

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:
redazione@medicobambino.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 (con al massimo 40 referenze), 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, il fascicolo, la prima e l'ultima pagina del testo e l'eventuale DOI.
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@medicobambino.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 7 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

AGGIORNAMENTO

CALCOLOSI DELLE VIE URINARIE

1. La formazione di calcoli nelle vie urinarie ha come principale causa:

a) Un'alterazione metabolica (es. ipercalcemia, iperossaluria); **b)** Un'infezione; **c)** Anomalie anatomiche (es. stenosi del giunto pieloureterale, megauretere).

2. Quale delle seguenti cause metaboliche di calcolosi nel bambino è la più frequente?

a) Ipercalcemia; **b)** Iperossaluria; **c)** Ipcitruuria; **d)** Iperuricosuria.

3. In presenza di casi di calcoli da struvite, l'agente infettivo più frequentemente riscontrato è:

a) *Escherichia coli*; **b)** *Proteus mirabilis*; **c)** *Pseudomonas aeruginosa*; **d)** *Staphylococcus aureus*.

4. L'imaging radiologico di prima scelta per la diagnosi di calcolosi delle vie urinarie è l'ecografia dell'addome che ha, rispetto alla TC:

a) Una sensibilità del 60% e una specificità del 90%; **b)** Una sensibilità del 75% e una specificità del 100%; **c)** Una sensibilità del 90% e una specificità del 100%.

5. In caso di documentata iperossaluria le modifiche dietetiche che vanno consigliate sono:

a) Riduzione dell'introito di calcio; **b)** Diuretici tiazidici in casi selezionati; **c)** Riduzione dell'assunzione di cioccolato, tè verde, noccioline; **d)** Alcalinizzazione delle urine; **e)** Sia la risposta c) che d) sono corrette.

6. In caso di calcolosi renale la macroematuria è:

a) Sempre presente; **b)** Presente nel 30-50% dei casi; **c)** Molto rara.

FARMACORIFLESSIONI

TERAPIA FARMACOLOGICA IN URGENZA

7. In caso di crisi convulsive e stato di male epilettico, soprattutto in mancanza di un accesso venoso, può essere utilizzato midazolam per via intranasale o per bocca. Qual è

la dose consigliata nella somministrazione per via intranasale, con la relativa dose massima?

a) 0,1 mg/kg (massimo 5 mg); **b)** 0,2 mg/kg (massimo 10 mg); **c)** 0,5 mg/kg (massimo 20 mg).

8. Qual è un possibile errore nella gestione di uno stato di male epilettico?

a) Somministrare midazolam intramuscolo prima di arrivare in ospedale, in mancanza di un accesso venoso; **b)** Somministrare lorazepam come farmaco di prima scelta per via endovenosa; **c)** Somministrare più di due dosi di benzodiazepine in mancanza di adeguata risposta clinica.

9. In caso di stato di male convulsivo, la dose di levetiracetam che si consiglia in caso di mancata risposta ai farmaci di prima scelta è pari a:

a) 10-30 mg/kg; **b)** 30-60 mg/kg; **c)** 70-100 mg/kg.

10. In caso di dolore da trauma, quale delle seguenti affermazioni non è corretta?

a) In generale nessuno studio ha dimostrato la superiorità dell'oppioide rispetto al FANS; **b)** La somministrazione di ketorolac per via endovenosa è molto più efficace rispetto a quella sublinguale; **c)** Il fentanyl può essere utilizzato per via intranasale nel dolore grave.

11. Nel trattamento dell'ipertensione endocranica la terapia iperosmolare con soluzione salina ipertonica al 3% è meno efficace di quella con mannitolo

Vero/Falso

12. Nella tachicardia parossistica sopraventricolare, una dose iniziale di adenosina a 0,2 mg/kg rispetto alla dose di 0,1 mg/kg:

a) Non ha maggiore efficacia nella risoluzione della tachicardia parossistica sopraventricolare; **b)** Ha maggiori effetti collaterali e non è mai consigliata; **c)** Sembra ridurre il rischio assoluto di fallire una cardioversione del 35%.

AGGIORNAMENTO 1=a; 2=a; 3=b; 4=b; 5=c; 6=b; FARMACORIFLESSIONI 7=b; 8=c; 9=b; 10=b; 11=Falso; 12=c.

Risposte