: “Três doentes foram submetidos a neurocirurgia. Não registámos óbitos, reinternamentos ou sequelas neurológicas”.

Comentário 2: Na introdução substituir “incidência” por “frequência”.

Resposta: Corrigi como sugerido.

Comentário 3: Para avaliar a segurança da norma teria que se avaliar se a norma foi corretamente aplicada.

Resposta: Concordo. Tendo em conta os comentários e sugestões dos três revisores, reformulei os objetivos do estudo e o título do manuscrito. Objetivos: “Os autores propõem-se estudar a amostra de crianças e adolescentes internados para vigilância por TCE ligeiro numa urgência pediátrica polivalente. Como objetivo principal, pretendeu-se comparar as características clínicas e a evolução do grupo de doentes internados e submetidos a TC-CE com o grupo de doentes internados e não submetidos a TC-CE, inferindo-se a segurança da norma de atuação em vigor. Como objetivos secundários, pretendeu-se avaliar a frequência de fratura craniana e/ou LIC e avaliar a utilidade da radiografia de crânio nos TCE ligeiros internados.” Título: A EXPERIÊNCIA DUMA NORMA DE ACTUAÇÃO NO TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO LIGEIRO EM IDADE PEDIÁTRICA – ESTUDO LONGITUDINAL DE TRÊS ANOS.

Comentário 4: Relativamente à radiografia de crânio, se analisaram só os doentes internados não podem avaliar a sua utilidade nos TCE ligeiros.

Resposta: Na versão inicial do nosso artigo, analisámos também o grupo de doentes não internados submetidos a TC-CE em ambulatório. No entanto, após a revisão por pares não pertencentes ao grupo de coautores, chegámos à conclusão que incluir esse grupo tornaria o artigo muito confuso, sendo-nos sugerido incluir apenas os doentes internados, com ou sem TC-CE. Ainda assim, considerámos que seria interessante avaliar a utilidade da radiografia de crânio especificamente neste grupo dos TCE ligeiros internados. Assim sendo, reformulei a frase inicial para “avaliar a utilidade da radiografia de crânio nos TCE ligeiros internados”.

Comentários 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13: Relativos a erros tipográficos ou gramaticais.

Resposta: Corrigi como sugerido.

Comentários 14: Nos métodos, relativamente ao uso de um episódio de urgência subsequente para excluir sequelas neurológicas, não podemos fazer esta afirmação pois poderiam ter recorrido a outro hospital.

Resposta: Esta é de facto uma das limitações do nosso estudo, estando comentada na discussão: “A estratégia utilizada de procurar um episódio de urgência ou consulta subsequente para exclusão de sequelas neurológicas, apesar da maioria dos doentes ter pelo menos uma observação posterior no nosso serviço, não permite a identificação de sequelas ligeiras, sequelas de manifestação tardia e sequelas em doentes que não voltaram a ser observados

na nossa unidade hospitalar”. Para clarificar este aspeto, reformulei a frase dos métodos para: “O episódio de urgência do TCE e um episódio de urgência e/ou consulta hospitalar subsequente para excluir reinternamentos e sequelas neurológicas, nos casos com pelo menos uma observação posterior na nossa instituição”.

Comentários 15: Substituir “análise dos dados” por “análise estatística”.

Resposta: Reformulei o parágrafo para: “Realizou-se uma análise estatística univariada utilizando-se o Teste Qui-Quadrado para comparação de variáveis categóricas de dois grupos independentes e o Teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas de dois grupos independentes.

Considerou-se um limiar de significância de 0,05. Utilizou-se o programa informático *IBM® SPSS® Statistics 20.0 for Windows®*.”

Comentários 16: Relativamente à realização de TC-CE em 40 doentes não internados, seguiram o protocolo?

Resposta: Sim, o protocolo do nosso serviço foi seguido nesses doentes. Para clarificar este aspeto, reformulei esta frase para: “Além das crianças internadas na UICD, 40 doentes realizaram TC-CE em ambulatório (1,2% do total de TCE ligeiros), respeitando-se o protocolo em vigor no nosso serviço”.

