

# ESTUDIO PROSPECTIVO DELPHI SOBRE DISFUNCIÓN ERÉCTIL



ESTUDIO

# RECORDD

REvisión y actualización en el aboRDaje  
del paciente con DE

CON EL PATROCINIO DE










**CASEN RECORDATI**

[www.casenrecordati.es](http://www.casenrecordati.es)

# ESTUDIO PROSPECTIVO DELPHI SOBRE DISFUNCIÓN ERÉCTIL

con el patrocinio de Casen Recordati

## ÍNDICE

-  Justificación e Iniciativa
-  Objetivos
-  Metodología
-  Resultados previstos
-  Uso
-  Promotor y secretaría técnica
-  Referencias

## ANEXOS

- I. Bibliografía documental
- II. Cuestionario aplicado
- III. Documento resultados Board Presencial
- IV. Documento Consenso Panel de Expertos
- V. Datos estadísticos completos

## JUSTIFICACIÓN

La salud sexual es un derecho reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su importancia se refleja en los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España 2006 al indicar que el 83% de los hombres y el 63% de las mujeres consideran importante su vida sexual (ENS 2006). Numerosos estudios poblacionales también reconocen que el mantenimiento de una actividad sexual satisfactoria es considerado un posible marcador del estado de salud y de la calidad de vida de los individuos (Ruiz, 2004)(Delgado 2004).

La prevalencia de la DE es frecuente y creciente. En España en la actualidad es del 25-30%, ligeramente superior al 20% estimado en 2001 y podría alcanzar el 42% para 2025 (Martin 2001). En cuanto a la relación de la DE con la edad, estudios de prevalencia apuntan a que la padecen alrededor del 47% de los varones mayores de 55 años y en mayores de 75 años llega al 77% (Esquirol 2009).

La DE es un trastorno subestimado, infradiagnosticado e infratratado. El 84% de los afectados no consultan con el médico y el 73% de los pacientes prefiere que le pregunten sobre la DE a preguntar. En España los médicos de atención primaria sólo detectan el 23% de las DE existente y únicamente reciben tratamiento el 51,4% de los pacientes diagnosticados (Estudio Atlas).

La DE se puede comportar como un síntoma centinela de otras enfermedades subyacentes importantes como la diabetes, la hipertensión arterial, la aterosclerosis, etc (Documento Consenso). En la mayoría de los casos, la causa subyacente de la DE suele ser un problema de salud crónico o un efecto adverso medicamentoso (Documento Consenso).

El tratamiento moderno de la DE se ha visto revolucionado por la disponibilidad mundial de los inhibidores de la PDE5 por vía oral (sildenafil, tadalafil y vardenafilo) con tasas elevadas de eficacia y seguridad, incluso en poblaciones difíciles de tratar (Wespes 2009). Sin embargo, esta clase de fármacos se asocia con fracaso del tratamiento en 11-44% de los pacientes. Además, los inhibidores de la PDE5 tienen varias interacciones farmacológicas para las que están contraindicados (Hatzimouratidis 2015).

Como alternativa o en combinación con inhibidores de la PDE5 se han utilizado modalidades de tratamiento local (terapia de inyección intracavernosa, alprostadilo intrauretral y dispositivos de erección de vacío) (Moncada 2015) y nuevos estudios indican que la vía tópica en crema representa una aproximación terapéutica válida en pacientes con DE, pudiendo ser la preferida por los pacientes como primera opción de tratamiento (Moncada 2015).

Por otro lado, la repercusión del tratamiento de la DE no debe limitarse solo a la obtención de una respuesta eréctil, sino que debería trasladarse a otros ámbitos de la vida del paciente. Por tanto es importante valorar la efectividad de los tratamientos disponibles también desde el punto de vista del paciente, mediante el uso de medidas de resultados sanitarios como la calidad de vida, el bienestar psicológico y el grado de satisfacción de los pacientes con su relación de pareja y con la vida en general (Delgado 2008).

## INICIATIVA

Las terapias farmacológicas han cambiado completamente el enfoque diagnóstico y terapéutico de la DE y han contribuido a cambiar las directrices y protocolos de actuación nacionales e internacionales en esta materia (Hatzimouratidis 2015). La asistencia sanitaria de la DE es compleja y está sometida a continuos cambios. Los factores que inciden en este área son muchos y de muy distinta naturaleza; epidemiológicos, científicos, psicológicos, culturales y de política sanitaria, creando así un sistema complejo y en continua evolución. En estas situaciones es cuando el análisis prospectivo adquiere su sentido. Se trata de reducir la incertidumbre y la búsqueda de un consenso, detectando las tendencias más importantes de un sistema de múltiples factores, todos ellos interrelacionados y cambiantes en el tiempo, haciéndolo más previsible y estableciendo posibles escenarios de desarrollo.

