

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 (con al massimo 40 referenze), 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, il fascicolo, la prima e l'ultima pagina del testo e l'eventuale DOI. 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 9 (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.

AGGIORNAMENTO

SHOCK SETTICO

1. Viene definita sepsi precoce neonatale quella che ha un esordio entro le prime:

- a) 48 ore di vita; b) 72 ore; c) 7 giorni; d) 30 giorni.

2. In base ai risultati di due studi italiani, l'incidenza della sepsi precoce neonatale è di:

- a) 0,6 casi su 1000; b) 2 casi su 1000; c) 5 casi su 1000; d) 10 casi su 1000.

3. Viene definita sepsi tardiva quella che insorge entro:

- a) 30 giorni di vita; b) 60 giorni; c) 90 giorni.

4. Quali sono i microrganismi prevalenti che possono causare shock settico tardivo nei Paesi ad alto reddito?

- a) Streptococco di gruppo B ed *Escherichia coli*; b) *Streptococcus pneumoniae* ed *Escherichia coli*; c) Stafilococchi coagulanti-negativi, *Escherichia coli* e *Staphylococcus aureus*.

5. Secondo alcuni studi i livelli sierici di lattato nello shock settico potrebbero essere un marker indiretto di ipoperfusione tissutale

Vero/Falso

PROBLEMI SPECIALI

DIGIUNO E SEDAZIONE PROCEDURALE

6. Le linee guida (LG) più recenti (americane ed europee) per il digiuno pre-anestesia generale hanno fissato come tempo minimo di intervallo per il latte materno:

- a) 2 ore; b) 4 ore; c) 6 ore; d) 8 ore.

7. Per i liquidi chiari (acqua, succo senza polpa, tè), a seconda delle LG europee o americane:

- a) 1-2 ore; b) 3-4 ore; c) 5-6 ore.

8. Per i solidi (cibi leggeri non grassi) e latte in formula:

- a) 4 ore; b) 6 ore; c) 8 ore; d) 10 ore; e) 12 ore.

9. Il rischio di aspirazione polmonare in corso di sedazione procedurale rispetto all'anestesia generale risulta essere:

- a) Lo stesso; b) Complessivamente minore; c) Non ci sono evidenze sufficienti per comparare il rischio tra le due pratiche.

10. Secondo quelle che sono le evidenze più recenti, sembra che il rischio di aspirazione polmonare in corso di sedazione procedurale sia più dipendente dalle caratteristiche del bambino (ASA-score) e dal tipo di procedura piuttosto che dal tempo di digiuno

Vero/Falso

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

EMATOCOLPO

11. Il termine ematocolpo indica una raccolta di sangue nella cavità vaginale. L'età più tipica della diagnosi è:

- a) Quella fetale/neonatale; b) Prepuberale, 5-9 anni; c) Puberale, tra 10-15 anni.

12. L'anomalia urogenitale congenita più frequente responsabile di ematocolpo è:

- a) L'agenesia vaginale distale; b) Il setto vaginale trasverso; c) L'imene imperforato.

13. Quale delle seguenti affermazioni in caso di ematocolpo è corretta?

- a) Il quadro clinico più tipico di presentazione è quello della amenorrea primaria; b) La ritenzione urinaria è presente nella stragrande maggioranza dei casi; c) Il dolore addominale accompagna tutti i casi di ematocolpo.

14. In alcune casistiche della letteratura il dolore lombare come unico sintomo di ematocolpo che percentuale dei casi riguarda?

- a) 10%; b) 15%; c) 30%; d) 50%.

15. Le conseguenze possibili di una diagnosi e di un trattamento tardivi dell'imene imperforato/ematocolpo possono essere:

- a) L'adesione tubarica; b) L'endometriosi pelvica; c) Le lesioni delle vie urinarie; d) Tutte le precedenti; e) Tutte le precedenti tranne una.

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=b; 2=a; 3=c; 4=c; 5=Vero; PROBLEMI SPECIALI 6=b; 7=a; 8=b; 9=b; 10=Vero; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 11=c; 12=c; 13=a; 14=a; 15=d.