

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 10 (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.

LINEE GUIDA - BRONCHIOLITE

1. La bronchiolite è la più frequente infezione delle basse vie respiratorie nel bambino piccolo (<12 mesi) e il virus respiratorio sinciziale (VRS) è il principale agente infettante. Quale risulta essere la sua prevalenza?

a) 35-50% dei casi; b) 60-75%; c) 80-90%.

2. Le Linee Guida dell'AAP e il documento di Consensus italiano della SIP del 2014 sulla bronchiolite raccomandano che la radiografia del torace:

a) Andrebbe fatta in tutti i casi per formalizzare la diagnosi, distinguendola da altre patologie respiratorie; b) Non andrebbe eseguita di routine; c) Andrebbe eseguita a seconda del riscontro ascoltorio del torace.

3. In corso di bronchiolite il riscontro possibile di un'area ateleasica polmonare è una evenienza:

a) Molto rara, indicativa di una complicanza; b) Possibile sino a 1/4 dei casi; c) Possibile ma solo nei casi che non rispondono alla terapia.

4. Quale delle seguenti affermazioni sul trattamento farmacologico della bronchiolite è corretta?

a) L'uso dei beta-2 stimolanti andrebbe sempre considerato come test prova di risposta anche nel bambino di pochi mesi di vita; b) L'uso del cortisonico per via inalatoria è risultato essere efficace in studi clinici controllati nel migliorare la saturazione di ossigeno; c) L'uso del cortisonico per via sistemica è efficace nel ridurre la frequenza dei casi che devono essere ospedalizzati; d) Non si dovrebbero somministrare steroidi inalatori e sistemici nei bambini con bronchiolite in nessun setting assistenziale.

5. L'uso dei macrolidi nella bronchiolite per la loro efficacia antiinfiammatoria è in grado di abbreviare la durata della sintomatologia clinica

Vero/Falso

6. La somministrazione di fluidi nella bronchiolite è parimenti efficace per via endovenosa o mediante sondino naso-gastrico

Vero/Falso

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

LA LINFADENITE DI KIKUCHI-FUJIMOTO (KF)

7. La linfadenite di KF può essere isolata, ma anche accompagnarsi a sintomi sistemici

Vero/Falso

8. Si stima che la linfadenite di KF sia responsabile anche in età pediatrica di circa il 6% delle forme persistenti

Vero/Falso

9. Nella letteratura recente i casi recidivanti di linfadenite di KF sembrano riguardare il:

a) 5% dei casi; b) 15%; c) 30%.

PAGINA VERDE - SFEROICITOSI

10. Diversi sono i geni associati alla sferocitosi. In quale percentuale dei casi è spiegabile una sferocitosi con una mutazione de novo o su base recessiva e non autosomica dominante?

a) 10% dei casi; b) 25%; c) Sino al 40%.

11. In un paziente con sferocitosi la decisione di eseguire la splenectomia dipende, oltre che dal grado di emolisi, anche dalle dimensioni della milza

Vero/Falso

12. Di solito a quale età è possibile prendere in considerazione la splenectomia nei casi che ne hanno indicazione?

a) Non prima dei 4 anni; b) Non prima dei 6 anni; c) Non prima dei 10 anni.

PEDIATRIA FLASH

OSSIGENOTERAPIA AD ALTI FLUSSI

13. Studi osservazionali retrospettivi che hanno utilizzato nella bronchiolite l'ossigenoterapia ad alti flussi vs l'ossigenoterapia convenzionale hanno dimostrato che gli alti flussi:

a) Sarebbero in grado di ridurre i tassi di intubazione; b) Migliorano in modo significativo la saturazione; c) Riducono l'end-tidal CO₂; d) Tutte le precedenti; e) Tutte le precedenti tranne una.

14. Qual è il flusso massimo raccomandato (e nei casi impegnativi consigliato)?

a) 0,5 l/kg; b) 1,0 l/kg; c) 2,0 l/kg; d) 3,0 l/kg

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 CORREDDATI 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

Risposte

LINEE GUIDA 1=b; 2=b; 3=b; 4=d; 5=Vero; 6=Vero; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 7=Vero; 8=Vero; 9=c; PAGINA VERDE 10=b; 11=Falso; 12=b; PEDIATRIA FLASH 13=d; 14=c.