

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 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 dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

PAGINA GIALLA

1. L'esecuzione della TAC comporta un maggiore rischio di sviluppo di tumore in età pediatrica. Questo aumento di rischio rispetto all'atteso sarebbe pari al:
a) 10%; b) 24%; c) 40%.

AGGIORNAMENTO

SINDROME DI KAWASAKI

2. Nei bambini di età inferiore a 5 anni l'incidenza della sindrome di Kawasaki (SK) in Europa è di:
a) 5-10 casi/100.000; b) 15-25/100.000; c) 30-50/100.000.

3. Tra le manifestazioni atipiche della SK vanno considerate:
a) Il vomito e la diarrea; b) Le mialgie/artralgie; c) Un franco quadro di artrite; d) Infiltrati/noduli polmonari; e) Tutti le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne una.

4. Sempre tra le manifestazioni atipiche della SK può esserci la sindrome da attivazione macrofagica (MAS) Vero/Falso

5. Il trattamento tempestivo della SK con le immunoglobuline permette di ridurre le complicanze cardiache al:
a) 3-5%; b) 10-15%; c) 25%.

6. Con quale frequenza si manifesta una refrattarietà alla prima somministrazione di immunoglobuline (con persistenza o ricorrenza della febbre)?
a) 5% dei casi; b) 10-15%; c) 30%.

7. Recenti studi clinici controllati hanno dimostrato che l'aggiunta dello steroide alla terapia convenzionale con immunoglobuline:
a) Non diminuirebbe il rischio di danno coronarico; b) Peggiorerebbe il rischio; c) Diminuirebbe il rischio.

PROBLEMI SPECIALI - LATE PRETERM

8. I neonati late preterm sono quelli che nascono con una età gestazionale compresa tra:
a) 32+0 e 34+6; b) 34+0 e 36+6; c) 36+0 e 38+6.

9. La frequenza dei late preterm è stimata essere, nelle diverse casistiche, pari al:
a) 2-4% di tutti i nati; b) 5-10%; c) 15-20%.

10. I neonati late preterm sono a maggiore rischio di avere rispetto ai neonati a termine:
a) Episodi di ipoglicemia e ipocalcemia; b) Distress respiratorio; c) Problemi psico-attitudinali nelle varie età dello sviluppo; d) Tutti i precedenti; e) Tutti i precedenti tranne uno.

PERCORSI CLINICI

11. La SMA1 (atrofia muscolare spinale di tipo 1) ha una ereditarietà:
a) Legata al sesso; b) Autosomica recessiva; c) Autosomica dominante.

12. Quale delle seguenti affermazioni sulla SMA1 è errata?
a) La velocità di conduzione nervosa è sempre ridotta; b) Ha una età di esordio prenatale o nei primi mesi; c) Possono essere presenti movimenti distali (mani e piedi); d) Le CPK sono normali o poco mosse.

ICONOGRAFICA

13. Il lichen striatus è una manifestazione cutanea acquisita di tipo infiammatorio a eziologia sconosciuta. Nella sua caratterizzazione quale delle seguenti affermazioni è errata?
a) È una eruzione cutanea che compare abbastanza rapidamente; b) È formata inizialmente da micropapule a volte arrossate di aspetto verrucoso; c) Presenta una fase successiva di schiarimento e appiattimento delle lesioni; d) Dura di solito pochi giorni.

14. La terapia del lichen striatus richiede sempre un trattamento con steroide topico Vero/Falso

PEDIATRIA FLASH

15. Nell'artrite idiopatica giovanile (AIG) il farmaco attualmente di prima scelta che si utilizza per l'artrocentesi è il triamcinolone esacetone (Lederlon) che sarebbe più efficace rispetto al triamcinolone acetone (Kenacort) Vero/Falso

16. La necrosi asettica conseguente all'infiltrazione intrarticolare di cortisone è un evento:
a) Estremamente raro; b) Relativamente frequente; c) Il rischio non è stimabile.

Risposte

PAGINA GIALLA 1=b; AGGIORNAMENTO 2=a; 3=e; 4=Vero; 5=a; 6=b; 7=c; PROBLEMI SPECIALI 8=b; 9=b; 10=d; PERCORSI CLINICI 11=b; 12=a; ICONOGRAFICA 13=d; 14=Falso; PEDIATRIA FLASH 15=Vero; 16=a.