

de si el centro cumplía con la normativa vigente fue del 60,9% y el 79,7% de los mismos consideró que estudiaba en un centro libre de humos. Sin embargo, un 45,1% de estudiantes afirmaba haber estado expuesto al aire contaminado por humo de tabaco en el mes previo en el centro. Por último, ante la pregunta de cómo consideraba el tabaquismo, se mantuvo invariable el porcentaje de estudiantes que consideraba este hábito como una decisión libre, 36,3% frente a aquellos que estimaban que se trataba de una conducta adictiva, 63,7%.

En definitiva, la prevalencia de tabaquismo en la población estudiada en 2011 es del 26,3%, cifra que, si se compara con la registrada en el mismo grupo de edad (rango de 16-24 años) en población general en la Encuesta Nacional de Salud de 2011/12 (26,4%)², no arrojó diferencias a pesar de tratarse de una muestra de estudiantes universitarios. Como conclusión podemos decir que las leyes más restrictivas sobre el consumo de tabaco como la Ley 40/2010⁵ son las que han tenido un mayor impacto sobre la prevalencia de tabaquismo en la población de estudiantes del campus. Se precisa una mayor supervisión del cumplimiento de las normas en estos centros públicos y se hace necesario un aporte educativo adicional sobre tabaquismo en estudiantes universitarios.

Bibliografía

1. Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Perez-Regadera A, Villar Alvarez F. Mortalidad

atribuible al tabaquismo en España en 1988. *Med Clin (Barc)*. 2001;177:684-92.

2. Encuesta Nacional de Salud 2011/12 [consultado 8 May 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
3. Encuesta Andaluza de Salud 2011 [consultado 8 May 2013]. Disponible en: <http://www.calidadsaludandalucia.es/es/anexo.1.html>
4. Boletín Oficial del Estado. Ley 28/2005 de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE, número 309, de 27 de diciembre de 2005.
5. Boletín Oficial del Estado. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE, número 318, de 31 de diciembre de 2010.

Josefa Rojas Villegas^{a,*}, José Gregorio Soto Campos^b, Aida García Cuesta^b y Carmen Cabrera Galán^b

^a *Promoción de la Salud, Área Sanitaria Norte de Cádiz, Cádiz, España*

^b *Unidad de Gestión Clínica de Neumología y Alergia, Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Josefa.rojas.exts@juntadeandalucia.es (J. Rojas Villegas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.007>

De la responsabilidad profesional médica a la seguridad clínica

From professional medical responsibility to clinical safety

Sr. Director:

Hemos leído con atención el artículo de Torijano-Casalengua et al. en el último número de ATENCIÓN PRIMARIA¹ y celebramos disponer finalmente de un instrumento validado en nuestra lengua y entorno para la valoración de la cultura de la seguridad clínica entre nuestros profesionales. La importancia de la seguridad clínica en atención primaria ha sido repetidamente subrayada en esta revista^{2,3}, reflejando la preocupación de los facultativos de esta área por la materia.

Los artículos publicados con anterioridad en ATENCIÓN PRIMARIA, si bien hacían constar las reclamaciones como método de estudio en seguridad clínica, se centraban en un análisis factual de los hechos en torno a un evento adverso y subrayaban la diferencia de este con el análisis jurídico-legal de los mismos que pretende establecer si ha existido negligencia². Los métodos de estudio que se describen en el trabajo sobre el enfoque sistémico en seguridad clínica³ presentan la ventaja de recoger casos que no se siguen de una reclamación. Sin embargo, también presentan algunas limitaciones señaladas

por los autores, mereciendo especial mención los sesgos condicionados por el carácter autoinformado de los datos en muchas de las metodologías (sesgos de memoria, capacidad de introspección, etc.) o los cambios en la praxis que condiciona un entorno ficticio³.

En el análisis médico-legal de los casos de reclamación el método fundamental se asemeja a una auditoría retrospectiva de la documentación clínica³, si bien se acompaña del relato de reclamantes y reclamados y probablemente de testigos y peritos. Borrell Carrió³ afirmaba que la parquedad en el registro documental en atención primaria desaconsejaba este abordaje. Lamentablemente, debemos recordar a los facultativos que ante una reclamación por presunto defecto de praxis la documentación clínica, en concreto la historia clínica, será objeto de exhaustivo análisis, la mejor arma de defensa de que dispondrán y las omisiones pueden jugar en su contra⁴.

