

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:
redazione@medicoebambino.com

Gli Autori si assumono la responsabilità dei contenuti scientifici della pubblicazione e sono tenuti a dichiarare la presenza o meno di qualsiasi forma di **conflitto di interesse** compilando l'apposito modulo.

I contributi vengono sottoposti a un processo di revisione anonimo. Il parere dei Revisori viene comunicato all'Autore assieme alle conclusioni. Il giudizio espresso riguarda l'interesse per il lettore, la leggibilità, la correttezza e l'appropriatezza delle informazioni contenute.

STRUTTURA DEGLI ARTICOLI

Gli articoli devono avere una dimensione massima di 20.000 battute (3000 parole circa), bibliografia, abstract e box di approfondimento esclusi. Per la rubrica iconografica: 6000 battute al massimo (900 parole circa). Per i casi clinici contributivi: 13.000 battute al massimo (2000 parole circa).

Le **Lettere** vengono, nella maggioranza dei casi, accettate e pubblicate quanto prima. Le dimensioni non devono superare le 3000 battute (500 parole), con al massimo 5 referenze.

TUTTI GLI ARTICOLI DEVONO ESSERE CORREDATI DI:

- 1. Titolo** in italiano e in inglese.
- 2. Nome** per esteso, **cognome** e **qualifica** di tutti gli Autori (professione, Istituto di appartenenza).
- 3. Riassunto/Abstract** in italiano e in inglese (al massimo 2000 battute, pari a 300 parole circa). Nelle ricerche e nelle revisioni, l'abstract va strutturato in: Razionale (o Background), Obiettivi, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni. Per i casi clinici contributivi l'abstract deve avere 1000 battute al massimo (150 parole circa).
- 4. Parole chiave** (da 3 a 5) in italiano e inglese.
- 5. Indirizzo e-mail** per la corrispondenza.
- 6. Figure e Tabelle** se opportune. Per le figure è necessaria la didascalia. Per le tabelle il titolo. Per entrambe il riferimento nel testo e, se opportuno, la fonte. Tutte le figure vanno inviate separate dal testo in formato digitale ad alta risoluzione. Immagini di qualità non idonea possono venir omesse, previa comunicazione all'Autore. Se fosse necessario pubblicare immagini riconoscibili del paziente, l'Autore deve richiedere il **consenso informato** alla pubblicazione al paziente o alla famiglia compilando l'apposito modulo.
- 7. Bibliografia:** va redatta in ordine di citazione (non alfabetico), secondo numerazione araba (1,2, ...). Il numero d'ordine di citazione va indicato in apice nel testo, senza ipertesto e senza parentesi. Gli Autori vanno citati tutti quando non superano il numero di 6. In caso contrario citare i primi 3, seguiti dall'abbreviazione *et al.* A seguire, nell'ordine, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, il volume, la prima e l'ultima pagina del testo. Il font da utilizzare è Times, grandezza 12, interlinea 1,5.

Gli articoli non rispondenti ai requisiti verranno restituiti agli Autori prima di essere valutati.

Tutti gli articoli pubblicati sono citabili e sono validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

Redazione di Medico e Bambino
Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590
redazione@medicoebambino.com

Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 9 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 7 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

FOCUS

1. La profilassi intrapartum (somministrazione di penicillina o ampicillina durante il travaglio) negli ultimi due decenni ha ridotto l'incidenza delle sepsi precoci da streptococco B di circa:

- a) Il 40%; b) Il 60%; c) L'80%.

2. La terapia antibiotica empirica nel trattamento di una sospetta sepsi precoce neonatale prevede come prima scelta l'uso di:

- a) Penicillina (o ampicillina) + aminoglicoside; b) Cefalosporina di terza generazione; c) Cefalosporina di terza generazione + aminoglicoside; d) Vancomicina + aminoglicoside.

3. La penetrazione di un aminoglicosidico a livello della barriera ematoencefalica è complessivamente:

- a) Scarso; b) Adeguata; c) Non sufficientemente studiata.

4. Quale delle seguenti cefalosporine è raccomandata per la profilassi della maggioranza degli interventi chirurgici?

- a) Ceftriaxone o cefotaxime; b) Cefazidime; c) Cefazolina.

5. Quale delle seguenti cefalosporine è attiva nei confronti di *Pseudomonas aeruginosa*?

- a) Ceftriaxone; b) Cefotaxime; c) Cefazolina; d) Cefazidime.

6. In quali delle seguenti infezioni l'uso di una cefalosporina iniettabile (cefotaxime in età neonatale e nel piccolo lattante) è ritenuta essere di prima scelta?

- a) Polmonite; b) Sospetta sepsi precoce; c) Sospetta meningite (precoce o tardiva); d) Enterocolite necrotizzante (chirurgica).

7. In caso di enterocolite necrotizzante, il trattamento antibiotico consigliato in prima istanza prevede l'uso di:

- a) Ampicillina + aminoglicosidico + metronidazolo; b) Cefotaxime + vancomicina; c) Piperacillina-tazobactam; d) Piperacillina-tazobactam + metronidazolo.

8. Quali sono le indicazioni per l'esecuzione della rachicentesi nel neonato e nel piccolo lattante?

- a) Sospetto fondato di sepsi; b) Presenza di segni neurologici; c) Isolamento di un pato-

geno da sangue (se non eseguita in precedenza); d) Mancato miglioramento dopo 48 ore di terapia; e) Tutte le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne b) e c).

9. Un valore di proteina C reattiva elevata in assenza di altri dati indicanti che il neonato è infetto non devono essere l'unica indicazione alla prosecuzione della terapia antibiotica empirica

Vero/Falso

PROBLEMI SPECIALI - DIFETTI IMMUNITARI

10. Nel deficit immunitario non convenzionale con infezione disseminata da micobatteri atipici:

- a) Il gene più frequentemente implicato codifica per la catena $\beta 1$ del recettore per l'interleuchina 12; b) È documentato un difetto di STAT1 (difetto via IL-17); c) È documentato un difetto via TLR3 (trasduzione del segnale del recettore *Toll-like receptor* tipo 3).

11. L'encefalite erpetica è complessivamente rara (incidenza 2-4 casi su 1 milione/anno). I pazienti con suscettibilità all'encefalite erpetica possono avere come difetto genetico l'incapacità a produrre interferoni di tipo I attraverso la via del *Toll-like receptor* tipo 3

Vero/Falso

SE LA CONOSCI LA RICONOSCI

SINDROME DI RUBINSTEIN-TAYBI

12. Nella sindrome di Rubinstein-Taybi (RTS) quale dei seguenti segni clinici è un elemento clinico distintivo?

- a) Naso con columella sporgente in basso; b) Naso con columella sporgente in alto; c) Fessure palpebrali rivolte verso l'alto; d) Pollici molto sottili.

13. Nella sindrome di RTS i pollici e alluci sono slargati in quasi tutti i bambini affetti

Vero/Falso

14. Quale delle seguenti affermazioni è giusta in merito alle caratteristiche cliniche e alle possibili complicanze nei casi di bambini con sindrome di RTS?

- a) Lo sviluppo psicomotorio è normale; b) Non è descritta una maggiore incidenza di anomalie congenite cardiache; c) Un bambino su 4 può avere almeno un episodio di crisi convulsive.

Risposte

FOCUS 1=c; 2=a; 3=a; 4=c; 5=d; 6=c; 7=a; 8=e; 9=Vero; PROBLEMI SPECIALI 10=a; 11=Vero; SE LA CONOSCI LA RICONOSCI 12=a; 13=Vero; 14=c.