



ARTIGO ORIGINAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO VÔMITO EM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO LEVE INFANTIL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF VOMITING IN MILD INFANT HEAD TRAUMA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL VÓMITO EN TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO LEVE INFANTIL

Elizabeth de Souza Amorim¹, Sílvia Elizabeth Gomes de Medeiros², Edina de Oliveira Lima³, Poliana Milanez Rodrigues de Mendonça⁴

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil epidemiológico do vômito em caso de Trauma Cranioencefálico leve infantil em um Hospital de Referência. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, descritivo, transversal, com análise documental em prontuários, determinando-se a amostra por conveniência. Dividiram-se, na análise das variáveis, os dados em: 1ª parte voltada aos dados socioeconômicos e a 2ª parte, aos dados do trauma com o vômito, por meio de um questionário. Armazenaram-se e analisaram-se os dados com o auxílio do *software Microsoft Excel 2013*, e se apresentaram em forma de tabelas. **Resultados:** obteve-se o total de 121 pacientes, com prevalência masculina, de um ano de idade e com queda. Encontrou-se o total de 379 vômitos, apresentando um vômito, no mínimo. Informa-se que não foram utilizados antieméticos em 83,47% dos casos. **Conclusão:** constatarem-se a falta de administração de antieméticos e a escassez de estudos sobre vômito como sintoma principal do TCE leve infantil, proporcionando novas pesquisas. **Descritores:** Traumatismos Craniocerebrais; Vômito; Pré-Escolar; Cuidado da Criança; Perfil de Saúde; Antieméticos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the epidemiological profile of vomiting in case of mild Cranioencephalic Infant Trauma in a Reference Hospital. **Method:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional study with documentary analysis in medical records, determining the sample for convenience. In the analysis of the variables, the data were divided into: 1st part focused on the socioeconomic data and the 2nd part, on the data of the trauma with the vomit, through a questionnaire. The data was stored and analyzed using Microsoft Excel 2013 software, and presented in the form of tables. **Results:** a total of 121 patients, with male prevalence, one year old and with fall were obtained. A total of 379 vomiting were found, with at least one vomit. It is reported that no antiemetics were used in 83.47% of the cases. **Conclusion:** there was a lack of administration of antiemetics and a lack of studies on vomiting as the main symptom of mild childhood TBI, providing new research. **Descriptors:** Head and Brain Injuries; Vomiting; Preschool; Child Care; Health Profile; Antiemetics.

RESUMEN

Objetivo: analizar el perfil epidemiológico del vómito en caso de Trauma Craneoencefálico leve infantil en un Hospital de Referencia. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con análisis documental en prontuarios, determinándose la muestra por conveniencia. Se dividieron en el análisis de las variables los datos en: 1ª parte dirigida a los datos socioeconómicos y la segunda parte, a los datos del trauma con el vómito, por medio de un cuestionario. Se almacenaron y analizaron los datos con la ayuda del *software Microsoft Excel 2013*, y se presentaron en forma de tablas. **Resultados:** se obtuvo el total de 121 pacientes, con prevalencia masculina, de un año de edad y con caída. Se encontró el total de 379 vómitos, presentando un vómito, como mínimo. Se informa que no se utilizaron antieméticos en el 83,47% de los casos. **Conclusión:** se constató la falta de administración de antieméticos y la escasez de estudios sobre vómito como síntoma principal del TCE leve p, proporcionando nuevas investigaciones. **Descriptor:** Traumatismos Craneocerebrales; Vómitos; Preescolar; Cuidado del Niño; Perfil de Salud; Antieméticos.

^{1,3,4}Universidade de Pernambuco / UPE, Recife (PE), Brasil. E-mail: elizabeth.amorim@upe.br; ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-7433-4463> E-mail: silviaelizabeth89@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6104-6406> E-mail: edina.oliveiralima@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4247-6483> E-mail: milanez293@gmail.com ²Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, Recife (PE), Brasil. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8118-0757> Email: silviaelizabeth89@hotmail.com

Como citar este artigo

Amorim ES, Medeiros SEG de, Lima EO, Mendonça PMR de. Perfil epidemiológico do vômito em trauma cranioencefálico leve infantil. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e234616 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.234616>

