

ORIGINAL

Análisis de las características de las ponencias y ponentes de los 29 congresos de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias –SEMES– (1988-2017)

Inés María Fernández-Guerrero¹, Abraham Hidalgo-Rodríguez¹,
María de las Mercedes Leal-Lobato¹, Celia Rivilla-Doce¹, F. Javier Martín-Sánchez², Òscar Miró³

Objetivo. Profundizar en el conocimiento y la evolución de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) en España a través del análisis de las ponencias presentadas en los congresos de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) celebrados los últimos 30 años (1988-2017).

Método. Se revisaron los programas de todos los Congresos SEMES y se analizaron las características de ponencias y ponentes, así como la evolución entre 1988-2017 de algunas de estas características. Se revisó en Web of Science la producción científica y el índice h de los ponentes más frecuentes para contrastar su relevancia científica.

Resultados. En los 29 Congresos SEMES (en 1992 no se celebró) se han presentado 2.182 ponencias (112 internacionales) por 1.410 ponentes (89 internacionales) procedentes de 616 centros. Hubo un crecimiento lineal de ponencias y ponentes los primeros años, una posterior fase de meseta, y finalmente un crecimiento con tendencia exponencial el último lustro. El 79,6% de ponencias fue impartida por hombres, y la distribución de médicos/enfermeros/técnicos fue 70,6%/11,9%/4,0%. Los *urgenciólogos* realizaron el 60,8% de ponencias médicas. La comunidad autónoma organizadora del congreso aportó el 29,8% de ponencias, casi siempre por encima de lo esperable por su aportación promedio global. Hubo comunidades autónomas cuya participación estuvo muy por debajo de su productividad científica (Extremadura, Andalucía, Cataluña) y otras muy por encima (Murcia, Baleares, Asturias, Castilla-León, Madrid). El 64,4% de los 59 ponentes más asiduos (≥ 5 congresos) tiene publicados ≥ 20 artículos y el 71,2% tiene un índice $h \geq 5$. Entre 1988-2017 hubo incremento significativo de mujeres ponentes, diversificación geográfica (ponencias de comunidades autónomas no organizadoras del congreso) y *urgenciólogos* hospitalarios.

Conclusiones. Hubo un aumento significativo de ponencias y ponentes en los Congresos SEMES, con cambios detectables en algunas de sus características. El análisis detallado puede permitir intervenciones para corregir algunos aspectos en futuros Congresos SEMES, tales como la escasa diversificación y participación internacional y de mujeres.

Palabras clave: Investigación. Medicina de urgencias y emergencias. Congresos. Bibliometría.

Presentations at 29 conferences of the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES) from 1988 to 2017: a descriptive analysis

Objective. To gain greater understanding of the development of emergency medicine in Spain by analyzing the presentations at conferences of the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES) over the past 30 years (1988–2017).

Methods. We examined the programs of all SEMES conferences and described the characteristics of both presentations and presenters. We also analyzed changes occurring between 1988 and 2017 of some of the characteristics observed. The Web of Science was searched to evaluate the scientific productivity of the most frequent presenters and to calculate h-indexes for those presenters to assess their scientific relevance.

Results. SEMES did not hold a conference in 1992. The total of 29 conferences included 2182 presentations (112 listing presenters from abroad) given by 1410 presenters (89 from abroad). The presenters' affiliations named 616 centers. The number of presentations and presenters increased linearly during the first period and then leveled off. The number increased exponentially in the final phase. Men gave 79.6% of the presentations; 70.6% of the presenters were physicians, 11.9% were nurses and 4.0% were ambulance staff. Specialists in emergency medicine accounted for 60.8% of the presenters who were physicians. Presenters from the Spanish autonomous community organizing the conference gave 29.8% of the presentations. The contributions of presenters from the local organizing community were nearly always more numerous than the average number of contributions from that community in all 29 conferences overall. Conference contributions from some autonomous communities (Extremadura, Andalusia, and Catalonia) were considerably fewer than would be expected given the scientific productivity of those communities. However, communities (Murcia, Balearic Islands, Asturias, Castile-Leon, Madrid), gave many more presentations than their productivity metrics would predict. Analysis of the 59 most frequent presenters (at 5 conferences or more) showed that 64.4% of them had published at least 20 articles and that 71.2% had an h-index of 5 or higher. The

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

²Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC) de Madrid, Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España.

³Área de Urgencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

Contribución de los autores:

Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de los derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia:

Òscar Miró
Área de Urgencias
Hospital Clínic
C/ Villarreal, 170
08036 Barcelona, España

Correo electrónico:

omiro@clinic.cat

Información del artículo:

Recibido: 25-4-2018

Aceptado: 2-5-2018

Online: 22-5-2018

Editor responsable:

Guillermo Burillo Putze, MD, PhD.

number of women on the program increased significantly between 1988 and 2017. Likewise, geographic diversity increased significantly (presentations from centers outside the local organizing area) as did the participation of hospital-based emergency medicine specialists.

Conclusions. SEMES conference programs have attracted significantly more presentations and presenters over the years. We also detected changes in descriptive characteristics. The analysis of those characteristics can help future SEMES conference planners to plan ways to correct aspects such as scarce geographic diversity, low international participation, and few women among presenters.

Keywords: Research. Emergency medicine. Congresses as topic. Bibliometrics.

Introducción

Desde 1988, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) organiza a nivel estatal un congreso anual cuyas actas son publicadas en varios formatos, y en las que constan además del programa científico otros datos de interés. El evento reúne a especialistas en medicina, enfermería y técnicos de emergencias sanitarias (TES), así como a residentes y estudiantes de medicina y profesionales afines a la práctica de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE). Las funciones de estos congresos SEMES son las propias de toda reunión científica: comunicar hallazgos científicamente relevantes, ofrecer actualización profesional, fomentar la sociabilización del colectivo que lo respalda, y determinar una agenda compartida para la investigación futura por y para los diversos servicios españoles de MUE¹. Sin duda, ha contribuido a la consolidación de estos Congresos SEMES como reuniones científico-médicas altamente relevantes el hecho que, estas últimas décadas, la MUE española ha conocido notables avances en cuanto a la investigación liderada por sus propios profesionales²⁻⁸. Otro tanto ha ocurrido con la enfermería de urgencias y emergencias, y con la relativamente nueva profesión de técnicos en emergencias sanitarias.

En la literatura revisada sobre el análisis de las presentaciones a reuniones científicas suelen abundar los artículos que analizan las aportaciones de los congresistas en congresos de MUE⁹⁻¹⁶. Sin embargo, los estudios que indagan el contenido oficial de congresos científicos como un indicador de calidad de los mismos son escasos¹⁷. En el caso de la MUE, se ha investigado la duración del tiempo de presentación de las ponencias, el número de ponentes y ponencias a congresos de MUE en EE.UU. a lo largo de seis años¹⁸, y un estudio australiano¹⁹ examinó el uso de Twitter para la intercomunicación de congresistas asistentes a un congreso regional. En nuestro entorno se ha analizado la producción de comunicaciones en el XIII Congreso de SEMES de 2002²⁰ y las comunicaciones a congresos SEMES en sus primeros veinte años^{20,21}. Sin embargo, estos análisis se han limitado a aspectos esencialmente cuantitativos de las aportaciones que hacen los asistentes en forma, predominantemente, de comunicaciones orales y pósters. Además, dado que se acostumbra a trabajar con documentos públicos (actas), no es factible acceder a las valoraciones internas de aceptación/rechazo de los envíos emitidas por los diversos comités científicos congresua-

les, ni a la calidad de este propio proceso selectivo. Estos estudios previos²⁰⁻²² sí permiten, en cambio, indagar en la intrahistoria de los congresos SEMES, en sus sucesivos logros y en su poder de convocatoria.

El objetivo principal del presente estudio es conocer mejor la actividad investigadora que se realiza en España en torno a la especialidad de MUE mediante la revisión del contenido de los Congresos SEMES. Para ello, y con el propósito de superar algunas de las limitaciones de los trabajos previamente mencionados, este estudio se centra en el análisis de las ponencias al congreso. Las ponencias están consideradas como el aporte congresual de mayor calidad científica, ya que son presentadas por invitación del comité científico organizador, en cuya decisión pesa en gran medida el prestigio del ponente. Con frecuencia, los grupos de trabajo propios de la sociedad, integrados por sus miembros más activos, también elaboran propuestas específicas para el programa de sesiones, proponiendo ponencias y ponentes, si bien la decisión final de aceptación recae en el comité científico. Por otra parte, el presente estudio también analiza los ponentes que han llevado a cabo dichas ponencias, tanto en cuanto a su trayectoria científica como a su formación y procedencia. Como objetivo secundario, se realiza un análisis de la evolución de las características de dichas ponencias y ponentes a lo largo de los 29 congresos de SEMES celebrados hasta el momento de elaborar el presente estudio, en un intento de detectar las principales tendencias observadas durante estas tres décadas, con la finalidad de aportar elementos potencialmente mejorables de cara a la organización de futuros Congresos SEMES.

