

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 11 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 8 (50%), sono troppo difficili. Oppure voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

PIEDE PIATTO

1. Il piede piatto comincia a essere clinicamente interessante solo quando diventa sintomatico
Vero/Falso

2. Il piede piatto è praticamente sempre asintomatico
a) Sotto i 4 anni; b) Sotto i 6 anni; c) Sotto gli 8 anni; d) Sotto i 12 anni.

3. Solo una quota dei piedi piatti degli adolescenti merita un intervento (chirurgico o fisioterapico). Questa quota è, grosso modo, pari a:
a) <10%; b) 10-30%; c) 30-50%; d) >50%.

IMPETIGINE

4. L'impetigine è dovuta:

a) Allo *Staphylococcus aureus*; b) Allo *Streptococcus piogenes*; c) Allo *Staphylococcus epidermidis*; d) A tutti e tre questi patogeni; e) A due di questi patogeni.

5. Il trattamento corretto dell'impetigine è, nei casi non complicati, un trattamento locale. L'acido fusidico e la mupirocina hanno una efficacia equivalente
Vero/Falso

IPOGLICEMIA NEONATALE

6. Il limite per la diagnosi di ipoglicemia neonatale e per il suo trattamento è:
a) 30 mg%ml; b) 35 mg%ml; c) 40 mg%ml; d) 45 mg%ml.

7. Monitoraggio e prevenzione della ipoglicemia neonatale vanno effettuati:
a) In tutti i bambini; b) Solo nei bambini pretermine o di basso peso; c) In questi ultimi e in molte altre categorie a rischio.

8. La prevenzione dell'ipoglicemia neonatale si basa:

a) Sulla somministrazione precoce di una quota energetica adeguata del pasto "normale"; b) Sulla somministrazione di soluzione glucosata per via venosa; c) Sulla somministrazione di soluzione glucosata per via enterale continua; d) Tutte queste scelte possono essere corrette.

STIPSI E PEG

9. I polietilenglicoli (PEG) sono normalmente indicati per ripulire l'intestino come tempo preparatorio alla colonscopia. Possono esse-

re utilizzati anche per:

a) Risolvere una invaginazione; b) Trattare una stipsi cronica; c) Disimpattare un intestino bloccato da un fecaloma; d) Affrontare tutte e tre queste situazioni; e) Tratarne due solamente.

10. Il polietilenglicole 4000 viene utilizzato alla concentrazione del 7% e l'effetto desiderato è in funzione della quantità globale della pozione
Vero/Falso

11. Quale di queste affermazioni è scorretta? L'aggiunta di sali nella pozione di PEG è:

a) Necessaria per evitare la disidratazione; b) Teoricamente non necessaria ma cautelativa per le alte quantità; c) Svantaggiosa alla palatabilità e alla compliance per le piccole quantità.

CASI INDIMENTICABILI

12. La neuro-complicanza più comune della varicella è rappresentata:

a) Dalle convulsioni febbrili; b) Dalla sindrome di Guillain-Barré; c) Dalla cerebellite.

RUBRICA ICONOGRAFICA

13. La scleroderma si accompagna a patologia vascolare del tipo:

a) Fenomeno di Raynaud; b) Eritromelalgia; c) Vasculite.

DOMANDE E RISPOSTE

14. Nel bambino di età superiore ai 2 anni, in condizioni particolari che richiedano una vaccinazione anti-pneumococcica, come le otiti ricorrenti o la splenectomia, o la falce mia, è meglio usare il 23-valente non coniugato piuttosto che il 7-valente coniugato
Vero/Falso

15. L'ipersensibilità al latte vaccino che si presenta con shock-urticaria-angioedema al primo biberon verso i 3 mesi di vita ha una probabilità di auto-risoluzione all'anno di età:

a) Bassa; b) Discreta; c) Molto alta.

16. La non contagiosità potenziale della epatite C è garantita:

a) Dalla normalizzazione delle transaminasi; b) Dalla sieronegativizzazione; c) Dalla scomparsa dell'RNA virale.

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso:
Medico e Bambino, via S. Caterina 3
34122 Trieste. Tel 040 3728911
Fax 040 7606590

È possibile l'invio anche per e-mail:
redazione@medicoebambino.com

Le **dimensioni** ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura). Contributi più brevi sono comunque benvenuti, così come brevi segnalazioni da riportare nella rubrica "Osservatorio". Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni).

Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), di dimensioni comprese tra 600 e 800 battute, avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali.

Le **illustrazioni** (disegni, grafici, tabelle) sono opportune. In linea di massima non dovrebbero eccedere le 6-8 illustrazioni (comprese le tabelle) per articolo. Si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate.

Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o per posta. Va indicato il nome dell'Autore, a chi inviare la corrispondenza, con n° di telefono, fax ed e-mail.

Le **lettere** saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. È opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario.

La **bibliografia** va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al sesto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, l'indicazione del volume, la prima e l'ultima pagina del testo, nell'ordine.

Tutti i contributi, sia quelli inviati alla rivista che quelli richiesti dal Comitato Scientifico, saranno vagliati dal comitato stesso e comunque inviati a tre **referee** esterni. Il giudizio del referee sarà comunicato all'Autore assieme con le conclusioni (accettato, accettato dopo modifiche, respinto) e gli eventuali suggerimenti. Si ricorda che il giudizio del Comitato Editoriale così come quello richiesto ai referee riguarda sia l'interesse e la validità dei contenuti sia la leggibilità dell'articolo e la sua fruibilità pratica da parte dei lettori.

La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni di **editing**, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore per approvazione.

Le **Pagine elettroniche** ospitano:

Contributi originali, suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte dei referee e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in abstract sulla pagina verde. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio per e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (vedi sopra). Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali. Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

Risposte

PIEDE PIATTO 1=Vero; 2=b; 3=a; IMPETIGINE 4=e; 5=Vero; IPOGLICEMIA NEONATALE 6=d; 7=c; 8=d; STIPSI E PEG 9=e; 10=Vero; 11=a; CASI INDIMENTICABILI 12=c; RUBRICA ICONOGRAFICA 13=a; DOMANDE E RISPOSTE 14=Falso; 15=c; 16=c.