Obstrucción nasal congénita por atresia de coanas. Serie de casos

Congenital nasal obstruction due to choanal atresia. Case series

Dr. Adrián Zanetta^a, Dr. Hugo Rodríguez^a, Dr. Víctor Quiroga^b, Dra. Giselle Cuestas^a y Dr. Carlos Tiscornia^a

RESUMEN

La obstrucción de las fosas nasales en el neonato es un cuadro potencialmente fatal por su respiración nasal obligada. Las causas congénitas más frecuentes son: atresia coanal, quiste dermoide, glioma y encefalocele.

La atresia de coanas es la anomalía congénita nasal más común. Cuando es bilateral, se presenta con dificultad respiratoria desde el nacimiento. La atresia unilateral se manifiesta con insuficiencia ventilatoria y rinorrea unilateral, pudiendo pasar inadvertida. El diagnóstico se sospecha ante la ausencia de paso de aire en las fosas nasales y la imposibilidad de hacer progresar una sonda nasogástrica. Se confirma mediante examen endoscópico y tomografía computada. El tratamiento definitivo es quirúrgico, existiendo diferentes técnicas y vías de abordaje.

Describimos nuestra experiencia con 7 pacientes que presentaron esta patología, exitosamente tratados mediante técnica endoscópica transnasal.

Palabras clave: atresia de coanas, congénito, transnasal, endoscopia, radiofrecuencia.

SUMMARY

Nasal obstruction in neonates is a potential fatal condition because of their exclusive nasal breathing. The most common congenital causes include choanal atresia, dermoid cyst, glioma and encephalocele.

Choanal atresia is the most common congenital nasal anomaly. When bilateral, it presents with respiratory distress at birth. Unilateral atresia is manifested by respiratory failure and unilateral rhinorrhea, and may go along unnoticed. Diagnosis is suspected in the absence of airflow in the nasal cavity and for the inability to advance a nasogastric tube. Diagnosis is confirmed by endoscopic examination and computed tomography. The definitive treatment is surgical, and there are different techniques and surgical approaches.

We describe our experience with 7 patients with this disease, successfully treated by transnasal endoscopic technique.

Key words: choanal atresia, congenital, transnasal, endoscopy, radiofrequency.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.152>

INTRODUCCIÓN

La imperforación congénita del orificio nasal posterior o coana tiene una incidencia de 1 cada 5000-8000 nacidos vivos y es más prevalente en el sexo femenino (2:1).¹⁻⁵ Se ha sugerido un incremento de esta patología en pacientes con exposición *in útero* al metimazol.^{1,5,6} La placa atrésica más frecuente es la unilateral derecha.^{1,3,5} En la mayoría de los casos, las placas son mixtas (componentes óseo y membranoso), en menor proporción óseas y raramente membranosas.¹⁻⁵ La atresia de coanas se puede presentar aislada o como parte de síndromes polimorfomáticos como el CHARGE.⁷⁻⁹

Debido a su respiración nasal obligada, el recién nacido con atresia de coanas bilateral presenta cíclicamente disnea y cianosis, que pueden aliviarse con el llanto. Estos casos requieren estabilización inmediata de la vía aérea y alimentación con sonda orogástrica. Cuando la atresia de coanas es unilateral, a veces el diagnóstico se realiza en forma tardía en la infancia o adolescencia, manifestándose con obstrucción nasal y rinorrea unilateral posicional (aumenta al inclinar la cabeza hacia adelante).⁵ El diagnóstico se sospecha ante la imposibilidad de hacer progresar una sonda nasogástrica, y se confirma con examen endoscópico nasal y tomografía computada (TC) del maxilo craneofacial.

El tratamiento definitivo es quirúrgico, existiendo diferentes técnicas y vías de abordaje. La reparación quirúrgica con técnica endoscópica transnasal ofrece una excelente visualización del defecto nasal posterior y se ha convertido, en la actualidad, en el procedimiento de elección por ser seguro y eficaz, desplazando al abordaje transpalatino.^{3,4,7,8,10-12}

CASOS CLÍNICOS

Presentamos 7 pacientes con atresia de coanas congénita de tipo mixta tratados por el Servicio de Endoscopia Respiratoria del Hospital Garrahan, entre mayo de 2009 y junio de 2010. (Tabla 1)

