

Revisor B

Comentário 1: Reafirmamos a opinião expressa na primeira revisão de que este trabalho beneficiaria, na nossa opinião, de um contributo explícito da parte de Neurocirurgia.

Resposta: Concordamos com a proposta e lamentamos não o ter feito mais cedo. Nesse sentido, nesta segunda revisão do artigo, pedimos a colaboração da médica do Serviço de Neurocirurgia que mais frequentemente colabora com o Serviço de Pediatria para rever todo o nosso trabalho e o manuscrito elaborado. Tal foi feito com rigor, tendo sido o nome da colega incluído, naturalmente, na lista dos coautores. Gostaríamos também de salientar que a norma de atuação clínica nos TCE em vigor na nossa instituição foi elaborada em colaboração com o Serviço de Neurocirurgia (sublinhámos este facto no manuscrito: “A norma de orientação clínica nos TCE da Urgência Pediátrica, elaborada por um grupo de Pediatras experientes do serviço (com base na evidência científica disponível) em colaboração com a equipa de Neurocirurgia da nossa instituição (...).”

Comentário 2: No resumo – “atitude expectante” não implica necessariamente internamento na sua definição restrita. Muitas vezes, basta um período de observação em ambiente hospitalar.

Resposta: Reformulámos a frase retirando os termos vigilância e internamento: “Uma atitude expectante é uma opção adequada na maioria dos casos.”

Comentário 3: Não é facilmente explicável o porquê de o grupo com mais sintomas (vómitos e outros, que podem constituir sinais de alarme) ser precisamente o grupo em que não se realizou TC-CE.

Resposta: O grupo mais sintomático que não realizou TC-CE apresentava sobretudo vómitos e/ou cefaleias; o grupo com sintomas como perda de conhecimento e amnésia realizaram mais frequentemente TC-CE. De facto, a norma de atuação clínica nos TCE em vigor no nosso serviço privilegia 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. Visto este grupo de crianças ter melhorado clinicamente nas primeiras horas de internamento hospitalar (resolução dos vómitos e das cefaleias), abdicou-se da TC-CE. Aliás, tal como referimos, são vários os estudos que defendem que vómitos (mesmo que persistentes) e cefaleias (mesmo que intensas), raramente se associam a LIC, à exceção dos casos em que não se verifica uma melhoria desses sintomas durante o período de vigilância.

Comentário 4: A radiação ionizante tem mais riscos para além da maior incidência de tumores. Quando em alta dose, a radiação também está implicada em atraso cognitivo, distúrbios endocrinológicos e Doença de Moyamoya, entre outros.

Resposta: Reformulámos a frase como sugerido: “Por outro lado, a radiação ionizante em idade pediátrica tem efeitos deletérios e cumulativos, com risco aumentado de neoplasias (leucemia e tumores cerebrais), atraso global do desenvolvimento, distúrbios endocrinológicos e doença de Moyamoya.”

Comentário 5: “Definimos LIC clinicamente significativa como lesão intracraniana que implica intervenção cirúrgica e/ou que se associa a sequelas neurológicas a longo prazo” – não concordamos. Um hematoma epidural com menos de um centímetro de espessura máxima, por exemplo, não tem indicação cirúrgica e pode perfeitamente não deixar sequelas. Porém, uma lesão deste tipo é indubitavelmente significativa, justificando internamento e vigilância apertada.

Resposta: De facto, a primeira definição por nós apresentada não é rigorosa nem completa. Assim, reformulámos a frase: “Definimos LIC clinicamente significativa, à semelhança dos autores do PECARN, como lesão intracraniana que conduz ao óbito, que implica intervenção cirúrgica, que se associa a ventilação invasiva por um período superior a 24 horas ou que se associa a um internamento hospitalar prolongado (igual ou superior a duas noites) para vigilância clínica ou imagiológica.”

Comentário 6: “(...) apresentavam TCE (diagnóstico de “traumatismo craniano não especificado”)”. Não será possível que outras designações e codificações tenham também sido usadas no SU, nomeadamente pela Neurocirurgia?

Resposta: A codificação dos diagnósticos dos doentes admitidos na nossa Urgência Pediátrica, mesmo quando as crianças são observadas por outras especialidades, é sempre realizada por um grupo de Pediatras do serviço responsáveis por essa codificação. Assim, existe uniformidade nos códigos utilizados. Para esclarecer este aspeto reformulámos a frase referida: “Cerca de 3% do total das admissões (3.393/128.554) apresentavam TCE (diagnóstico

de “traumatismo craniano não especificado”: a designação genérica utilizada pelos Pediatras do serviço responsáveis pela codificação dos diagnósticos dos doentes admitidos na Urgência Pediátrica).”

Comentário 7: “(...)TC-CE em ambulatório.” – ?

Resposta: Reformulámos a frase: “Além das crianças internadas na UICD, 40 doentes realizaram TC-CE na Urgência Pediátrica sem internamento (...)”.

Comentário 8: “Entre os outros mecanismos verificou-se um caso de maus tratos” – afirmação muito imprecisa e não explicativa em termos fisiopatológicos. “Maus tratos” não é um mecanismo de lesão per se mas antes um contexto. Shaken baby syndrome? Um murro? Um empurrão?

Resposta: Reformulámos a frase, sublinhando o mecanismo de lesão envolvido na agressão. “Entre os outros mecanismos verificou-se um caso de uma criança de 18 meses agredida na cabeça, face e tronco com golpes de mão fechada (vítima de maus tratos).”

Comentário 9: “A localização parietal, temporal ou múltipla (...) este facto poderá ser explicado por um maior risco de fratura destes ossos (...)”. Esta afirmação não é inteiramente verdade, nomeadamente em relação ao osso parietal. Por outro lado, a maior taxa de realização de TC-CE é igualmente explicada por estas localizações ósseas do trauma estarem associadas a quedas para trás, acidentes de viação, etc.

Resposta: Reformulámos a frase: “Embora a localização do traumatismo não esteja discriminada na norma de atuação clínica em vigor, estas localizações

associam-se mais frequentemente à presença de hematoma volumoso e/ou sinais de afundamento à observação e, como tal, a maior risco de fratura. Tal poderá ser explicado pelo mecanismo de lesão habitualmente associado aos TCE com estas localizações: quedas desamparadas para trás e acidentes de viação, por exemplo.”