

Treatment Study Group. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 1995; 333: 1437-1443.

6. Gennat HK, Cooper C, Poor G, Reid I, Ehrlich G, Kanis J et al. Interim report and recommendations of the World Health Organization Task-Force on global strategy for osteoporosis. *Osteopor Int* 1999; 9: 259-264.
7. Jonsson B, Christiansen C, Johnell O, Hebrandt J. Cost-effectiveness of fractures prevention in established osteoporosis. *Osteopor Intern* 1995; 5: 136-142.
8. National Osteoporosis Foundation. Osteoporosis: review of the evidence for prevention, diagnosis and treatment and cost-effectiveness analysis. *Osteopor Intern* 1998; 8 (Supl 4): 1-88.
9. Mareschal D, Johnell O, Wedell H. Metaanalysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *MMJ* 1999; 312: 1254-1259.
10. Melton LJ, Atkinson EJ, Cooper C, O'Fakib-win, Riggs BI. Vertebral fractures predict subsequent fractures. *Osteopor Int* 1999; 10: 214-221.
11. Riancho JA. Número de pacientes que es necesario tratar y número de fracturas prevenidas: eficiencia clínica del tratamiento de la osteoporosis con el difosfonato alendronato. *Rev Clin Esp* 1999; 199: 349-355.

Sobre utilización de fármacos opioides

Cuidados paliativos; Dolor; Innovaciones terapéuticas; Opioides; Prescripción farmacológica; Utilización medicamentos.

Sr. Director: Tras leer el artículo «Cómo utilizamos los fármacos opioides en los pacientes neoplásicos», de Rispau Falgàs et al, publicado en esta revista (Aten Primaria 1999; 24: 537-539), quisieramos hacer los siguientes comentarios:

En primer lugar, decir que estamos completamente de acuerdo en que existe una escasa utilización de fármacos opioides en el tratamiento del dolor en los pacientes oncológicos y en que lo más habitual es su uso en los últimos días de vida del paciente. Por otra parte, según las conclusiones de un estudio realizado por nosotros, presentado en las III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos, la prescripción siguiendo la escalera analgésica de la OMS¹ no se lleva a cabo de forma correcta, no sólo en los pacientes terminales, sino en cualquier estadio evolutivo de los enfermos con cáncer²; esto provoca que un 50-80% de pacientes no reciba un tratamiento adecuado del dolor³, pe-

se a que el 90-95% del dolor del cáncer se puede y se debe controlar⁴. Estos datos concuerdan con los resultados de nuestro trabajo, en que un 39% del total de pacientes con cáncer sufre dolor no controlado², lo que representa el 68% de los pacientes con dolor; mención especial merecen aquellos pacientes, un 20% de los que presentan un dolor no controlado, que no reciben analgésico alguno². Además, a pesar de estar indicado prescribir los analgésicos de forma pautada^{3,5,6}, se sigue utilizando con frecuencia la prescripción «a demanda»², lo que provocará la reaparición del dolor⁷ cuando desaparezca el efecto del analgésico y siendo esta forma de prescripción una de las causas más frecuentes y absurdas de una falta de control del dolor⁴. En los enfermos con cáncer que presentan un dolor no controlado, es especialmente significativa la prescripción «a demanda», alcanzando en estos pacientes un 35%².

Por último, nos gustaría concluir diciendo que debería mejorarse el manejo del dolor en los enfermos con cáncer, tanto en la anamnesis –ya que en un porcentaje elevado de pacientes no se ha registrado en la historia clínica si se ha preguntado por la existencia de dolor²– como por lo que respecta a la utilización de la escalera analgésica de la OMS, dado que existe reticencia a usar analgésicos del segundo y, sobre todo, del tercer escalón aunque no haya control del dolor con analgésicos de escalones inferiores². Es necesario utilizar los analgésicos precisos a las dosis necesarias en función del dolor y no de la supervivencia estimada del paciente⁴.

**A. Bierge Valero^a
y C. Arruba Mombiela^b**

^aMIR de Medicina de Familia y Comunitaria. ^bMédico General. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza.

1. OMS. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Informe 804. Ginebra: OMS, 1990.
2. Bierge A, Arruba C, Guerrero JL, Sánchez Y, Rubio I, Vidosa M. Manejo de analgesia en pacientes oncológicos en atención primaria. III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos 1999. Libro de ponencias.
3. Estapé J, Burgos I. Medicina general y cáncer. Barcelona: Doyma, 1991.
4. Gómez Sancho M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Ca-

naria: Instituto Canario de Estudios y Promoción Social Sanitaria, 1994.

5. Benítez del Rosario MA. Cuidados paliativos. Barcelona: semFYC, 1998.
6. Twycross. Therapeutics in terminal cancer. Churchill Livingstone, 1990.
7. Hospital El Sabinal. Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal. Las Palmas de Gran Canarias, 1992.

Medicamentos del bienestar

Cuidados paliativos; Dolor; Innovaciones terapéuticas; Opioides; Prescripción farmacológica; Utilización medicamentos.

Sr. Director: Hemos leído el interesante editorial firmado por R. Azagra y E. Gené sobre el médico de familia y los medicamentos del bienestar¹. Los autores mencionan 3 sustancias: el sildenafil para la disfunción erétil, la finasterida para la alopecia androgénica y el orlistat para la obesidad, como ejemplos de medicamentos de la felicidad o bienestar. En inglés se ha utilizado de forma similar el término «lifestyle drug». En esta carta queremos hacer algunas reflexiones sobre los fármacos y las patologías descritas y añadir algunas sustancias que podrían ampliar la lista mencionada. En primer lugar, quisieramos destacar la importancia de la disfunción erétil como problema de salud. Entendemos que no alcanza la relevancia de otros, pero en los que la padecen provoca una disminución funcional importante. Estamos, por tanto, a favor del uso de sildenafil bajo prescripción médica y opinamos que debe alcanzar a tantos ciudadanos como sea necesario. Es una alternativa menos agresiva y cómoda que las terapias basadas en inyecciones intracavitarias o prótesis. Las agresivas campañas publicitarias han provocado en muchos varones y mujeres falsas expectativas sobre un preparado «casi milagroso», que por vía oral y a dosis única debería permitir el disfrute de una sexualidad decaída, olvidada o desconocida. No debe extrañarnos el revuelo provocado por el sildenafil, habida cuenta del elevado consumo de productos erótico-sexuales que lleva a cabo nuestra sociedad industrializada. No hace falta más que acudir a un puesto de prensa, ver la televisión, ir al cine o conectarse a Internet para ver que los contenidos de índole sexual o erótica ocupan uno de los lugares predominantes. Otra cuestión es la referente a la seguridad de esta sustancia, que