La exploración física reveló ausencia de ventilación de la fosa nasal afectada e imposibilidad de pasar una sonda de 8 French (diámetro 2,7 mm) hacia la rinofaringe. El examen endoscópico nasal evidenció la obstrucción coanal, y la TC confirmó

a. Servicio de Endoscopia Respiratoria, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Buenos Aires.

b. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Vittorio Tetamanti". Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

Dr. Adrián Zanetta: adrianzanetta67@hotmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 28-9-2011

Aceptado: 27-12-2011

TABLA 1. *Pacientes con atresia de coanas.*

P	Sexo	Tipo de AC	EVAPC	Procedimiento previo	Edad a la cirugía	Tiempo stent	Mitomicina	Complicaciones	Malformaciones asociadas
1	F	Bilateral, mixta	Chupete McGovern	-	7 días	1 sem	Sí	-	-
2	F	Bilateral, mixta	Chupete McGovern	-	15 días	1 mes	Sí	-	Quiste dermoide Enucleación ocular
3	M	Bilateral, mixta	Chupete McGovern	Láser CO2	45 días	1 mes	Sí	-	-
4	M	Unilateral derecha, mixta	-	-	4 meses	1 sem	Sí	-	-
5	F	Bilateral, mixta	Chupete McGovern	Láser CO2	4 meses	1 mes	Sí	-	-
6	F	Unilateral derecha, mixta	-	-	10 años	10 días	-	Sinequia turbinoseptal	-
7	M	Bilateral, mixta	Chupete McGovern	-	11 años	1 mes	-	Fístula del paladar	Ptosis palpebral Hidrocefalia

P: pacientes; AC: atresia de coanas; EVAPC: estabilización de vía aérea previa a cirugía; F: femenino; M: masculino; sem:semana.

FIGURA 1. *Imagen endoscópica de atresia de coanas.*
S: septum. C: cornete FIGURA 2. *Tomografía computada, cortes axiales.* A. Atresia de coanas unilateral. B. Atresia de coanas bilateral. Flechas grises: placas de atresia mixtas. Flecha blanca: hipertrofia adenoidea

la impermeabilidad de una o ambas coanas por componentes óseo y membranoso. (Figuras 1 y 2).

Dos pacientes habían sido tratados previamente, en otro centro asistencial, con cirugía transnasal con microscopio y láser de CO₂. En un caso, la reestenosis fue bilateral y en otro, unilateral derecha.

Se obtuvo una vía aérea estable en todos los pacientes con atresia de coanas bilateral previo al tratamiento quirúrgico utilizando chupete de McGovern y se los alimentó por sonda orogástrica.

En todos los casos, la resolución quirúrgica se realizó al poco tiempo del diagnóstico, siendo el intervalo de edad al momento de la cirugía de 7 días a 11 años.

El procedimiento quirúrgico consistió en un

FIGURA 3. *Tutores nasales*

abordaje endoscópico transnasal mediante electrobisturí de radiofrecuencia para el tratamiento de la lesión blanda, y fresa y micropinzas para el manejo de la parte ósea (remoción de pared lateral de coana y parte posterior del vómer). Se topicó con mitomicina la neocoana (5 pacientes) y se colocó una prótesis siliconada como sostén de la luz endonasal por 1-4 semanas (Figura 3). En 1 paciente se realizó, además, adenoidectomía con microdebridador.

Todos fueron alimentados por boca a las 24 h, y recibieron tratamiento postoperatorio local con humidificación nasal y succión según necesidad. El alta hospitalaria fue otorgada a los 2 a 7 días posquirúrgicos. Se realizaron controles endoscópicos semanales durante el primer mes luego de la extracción de endotutor (*stent*).

En los 7 pacientes se logró una ventilación nasal normal. Todos han permanecido asintomáticos y sin evidencias clínicas de reestenosis al año de seguimiento.

Las complicaciones fueron: fístula del paladar en 1 paciente, que se resolvió quirúrgicamente a los 9 meses postcirugía, y sinequia turbinoseptal en otro, que no causó insuficiencia respiratoria nasal.

