

J.J. Rodríguez Mondéjar^a,
M.M. Cevidanes Lara^b,
T. Herrera Romero^b,
J. Rodríguez Soler^b,
Á. López Amorós^b,
F. Peñalver Hernández^c,
F. Ramírez Pérez^d,
F. López Alcaraz^e
y M. Martínez Huescar^b

Análisis de las comunicaciones admitidas en los congresos nacionales de la SEEIUC en 8 años (1998-2005)

^aDiplomado en Enfermería. Coordinador de Enfermería de Equipos de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud (SMS). España.

^bDiplomado en Enfermería. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. SMS. España.

^cDiplomado en Enfermería. Supervisor de UCI. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer de Murcia. SMS. España.

^dDiplomado en Enfermería. Supervisor de UCI. Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. SMS. España.

^eDiplomado en Enfermería. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer de Murcia. SMS. España.

Este trabajo ha sido desarrollado en colaboración con profesionales de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, así como de los Servicios de Medicina Intensiva de los Hospitales Generales Universitarios Reina Sofía y José María Morales Meseguer, de Murcia, España. Este trabajo no ha recibido beca, subvención, ni soporte financiero de ninguna organización; sí ha tenido el apoyo científico de las instituciones sanitarias públicas donde se desarrolla nuestra labor asistencial y gestora.

Correspondencia:

J.J. Rodríguez Mondéjar.
Dirección de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Murcia.
C/ Escultor Sánchez Lozano, n.º 7, 2º piso.
30005 Murcia. España.
Correo electrónico: juanj.rodri@gmail.com

An analysis of the papers presented in national congresses of the Spanish Society of Intensive Nursing and Coronary Units in an 8-year period

Introducción. La investigación en enfermería de cuidados críticos suele comunicarse en los congresos nacionales de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) que se realiza anualmente. El objetivo de este estudio es analizar las características principales de las comunicaciones presentadas en este evento para conocer en profundidad la capacidad investigadora del colectivo.

Material y método. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Muestreo: todas las

comunicaciones. Dimensión estudiada: estructura y proceso. Tiempo: 8 años. Fuente de datos: libros de comunicaciones. Desarrollo: las variables recogidas fueron el número de autores, tipo de comunicación, ciudad y región, tipo de estudio, temporalidad, rol de enfermería, dimensión estudiada, tema, hospital, servicio, tipo de estadística, relevancia, financiación, calidad estructural y otros. Procesamiento estadístico: estadística descriptiva para variables cuantitativas con medias y desviación estándar (DE), las cualitativas se expresan en porcentajes. Contrastes de hipótesis con

180

χ^2 aceptando significación estadística si $p < 0,05$.
Resultados. Comunicaciones 736 (65-119), en formato oral 270 (40,4%); media de autores 4,87 (1-16), DE 1,97; por provincias: Barcelona 146 (19,8%); por Comunidades: Cataluña 166 (22,6%); hospitales: Hospital Universitario de Bellvitge 27 (4,2%); estudios de investigación 426 (65,3%); prospectivas 333 (51%); cuantitativas 345 (53%); con estadística descriptiva 305 (46,9%); patrón percepción-manejo de la salud 76 (10,3%); área de calidad estudiada: estructura 379 (51,5%); presencia de rol autónomo 380 (51,6%); tema más referenciado: los cuidados respiratorios 100 (13,6%); con relevancia y/o aplicabilidad 450 (69%); financiadas 23 (3,5%). Cumplimiento de estructura científica: 97%.
Conclusiones. La enfermería de cuidados críticos presenta un número importante de comunicaciones orales, con predominio de estudios de investigación con una calidad estructural alta, y con relevancia y/o aplicabilidad.

Palabras clave: comunicaciones en congresos, investigación de enfermería, cuidados críticos, cuidados intensivos, enfermería de cuidados críticos.

Introduction. *The research on critical care nursing is generally presented in the annual national congresses of the Spanish Society of Intensive Nursing and Coronary Units (SEEIUC). This study has aimed to analyze the main features of the papers presented in the above-mentioned congresses in order to get a deeper knowledge of the research capacity of our professional group.*

Materials and methodology. *A descriptive, observational and retrospective study. Sample: all the papers. Dimension studied: structure and process. Time: 8 years. Data source: a collection of the papers presented in congresses. Development: collected variables: number of authors, type of paper, city and region, type of study, timing, nursing role, dimension analyzed, topic, hospital, department, type of statistics, relevance, financing, structural quality and others.*

Statistical processing: *descriptive statistics for quantitative variables with means and standard deviation (SD); qualitative variables are written in percentages. We have contrasted hypotheses with χ^2 accepting 'if $p < 0.05$ ' as a statistical significance.*

Results. *Papers 736 (65-119), oral papers 270 (40.4%), mean of authors 4.87 (1-16), SD 1.97; per provinces: Barcelona 146 (19.8%); per autonomous communities: Catalonia 166 (22.6%); hospitals: University Hospital from Bellvitge 27 (4.2%); research studies 426 (65.3%); prospective studies 333 (51%), quantitative 345 (53%); with descriptive statistics 305 (46.9%); with a health perception and health management pattern 76 (10.3%); analyzed quality area: structure 379 (51.5%); with the presence of an autonomous role 380 (51.6%); most mentioned theme: respiratory care 100 (13.6%), with relevance and/or applicability 450 (69%); financed 23 (3.5%). Fulfillment of scientific structure: 97%.*

Conclusions. *Intensive Nursing Care shows an important amount of oral papers. Research studies stand out among these papers, the former having high structural quality and relevance and/or applicability.*

Key words: *congress papers, nursing research, critical care, intensive care, critical care nursing.*

INTRODUCCIÓN

Las sociedades profesionales, y en concreto la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), tienen entre sus cometidos el desarrollo y la potenciación de la especialidad o área de trabajo de las mismas, para lo cual establecen actividades relacionadas con la divulgación y el crecimiento científico de la enfermería; uno de los mecanismos en que se apoya este aspecto son los congresos regionales, nacionales e internacionales, ya que en los mismos se presentan el mayor número de trabajos de investigación que se están llevando a cabo en su área

de conocimiento, y en el caso que nos atañe en el campo de los cuidados críticos.

La actividad sobre investigación en enfermería de cuidados críticos se muestra de forma mayoritaria en los congresos nacionales de la SEEIUC, que se realizan anualmente en una ciudad española.

En nuestro entorno (España) se han hecho algunos trabajos, en concreto de comunicaciones a congresos nacionales y también de algunas publicaciones sobre las mismas¹⁻³, si bien lo que más se difunde son los estudios bibliográficos y bibliométricos sobre la enfermería española en general⁴⁻⁶, de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)⁷⁻⁹, de otras disciplinas de la salud¹⁰⁻¹³, del grado de difusión y factor de impacto⁵, de las revistas de enfermería^{4,14-16}, de aspectos de calidad metodológica o estructural^{17,18}, e incluso sobre el eco informativo de los congresos¹⁹, que aunque van a servir de referencia, no se pueden establecer comparaciones invariables con relación al objetivo de este estudio, a pesar de lo cual nos son de gran interés.

