

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 8 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

AGGIORNAMENTO - ANAFILASSI

1. Si stima che l'incidenza di un episodio di anafilassi a rischio di morte (life-threatening) sia compreso tra:

a) 1 su 1000 e 1 su 10.000 casi; b) 1 su 10.000 e 1 su 100.000 casi; c) 1 su 100.000 e 1 su un milione di casi.

2. Quale delle seguenti affermazioni sulle manifestazioni cutanee associate all'anafilassi è giusta?

a) I sintomi cutanei sono assenti nel 10-20% delle anafilassi; b) Se non c'è la comparsa dell'orticaria non si tratta di anafilassi; c) I sintomi cutanei sono sempre i primi a comparire.

3. Quale delle seguenti è la causa più comune di anafilassi?

a) Farmaci; b) Sforzo fisico in un paziente atopico; c) Alimenti; d) Imenoterici; e) Lattice.

4. La via di somministrazione dell'adrenalina da utilizzare in caso di anafilassi è:

a) Per via sottocutanea, in quanto sicura ed efficace; b) Per via intramuscolare; c) Sempre in prima istanza per via endovenosa.

5. In merito alla somministrazione di adrenalina per via intramuscolare, qual è la dose che deve essere utilizzata (si fa riferimento alla dose non diluita con acqua per preparazioni iniettabili)?

a) 0,001 ml/kg (dose massima 0,05 ml); b) 0,01 ml/kg (dose massima 0,5 ml); c) 0,1 ml/kg (dose massima 5 ml).

6. Quale delle seguenti affermazioni sugli antistaminici nell'anafilassi è errata?

a) Possono essere usati per trattare l'anafilassi nella sua fase iniziale, e l'adrenalina va riservata ai casi in cui i sintomi peggiorano; b) Se usati per via endovenosa possono causare ipotensione; c) Non hanno alcuna azione sui sintomi cardiovascolari, respiratori e dell'apparato digerente che possono caratterizzare l'anafilassi.

7. I cortisonici nell'anafilassi possono prevenire le reazioni anafilattiche ritardate o bifasiche

Vero/Falso

8. In che fascia di età si verificano più frequentemente gli eventi anafilattici gravi?

a) 0-5 anni; b) 6-10 anni; c) Adolescenti e giovani adulti.

9. Nei bambini allergici all'uovo, quale delle seguenti affermazioni è giusta in merito alla somministrazione dei vaccini contro morbillo-rosolia-parotite e influenza?

a) Sono controindicati entrambi i vaccini; b) Sono potenzialmente pericolosi e vanno sempre somministrati in ambiente protetto; c) Non è stata osservata alcuna reazione per entrambi i vaccini.

PROBLEMI SPECIALI

INFEZIONE DA VIRUS DI EPSTEIN-BARR

10. Nell'infezione da virus di Epstein-Barr (EBV) la diagnosi sierologica permette la definizione cronologica dello status dell'infezione. Le IgM anti-VCA:

a) Compaiono precocemente e persistono per circa 1-2 mesi; b) Compaiono precocemente e persistono per meno di due settimane; c) Compaiono dopo un mese dall'infezione.

11. Nell'infezione da EBV le IgG anti-VCA e anti-EBNA si formano dopo:

a) Circa 10 giorni dall'infezione e scompaiono precocemente; b) Circa 1-2 mesi e rimangono dosabili tutta la vita; c) Circa dopo 3 mesi e rimangono dosabili tutta la vita.

12. In caso di infezione da EBV cronica attiva si possono avere alti livelli di IgM anti-VCA, alti livelli di IgG anti-VCA e assenza di anti-EBNA

Vero/Falso

13. In caso di infezione da EBV, quando bisogna pensare a una concomitante immunodeficienza primitiva o secondaria?

a) Se l'infezione è severa o tende alla cronicizzazione; b) Se è associata a spie di immunodisregolazione come: linfopenia, ipogammaglobulinemia, ricorrenti episodi infettivi maggiori a carattere invasivo; c) Se si associa a citopenia bilineare e splenomegalia; d) Tutte le precedenti; e) Tutte le precedenti tranne una.

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

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=c; 2=a; 3=c; 4=b; 5=b; 6=a; 7=Falso; 8=c; 9=c; PROBLEMI SPECIALI 10=a; 11=b; 12=Vero; 13=d.