

CARTAS AL EDITOR

A propósito del artículo "Utilización del torniquete en la asistencia extrahospitalaria: revisión sistemática"

Reflections on the article "Tourniquet use in out-of-hospital emergency care: a systematic review"

Sr. Editor:

En relación con el artículo publicado en EMERGENCIAS por Alonso-Algarabel *et al.*¹, tenemos algunas consideraciones.

Nos preocupa su selección de muchos artículos que no deberían haberse incluido en la revisión (9/17, 53%). Tras establecer una pregunta PICO autorrestringida a pacientes con hemorragia exsanguinante prehospitalaria controlada mediante torniquete, incluyen 9 estudios sobre voluntarios sanos sin hemorragia, morbilidad, intervención prehospitalaria ni control de la hemorragia²⁻⁹. Una de las revisiones sistemáticas seleccionadas no se centra en los pacientes, sino en establecer un inventario de intervenciones hemostáticas¹⁰. No se previene al lector de que la selección realizada no se ciñe estrictamente a los criterios de inclusión y exclusión, ni advierten de que esta elección metodológica puede afectar la validez interna y externa, al introducir sesgos de concepto, representatividad y supervivencia. El riesgo de sesgo en los estudios de eficacia prehospitalaria del torniquete es siempre alto, por no haber grupo de comparación. Hay también factores de confusión porque el efecto real del torniquete se combina con efectos subjetivos –como el adiestramiento del interviniente– y objetivos –como pueden ser otras intervenciones prehospitalarias–. Los estudios en voluntarios sanos son fuente de evidencia indirecta, pero hay que actuar con precaución antes de extrapolar sus resultados.

Asimismo, hay que ser precavido a la hora de preferir un modelo de torniquete a otro. La eficacia oclusiva mecánica es un factor importante, pero no es el único. El modelo CAT es el más utilizado en el entorno militar prehospitalario¹¹ por su facilidad de uso, coste, vida útil y eficacia cuando se compara con el torniquete EMT, más caro, de manejo más complejo y probablemente más adecuado para personal sanitario en

equipos de estabilización, o como torniquete de dotación en vehículos. El requisito de autoaplicación tiene una incidencia muy baja en combate y no se ha descrito que sea necesario para el personal sanitario, en los niños de heridos o en los puestos asistenciales de campaña¹². Se sabe que factores como el adiestramiento, el frío o el uso de guantes tienen efectos en la eficacia mecánica de algunos modelos de torniquete^{13,14}. Es posible diseñar experimentos en los que alcanzamos el 100% de oclusión de pulsos distales en muestras de más de 100 sujetos con modelos de torniquete como el CAT¹⁵. Los protocolos militares recomiendan la colocación de un segundo torniquete al lado del primero si este es ineficaz para controlar la hemorragia, pues existe relación inversa entre el ancho de la banda de compresión y la presión de oclusión¹⁶. Obtener experimentalmente porcentajes de éxito mecánico cercanos al 100% no es lo mismo que controlar la hemorragia prehospitalaria en combate por parte de personal no sanitario.

No se debe confundir asociación con causalidad ni oclusión mecánica de pulsos arteriales en voluntarios sanos con control de hemorragia exsanguinante de pacientes traumáticos en ambiente prehospitalario.

Francisco de Ascanio de la Vega

Teniente (RV) del Ejército del Aire, Escuadrón de Zapadores Paracaidistas, Madrid, España.
francisco.deascanio@gmail.com

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución del autor, financiación y responsabilidades éticas: El autor ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación y 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.

Editor responsable: Óscar Miró.

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

Bibliografía

- Alonso-Algarabel M, Esteban-Sebastià X, Santillán-García A, Vila-Candel R. Utilización del torniquete en la asistencia extrahospitalaria: revisión sistemática. *Emergencias*. 2019;31:47-54.
- Savage E, Pannell D, Payne E, O'Leary T, Tien H. Re-evaluating the field tourniquet for

the Canadian Forces. *Mil Med*. 2013;178:669-75.