Es cierto, por otro lado, que todas se encaminan hacia el mismo fin a través del estudio de elementos distintos (comunicación frente a publicación de artículos) ya que el fin de cualquier trabajo de investigación debe ser su publicación, sabiendo que antes suele presentarse total o parcialmente en forma de comunicación a congresos del perfil o especialidad a la que esté vinculada.

Las líneas de investigación en Cuidados Intensivos sí se han analizado en algunos estudios²⁰, y hemos de conocerlas porque también aportarán información interesante para este proyecto. Las razones para realizar investigación en enfermería²¹, así como otros aspectos ya comentados brevemente, también nos pueden ayudar para estimular la participación en los eventos científicos en general y en los congresos regionales, nacionales e internacionales en concreto.

Este estudio pretende aportar información suficiente para conocer mejor al grupo profesional específico, ya que analiza 8 años de congresos nacionales, lo cual es muy representativo y de interés para toda la enfermería que participa en los cuidados a pacientes críticos. El objetivo del estudio es analizar las características principales de las comunicaciones presentadas en este evento para descubrir y concretar en profundidad la capacidad investigadora del colectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.

La muestra fue igual a la población ya que comprendió todas las comunicaciones admitidas al congreso anual de la SEEIUC durante el periodo de estudio (se analizó el universo), si bien hay que mencionar que el año 2000 no se pudo analizar con la misma profundidad que el resto, al carecer de libro de resúmenes de las comunicaciones (por no haberse editado), y se hizo solamente con el programa definitivo del congreso de Barcelona.

La dimensión estudiada en relación a la calidad se correspondió con la estructura y el proceso.

El tiempo recogido fue de 8 años, que abarcó desde el año 1998 al 2005, ambos inclusive.

La fuente de datos principal fue la documentación del congreso (programas definitivos), así como los libros de memorias de los resúmenes de las comunicaciones admitidas a exposición tanto en formato oral como en póster.

El desarrollo del estudio se estructuró en las 22 variables que se describen seguidamente: el año del congreso, la ciudad o sede del mismo, el número de autores de cada trabajo, tipo de comunicación (según la forma de presentación), ciudad de autoría (del primer autor), región de autoría (del primer autor), tipo de estudio, tipo de investigación (cualitativa, cuantitativa y cualicuantitativa), temporalidad del estudio (prospectiva, retrospectiva), patrón funcional relacionado según M. Gordon (si era posible establecerlo), rol de enfermería (autónomo, interdependiente, dependiente), dimensión estudiada con relación a la calidad, tema general aplicable (grandes grupos), tema concreto, hospital de procedencia (del primer autor), servicio (tipo de unidad del primer autor), número de servicios o centros participantes en la realización del proyecto, tipo de estadística aplicada (descriptiva, analítica, sin estadística), relevancia y/o aplicabilidad (entendida en sentido amplio), financiación (sí o no) y observaciones (incidencias detectadas de tipo estructural y/o metodológico).

El criterio o método para asociar el patrón funcional no se ha limitado al título, sino al análisis del contenido del resumen publicado y su concordancia y

182 encuadramiento con los aspectos de enfermería con el patrón concreto. Para que sirva como ejemplo, “El síndrome confusional en una UCI polivalente: epidemiología y actuación de enfermería”, tras leer el resumen se encuadra en el patrón cognitivo/perceptual, ya que los aspectos predominantes del tema tratado se relacionan con este patrón según M. Gordon.

La valoración del rol con que participa la enfermería se realizó tras la lectura comprensiva de los *abstract*; se estableció un encuadramiento en rol autónomo cuando la actividad, tema, proceso, etc., desarrollado en la comunicación se centra en las competencias propias del profesional de enfermería y en concreto de críticos, sin intervención directa de otros profesionales. Por otro lado entendimos el rol dependiente cuando la misma se correlaciona con actuaciones derivadas de las competencias de otro profesional, y no tenemos independencia en la actuación, y el rol interdependiente cuando se realiza la actividad compartida o con colaboración mutua.

El grado de relevancia y/o aplicabilidad se incluyó no para decir si una comunicación es buena o mala, sino para extrapolar de forma global su trascendencia, su creatividad, su innovación, su aplicación para la enfermería en UCI, su proactividad, así como su importancia y su validez actual, sabiendo que este ítem no deja de tener cierta subjetividad, pero siendo de gran interés como referencia.

La descripción de protocolos, los trabajos mal estructurados, los que aportan poco al conocimiento actual sobre un tema, los de muestra sesgada o muy pequeña, etc., han tenido una valoración de poca o ninguna relevancia y/o aplicabilidad (cada uno por un aspecto, o por la suma de varios).

La relevancia se agrupó inicialmente en no relevante o poco relevante, relevante y muy relevante; posteriormente se optó por dicotomizarla (en sí y no relevante) para un manejo estadístico más sencillo.

En el análisis estadístico, las variables cuantitativas se expresan como medias \pm desviación estándar (DE) y las cualitativas como porcentajes. La comparación entre dos variables cualitativas se ha realizado mediante la prueba de χ^2 de Pearson, y entre cuantitativa y cualitativa no dicotómica mediante ANOVA de un factor. Los contrastes se han realizado de forma bilateral y se ha tomado un nivel de significación

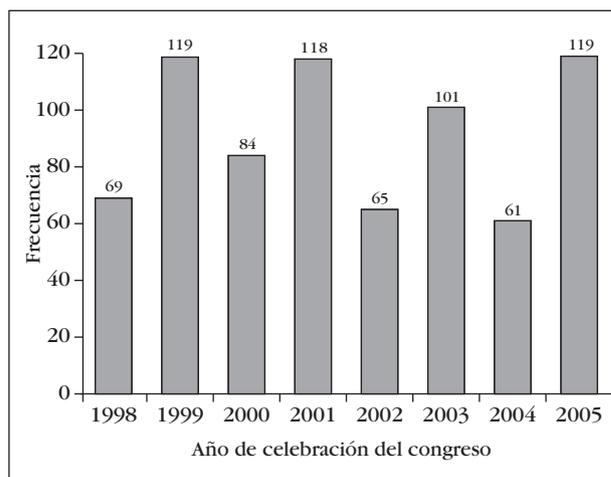


Figura 1. Número de comunicaciones admitidas según el año del congreso nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

de $p < 0,05$. Para los cálculos estadísticos se ha utilizado el paquete *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 14.0 en castellano para Windows.

