

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.

PAGINA GIALLA, ANGOLO SPECIALIZZANDI DEFICIT DI ATTENZIONE CON IPERATTIVITÀ (ADHD)

1. Una recente metanalisi sulla terapia farmacologica per l'ADHD ha dimostrato che:

a) Il farmaco di prima scelta per il trattamento è l'atomoxetina, che ha anche minori effetti collaterali; b) Il farmaco più efficace per il trattamento nel bambino-adolescente è il metilfenidato; per il trattamento dell'adulto sono risultate le anfetamine; c) Nessuno dei farmaci sperimentati è risultato essere più efficace del placebo.

2. In che percentuale dei casi i bambini con ADHD hanno un genitore con lo stesso tipo di disturbo?

a) 5%; b) 20%; c) 40%.

3. Uno studio inglese che ha valutato l'associazione tra ADHD e disturbo ticcoso ha dimostrato che:

a) La prevalenza dei tic è la stessa tra i bambini con ADHD e i controlli sani; b) I tic sono meno frequenti nei casi con ADHD rispetto alla popolazione generale; c) Un disturbo ticcoso cronico è presente in circa il 10% dei bambini con ADHD contro il 2% dei casi di controllo.

4. Quale delle seguenti affermazioni che riguardano la gestione del bambino con ADHD è corretta?

a) Il ruolo (efficace) delle terapie comportamentali è sempre lo stesso, indipendentemente da quando vengono iniziate; b) Quando il bambino con ADHD è molto piccolo può essere sufficiente in alcuni casi la sola parte educativa. Ma se il problema persiste nella scuola primaria bisogna ricorrere ai farmaci, possibilmente prima degli 8 anni; c) Il metilfenidato non andrebbe utilizzato prima dei 10 anni di età.

5. La prognosi dei bambini con ADHD dipende molto dalla precocità della diagnosi e della presa in carico

Vero/Falso

EDITORIALE, IL COMMENTO, AGGIORNAMENTO - STROKE ISCHEMICO

6. L'incidenza dello stroke in età pediatrica, escludendo quella neonatale, è pari a:

a) 1-6/100.000 bambini; b) 25-50/100.000; c) 50-75/100.000.

7. Si stima che il rischio di ricorrenza di episodi di stroke ischemico sia pari a:

a) 5-10% dei casi; b) 20-30%; c) La metà dei casi.

8. Tra le seguenti cause di stroke, quelle più frequentemente in causa sono:

a) Le patologie vascolari; b) Le malattie metaboliche; c) I traumi; d) Le cardiopatie congenite.

9. Il distretto vascolare cerebrale più interessato in caso di stroke è:

a) Quello cerebellare; b) Quello dell'arteria basilare; c) Quello dell'arteria cerebrale media.

10. Le ultime linee guida della NICE sullo stroke in età pediatrica consigliano di eseguire lo screening trombotico:

a) In acuto; b) A distanza di due mesi dall'evento; c) Sia in fase acuta che a distanza di alcuni mesi.

11. Quali possono essere gli esiti a distanza di uno stroke ?

a) 65% deficit motori, 50% disturbi cognitivi, 45% crisi epilettiche; b) 25% deficit motori, 50% disturbi cognitivi, 20% crisi epilettiche; c) 50% deficit motori, 50% disturbi cognitivi, 15% crisi epilettiche.

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA ORTICARIA EMORRAGICA

12. La presenza di lesioni emorragiche non esclude la diagnosi di orticaria acuta para- o post-infettiva (OPI). Secondo alcuni Autori al di sotto dei 2 anni di età la percentuale di OPI con lesioni emorragiche è:

a) Molto bassa, meno del 10% dei casi; b) Fino al 50% dei casi; c) E' praticamente sempre presente.

13. Nell'orticaria infettiva con componente emorragica le lesioni sono fisse

Vero/Falso

14. Entrano in diagnosi differenziale con l'orticaria infettiva: l'eritema multiforme, la reazione simile alla malattia da siero e l'edema acuto emorragico. Quale dei seguenti sintomi/segni è tipico dell'orticaria infettiva?

a) Edema del volto o acrale; b) Febbre; c) Dermografismo; d) Mialgia/artralgia concomitante.

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli inediti vanno inviati via e-mail a:
redazione@medicobambino.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@medicobambino.com

Risposte

PAGINA GIALLA, ANGOLO SPECIALIZZANDI 1=b; 2=b; 3=c; 4=b; 5=Vero; EDITORIALE, IL COMMENTO, AGGIORNAMENTO 6=a; 7=b; 8=a; 9=c; 10=b; 11=a; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 12=b; 13=Falso; 14=c.