- Lyon M, Shiver SA, Greenfield EM, Reynolds BZ, Lerner EB, Wedmore IS, et al. Use of a novel abdominal aortic tourniquet to reduce or eliminate flow in the common femoral artery in human subjects. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;73:S103-5.
- Wall PL, Welander JD, Singh A, Sidwell RA, Buising CM. Stretch and wrap style tourniquet effectiveness with minimal training. *Mil Med*. 2012;177:1366-73.
- Taylor DM, Coleman M, Parker PJ. The evaluation of an abdominal aortic tourniquet for the control of pelvic and lower limb hemorrhage. *Mil Med*. 2013;178:1196-201.
- Unlu A, Kaya E, Guvenc I, Kaymak S, Cetinkaya RA, Lapsekili EO, et al. An evaluation of combat application tourniquets on training military personnel: Changes in application times and success rates in three successive phases. *J R Army Med Corps*. 2015;161:332-5.
- Kragh JF, Kotwal RS, Cap AP, Aden JK, Walters TJ, Kheirabadi BS, et al. Performance of junctional tourniquets in normal human volunteers. *Prehospital Emerg Care*. 2015;19:391-8.
- Wall PL, Duevel DC, Hassan MB, Welander JD, Sahr SM, Buising CM. Tourniquets and occlusion: the pressure of design. *Mil Med*. 2013;178:578-87.
- Taylor DM, Vater GM, Parker PJ. An evaluation of two tourniquet systems for the control of prehospital lower limb hemorrhage. *J Trauma*. 2011;71:591-5.
- Van Oostendorp SE, Tan ECTH, Geeraedts LMG. Prehospital control of life-threatening truncal and junctional hemorrhage is the ultimate challenge in optimizing trauma care; a review of treatment options and their applicability in the civilian trauma setting. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24:110.
- Kragh JF Jr, Burrows S, Wasner C, Ritter BA, Mazuchowski EL, Brunstetter T, et al. Analysis of recovered tourniquets from casualties of Operation Enduring Freedom and Operation New Dawn. *Mil Med*. 2013;178:806-10.
- Kragh JF Jr, O'Neill ML, Walters TJ, Dubick MA, Baer DG, Wade CE, et al. The military emergency tourniquet program's lessons learned with devices and designs. *Mil Med*. 2011;176:1144-52.
- Glick CY, Furer MA, Glassberg CE, Sharon R, Ankory MR. Comparison of two tourniquets on a mid-thigh model: the Israeli silicone stretch and wrap tourniquet vs. the combat application tourniquet. *Mil Med*. 2018;183:157-61.
- Kragh JF, Aden JK, Lambert CD, Moore VK, Dubick MA. Assessment of user, glove, and device effects on performance of tourniquet use in simulated first aid. *J Spec Oper Med*. 2017;17:29-36.
- Ünlü A, Petrone P, Guvenc I, Kaymak S, Arslan G, Kaya E, et al. Combat application tourniquet (CAT) eradicates popliteal pulses effectively by correcting the windlass turn degrees: a trial on 145 participants. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2017;43:605-9.
- Shackelford SA, Butler FK Jr, Kragh JF Jr, Stevens RA, Seery JM, Parsons DL, et al. Optimizing the use of limb tourniquets in tactical combat casualty care: TCCC guideline change 14-02. *J Spec Oper Med*. 2015;15:17-31.

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Editor:

La carta de Ascanio de la Vega en referencia a nuestro artículo¹ da pie a un interesante debate. En esencia, entendemos que el autor destaca en su escrito dos hechos. El primero es que se han incluido nueve estudios sobre voluntarios sanos y, por tanto, no coincide con el problema de la pregunta PICO planteada. El segundo es que opina que confundimos asociación con causalidad, por asumir que el cese de flujo arterial en un voluntario sano sería equiparable al control de la hemorragia exanguinante en un paciente traumático.