DISCUSIÓN

La atresia de coanas es la anomalía congénita nasal más común, se caracteriza por la obliteración de la apertura nasal posterior, producto de la imperforación de la membrana buconasal y del crecimiento excesivo de las apófisis horizontal y vertical del hueso palatino. Mientras que la atresia de coanas bilateral se presenta al nacimiento y constituye una emergencia médica, la unilateral lo hace, por lo general, entre los 5 y 24 meses.^{1,5} La sintomatología varía, según el tipo de atresia y la edad del paciente, desde la dificultad respiratoria leve con la alimentación hasta la obstrucción grave de la vía aérea.

Al examen físico, la rinoscopia anterior muestra mucosa y cornetes de color pálido en la fosa nasal afectada, y presencia de secreciones acumuladas que no drenan a la rinofaringe. Se sospecha de atresia de coanas ante la falta de movimiento de una brizna de algodón o la ausencia de empañamiento de un espejo, colocados bajo las narinas mientras la boca permanece cerrada, y frente a la imposibilidad de introducir una sonda de 8 French (2,7 mm de diámetro) más allá de 3,5-5,5 cm desde el borde alar. El diagnóstico de certeza se realiza mediante un examen endoscópico de las fosas nasales con fibroscopio flexible (2,2 mm

o 3,5 mm) o endoscopio rígido (2,7 mm) y una TC del macizo craneofacial, con cortes axiales y coronales, donde se observa tipo, espesor y localización de la placa atrésica, estrechamiento de la cavidad nasal posterior y engrosamiento del vómer.¹ Permite, además, excluir otros posibles sitios de obstrucción y anomalías de las fosas nasales y nasofaringe.

Dentro del diagnóstico diferencial se debe considerar: estenosis de la apertura piriforme, encefalocele, tumores nasales como gliomas y quistes dermoides, desvío septal y cuerpo extraño (en casos unilaterales), entre otros.⁵

Los pacientes deben ser estudiados para identificar y tratar posibles malformaciones asociadas (20-50%), como el CHARGE (acrónimo en inglés de: coloboma, cardiopatías, atresia de coanas, retraso del crecimiento, hipoplasia genital, anomalías óticas).^{4,9}

Los pacientes con atresia de coanas bilateral requieren estabilización expedita de la vía aérea, lo cual puede realizarse mediante chupete de Mc Govern, cánula oral o intubación orotraqueal. La traqueotomía se reserva para cuando se asocian otras anomalías craneofaciales (por ejemplo, retrognatia). El tratamiento definitivo es quirúrgico, y se recomienda en los primeros días de vida en los casos bilaterales, pudiéndose retrasar si la atresia de coanas es unilateral.¹³

En los últimos años, debido al avance de la endoscopia nasal, la vía endonasal ha desplazado a la clásica vía palatina, por ser menos invasiva y proporcionar excelentes resultados.^{8,14} El abordaje transnasal con uso de endoscopio y radiofrecuencia es un procedimiento seguro y eficaz. Ofrece excelente visualización, rápida recuperación, corto tiempo de hospitalización y baja morbilidad.^{7,12,14,15} No altera el crecimiento del paladar óseo ni de la pirámide nasal.⁸ Las ventajas de la radiofrecuencia incluyen menor sangrado, limitado daño del tejido adyacente y menor formación de cicatriz, lo que reduce la tasa de recurrencia.

La estenosis coanal postquirúrgica es frecuente.^{3,7} Los factores predictivos de reestenosis son reflujo faringonasal, reflujo gastroesofágico, edad menor a 10 días (debido a la normal estrechez nasal del recién nacido, resección limitada del vómer), y control endoscópico postoperatorio insuficiente.^{1,3}

La mitomicina es un agente antineoplásico que inhibe la proliferación de fibroblastos y la formación de tejido de granulación.^{5,8} Su aplicación a la coana, al terminar la corrección quirúrgica, junto a la colocación de una endoprótesis nasal de mate-

rial suave y por corto tiempo, reduce el riesgo de reestenosis coanal.¹¹ Si bien la necesidad del endotutor no se acepta universalmente, la justificación de su empleo es prevenir la reestenosis durante la reepitelización de las neocoanas.^{10,14}