Comentários 17: Nos resultados, substituir “85% dos doentes encontravam-se sintomáticos” por “85% dos doentes apresentavam sintomas”.

Resposta: Corrigi como sugerido.

Comentários 18: Relativamente à frase “A presença de hematoma com mais de cinco centímetros (...) e a noção de afundamento ósseo foram mais frequentes no grupo que realizou TC-CE”, não tem qualquer interesse fazer esta análise porque por definição o hematoma e o afundamento obrigam a TC.

Resposta: De facto, segundo o protocolo em vigor, sinais sugestivos de fratura craniana obrigam à realização imediata de TC-CE. No entanto, creio ser interessante apresentar este dado, porque caso esta associação não tivesse sido encontrada, demonstraria incumprimento do protocolo (à semelhança do que se verificou relativamente ao caso com dismetria à observação e aos dois casos com perda de conhecimento superior a cinco minutos).

Comentários 19: “Aparente dismetria” não deve ser considerado sinal focal.

Resposta: Na verdade, fui eu que observei esta criança à admissão na urgência pediátrica e ela tinha mesmo dismetria na prova dedo-nariz. Retirei a palavra “apenas” para clarificar a frase.

Comentários 20: Relativamente à frase “não se registaram casos de lesão axonal difusa”, para identificar estas lesões a ressonância magnética com estudo de difusão é o exame de imagem com maior sensibilidade prognóstica.

Resposta: Tem razão. A lesão axonal difusa só se pode excluir definitivamente com RM-CE e nenhum dos doentes realizou RM-CE. Assim sendo retirei do texto a frase citada.

Comentários 21: “Vinte e um por cento das crianças (44/206) realizaram radiografia de crânio” – tinham todos critérios para realizar radiografia segundo o protocolo?

Resposta: Na verdade, cerca de metade dos casos não tinham critérios para realizar radiografia. Para esclarecer este ponto, acrescentei a frase: “Neste grupo, 22 doentes tinham idade inferior a dois anos e 17 tinham um hematoma epicraniano à observação (destes apenas um apresentava um hematoma superior a cinco centímetros). Isto é, dos doentes que realizaram radiografia de crânio, 53% (23/44) tinham critérios para tal segundo o protocolo em vigor”.

Comentários 22: Relativamente à frase “A maioria das crianças e adolescentes da amostra estudada foi internada exclusivamente na UICD (...)”, tem que se apresentar resultados.

Resposta: Reformulei a frase para: “Noventa e dois por cento (190/206) das crianças e adolescentes da amostra estudada foi internada exclusivamente na UICD da Urgência Pediátrica”.

Comentários 23: Nos resultados, na frase “apenas 16 doentes do grupo A (...)”, não se deve fazer comentários na apresentação dos resultados.

Resposta: Retirei a palavra “apenas”.

Comentários 24: Na sequência da frase “em nenhum caso se verificou reinternamento na nossa instituição hospitalar relacionado com traumatismo craniano ou evidência de sequelas neurológicas”, como sabem? Só podem dizer que não tiveram consulta subsequente.

Resposta: Na verdade, mais de 95% dos doentes tiveram pelo menos um episódio de urgência ou consulta hospitalar subsequente. Mas, de facto, nos restantes 5% não houve uma observação posterior. Esta é uma das limitações do nosso estudo, estando comentada na discussão: “a estratégia utilizada de procurar um episódio de urgência ou consulta subsequente para exclusão de sequelas neurológicas, apesar da maioria dos doentes ter pelo menos uma observação posterior no nosso serviço, não permite a identificação de sequelas ligeiras, sequelas de manifestação tardia e sequelas em doentes que não voltaram a ser observados na nossa unidade hospitalar”.

Comentários 25: Relativamente ao primeiro parágrafo da discussão, tudo isto já foi apresentado nos resultados.

Resposta: Concordo. Retirei todo o primeiro parágrafo da discussão.

Comentários 26: Relativamente à frase “No período de estudo, o traumatismo craniano foi um motivo frequente de recurso à Urgência Pediátrica, sendo em 98% TCE ligeiros” – ver se há dados na literatura e comparar.