Método

Se accedió a los programas científicos de los 29 congresos de SEMES, celebrados desde 1988 a 2017 (en 1992 no se celebró el congreso), a través de la secretaría de SEMES. De dichos programas, se consideraron unidades de análisis las ponencias presentadas en ellos, y que comprendían mesas redondas, conferencias, conferencias inaugurales y de clausura, debates, presentaciones científicas de grupos de trabajo, simulación de juicios, sesiones interactivas, charlas con el experto, reuniones de trabajo con objetivos finalistas prefijados (*workshops*), presentaciones de cursos y otros. Explícitamente, se excluyeron los talleres, las reuniones anuales de grupos de trabajo, las moderaciones de se-

siones, la participación en premios convocados por SEMES y las presentaciones en forma de comunicaciones orales y póster. Otros formatos muy ocasionales fueron discutidos por los investigadores para consensuar su inclusión en el análisis. De dichas ponencias se consignó la duración y el número de ponentes que la realizaban, y todas ellas se clasificaron en función de su temática siguiendo, como en trabajos anteriores⁴, una doble clasificación: la de las áreas de investigación del repertorio Science Citation Index-Expanded (SCI-E) y la de una versión modificada del índice temático del libro de texto más utilizado en MUE: Tintinalli's Emergency Medicine²³. Excepcionalmente, y por acuerdo de los investigadores, una ponencia podía declararse inclasificable.

Por otro lado, se consignaron los ponentes que desarrollaron estas ponencias. No se consideraron los moderadores de las sesiones, a no ser que tuviesen asignada, además de la moderación, una ponencia. Se consignó el género, su filiación (centro, provincia, comunidad autónoma, país, pertenencia a un grupo de trabajo de SEMES si esto se consignaba en la filiación), su formación académica (médicos, enfermeros, TES, y otros) y sus características profesionales en el caso de los médicos (especialidad o departamento/servicio donde trabaja), duración de la ponencia y grupo de trabajo de SEMES, en su caso. Para ello se utilizaron los datos que aparecían en el programa del congreso. En caso de datos incompletos, se recurrió al conocimiento personal de los ponentes por parte de los investigadores, si era posible, que a la vez también se utilizó para corregir errores en la consignación de nombres o filiaciones que pudiese contener el programa. Para conocer la productividad de los ponentes, se utilizó la base de datos Web of Science (WoS), la cual se accedió en abril de 2018. Se recogió el número de documentos indexados y el índice h (en el momento de la consulta) correspondientes a los ponentes más proliferos. Esto último se definió por el hecho de haber presentado al menos cinco ponencias a lo largo de la historia de los Congresos SEMES. Los datos recogidos a través de WoS fueron remitidos a los ponentes para su supervisión y confirmación.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS (IBM, New Castle, Nueva York, EE.UU.). Las variables cualitativas se expresan como valores absolutos y porcentajes, y las cuantitativas como media y desviación estándar. Para valorar el grado de asociación entre variables cuantitativas se utilizó un test de regresión, que fue lineal en todos los casos con excepción del análisis del número de ponencias a lo largo de los años, para el cual se utilizaron regresiones cuadráticas y superiores hasta encontrar el modelo que mejor ajustaba la asociación. El grado de determinación de la relación entre las dos variables del modelo se expresó mediante el estadístico R². Se aceptó que existía significación estadística cuando el valor de p era inferior a 0,05.

El estudio no presenta datos de pacientes, solo analiza datos que son de acceso público y no precisó de aprobación por un Comité de Ética en Investigación Clínica.

Resultados

Evolución del número de ponencias y ponentes (1988-2017)

Se identificaron 2.182 ponencias (media 75 (DE 40) ponencias/congreso; intervalo 6-170) y 1.410 ponentes (media 72 (DE 37) ponentes/congreso; intervalo 5-161), cuya distribución a lo largo de los 29 congresos de SEMES se presenta en la Figura 1. Ambas distribuciones, la de ponencias y la de ponentes, mostraron una curva similar, cuyo mejor ajuste fue a una función polinómica de cuarto orden ($R^2 = 0,88$ y $p < 0,001$ en ambos casos). En estas dos series temporales, se distinguen tres ciclos claros: un ciclo de lento crecimiento desde 1998 a 2002, una etapa de estabilidad logística desde 2002 a 2010, para iniciar finalmente un tercer ciclo de crecimiento acelerado, casi exponencial, desde 2010 a 2017.

Análisis de las ponencias

Aunque se ha identificado una amplia variedad de ponencias, predominaron las que formaban parte de mesas redondas y de conferencias, y entre ambos formatos sumaron cerca del 95% (Tabla 1). La duración de las ponencias más frecuente fue de 30 y 20 minutos (casi el 90% duraron entre 15 y 30 minutos), fueron predominantemente impartidas por médicos (70,6%), mayoritariamente por hombres (79,6%) y fue poco habitual que en la mención de la ponencia figurase la pertenencia del ponente a un grupo de trabajo de SEMES (3,0%) o un patrocinio explícito (2,5%). Cuando el ponente fue médico, las especialidades, servicios o departamentos que constaban en la ponencia fueron predominantemente urgencias hospitalarias o urgencias extrahospitalarias (Tabla 2). Entre ambos, acumularon un 59,6% de las ponencias, y entre el resto de especialidades destacaron cardiología, medicina intensiva y medicina interna. Un 20,4% de ponencias fueron presentadas por mujeres. La relación entre mujer:hombre entre médicos ponentes varió ampliamente según la especialidad, desde un 1:2 en medicina militar y en toxicología y un 1:3 en pediatría y farmacología, hasta un 1:24 en cardiología y un 1:27 en neumología.

La temática abordada en estas ponencias se recoge en la Tabla 3, en la que se aprecia que las más frecuentes versan sobre urgencias, aparato cardiovascular, organización sanitaria, enfermería y enfermedades infecciosas según la clasificación de SCI-E (entre estas 5 agrupan el 56,7% de las ponencias), y sobre enfermedad cardiovascular, organización del servicio de urgencias, atención prehospitalaria, atención a catástrofes y enfermedades infecciosas según la clasificación del Tintinalli's Emergency Medicine (entre estas 5 agrupan el 47,6% de las ponencias).

La representatividad de centros en las ponencias fue muy diversa, con más de 600 filiaciones diferentes. La Tabla 4 recoge aquellos centros que han aportado 10 o más ponencias. Destacan por el número presentado el

