

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. Mareshall D, Johnell O, Wedell H. Meta-analysis 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'Fakkib-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), quisiéramos 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 OMS<sup>1</sup> no se lleva a cabo de forma correcta, no sólo en los pacientes terminales, sino en cualquier estadio evolutivo de los enfermos con cáncer<sup>2</sup>; esto provoca que un 50-80% de pacientes no reciba un tratamiento adecuado del dolor<sup>3</sup>, pe-

se a que el 90-95% del dolor del cáncer se puede y se debe controlar<sup>4</sup>. Estos datos concuerdan con los resultados de nuestro trabajo, en que un 39% del total de pacientes con cáncer sufre dolor no controlado<sup>2</sup>, 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 alguno<sup>2</sup>. Además, a pesar de estar indicado prescribir los analgésicos de forma pautada<sup>3,5,6</sup>, se sigue utilizando con frecuencia la prescripción «a demanda»<sup>2</sup>, lo que provocará la reaparición del dolor<sup>7</sup> 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 dolor<sup>4</sup>. En los enfermos con cáncer que presentan un dolor no controlado, es especialmente significativa la prescripción «a demanda», alcanzando en estos pacientes un 35%<sup>2</sup>.

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 dolor<sup>2</sup>— 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 inferiores<sup>2</sup>. Es necesario utilizar los analgésicos precisos a las dosis necesarias en función del dolor y no de la supervivencia estimada del paciente<sup>4</sup>.

**A. Bierge Valero<sup>a</sup>  
y C. Arruba Mombiela<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>MIR de Medicina de Familia y Comunitaria. <sup>b</sup>Médico 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 bienestar<sup>1</sup>. Los autores mencionan 3 sustancias: el sildenafil para la disfunción eréctil, 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, quisiéramos destacar la importancia de la disfunción eréctil 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

se ha relacionado con casos de muerte. Algunas de ellas provocadas por su uso en pacientes con patología cardiovascular concomitante o que utilizaban fármacos para tratarlas y se ha producido una interacción. Algunos científicos calculan que el sildenafil podría estar implicado en la muerte de más de 500 personas en su primer año de comercialización. Su posible tasa de mortalidad por millón de prescripciones sería de 49<sup>3</sup>. Mientras que la eficacia de los fármacos puede evaluarse en pocos miles de pacientes, la evaluación de su seguridad y la determinación de su relación beneficio-riesgo requiere su uso extensivo, que alcance incluso a millones de pacientes y la existencia de programas de farmacovigilancia adecuados tras su comercialización. Vale la pena revisar las importantes diferencias en algunos apartados de las fichas técnicas y prospectos de Viagra® en España al inicio de su comercialización en septiembre de 1998 y los actuales, que datan de septiembre de 1999.

En segundo lugar, queremos mostrar nuestro acuerdo general con los comentarios vertidos por R. Azagra y E. Gené sobre la finasterida y el orlistat. Queremos hacer énfasis en que, mientras que la obesidad se considera un problema de salud, la calvicie se trata como un problema estético. ¿Qué ocurriría respecto a la calvicie si se confirmara en un futuro, por otros estudios adicionales, que los calvos tiene mayor riesgo de presentar problemas coronarios<sup>4</sup>? Este nuevo conocimiento podría modificar nuestra actitud e hipotéticamente considerar a la calvicie como un problema de salud.

Queremos añadir a esta lista de medicamentos del bienestar algunos que se utilizan bajo prescripción médica, pero con una indicación difusa o discutible y otras sustancias que pueden usarse sin prescripción facultativa. Hablamos, por ejemplo, del uso de algunos nuevos antidepresivos, especialmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina y otros), para el tratamiento de síntomas depresivos, para aliviar la tristeza, la frustración o un nivel bajo de autoestima y el tratamiento de la eyaculación precoz. Alguno de estos fármacos se reveló eficaz para el tratamiento de la fobia social y se ha promocionado en la prensa diaria como el remedio ideal para curar la timidez. Las ci-

