

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

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.

LA PAGINA GIALLA

1. Un recente studio danese su una coorte di 50mila neonati con diagnosi prenatale di idronefrosi ha dimostrato che la percentuale di quelli che non vanno incontro ad alcuna complicanza è pari al:

a) 72%; b) 50%; c) 30%.

2. Lo studio danese ha anche dimostrato che vanno seguiti solo i neonati che hanno una pielectasia confermata alla prima ecografia postnatale di dimensioni pari o superiori a:

a) 5 mm; b) 8 mm; c) 12 mm.

3. Un recente studio italiano condotto in Pronto Soccorso, che ha confrontato l'efficacia nel vomito in corso di gastroenterite (dopo il fallimento del primo tentativo di reidratazione orale) di ondansetron e domperidone nei confronti del placebo, ha dimostrato che:

a) L'ondansetron è significativamente più efficace del placebo e del domperidone (nel ridurre la necessità di reidratazione per via endovenosa); b) L'ondansetron e il domperidone sono ugualmente efficaci; c) Nessuno dei due farmaci è risultato essere efficace.

4. Sempre dai risultati di questo studio, qual è la percentuale dei casi che non ha dovuto fare ricorso all'uso del farmaco antivomito in quanto in grado di assumere con successo la soluzione reidratante orale?

a) 64% (due terzi dei casi); b) 30% dei casi; c) 15% dei casi.

5. Un recente studio retrospettivo su oltre 35 mila bambini che avevano ricevuto dosi corrette di ondansetron ha dimostrato che il farmaco:

a) È a rischio di determinare aritmie anche in bambini sani; b) È molto sicuro in merito al rischio di aritmia e che una particolare precauzione nell'uso riguarda solo i bambini con cardiopatia sottostante (congenita o aritmogena); c) Non determina aritmie.

PERCORSI CLINICI - L'EBV CHE NON MI ASPETTO: MASe CI PENSO...!

6. Per la diagnosi di linfocitocitosi emofagocitica (HLH) sono stati individuati nel 2004 alcuni criteri clinici e di laboratorio. Una diagnosi può essere formalizzata se sono presenti almeno 5 criteri su 8. In merito a questi

criteri quale delle seguenti affermazioni è sbagliata?

a) La citopenia deve riguardare almeno due linee cellulari midollari; b) Il valore di ferritinemia deve essere superiore a 500 µg/l; c) L'emofagocitosi a livello midollare, splenico o linfonodale deve essere sempre necessariamente dimostrata.

7. La HLH può essere primitiva (genetica) o secondaria di solito a una infezione. Le forme genetiche si manifestano in tutti i casi entro il primo anno di vita e dopo questa età si tratta sempre di forme secondarie

Vero/Falso

8. In caso di sospetto di HLH il valore di ferritinemia può essere di importante aiuto per la diagnosi. Quale valore rende la diagnosi di HLH "altamente probabile"?

a) > 500 µg/l; b) > 5000 µg/l; c) > 10.000 µg/l.

FARMACORIFLESSIONI
DEXMEDETOMIDINA INTRANASALE
PER SEDAZIONE PROCEDURALE

9. La dexmedetomidina è un farmaco che ha le seguenti caratteristiche:

a) Ha un'azione ipnoinducente e ansiolitica; b) Ha un'azione analgesica e ipnoinducente; c) Ha un'azione analgesica pura.

10. La dexmedetomidina può indurre depressione respiratoria

Vero/Falso

11. La dexmedetomidina ha un'azione terapeutica anche se viene somministrata per via intranasale

Vero/Falso

L'ANGOLO DEGLI SPECIALIZZANDI
IL BAMBINO CHE RESPIRA MALE

12. In un bambino con bronchiolite il valore della saturazione di ossigeno può rimanere relativamente basso anche nella fase di guarigione della malattia (bambino che respira bene, mangia), e questo non deve ritardare una eventuale dimissione

Vero/Falso

13. Le cannule nasali per la somministrazione dell'ossigeno forniscono una FiO₂ pari al:

a) 24-40%; b) 24-60%; c) Fino al 70%.

Risposte

LA PAGINA GIALLA 1=a; 2=c; 3=a; 4=a; 5=b; PERCORSI CLINICI 6=c; 7=Falso; 8=c; FARMACORIFLESSIONI 9=a; 10=Falso; 11=Vero; L'ANGOLO DEGLI SPECIALIZZANDI 12=Vero; 13=a.