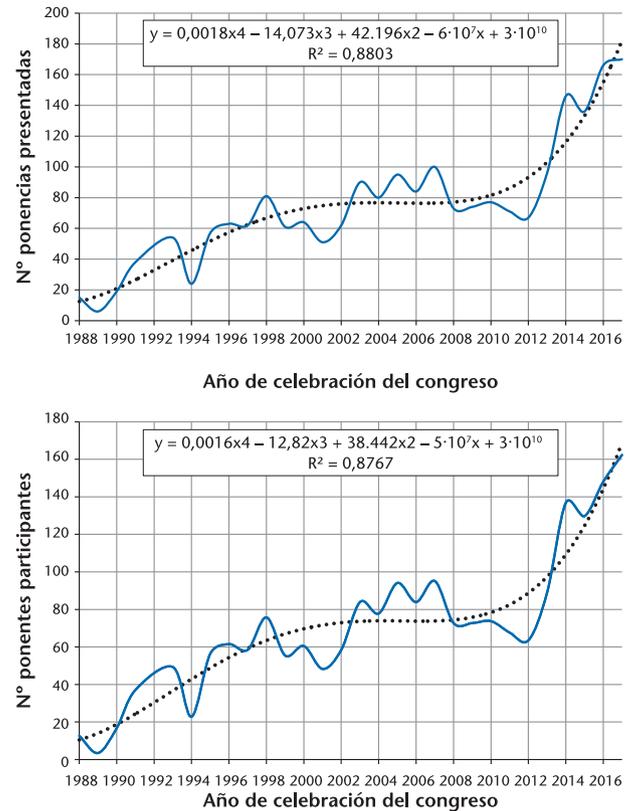
Nº	Ciudad	Año	Nº ponencias (% total)	Nº ponentes (% total)
I	Palencia	1988	15 (0,7)	14 (1,0)
II	Reus-Salou	1989	6 (0,3)	5 (0,4)
III	Córdoba	1990	19 (0,9)	18 (1,3)
IV	Murcia	1991	38 (1,7)	38 (2,7)
V	Madrid	1993	54 (2,5)	50 (3,5)
VI	Pamplona	1994	24 (1,1)	24 (1,7)
VII	Oviedo	1995	57 (2,6)	57 (4,0)
VIII	Las Palmas	1996	63 (2,9)	62 (4,4)
IX	Sitges	1997	62 (2,8)	59 (4,2)
X	Zaragoza	1998	81 (3,7)	76 (5,4)
XI	Coruña	1999	61 (2,8)	56 (4,0)
XII	Santander	2000	64 (2,9)	61 (4,3)
XIII	Cádiz	2001	51 (2,3)	49 (3,5)
XIV	Bilbao	2002	62 (2,8)	59 (4,2)
XV	Valencia	2003	90 (4,1)	84 (6,0)
XVI	Marbella	2004	80 (3,7)	78 (5,5)
XVII	Mallorca	2005	96 (4,4)	94 (6,7)
XVIII	Madrid	2006	84 (3,8)	84 (6,0)
XIX	Tarragona	2007	100 (4,6)	95 (6,7)
XX	Salamanca	2008	73 (3,3)	73 (5,2)
XXI	Benidorm	2009	74 (3,4)	73 (5,2)
XXII	Pamplona	2010	77 (3,5)	74 (5,2)
XXIII	Murcia	2011	71 (3,3)	68 (4,8)
XXIV	Oviedo	2012	67 (3,1)	64 (4,5)
XXV	Santiago	2013	96 (4,4)	89 (6,3)
XXVI	Málaga	2014	146 (6,7)	136 (9,6)
XXVII	Zaragoza	2015	136 (6,2)	129 (9,1)
XXVIII	Burgos	2016	166 (7,6)	147 (10,4)
XXIX	Alicante	2017	170 (7,8)	161 (11,4)
Total		1988-2017	2.182 (100)	1.410 (100)

El año 1992 no se celebró congreso de SEMES.

Figura 1. Detalle del número de ponencias y ponentes en cada uno de los 29 Congresos SEMES y análisis de su evolución a lo largo del tiempo.

Hospital Clínic de Barcelona, SAMUR de Madrid, Hospital Clínic San Carlos de Madrid, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y Hospital La Paz de Madrid. La relación de ponencias por ponente en los centros españoles fue de 1,57. Valores cercanos a 1 indican diversificación de ponentes en el centro, y cuanto más alejados de 1, mayor concentración de ponencias en ciertos ponentes del centro. Así, destacan relaciones mayores de 3 ponencias por ponente en el Hospital de Cieza, Murcia (5,0); Hospital Río Hortega, Valladolid (4,67); Hospital Universitario de Canarias, Tenerife (3,67); Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid (3,50); Hospital de Móstoles, Madrid (3,33); y Hospital de Basurto, Vizcaya (3,33). Hubo 112 ponencias llevadas a cabo por 89 ponentes procedentes de centros no españoles (relación ponencias por ponente de 1,26) (Tabla 5).

Se ha podido contabilizar en 1.941 casos (89,0%) la comunidad autónoma de procedencia de las ponencias (112 eran ponencias de países no españoles, 26 eran de organizaciones supracomunidad autónoma –como por ejemplo, SEMES– y en 103 no se recogía la localización del ponente). La Comunidad de Madrid, Cataluña y Andalucía, por este orden, son las que han presentado mayor número de ponencias (Tabla 6). En promedio global, el 29,8% (DE 19,4) de las ponencias presentadas en los congresos correspondieron a la comunidad autónoma que lo organizaba. Cuando se analizó el porcentaje de ponencias que aportaba la comunidad autónoma organizadora del congreso a dicho congreso, se observó



que este porcentaje se encontraba casi siempre por encima del porcentaje promedio de ponencias que ha realizado dicha comunidad en el global de los 29 Congresos SEMES (de hecho, solo el III Congreso SEMES celebrado en Córdoba en 1990 incluyó un porcentaje de presentaciones locales –Andalucía– menor al que sería esperable). A dicho porcentaje que excede la participación esperable de la comunidad organizadora la hemos denominado *sobrerrepresentación* (Figura 2).

Análisis de los ponentes

La Tabla 7 recoge los 59 ponentes que han presentado 5 o más ponencias a lo largo de la historia de los Congresos SEMES. Además, en ella pueden verse sus indicadores de producción. Se observa como la mayoría de ellos (64,4%) tienen una productividad relevante, con 20 o más artículos publicados registrados en Web of Science. Sus índices h que oscilaron entre 0 y 56, y el 71,2% tenía un índice h igual o superior a 5. Sin embargo, entre este grupo seleccionado de ponentes (los más asiduos) no se observó una relación significativa entre el número de ponencias presentadas y el número de participaciones en congresos con el número de publicaciones indexadas ($b = 0,006$, $R^2 = 0,031$, $p = 0,181$; $y b = 0,003$, $R^2 = 0,012$, $p = 0,416$; respectivamente) o con el índice h ($b = 0,083$, $R^2 = 0,045$, $p = 0,107$; $y b = 0,047$, $R^2 = 0,030$, $p = 0,188$; respectivamente) del ponente.

Tabla 1. Principales características de las 2.182 ponencias desarrolladas durante los 29 congresos de SEMES

	N (%)*
Tipo de sesión en la que se presenta la ponencia	
Mesa redonda	1.074 (49,2)
Conferencia	995 (45,6)
Inauguración	22 (1,0)
Debate	21 (1,0)
Grupo de trabajo	19 (0,9)
Simulación de juicio	8 (0,4)
Sistema interactivo	8 (0,4)
Charla con experto	8 (0,4)
Workshop	7 (0,3)
Clausura	6 (0,3)
Presentación de curso	6 (0,3)
Otros	8 (0,4)
Tiempo asignado a la ponencia (minutos)	
10'	27 (1,2)
15'	214 (9,8)
20'	702 (32,2)
25'	177 (8,1)
30'	825 (37,8)
35'-45'	112 (5,1)
50'-60'	78 (3,6)
> 60'	46 (2,1)
Número de ponentes por ponencia	
Uno	2.059 (94,6)
Dos	70 (3,2)
Tres	27 (1,2)
Cuatro	18 (0,8)
Cinco o más	3 (0,1)
No identificado	5
Formación académica del ponente	
Médico	1.497 (70,6)
Enfermero	252 (11,9)
Técnico de emergencias sanitarias	84 (4,0)
Otra formación	288 (13,6)
No identificada	61
Género del ponente	
Hombre	1.687 (79,6)
Mujer	434 (20,4)
No identificado	61
Pertenencia a Grupo de Trabajo de SEMES	
No	2.117 (97,0)
Sí	65 (3,0)
Declaración de patrocinio en las ponencias	
No	2.127 (97,5)
Sí	55 (2,5)

*Los porcentajes fueron calculados sobre el total de ponencias de las que se disponía del dato.

