

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, 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 9 (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.

AGGIORNAMENTO

BASSA STATURA

1. Per la diagnosi dei disturbi della crescita è importante il riscontro di quali dei seguenti parametri?

- a) Bassi valori di altezza in DS; b) Discrepanza tra l'altezza attesa e l'altezza dei genitori; c) Decelerazione nella velocità di crescita; d) Tutti i precedenti; e) Le condizioni a) e b).

2. La bassa statura isolata (definita come idiopatica, familiare, costituzionale) ha una frequenza come principale causa di bassa statura pari al:

- a) 30% dei casi; b) 50% dei casi; c) Superiore al 60% dei casi.

3. La bassa statura associata a una sindrome (Turner-Noonan, Silver-Russel, Prader-Willi ecc.) che percentuale dei casi riguarda?

- a) 2%; b) 5%; c) 10%.

4. La Nota 39 dell'AIFA riporta, oltre che nel deficit dell'ormone della crescita, la possibile indicazione al trattamento con GH ricombinante:

- a) Nell'ipofosfatemia e rachitismi; b) Nella sindrome di Down; c) Nella sindrome di Turner e nella mutazione del gene *SHOX*; d) In tutte le precedenti.

PROBLEMI SPECIALI

MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI

5. La sindrome "sgombroide" riconosce un meccanismo da liberazione di istamina

- a) IgE-mediato; b) Tossico, non IgE-mediato; c) Sia IgE-mediato che non IgE-mediato.

6. Quale dei seguenti sintomi caratterizza il botulismo infantile?

- a) Ipotonia progressiva, debolezza muscolare, ptosi palpebrale, stipsi importante; b) Ipotonia progressiva, debolezza muscolare, ptosi palpebrale, diarrea; c) Salivazione, diarrea, miopia, sudorazione.

7. Le caratteristiche della metaemoglobinemia sono:

- a) La cianosi che risponde all'ossigenoterapia con il caratteristico colore "cioccolato" del sangue e con normali valori di saturazione dell'ossigeno con i tradizionali pulso-ossimetri; b) La cianosi che non risponde all'ossigenoterapia con il caratteristico colore "cioccolato" del sangue e con normali valori di saturazione dell'ossigeno con i tradizionali pulso-ossimetri; c) La cianosi che non

risponde all'ossigenoterapia con il caratteristico colore "cioccolato" del sangue e con bassi valori di saturazione dell'ossigeno con i tradizionali pulso-ossimetri.

8. Con valori di metaemoglobina nel sangue tra il 15-20% di solito i sintomi presenti sono:

- a) La cianosi; b) La cianosi associata ad ansia, cefalea, alterazioni del sensorio; c) La cianosi con ansia, convulsioni, aritmie cardiache.

L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

LA NEFRITE FOCALE ACUTA (NFA)

9. In letteratura nell'ambito delle infezioni delle vie urinarie l'incidenza della NFA varia tra:

- a) 1,5-3,5%; b) 7,7-8,6%; c) 10,5-12,8%.

10. La presenza di reflusso vescico-ureterale sembra essere un fattore particolarmente predisponente alla sviluppo di una NFA

Vero/Falso

11. In merito alla diagnosi di NFA, quale delle seguenti affermazioni non è corretta?

- a) L'urinocoltura risulta essere sempre positiva; b) L'ecografia renale ha complessivamente una bassa sensibilità per la diagnosi (frequenti falsi positivi e falsi negativi); c) La RM renale è una metodica che ha una buona sensibilità ai fini della diagnosi.

12. Per il trattamento antibiotico della NFA nelle raccomandazioni basate sui risultati di studi non controllati:

- a) Si riporta una pari efficacia della terapia antibiotica orale verso una terapia parenterale; b) Si richiede una terapia antibiotica parenterale (seguita da una terapia orale) sufficientemente lunga (2-3 settimane); c) Si indica che a durata della terapia si deve basare unicamente sulla negativizzazione della proteina C reattiva (PCR).

PAGINE ELETTRONICHE - IL PUNTO SU...

MALROTAZIONE INTESTINALE

13. Il volvolo conseguente alla malformazione intestinale insorge nella maggior parte dei casi:

- a) Durante il primo anno di vita; b) Entro i primi 5 anni di vita; c) In epoca adolescenziale.

14. Il gold standard per la diagnosi di malformazione intestinale è:

- a) L'ecografia addominale; b) La TC e/o la RM dell'addome con mezzo di contrasto; c) L'Rx di transito intestinale.

Risposte

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