Resposta: Segundo a literatura, como referido na introdução, 75 a 90% dos TCE observados na urgência hospitalar em pediatria são ligeiros. Acrescentei este dado à discussão.

Comentários 27: Relativamente à frase “Apenas 39% dos doentes internados na UICD por TCE ligeiro realizaram TC-CE” – ver se há dados na literatura e comparar.

Resposta: Estes dados são difíceis de comparar com a literatura, porque a maioria dos artigos não aborda este subgrupo específico (doentes com TCE ligeiro internados para vigilância), referindo-se apenas às TC-CE realizadas na amostra total dos TCE ligeiros observados na urgência pediátrica.

Comentários 28: Relativamente à frase “Comparando as características clínicas dos dois grupos de estudo, o grupo de doentes internados e submetido a TC-CE apresentou mecanismos de lesão de maior impacto que o grupo sem neuroimagem” – seria de esperar atendendo aos critérios para realizar TC.

Resposta: É de facto um resultado expectável. Ainda assim, creio que é importante sublinhá-lo.

Comentários 29: Relativamente à frase “os sintomas pós-traumatismo foram mais frequentes no grupo não submetido a TC-CE (sobretudo vômitos, mas também cefaleias).”, conseguem propor alguma explicação para essa diferença.

Resposta: De modo a clarificar esta interessante resultado, acrescentámos o seguinte comentário à discussão: “Esta diferença justifica-se pelo facto de se privilegiar o internamento e vigilância das crianças sintomáticas à admissão (desde que sem sinais de alarme ao exame objetivo), em detrimento da avaliação neuro-imagiológica precoce. Nestes doentes, verificou-se uma melhoria clínica durante o período de vigilância e após analgesia, abdicando-se por isso da TC-CE.”

Comentários 30: Relativamente à frase “Nestes doentes, verificou-se uma melhoria clínica durante o período de vigilância e após analgesia, abdicando-se por isso da neuroimagem³¹”, porque é que colocaram uma referência bibliográfica?

Resposta: Foi lapso. Retirei a referência dessa frase.

Comentários 31: Relativamente à frase “Por outro lado, a presença de alterações ao exame objetivo, sobretudo hematoma epicraniano volumoso (superior a cinco centímetros) e noção de afundamento ósseo, mostrou estar associada à realização de TC-CE. As crianças não submetidas a TC-CE apresentavam alterações mínimas ao exame objetivo (quase exclusivamente escoriações e pequenos hematomas do couro cabeludo)” – seria de esperar de acordo com o protocolo utilizado; penso que não vale a pena colocar.

Resposta: Tal como referido na resposta ao comentário 18, segundo o protocolo em vigor sinais sugestivos de fratura craniana obrigam à realização imediata de TC-CE. No entanto, creio ser interessante apresentar este dado, porque caso esta associação não tivesse sido encontrada, demonstraria incumprimento do protocolo. Por outro lado, sublinha a importância de valorizar o exame objetivo na observação inicial, parecendo as alterações ao exame mais importantes do que a presença de sintomas (sobretudo se vômitos ou cefaleias) para a previsão de fratura e/ou LIC na TC-CE (embora esta hipótese não possa ser afirmada, porque não apresentámos os dados relativos às crianças que realizaram TC-CE em ambulatório).

Comentários 32: “Vários estudos afirmam que hematomas volumosos e noção de afundamento ósseo são fatores de risco para fratura e/ou LIC”. Comentar o que aconteceu na vossa amostra, se também se verificou.

Resposta: Como referido na resposta ao comentário 4, na versão inicial do nosso artigo, analisámos também o grupo de doentes não internados submetidos a TC-CE em ambulatório. No entanto, após a revisão por pares não pertencentes ao grupo de coautores, chegámos à conclusão que incluir esse grupo tornaria o artigo muito confuso, sendo-nos sugerido incluir apenas os doentes internados, com ou sem TC-CE. Assim sendo, não apresentando os resultados da análise deste segundo grupo, não poderemos comentar os fatores que identificámos como sendo preditivos de fratura e/ou LIC. No entanto, posso lhe dizer que os nossos resultados foram consistentes com a literatura.