fras de ventas (unidades o dinero) y su consumo en dosis diarias definidas por mil habitantes y año demuestran el amplio uso de estas sustancias. Queremos además mencionar otra sustancia ampliamente utilizada para tratar algunos de los síntomas antes descritos; se trata de los extractos de hipérico (*Hypericum perforatum*, *St John's wort*, hierba de San Juan o corazoncillo en castellano), que entre otros principios activos contienen hipericina. Estos preparados se encuentran en venta libre en farmacias, parafarmacias, tiendas de alimentos especiales y herboristerías. Millones de ciudadanos alemanes y de otros países europeos los consumen a diario, y a la vista de la gran cantidad de marcas comerciales presentes en España suponemos también un uso considerable en nuestro país. Su utilización indiscriminada puede resultar peligrosa, ya que es un potente inductor del metabolismo hepático (CYP450 3A4). Recientemente se han descrito interacciones del hipérico con inhibidores de la proteasa<sup>5</sup> y la ciclosporina<sup>6</sup>.

Adicionalmente, también pueden encontrarse en algunos países sustancias como la l-dehidroepiandrosterona (DHEA) o la melatonina, que se promueven para retrasar el envejecimiento y además la última para prevenir el *jet-lag*, o la toxina botulínica para disminuir las arrugas faciales. Finalmente, proponemos que en lugar de medicamentos del bienestar se les denomine medicamentos de la sociedad del bienestar, ya que su utilización en el futuro vendrá determinada por la evolución de ésta.

**M. Farré, C. Hernández-López  
y A.M. Peiró**

Unitat de Farmacologia. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM)—Hospital del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona.

1. Azagra Ledesma R, Gené Tous E. El médico de familia y los medicamentos del bienestar. *Aten Primaria* 2000; 25: 1-3.
2. Shakespeare J, Neve E, Hodder K. Is norethisterone a lifestyle drug? Results of database analysis *BMJ* 2000; 320: 291.
3. Mitka M. Some men who take Viagra die - why? *JAMA* 2000; 283: 590-591.
4. Lotufo PA, Chae CU, Ajani UA, Hennekens CH, Manson JE. Male pattern baldness and coronary heart disease. The Physicians' Health Study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 165-171.

5. Piscitelli SC, Burstein AH, Chaitt D, Alfaro RM, Falloon J. Indinavir concentrations and St John's wort. *Lancet* 2000; 355: 547-548.
6. Ruschitzka F, Meier PJ, Turina M, Lüscher TF, Noll G. Acute heart transplant rejection due to Saint John's wort. *Lancet* 2000; 355: 548-549.

## Cirugía menor: una experiencia profesional

Cirugía menor; Dermatología.

**Sr. Director:** La cirugía menor (CM) comprende aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados sobre los tejidos superficiales y fácilmente accesibles, bajo anestesia local, con escasas complicaciones posquirúrgicas destacables<sup>1,2</sup>. En general pueden abordarse lesiones que son muy comunes en la práctica diaria del médico, y con una buena formación<sup>3</sup> se puede adquirir la destreza adecuada para su realización y tratar estos casos en el centro de salud, proporcionando al paciente menor número de esperas y molestias, además de evitarle posibles desplazamientos<sup>4,5</sup>.

Con un equipo formado por 2 médicos y 3 enfermeros del centro Ramón Pelayo de Santander, iniciamos un estudio descriptivo observacional de las intervenciones realizadas a los pacientes que acudieron a las consultas a demanda durante el período comprendido entre el 21 enero y el 30 de octubre de 1999. No se tuvieron en cuenta límites de edad, sexo, ni de localización de las lesiones, incluyéndose a pacientes de riesgo anestésico de clases I y II de la American Society of Anesthesiologists<sup>5</sup>. Una vez seleccionados, se les citaba en la consulta programada, donde se rellenaba una hoja estructurada con los datos de filiación, antecedentes personales medicoquirúrgicos y familiares, localización de la lesión, duración, diagnóstico de sospecha, médico responsable, tipo de operación, junto a la información sobre la intervención y el consentimiento informado, posibles complicaciones y otras alternativas. Las intervenciones se realizaron en la consulta de uno de los médicos del centro, donde se disponía del material quirúrgico necesario y suficiente y de un equipo básico de reanimación.

Atendimos a 92 pacientes, con 143 lesiones intervenidas, y un tiempo medio de 16,31 minutos/intervención/paciente. La distribución por sexos fue: varones, 35 (38,04%); mujeres, 57 (61,95%); por edad: varones,