RESULTADOS

El número de comunicaciones admitidas (orales y póster) estudiadas contabilizaron un total de 736, con una variación según el año del congreso que oscila entre 61 y 119 comunicaciones (fig. 1).

Las sedes de celebración de los congresos fueron cronológicamente del primer al último año analizado: Madrid (1998), Palma de Mallorca (1999), Barcelona (2000), Las Palmas (2001), Sevilla (2002), Salamanca (2003), Tarragona (2004) y La Coruña (2005).

Si se atiende a la forma de presentación, se obtuvieron en expresión oral 270 (36,4%), póster 389 (52,9%), póster con defensa oral 10 (1,4%) y no definidas 67 (9,1%).

La media de autores por comunicación ha sido de 4,87 (1-16), DE 1,97, moda 5, mediana 4,7 (tabla 1).

Por provincias y en orden a su participación destacaron: Barcelona, Madrid y Murcia (tabla 2). Por Comunidades Autónomas y en orden descendente: Cata-

Tabla 1. Número de autores de la comunicación

N.º de autores	N.º de comunicaciones	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	36	4,9	4,9
2	48	6,5	11,4
3	94	12,8	24,2
4	130	17,7	41,8
5	154	20,9	62,8
6	152	20,7	83,4
7	55	7,5	90,9
8	42	5,7	96,6
9	16	2,2	98,8
10	6	0,8	99,6
11	1	0,1	99,7
13	1	0,1	99,9
16	1	0,1	100,0
Total	736	100,0	

luña 166 (22,6%), Madrid 113 (15,3%) y Andalucía 111 (15,1%) (fig. 2).

Por hospitales, jerarquizándolos según su contribución respecto al número de comunicaciones admitidas, los dos primeros son: Hospital Universitario de Bellvitge 27 (4,2%) y Hospital Universitario Virgen del Rocío 20 (3,2%) (tabla 3).

Clasificándolos por tipos de estudios: los estudios de investigación propiamente dichos fueron 426 (65,3%), la descripción de protocolos de cuidados, casos clínicos de enfermería y planes de cuidados 87 (13,3%), experiencias y/o diseño de herramientas 73 (11,2%), revisión bibliográfica y revisión de registros 38 (5,8%), comparación de dos casos o dos métodos concretos 15 (2,3%), descripción de técnica (o aparato) 11 (1,7%) y otros 2 (0,4%). No han podido incluirse 84 comunicaciones (11,4%) por falta de datos.

Inciendo en el análisis de la temporalidad de las comunicaciones, predominaron las prospectivas, con 334 (fig. 3).

Según el tipo de investigación: predominan las cuantitativas, con un total de 346 (53%), cualitativas 82 (12,6%), cualicuantitativas 73 (11,2%), revisión y seguimiento 15 (2,3%) y no encuadrables 136 (20,9%).

Según el tipo de estadística aplicada se obtuvieron: con estadística descriptiva 305 (46,9%), estadística

Tabla 2. Provincia donde se realiza el estudio o procede la comunicación (ordenadas por frecuencia)

Orden	Provincia	Frecuencia	Porcentaje
1	Barcelona	146	19,8
2	Madrid	113	15,4
3	Murcia	37	5,0
4	Sevilla	35	4,8
5	Islas Baleares	34	4,6
6	La Coruña	26	3,5
7	Álava	25	3,4
8	Almería	22	3,0
9	Las Palmas	21	2,9
10	Santa Cruz de Tenerife	20	2,7
11	Navarra	19	2,6
12	Toledo	19	2,6
13	Cádiz	18	2,4
14	Málaga	17	2,3
15	Asturias	16	2,2
16	Tarragona	14	1,9
17	Alicante	13	1,8
18	Ciudad Real	13	1,8
19	Jaén	10	1,4
20	Castellón	9	1,2
21	Valencia	9	1,2
22	Cantabria	8	1,1
23	León	8	1,1
24	Palencia	7	1,0
25	Badajoz	6	0,8
26	Pontevedra	5	0,7
27	Cáceres	5	0,7
28	Salamanca	5	0,7
29	Albacete	5	0,7
30	Vizcaya	4	0,5
31	La Rioja	4	0,5
32	Córdoba	4	0,5
33	Valladolid	4	0,5
34	Orense	3	0,4
35	Guipúzcoa	3	0,4
36	Zaragoza	3	0,4
37	Lérida	3	0,4
38	Gerona	3	0,4
39	Granada	3	0,4
40	Portugal*	3	0,4
41	Huelva	2	0,3
42	Burgos	2	0,3
43	Segovia	2	0,3
44	Ceuta	2	0,3
45	Teruel	1	0,1
46	Ávila	1	0,1
47	Guadalajara	1	0,1
	Total	733	99,6
	Sin datos	3	0,4
	Total	736	100,0

*No española.

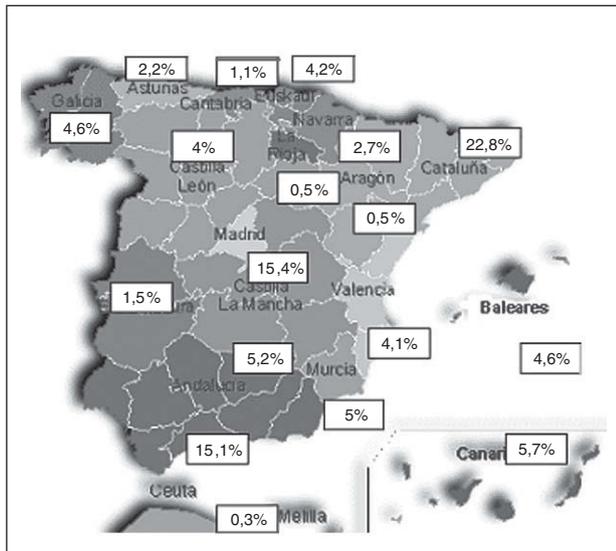


Figura 2. Región o Comunidad Autónoma de origen de las comunicaciones (primer autor). Nota: Los datos se muestran en porcentaje, en donde un 1% se correspondería con 8 comunicaciones. Falta un 0,4% que corresponde a la participación aislada de Portugal en el congreso Hispano-Luso que se celebró en Barcelona en el año 2000.

analítica y descriptiva 145 (19,7%), sin estadística 201 (27,3%) y sin información para catalogarla 85 (11,5%).

Respecto al patrón de Gordon más relacionado: percepción-manejo de la salud 76 (10,3%) y sin patrón aplicable 520 (70%) (tabla 4).

Área de la calidad estudiada: estructura 379 (51,5%), proceso 258 (35,1%), resultado 55 (7,5%) y proceso y resultado 44 (6%).

Según el tipo de rol que adopta la enfermería predominó el rol autónomo en 380 comunicaciones (fig. 4).