Comentários 33: Relativamente à frase, “Não podemos deixar de comentar que duas crianças com perda de conhecimento superior a cinco minutos e uma criança com sinais focais à admissão não realizaram TC-CE, não se respeitando o protocolo em vigor na nossa instituição” – e o contrário, realização de TC-CE sem critérios pelo protocolo, fizeram esta análise?

Resposta: Não, não fizemos esta análise. Na verdade, com este trabalho pretendíamos perceber se era seguro internar para vigiar, em oposição à realização precoce de TC-CE. Por isso dirigimos a nossa análise para esse objetivo. Não pretendíamos perceber de forma minuciosa se o protocolo foi bem aplicado em todas as situações. Como esta questão não estava clara nos

objetivos (e até mesmo no título do manuscrito), reformulei os mesmos como referi na resposta ao comentário 3.

Comentários 34: Que critérios os estudos PECARN, CATCH e CHALICE utilizaram para a realização de TC-CE? Que alterações os estudos PECARN e CATCH encontraram nas TC-CE realizadas?

Resposta: Para responder à primeira questão, completei a informação dada na introdução: “O estudo PECARN sugere a realização de TC-CE nas crianças com (...).¹¹ O estudo CHALICE preconiza a realização de TC-CE nos TCE ligeiros com (...).²⁵ O estudo CATCH recomenda a realização de TC-CE nos TCE ligeiros com (...).¹⁹” Para responder à segunda questão, completei a informação dada na discussão: “estudo PECARN (4 a 10% de alterações na TC-CE: hemorragia ou contusão intracraniana, edema cerebral, enfarte traumático, lesão axonal difusa, trombose do seio venoso, desvio da linha média ou sinais de herniação cerebral, diástase das suturas, pneumocéfalo e fratura craniana deprimida) e do estudo CATCH (4% de alterações: hematoma epidural, contusão cerebral, pneumocéfalo, hematoma subdural, fratura craniana deprimida, hemorragia subaracnoideia, hematoma intracerebral, edema cerebral difuso, hematoma cerebeloso e hemorragia intraventricular)^{11,19}”.

Comentários 35: Relativamente às sequelas neurológicas, isto não podemos afirmar com certeza.

Resposta: Já respondido anteriormente (ver resposta ao comentário 14 e 24).

Comentários 36: Relativamente à frase “dois doentes com fratura da base do crânio e LIC na TC-CE tinham radiografia normal”, estes dois casos tinham critérios para fazer o Rx ou deveriam ter feito logo TC?

Resposta: Trata-se de uma criança de oito anos que realizou TC-CE por agravamento dos vômitos durante o período de vigilância clínica e uma criança de seis anos com hematoma epicraniano à observação, sem outros sinais de alarme, que acabou por realizar TC-CE pela exuberância do hematoma. Assim, na verdade, nenhum destas crianças tinha critérios para realizar radiografia de crânio. A primeira criança acabou por ter indicação para realizar TC-CE pela evolução menos favorável durante o período de vigilância; a segunda criança, apesar de ter mais de dois anos de idade, pela exuberância do hematoma (que poderia ter sido interpretado como sinal indireto de fratura – embora o protocolo em vigor não seja claro nesse aspeto pois não define as dimensões a partir das quais o hematoma deverá ser considerado sinal de alarme) poderia ter realizado TC-CE logo à partida.

Comentários 37: Na frase “crianças com idade inferior a 2 anos e hematoma craniano volumoso associado deverão realizar TC-CE” acrescentar a palavra propomos.

Resposta: Corrigi a frase como sugerido.

Comentários 38: Retirar a frase “Por outro lado, nenhum dos doentes estudados foi reinternado na nossa instituição por TCE, nem em episódios subsequentes de urgência ou consulta hospitalar foram descritas sequelas neurológicas”, visto já estar nos resultados.

Resposta: Retirei esta frase como sugerido.

Comentários 39, 40 e 41: Erros tipográficos.

Resposta: Corrigi como sugerido.

Revisor 2

Comentário 1: “ (...) mas implica radiação ionizante; não existe consenso nas indicações nos casos ligeiros.” – Questão de Português. Porquê o ponto e vírgula?