Evolución de las características de las ponencias y los ponentes

La Figura 3 muestra la evolución a lo largo del periodo de 30 años (1988-2017) de algunas de las características fundamentales de las ponencias presentadas a los congresos de SEMES. Así, podemos observar un incremento significativo en la participación de las mujeres, en la diversificación geográfica (ponencias procedentes de comunidades autónomas que no organizan el congreso) y en los *urgenciólogos* hospitalarios. En cambio, las ponencias presentadas por enfermeros, TES, *urgenciólogos* extrahospitalarios y procedentes de la Comunidad de Madrid, Cataluña y Andalucía (las tres más frecuentemente representadas) no mostraron cambios significativos. Cuando se comparó la aportación de ponencias al global de los Congresos SEMES del periodo

Tabla 2. Especialidad o departamento/servicio donde desarrollan su trabajo los ponentes que se identificaron como médicos en las ponencias de los Congresos SEMES, y desglose según el sexo del ponente

Especialidad de los presentadores	Total N (%)	Mujer (%)	Hombre (%)	Razón M:H
<i>Urgenciólogo</i> hospitalario	684 (47,8)	101 (14,8)	583 (85,2)	1:6
<i>Urgenciólogo</i> extrahospitalario	186 (13,0)	25 (13,4)	161 (86,6)	1:6
Intensivista	76 (5,3)	7 (9,2)	69 (90,8)	1:10
Cardiólogo	75 (5,2)	3 (4,0)	72 (96,0)	1:24
Internista	52 (3,6)	6 (11,5)	46 (88,5)	1:8
Directivo	45 (3,1)	7 (15,6)	38 (84,4)	1:7
Neurólogo	40 (2,7)	5 (12,8)	35 (87,2)	1:7
Neumólogo	28 (2,2)	1 (3,6)	27 (96,4)	1:27
Pediatra	27 (1,9)	6 (22,2)	21 (77,8)	1:3
Microbiólogo	22 (1,8)	0 (0)	22 (100)	-
Anestesiista	18 (1,3)	2 (11,1)	16 (88,9)	1:8
Médico del trabajo	17 (1,2)	3 (17,6)	14 (82,4)	1:4
Psiquiatra	16 (1,1)	3 (18,8)	13 (81,3)	1:4
Cirujano	15 (1,0)	3 (20,0)	12 (80,0)	1:4
Farmacólogo	12 (0,8)	3 (25,0)	9 (75,0)	1:3
Médico militar	11 (0,8)	3 (27,3)	8 (72,7)	1:2
Médico de atención primaria	11 (0,8)	2 (18,2)	9 (81,8)	1:4
Toxicólogo	10 (0,7)	3 (30,0)	7 (70,0)	1:2
Otras especialidades/lugares de trabajo	86 (4,4)	15 (17,4)	71 (82,6)	1:5
Total	1.430 (100)*	197 (13,8)	1.233 (86,2)	1:6

*En 67 ponencias no constaba la especialidad/lugar de trabajo del médico.

1988-2017 realizada por parte de cada comunidad autónoma y su aportación a la producción científica de sus *urgenciólogos* durante el periodo 1975-2014^{4,24,25}, se observó que había ciertas discrepancias entre el potencial científico de la comunidad y su participación en los Congresos SEMES (Figura 4). Estas discrepancias resultaban especialmente evidentes en algunas comunidades, como era el caso de una sobrerrepresentación en dichos congresos (superior al 50% de lo que sería esperable por su producción científica) de la Región de Murcia, Castilla-León, Asturias, Baleares y Comunidad de Madrid, y una infrarrepresentación (superior al 25% de lo que sería esperable por su productividad científica) de Extremadura, Andalucía y Cataluña (Figura 5).

Discusión

El presente artículo revisa aspectos cualitativos y cuantitativos de las ponencias y ponentes que han intervenido en los 29 Congresos SEMES celebrados en los últimos años. Los resultados obtenidos, esencialmente descriptivos, pretenden ayudar a profundizar en el conocimiento y la evolución de la MUE en España, una especialidad médica que actualmente no cuenta con un programa de especialización por la vía MIR en el programa formativo español de especialidades médicas del ámbito civil, cosa que sí ocurre en el ámbito militar^{26,27}. No es posible discutir todos los hallazgos de este trabajo, dado el volumen de datos que proporciona, por lo que en los siguientes párrafos abordaremos las cuatro principales aportaciones que, a nuestro entender, realiza el presente estudio.

En primer lugar, creemos que es destacable la evolución cuantitativa que han tenido los Congresos SE-

Tabla 3. Clasificación de la temática de las ponencias en función de las áreas de investigación de Science Citation Index-Expanded (SCI-E) y según el temario modificado del Tintinalli's Emergency Medicine

Áreas de investigación de la base SCI-E	Ponencias N (%)	Áreas de investigación del Tintinalli's Emergency Medicine	Ponencias N (%)
Urgencias	436 (20,0)	Enfermedad cardiovascular	310 (14,2)
Aparato cardiovascular	309 (14,2)	Organización del servicio de urgencias	274 (12,6)
Organización sanitaria	249 (11,4)	Atención prehospitalaria	223 (10,2)
Enfermería	154 (7,1)	Atención en catástrofes	124 (5,7)
Enfermedades infecciosas	106 (4,8)	Enfermedades infecciosas	108 (4,9)
Aparato respiratorio	89 (4,3)	Toxicología y farmacología	98 (4,5)
Neurología	72 (3,3)	Reanimación cardiopulmonar y técnicas	95 (4,4)
Salud pública y ocupacional	70 (3,2)	Urgencias pulmonares	92 (4,2)
Toxicología	69 (3,2)	Neurología	66 (3,0)
Investigación y medicina experimental	53 (2,4)	Situaciones especiales	62 (2,8)
Medicina intensiva	39 (1,8)	Analgesia, anestesia y sedación	55 (2,5)
Farmacología y farmacia	36 (1,6)	Traumatología y patología de los huesos, articulaciones y tendones	46 (2,1)
Ortopedia	35 (1,6)	Alteraciones psicosociales	36 (1,6)
Psiquiatría	33 (1,5)	Urgencias endocrinológicas	33 (1,5)
Endocrinología	33 (1,5)	Urgencias gastrointestinales	32 (1,5)
Ciencias y servicios de salud	31 (1,4)	Shock	31 (1,4)
Hematología	30 (1,4)	Urgencias oncológicas y hematológicas	29 (1,3)
Gastroenterología y hepatología	28 (1,3)	Transporte sanitario*	29 (1,3)
Pediatría	28 (1,3)	Pediatría	23 (1,1)
Medicina general e interna	27 (1,2)	Lesiones ambientales	23 (1,1)
Trasplantes	19 (0,9)	Abuso y violación	23 (1,1)
Tecnología de laboratorio médico	15 (0,7)	Conceptos de imagen	10 (0,5)
Radiología	15 (0,7)	Manejo de las heridas en urgencias	4 (0,2)
Cirugía	11 (0,5)	Trastornos de la piel	3 (0,1)
Oncología	9 (0,4)	Ginecología y obstetricia	2 (0,1)
Otros	176 (8,1)	Trastornos renales y genitourinarios	1 (0,0)
		Ojo, oído, nariz, garganta y boca	1 (0,0)
		Otros	347 (15,9)
Total	2.173**	Total	2.182

*Aunque transporte sanitario no es una categoría contemplada en la clasificación modificada previamente utilizada, se ha incluido por su relevancia y profusión, dado que el congreso de SEMES está abierto a técnicos de emergencias sanitarias.

**9 ponencias no pudieron adscribirse a ninguna categoría del área de investigación de SCI-E.

MES durante estos 30 años, que probablemente sea un reflejo de la evolución de la propia Sociedad, que ha presentado un aumento progresivo en el número de asociados y de actividades organizadas por ella, y en general de la MUE en España. Así, actualmente SEMES cuenta con 10.380 socios (7.360 médicos, 1.872 enfermeros y 1.148 técnicos), y en el último Congreso SEMES celebrado en Alicante en 2017, hubo 2.733 asistentes inscritos y 2.361 comunicaciones aceptadas. Es posible que dicho crecimiento no pueda mantenerse de forma indefinida en el tiempo. Sin embargo, dado que el número de médicos que trabajan en el ámbito de la medicina de urgencias hospitalaria en España se calcula en alrededor de 15.000²⁸ (al que debe añadirse un número similar de enfermería de urgencias hospitalaria, y un número no cuantificado de profesionales médicos, enfermeros y TES que trabajan en urgencias y emergencias extrahospitalarias), es probable que exista margen para que crezca la asistencia durante los próximos años y, de forma paralela, aumente la oferta formativa en forma de ponencias (además del resto de formatos) que se ofrece en dicho congreso.

