

seo espurio o equívoco. Lo que existe es el deseo de hacer notar que mi punto de vista heterodoxo no viene de la nada, no ha nacido de la inspiración en el desierto, sino que es fruto de un largo devenir científico, de múltiples piezas de información que se individualizan en los artículos citados. Por ejemplo, el último artículo citado⁶ demuestra empíricamente el escaso impacto de las conferencias de consenso en Atención Primaria, asunto que puede parecer lejano de la cuestión tratada en el texto aludido¹, pero que me hizo ver en su día que el mal trabajo, la dejadez y la desidia, la pérdida de la autoestima, y el mal ejemplo hospitalario de la formación de pre y postgrado, se marcan a fuego e influyen en todas nuestras decisiones clínicas. Siento no poder comentar uno a uno los 30 trabajos citados, pero todos tienen impacto personal, me han influido y hecho reflexionar, y me han llevado a escribir lo que escribí¹. Hay muchos autores que han aportado ideas acerca del devenir de la Medicina General en España, por supuesto, pero a ninguno de ellos quiero mezclarlo con una postura original, radical y personal. El lector interesado puede encontrar las referencias a dichos autores en varias de mis citas en el artículo comentado¹ [especialmente en las citadas en primer, cuarto, sexto y decimosegundo lugar]. Pero mi artículo es de opinión, de actitud, de ideas personales largamente elaboradas, y así quise que fuera también la bibliografía.

Por otro lado, y esta es la cuestión general que suscita el Dr. R. Farrés, el pensamiento científico "crece" en un caldo de cultivo en el que es oportuno tener en cuenta los trabajos de los autores que nos han precedido, pues de otra manera seguiríamos reinventando la rueda en el siglo XXI. La bibliografía expresa ese conocimiento de los trabajos previos, y dice mucho del autor. No se cita al albur. Se citan determinados trabajos y autores, y no se citan otros, y ello no es un proceso inocente. De hecho, por ejemplo, cuando selecciono trabajos para ser comentados en *SEMERGEN-BIBLIO*, los dos apartados básicos son el de "material/métodos" y el de "bibliografía", pues un autor de un trabajo que no cita a otro clave en su campo suele dejar mucho que desear en el conjunto. A pesar de todo, si se trata de un trabajo de opinión, lo importante es la claridad, la concisión, la valentía, la honradez, la originalidad, la elegancia y el interés de la cuestión.

Que se me juzgue por todo ello.

J. GÉRVAS CAMACHO
Secretario de la Revista *SEMERGEN*.
Médico de Canencia de la Sierra (Madrid).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gervas J. La Medicina General/de Familia en España al comienzo del siglo XXI: de las expectativas excesivas al desánimo insondable. *SEMERGEN* 2003;29:357-9.
2. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Aguilar Santillana, 1999.
3. Seguí M. La responsabilidad de los actos médicos. *SEMERGEN* 2003;29:308-10.
4. Quintano JA. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica: una asignatura pendiente en atención primaria para el siglo XXI. *SEMERGEN* 2002;28:11-4.

5. Gervas J. Experiencia, ciencia y "medicina basada en pruebas" en Atención Primaria. *SEMERGEN* 2002;28:302-4.
6. Ripoll Lozano MA, Gervas J, Alda C, Pérez Fernández M. Aproximación al impacto de las conferencias de consenso celebradas en España. *Aten Primaria* 1992;9:478-82.

Breve apunte sobre la disfunción eréctil

Sr. Director: los *western* de serie B eran en muchos casos películas de bajo presupuesto, realizadas por directores con oficio y con el mérito de aunar el talento a los bajos costes. No abocarlas al olvido parece justo. Siguiendo con las comparaciones cinematográficas, existen una serie de medicamentos secundarios, meritorios de segunda fila, que han sido y pueden seguir siendo útiles en la disfunción eréctil. Entre otros, mencionaremos los siguientes:

Trazodona. Se trata de un antidepresivo con efecto sedante, en el que fue descrito como efecto secundario el priapismo-erección persistente y del que deriva su utilidad. La dosis útil es de 50 a 75 mg/día (edad geriátrica) hasta un máximo de 150 mg/día (para trastornos psicósomáticos), repartidos en tres tomas.