INTRODUÇÃO

Conhece-se o trauma crânioencefálico também como TCE, sendo difundido como toda e qualquer agressão da normalidade da calota craniana, podendo ser lesada ou não. Pode-se atingir qualquer idade, proveniente de quedas, acidentes automobilísticos ou agressão física, por meio de violência física.¹

Classifica-se somente o TCE como leve a partir do momento em que for realizado um exame neurológico, sendo aplicada a Escala de Coma de Glasgow-ECG, com escores de 15 a 13, assim como por meio de exames de imagens, sendo os principais a tomografia computadorizada e o de raios-x, comprovando que não há profundidade e nem extensão da lesão, assim como são verificados os sinais e sintomas onde se poderá apresentar frequentemente o vômito, independentemente de episódios apresentados.²

Vêm-se daí a necessidade de abordar esse assunto, que é pouco estimulado nas linhas de pesquisa de saúde, e a busca de atualização dos dados de saúde. Informa-se que o vômito, por si só, não caracteriza o TCE, nem ocorre em caso contrário, com isso, busca-se apresentar o perfil epidemiológico das vítimas infantis de TCE leve com o intuito de que, compreendendo o tipo de perfil, se possa conscientizar a comunidade acadêmica e, assim, prevenir com futuras ações em saúde. Reflete-se, assim, sobre o que o TCE leve ocasiona nas crianças e quais as consequências do vômito em um TCE leve.

OBJETIVO

- Analisar o perfil epidemiológico do vômito em caso de Trauma Cranioencefálico leve infantil em um Hospital de Referência.

MÉTODO

Trata-se de estudo de análise documental, por meio de busca de prontuários, além de utilização de estudo do tipo quantitativo, descritivo e transversal. Possui-se o estudo quantitativo, como função primordial, a descrição de características quantificadas de populações como um todo, organizações ou outras coletividades específicas. Contém-se, geralmente, muitas variáveis, utilizando-se técnicas de amostragem para que apresentem caráter representativo.³

Compreendem-se, por esta pesquisa, os prontuários da população de crianças e bebês de ambos sexos, possuindo de zero a quatro anos, que foram atendidos no hospital de estudo, com diagnóstico fechado de TCE leve e apresentaram vômito após o trauma ou durante o tratamento, durante o período de internamento, de janeiro de 2014 a janeiro de 2017, no Estado de Pernambuco-PE. Determinou-se a amostra por meio de

procedimento amostral não probabilístico, do tipo “conveniência”.

Incluíram-se os prontuários de menores de idade, possuindo de zero a quatro anos, que tenham diagnóstico fechado de trauma crânioencefálico leve, independentemente do fator causador que o proporcionou, que apresentaram vômito após o trauma ou durante o internamento e cujo prontuário estivesse acessível e com dados devidamente preenchidos.

Excluíram-se os prontuários de pessoas que estivessem fora da faixa etária de zero a quatro anos, as que possuísem registro interrogado de TCE, as que não apresentaram TCE leve, as que não apresentaram vômitos em momento algum, bem como os prontuários que não foram encontrados no arquivo.

Basearam-se as variáveis de estudo com os objetivos do mesmo, sendo assim, analisaram-se para descrever o perfil epidemiológico da população do estudo: sexo; idade; naturalidade; procedência; período de internamento; causa do trauma; quantidade de vômito; apresentou vômitos após o TCE; apresentou vômitos durante transporte e apresentou vômitos durante internamento; Escala de Coma de Glasgow (GCS), admissão e alta; complicações apresentadas; exames diagnósticos; resultado do tratamento e utilização de antieméticos, tanto no hospital de estudo, quanto no hospital de transferência, e identificação da medicação prevalente para essa finalidade.

Armazenaram-se e analisaram-se, após a coleta, os dados em planilhas do *software Microsoft Excel 2013*. Agruparam-se e catalogaram-se esses dados por meio de um programa computacional de acordo com as necessidades e/ou complexidades impostas pelo problema. Analisaram-se os dados após a correção dos erros de digitação por meio de número absoluto e percentagens. Tabularam-se, por fim, os dados em forma de tabela, com isso, eles foram discutidos conforme a literatura consultada.

Seguiram-se as exigências e preceitos estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelos comitês de ética segundo os números de CAAE 68543817.8.0000.5192 e 68543817.8.3001.5198, respectivamente.