Un grupo de expertos para la investigación y evaluación de la disfunción eréctil, denominado con las siglas GIEDE, ha promovido con la colaboración de Casen Recordati, la realización de un estudio prospectivo DELPHI sobre el abordaje clínico de la disfunción eréctil. Concretamente este estudio se centrará en aquellos aspectos que afectan a la satisfacción de los pacientes y de sus parejas en España con el fin de promover y desarrollar propuestas de mejora obtenidas por consenso multidisciplinario mediante la integración de la mejor evidencia disponible y la experiencia de un amplio panel de profesionales especialistas y de atención primaria.

## OBJETIVOS

Desarrollar un informe independiente de actualización para establecer recomendaciones clínicas en torno a la disfunción eréctil, con el fin de optimizar la detección precoz, la valoración diagnóstica, el abordaje terapéutico, el seguimiento y su relación con la satisfacción de los pacientes en los distintos ámbitos asistenciales del sistema sanitario.

## METODOLOGÍA

Para esta investigación se utilizará el método DELPHI modificado (Dalkey 1969) para conseguir el mayor consenso posible de un amplio panel de médicos expertos en disfunción eréctil. Se trata de una técnica estructurada de consenso profesional a distancia, variante del procedimiento original desarrollado por Dalkey et al. en Rand Corporation Santa Monica (California, EEUU), que mantiene sus principales ventajas frente a otras alternativas técnicas (interacción controlada entre los miembros del panel, oportunidad de reflexionar y reconsiderar la opinión propia sin perder el anonimato y validación estadística del consenso logrado) y resuelve algunos de sus principales inconvenientes (sesgos de opinión) (Dalkey 1969)(Fick 2003).

Su ejecución requerirá de dos o más rondas sucesivas de una encuesta estructurada disponible online. Entre ambas intervenciones los panelistas expertos recibirán información procesada de los resultados intermedios para que puedan contrastar confidencialmente sus opiniones personales con las de los demás participantes y reconsiderar sus criterios iniciales, si lo estimaban pertinente, en las cuestiones que no habían sido objeto de consenso.

#### El estudio se efectuará en cuatro fases:

- **FASE I:** constitución de un **comité científico** formado por profesionales del Grupo GIEDE (Grupo de expertos para la Investigación y Evaluación de la Disfunción Eréctil), responsable de la selección del panel de expertos y formulación de los ítems del **Cuestionario/Encuesta y recopilación de la evidencia científica disponible (bibliografía documental)**.
- **FASE II:** constitución de un **panel experto de 250 profesionales de tres especialidades médicas (urología, andrología y medicina familiar y comunitaria)**, con especial interés y experiencia en el campo de la disfunción eréctil, con la tarea exclusiva de revisar la evidencia científica disponible y participar en cumplimentar la encuesta;
- **FASE III:** encuesta vía web en **dos o más rondas/oleadas** con procesamiento intermedio de opiniones e informe a los panelistas, y
- **FASE IV:** **recopilación, análisis de resultados y discusión de conclusiones** en sesión presencial del comité científico.

#### Elaboración del cuestionario

El Comité científico trabajará en la elaboración de los contenidos del cuestionario Delphi. Para ello se llevará cabo una búsqueda bibliográfica priorizando la identificación de revisiones sistemáticas y otro tipo de síntesis crítica de literatura científica a través de la consulta de bases de datos bibliográficas habituales (MEDLINE, EMBASE y el Índice Médico Español) (Royle 2003), así como una revisión manual de las referencias bibliográficas obtenidas para localizar otros que pudieran ser de interés. Constituirán el comité científico impulsor del proyecto 4 profesionales urólogos, andrólogos y médicos de atención primaria con amplia trayectoria y experiencia profesional en este campo, junto con la colaboración de un asesor metodológico externo (director médico de la empresa que dará soporte al proyecto).

Cada ítem de la encuesta será sometido a la valoración del panel y se redactará teniendo en cuenta que sea una aseveración, afirmativa o negativa, a modo de criterio profesional o recomendación clínica, que responda a dudas clínicas o aspectos de interés o controversia en el manejo clínico de pacientes con disfunción eréctil. La versión final del cuestionario incluirá 30 o más ítems, agrupados en las cinco áreas temáticas: conceptos generales, detección y diagnóstico, tratamiento, seguimiento, satisfacción del paciente y de su pareja.