La pregunta PICO es un sistema de optimización de la búsqueda de evidencia reconocido internacionalmente. No sustituye a los criterios de inclusión/exclusión, sino que ayuda a afinar la búsqueda para posteriormente aplicar dichos criterios². Tras ejecutar la búsqueda inicial, encontramos estudios no relativos a pacientes traumáticos con hemorragia exanguinante prehospitalaria controlada con torniquete y, por tanto, fueron excluidos. Para asegurar la exhaustividad, realizamos una búsqueda manual y de la literatura gris, tal y como se recomienda³. Revisamos la bibliografía de los artículos obtenidos. Con respecto a las 3 revisiones incluidas, se obtuvieron 212 referencias y se eliminaron 205 (Tabla 1). Tras su análisis, obtuvimos 7 artículos (referencias 18, 21, 24, 26, 33, 34 y 35), de las cuales las de Lyon *et al.* (2012) y Taylor *et al.* (2013) son las que identifica el autor. El resto, tras cotejar los hallazgos de la búsqueda inicial y dado el elevado índice de redundancia con las citas de terceros autores, decidimos incorporarlos mediante dicha búsqueda.

Como bien indica el autor, "Los estudios en voluntarios sanos son fuente de evidencia indirecta". Podría argumentarse que si un torniquete reduce el flujo sanguíneo en un voluntario sano, con presión arterial y volemia normales, es más que probable que sea eficaz en un herido traumático con hipovolemia e hipotonía muscular y, por tanto, exista plausibilidad. Una reciente publicación en el ámbito militar realizada con voluntarios sanos concluye que los torniquetes son válidos para tratar posibles hemorragias en el campo de batalla, recomiendan su dotación en el botiquín del Ejército de

Tabla 1. Artículos excluidos de las revisiones sistemáticas analizadas

Motivo de exclusión	Artículos
Año de publicación anterior a 2011	84
Duplicado	1
Idioma diferente al castellano/inglés	1
No analiza su utilización en urgencias	77
Estudio en cadáveres	4
Estudio en animales	7
Estudio en maniqués	1
Estudio en pacientes pediátricos	1
Sin relación con el tema	8
Páginas web	4
Libros	2
Artículos descriptivos	10
Revisiones narrativas	5

Tierra y, por ende, extrapolan sus resultados al resto de la población⁴.

Destacar la importancia que tiene para las revisiones sistemáticas incluir la búsqueda manual sistemática y exhaustiva para no omitir estudios relevantes. Sin duda, asociación y causalidad no son sinónimos, y eliminar artículos en voluntarios sanos no cambiaría la recomendación de los resultados debido a su plausibilidad.

Rafael Vila Candel¹,
Azucena Santillán García²

¹Hospital Universitario de la Ribera, Alzira, Valencia, España. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.
vila.rafc@gva.es

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

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y 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.

Editor responsable: Òscar Miró.

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

Bibliografía

- Alonso-Algarabel M, Esteban-Sebastià X, Santillán-García A, Vila-Candel R. Utilización del torniquete en la asistencia extrahospitalaria: revisión sistemática. *Emergencias*. 2019;31:47-54.
- Savage E, Pannell D, Payne E, O'Leary T, Tien H. Re-evaluating the field tourniquet for the Canadian Forces. *Mil Med*. 2013;178:669-75.
- Sackett D, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1996.
- Urrutia G, Torta S, Bonfill X. Metaanálisis (QUOROM). *Med Clin (Barc)*. 2005;125:32-7.
- González-Alonso V, Orbañanos-Peiro L, Gómez-Crespo JM, Hossain-López S, Pérez-Escobar JJ, Usero-Pérez C. Estudio del torniquete de dotación del Ejército de Tierra. *Sanid Mil*. 2016;72:87-94.