El tema más referenciado en las comunicaciones (grandes bloques o tema general) es el relativo a los cuidados respiratorios, con 100 estudios (13,6%) (tabla 5). En cuanto a temas específicos o concretos, se han identificado 384 etiquetas distintas, destacando: úlceras por presión 25 (3,4%), escalas de medición en recursos humanos 20 (2,7%), ventilación mecánica no invasiva 19 (2,6%), registro de informe de enfermería al alta 19 (2,6%) y nivel de sedación en ventilación mecánica invasiva 16 (2,2%).

Los datos del tipo de unidades o servicios (de donde procede el primer autor) se muestran en la tabla 6. Número de unidades, servicios y/o centros distintos que participaron en la realización de la comunicación: una 580 (89%), dos 48 (7,4%), tres 14 (2,1%), cuatro 5 (0,8%), seis 1 (0,2%), siete 1 (0,2%) y diez 1 (0,2%).

Mostraron tener relevancia y/o aplicabilidad para la enfermería de cuidados críticos: 451 (69,2%). Se analizaron tres niveles: muy relevante 124 (19%), relevante 327 (50,2%) y no relevante 200 (30,7%), y posteriormente se dicotomizaron en sí y no relevante (no se pudieron valorar 85 comunicaciones).

Sí fueron financiadas o becadas 23 comunicaciones (3,1%), solicitada la beca 2 (0,3%) y no constaba o no analizable 627 (85,2%).

Los contrastes de hipótesis realizados entre variables resultaron estadísticamente significativos en: tipo de estudio/temporalidad ($p < 0,001$), tipo de investigación/relevancia ($p < 0,001$), tipo de estudio/relevancia ($p < 0,001$), tipo de comunicación/relevancia ($p < 0,007$), tipo de trabajo/estadística aplicada ($p < 0,001$), número de autores/relevancia o aplicabilidad ($p < 0,001$), tipo de trabajo/procesamiento estadístico ($p < 0,001$), tipo de estudio/tipo de presentación ($p < 0,001$), temporalidad de la investigación/tipo de presentación ($p < 0,001$), número de autores/tipo de estudio (dicotomizado) ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

La participación en forma de comunicaciones fue variable a lo largo de los años revisados, no se produjo un aumento constante como sería deseable, sino que un año aumenta y otro baja; curiosamente los años impares fueron más propicios y todos ellos por encima de 100 comunicaciones admitidas a los congresos, sin embargo otros autores³ encontraron disminución de comunicaciones a lo largo de tres años coincidentes de congresos. Quizá habría que ver si hay alguna causa que se desconoce en este momento, bien fuese la fecha de realización (aunque no hay grandes diferencias), la sede, o la coincidencia de otros eventos científicos o profesionales.

Las sedes donde se admitieron menos trabajos se encuadran en Madrid, Barcelona, Sevilla y Tarragona,

Tabla 3. Institución u Hospital al que pertenece el primer autor del trabajo presentado (a partir de 5 o más comunicaciones)

<i>Nombre del centro hospitalario o institución</i>	<i>N.º de comunicaciones</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje corregido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona)	27	3,7	4,2	4,2
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla	21	2,9	3,2	7,4
Hospital de la Vall D'Hebron. Barcelona	20	2,7	3,1	10,5
Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)	20	2,7	3,1	13,6
Hospital Doce de Octubre. Madrid	20	2,7	3,1	16,7
Hospital Universitario de Getafe (Madrid)	17	2,3	2,6	19,3
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia	15	2,0	2,3	21,6
Hospital Clínico y Provincial de Barcelona	15	2,0	2,3	23,9
Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife)	14	1,9	2,2	26,1
Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid	13	1,8	2,0	28,1
Hospital de Txagorritxu y otro. Vitoria (Álava)	12	1,6	1,8	29,9
Hospital Ntra. Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo)	12	1,6	1,8	31,7
Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña	11	1,5	1,7	33,4
Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Murcia	11	1,5	1,7	35,1
Hospital Ntra. Señora de Alarcos. Ciudad Real	10	1,4	1,5	36,6
Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Islas Baleares)	10	1,4	1,5	38,1
Hospital Universitario Juan XXIII. Tarragona	10	1,4	1,5	39,6
Hospital de Can Misses. Ibiza (Islas Baleares)	10	1,4	1,5	41,1
Hospital del Mar. Barcelona	10	1,4	1,5	42,6
Hospital Santiago Apóstol. Vitoria (Álava)	10	1,4	1,5	44,1
Hospital Clínico San Carlos. Madrid	9	1,2	1,4	45,5
Hospital Mutua de Tarrasa (Barcelona)	9	1,2	1,4	46,9
Hospital Universitario Asociado General de Castellón	9	1,2	1,4	48,3
Hospital de Santa Cruz y San Pablo. HUUAB. Barcelona	8	1,1	1,2	49,5
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)	8	1,1	1,2	50,7
Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias)	7	1,0	1,1	51,8
Hospital de León	7	1,0	1,1	52,9
Hospital Río Carrión. Palencia	7	1,0	1,1	54
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander	7	1,0	1,1	55,1
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas	7	1,0	1,1	56,2
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona	6	0,8	0,9	57,1
Fundación Hospital Alcorcón (Madrid)	6	0,8	0,9	58
Hospital General Universitario de Alicante	6	0,8	0,9	58,9
Hospital General Universitario La Paz. Madrid	6	0,8	0,9	59,8
Hospital General Universitario de la Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife	6	0,8	0,9	60,7
Hospital de Navarra. Pamplona	6	0,8	0,9	61,6
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga	6	0,8	0,9	62,5
Complejo Hospitalario San Millán. San Pedro (Logroño)	5	0,7	0,8	63,3
Complejo Hospitalario Arquitecto Macide. Ferrol (La Coruña)	5	0,7	0,8	64,1
Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)	5	0,7	0,8	64,9
Fundación Althaia. Manresa (Barcelona)	5	0,7	0,8	65,7
Hospital de Sagunto (Valencia)	5	0,7	0,8	66,5
Hospital POVISA. Vigo (Pontevedra)	5	0,7	0,8	67,3
Hospital Son Llázert. Palma de Mallorca (Islas Baleares)	5	0,7	0,8	68,1
Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra)	5	0,7	0,8	68,9
Hospital de Requena (Valencia)	5	0,7	0,8	69,7
Hospital del Servicio Andaluz de Salud de Jerez de la Frontera (Cádiz)	5	0,7	0,8	70,5
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila	5	0,7	0,8	71,3
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia	5	0,7	0,8	72,1