Resposta: Substituí o ponto e vírgula por vírgula.

Comentário 2: “Uma atitude conservadora em casos selecionados poderá ser uma opção.” – Não é correta esta afirmação. Em primeiro lugar, não admitimos a existência do chamado “tratamento conservador” (conservar o quê?) – existe tratamento médico vs tratamento cirúrgico vs atitude expectante (observação). Em segundo lugar, o dito “tratamento conservador” não é indicado em casos selecionados – é-o na GRANDE MAIORIA dos casos de TCE.

Resposta: Concordo com os seus argumentos. Por isso retirei a palavra “conservadora” do título e reformulei a frase citada para: “Uma atitude expectante (internamento e vigilância) é uma opção adequada na maioria dos casos”.

Comentário 3: O desenho do estudo é questionável e torna-o menos informativo. Porquê só as crianças internadas? Internadas onde? Só na UICD? Não houve crianças a fazer TC-CE que não ficaram internadas?

Resposta: Na versão inicial do nosso artigo, analisámos também o grupo de doentes não internados submetidos a TC-CE em ambulatório. No entanto, após a revisão por pares não pertencentes ao grupo de coautores, chegámos à conclusão que incluir esse grupo tornaria o artigo muito confuso, sendo-nos

sugerido incluir apenas os doentes internados, com ou sem TC-CE. Assim, a amostra de estudo do presente trabalho refere-se ao grupo de crianças com TCE ligeiro que foi internada na UICD da nossa urgência pediátrica (podendo depois ter sido, ou não, transferida para outra unidade de internamento – Enfermaria ou UCIP). Achamos que é um grupo de estudo interessante, porque o facto de terem sido internadas significa que, na observação inicial, apresentavam algum sintoma ou sinal de alarme que preocupou o clínico e, de facto, é neste subgrupo específico que é mais difícil decidir pela realização ou não de TC-CE. Por outro lado, as 40 crianças que realizaram TC-CE em ambulatório durante o período de estudo (dados esses não apresentados no trabalho) correspondem a crianças observadas na urgência pediátrica, em média, mais de 10 horas após o TCE, tendo a persistência ou o início tardio de sintomas (sobretudo vómitos e cefaleias) preocupado os pais. Esses casos não motivaram internamento porque a história clínica e o exame físico não preocuparam os clínicos. No entanto, pela não resolução dos sintomas tiveram indicação para TC-CE. Na verdade, nestes 40 casos apenas 3 tinham alterações na TC-CE: todos com fratura craniana sem LIC associada e sem indicação para intervenção neurocirúrgica ou vigilância em internamento.

Comentário 4: Deverá ser dado maior ênfase no texto ao Protocolo usado. É exclusivo da Instituição? Quem criou? Onde se basearam?

Resposta: A clarificação do protocolo utilizado na nossa instituição encontra-se nos métodos. Acrescentei toda a informação que o revisor solicitou. “A norma de orientação clínica nos TCE da Urgência Pediátrica, elaborada por um grupo

de Pediatras experientes da nossa instituição (com base na evidência disponível), aprovada por todo o Serviço de Pediatria e implementada em 2004 (...).”

Comentário 5 e 6: Apresentação dos resultados no Resumo é confusa e pouco elucidativa. Não são explicadas as diferenças encontradas entre grupos.

Resposta: Reformulei a apresentação dos resultados no resumo.

Comentário 7: “A LIC clinicamente significativa foi pouco frequente.” Em que se baseiam para dizer isso? Qual a definição de “clinicamente significativa”?

Resposta: Introduzi a definição de LIC clinicamente significativa nos métodos.

“Definimos LIC clinicamente significativa como lesão intracraniana que implica intervenção cirúrgica e/ou que se associa a sequelas neurológicas a longo prazo.”

Comentário 8: “neuroimagem” – conceito não inteiramente correto. Fratura óssea craniana é “neuroimagem”?

Resposta: Substituí o termo “neuroimagem” por TC-CE.

Comentário 9: “A conservative approach may be an option.” – este é um exemplo, entre outros, em como a tradução em Inglês não corresponde propriamente ao que foi escrito anteriormente em português.

