

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.

LINEE GUIDA - RENE SINGOLO

1. L'incidenza annuale del rene singolo congenito (RSC) è pari a:

a) 1/1000 nascite; b) 1/2000; c) 1/3000; d) 1/5000.

2. Quale tra le seguenti affermazioni è corretta nella distinzione tra il rene multicistico e quello policistico?

a) Entrambi sono bilaterali; b) L'outcome è favorevole per entrambi; c) L'outcome è favorevole per il rene multicistico; d) È più frequente il rene policistico rispetto a quello multicistico.

3. In merito all'evoluzione del RSC, quale delle seguenti affermazioni è corretta?

a) Di regola va incontro a crescita compensatoria; b) La crescita compensatoria è molto rara; c) La crescita compensatoria è diversa tra maschi e femmine.

4. Nell'inquadramento del RSC, quale delle seguenti raccomandazioni è corretta?

a) Per la diagnosi definitiva un'ecografia neonatale (eseguita da un operatore esperto) è sufficiente nella maggior parte dei casi; b) Va sempre eseguita la scintigrafia renale per confermare l'assenza anatomica o funzionale del rene; c) Vanno sempre eseguite sia l'ecografia renale che l'uro-risonanza.

5. In merito alla necessità di eseguire esami di laboratorio alla diagnosi di RSC, le linee guida prevedono che:

a) Vada eseguito un esame urine per escludere la presenza di proteinuria nei casi con un RSC ecograficamente normale; b) Nei casi con RSC ecograficamente anomalo si raccomanda di eseguire un dosaggio quantitativo delle proteine all'esame urine e il dosaggio della creatinemia; c) Sia la risposta a) che quella b) sono corrette; d) Il dosaggio della proteinuria quantitativa e della creatinemia vanno eseguiti in tutti i casi di RSC, indipendentemente dall'aspetto ecografico.

6. Il RSC si può associare a malformazioni extra-renali. A riguardo quale delle seguenti affermazioni/raccomandazioni riportate nelle linee guida è errata?

a) In presenza di un RSC deve essere sempre eseguita la consulenza genetica; b) Ogni bambina con RSC deve eseguire uno screening per malformazioni genitali mediante ecografia addomino-pelvica tra il telarca e il menarca; c) Il RSC può associarsi a quadri sindromici.

NEONATOLOGIA - CASO PER CASO

7. Per la prevenzione della displasia broncopulmonare (BDP) del neonato pretermine quali delle seguenti procedure sono raccomandate?

a) Somministrazione precoce del surfactante; b) Uso precoce di un supporto respiratorio a pressione continua positiva (CPAP); c) Precoce intubazione e ventilazione assistita; d) Sia la risposta a) che b) sono corrette; e) Sia la risposta a) che c) sono corrette.

8. L'incidenza della BDP può essere ridotta dall'uso preventivo di antibiotici intrapartum e nei primi giorni di vita

Vero/Falso

9. L'enterocolite necrotizzante (NEC) riguarda in modo particolare in neonato pretermine ma anche, molto più raramente, quello a termine. Tra i fattori di rischio modificabili vanno considerati:

a) L'alimentazione artificiale con formula; b) L'uso prolungato della terapia antibiotica; c) La disbiosi intestinale; d) Tutti i precedenti.

10. Il latte materno costituisce il principale strumento preventivo della NEC

Vero/Falso

SE LA CONOSCI LA RICONOSCI ACONDROPLASIA

11. I pazienti con acondroplasia presentano, oltre alle caratteristiche cliniche che orientano la diagnosi (disarmonia, bassa statura, macrocrania), un maggiore incidenza di possibili condizioni cliniche associate. Quali tra le seguenti?

a) Deficit intellettivo; b) Diabete di tipo I; c) Possibile stenosi del forame magno; d) Iper-tono assiale.

12. In merito al trattamento dell'acondroplasia, per favorire la crescita staturale:

a) Non è disponibile alcun trattamento; b) È indicata la terapia giornaliera con l'ormone della crescita con buoni risultati; c) È da poco disponibile un farmaco (vosoritide) che viene somministrato per via sottocutanea.

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 (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

Risposte

LINEE GUIDA 1=b; 2=c; 3=a; 4=a; 5=c; 6=a; NEONATOLOGIA 7=d; 8=Falso; 9=d; 10=Vero; SE LA CONOSCI LA RICONOSCI 11=c; 12=c.