

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.

LINEE GUIDA - LA PRIMA INFEZIONE URINARIA FEBBRILE IN BAMBINI DI ETÀ COMPRESA TRA 2 MESI E 3 ANNI

1. La sensibilità e la specificità dell'esterasi leucocitaria per la diagnosi di infezione delle vie urinarie (IVU) allo stix urine è pari a:

- a) 79% sensibilità, 87% specificità; b) 49% sensibilità, 98% specificità; c) 91% sensibilità, 96% specificità.

2. La sensibilità e la specificità dei nitriti per la diagnosi di IVU allo stick urine è pari a:

- a) 79% sensibilità, 87% specificità; b) 49% sensibilità, 98% specificità; c) 88% sensibilità, 79% specificità.

3. In caso di sospetta IVU, l'ospedalizzazione è indicata:

- a) Sempre; b) In presenza di condizioni critiche (segni di sepsi, disidratazione, vomito); c) Se la compliance alla terapia non è affidabile; d) Se la febbre persiste dopo 3 giorni di trattamento antibiotico adeguato; e) Se la febbre persiste dopo 2 giorni di trattamento antibiotico adeguato; f) Se sono presenti le condizioni b), c) o d); g) Se sono presenti le condizioni b), c) o e).

4. In un bambino con IVU febbrile non complicata, la terapia antibiotica per via orale:

- a) È inferiore come efficacia a quella parenterale; b) È parimenti efficace; c) Deve essere iniziata solo dopo alcuni giorni di terapia antibiotica parenterale.

5. L'antibiotico per via orale indicato nelle linee guida come di prima scelta nel trattamento dell'IVU è:

- a) Nitrofurantoina; b) Ciprofloxacina; c) Amoxicillina + acido clavulanico; d) Cefibuten/cefixime; e) Cotrimossazolo.

6. Nel caso in cui si renda necessario iniziare un trattamento antibiotico per via parenterale, la dose raccomandata per l'amoxicillina + acido clavulanico/sulbactam è pari a:

- a) 60 mg/kg/die in 3-4 dosi; b) 100 mg/kg/die in 3-4 dosi; c) 200 mg/kg/die in 3-4 dosi.

7. La dose raccomandata di gentamicina è:

- a) 3-4 mg/kg/die in singola dose; b) 6-7,5 mg/kg/die in singola dose; c) 6-7,5 mg/kg/die in 2-3 dosi; d) 10 mg/kg/die in 2-3 dosi.

8. La durata consigliata attualmente per il trattamento antibiotico di una IVU febbrile è di:

- a) 7 giorni, sia per uso orale che parenterale; b) 7 giorni se terapia parenterale, 10 giorni se orale; c) 10 giorni sia per uso orale che parenterale.

9. La profilassi antibiotica dopo il primo episodio di IVU febbrile è consigliata:

- a) In tutti i casi; b) Solo nelle femmine; c) Se si evidenzia una qualsiasi dilatazione calicopielica all'ecografia renale; d) Nei casi di reflusso vescico-ureterale (RVU) \geq 1 grado; e) Nei casi di RVU di IV e V grado.

10. L'efficacia del succo di mirtillo per la prevenzione delle recidive di IVU è al momento:

- a) Dimostrata; b) Non dimostrata; c) Dubbia.

11. Dopo una prima IVU è consigliabile eseguire l'ecografia renale:

- a) Il prima possibile durante l'IVU febbrile; b) Durante l'IVU nei casi complicati (ad esempio febbre persistente dopo 3 giorni di terapia antibiotica appropriata, oliguria); c) 2-4 settimane dopo; d) Sia la risposta b) che c) sono corrette.

12. L'ecografia renale ha un alto valore predittivo per l'identificazione di tutti i casi che hanno un RVU

Vero/Falso

13. Reperti ecografici anomali rappresentano un fattore di rischio per le cicatrici renali secondarie a IVU

Vero/Falso

14. Dopo un primo episodio di IVU la cistografia o la cistoscintigrafia o la cistosonografia sono indicate:

- a) Sempre; b) In presenza di una dilatazione della pelvi anche senza segni ecografici aggiuntivi; c) Se l'ecografia mostra ipoplasia renale, ispessimento dell'ureterio della pelvi e dilatazione della pelvi e dei calici, dilatazione ureterale, anomalie vescicali; d) Quando è in causa un batterio diverso da *Escherichia coli*; e) Sia in presenza del quadro c) che d).

Risposte

LINEE GUIDA 1=a; 2=b; 3=f; 4=b; 5=c; 6=b; 7=b; 8=c; 9=e; 10=c; 11=d; 12=Falso; 13=Vero; 14=e.