Por ello, si este crecimiento en la asistencia a los Congresos SEMES va a producirse, debería intentarse que las ponencias de futuros congresos cubran aspectos que el presente estudio señala como subóptimos. Esta sería nuestra segunda aportación. Así, es mejorable la escasa participación de ponentes extranjeros. La MUE es

una especialidad en muchos países, y la tradición formativa e investigadora es claramente diferente a la que se desarrolla en España. Muchos de estos autores son líderes en investigación en diversas áreas, tanto exclusivas de urgencias como transversales en colaboración con otros especialistas. Algunos incluso han compartido su experiencia a través de la revista EMERGENCIAS, que edita SEMES²⁹⁻³¹. Está claro que si se quiere dar al asistente al Congreso SEMES una visión actualizada y de primera línea de lo que se está haciendo en MUE en el mundo, así como proporcionar de primera mano el posicionamiento y los documentos de consenso de los líderes de opinión en esta especialidad, las ponencias y ponentes no pueden limitarse al ámbito español. Por otro lado, es importante que los ponentes se diversifiquen más allá de la comunidad autónoma en la que se celebra el congreso. Si bien la organización de un congreso es un aliciente para los centros de dicho territorio, deberá primarse la calidad de las presentaciones del congreso, especialmente por lo que se refiere a las ponencias, que es el producto principal de los mismos en cuanto a la calidad de información proporcionada, que debe ser contrastada, actualizada y cualificada. Más allá de la diversificación territorial, es también llamativa la disociación entre el peso investigador de algunas comunidades y su participación en los congresos SEMES. Es posible que una parte sea debida a que ciertos autores, reputados, no son productores primarios de artículos

Tabla 4. Relación de centros y entidades que han presentado 10 o más ponencias en los Congresos SEMES

Institución/Centro	Nº ponencias	%	Nº ponentes	%	Ponencias/Ponente
Hospital Clinic (Barcelona)	108	5,08	42	3,10	2,57
SAMUR Madrid	85	4,00	54	3,99	1,57
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)	67	3,15	30	2,22	2,23
Hospital Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)	43	2,02	25	1,85	1,72
Hospital La Paz (Madrid)	38	1,79	22	1,62	1,73
Hospital Central de Asturias (Oviedo)	31	1,46	20	1,48	1,55
Hospital Puerta del Hierro (Madrid)	29	1,36	15	1,11	1,93
Hospital Severo Ochoa (Madrid)	28	1,32	8	0,59	3,50
SEM Barcelona	27	1,27	25	1,85	1,08
SUMMA 112 Madrid	27	1,27	21	1,55	1,29
SEMES (Institucional)	26	1,22	22	1,62	1,18
Hospital Marqués de Valdecilla (Santander)	24	1,13	13	0,96	1,85
Hospital Reina Sofía (Córdoba)	24	1,13	12	0,89	2,00
Hospital 12 de Octubre (Madrid)	23	1,08	13	0,96	1,77
Hospital Miguel Servet (Zaragoza)	20	0,94	14	1,03	1,43
Hospital de Basurto (Vizcaya)	20	0,94	6	0,44	3,33
Hospital de Cruces (Vizcaya)	18	0,85	14	1,03	1,29
Hospital Ramón y Cajal (Madrid)	18	0,85	14	1,03	1,29
Hospital Donostia (Guipúzcoa)	18	0,85	12	0,89	1,50
Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona)	18	0,85	12	0,89	1,50
Hospital General de Alicante	18	0,85	9	0,66	2,00
Hospital Reina Sofía (Murcia)	18	0,85	7	0,52	2,57
Hospital Gregorio Marañón (Madrid)	17	0,80	17	1,26	1,00
Emergencias (Vizcaya)	17	0,80	15	1,11	1,13
Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)	17	0,80	11	0,81	1,55
Hospital de la Princesa (Madrid)	16	0,75	9	0,66	1,78
Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)	15	0,71	14	1,03	1,07
061-Galicia	14	0,66	11	0,81	1,27
Hospital la Fe (Valencia)	14	0,66	9	0,66	1,56
Hospital Universitari de Bellvitge (Barcelona)	14	0,66	8	0,59	1,75
Hospital Río Hortega (Valladolid)	14	0,66	3	0,22	4,67
SEM-Madrid	12	0,56	11	0,81	1,09
Emergencias Castilla y León SACYL	12	0,56	10	0,74	1,20
EPES-061 Córdoba	12	0,56	8	0,59	1,50
Hospital Insular Las Palmas (Gran Canaria)	11	0,52	11	0,81	1,00
EPES Málaga	11	0,52	10	0,74	1,10
Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)	11	0,52	6	0,44	1,83
Hospital Virgen de la Macarena (Sevilla)	11	0,52	7	0,52	1,57
Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona)	11	0,52	8	0,59	1,38
Hospital Valme (Sevilla)	11	0,52	4	0,30	2,75
Hospital Universitario de Canarias (Tenerife)	11	0,52	3	0,22	3,67
Hospital Son Dureta (Palma de Mallorca)	10	0,47	10	0,74	1,00
Complejo Universitario Salamanca	10	0,47	9	0,66	1,11
EPES	10	0,47	9	0,66	1,11
Hospital Clínico Lozano Blesa (Zaragoza)	12	0,56	9	0,66	1,33
Hospital Morales Messeguer (Murcia)	10	0,47	9	0,66	1,11
Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)	10	0,47	7	0,52	1,43
Hospital de Móstoles (Madrid)	10	0,47	3	0,22	3,33
Hospital de Cieza (Murcia)	10	0,47	2	0,15	5,00
567 centros con menos de 10 ponencias	1.057	49,72	711	52,51	1,49
Total	2.126*	100	1.354*	100	1,57

*En 56 ponencias no constaba el centro de trabajo del ponente.

científicos. No obstante, es posible también que en esta disociación influyan también otros aspectos susceptibles de ser corregidos. A considerar especialmente cuestiones de redistribución territorial, de grupos de influencia dentro de la sociedad o de patrocinio, las cuales no quedan explicitadas en los programas. Finalmente, dado que la mujer es el género predominante en los profesionales de MUE, y en la medida que estas también asumen de forma creciente roles formativos, investigadores y organizativos, sería importante corregir la discriminación que parece existir en función del género. Si bien se ha observado una tendencia creciente en este sentido durante los últimos congresos, un porcentaje global de po-

co más del 20% es sin duda un aspecto con márgenes de mejora durante los próximos años.

El tercer aspecto es la temática de las ponencias. Ambas clasificaciones han señalado el ámbito de las enfermedades cardiovasculares, la organización de urgencias, la atención prehospitalaria, la enfermería de urgencias y las enfermedades infecciosas como la temática más presente en los Congresos SEMES, con alrededor del 50% de las ponencias. Es posible que sea preciso diversificar también la temática en el futuro, pues entre el resto de categorías se encuentran áreas de especial interés y actividad en urgencias, como por ejemplo psiquiatría, pediatría o *shock*, cuya presencia ha sido realmente escasa durante estos 30

Tabla 5. Relación de países diferentes a España con ponencias presentadas en los Congresos SEMES

País	Nº ponencias	%	Nº ponentes	%	Ponencias/Ponente
Estados Unidos	27	24,11	20	22,47	1,35
Francia	22	19,64	17	19,10	1,29
Reino Unido	13	11,61	11	12,36	1,18
Andorra	9	8,04	3	3,37	3,00
Argentina	7	6,25	7	7,87	1,00
Suecia	5	4,46	5	5,62	1,00
Portugal	4	3,57	4	4,49	1,00
Bélgica	4	3,57	3	3,37	1,33
Italia	3	2,68	3	3,37	1,00
Suiza	3	2,68	3	3,37	1,00
Alemania	3	2,68	2	2,25	1,50
México	2	1,79	2	2,25	1,00
Ecuador	2	1,79	1	1,12	2,00
Angola	1	0,89	1	1,12	1,00
Argelia	1	0,89	1	1,12	1,00
Austria	1	0,89	1	1,12	1,00
Brasil	1	0,89	1	1,12	1,00
Cuba	1	0,89	1	1,12	1,00
Israel	1	0,89	1	1,12	1,00
Noruega	1	0,89	1	1,12	1,00
Perú	1	0,89	1	1,12	1,00
Total	112	100	89	100	1,26

años. Además, aunque el presente estudio no ha clasificado específicamente las ponencias dentro de estos cinco grandes grupos, es posible que pueda existir cierta repetición también dentro de las grandes categorías que haga necesaria a su vez una mayor diversidad.

Tabla 6. Relación de las comunidades autónomas de los presentadores de las ponencias correspondientes a los congresos SEMES

	Nº ponencias	%
Comunidad de Madrid	529	27,3
Cataluña	361	18,6
Andalucía	227	11,7
Comunidad Valenciana	119	6,1
País Vasco	106	5,5
Galicia	79	4,1
Castilla y León	77	4
Comunidad Murciana	71	3,7
Aragón	67	3,5
Asturias	65	3,3
Canarias	57	2,9
Castilla La Mancha	54	2,8
Navarra	43	2,2
Baleares	42	2,2
Cantabria	27	1,4
Comunidad Riojana	8	0,4
Extremadura	7	0,4
Ceuta	1	0,1
Melilla	1	0,1
Total	1.941*	100

*En 241 ponencias no existía referencia a la comunidad autónoma: 112 ponencias internacionales, 26 ponencias de centros supracomunidad autónoma (SEMES), y 103 sin identificación de la comunidad autónoma del ponente.

