

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 in 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 8 (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.

PAGINA GIALLA

1. Uno studio pubblicato recentemente su Lancet ha dimostrato che la deprivazione affettiva nelle prime fasi della vita crea un danno a distanza sul neurosviluppo di bambini:

- a)** Che sono stati adottati, indipendentemente dalla loro permanenza o meno in un orfanotrofio; **b)** Che sono stati in orfanotrofio nei primi 6 mesi di vita e poi adottati; **c)** Che sono stati in orfanotrofio per un periodo superiore ai 6 mesi di vita e poi adottati; **d)** In tutti i bambini ai punti a, b e c.

2. Si discute molto sui possibili danni al cervello del bambino piccolo (< 3 anni) esposto a sedazione/anestesia. In attesa di ulteriori studi in corso, sembra essere dimostrato che:

- a)** Tutti i farmaci sedativi/anestetici, hanno effetti nocivi sul cervello; **b)** Brevi esposizioni all'anestetico anche nei bambini con età < 3 anni non sembrano avere conseguenze apprezzabili sul neurosviluppo; **c)** Per il suo meccanismo di azione la dexmedetomidina non avrebbe effetti negativi sul neurosviluppo; **d)** Entrambe le risposte b e c sono corrette.

AGGIORNAMENTO

MALATTIA DI KAWASAKI (MK)

3. Che percentuale di casi di MK si presentano con forme incomplete o atipiche?

- a)** 10%; **b)** 20%; **c)** 40%.

4. Nella MK l'ecocardiogramma precoce può essere utile soprattutto per:

- a)** Rilevare gli eventuali aneurismi coronarici che si evidenziano già dai primi giorni di malattia; **b)** Il riscontro dei possibili segni di una miocardite con diminuzione della contrattilità del ventricolo sinistro, evidenza di una possibile pericardite; **c)** Escludere un possibile coinvolgimento dell'arteria polmonare.

5. Qual è il rischio complessivo di sviluppare aneurismi coronarici di un bambino con MK correttamente trattata con immunoglobuline?

- a)** Meno del 5%; **b)** 15%; **c)** 25%.

6. In merito all'uso del cortisone nella MK quale delle seguenti affermazioni è corretta?

- a)** Non andrebbe mai utilizzato in quanto è dimostrato che aumenta il rischio di sviluppo degli aneurismi coronarici; **b)** Va preso in considerazione solo ed esclusivamente nei casi che non rispondono a due dosi di immunoglobuline; **c)** Una recente metanalisi avrebbe dimostrato che il suo uso precoce in associazione con le immunoglobuline sarebbe in grado di ridurre l'incidenza degli aneurismi coronarici.

7. È dimostrato che l'uso dell'acido acetilsalicilico a dosaggio antinfiammatorio (80-100 mg/kg/die) è in grado di modificare in senso favorevole la prognosi cardiologica nella MK

Vero/Falso

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA
ASMA DIFFICILE E OMALIZUMAB

8. Rispetto a un asma che non risponde alla terapia correttamente prescritta (in conformità con le linee guida) la principale causa da considerare è che:

- a)** che vi sia una cattiva compliance alla terapia; **b)** Che vi sia un difetto immunitario concomitante; **c)** Che la diagnosi più probabile sia quella di sindrome di Churg-Strauss.

9. Quale tra i seguenti criteri non è previsto per l'autorizzazione all'uso dell'omalizumab nell'asma bronchiale?

- a)** Asma allergico persistente grave da oltre 12 mesi non controllato dalle dosi massime di glucocorticoidi per via inalatoria e beta2-agonisti a lunga durata di azione; **b)** Funzionalità respiratoria (FEV₁) < 80% all'inizio del trattamento per i pazienti con età > 12 anni; **c)** Scarso controllo della malattia asmatica; **d)** Non evidenza di positività per un allergene perenne al prick test o al RAST.

10. È stato chiaramente dimostrato che l'uso dell'omalizumab è in grado di modificare la storia naturale della patologia asmatica

Vero/Falso

PEDIATRIA FLASH

IPERLASSITÀ LEGAMENTOSA

11. In un quadro di iperlascità legamentosa la presenza di una pelle sottile e translucida, soprattutto al torace, e la facilità a procurarsi ematomi deve fare pensare più facilmente a quale delle seguenti condizioni?

- a)** Sindrome di Marfan; **b)** Omocisteinuria classica; **c)** Sindrome di Sticker; **d)** Sindrome di Ehlers-Danlos.

12. La sindrome di Marfan si può associare a una dilatazione aortica severa. Quale delle seguenti affermazioni è giusta in merito a questa condizione?

- a)** La dilatazione aortica non predispone alla dissecazione aortica; **b)** La dilatazione aortica predispone alla dissecazione aortica in più di un terzo dei casi affetti (età media 36 anni, il 5% entro i 20 anni); **c)** La dilatazione aortica predispone alla dissecazione aortica nel 100% dei casi affetti (età media 50 anni, 30% entro i 20 anni).

Risposte

PAGINA GIALLA 1=c; 2=d; AGGIORNAMENTO 3=b; 4=b; 5=a; 6=c; 7=Falso; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 8=a; 9=d; 10=Falso; PEDIATRIA FLASH 11=d; 12=b.