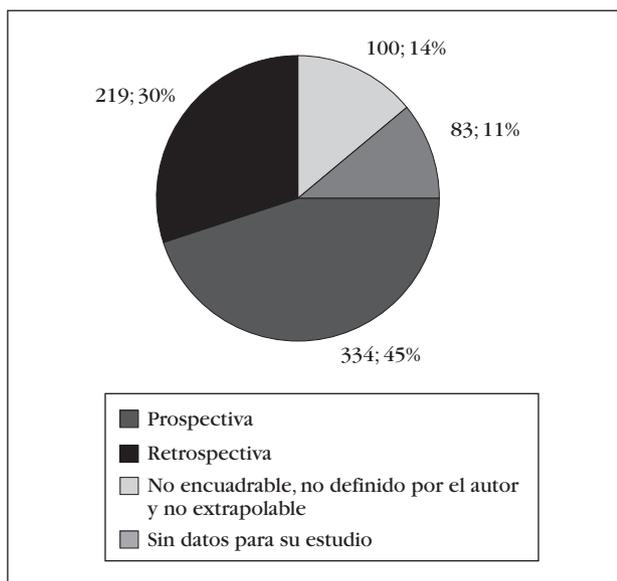


Figura 3. Temporalidad de la investigación desarrollada en la comunicación.

lo cual inclina a pensar, inicialmente, que no es problema de infraestructuras, de falta de organización, o del "efecto llamada". En este momento hubiera sido útil conocer el número de comunicaciones enviadas realmente en cada congreso para poder establecer comparaciones entre enviadas y admitidas tras proceso de selección, pero estos datos no constan en los libros de comunicaciones o memorias analizados (lo cual sería aconsejable para posteriores investigaciones).

No obstante se ha producido un aumento en la participación media con respecto al estudio realizado por Asiain y Marín⁷, donde se analiza hasta 1987 la actividad de 12 reuniones de la SEEIUC con un total de 289 comunicaciones admitidas, lo que establece una media de 24 comunicaciones por reunión o congreso, siendo la media del presente estudio de 92 trabajos, casi cuadruplicándola, lo cual es muy gratificante para la profesión.

La forma de presentación oral fue menor que la forma de póster, hecho que es común en los congresos por motivos diversos, entre ellos de tiempo para sus presentaciones, si bien se observa una equivalencia con los hallazgos de otros autores^{3,22}. Cuando se

compararon los trabajos de investigación propiamente dichos y el resto de aportaciones, se estableció relación significativa a favor de la oral ($p < 0,001$), efectos que ya se comentan en otros trabajos^{22,23}.

El número de autores determinó una coparticipación e implicación de más personas en el desarrollo de los estudios que en otros trabajos consultados^{3,8}, generando más equipo y estimulándolo; es de reseñar que el 60% de los trabajos están firmados por entre 4 y 6 autores y un 15,4% por entre 7 y 9. Como norma general no se exigió límite estricto en el número de autores en las comunicaciones a estos congresos, hecho que se corresponde con dar mayor cabida a los profesionales que quieran investigar en sus unidades. Los estudios que han medido el número de autores indican que los trabajos de investigación precisan más profesionales implicados para llevarse a cabo. Marín et al⁸ ya encontraron un aumento (casi del doble) de autores en los artículos de investigación publicados sobre intensivos (en un análisis de 5 años), con respecto a los que no lo eran. Sancho²⁴ hace referencia a que la coautoría o colaboración en investigación es importante y que no se reconoce a veces a muchos colaboradores, pero que es necesario para llevar adelante la investigación; el mayor número de autores lo correlaciona con mayor calidad, mayor número de trabajos de investigación, más trabajos publicados, mayor difusión internacional, etc.

Se realizó un análisis de comunicaciones por provincias, siendo las que más aportaron Madrid, Barcelona, Murcia, Sevilla e Islas Baleares; todas ellas salvo Murcia han sido sede de un congreso, factor que como nos refieren Campos y Enguñados²⁵, se conoce que influye en la aportación de trabajos. Si se estableciese una media entre provincias y número de comunicaciones, se alcanzan 14 por provincia en el periodo analizado, equivalente a casi dos (en concreto 1,75) comunicaciones por provincia/año, elemento que no siempre se cumple, de hecho solo 16 provincias se encuadran en este caso (tabla 2).

Otros estudios han contrastado este dato con la población existente², en realidad la idea fue agruparlas para saber la procedencia, más que para ver quién es el que más hace (proporcionalmente), ya que no se habló de competencia sino de participación. Las provincias con más población, y por tanto con más

Tabla 4. Relación de las comunicaciones con los patrones funcionales según M. Gordon

	Nombre del patrón funcional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
I	Percepción-Manejo de la salud	76	10,3	10,3
II	Nutricional-Metabólico	51	6,9	17,3
III	Eliminación	24	3,3	20,5
IV	Actividad-Ejercicio	9	1,2	21,7
V	Sueño-Descanso	2	0,3	22,0
VI	Cognitivo-Perceptual	14	1,9	23,9
VII	Autopercepción-Autoconcepto	4	0,5	24,5
VIII	Rol-Relaciones	17	2,3	26,8
IX	Sexualidad-Reproducción	0	0	26,8
X	Adaptación-Tolerancia al estrés	12	1,6	28,4
XI	Valores-Creencias	7	1,0	29,3
	No encuadrables	520	70,7	100,0
	Total	736	100,0	

centros sanitarios grandes, con sus respectivas UCI, tienen más oportunidad para presentar comunicaciones al congreso nacional (aunque no siempre ocurra así). Solo se atendió a la provincia de procedencia del primer autor, al igual que en otras variables de este estudio como son hospital, tipo de UCI o servicio, o Comunidad Autónoma.

La media de comunicaciones, si se hiciese globalmente, oscilaría en 40,6 participaciones por Comunidad Autónoma (oscilando entre 1-167), lo que genera unas diferencias muy importantes, sobre todo porque las tres primeras comunidades aglutinaron el 53% del total, y si ampliamos a las 6 superan el 69% (fig. 2).

Si se compara con lo descrito en otros artículos como el de Asiain y Marín⁷, dentro de las 6 primeras autonomías en participación se han incorporado Andalucía y Castilla-La Mancha, y no aparecen Navarra y Baleares. No obstante se considera que las diferencias se han mantenido dentro de unos niveles muy razonables (al ser resultados con muchas diferencias), y también hay que insistir en que sólo se ha considerado el origen del primer autor, lo cual puede perjudicar cuando haya habido coparticipación entre distintos centros de varias regiones. Tampoco se ha establecido ver la calidad de las mismas en esta variable, ya que no era el fin del estudio (sí lo es verlo en el conjunto). Se obtuvo un estudio de análisis de participación de comunicaciones en congresos de Medicina

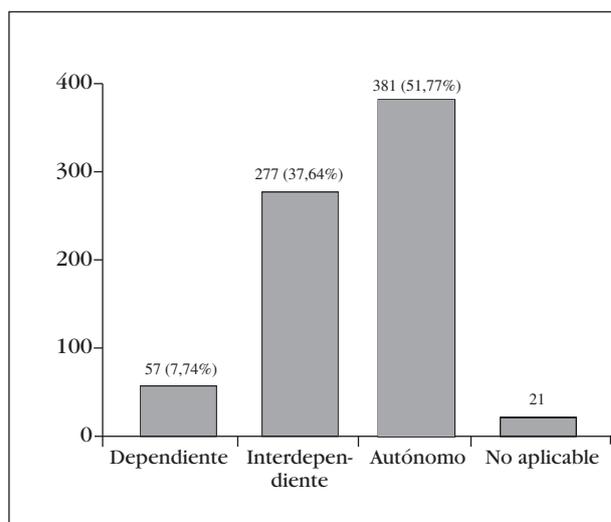


Figura 4. Tipo de rol que desempeña la Enfermería con relación al tema de la comunicación.

de Familia² en el que sí se relacionó con el número de habitantes (en concreto por millón) para establecer equivalencias más reales entre provincias según sus índices de participación, u otros estudios²² que aplicaban ambas fórmulas.