RESULTADOS

Obteve-se um total de 121 pacientes que atenderam aos objetivos do estudo. Levantaram-se, diante disso, 66 pacientes masculinos (54,54%) e 55 pacientes femininos (45,45%), com idades variando de um caso de um dia de vida (0,8%) a 13 casos de quatro anos (10,74%), sendo prevalentes 47 casos possuindo um ano de idade (38,84%),

advindos predominantemente da cidade do Recife em 37 dos casos (30,57%), seguidos de Jaboatão dos Guararapes, com 13 casos (10,74%), e Olinda, com dez casos (8,26%). Revela-se que, dentre as causas, a queda foi o fator mais incidente nos casos encontrados relacionados em 106 pacientes (87,6%); acidentes domésticos, com nove casos (7,43%); agressão, com cinco casos (4,13%) e atropelamento, com um caso (0,8%). Encontraram-se 136 exames realizados ao total (100%) onde o

de raios-x prevaleceu em 66 casos (54,54) e a tomografia computadorizada em 61 casos (50,41%) e, dentre os dois casos, não foi realizado nenhum tipo de exame no local de estudo (1,65%). Abordou-se, para a realização de exame neurológico, a Escala de Coma de Glasgow, de total 15, com 87 dos casos na admissão do paciente e 55 casos na alta hospitalar, porém, ela não foi avaliada em 27 casos na entrada do paciente e em 68 casos na saída hospitalar.

Tabela 1. Distribuição da Escala de Coma de Glasgow no trauma cranioencefálico leve infantil com vômito em um hospital de alta complexidade. Recife (PE), Brasil, 2014-2017.

ECG Entrada	N	%	ECG Saída	N	%
15	87	71,9	15	55	61,98
14	04	3,3	14	00	00
13	03	2,4	Não consta	68	56,19
12	01	0,8	Total	123	118,17
Não consta	27	22,3			
Total	122	100,7			

Levantou-se, diante de todos os pacientes com TCE classificado como leve, o total de 379 vômitos em todos os casos estudados, sendo prevalente, ao

menos, um vômito em 40 dos casos (33,05%); houve, apenas, um caso de 13 repetições de vômitos (0,8%).

Tabela 2. Distribuição da ocorrência de vômitos no trauma cranioencefálico leve infantil em um hospital de alta complexidade. Recife (PE), Brasil, 2014-2017.

	N	%
1x	40	33,05
2x	27	22,3
3x	02	1,65
4x	10	8,26
5x	07	5,78
6x	06	4,95
7x	04	3,30
8x	03	2,47
9x	02	1,65
10x	02	1,65
11x	01	0,8
13x	01	0,8
Total	105	86,66

Destaca-se, em relação ainda ao vômito, que, dos sintomas verificados, foram encontrados apenas vômito em 32 casos (26,44%), porém, em 115 casos estudados ocorreu o vômito após o trauma (95,04%) e em oito casos não ocorreu vômito nos pacientes (6,61%). Encontraram-se, já durante o transporte, 21 casos em que houve sintomas de vômitos (17,35%) e 102 casos onde o mesmo não ocorreu (84,29%), e, durante o internamento no local de estudo, foi observada a presença de vômitos em 26 casos (21,48%) e 97 não foi encontrado esse sintoma (80,16%).

Acrescenta-se que, em geral, dos outros sinais e sintomas, houve a prevalência de sonolência, com 54 casos (44,62%); desmaio, com 20 casos (16,52%), e cefaleia, com 15 casos (12,39%). Destaca-se, das complicações existentes, o hematoma, com 29 casos (23,96%), seguido de fraturas, com dez casos (8,26%), e não houve complicações em 73 casos (60,33%).

Ministraram-se, com isso, 20 medicações de antieméticos (16,52%) e, em 101 casos, não foi utilizado nenhum tipo de administração de antieméticos (83,47%), onde a medicação de maior escolha foi a Bromoprida, em 13 casos (10,74%), seguida de Plasil, em cinco casos e Ranitidina (4,13%), em dois casos (1,65%).

Constatou-se, sobre o tempo de internamento, o período mínimo de algumas horas em 32 casos (26,44%) e máximo de três dias em quatro casos (3,30%), porém, predominou um dia, com 78 casos (64,46%).

Obtiveram-se, dos resultados encontrados, 67 casos destinados à sua residência (55,37%), dois casos que foram transferidos (1,65%) e, em 53 casos, a destinação não foi identificada na alta hospitalar (43,80%).