Resposta: Reformulei o resumo em inglês, tentando melhorar essas incongruências.

Comentário 10: “lesões com intervenção neurocirúrgica urgente” – com necessidade de intervenção cirúrgica urgente.

Resposta: Corrigi como sugerido.

Comentário 11: “Como objetivo principal deste estudo os autores propõem-se avaliar a segurança desta norma de atuação” – é altamente questionável que o objetivo principal deste estudo tenha sido atingido, tendo em conta a metodologia, universo de doentes estudado e descrição/tratamento dos resultados.

Resposta: Concordo. Tendo em conta os comentários e sugestões dos três revisores, reformulei os objetivos do estudo e o título do manuscrito. Objetivos: “Os autores propõem-se estudar a amostra de crianças e adolescentes internados para vigilância por TCE ligeiro numa urgência pediátrica polivalente. Como objetivo principal, pretendeu-se comparar as características clínicas e a evolução do grupo de doentes internados e submetidos a TC-CE com o grupo de doentes internados e não submetidos a TC-CE, inferindo-se a segurança da norma de atuação em vigor. Como objetivos secundários, pretendeu-se avaliar a frequência de fratura craniana e/ou LIC e avaliar a utilidade da radiografia de crânio nos TCE ligeiros internados.” Título: A EXPERIÊNCIA DUMA NORMA DE ACTUAÇÃO NO TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO LIGEIRO EM IDADE PEDIÁTRICA – ESTUDO LONGITUDINAL DE TRÊS ANOS.

Comentário 12: “estudo analítico longitudinal prospetivo histórico” - prospetivo e histórico? Apesar das divergências em algumas designações, esta

definição é confusa e claramente não é a classificação correta para este tipo de estudo.

Resposta: Reformulei a classificação para “estudo analítico longitudinal retrospectivo”.

Comentário 13: “fratura carniana” – corrigir

Resposta: Corrigi o erro tipográfico.

Comentário 14: “transferência de outro hospital para avaliação por Neurocirurgia” – foi considerado critério de exclusão. Porquê? Não há doentes transferidos que cumpram os critérios clínicos para realização de TC-CE?

Resposta: Exluímos este grupo de crianças, porque todos esses casos realizaram TC-CE no seu hospital de origem, sendo transferidos para o nosso hospital por apresentarem fratura e/ou LIC e necessitarem de observação e/ou intervenção pela equipa de Neurocirurgia. Assim sendo, a decisão para realizar TC-CE baseou-se no protocolo de cada uma dessas instituições de origem, não permitindo estes casos avaliar a aplicação e segurança do protocolo do nosso hospital.

Comentário 15: “antecedentes de doença neurológica crónica, discrasia hemorrágica e uso de fármacos anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários” – apesar de serem possíveis fatores de confusão clínica e pior prognóstico, não se percebe a necessidade de excluir estes doentes.

Resposta: Exluímos este grupo de crianças porque, perante os antecedentes pessoais citados, o limiar para realizar TC-CE é mais baixo e menos

dependente dos sintomas e das alterações do exame objetivo presentes à admissão. Com este estudo, pretendíamos sobretudo avaliar a importância dessas alterações clínicas e a sua relação com a realização de TC-CE e a presença de fratura e/ou LIC inferindo, assim, a segurança do nosso protocolo de atuação. Achámos, por isso, que incluir esses doentes poderia confundir os resultados obtidos.

Comentário 16: Por outro lado, faria sentido incluir a distinção traumatismo isolado/ politraumatismo como fator a ter em conta (ou de exclusão, porventura).

Resposta: Não considerámos “politraumatismo” como critério de exclusão, porque parece-nos que o mecanismo de lesão é mais preditivo de risco de fratura craniana e/ou LIC e de necessidade de TC-CE do que a existência de dois ou mais traumatismos. Como o mecanismo de lesão foi analisado, achámos que os politraumatizados não seriam elementos confundidores.

Comentário 17: “Para a análise estatdos dados” – corrigir.

Resposta: Corrigi o erro tipográfico.

Comentário 18: “presença de sequelas pós TCE” – como foi avaliada, em termos de sequelas tardias. O seguimento foi de 100%?