Urgencias por drogas de abuso. El papel de las salas de consumo supervisado

Emergences related to recreational drug abuse: the role of medically supervised drug consumption rooms

Sr. Editor:

Miró *et al.*¹ comparan las urgencias por drogas en dos servicios de urgencias (SU) españoles y tres distintas áreas europeas. No se consideran, sin embargo, las diferencias debidas a la atención prehospitalaria (el Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña durante 2017 atendió 21.740 urgencias relacionadas con drogas, 395 por opiáceos²) y que la administración prehospitalaria de naloxona puede revertir la emergencia sin recurrir al hospital.

De las áreas europeas, cabe considerar que en las Islas Británicas no hay salas de consumo supervisado (SCS). En el Norte de Europa las hay en Copenhague y Oslo, pero no en Estonia. En Europa Central hay salas en Basilea, Berna y París, numerosas en Alemania, pero no las hay en Polonia, Chequia ni Eslovaquia³. En los SU españoles, ante una intoxicación por opiáceos, se recurre a la naloxona en el 9,6% de casos, frente al 18,7% en SU de las Islas Británicas. Esto puede deberse a un menor consumo de opiáceos en España, pero también a la existencia de SCS en el área del Hospital Clínic.

En el periodo del estudio de Miró *et al.* hubo 706 consultas en el Hospital Clínic de Barcelona y 1.054 en el Hospital Son Espases de Palma. Según el censo de 2018, en Barcelona hay 1.620.343 habitantes y en Palma, 409.661. Con una población cuatro veces inferior, se dan en Palma 1,5 más consultas hospitalarias por drogas (1.054 frente a 706). Esta diferencia también puede deberse a más consumidores o a un consumo de mayor riesgo en Palma, o a que en Barcelona hay siete SCS³. En una de ellas, SAPS Creu Roja, de 2004 a 2009 se produjeron 47.000 consumos con 313 reacciones agudas (0,66%), atendidas *in situ* sin ninguna defunción⁴.

Los autores citan la creación de una red de SU hospitalarios españoles que permitirá comparaciones. Quizás, también, evitar desigualdades sin argumentos sanitarios, como que los consumidores que no viven en Bilbao o Cataluña no cuentan con salas para un consumo más seguro³. Ciudades como Vancouver han visto, tras la apertura de su SCS, disminuir la mortalidad por sobredosis en su zona de influencia un 35%, mien-

tras que en el resto de la ciudad el descenso fue de solo un 9,3%⁵. La presencia de SCS, distribuidas en función de las necesidades poblacionales, reduciría de forma global las consultas hospitalarias por consumo de drogas.

Jordi Delás¹,
César Morcillo Serra²

¹Hospital Universitari Sagrat Cor, Departament de Medicina, Universitat de Barcelona, España. ²Servicio de Medicina Interna y Urgencias, Hospital Sanitas CIMA, Barcelona, España.

jdela@ub.edu

Conflicto de intereses: Ambos autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Ambos autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y 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.

Editor responsable: Agustín Julián-Jiménez.

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

Bibliografía

- Miró O, Yates C, Dines AM, Wood DM, Dargan PI, Galán I, et al. Comparación de las urgencias atendidas por drogas de abuso en dos servicios de urgencias españoles con las atendidas en tres áreas europeas distintas. *Emergencias*. 2018;30:385-94.
- Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Informe anual 2017. Agència de Salut Pública de Catalunya, Sub-direcció General de Drogodependències (consultado 13-1-2019). Disponible en: <http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/SIDC-Informe-2017-en-rev-23-07-2018.pdf>
- Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on drugs). EMCDDA, Lisbon, June 2018 (consultado 13-1-2019). Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Best practice portal. SAPS, Creu Roja Barcelona (consultado 13-1-2019). Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=ES_08&tab=overview
- Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011;377:1429-37.

