

## 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.

### L'ESPERIENZA CHE INSEGNA UNA FEBBRE CHE SOFFIA

#### 1. La maggioranza delle endocarditi infettive (EI) è causata da:

a) Streptococchi (inclusi quelli del gruppo Viridans); b) Stafilococchi; c) Enterococchi; d) Batteri Gram-negativi.

#### 2. I criteri validati per la diagnosi di EI sono quelli di Dukes (modificati). Quali dei seguenti sono ritenuti criteri "maggiori" per la diagnosi?

a) Risultati ecocardiografici positivi per EI; b) Emocolture positive; c) Febbre persistente; d) Condizione cardiaca predisponente; e) Tutte le precedenti; f) Sia la condizione a) che la b).

#### 3. Sulla base dei criteri clinici la diagnosi di EI viene ritenuta "certa" in presenza di:

a) Due criteri maggiori; b) Un criterio maggiore e 3 criteri minori; c) Cinque criteri minori; d) Tutti i precedenti tranne uno; e) Tutti i precedenti.

#### 4. Nel caso in cui per il trattamento della EI si utilizzi l'associazione endovena di due classi di antibiotici (di solito ceftriaxone/cefotaxime + aminoglicoside) la durata della terapia prevista è di:

a) 10 giorni; b) 14 giorni; c) 21 giorni; d) 28 giorni.

### FARMACORIFLESSIONI IPERSENSIBILITÀ AI FANS

#### 5. L'ipersensibilità ai FANS in età pediatrica rispetto all'età adulta è:

a) Più comune; b) Ha la stessa incidenza; c) È meno comune.

#### 6. Le reazioni da ipersensibilità sono distinte in reazioni di tipo non allergico (o da intolleranza) e di tipo allergico (o selettive). Quelle di tipo non allergico in età pediatrica sono pari a:

a) 10% dei casi; b) 30%; c) 50%; d) 70%.

#### 7. Le forme di ipersensibilità da intolleranza si caratterizzano per essere:

a) Prick negative; b) Spesso dose-dipendenti; c) Da "esagerata" inibizione di COX-1; d) IgE-mediate; e) Le risposte a), b) e c) sono corrette; f) Le risposte: b), c) e d) sono corrette.

#### 8. Non vi sono test in vitro utili per la diagnosi, per cui la conferma dell'ipersensibilità può essere data solo dal test di provocazione orale

Vero/Falso

#### ABC - INVAGINAZIONE ILEOCOLICA

#### 9. L'età media di insorgenza dell'invaginazione ileocolica è compresa tra:

a) 3-12 mesi; b) 6-18 mesi; c) 3-24 mesi; d) 6-36 mesi.

#### 10. Tra i segni e i sintomi dell'invaginazione intestinale può essere presente una condizione di letargia e/o irritabilità che riguarda che percentuale di casi?

a) 17%; b) 27%; c) 47%; d) 67%.

#### 11. Nella pratica clinica, in che percentuali di casi è presente la classica triade sintomatologica, caratterizzata da dolore addominale, massa palpabile e feci "a gelatina di ribes", a cui si pensa quando si parla di invaginazione intestinale?

a) 15%; b) 30%; c) 50%; d) 70%.

#### 12. Quale delle seguenti affermazioni sull'invaginazione ileocolica è errata?

a) Nel 90% dei casi interessa bambini con un'età compresa tra i 3 mesi e i 2 anni e in questa fascia di età è quasi sempre idiopatico; b) Tra le cause secondarie il diverticolo di Meckel è quello più frequente; c) Il gold standard per la diagnosi è la radiografia diretta dell'addome; d) Il vaccino contro il rotavirus non sembra aumentare il rischio di invaginazione intestinale.

#### 13. La probabilità di ricorrenza dell'invaginazione è di circa il 10% dopo il trattamento conservativo e in circa la metà dei casi si verifica entro 3 giorni

Vero/Falso

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli inediti vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicobambino.com](mailto:redazione@medicobambino.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, 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@medicobambino.com](mailto:redazione@medicobambino.com)

## Risposte

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 1=a; 2=f; 3=e; 4=b; FARMACORIFLESSIONI 5=c; 6=d; 7=e; 8=Vero; ABC 9=b; 10=d; 11=a; 12=c; 13=Vero.