

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 10 (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.

PAGINA GIALLA

1. Sulla base dei risultati di recenti studi di metanalisi, l'uso del cortisone nella tubercolosi, sembra avere effetti:

a) Non favorevoli in tutti i casi; b) Favorevoli solo nelle forme organo-specifiche come la meningite, la pleurite, la pericardite; c) Favorevoli in tutte le forme, compresa quella polmonare.

2. I risultati di uno studio francese dimostrerebbero che l'infezione congenita da citomegalovirus sarebbe responsabile di sordità bilaterale nel:

a) 2% dei casi; b) 8% dei casi; c) 20% dei casi.

PROBLEMI SPECIALI

ASCESSO RETROFARINGEO

3. L'ascesso retrofaringeo è più comune come incidenza:

a) < 5 anni; b) Tra i 5 e i 10 anni; c) In età adolescenziale.

4. In caso di sospetto ascesso retrofaringeo all'ispezione della faringe bisogna valutare se è presente la protrusione della parete posteriore (il cosiddetto bulging). Tale segno patognomonico è presente:

a) Nella metà dei casi; b) In circa ¼ dei casi; c) In circa l'80% dei casi.

5. Nell'ascesso retrofaringeo il gold standard per la diagnosi di immagine, tenendo conto in particolare della sensibilità dell'indagine, è costituito:

a) Dall'ecografia delle parti molli del collo; b) Dalla TC (o dalla RMN); c) Dalla radiografia del collo.

6. Secondo alcuni Autori in un bambino stabile come condizioni con ascesso retrofaringeo, il cut-off per decidere se attendere o operare subito è rappresentato da un diametro di 20 mm alla TC. Se si attende, l'intervento va ugualmente previsto se il bambino non migliora dopo 48 ore di terapia antibiotica

Vero/Falso

7. Nell'ascesso retrofaringeo nella scelta empirica della terapia antibiotica endovena va previsto:

a) L'utilizzo di una sola cefalosporina o ampicillina+sulbactam; b) L'utilizzo della sola clindamicina; c) L'associazione di una cefalosporina o ampicillina-sulbactam + clindamicina.

PERCORSI CLINICI

8. L'emangioma capillare non è mai presente alla nascita e di solito si manifesta dopo 3-4 mesi di vita

Vero/Falso

9. Le macchie a vino porto hanno le seguenti caratteristiche tranne una. Identifica quale affermazione è errata:

a) Sono circoscritte e presenti dalla nascita; b) Sono spesso unilaterali e singole; c) Sono localizzate più frequentemente alla testa e al collo; d) Con il tempo tendono quasi sempre a regredire.

10. La rapamicina (Sirolimus) sarebbe efficace nel favorire la regressione di alcune manifestazioni associate alla sclerosi tuberosa quali l'angioliipomatosi polmonare e l'astrocitoma subependimale

Vero/Falso

PEDIATRIA FLASH

11. Una indagine TAC eroga una dose di radiazioni pari a 2-6 clismi del tenue, pari a circa 800 radiografie del torace

Vero/Falso

12. La soglia di radiazioni pericolosa è stata definita dalla letteratura in dose cumulativa effettiva (CED) > 75 mSv. Questa esposizione aumenta il rischio di tumore del:

a) 2%; b) 7%; c) 15%.

PAGINE ELETTRONICHE

13. La cisti dermoide sinusale nasale:

a) È di solito visibile alla nascita o nella prima infanzia; b) Si può associare ad altri quadri malformativi; c) Può avere un drenaggio intermittente di materiale sebaceo; d) Non può avere mai una estensione endocranica; e) Tutte le precedenti sono giuste; f) Tutte le precedenti sono giuste tranne una.

DOMANDE E RISPOSTE

14. Lo screening ecografico postnatale universale delle uropatie non andrebbe attuato in quanto ha un rapporto costi/benefici sfavorevole

Vero/Falso

15. Nei bambini a rischio di celiachia (ad esempio per familiarità) l'introduzione del glutine durante lo svezzamento andrebbe:

a) Sempre ragionevolmente posticipata; b) Fatta subito, senza alcuna indicazione temporale; c) Non è noto quale sia il momento giusto per la sua introduzione.

Risposte

PAGINA GIALLA 1=c; 2=b; PROBLEMI SPECIALI 3=a; 4=a; 5=b; 6=Vero; 7=c; PERCORSI CLINICI 8=Falso; 9=d; 10=Vero; PEDIATRIA FLASH 11=Vero; 12=b; PAGINE ELETTRONICHE 13=f; DOMANDE E RISPOSTE 14=Vero; 15=b.