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios a nuestro artículo¹, que pasamos a

contestar. En primer lugar, reconocemos que la casuística presentada no recoge casos de atención urgente atendidos por los sistemas médicos de emergencias (SEM) resueltos *in situ* sin generar consulta hospitalaria. El título del trabajo (que incluía el término "servicios de urgencias") y las referencias que se presentaban en la metodología respecto a la dinámica de inclusión del registro Euro-DEN Plus (11, 12 y 13) creíamos que dejaban claro este hecho. La epidemiología de estas atenciones prehospitalarias, sin duda, difiere de la de los servicios de urgencias (SU) y su conocimiento permitiría una visión más completa de las urgencias generadas por el consumo de drogas. Con todo, el papel de atalaya de los SU para detectar cambios epidemiológicos y definir las características de las intoxicaciones y las reacciones adversas más graves en relación con el consumo de drogas es innegable². Respecto a la heterogeneidad de los diferentes centros europeos, ya reconocíamos que ello supone una limitación: "(...) los casos vistos en un centro pueden no ser representativos de la totalidad de casos del país o de la ciudad en la que se encuentra." Y en referencia a las potenciales peculiaridades que citan los autores que pueden tener los dos SU españoles del estudio (Hospital Son Espases de Palma y Hospital Clínic de Barcelona), también reconocíamos esta limitación en el estudio original, a la vez que comentábamos que la creación de una red española similar a la europea podría ayudar a confirmar o refutar nuestros resultados de una forma más general. Finalmente, no compartimos el comentario respecto a la diferente incidencia de casos entre Palma y Barcelona: mientras que el Hospital Son Espases constituye el único hospital de tercer nivel que da cobertura a la ciudad (409.661 habitantes), en Barcelona la cobertura de su población (1.620.343) se la reparten cuatro grandes hospitales. Por ello, los cálculos y las consideraciones derivadas de ellos que aducen los autores son erróneos. Entre estas últimas, el impacto de las salas supervisadas para el consumo de drogas en la disminución de los riesgos de eventos adversos y de consultas urgentes a los SU no se puede estimar directa ni indirectamente de nuestros resultados. Con ello, no queremos ni menospreciar su rol en este sentido, que otros estudios distintos al nuestro demues-

tran³, ni la inequidad que supone su heterogénea implantación en España.

Òscar Miró¹,
Christopher Yates²,
Miguel Galicia¹

¹Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Son Espases, Palma, España.

OMIRO@clinic.cat

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y 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.

Editor responsable: Agustín Julián-Jiménez.

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

Bibliografía

- Miró O, Yates C, Dines AM, Wood DM, Dargan PI, Galán I, et al. Comparación de las urgencias atendidas por drogas de abuso en dos servicios de urgencias españoles con las atendidas en tres áreas europeas distintas. *Emergencias*. 2018;30:385-94.
- Burillo-Putze G, Matos Castro S. Los servicios de urgencias como atalaya de los patrones de uso de drogas y sus consecuencias clínicas. *Emergencias*. 2018;30:377-9.
- Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011;377:1429-37.

Análisis comparativo de las ponencias y ponentes del XXX Congreso de SEMES en Toledo (2018) con los 29 congresos previos (1988-2017)

Presentations and presenters at the 30th Conference of SEMES in Toledo, 2018: comparison to the 29 previous conferences of 1988-2017

Sr. Editor:

El pasado año 2018 se celebró en Toledo el XXX Congreso de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES), en el que se batieron todos los registros de inscripción y participación de congresistas, presentación de comunicaciones, y actividades científicas realizadas y acreditadas¹, con una calidad destacable de las ponencias

y presentaciones². Precisamente, una de las ponencias del congreso recientemente publicada en EMERGENCIAS³ analizaba y comparaba las características de las ponencias y ponentes de los 29 congresos de SEMES (1988-2017). Ahora, queremos comparar algunos datos del XXX Congreso de SEMES con los de los 29 anteriores. Para ello, como en el estudio de Fernández-Guerrero *et al.*³, se consideraron las ponencias de mesas redondas, conferencias (incluyendo las inaugurales y de clausura), debates, presentaciones científicas de grupos de trabajo, *tracks*, etc., y se excluyeron los talleres, las reuniones de grupos de trabajo, las moderaciones y las presentaciones de los premios convocados por SEMES y de las comunicaciones orales y póster.