DISCUSSÃO

Sabe-se que uma das principais causas de morte infantil é provocada por trauma cranioencefálico,

porém, há discrepância entre o adulto e a criança, por ser menor o índice de mortalidade, se comparado ao do adulto.⁴

Ocorre-se o trauma cranioencefálico a qualquer idade, sendo de maior risco no público infantil e prevalente em crianças menores de até um ano de idade, fase esta que tem relação de maiores descobertas e curiosidades necessárias para o seu amadurecimento e crescimento apropriados, porém, durante essas descobertas, a criança está exposta a verdadeiros perigos, tendo em vista as complicações e riscos de vida aos quais passa no seu dia a dia.⁵⁻⁷

Avaliam-se, para que o trauma cranioencefálico seja considerado leve, alguns fatores como: o resultado do exame neurológico, por meio da Escala de Coma de Glasgow (ECG), sendo de 13 a 15 após o tempo de 30 minutos; desmaio no tempo de até 30 segundos, podendo apresentar ausência de memória durante, antes ou após o acontecimento do trauma.¹

Explica-se que o TCE leve infantil é recorrente e causado por quedas em qualquer ambiente, sendo o mais frequente o doméstico e predominante no sexo masculino, assim como muitos autores relatam, em seus estudos, devido à incoordenação motora ou às práticas e atitudes de maior atividade física, muitas vezes, de contato, proporcionando maiores riscos à vida das crianças que, por ser seu *habitat*, sentem mais liberdade para explorar o recinto, com menos preocupação e atuação de seus cuidadores ou pais.^{5,7-9}

Entende-se que o vômito é um dos sinais e sintomas mais importantes, por ser evidenciado nos pacientes durante, antes ou após o trauma, como descrevem outras pesquisas de perfil epidemiológico.⁹ Torna-se necessária a observação desse paciente em até 24 horas para a realização de exames de raios-x ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética, com o intuito de analisar a calota craniana e evidenciar algum tipo de fratura para realizar possíveis intervenções, porém, é importante que os profissionais de saúde conheçam os exames corretos, para não haver gastos desnecessários e não expor a criança à radiação ionizante e a riscos biológicos.^{1,10}

Torna-se o vômito também importante na decisão de qual exame deve ser realizado no paciente, como no caso de se apresentarem dois ou mais episódios eméticos quando se deve realizar, no mínimo, uma tomografia computadorizada.^{1,10}

Variou-se o número de vômitos entre, pelo menos, um vômito por paciente, até treze repetições em apenas um caso, sendo recorrente após o trauma, e os vômitos pós-trauma cranioencefálico (VPTCE) “são mais comuns em crianças por causa do comprometimento vestibular transitório e podem iniciar-se imediatamente ou

horas após o trauma, ocorrendo em episódios únicos ou múltiplos. Assim, enquanto fraturas seriam causadas por forças de contato, náuseas e vômitos seriam decorrentes do movimento do trauma”.¹

Podem-se surgir outros sinais e sintomas concomitantemente ao vômito nos casos de TCE leve infantil como: sonolência, desmaio e cefaleia, que indicam a necessidade de atenção dos profissionais de saúde e prevenção das complicações evitáveis possíveis.⁸⁻⁹

Observaram-se, dentre as complicações, os hematomas e fraturas, comprovando a relação entre vômitos e fraturas como a literatura existente afirma, vindo ao encontro da realidade apresentada por Pereira, que afirma: “A associação entre fraturas cranianas e lesões intracranianas não é tão forte quanto em adultos. Estudos mostram que o vômito não é um fator isolado de risco para pacientes vítimas de TCE leve”.¹

Mostrou-se, neste estudo, que corriqueiramente esse público passa algumas horas em observação e é encaminhado para casa, para poder aliviar a sobrecarga de pacientes internados desnecessariamente ou em locais precários para atender às necessidades desse tipo de clientela. Aconselha-se a ele o retorno ao hospital, caso ocorram alguns sintomas, muitas vezes, sem ser administrado nenhum tipo de medicação, como antiemético, para o tratamento dos vômitos.⁸

Verificou-se que a medicação primordial de escolha foi a bromoprida, por ser um receptor dopaminérgico D2 e, segundo a Anvisa, “É indicado em casos de náuseas e vômitos de origem central e periférica (cirurgias, metabólicas, infecciosas e problemas secundários ao uso de medicamentos)”, portanto, seu uso é eficaz e seguro em tratamentos antieméticos nos casos pediátricos, segundo seus estudos.^{1,12}

CONCLUSÃO

Identificou-se, neste estudo, o perfil epidemiológico de trauma cranioencefálico leve infantil com vômito em um hospital de alta complexidade no município de Recife-PE e, devido à escassez de artigos científicos sobre o assunto abordado, foram encontradas dificuldades a respeito da literatura.