Se trasladó este dato y se procesó la participación por Comunidades Autónomas en relación a la pobla-

Tabla 5. Tema general en que se encuadra: especialidad o grandes grupos temáticos

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
1	Respiratorio	100	13,6	13,6
2	Cardiología	87	11,8	25,4
3	Infecciones y sepsis	67	9,1	34,5
4	Gestión en general, gestión clínica	59	8	42,5
5	Registros de Enfermería en UCI/consentimiento informado para investigaciones o estudios	49	6,7	49,2
6	Sistema nervioso central	43	5,8	55
7	Sistema tegumentario e integridad cutánea	39	5,3	60,3
8	Relaciones humanas y paciente crítico y/o familia, vivencias	37	5	65,3
9	Endocrino-metabólico	25	3,4	68,7
10	Miscelánea: estudio demográfico color ojos y otros	22	3	71,7
11	Digestivo	21	2,9	74,6
12	Seguridad y Riesgos Laborales	17	2,3	76,9
13	Satisfacción del usuario	14	1,9	78,8
14	Donación de órganos y trasplantes	14	1,9	80,7
15	Administración de fármacos	12	1,6	82,3
16	Cirugía especialidades: Maxilofacial, Cirugía Cardiovascular	11	1,5	83,8
17	Educación sanitaria	11	1,5	85,3
18	Transporte del paciente crítico	11	1,5	86,8
19	Traumatológico y sistema musculoesquelético	10	1,4	88,2
20	Calidad de vida y o preocupaciones en pacientes críticos	10	1,4	89,6
21	Intoxicaciones	10	1,4	91
22	Sistema renal y urológico	10	1,4	92,4
23	Vías arteriales y venosas	9	1,2	93,6
24	Ética profesional y UCI	8	1,1	94,7
25	Metodología de enfermería: diagnósticos, valoración/proceso enfermero	7	1	95,7
26	Sistema hematológico	7	1	96,7
27	Formación de los profesionales	4	0,5	97,2
28	Internet	4	0,5	97,7
29	Relaciones interdisciplinarias	3	0,4	98,1
30	Estudios de mortalidad	3	0,4	98,5
31	Personalidad de enfermería en UCI/autopercepción de ella	3	0,4	98,9
32	Indicadores de calidad	3	0,4	99,3
33	Medicina Interna	2	0,3	99,6
34	Psiquiatría y salud mental	1	0,1	99,7
35	Drogodependencias	1	0,1	99,8
36	Investigación en UCI	1	0,1	99,9
37	Iatrogenia	1	0,1	100
	Total	736	100	

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

ción según referencia el padrón de 2006 utilizado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y se relacionó por cada 100.000 habitantes con el siguiente resultado jerarquizado de las 8 primeras: Islas Baleares con 3,39 comunicaciones/100.000 habitantes, Comunidad Foral de Navarra 3,36, Región de

Murcia 2,70, Ceuta 2,66, Cataluña 2,34, Canarias 2,10, Castilla-La Mancha 1,96 y Comunidad de Madrid 1,88.

Entre los trabajos que se presentaron predominan los de investigación²⁴, con el 65%, hecho destacable que debe de estimular al colectivo para seguir en esta línea e incluso mejorarla. Se considera que en los con-

Tabla 6. Tipos de Unidades de Cuidados Intensivos, u otros servicios que han presentado comunicaciones

	<i>N.º de comunicaciones</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje corregido</i>
UCI Polivalente	536	72,8	82,6
UCI Coronaria y Cirugía Cardíaca	17	2,3	2,6
UCI Respiratoria	1	0,1	0,2
UCI Politrauma	18	2,4	2,8
UCI y Grandes Quemados	13	1,8	2,0
UCI Politrauma/Polivalente	8	1,1	1,2
UCI Pediátrica	6	0,8	0,9
Reanimación de Cirugía Cardíaca	5	0,7	0,8
Unidad de Cuidados Intermedios	5	0,7	0,8
Otros: EAP, Unidad de corta estancia, Reanimación, Centro Universitario	25	3,4	3,9
UCI de Cuidados Quirúrgicos	12	1,6	1,8
Urgencias	3	0,4	0,5
Subtotal	649	88,2	100,0
No se tienen datos	87	11,8	
Total	736	100,0	

EAP: equipo de Atención Primaria; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

gresos nacionales de asociaciones científicas, aunque predomina la investigación, también debe haber espacios para el encuentro e intercambio de conocimientos y actividades de otro tipo^{1,3,23}, lo que justificaría su variedad y riqueza.

La investigación cualitativa no abunda en los estudios de investigación²⁶ y menos aún en el campo de los cuidados intensivos, pero en nuestro análisis de 8 años se observa que va aumentando y tiene presencia con un 12% de los trabajos, que junto con los cuantitativos (11%), demuestran el avance y la inclusión de la enfermería que cuida a los pacientes críticos en este aspecto metodológico ya que la va integrando en sus investigaciones, algo esperable por la profesión y actividad que se desarrolla. Es posible que la tendencia siga aumentando cuando se mejore el conocimiento de la metodología cualitativa o mixta.

Con relación a la temporalidad del estudio realizado, es muy positivo que destaquen los prospectivos en casi la mitad de los estudios, y también se observa la dificultad ya mencionada anteriormente cuando no se define en la metodología si es prospectivo o retrospectivo. Los estudios prospectivos, desde el punto de vista de la calidad, son mejor valorados.

Al tratarse de congresos de enfermería, el equipo investigador relacionó los estudios según patrones

funcionales, pero la dificultad no ha sido pequeña (520 comunicaciones, equivalentes al 70%, sin tipificar) por varios motivos, en primer lugar porque no se está muy acostumbrado a realizar esta identificación, y en segundo lugar porque el paciente crítico tiene unas connotaciones que hacen que predomine la atención urgente y el cambio constante, lo que dificulta su encuadre; no obstante creemos que fue útil como experiencia y como punto de partida para que otros compañeros puedan seguir incidiendo en el tema y tengan una referencia.