Y finalmente, el cuarto aspecto a comentar es el de los ponentes. De nuevo, el balance entre diversidad y calidad puede ser una dificultad importante a

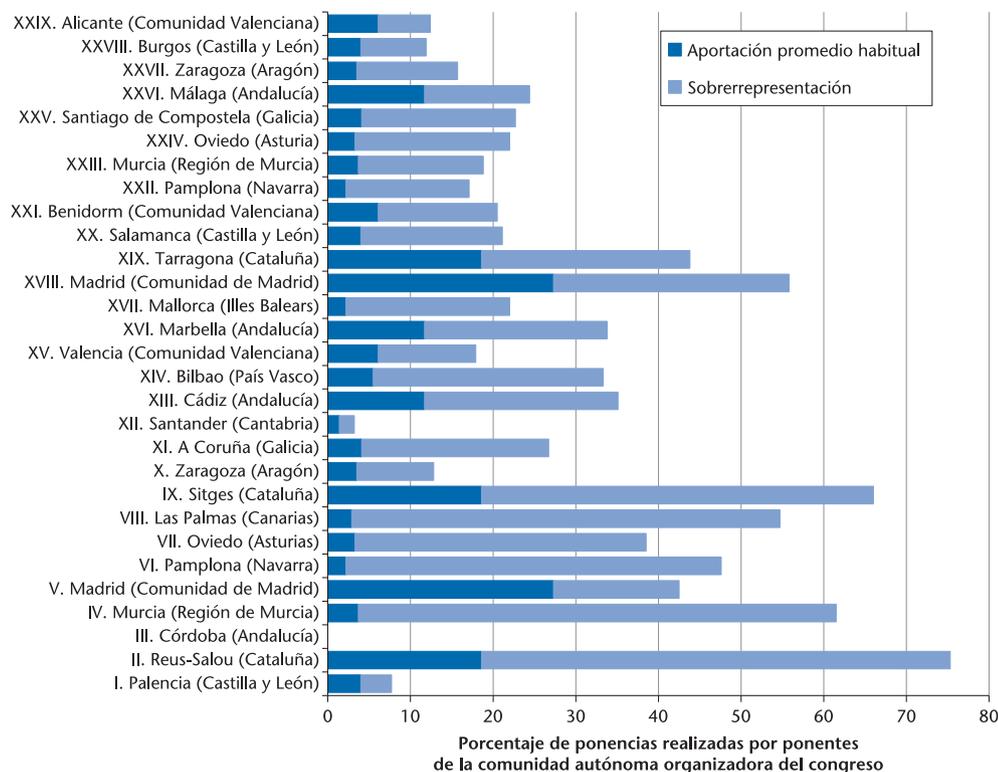


Figura 2. Porcentaje de ponencias presentadas por la comunidad autónoma de la sede donde se celebró el Congreso SEMES. Las barras distinguen qué parte de este porcentaje corresponde a la aportación habitual promedio de dicha comunidad en todos los Congresos SEMES (azul oscuro) y qué parte del porcentaje sobrepasa esa aportación habitual (sobrerrepresentación, azul claro).

Tabla 7. Detalle de los ponentes que presentaron 5 o más ponencias en los 29 Congresos SEMES, junto con su productividad científica y su repercusión medida mediante el índice h (se han ordenado en función del número de ponencias, número de congresos, índice h y número de artículos publicados)

Ponente	Nº Ponencias	Nº congresos como ponente	Nº ponencias/ Nº Congresos	Índice h* en WoS	Nº artículos publicados en WoS
Alfonso Martín Martínez	24	17	1,41	9	47
Pascual Piñera Salmerón	23	14	1,64	13	72
Miquel Santaló Bel	17	13	1,31	15	79
Óscar Miró	14	10	1,40	37	572
Pere Munné Mas	14	14	1,00	12	75
Francisco Javier Martín Sánchez	13	7	1,86	18	242
Antonio Dueñas Laita	12	11	1,09	19	185
Miquel Sánchez Sánchez	10	9	1,11	24	159
Juan González del Castillo	10	9	1,11	13	128
Manuel Moya Mir	10	8	1,25	7	51
Martín Tejedor Fernández	10	8	1,25	4	13
Guillermo Burillo-Putze	9	9	1,00	13	135
Ervigio del Corral Torres	9	9	1,00	13	47
Luis García-Castrillo Riesgo	9	8	1,13	11	51
Sonia Jiménez Hernández	9	7	1,29	17	72
Ángel Moya Mitjans	8	8	1,00	21	91
Emilio Moreno Millán	8	8	1,00	6	50
Andrés Pacheco Rodríguez	8	8	1,00	5	8
Francisco Javier Candel González	8	7	1,14	11	81
Pablo Busca Ostolaza	8	7	1,14	5	15
José Mensa Pueyo	7	7	1,00	56	435
Pablo Herrero Puente	7	7	1,00	16	81
Agustín Julián Jiménez	7	7	1,00	13	80
Carmen del Arco Galán	7	7	1,00	8	63
Miguel Mariné Blanco	7	7	1,00	1	3
Blanca Coll-Vinent i Puig	7	6	1,17	23	127
Fernando Arribas Ynsaurriaga	7	6	1,17	21	105
Josep Gómez Jiménez	7	6	1,17	4	7
Cesáreo Álvarez Rodríguez	7	6	1,17	3	12
Ana Navío Serrano	7	6	1,17	0	0
Ramón Cisterna Cáncer	6	6	1,00	19	263
Santiago Tomás Vecina	6	6	1,00	9	45
Luis Jiménez Murillo	6	6	1,00	7	40
Mikel Martínez Ortiz de Zárate	6	6	1,00	7	32
José Manuel Carratalá Perales	6	6	1,00	6	17
Fermí Roqueta Egea	6	6	1,00	5	5
Luis López-Andújar Aguiriano	6	6	1,00	1	3
Alfonso Picabea Zubia	6	6	1,00	0	0
Carlos Buisán Garrido	6	6	1,00	0	0
Francisco Ruiz Romero	6	5	1,20	5	7
Antonio Quesada Suescum	6	5	1,20	0	0
George Boussignac	6	4	1,50	14	173
Pere Llorens Soriano	5	5	1,00	17	130
Luis Tercedor Sánchez	5	5	1,00	11	42
Manuel Quintana Díaz	5	5	1,00	10	82
Antoni Juan Pastor	5	5	1,00	8	27
José Luis Gilarranz Vaquero	5	5	1,00	4	24
Carmen Camacho Leis	5	5	1,00	3	5
Fernando Prados Roa	5	5	1,00	2	4
Francisco del Busto Prado	5	5	1,00	1	1
Javier Quiroga Mellado	5	5	1,00	0	1
Jerónimo Romero-Nieva Lozano	5	5	1,00	0	3
Santiago Nogué Xarau	5	4	1,25	18	337
Alfonso Aguirre Tejedor	5	4	1,25	11	47
Pedro Ruiz Artacho	5	4	1,25	9	45
Coral Suero Méndez	5	4	1,25	3	12
María Esther Gorjón Peramato	5	4	1,25	0	1
Juan Vicente Esplugues Mota	5	3	1,67	30	291
Luis Rubio Montaner	5	3	1,67	19	75

*El índice h indica que el autor tiene un número equivalente de artículos publicados que han sido citados al menos el mismo número de veces que dicho valor del índice h.

la hora de programar los ponentes incluidos en los congresos. Los autores somos conscientes de que existe cierta crítica reincidente en todos los Congre-

sos SEMES en relación a la repetitividad de ponentes a lo largo de los años. No obstante, debe tenerse en cuenta que los grupos investigadores y los líderes de