Resposta: Nos resultados comentamos: “Analisámos o episódio de urgência e de consulta hospitalar subsequente ao TCE em mais de 95% dos doentes”. Na discussão, quando comentamos as limitações do nosso estudo, referimos: “A estratégia utilizada de procurar um episódio de urgência ou consulta

subsequente para exclusão de sequelas neurológicas, apesar da maioria dos doentes ter pelo menos uma observação posterior no nosso serviço, não permite a identificação de sequelas ligeiras, sequelas de manifestação tardia e sequelas em doentes que não voltaram a ser observados na nossa unidade hospitalar.”

Comentário 19: “encontravam-se sintomáticos sintomas” – corrigir.

Resposta: Corrigi o erro tipográfico.

Comentário 20: “Houve dois doentes com perda de conhecimento superior a cinco minutos que não realizaram TC-CE” – Onde foram incluídos? Tem que ser explicitado.

Resposta: Não há justificação para estes doentes não terem realizado TC-CE; o protocolo da nossa instituição não foi respeitado nestes doentes. Este facto está comentado na discussão: “Não podemos deixar de comentar que duas crianças com perda de conhecimento superior a cinco minutos e uma criança com sinais focais à admissão não realizaram TC-CE, não se respeitando o protocolo em vigor na nossa instituição. Ainda assim, a sua evolução foi favorável e aparentemente sem sequelas neurológicas.”

Comentário 21: “Não se registaram casos de lesão axonal difusa” – Em que se baseiam os autores para fazer esta afirmação? Dados clínicos? Fez-se RM-CE?

Resposta: Tem razão. A lesão axonal difusa só se pode excluir definitivamente com RM-CE e nenhum dos doentes realizou RM-CE. Assim sendo retirei do texto a frase citada.

Comentário 22: O extenso 1º parágrafo da Discussão mais não é do que exposição de resultados e pertence à secção de Resultados.

Resposta: Concordo. Retirei todo o primeiro parágrafo da discussão.

Comentário 23: “também não se associa a lesões traumáticas clinicamente significativas” – Mais uma vez, este conceito é demasiado vago. O que é clinicamente significativo?

Resposta: Introduzi a definição de LIC clinicamente significativa nos métodos. “Definimos LIC clinicamente significativa como lesão intracraniana que implica intervenção cirúrgica e/ou que se associa a sequelas neurológicas a longo prazo.”

Revisor 3

Comentário 1: Comentar a existência de TC-CE em doentes que não foram internados (pág. 9 e 11).

Resposta:

Nos resultados referimos o número de crianças que fez TC-CE em ambulatório: “Além dos doentes internados na UICD, realizou-se TC-CE em 40 doentes ambulatoriais (1,2% do total de TCE ligeiros), respeitando o protocolo em vigor no nosso serviço.” Na versão inicial do nosso artigo, analisámos também este grupo de doentes (não internados, submetidos a TC-CE em ambulatório). No entanto, após a revisão por pares não pertencentes ao grupo de coautores, chegámos à conclusão que incluir esse grupo tornaria o artigo muito confuso, sendo-nos sugerido incluir apenas os doentes internados, com ou sem TC-CE.

Comentário 2: Estudo prospetivo ou retrospectivo?

Resposta: Alterei para estudo retrospectivo.

Comentário 3: Pág.9, 3º parágrafo, 3ª linha: recolhemos os dados consultando o processo.

Resposta: Corrigi para: “Recolhemos os dados consultando os processos clínicos hospitalares informatizados”.

Comentário 4: Pág. 10, 2º parágrafo: para a análise dos dados.

Resposta: Reformulei o parágrafo para: “Realizou-se uma análise estatística univariada utilizando-se o Teste Qui-Quadrado para comparação de variáveis

categóricas de dois grupos independentes e o Teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas de dois grupos independentes.

Considerou-se um limiar de significância de 0,05. Utilizou-se o programa informático *IBM® SPSS® Statistics 20.0 for Windows®*.

Comentário 5: Pág.12, 3º parágrafo. sintomáticos, sintomas – corrigir.

Resposta: Corrigi como sugerido.