En general predominan dentro de los patrones de M. Gordon los de percepción-manejo de la salud, el nutricional-metabólico y el de eliminación; como se observa suponen aspectos básicos para mantenerse vivo. También es llamativo que no haya ni un solo estudio que se pueda relacionar con el patrón sexualidad-reproducción, ya que se queda como no prioritario cuando alguien está bastante enfermo o con riesgo vital.

La dimensión de la calidad más estudiada resultó ser la de la estructura (un 53%), lo que coincide con el análisis de un trabajo similar realizado por Catarineu Pérez y Anton i Riera sobre congresos de anestesia, reanimación y terapia del dolor³, aunque en su caso era mayor todavía (72%).

190

El análisis de temas tratados en las comunicaciones resultó muy laborioso porque se hizo en dos apartados, uno como tema general (gran grupo) y otro por específico (sobre la base del interés concreto de lo que estudia); esto supuso listas interminables sobre todo en el específico, pero que tiene su utilidad por si se quiere buscar una comunicación relacionada con un tema en concreto, hecho que ya ha sucedido en nuestro servicio. El primer tema específico de enfermería que aparece en la relación dentro de este bloque de tema general (tabla 5) sería el de los registros y el consentimiento informado en UCI, con el 6,7% (en quinto lugar), las relaciones humanas y el paciente crítico/familia/vivencias con el 5,3%, lo cual muestra la sensibilidad de enfermería con estos temas, muy de la profesión, así como alternar con temas biomédicos de patologías, aparataje electromédico, técnicas invasivas, y otros. Esto nos puede indicar la buena salud y la polivalencia de la enfermería de cuidados críticos.

Se han codificado 135 instituciones sanitarias u hospitales de nuestra nación (lo cual es muy positivo al ser servicios especiales y no contar todos los centros con UCI), lo que estima una media de 4,81 trabajos por centro. Si se realiza un corte con el 50% de las comunicaciones aceptadas se centran solamente en 25 centros del total (recordar tabla 3), con una participación que se perfila entre 8 y 27 trabajos admitidos durante el periodo de estudio (1998-2005, con la excepción ya mencionada del año 2000 por falta de datos). Los investigadores fuimos conscientes de que sólo se ha puesto el referente del primer autor, y que es posible que algún centro haya cambiado de nombre o aglutinado otro en forma de complejo hospitalario, como ha sido el caso del Hospital General Universitario de Murcia, que tras un desalojo urgente se derribó y se ha construido nuevo en el mismo lugar pero con un nombre distinto, como es el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

En el apartado sobre tipos de unidades o servicios de críticos de donde procede la comunicación, quedó muy claro que las UCI polivalentes marcan la diferencia, hecho que resulta lógico porque cubren el mayor espectro de actuación (ya que habitualmente hay una por centro) y también porque el coste y las

características concretas que tienen las otras formas de unidades de críticos las hacen muy específicas y difíciles de mantener. Es de destacar que el grupo de "otros" que no son propiamente unidades de cuidados críticos (equipos de Atención Primaria, Unidad de corta estancia, Reanimación, y centros o escuelas universitarias) tienen su representación, esto se explica porque en algunos equipos de investigación hay profesionales de estas entidades que han realizado el trabajo, o simplemente anteriormente estaban en UCI y han cambiado de ubicación; también se justifica que estén las escuelas de enfermería por la relación de los alumnos/as y profesores/as con las unidades de intensivos en su formación práctica reglada y en el desarrollo de actividades docentes y de investigación.

Hubiera sido interesante conocer los servicios y centros docentes con fiabilidad para establecer contrastes de hipótesis, ya que en algunos estudios sobre presentación de comunicaciones a congresos destacan este aspecto como algo que influye muy decididamente. Fuerte et al²⁷ encontraron que el 90% de las 659 comunicaciones presentadas en los congresos nacionales de la Asociación Española de Cirujanos (en la década 1984-1994) fueron a cargo de hospitales con docencia posgraduada.

La relevancia es un concepto latino que significa levantar, alentar, alzar, valorizar. La relevancia también es un criterio cultural que mide el desempeño en términos de importancia, significación y pertinencia, aunque también puede incluir envergadura y trascendencia. No hay que olvidar que influye el contexto, el ámbito y la cultura (del receptor). Se puede relacionar con impacto, con número de personas a las que afecta, con coste, y por supuesto con la posibilidad de llevarlo a cabo (aplicabilidad), el que mejor hecho está, el de más calidad, e incluso el más novedoso, o que ha tenido más dificultad en su realización, o ha llegado a conclusiones sorprendentes que cambian lo sabido o existente.

La variable relevancia o aplicabilidad, como se denominó en este estudio, se ve reflejada en algunos estudios similares pero no se explica claramente en ninguno, por ello se ha querido hacer esta reflexión escrita y concluir que mide validez, aplicabilidad, novedad, corrección estructural y otros aspectos, pero en algunos casos con un matiz que puede implicar

algo de subjetividad, por ello no se trata de ser estricto, sino de tratar de encuadrar dentro de este criterio las comunicaciones que sean relevantes, y las no especialmente relevantes, fundamentalmente para saber dónde se encuentra nuestra área de trabajo y mejorar si es posible, y compararse dentro de otros 8 ó 10 años. Por tanto la dificultad está en el mismo concepto y en sus acepciones. Para reflexionar se plantea la siguiente cuestión: ¿qué se percibe cuando entramos a una sesión de comunicaciones orales en un congreso y hay 10 presentaciones?, ¿cuántas se valoran como relevantes en el ámbito individual, y cómo lo hacemos cada uno de nosotros? (se deja como reflexión). Pero esto es y debe ser así porque las reuniones científicas no sólo tienen o deben de tener contenido científico²⁸, sino que incluyen intercambio de experiencias¹, apertura a proyectos, protocolos y guías clínicas, y otros aspectos interesantes divulgativos, etc., que aportan un valor añadido a la reunión o congreso.

CONCLUSIONES

En los congresos nacionales de la SEEIUC se presentan más trabajos de la ciudad y/o región anfitriona (como norma general). El rol de enfermería autónoma predomina en los contenidos de los estudios desarrollados, dando mayor entidad a los mismos. La calidad estructural de las comunicaciones es alta. La enfermería de cuidados críticos aporta un número importante de comunicaciones orales, con coparticipación elevada de profesionales, predominando los estudios de investigación, y resultando relevantes y/o aplicables.

Los congresos están siendo un buen foro de intercambio dado el número de investigaciones presentadas sobre cuidados críticos y el nivel adecuado obtenido de las mismas, así como que la tendencia a lo largo de los años es hacia la mejora.