Durante los 29 congresos anteriores, se registró un total de 2.182 ponencias, con una media de 75 (DE 40) por congreso, aunque se identifica un gran salto y una línea ascendente muy pronunciada desde el congreso de Málaga en 2014 (con 146 ponencias) hasta llegar a las 280 realizadas en Toledo en 2018. Asimismo, el número de ponentes (1.410 en total en los 29 congresos previos), con una media de 72 (DE 37), también ha mostrado una línea ascendente, que tocó techo en Toledo con 229 ponentes distintos. Los datos comparativos más representativos de los 29 congresos previos de SEMES y del XXX Congreso se muestran en la Tabla 1.

En 2018 se incrementó hasta el 32,1% las presentadas por mujeres (previamente, 20,8%). En Toledo, en relación al colectivo de procedencia, el 74,3% se realizaron por médicos, el 14,3% por enfermería, el 3,6% por técnicos y el 7,9% por otros colectivos (directivos, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, psicólogos, periodistas, etc.). Dentro del colectivo médico, el 87,2% de los ponentes se identificaron como *urgenciólogos* y el 12,8% de otras especialidades (2,3% cardiólogos, 1,9% pediatras, 1,9% intensivistas, 1,9% internistas y el 4,9% de otras distintas). Por lo tanto, se comprueba como los *urgenciólogos* han ganado protagonismo frente al resto de las especialidades. Además, en los últimos años la representación de los *urgenciólogos* extrahospitalarios también ha crecido del 21,3% de media hasta el 30,6%. Creemos que este cambio tiene una relación directa con el creciente peso que tienen los grupos de trabajo de SEMES hoy en día en nuestros congresos, cuya filiación se incorpora desde el congreso de 2014 en Málaga, y esta ha ido aumentando de forma significativa hasta relacionarse con el 60% de los ponentes de Toledo 2018.

Tabla 1. Análisis comparativo de ponentes y ponencias entre el XXX Congreso SEMES 2018 y los 29 congresos previos (1988-2017)

	SEMES 2018 %	SEMES 1988-2017 %
Ponencias		
[media (DE)]	280	75 (40)
Ponentes		
[media (DE)]	229	72 (37)
Por sexo		
Mujeres	32,1	20,4
Por colectivo		
Médicos	74,3	70,6
Enfermería	14,3	11,9
Técnicos	3,6	4
Otros	7,9	13,5
Por especialidad médica		
<i>Urgenciólogos</i>	87,2	60,8
Otras especialidades	12,8	39,2
Por tipo de urgenciólogo		
Hospitalarios	69,4	78,6
Extrahospitalarios	30,6	21,4
Por CC. AA.		
C. de Madrid	33,1 (+15)*	27,3
Cataluña	19,2 (-9)*	18,6
Castilla-La Mancha	13,5 (+10)*	2,8
Andalucía	7,9 (-11)	11,7
C. Valenciana	6,0 (+2)	6,1
País Vasco	4,5 (0)	5,5
Galicia	3,0 (-2)	4,1
Castilla y León	2,3 (0)	4,0
Región de Murcia	2,3 (+1)	3,7
Aragón	1,5 (-2)	3,5
Asturias	1,5 (0)	3,3
Baleares	1,1 (0)	2,2
Cantabria	1,1 (-1)	21,4
Canarias	0,8 (-2)	2,9
Extremadura	0,8 (0)	0,4
Ceuta	0,8 (0)	0,1
Navarra	0,4 (-2)	2,2
La Rioja	0,4 (0)	0,4
Internacionales	5	5

DE: desviación estándar; C: comunidad; CC. AA.: comunidades autónomas.

*Diferencia porcentual absoluta aproximada respecto a la producción científica 1975-2014³.

Por otra parte, aunque en números absolutos ha crecido significativamente la representación de ponentes internacionales, se ha mantenido el porcentaje (5%) como en los anteriores congresos.