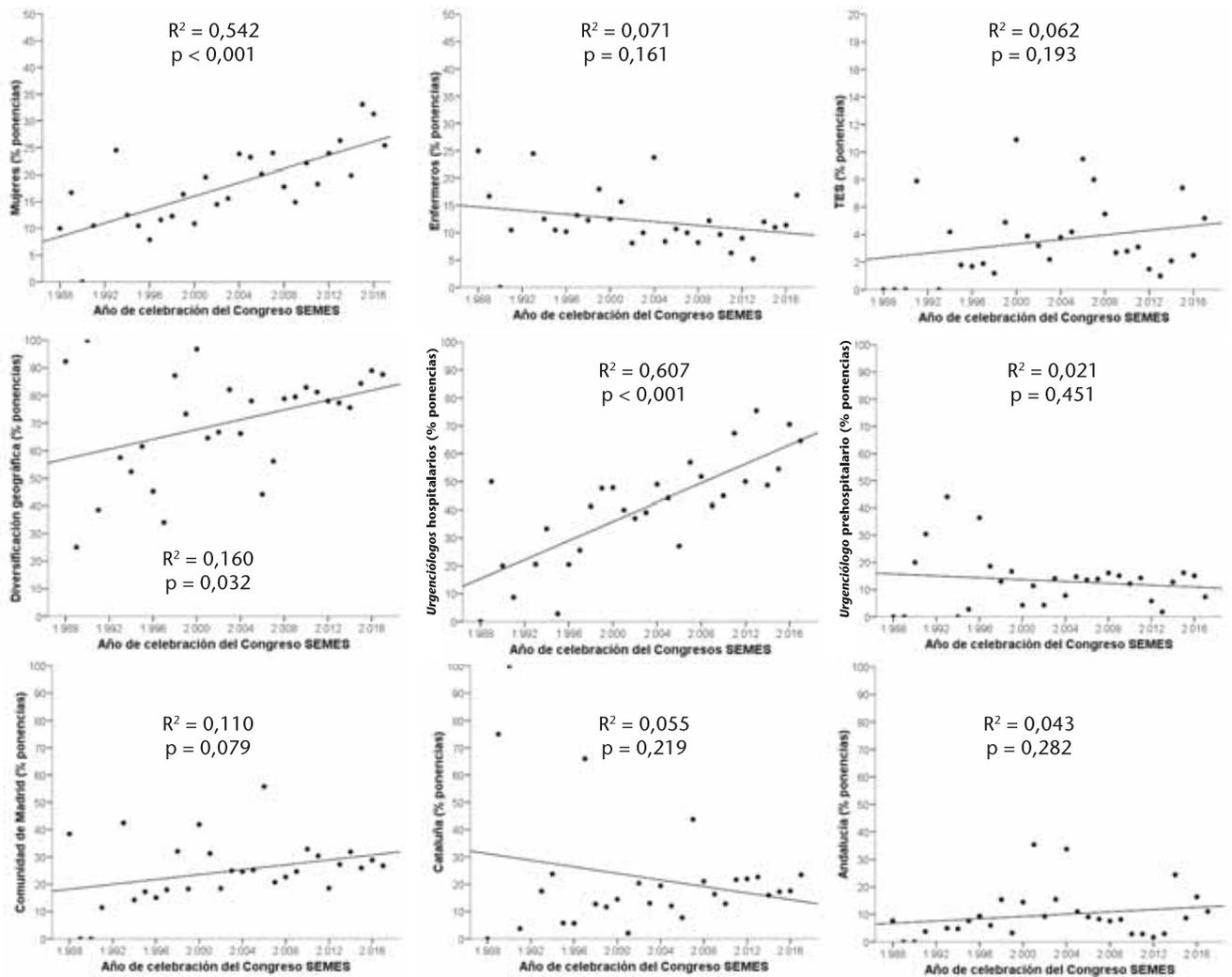


Figura 3. Evolución de algunas características de las ponencias y los ponentes de los Congresos SEMES.

opinión españoles en cualquier especialidad, y la MUE no es una excepción, son limitados, por lo que una cierta repetitividad puede resultar inevitable si se quiere que estos líderes de opinión estén presentes en los congresos. Entre los 59 ponentes con mayor número de participaciones y ponencias en los Congresos SEMES, no parece existir una correlación entre su participación en los congresos y su producción científica y el impacto que esta tiene, medido a través del índice h. Es muy probable que estos ponentes más asiduos presenten mejores indicadores que los 1.351 ponentes con menos de 5 ponencias en los que no se analizaron estos marcadores, si bien esto no ha sido investigado.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. Los datos se recogieron manualmente, con lo que es posible que haya existido algún error de codificación, aunque consideramos que debe haber sido mínimo, pues los datos que se analizan son muy básicos y suelen contenerse de manera clara en los programas de los congresos. Una potencial forma de evitar esto sería conseguir que las actas de cada Congreso SEMES

sean incluidas en la base Conference Proceedings Citation Index (CPCI)³², accesible a través de la Web of Science (WoS), y que publica desde 2008 literatura científica procedente de los seminarios, simposios, conferencias, coloquios y convenciones mundiales más significativos. Por otro lado, la clasificación temática se hizo en base a un único evaluador, y ponencias de contenido en territorios frontera pueden haber sido clasificadas de forma sesgada hacia una temática en concreto. Los datos bibliométricos se obtuvieron a través de Web of Science, pero no todos los autores tienen un identificador ORCID o Research-ID. De esta manera, a pesar que se usó una estrategia múltiple de nombres y filiaciones, es posible que haya habido algún error, especialmente en nombres comunes o mal recogidos.

Con todo, podemos concluir que el presente estudio muestra que ha existido un incremento significativo de ponencias y ponentes en los Congresos SEMES, con cambios detectables en algunas de sus características. El análisis detallado puede permitir intervenciones dirigidas a corregir algunos aspectos, tales como

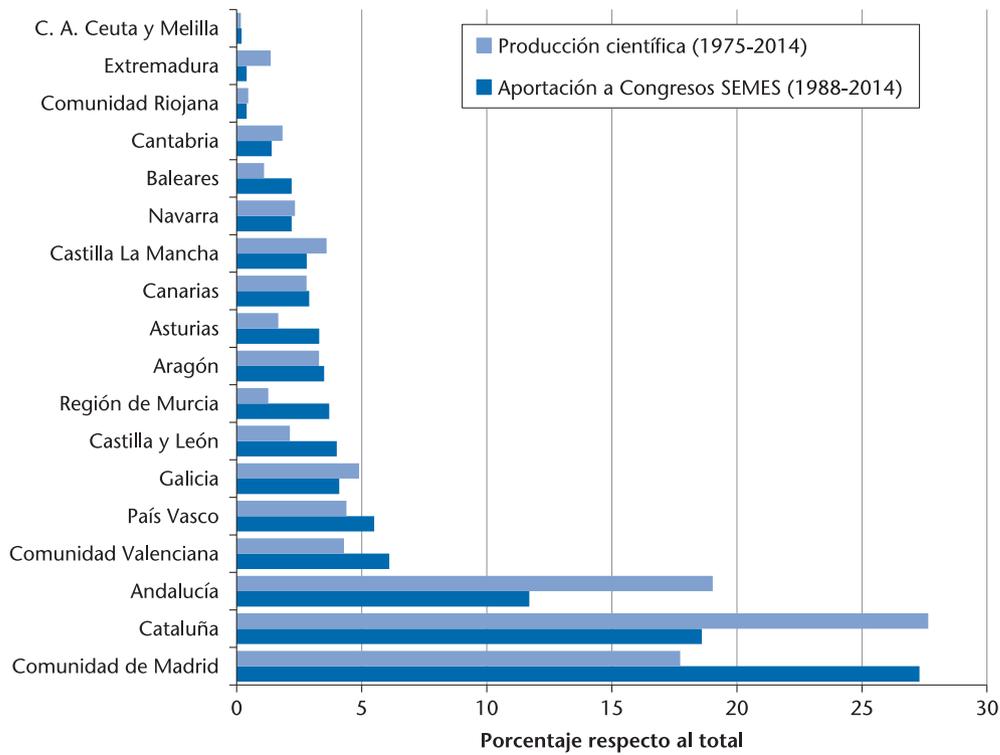


Figura 4. Aportación porcentual de cada comunidad autónoma a los Congresos SEMES entre 1988-2017 (azul oscuro) y a la producción científica global publicada por los *urgenciólogos* españoles en el periodo 1975-2014^{4,24,25} (azul claro).