Destacamos la importancia en el postoperatorio de los lavados nasales frecuentes con solución salina y de las revisiones endoscópicas periódicas para remover costras y tejido de granulación en las neocoanas, para prevenir la reestenosis. Se ha sugerido que si ésta se produce será en los primeros 12 meses después de la operación. Nuestros pacientes fueron controlados más de 1 año. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Corrales CE, Koltai PJ. Choanal atresia: current concepts and controversies. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;17:466-70.
- D'Eredita R, Lens MB. Contact-diode laser repair of bony choanal atresia: A preliminary report. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008;72:625-8.
- Teissier N, Kaguelidou F, Couloigner V, François M, et al. Predictive factors for success after transnasal endoscopic treatment of choanal atresia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134:57-61.
- Van Den Abbeele T, François M, Narcy P. Transnasal endoscopic treatment of choanal atresia without prolonged stenting. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:936-40.
- Ramsden JD, Campisi P, Forte V. Choanal atresia and choanal stenosis. *Otolaryngol Clin N Am* 2009;42:339-52.
- Barbero P, Valdez R, Rodríguez H, Tiscornia C, et al. Choanal atresia associated with maternal hyperthyroidism treated with methimazole: a case-control study. *Am J Med Genet A* 2008;146A:2390-5.
- Zuckerman JD, Zapata S, Sobol SE. Single-stage choanal atresia repair in the neonate. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134:1090-3.
- Pardo Romero G, Cano-Cortés TM, Pando Pinto JM, Ruiz GT, et al. Tratamiento de la atresia de coanas por vía endoscópica. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2007;58:34-6.
- Roger G, Morisseau-Durand MP, Van Den Abbeele T, Nicolas R, et al. The CHARGE association. The role of tracheotomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:33-8.
- Eladl HM. Transnasal endoscopic repair of bilateral congenital choanal atresia: controversies. *J Laryngol Otol* 2010;124:387-92.
- Prasad M, Ward RF, April MM, Bent JP, et al. Topical mitomycin as an adjunct to choanal atresia repair. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:398-400.
- Durmaz A, Tosun F, Yldrm N, Sahan M, et al. Transnasal endoscopic repair of choanal atresia: results of 13 cases and meta-analysis. *J Craniofac Surg* 2008;19:1270-4.
- Saleem AF, Ariff S, Aslam N, Ikram M. Congenital bilateral choanal atresia. *J Pak Med Assoc* 2010;60:869-72.
- Wang QI, Chai L, Wang SQ, Zhou SH, et al. Repair of acquired posterior choanal stenosis and atresia by temperature-controlled radio frequency with the aid of an endoscope. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;135:462-6.
- Nour YA, Foad H. Swinging door flap technique for endoscopic transeptal repair of bilateral choanal atresia. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008;265:1341-7.

Participación de médicos residentes de un hospital pediátrico en las actividades científicas y de formación de la Sociedad Argentina de Pediatría

Participation of one Children Hospital residents in scientific and training activities of Sociedad Argentina de Pediatría

Dra. María Carolina Davenport^a, Dra. Paula Alejandra Domínguez^a y Dra. Andrea Elizabeth Martins^a

- a. Comité de Docencia e Investigación,
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.
Ciudad de Buenos Aires.

Correspondencia:

Dra. María Carolina Davenport:
carolinadavenport@yahoo.com.ar

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 31-8-2011

Aceptado: 2-11-2011

RESUMEN

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) ofrece actividades científicas y de perfeccionamiento para pediatras y médicos en formación. Evaluamos la participación de médicos residentes del Hospital Pedro de Elizalde en actividades científicas y de formación de la SAP y la tendencia de participación durante la residencia.

Se encuestaron 107 residentes. El 48% eran socios de SAP y la participación aumentó significativamente a lo largo de la residencia ($p < 0,01$). Ninguno de los encuestados participaba en organismos societarios. El 84% desconocía al "Grupo de pediatras en formación". El 49% participaba de los programas de formación continua con tendencia creciente durante la residencia ($p < 0,01$). El 80% consideró que la SAP es una entidad amigable. Concluimos que la participación de los residentes en la SAP es

escasa en los dos primeros años de formación y se incrementa en los residentes superiores. Es necesario incentivar el interés por las actividades en los residentes de primero y segundo años.

Palabras clave: sociedades científicas, residencia, afiliación.

