

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 13 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se a meno di 9 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

AGGIORNAMENTO - PIASTRINE

1. La trombocitopenia primitiva immune (PTI) ha una prevalenza pari a:

a) 3-4 nuovi casi/10.000/anno; b) 6-7 nuovi casi/100.000/anno; c) 100 nuovi casi/100.000/anno.

2. La PTI in età pediatrica tende a risolversi entro 6 mesi dalla diagnosi nel:

a) 15% dei casi; b) 40% dei casi; c) 70% dei casi.

3. Una piastrinopatia ereditaria con piastrine di piccole dimensioni può essere indicativa di quale delle seguenti condizioni?

a) Sindrome di Bernard-Soulier; b) Piastrinopenia con assenza del radio; c) Sindrome di Wiskott-Aldrich; d) Malattia MYH9-correlata.

4. L'anemia ferrocarenziale può essere associata a:

a) Un aumento delle piastrine; b) Una diminuzione delle piastrine; c) Non influenza il valore delle piastrine.

5. Un valore delle piastrine > 1.000.000/mmc da causa reattiva deve sempre essere trattato con terapia antiaggregante Vero/Falso

PROBLEMI SPECIALI

LA SINDROME DI ALAGILLE

6. Con quale frequenza si presenta la sindrome di Alagille?

a) 1:10.000 nati; b) 1:50.000 nati; c) 1:80.000 nati.

7. In oltre il 90% dei casi è dovuta ad aploinsufficienza del gene JAG1 Vero/Falso

8. Oltre al quadro di epatopatia colestatica è presente nella quasi totalità dei casi una cardiopatia congenita (85-97% dei casi) che si può manifestare come:

a) Stenosi periferica dell'arteria polmonare; b) DIV; c) Tetralogia di Fallot; d) Sindrome del cuore sinistro ipoplasico; e) Tutte le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne una.

9. Tra le anomalie oculari la più caratteristica è l'embriotoxon posteriore Vero/Falso

10. Tra le anomalie scheletriche la più tipica è il riscontro di "vertebra a farfalla" Vero/Falso

FARMACORIFLESSIONI

PROPRANOLOLO

11. L'emangioma capillare infantile interessa:
a) L'1-2% dei lattanti; b) Il 4-5%; c) Sino al 10%.

12. La stragrande maggioranza degli emangiomi capillari compare durante

a) Il 1° mese di vita; b) Il 3° mese; c) Il 12° mese.

13. Il propranololo è il farmaco di prima scelta per il trattamento degli emangiomi ulcerati, con localizzazioni a livello del fegato o alte vie respiratorie o che comportano deficit funzionali. La sua efficacia è stata stimata essere:

a) >90% dei casi; b) 50-70%; c) 30-50%.

14. Gli effetti collaterali del trattamento con propranololo possono essere i seguenti:

a) Alterazioni del sonno (agitazione, insonnia); b) Ipoglicemia; c) Wheezing-bronco-spasmo; d) Tachicardia; e) Tutti i precedenti; f) Tutti i precedenti tranne uno.

15. Il dosaggio ottimale del propranololo in base al rapporto efficacia/effetti collaterali è nella maggioranza dei casi di 2 mg/kg/die Vero/Falso

PEDIATRIA FLASH

NEUROFIBROMATOSI

16. La neurofibromatosi di tipo 2 può avere un interessamento oculare, la cui manifestazione tipica è la riduzione dell'acuità visiva e la presenza di cataratta Vero/Falso

17. In età pediatrica i pazienti che presentano un meningioma isolato che probabilità hanno di avere la neurofibromatosi di tipo 2?

a) 5%; b) 20%; c) 30%.

18. Che tipo di ereditarietà ha la neurofibromatosi di tipo 2?

a) Autosomica dominante; b) Autosomica recessiva; c) X linked; d) Non è una patologia ereditaria.

19. La prevalenza attuale della neurofibromatosi di tipo 2 è stimata essere pari a:

a) 1:20.000; b) 1:60.000; c) 1:100.000.

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=b; 2=c; 3=c; 4=a; 5=Falso; PROBLEMI SPECIALI 6=b; 7=Vero; 8=e; 9=Vero; 10=Vero; FARMACORIFLESSIONI 11=b; 12=a; 13=a; 14=f; 15=Vero; PEDIATRIA FLASH 16=Vero; 17=b; 18=a; 19=b.