Yohimbina. Se trata de un adrenolítico central y periférico. A finales de los años setenta se hablaba de ella como afrodisíaco-excitante sexual. La dosis útil es de 15-30 mg/día, repartida en dos o tres tomas. El nerviosismo, el insomnio y el mareo son efectos secundarios descritos. Particularmente efectiva parece ser la asociación trazadona y yohimbina.

Pentoxifilina. Vasodilatador periférico y reductor de la viscosidad de la sangre. La dosis de ataque es de 400 mg/cada 8 horas, que puede reducirse a 400 mg/cada 12 horas al mejorar la disfunción. Como efectos secundarios, citar los digestivos (gastralgia, náuseas, vómitos, dispepsia), y como precauciones las referentes a pacientes con ángor y arritmias cardíacas. No es útil en diabéticos. Recuérdese que puede potenciar los efectos de glibenclámiida y de la propia insulina.

Arginina. Compuesto perteneciente al grupo de tónicos y reconstituyentes, de aceptable eficacia y carente de efectos secundarios. La dosis recomendada es de 1.400 mg/cada 12 horas. El preparado comercialmente disponible es de 5 g por ampolla bebible, con lo cual resultaría suficiente darlo 4 a 5 días por semana.

Pueden ser francamente útiles ciertas actitudes y recomendaciones a la hora de encarar este trastorno.

Medicamentos de uso corriente pueden causar disfunción eréctil (psicofármacos, fármacos cardiovasculares, anti-H2, ciertos antiinflamatorios no esteroideos [AINE]). Si dicho medicamento puede sustituirse por otro, retirarlo.

Lo psicológico es importante y, a veces, se funde con lo orgánico en lo que llamamos psicósomático. Como la disfunción es un trastorno pasajero en bastantes casos, será suficiente escuchar con paciencia e infundir tranquilidad.

Muchos pacientes son fumadores empedernidos y/o bastante bebedores. Es importante recordarles que cuanto más reduzcan el consumo de tabaco y de alcohol, mejor.

El uso de análogos de la testosterona sólo estaría justificado en el caso de una deficiencia hormonal comprobada de andrógenos y si hay disminución de la libido. Utilizarlos en parches y en gel al 2,5% de androstalonona (dosis de 5 a 10 g del gel cada 24 horas en aplicación tópica dérmica). Atención a las precauciones y contraindicaciones de este tipo de fármacos.

El seguimiento de los diferentes tratamientos antes mencionados puede ser realizado por el médico de cabecera, de familia. Como colofón, añadir la utilidad de una sencilla historia realizada en el consultorio, buscando enfermedades médico-quirúrgicas causantes de impotencia. Una sencilla exploración y analítica del tipo hemograma,

glucosa, urea, creatinina, pruebas hepáticas, colesterol y triglicéridos (testosterona en casos seleccionados) servirán de eficaz complemento, sin descartar la consulta al urólogo y la realización de las pruebas urológicas básicas que se estime oportunas.

F. B. HERMO MOSQUEIRA

Consultorio privado. Hospital Santa Teresa. A Coruña.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Brotons F, Campos JC, Gosálbes V, Prosper M, Silvestre S. Manejo de la disfunción eréctil en Atención Primaria. *Jano* 1998;LV:1280.
- Miller TA. Diagnostic evaluation of erectile dysfunction. *Am Fam Physician* 2000;61(1):95-104.
- Ralph D, McNicholas T. UK management guidelines for erectile dysfunction. *BMJ* 2000;321:499-503.
- Wagner C, Saenz de Tejada I. Updata on male erectile dysfunction. *BMJ* 1998;316:678-82.