SUMMARY

The Sociedad Argentina de Pediatría, SAP (Argentine Society of Pediatrics) offers courses and scientific activities for pediatricians and residents. We evaluated the participation of Pedro de Elizalde Hospital residents in the scientific and training activities of SAP and assessed the trend of participation throughout the residency; 107 residents were surveyed; 48% were members, and the participation increased significantly throughout the residence ($p < 0.01$). None of the surveyed residents were part of any association; 84% did not know the "Pediatricians in Training Group"; 49% participated in continued training programs, with a growing tendency to participation throughout the residency ($p < 0.01$); 80% considered that the SAP is a friendly entity. We concluded that participation of residents in the SAP is scarce during the first two years of training, and that it shows a growth in the senior residents' group. Encouraging the interest of first and second year residents in the activities is necessary.

Key words: scientific societies, residency, membership.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.155>

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) es una de las instituciones científicas de mayor antigüedad del país. Fundada en 1911, construye su destino a través del esfuerzo de sus asociados de 44 Filiales y 6 Delegaciones a lo largo del territorio argentino.¹⁻³

La actividad que desarrolla la SAP se orienta hacia los pediatras y otros miembros del equipo de salud, socios o no de la institución, y ofrece un espacio para el desarrollo de actividades científicas, de formación y perfeccionamiento.⁴

Las actividades que conforman la Red Nacional de Educación de la SAP incentivan la actualización permanente de los médicos jóvenes y complementa la formación académica que reciben en las instituciones que integran. La afiliación a la SAP promueve el sentimiento de pertenencia y respaldo científico y profesional necesario al concluir la etapa de formación.

La SAP cuenta con aproximadamente 15 000 afiliados, pero no se conocen datos sobre la participación de los médicos residentes en sus actividades.² Los objetivos de este trabajo fueron evaluar la participación de un grupo de médicos residentes en las actividades científicas y de formación de la SAP y determinar la tendencia de participación según el año de residencia en las diferentes actividades.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y transversal, basado en encuestas a médicos residentes del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. La encuesta fue anónima, autoadministrada e indagó sobre la participación de los residentes en organismos societarios (subcomisiones, comités y grupos de trabajo), posibles causas para la no participación (falta de interés, falta de tiempo, desconocimiento de actividades y de requisitos para la incorporación), realización de actividades educativas, utilización del sitio de Internet, participación en ateneos virtuales y consultas a la biblioteca de la institución. Se incluyó el año de residencia y si el encuestado era o no socio de la SAP. Además, se indagó si el residente encuentra en la SAP un espacio donde desarrollar actividades relacionadas con su formación y qué otras actividades o servicios le gustaría obtener de la SAP. (Ver Anexo)

Consideraciones éticas: Se solicitó y obtuvo la aprobación de los comités de Ética y de Docencia e Investigación del Hospital.

Consideraciones estadísticas: Las variables categóricas se expresaron como proporciones y las variables continuas con media y desvío estándar. Se utilizó prueba de la ji al cuadrado (χ^2) para tendencia para valorar la participación y la satisfacción de los encuestados con la SAP. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 11.5.

RESULTADOS

Sobre un total de 130 residentes y jefes de residentes de pediatría que se desempeñan en el hospital, se encuestaron 107 (24% de primer año, 26% de segundo, 23% de tercero, 18% de cuarto y 8% jefes de residentes). El 84% de los encuestados eran de sexo femenino. La media de edad fue $28,4 \pm 1,69$ años. El 48% eran socios de la SAP, participación que aumentó significativamente a lo largo de la residencia, de 23% en primer año a 100% entre los jefes de residentes ($\chi^2 36,5$; $p < 0,01$). Ninguno de los encuestados formaba parte de organismos societarios y los motivos para no participar fueron "falta de tiempo" y "desconocimiento de las actividades" o de los "requisitos necesarios para integrarlos" (Tabla 1).

El 84% de los encuestados desconocía la existencia del "Grupo de pediatras en formación" que existe en la institución, no observándose diferencias en el conocimiento de esta actividad a lo largo de la residencia ($\chi^2 3,27$; $p = 0,07$).

El 49% de los encuestados participaba de los programas de formación continua, mayoritaria-

mente en el Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP). Se encontró una tendencia creciente a la participación en esta actividad, que fue de 19% en primer año y del 88% entre los jefes de residentes ($\chi^2 30$; $p < 0,01$).

