

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 voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

FOCUS AMORESSIA

1. Nella storia delle adolescenti anorressiche si riscontra una incidenza significativa di incesto?

Vero/Falso

2. L'amenorrea è un fenomeno obbligatorio per la diagnosi di anoressia mentale nella femmina pubere?

Vero/Falso

3. La bulimia spesso si sovrappone all'anoressia nervosa?

Vero/Falso

4. La bradicardia è il principale criterio predittivo di esito infausto a breve termine?

Vero/Falso

5. Di fronte a uno dei seguenti segni (calo di peso del 10% rispetto all'anno, BMI < 5° centile, amenorrea secondaria):

a) Ricerchi prima di tutto una patologia ipofisaria (MRN); b) Una malattia autoimmune (emocromo, VES, PCR, ANA); c) Una celiachia (hTTGA); d) Ti orienti per un disturbo del comportamento alimentare; e) Tutte queste ipotesi vanno tenute in considerazione dall'inizio; f) Tutte queste ipotesi vanno prese in considerazione eccetto una; g) Tutte queste scelte sono accettabili meno una.

6. Tutti i seguenti segni possono orientare verso un disturbo del comportamento alimentare eccetto uno. Quale?

a) Ripetute diete dimagranti senza che ci sia un eccesso ponderale; b) Distorta immagine del proprio corpo; c) Abbuffate non accompagnate da un eccesso ponderale; d) Pianto frequente, insonnia, inappetenza, inattività, incapacità a prendere decisioni; e) Ricorso a emetici, lassativi, diuretici senza indicazione medica.

DIARREA PERSISTENTE

7. Nella diarrea cronica aspecifica le raccomandazioni seguenti sono tutte corrette eccetto una. Quale?

a) Aumentare l'apporto di grassi; b) Aumentare l'apporto di fibre; c) Aumentare l'apporto di liquidi; d) Ridurre i succhi di frutta.

8. Una sola di queste affermazioni è corretta:

a) Esistono studi in favore dell'uso dei FANS nella diarrea cronica aspecifica; b) Non c'è evidenza della utilità delle pectine nella diarrea cronica post-enteritica; c) Non c'è eviden-

za della utilità degli amidi a bassa digeribilità nella diarrea cronica post-enteritica; d) La prima cosa da fare davanti a una diarrea cronica post-enteritica è sospendere il latte e il glutine.

TRE REGOLE PER TRE MALATTIE

9. Quale di queste affermazioni NON è condivisibile?

a) La rialimentazione dopo la diarrea deve essere pronta, senza sostanziali modificazioni rispetto alla dieta precedente; b) La soluzione reidratante orale è l'unica terapia indiscutibile della diarrea acuta; c) La terapia antibiotica non serve, ma dà una sostanziale tranquillità. d) L'aggiunta alla soluzione reidratante orale di amido a scarsa digeribilità migliora la prognosi del colera.

10. Nella genesi dei DAR l'*Helicobacter pylori* non c'entra per niente

Vero/Falso

11. I DAR possono essere l'espressione di una emicrania addominale?

Vero/Falso

12. L'introduzione cauta e tardiva di glutine nella fase di svezzamento del lattante costituisce una efficace prevenzione della malattia celiaca?

Vero/Falso

13. Se il test di sensibilità al glutine (EMA o hTTGA) è negativo all'età di 4 anni è praticamente certo che non si positivizzerà mai più?

Vero/Falso

DOMANDE E RISPOSTE

14. La tosse può determinare una sincope convulsiva riflessa?

Vero/Falso

15. Quale di queste affermazioni NON è corretta

a) Il dito a scatto interessa esclusivamente il pollice; b) Il dito a scatto è dovuto a uno scorporamento inadeguato del tendine nella puleggia; c) Il dito a scatto può comparire in qualunque momento dell'età evolutiva; d) Il dito a scatto è un'indicazione ragionevole all'intervento.

PAGINE VERDI

16. La somministrazione di amoxicillina nei soggetti con mononucleosi infettiva provoca, di regola, un rash?

Vero/Falso

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@medicoebambino.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'anno, l'indicazione del volume, la prima pagina e l'ultima del testo, 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 referere e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in abstract sulla pagina verde ENTRO 90 GIORNI DALL'INVIO. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio per 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. L'abstract sarà elaborato in redazione. Un summary in lingua inglese accompagnerà la pubblicazione sia in abstract che 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.

Risposte

FOCUS ANORESSIA 1=Vero; 2=Vero; 3=Vero; 4=Vero; 5=g; 6=d; DIARREA PERSISTENTE 7=c; 8=a; TRE REGOLE PER TRE MALATTIE 9=c; 10=Vero; 11=Vero; 12=Falso; 13=Falso; DOMANDE E RISPOSTE 14=Vero; 15=a; PAGINE VERDI 16=Vero