Nos gustaría resaltar las importantes aportaciones en materia de seguridad clínica que pueden derivarse del análisis médico-legal de los casos en que se interpone una reclamación por presunto defecto de praxis. El aseguramiento de la responsabilidad profesional médica (SRP), gestionado desde una perspectiva científica como ocurre en el modelo implementado por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, ofrece una oportunidad única de análisis, difusión de la información⁵⁻⁷ y apoyo al profesional. Borrell Carrió señalaba que el apoyo psicológico y jurídico

a los facultativos denunciados sería una adecuada política de prevención de eventos adversos³. En este sentido, el SRP realiza esta labor de apoyo y ha proyectado un estudio en el que los datos preliminares apuntan a la presentación de síntomas del «Malpractice Stress Syndrome» entre los reclamados, con repercusión relevante sobre su praxis. El análisis de las reclamaciones que conllevan finalmente responsabilidad para el facultativo nos aporta datos sobre los errores de praxis que están existiendo o qué requisitos médico-legales se incumplen. Estos resultados deben orientar las intervenciones en materia de seguridad clínica. Por otro lado, el análisis de la totalidad de las reclamaciones interpuestas nos aproxima a la percepción de que los pacientes y la sociedad en general tienen de nuestra praxis. Estos hallazgos deben orientar el desarrollo de políticas de educación en salud con difusión de información realista, veraz y adecuada, así como facilitar la comunicación médico-paciente.

Así, la cultura de la seguridad clínica que valoraban Torijano-Casalengua et al.¹ debe entenderse de manera positiva entre profesionales y pacientes, no necesariamente ligada a las reclamaciones por responsabilidad médica pero recogiendo la información que de ellas se deriva, contribuyendo a la obtención de mejoras en beneficio de pacientes, profesionales y la sociedad en general.

Bibliografía

1. Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar cultura de seguridad en atención primaria. *Aten Primaria*. 2013;45:21-37.
2. Borrell Carrió F. Previsión de esfuerzo. *Aten Primaria*. 2007;39:567-9.
3. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). *Aten Primaria*. 2012;44:417-24.
4. Arenas López A, Castellano Arroyo M, Miranda León MT, Reche Molina A. Conocimiento y cumplimiento de los profesionales sanitarios del derecho del paciente a la información clínica. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38:11-6.
5. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimon J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gac Sanit*. 2013;27:89-93.
6. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barbería E, Ferrer F, Sala J, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp*. 2012;212:198-205.
7. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Bruguera M, Aubia J. Un modelo integral y de gestión directa del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.02.025>.

Esperanza L. Gómez-Durán^{a,b,c,*}, Carles Martin-Fumadó^d y Josep Arimany-Manso^a

^a Servicio de Responsabilidad Profesional Médica, Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, Barcelona, España
^b Fundación Sociosanitaria de Barcelona, Barcelona, España
^c Universidad Internacional de Cataluña, Barcelona, España
^d Instituto de Medicina Legal de Cataluña, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elgomezduran@comb.cat (E.L. Gómez-Durán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.02.006>

Psicotrópicos y dolor durante la conducción

Psycotropics and pain while driving

Sr. Director:

Los fármacos coadyuvantes en el tratamiento del dolor pueden usarse solos o combinados a analgésicos para potenciar su efecto. Destacan entre ellos los antidepresivos, anti-convulsivantes y ansiolíticos, sin embargo su consumo está asociado a un mayor riesgo de accidente de tráfico¹ e incluso mayor probabilidad de ser culpable². A medida que progresa la evidencia, se va concretando que el mayor riesgo de accidente está asociado al uso de benzodiazepinas de vida media larga, dosis alta y las primeras semanas de su consumo. Además fueron las sustancias medicinales más frecuentemente detectadas entre los conductores fallecidos en España entre 1991 y 2000. El porcentaje en 2011 de conductores fallecidos que resultaron positivos a psicofármacos fue del 9,49%³.

A pesar de estos datos, la percepción de riesgo es baja, ya que según la encuesta (EDADES) de 2009, únicamente el 60% de la población general considera que el consumo esporá-

dico de tranquilizantes pueda generar riesgo⁴. El objetivo de este trabajo es presentar los datos de dos estudios, sobre la percepción de riesgo de accidente y la información recibida por los pacientes conductores de vehículos que estuvieran con tratamiento analgésico que pudiera reducir la capacidad de percepción. Ambos estudios tuvieron una duración de 3 meses, incluyeron pacientes que acudieron por primera vez a una consulta de rehabilitación general y cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) tratamiento analgésico coadyuvante que pudiera alterar la capacidad de conducir (ansiolíticos, miorrelajantes, anticonvulsivantes, antidepresivos u opiáceos), y b) condujeran habitualmente vehículo de motor.

La edad media en 2005 fue 47 años. Siete eran mujeres y 6 varones (n = 13). Nueve estaban en tratamiento con benzodiazepinas de vida media corta. Ninguno era conductor profesional. En 2012, la edad media fue 43 años. Cuatro eran mujeres y 7 varones (n = 11). Ninguno era conductor profesional. Nueve estaban en tratamiento con benzodiazepinas de vida media corta (tabla 1). El motivo de consulta de los sujetos a estudio fue dolor cervical y/o lumbar.

Según la información obtenida a través de la entrevista clínica, los resultados del primer estudio en 2005 fueron