Con respecto a la consulta al sitio de Internet de la SAP, el 39% ($n = 41$) expresó que lo hace por lo menos una vez por semana, 24% ($n = 26$) cada 15 días, 24% ($n = 26$) una vez al mes y el 13% ($n = 14$) menos de una vez al mes. Al considerar solo al grupo de los no socios de la SAP se encontró que el 48% consultaba la página web al menos una vez por mes. Participaban en ateneos virtuales el 5% de los residentes y el 58% ha consultado la biblioteca en alguna oportunidad.

El 80% de los residentes encuestados consideró que la SAP es una entidad amigable para el pediatra en formación, sin observarse tendencia significativa al comparar los años de residencia ($\chi^2 2,6$ $p = 0,1$). (Tabla 2)

En respuesta a la pregunta: “¿en qué medida la SAP le brinda un espacio en el cual puede satisfacer sus inquietudes y desarrollar actividades relacionadas con su formación?”, el 50% respondió que “algo” y el 28% “mucho”.

Las sugerencias aportadas por los encuestados con respecto a las actividades o servicios que les gustaría recibir fueron: otorgamiento de becas o facilidades para la participación en cursos y congresos, acceso gratuito a revistas internacionales, mayor información sobre las actividades que se realizan, actualizaciones y cursos orientados a residentes y posibilidad de realizar interconsultas virtuales.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hallamos que el 48% de los encuestados es socio de la SAP y la tendencia a la afiliación es creciente hacia el final de la residencia. Esto podría explicarse porque los residentes próximos a concluir su formación tienen mayor necesidad de contar con un respaldo académico y profesional que podría ser ofrecido por la SAP. Además, la posibilidad de vincularse con otros profesionales les permitiría mayor conocimiento e inserción en distintas áreas de trabajo.

Con respecto a la participación en las actividades societarias, observamos adherencia a las actividades de educación continua, mayoritariamente el PRONAP. Sin embargo, no encontramos

TABLA 1. Motivos de los residentes para no participar en organismos de la SAP (Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo)

Motivos	Frecuencia (%)	Número de casos
Desconoce actividades que se desarrollan en los comités	50	54
Falta de tiempo	37	40
Desconoce requisitos para integrar comité	29	31
Falta de interés	3	3
No lo considera importante para su formación	3	3
Otras	6	6

Nota: La suma de las frecuencias supera el 100% ya que los encuestados podían elegir más de una opción.

TABLA 2. Frecuencias según año de residencia y tendencias de participación en las actividades de la SAP

	R1 (%)	R2 (%)	R3 (%)	R4 (%)	JR (%)	P	χ^2
Afiliación a la SAP	23	14	60	89	100	< 0,01	36,5
Conocimiento del grupo “Pediatras en formación”	12	14	16	11	44	0,07	3,27
Participación en educación continua	19	29	56	89	88	< 0,01	30
SAP entidad amigable	88	89	68	74	78	2,60	0,1

R1: residentes de 1º año; R2: residentes de 2º año; R3: residentes de 3º año; R4: residentes de 4º año; JR: jefes de residentes.

participación alguna en los comités y grupos de trabajo. Los residentes adjudicaron este hecho a la falta de difusión de estas actividades, pero creemos que esto podría estar relacionado con el mayor interés en la actividad asistencial y académica dentro del hospital, pues la entidad cuenta con una página web y con publicaciones periódicas que llegan a sus afiliados. También se destaca una tendencia creciente hacia la realización de actividades de educación continua en los últimos años de la residencia, debido tal vez a una mayor jerarquización del tiempo dedicado a la actividad académica.

Al interrogar sobre el grupo de trabajo "Peditras en formación", llama la atención el desconocimiento por parte de la mayoría de los encuestados y que solo el 5% de la muestra participe en los ateneos virtuales desarrollados dentro de este grupo. Al considerar otras sociedades pediátricas de Sudamérica, notamos que la SAP, al igual que la Sociedad Brasileira de Pediatría, ofrece mayor diversidad de actividades de formación para residentes que otras entidades, como las Sociedades Uruguaya y Chilena de Pediatría.⁵⁻⁷

Con respecto a la página web, se evidencia que los no socios también hicieron uso del sitio. Creemos que el factor económico podría representar una limitación para la participación en las actividades aranceladas y no así en la utilización de los medios no arancelados, como la consulta de bibliografía a través del sitio web. Este servicio gratuito que ofrece la SAP es una ventaja comparado con otras sociedades pediátricas, como la Sociedad Brasileira, la cual exige afiliación para acceder a sus publicaciones científicas.⁸

La mayoría consideró que la SAP es una entidad amigable y que encuentra en ella un espacio en el cual satisface sus inquietudes y desarrolla actividades relacionadas con su formación. Sin embargo, esto no se refleja en la adherencia y en la participación manifiesta en algunas de sus actividades por parte de los encuestados.