En Toledo, salvo la ciudad autónoma de Melilla, todas las comunidades autónomas (CC. AA.) y Ceuta estuvieron representadas. Como es habitual en la mayoría de los congresos, el peso de Castilla-La Mancha como comunidad autónoma organizadora se vio muy incrementado, mientras que la mayoría de las demás CC. AA. han mantenido en su contribución habitual. En relación

con los centros de procedencia de los ponentes, el Hospital Clínic de Barcelona, con el 5,4%, el Hospital Clínic San Carlos de Madrid, con el 3,9%, y el Complejo Hospitalario de Toledo, con el 3,2%, fueron los más representados, mientras que GUETS-SESCAM (5%) y SUMMA 112 (3,9%) fueron los sistemas de emergencias extrahospitalarios con un mayor número de ponentes. Todos estos datos están en la línea de la producción científica de la última década, liderada por las CC. AA. de Cataluña y Madrid, así como del Hospital Clínic de Barcelona y el Hospital Clínic San Carlos de Madrid³⁻⁵.

Con la seguridad de que Girona 2019 continuará esta línea ascendente y subirá un nuevo peldaño en la calidad y cantidad de las ponencias, es el momento de colaborar todos con los comités organizador y científico de los próximos congresos de SEMES para incrementar su calidad y participación.

Agustín Julián-Jiménez, en nombre del Comité Científico del XXX Congreso de SEMES
Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España.
agustinj@sescam.jccm.es

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución del autor, financiación y responsabilidades éticas: El autor ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación y 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.

Editor responsable: Òscar Miró.

Artículo no encargado y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

- Programa científico del 30 Congreso Nacional de SEMES "Urgencias: Ciencia, Arte y Cultura". Toledo 6-8 de junio 2018. (consultado 23-4-2019). Disponible en: https://semes2018.org/media/attachments/2018/06/05/programafinalemes2018_0506.pdf
- González Armengol JJ, Piñera Salmerón P. Presente y futuro de los congresos de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2018;30:295-6.
- Fernández-Guerrero IM, Hidalgo-Rodríguez A, Leal-Lobato MM, Rivilla-Doce C, Martín-Sánchez FJ, Miró Ò. 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). *Emergencias*. 2018;30:303-14.
- 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.

5 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.

XXXI Congreso de SEMES, Girona 2019: La fuerza del equipo

Thirty-first conference of SEMES — Girona 2019: The power of teamwork

Sr. Editor:

Este año el XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES) se realizará en Girona. El objetivo de esta carta es analizar las ponencias y ponentes del Congreso comparando los resultados con los del estudio de Fernández-Guerrero *et al.*¹, que analiza los 29 congresos previos. Las unidades de análisis son las ponencias previstas en el programa (cursos pre-congreso, conferencia inaugural, tracks y mesas redondas) y no se incluyen los talleres ni las moderaciones.

Observamos que el número de ponentes (299) y de ponencias (343) sigue en la línea de crecimiento acelerado que se inició en 2010 en el XXII Congreso de Pamplona. El 67,8% de las ponencias serán impartidas por hombres, el 76,1% por médicos y, de estas, el 87,4% del ámbito hospitalario. Respecto a la especialidad, el 72,7% serán *urgenciólogos* y entre el resto de las especialidades destacan los cardiólogos (4,4%) y los intensivistas (3,6%). Los principales datos comparados con los 29 congresos previos pueden verse en la Tabla 1.