Sería interesante el proseguir con estudios similares ampliando los datos y profundizando en los aspectos mejorables, llegando en algunos casos a realizar estudios cualitativos específicos que nos ayuden a comprender mejor el desarrollo de la investigación enfermera en la atención al paciente crítico.

AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo quiere hacer expreso el agradecimiento al doctor D. Andrés Carrillo Alcaraz, del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital José María Morales Meseguer de Murcia, por su colaboración desinteresada en el procesamiento estadístico de los contrastes de hipótesis y por su dedicación a la revisión crítica, que nos ha servido para llevar a buen fin el estudio y sobre todo a aprender cómo mejorar un trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Alonso SR, Rivero Sánchez C. Calidad de las comunicaciones presentadas en los eventos científicos: algunas consideraciones. *Evidentia*. 2006;3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/198articulo.php>
2. Galán S, Delgado MT, Sanz C, Córdoba R. Investigación en medicina de familia: análisis de las comunicaciones aceptadas en congresos nacionales e internacionales. *Aten Primaria*. 1995; 15(4):239-44.
3. Catarineu Pérez M, Anton i Riera J. Investigación en enfermería de anestesia: revisión de la producción científica en el periodo 2001-2003. Comunicación oral presentada en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería de Reanimación, Anestesia y Terapia del Dolor. Murcia, 2004 (en CD de memorias del congreso).
4. Amezcua Martínez M, Gálvez Toro A, Cuesta de la Rosa R, Heierle Valero C, Poyatos Huertas E. La Pequeña Ciencia. Producción, Repercusión y Transferencia del Conocimiento. La Enfermería del área Lingüística del Español y del Portugués. PI 03/0945. Biblioteca Las casas. 2006;2(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0139.php> [consultado el 14-1-07].
5. Gálvez Toro A, López Medina IM, Sánchez Criado V, Poyatos Huertas E. Evaluación de la Actividad Científica de la Enfermería Española. Impacto y aislamiento en el año 2000. *Index Enferm (Gran)*. 2001;34:54-64.
6. Gálvez Toro A. Publicaciones de enfermería en España. *Rev Rol Enf*. 2001;24(5):355-9.
7. Asiain M, Marín B. Enfermería Intensiva. Actividad científica de la última década. *Enferm Intensiva*. 1990;4:13-7.
8. Marín Fernández B, Gallego Caminero G, Martín Sanz E, San Martín Salazar B. Análisis bibliométrico de la producción científica de la enfermería de cuidados intensivos (1988-1992). *Enferm Intensiva*. 1994;5(4):166-73.
9. Perpiñá J, López ML, Richart M, Cabrero J. Análisis de las referencias bibliográficas de los artículos originales publicados en

- Enfermería Intensiva frente a tres revistas de enfermería de ámbito general. *Enferm Intensiva*. 1994;5:161-5.
10. Bordons M, Gómez CI. La actividad científica española a través de indicadores bibliométricos en el período 1990-93. *Rev Gen Inf Doc*. 1997;7(2):69-86.
 11. Sanz-Casado E, Martín-Moreno C, García-Zorita C, Suárez-Balseiro C, Lascrain-Sánchez ML. La actividad científica española en ciencias médicas en el período 1991-1999. *ACIMED*. 2002;10(1).
 12. González Díaz M, Martínez del Campo P, Rodríguez Fernández E, Moreno Pina P, García Galindo E, Maset Campos P. Análisis de la producción científica en atención primaria de salud en la región de Murcia (1988-1992). *Aten Primaria*. 1995;16(4):203-6.
 13. Pérez Andrés C, Estrada Lorenzo JM, Villar Álvarez F, Rebollo Rodríguez MJ. Estudio bibliométrico de los artículos originales de la Revista Española de Salud Pública (1991-2000). Parte Primera: indicadores generales. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(6):659-72.
 14. Gálvez Toro A. Producción científica de la Enfermería Española. Evaluación de los años 1993-1994. *Index Enferm (Gran)*. 1996;16-17:17-21.
 15. Richart Martínez M. Estado de la producción científica de la Enfermería Española (I). *Index Enferm (Gran)*. 1999;27:19-24.
 16. Icart MT, Pedreny R, García I, López R, Caja C, Girbau R, et al. La investigación en Enfermería a través de los artículos publicados en las revistas *Rol* (1982-90) y *Enfermería Científica* (1984-90). *Enferm Cientif*. 1991;116:33-42.
 17. Martínez del Campo P, Moreno Pina JP. Calidad metodológica de los artículos de investigación de enfermería. *Enferm Cientif*. 1998;196-197:12-5.
 18. Delicado Useros MV, Pardo Serrano C, Reolid Collado M, García Meseguer MJ, Mallebrera Cañada E. Investigación en enfermería: adecuación de la estructura de los originales publicados en la década 1985-1994. *Enferm Clin*. 2000; 5(11):201-13.
 19. Casino G. *Congresitis: sobre el impacto de las comunicaciones en congresos*. Escepticemia. Barcelona: Ediciones Doyma, SL; 2006. Disponible en: <http://www.doyma.es>
 20. Marín B. Prioridades en la investigación de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 1994; 1:23-7.
 21. Lunney M. Razones para involucrarse en la investigación enfermera. *Metas*. 1999;17:45-51.
 22. Mira JJ, Hernández R, Jiménez A, Machado Toledo DM. La investigación en calidad en España. Análisis de la I+D a partir de las comunicaciones presentadas en el XXII Congreso de la SECA. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(3):131-9.
 23. Gómez-Pajares F, Zanón V, Arribas JL. Análisis de la calidad de las comunicaciones presentadas al XI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Metodología de la evaluación de la calidad y resultados. *Medicina Preventiva*. 2002,8(1):15-9.
 24. Sancho R. Indicadores bibliométricos utilizados en la evaluación de la ciencia y la tecnología. Revisión bibliográfica. *Rev Esp Doc Cient*. 1990;13(3-4):842-65.
 25. Campos A, Enguñados M. La producción científica de dos congresos de la SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial) Zaragoza 92 y Marbella 95: análisis bibliométrico y de contenido. XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Rev Calidad Asistencial*. 1997;12(5): 333.
 26. Amezcua M, Carricondo Guirao A. Investigación cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en Salud. *Index de Enfermería (Gran)*. 2000;28-9:26-34.
 27. Fuerte Ruiz S, Ruiz de Adana JC, López Herrero J, Martín García-Almenta E, Serantes A, Moreno Azcoita M. Análisis de las comunicaciones y sesiones científicas al Congreso Nacional de Cirugía desde 1984 a 1994. *Cir Esp*. 1996;60(2):117-20.
 28. Gálvez Toro A. Comentario a: Calidad de las comunicaciones presentadas en los eventos científicos: algunas consideraciones. *Evidentia*. 2006;3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/199articulo.php> [consultado el 20-09-06].