

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

Tabla 1 Características de la muestra 2012

Sexo	Edad	Dolor	Benzodiazepinas (mg)	Tramadol (mg)	Pregabalina (mg)	Tryptizol (mg)	Percepción del riesgo
M	31	C	Tetrazepam 50 Ocasionalmente			(0-0-10)	No
V	54	C	Tetrazepam (0-0-50)				No
M	58	C	Diazepam 5-0-10		(0-0-75)		No
V	30	L	Alprazolam (0-0-0,5) Tetrazepam (0-0-50)	50-50-50	(25-0-75)		No
V	55	C	Lorazepam (0-0-1)		(75-0-75)		No
V	57	L	Tetrazepam (0-0-50)				Sí
M	47	L			(0-0-50)		No
V	34	L	Tetrazepam (0-0-50)				No
V	45	C L	Tetrazepam (0-0-50)				No
V	26		Tetrazepam (0-0-50)				No
M	42	L	Diazepam (0-0-10) Tetrazepam (0-0-50)	Retard 200 (1/día)			Sí

C: cervical; L: lumbar.

que todos habían sido informados sobre los efectos secundarios, pero ninguno consideraba la conducción como actividad de riesgo y, en 2012, que todos excepto uno habían sido informados sobre los efectos secundarios y 9 casos no consideraban la conducción como actividad de riesgo, entre los cuales estaba el que no recibió información.

El estudio DRUID refleja una mayor probabilidad de conducción tras el consumo de drogas que tras alcohol⁵. Estos resultados y la escasa percepción de riesgo, tal y como reflejan en el informe de 2011, pudieran atribuirse a que no había habido política disuasoria en el ámbito de las drogas.

En la población general la percepción de riesgo respecto al consumo esporádico de hipnosedantes ha disminuido en los últimos años, siendo menor en el grupo de mayor edad y en las mujeres. La limitación de este descenso podría tener un gran impacto en salud ya que los accidentes de tráfico, según la revista *Lancet*, ocupan el octavo lugar entre las causas de muerte en el mundo a nivel global, causando el mismo número de víctimas mortales que la diabetes y algo inferior al provocado por cáncer de tráquea, bronquios o pulmones⁶. Como conclusión destacar que las benzodiazepinas están entre las 6 clases de fármacos más frecuentes detectados en víctimas de accidentes de vehículos a motor. Sin embargo, la percepción de riesgo de los conductores continúa siendo baja. Estos resultados pueden servir de referencia para futuros estudios que evalúen el impacto global en salud y diseñar actividades preventivas que integren políticas sanitarias y sociales, además de las de tráfico.

Bibliografía

1. Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet*. 1998;352:1331-6.
2. Drummer OH, Gerostamoulos J, Batziris H, Chu M, Caplehorn J, Robertson MD, et al. The involvement of drugs in drivers of motor

vehicles killed in Australian road traffic crashes. *Accid Anal Prev*. 2004;36:239-48.

3. INTCF (1991-2011), Instituto nacional de toxicología y ciencias forenses, Memoria análisis toxicológico de muertos en accidente de tráfico, Technical report, Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Ministerio de Justicia, Madrid [consultado 9 Jun 2013]. Disponible en: www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/1292353023977?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content...
4. Plan Nacional sobre Drogas. Informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías 2011. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995-2009 (capítulo 1 8-53) [consultado 9 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>
5. Proyecto europeo DRUID (Driving, Under the influence of Drugs, Alcohol and Medicines). Informe de la Dirección General de Tráfico 2011. CONTRACT No TREN-05-FP6TR-S07.61320-518404-DRUID. Task 2.2.a. Presencia de alcohol, drogas y medicamentos en conductores españoles. Ministerio del Interior [consultado 9 Jun 2013]. Disponible en: http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/documentos/seguridad.vial/estudios_informes/informe_final_druid_prevalencia_espana.pdf
6. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2095-128.

Ana Oyarzabal*, Félix Ceberio, Fátima Ballero, Virginia Sangüesa y Santiago Martínez Gorostiaga

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aoyarzaz@navarra.es (A. Oyarzabal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.06.002>