

## 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.

### PROBLEMI CORRENTI EPISTASSI

1. L'età media di incidenza dell'epistassi è:  
a) 3-5 anni; b) 4-6 anni; c) 7-9 anni; d) 10-12 anni.
2. Qual è la percentuale di bambini che può soffrire di epistassi ricorrenti?  
a) 2%; b) 9%; c) 15%; d) 20%.
3. L'epistassi è un fenomeno che è di solito benigno e che non desta preoccupazione. Le bandierine rosse che meritano attenzione e valutazioni specifiche sono:  
a) Età inferiore ai due anni; b) Bilateralità; c) Durata eccessiva del sanguinamento; d) Concomitanza di ecchimosi/petecchie; e) Tutte le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne una.

4. La corretta gestione dell'epistassi, da suggerire anche ai genitori, prevede:  
a) Il posizionamento del bambino in clinostatismo, effettuando la compressione delle ali nasali contro il setto anteriore per 8-10 minuti; b) Il bambino dev'essere messo seduto con la testa inclinata in avanti, effettuando la compressione delle ali nasali contro il setto anteriore per 8-10 minuti; c) Il bambino dev'essere messo seduto con la testa reclinata indietro, effettuando la compressione delle ali nasali contro il setto anteriore per 2-3 minuti e applicando del ghiaccio sulla fronte.

### PERCORSI CLINICI MAL DI SCHIENA

5. La spondilodiscite è un'infezione batterica che interessa due vertebre contigue e il disco interposto. La sede più frequente di infezione riguarda:  
a) Le vertebre cervicali; b) Le vertebre dorsali; c) Le vertebre lombari.
6. Nella spondilodiscite i batteri in causa sono diversi ma quello più frequente è:  
a) *Staphylococcus aureus*; b) *Kingella kingae*; c) *Salmonella*; d) *Bartonella*.

### 7. Nel sospetto di spondilodiscite da *Kingella kingae*, la terapia antibiotica dovrebbe tenere in considerazione che il batterio è:

- a) Sempre sensibile alla clindamicina; b) Resistente ai glicopeptidi; c) Resistente alle cefalosporine.

### 8. In caso di dolore alla schiena che meriti un approfondimento diagnostico, quale delle seguenti affermazioni è giusta in merito alle indagini radiologiche?

- a) Nella stragrande maggioranza dei casi è sufficiente eseguire la radiografia del rachide anche in proiezione latero-laterale; b) La TC con mezzo di contrasto è l'esame di prima scelta; c) La RM è l'esame che consente la migliore caratterizzazione diagnostica.

### 9. Quale delle seguenti affermazioni in merito alla piomiosite è errata?

- a) *Staphylococcus aureus* è il patogeno più frequentemente coinvolto (75-90% dei casi); b) Colpisce più frequentemente l'età adolescenziale; c) Il traumatismo locale può essere un fattore di rischio; d) L'emocoltura è positiva in oltre l'80% dei casi.

### COM'È ANDATA A FINIRE MAL DI SCHIENA

### 10. In che percentuale dei casi di leucemia linfoblastica acuta può essere presente un dolore osseo e/o zoppia?

- a) 5% dei casi; b) 20%; c) 40%; d) 60%.

### 11. Di norma una leucemia linfoblastica acuta che esordisce con disturbi articolari è caratterizzata da cambiamenti minimi o nulli all'emocromo, e assenza di segni specifici di leucemia (pallore, organomegalia, sanguinamento)

Vero/Falso

### 12. Sebbene l'insorgenza di leucemia con sintomi muscoloscheletrici sia associata a un possibile ritardo di diagnosi, questo non incide sulla prognosi

Vero/Falso

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli inediti vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicoebambino.com](mailto: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 (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@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

Risposte

PROBLEMI CORRENTI 1=c; 2=b; 3=e; 4=b; PERCORSI CLINICI 5=c; 6=a; 7=b; 8=c; 9=d; COM'È ANDATA A FINIRE 10=c; 11=Vero; 12=Vero.