Respecto a la procedencia de los ponentes, un 5% serán internacionales. Respecto a los ponentes de centros españoles, y de acuerdo con el lema del Congreso "La fuerza del equipo", es destacable que hay representación de todas las comunidades autónomas excepto Melilla. La comunidad autónoma que organiza el congreso acostumbra a ser la comunidad con mayor número de ponencias. Este año, Cataluña, como organizadora, presentará el 32,5% de las ponencias. No obstante, este porcentaje es acorde con los datos de producción científica 1975-2014 (28,5%)¹⁻³. En segundo lugar, la comunidad autónoma de Madrid aportará el 24,5% de las ponencias, por encima de su producción científica

Tabla 1. Análisis comparativo de ponencias entre el XXXI Congreso SEMES y los 29 congresos previos (1988-2017)

VARIABLES	SEMES 2019 %	SEMES 1988-2017 %
Por sexo		
Mujeres	32,4	20,4
Por colectivo		
Médicos	76,1	70,6
Enfermería	13,4	11,9
Técnicos	4,1	4,0
Otros	6,4	13,5
Por especialidad		
Urgenciólogos H	60,1	47,8
Urgenciólogos EH	12,6	13
Otras especialidades	24,5	39,2
Por CC. AA.*		
Cataluña	32,5 (+4)	18,6
C. de Madrid	24,5 (+6)	27,3
Galicia	6,1 (+1)	4,1
Andalucía	5,8 (-12)	11,7
C. Valenciana	4,6 (+1)	6,1
Castilla-La Mancha	4,3 (+1)	2,8
Región de Murcia	4,3 (+2)	3,7
Castilla y León	4 (+1)	4,0
Aragón	3,1 (0)	3,5
País Vasco	2,7 (-1)	5,5
Asturias	1,8 (0)	3,3
Baleares	1,5 (+0)	2,2
Navarra	1,2 (-1)	2,2
Extremadura	0,9 (-0)	0,4
Cantabria	0,9 (-1)	1,4
La Rioja	0,6 (+0)	0,4
Ceuta	0,6 (+0)	0,1
Canarias	0,3 (-3)	2,9
Internacionales	5,0	5

C: comunidad; CC. AA.: comunidades autónomas. EH: extrahospitalarios; H: hospitalarios.

*Diferencia porcentual absoluta aproximada respecto a la producción científica 1975-2014¹⁻⁴.

(18,5%). Los hospitales con mayor número de ponencias serán el Hospital Clínic (Barcelona) -3,5%-, el Hospital Clínic San Carlos (Madrid) -2,9%-, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) -2,6%-, y el Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari (Barcelona) -2%-, mientras que el SUMMA 112 y el SEM serán los sistemas de emergencias extrahospitalarias con más ponencias (2% cada uno). Finalmente, de los 37 ponentes con cinco o más ponencias en los 29 congresos previos, solo un 59,4% repetirá en esta XXXI edición, marcando una tendencia a la renovación de ponentes.

Este análisis pone de manifiesto que aumentan las ponencias impartidas por *urgenciólogos*, se mantienen las internacionales, hay una tendencia a aumentar la participación

de la comunidad autónoma organizadora, y continúa habiendo un déficit de ponencias impartidas por mujeres, aunque en Girona se incrementará hasta el 32,4%. Destacar que detrás de la organización de un evento de esta magnitud hay más de un año de trabajo. El modelo del Congreso SEMES está consolidado, pero su futuro está en manos de los asistentes⁴.

Emili Gené Tous^{1,2},
Dolors García Pérez^{1,3},
Josep M. Mòdol Deltell^{1,4},
en nombre del Comité Científico
XXXI Congreso SEMES

¹Comité científico XXXI Congreso SEMES.

²Servicio de Urgencias, Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari, Barcelona, España.

³Servicio de Urgencias, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Barcelona, España.

⁴Dirección Médica, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España.

emili.gene.tous@gmail.com

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

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y 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.

Editor responsable: Òscar Miró.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

1 Fernández-Guerrero IM, Hidalgo-Rodríguez A, Leal-Lobato MM, Rivilla-Doce C, Martín-Sánchez FJ, Miró Ò. 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). Emergencias. 2018;30:303-14.

2 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.

3 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.

4 González Armengol JJ, Piñera Salmerón P. Presente y futuro de los congresos de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Emergencias. 2018;30:295-6.