

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.

LA PAGINA GIALLA

1. Sembra essere dimostrato che nei Paesi anglosassoni, da quando è stata messa in atto la prevenzione con la dieta di esclusione, la prevalenza dell'allergia sia aumentata di 5 volte in 10 anni

Vero/Falso

2. In uno studio pubblicato sul NEJM, 640 lattanti con dermatite atopica sono stati randomizzati a ricevere da subito almeno 6 g/settimana di proteine di arachidi o a escluderle completamente dalla dieta per il tempo dello studio (5 anni). I risultati dimostrano che:

a) Un'allergia clinicamente espressa è presente nel 17,2% dei lattanti in dieta di esclusione e nel 3,2% dei lattanti che hanno assunto le proteine delle arachidi; b) Un'allergia è molto più frequente nei bambini che hanno assunto arachidi rispetto a quelli in dieta di esclusione; c) Non c'è differenza tra i due gruppi.

3. È noto che il propranololo è efficace nel trattamento degli emangiomi. Uno studio randomizzato recente dimostra che la percentuale di remissione completa degli emangiomi in bambini di età compresa tra 1 e 5 mesi, dopo 6 mesi di trattamento, è pari a:

a) 30% dei trattati vs 10% dei non trattati; b) 60% dei trattati vs 4% dei non trattati; c) 90% dei trattati vs 20% dei non trattati.

4. Il rischio di sviluppare la stenosi ipertrofica del piloro aumenta di 13 e 8 volte rispetto all'atteso se l'eritromicina e l'azitromicina sono somministrate nei primi 15 giorni di vita

Vero/Falso

PROBLEMI CORRENTI - ALIMENTAZIONE VEGETARIANA IN PEDIATRIA

5. In Italia stime recenti dicono che la percentuale delle persone che pratica una dieta vegetariana è pari a:

a) 3%; b) 9%; c) 19%.

6. I legumi rispetto alla carne hanno un contenuto in ferro:

a) Circa uguale; b) Tre-quattro volte inferiore; c) Tre-quattro volte superiore.

7. Quali alimenti nella dieta vegana sono esclusi rispetto alla dieta vegetariana?

a) Legumi; b) Frutta secca; c) Uova e latticini.

8. Quale delle seguenti vitamine in chi fa la dieta vegana richiede una indispensabile supplementazione?

a) Acido folico; b) Vitamina B12; c) Vitamine A e E.

PROBLEMI SPECIALI

ESOTROPIA E DIPLOPIA

9. Nella classificazione dell'esotropia concomitante acuta acquisita, quale delle tre forme eziologiche viene riferita a una causa secondaria a ipertensione endocranica?

a) Il tipo I; b) Il tipo II; c) Il tipo III.

10. Nei casi di esotropia riferibili a vizi di refrazione quale dei seguenti è quello di più frequente riscontro?

a) L'ipermetropia; b) La miopia; c) Entrambe in percentuali simili.

PROBLEMI SPECIALI - LA SECREZIONE EMATICA DAL CAPEZZOLO

11. La secrezione ematica dal capezzolo sotto l'anno di vita è una evenienza rara che nella stragrande maggioranza dei casi è dovuta:

a) A una ectasia dei dotti mammari, da causa incerta, a prognosi nella stragrande maggioranza dei casi benigna; b) A una mastite; c) A un adenoma ipofisario.

12. La secrezione ematica dal capezzolo è sempre bilaterale

Vero/Falso

RICERCA - IL PEDIATRA E LE SINDROMI NELLA PRATICA

13. Nella ricerca condotta su una coorte di circa 100.000 assistiti da 101 pediatri di famiglia, quale è risultata essere la percentuale dei bambini-adolescenti con patologia cronica complessa (sindromi genetiche, malattie metaboliche, patologie del SNC)?

a) Pari allo 0,2%; b) Pari allo 0,9%; c) Pari al 2%.

DOMANDE E RISPOSTE ANGIOEDEMA RICORRENTE

14. L'angioedema ereditario da carenza di inibitore della C1 esterasi per cosa si caratterizza?

a) Per accompagnarsi sempre all'orticaria; b) Per rispondere sempre all'antistaminico e al cortisone; c) Per la possibile associazione con ricorrenti e gravi episodi di coliche addominali.

15. Quale delle seguenti forme di angioedema ricorrente è il più frequente in età pediatrica?

a) L'angioedema ereditario; b) L'angioedema allergico; c) L'angioedema idiopatico.

Risposte

PAGINA GIALLA 1=Vero; 2=a; 3=b; 4=Vero; PROBLEMI CORRENTI 5=b; 6=c; 7=c; 8=b; PROBLEMI SPECIALI (ESOTROPIA) 9=c; 10=a; PROBLEMI SPECIALI (CAPEZZOLO) 11=a; 12=Falso; RICERCA 13=b; DOMANDE E RISPOSTE 14=c; 15=c.