Obteve-se, com isso, o recorte do perfil dessa clientela, tendo em vista a importância de investigar o vômito como sintoma principal do trauma cranioencefálico infantil leve, permitindo novas pesquisas sobre o assunto com a reaplicação do instrumento da pesquisa que atenda às necessidades de saúde da população.

Conclui-se que é notória a utilização de antieméticos, no caso da apresentação de quadro de náuseas e/ou vômitos em pacientes pediátricos, devido à necessidade de observação

imediate após o trauma cranioencefálico e, com isso, há a necessidade de conscientização dos cuidados e atenção dos profissionais de saúde e dos familiares a respeito dos sinais e sintomas recorrentes e dos fatores causadores de TCE.

AGRADECIMENTOS

A Deus, aos familiares e amigos pelo apoio e a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a construção deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Pereira CU, Oliveira DMP, Lima AA. What the pediatrician should know about mild head injury in childhood. *Pediatra Moderna* [Internet]. 2013 May [cited 2018 Aug 10];49(5). Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5378
2. Jerônimo AS, Creôncio SCE, Cavalcanti D, Moura JC, Ramos RA, Paz AM. Factors associated with prognosis of traumatic brain injury: a literature review. *Arq bras neurocir* [Internet]. 2014 [cited 2018 Sept 08];33(3):165-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n3/756167.pdf>
3. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5th ed. São Paulo: Atlas; 2010.
4. Machado Filho JA, Silva AC, Machado MMT, Madureira RA, Carvalho FHA, Santiago LR, Correia LL. Clinical-epidemiological profile of hospitalized children and adolescents by head trauma. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2010 Oct/Dec;23(4):335-42. Doi: [10.5020/2035](https://doi.org/10.5020/2035)
5. Santos F, Casagrande LP, Lange C, Farias JC, Pereira PM, Jardim VMR, et al. Traumatic brain injury: causes and profile of victims attended to at an emergency health clinic in pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. *REME rev min enferm*. 2013 Oct/Dec;17(4):882-7. Doi: [10.5935/1415-2762.20130064](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130064)
6. Silva FS, Carvalho Filha FSS. Trauma skull brain as a problem of public health: an integrative review of the literature. *Rev Facema* [Internet]. 2017 Jan/Mar [cited 2018 Aug 10];3(1):389-95. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/download/170/86>
7. Amorim ES, Silva AR, Lima EO, Mendonça PMR. Epidemiological profile of child victims of cranioencephalic trauma. *J Nurs UFPE on line*. 2017 Oct; 11 (Supl.10):4150-6. Doi: [10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201719](https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201719)
8. Rabelo NN, Cariús C, Tallo FS, Lopes RD. Conduct in nutrition on trauma for clinical. *Rev Bras Clin Med*. 2012 Mar/Apr;10(2):116-21. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n2/a2786.pdf>

9. Ohbuchi H, Hagiwara S, Hirota K, Koseki H, Kuroi Y, Arai N, et al. Clinical Predictors of Intracranial Injuries in Infants with Minor Head Trauma. *World Neurosurgery*. 2017 Feb;98:479-83. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2016.11.045>
10. Ghizoni E, Fraga AM, Baracat EC, Joaquim AF, Fraga GP, Rizoli S, et al. Indications for head computed tomography in children with mild traumatic brain injury. *Rev Col Bras Cir*. 2013 Nov/Dec;40(6):515-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000600016>
11. Lei nº. 9.787, de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 1976 Sept 23 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9787.htm
12. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medicamento Genérico: Bromoprida. Lei nº. 9.787, de 1999 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1999 [cited 2018 June 15]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10221222015&pldAnexo=2960914

Submissão: 16/12/2018

Aceito: 20/02/2019

Publicado: 01/04/2019

Correspondência

Edina de Oliveira Lima

E-mail: edina.oliveiralima@gmail.com



Todo conteúdo desse artigo foi licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)