Concluimos que la participación de los residentes en la SAP es escasa en los dos primeros años de formación y que se incrementa en los residentes superiores. Es necesario incentivar la adherencia y el interés por las actividades de la sociedad, fundamentalmente en los residentes de primero y segundo años. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Chattás A, Edo J, Cataños J. 80 años Sociedad Argentina de Pediatría, su historia, 1911-1991. Buenos Aires: SAP, 1991;pág.9-30, 117-154.
2. Aspectos funcionales de la Sociedad Argentina de Pediatría [Acceso: 16-11-11]. [Disponible en: <http://www.sap.org.ar/institucional.php>]
3. Regiones y filiales de la Sociedad Argentina de Pediatría [Acceso: 16-11-11]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/institucional_regiones.php.
4. Estatuto de la Sociedad Argentina de Pediatría 2010, título 1, artículo 2. [Acceso: 16-11-11]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/institucional_estatutos.php.
5. Sociedad Brasileira de Pediatría, actividades para residentes. [Acceso: 16-11-11]. Disponible en: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=52&id_detalle=1718&tipo=S.
6. Sociedad Uruguaya de Pediatría. [Acceso: 16-11-11]. Disponible en: <http://www.sup.org.uy/index.asp?iSelect=0>.
7. Sociedad Chilena de Pediatría. [Acceso: 16-11-11]. Disponible en: <http://www.sochipe.cl/principal.php>.
8. Sociedad Brasileira de Pediatría, publicaciones científicas. [Acceso: 16-11-11]. Disponible en: http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=77&tipo=I.

ANEXO

Encuesta

Residentes de pediatría del HGNPE y su relación con la SAP

Lo invitamos a participar en una encuesta para conocer algunos aspectos acerca de la relación que existe entre los residentes de pediatría del Hospital Pedro de Elizalde y la Sociedad Argentina de Pediatría. Responder sólo le tomará cinco minutos. Toda la información obtenida será anónima y absolutamente confidencial. Responder la encuesta presupondrá su consentimiento. Agradecemos su colaboración.

Edad:**Sexo:****Año de Residencia:**

1. ¿Es socio de la SAP?

- ☐ Sí
☐ No

2. ¿Es miembro de algún comité de la SAP?

- ☐ Sí
☐ No

-En caso de respuesta afirmativa, indique cuál

-En caso de respuesta negativa, cuál/cuáles de las siguientes opciones son motivo para no formar parte:

- ☐ Falta de interés
☐ Falta de tiempo
☐ Desconoce las actividades que se desarrollan en los comités
☐ No lo considera importante dentro de su formación
☐ Desconoce los requisitos para ingresar al comité
☐ Otras.....

3. ¿Conoce el Grupo de Trabajo de Pediatras en formación de la SAP y las actividades que se desempeñan en él?

- ☐ Sí
☐ No

4. ¿Se inscribe en actividades de educación continua? (Pronap, cursos, jornadas)

- ☐ Sí, ¿cuál?.....
☐ No

5. ¿Consulta la página web de la SAP?

- ☐ Sí 1 vez por semana ☐
 Cada 15 días ☐
 1 vez al mes ☐
 Menos de 1 vez al mes ☐
☐ No

6. ¿Participa de ateneos virtuales?

- ☐ Sí
☐ No

7. Si es socio de la SAP, ¿recibe NotiSAP?

- ☐ Sí
☐ No

8. ¿Considera usted que la SAP es una entidad "amigable" para el médico en formación?

- ☐ Sí
☐ No

9. ¿Ha consultado la biblioteca de la SAP?

- ☐ Sí
☐ No

10. ¿En qué medida cree usted, como pediatra en formación, que la SAP le brinda un espacio en el cual puede satisfacer sus inquietudes y desarrollar actividades relacionadas con su formación?

- ☐ Mucho
☐ Algo
☐ Poco
☐ Nada

11. ¿Qué otras actividades o servicios le gustaría obtener de la SAP?