

NORME REDAZIONALI

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore. Tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, che pubblica prevalentemente articoli sulla pediatria ambulatoriale e generalistica, per lo più di aggiornamento, ma anche su esperienze personali o di gruppo, o di riflessione, o di casistica ("Perché si sbaglia", "Rubrica iconografica", "Oltre lo specchio"), o di politica sanitaria, sono sicuramente molto graditi.

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

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

□ Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura), oltre alle illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). 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). Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. 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 quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'indicazione del volume, la prima pagina del testo, l'anno, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

□ Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta.

□ La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore. Le lettere saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. Per le lettere è opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario, senza modificare la sostanza del contenuto.

PAGINE ELETTRONICHE

Le pagine elettroniche di M&B ospitano

Contributi originali (2-4 a numero), suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di un gruppo di referee e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in abstract su questa pagina verde ENTRO 60 GG DALL'INVIO. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio in 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 (citazione in ordine di comparsa nell'articolo, i primi 3 AA, titolo, collocazione per volume, pagina, anno). L'abstract sarà elaborato in redazione. La sua traduzione in lingua inglese accompagnerà la pubblicazione in esteso "on line". Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni. L'indice di lettura è ragionevolmente alto (circa 300 "visitatori" al giorno). I contributori riceveranno 5 estratti della pubblicazione in esteso.

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 12 (75%), 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.

SIDS

1. Per quale dei seguenti fattori di rischio non modificabile non è stata individuata una rilevante significatività statistica?

a) QT>97°centile; b) Peso alla nascita <2500 g; c) Stagione invernale; d) Gemellarità, indipendentemente dal peso alla nascita; e) Presenza di infezione respiratoria.

2. Per quale dei seguenti fattori di rischio evitabile, non è stata individuata una sicura rilevanza statistica?

a) Allattamento artificiale; b) Fumo materno; c) Posizione prona; d) Posizione sul fianco.

3. La prevalenza della SIDS in Italia è:

a) Un po' inferiore allo 0,2%; b) Un po' inferiore allo 0,1%; c) Non esistono dati attendibili su cui fare una stima.

4. Le campagne di informazione capillare su base nazionale circa la posizione nel sonno hanno dato sinora risultati inferiori all'attesa.

Vero/Falso

FARMACI E LATTE

5. L'assunzione da parte della nutrice di estrogeni a basso dosaggio è controindicata perché disturba la produzione di latte e può indurre femminilizzazione nel lattante.

Vero/Falso

6. Di regola, la dose di un farmaco assunta dal lattante corrisponde a 1% di quella assunta dalla madre; quindi è in linea di massima trascurabile.

Vero/Falso

7. L'assunzione di citostatici e di cloramfenicolo da parte della nutrice è controindicato.

Vero/Falso

GENGIVOSTOMATITE

8. Una delle seguenti affermazioni è sbagliata:

a) Lo HSV è responsabile sia dell'herpes labiale sia dell'herpes genitale; b) I due sierotipi HSV1 e HSV2 possono entrambi dare le due forme cliniche; c) Lo HSV1 è più contagioso dello HSV2 e quindi tendenzialmente si acquisisce in età più precoce; d) I due sierotipi danno protezione crociata.

9. La dermatite erpetiforme di Kaposi è dovuta alla sovrapposizione di un'infezione erpetica sulla dermatite atopica.

Vero/Falso

10. L'eczema herpeticum è spesso complicato da una sovrapposizione batterica.

Vero/Falso

11. Lo HSV dopo la prima infezione persiste per tutta la vita nell'organismo infetto.

Vero/Falso

12. La gengivostomatite erpetica (una sola risposta è giusta):

a) È la manifestazione clinica più tipica della primo-infezione da HSV; b) Si osserva in tutti i bambini che contraggono l'infezione da HSV1; d) Non si accompagna a lesioni bollose extra-orali; e) Si verifica per una caduta transitoria delle difese immunitarie nei soggetti portatori di HSV.

13. La gengivostomatite erpetica (una di queste risposte è falsa, indicala):

a) Colpisce prevalentemente bambini in età relativamente tenera; b) Si accompagna a febbre alta che può persistere anche più di una settimana; c) Ha spesso un interessamento viscerale (epatico, linfatico, ematologico); d) Non è contagiosa; e) Le riaccensioni del virus determineranno di regola una *herpes labialis*.

14. Un delle seguenti affermazioni è sbagliata:

a) La dose terapeutica dell'Aciclovir per la gengivostomatite corrisponde a 20-30 mg/kg/die; b) Va data in 3 somministrazioni al dì; c) Va mantenuta per 10 gg; d) Un trattamento protratto per molti mesi riduce il rischio di ricaduta di cheratite.

IPERTROFIA ADENOIDEA

15. Una delle seguenti affermazioni è scorretta:

a) Una sindrome di ostruzione nasale non è obbligatoriamente dovuta a ipertrofia adenoidea; b) La maggior parte delle sindromi ostruttive nasali di grado medio-lieve o moderato sono sostenute esclusivamente da patologia allergica o infettiva rino-sinusale; c) La totalità dei casi di ostruzione nasale molto severa è dovuta a ipertrofia adenoidea di grado severo, peraltro spesso associata a patologia allergica e/o infettiva; d) Tutte queste affermazioni sono vere, eccetto una.

16. Una delle seguenti affermazioni è scorretta:

a) Nella maggior parte dei casi di ostruzione nasale, anche con ipertrofia adenoidea, la terapia medica è completamente efficace; b) La rinoscopia anteriore, associata alla fibroscopia, permette di definire la causa e l'indicazione terapeutica più efficace alla quasi totalità delle sindromi ostruttive; c) La fibroscopia può essere effettuata anche in bambini di 2-3 anni; d) Tutte queste affermazioni sono vere, eccetto una.

SIDS 1=d; 2=a; 3=b; 4=falso; FARMACI E LATTE 5=falso; 6=Vero; 7=Vero; GENGIVOSTOMATITE 8=d; 9=Vero; 10=Vero; 11=Vero; 12=d; 13=d; 14=b; IPERTROFIA ADENOIDEA 15=b; 16=c

Risposte