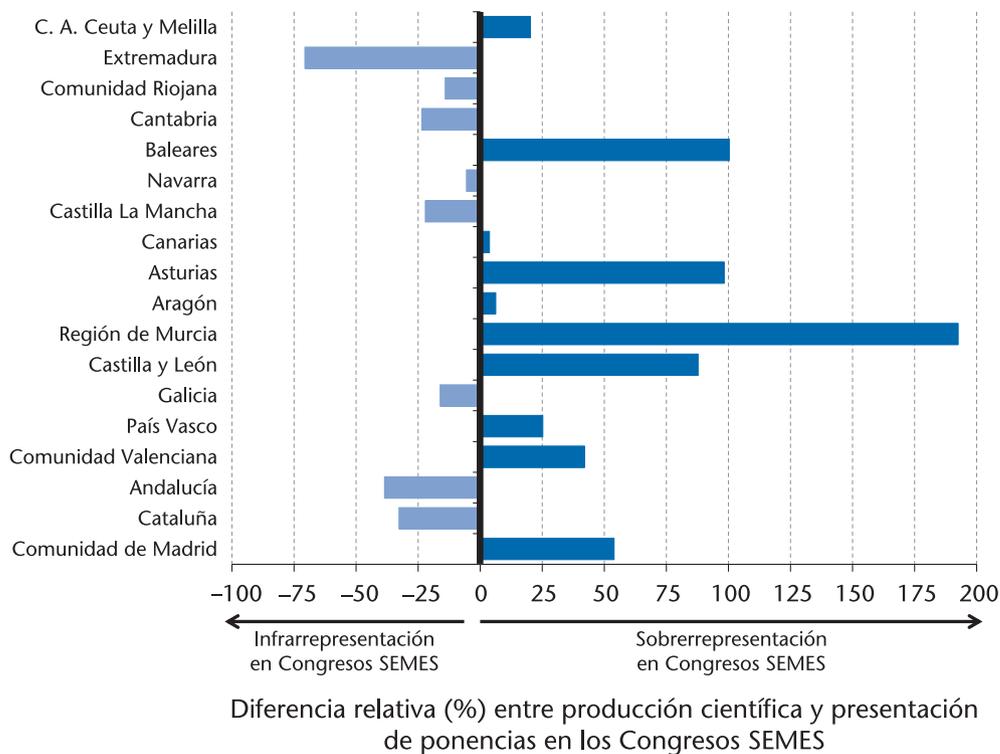


Figura 5. Diferencia relativa entre la producción científica de los *urgenciólogos* españoles en el periodo 1975-2014^{4,24,25} y la presentación de ponencias a los Congresos SEMES en el periodo 1988-2017 de cada comunidad autónoma.

la escasa participación internacional y de mujeres o la excesiva concentración de ponencias procedentes de ciertas comunidades autónomas y de la comunidad organizadora del congreso, en los futuros Congresos SEMES.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Financiación

Los autores declaran la no existencia de financiación externa en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas

Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

Agradecimientos

El presente estudio ha sido posible en parte gracias a las becas de la Generalitat de Catalunya para Grupos de Investigación Consolidados (GRC 2009/1385, 2014/0313 y 2017/1424).

Bibliografía

- Grudzen CR, Anderson JR, Carpenter CR, Hess EP. The 2016 Academic Emergency Medicine Consensus Conference, shared decision making in the emergency department: development of a policy-relevant patient-centered research agenda. *Acad Emerg J.* 2016;23:1313-9.
- Miró O. La década prodigiosa. *Emergencias.* 2017;29:297-300.
- Fernández-Guerrero IM, Martín-Sánchez FJ, Burillo-Putze G, Miró O. Análisis comparativo y evolutivo de la producción científica de los *urgenciólogos*. *Emergencias.* 2017;29:327-34.
- Fernández-Guerrero IM, Burbano P, Martín-Sánchez FJ, Hidalgo-Rodríguez A, Leal-Lobato MM, Rivilla-Doce C, et al. Producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante el quinquenio 2010-2014 y comparación con el quinquenio 2005-2009. *Emergencias.* 2016;28:153-66.
- Fernández-Guerrero IM, Martín-Sánchez FJ, Burillo-Putze G, Graham CA, Miró O. Analysis of the citation of articles published in the European Journal of Emergency Medicine since its foundation. *Eur J Emerg Med.* 2017; en prensa (doi: 10.1097/MEJ.0000000000000502)
- Burbano P, Martín-Sánchez FJ, Burillo-Putze G, Fernández Pérez C, Del Prado González N, Miró O. Producción y repercusión científica de un grupo de *urgenciólogos* españoles seleccionados por su trayectoria investigadora. *Emergencias.* 2013;25:245-54.
- Burbano Santos P, Fernández-Guerrero IM, Martín-Sánchez FJ, Burillo G, Miró O. Análisis de redes de colaboración españolas en la investigación en Medicina de Urgencias y Emergencias (2010-2014). *Emergencias.* 2017;29:320-6.
- Miró O, Burbano P, Graham CA, Cone DC, Ducharme J, Brown AF, Martín-Sánchez FJ. Analysis of h-index and other bibliometric markers of productivity and repercussion of a selected sample of worldwide emergency medicine researchers. *Emerg Med J.* 2017;34:175-81.
- SEMES. Las 10 mejores comunicaciones al XXIX Congreso Nacional de la SEMES. *Emergencias.* 2017;29:282-9.
- Anónimo. Best abstracts of the Second European Paediatric Resuscitation and Emergency Medicine Congress. *Eur J Emerg Med.* 2017;24:310-5.
- Anónimo. Meeting abstracts from the second European Emergency Medical Services Congress. *BMJ Open.* 2017;7:A1-A18.
- Anónimo. Best abstracts from the Ninth European Congress on Emergency Medicine. *Eur J Emerg Med.* 2016;6:463-8.
- Anónimo. 2016 International Conference on Emergency Medicine Abstracts. *Acad Emerg J.* 2017;24:500-5.
- Sawe HR, Rojo EM, Obogo M, Mfinanga JA, Kulola I, George U, et al. The first Tanzanian Conference on Emergency Medicine. *Afr J Emerg Med.* 2016;6:170-1.
- Lee CC, Lee KH. First Pan-Pacific Emergency Medicine Congress (PEMC). *J Emerg Med.* 2012;43:914-4.
- Anónimo. 14th Congress of the Austrian Society for Emergency and Disaster Medicine. *Notfall Rettungsmed.* 2011;14:327-39.
- Glänzel W, Schlemmer B, Schubert A, Thus B. Proceedings literature as additional data source for bibliometric analysis. *Scientometrics.* 2006;68:457-63.
- Gottlieb M, Riddell J, Njie A. Trends in national emergency medicine conference didactic lectures over a 6-year period. *J Contin Educ Health Prof.* 2017;37:46-9.
- Udovicich C, Barberi A, Perera K. Tweeting the meeting: A comparative analysis of an Australian emergency medicine conference over four years. *J Emerg Trauma Shock.* 9:28-31.
- Caballero-Oliver A, Fabiani-Rodríguez F, Palacios-Gómez C. Producción científica en Medicina de Urgencias: Estudio bibliométrico de las comunicaciones presentadas al XIII congreso de la SEMES. *Emergencias.* 2002;14:58-65.
- Moreno-Millán E, Millá Santos J, Jiménez-Murillo L. Congresos de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (I): Recuerdos y reflexiones de 20 años de actividad institucional. *Emergencias.* 2008;20:353-8.
- Casal-Codecido JR, García-Castrillo L, Miró O. Congresos de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (y II): Evolución de 20 años de actividad científica. *Emergencias.* 2008;20:428-34.
- Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD. The American College of Emergency Physicians. Tintinalli's Emergency Medicine: A comprehensive study guide. 7ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2010.
- Miró O, Salgado E, González-Duque A, Tomás Vecina S, Burillo-Putze G, Sánchez M. Producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante los últimos 30 años (1975-2004). Análisis bibliométrico descriptivo. *Emergencias.* 2007;19:6-15.
- Miró O, Valcárcel De La Iglesia MA, Cremades Pallas RM, Burillo-Putze G, Julián Jiménez A, Martín-Sánchez FJ. Producción científica de los *urgenciólogos* españoles durante el quinquenio 2005-2009 y comparación con el quinquenio 2000-2004. *Emergencias.* 2012;24:164-74.
- García-Castrillo Riesgo L, Vázquez Lima MJ. La especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en Europa: estamos quedándonos solos. *Emergencias.* 2015;27:216-8.
- González Armengol JJ, Toranzo Cepeda T. Aprobada en España la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en el Cuerpo Militar de Sanidad: repercusiones. *Emergencias.* 2016;28:3-5.
- Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias.* 2014;26:35-46.
- Rubini Giménez M, Mueller C. ¿Alta desde urgencias con troponina elevada?. *Emergencias.* 2016;28:291-2.
- Peacock WF. ¿Cuándo y durante cuánto tiempo tienen que estar ingresados los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda? *Emergencias.* 2016;28:363-5.
- Harjola P, Harjola VP. ¿Podemos hacer más por los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda en la fase prehospitalaria? *Emergencias.* 2017;29:221-2.
- Conference Proceedings Citation Index. Filadelfia: Web of Science; 2017.