Se propondrá un solo tipo de escala valorativa para todas las cuestiones, ordinal de tipo Likert de nueve puntos (1, pleno desacuerdo; 9, pleno acuerdo), según el formato desarrollado en UCLA-Rand Corporation para el método de evaluación del uso apropiado de tecnología sanitaria (Royle 2003). Las categorías de respuesta se describirán mediante calificadores lingüísticos en tres regiones (1-3, desacuerdo; 4-6, ni acuerdo ni desacuerdo; 7-9, acuerdo).

En cada caso, el encuestado podrá discriminar con detalle su opinión particular, eligiendo entre los tres puntos contenidos en cada región. Las cuestiones no contestadas porque el panelista no las considere calificadas en la materia se analizarán como casos perdidos a efectos estadísticos.

El método permitirá y fomentará el intercambio confidencial de comentarios y opiniones aclaratorias de las actitudes personales, por lo que la encuesta ofrecerá la posibilidad de añadir observaciones libres a cada ítem y un apartado final de nuevas propuestas a valorar por el comité.

Delphi RECORDD

Fases del estudio

Constitución del COMITÉ CIENTÍFICO y recopilación de la evidencia disponible

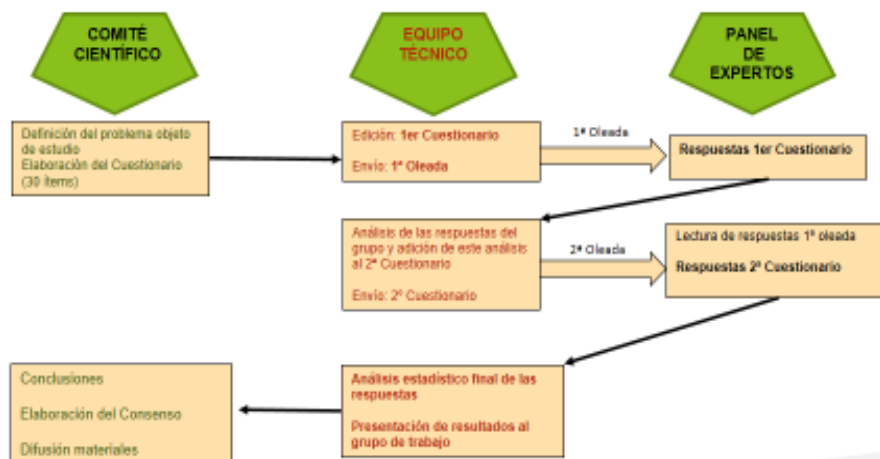
Constitución del PANEL DE EXPERTOS

Encuesta vía web en dos rondas/oleadas

Recopilación, análisis de resultados y discusión

Delphi RECORDD

Esquema general del estudio





### Participantes:

El comité científico (Board presencial) estará representado por cuatro médicos expertos (urólogos, andrólogos, atención primaria) representantes de las principales sociedades médicas relacionadas con la DE en España junto con el Director médico y el estadístico de la empresa que dará soporte al proyecto. Formarán el grupo de expertos los siguientes profesionales:

- Dr. Ignacio Moncada (representando a la EAU)
- Dr. Rafael Prieto (representando a ASESa)
- Dr. Javier Romero (representando a AEU)
- Dr. Froilán Sánchez (representando a SEMERGEN)
- Dra. María Madrigal (Director Médico, Draft)
- D. Francisco López García-Sanz (Estadística, Draft)

El panel de expertos (online) estará constituido por 250 médicos urólogos, andrólogos y de Atención primaria de reconocido prestigio, con un perfil mayoritariamente asistencial, expertos en el manejo de la Disfunción eréctil en España. Los expertos del panel serán seleccionados por el comité científico con el criterio de ser representantes de su colectivo clínico con toma de decisiones habituales sobre la patología de estudio, reconocimiento profesional por su experiencia, criterio científico (liderazgo en la materia) y especial interés en el ámbito de la disfunción eréctil. Para su identificación, se empleará una estrategia en «bola de nieve» a partir de los contactos personales de los miembros del comité, quienes a su vez propondrá nuevos candidatos referentes en su entorno profesional (Goodman 1961). Tras este proceso, se invitará por carta a los profesionales procedentes de todas las comunidades autónomas, de los que se recogerán finalmente los que acepten participar. Todos ellos serán médicos clínicos en ejercicio. El trabajo de campo del proyecto se desarrollará durante dos meses a través de web, con de recogida de datos ON LINE.

### Periodo de reclutamiento

El trabajo de campo se realizará en dos meses, desde el 1 de Junio de 2017 hasta el 31 de Julio de 2017.

### **Remuneración económica**

En este estudio está prevista una remuneración económica de 100€ en concepto de honorarios por la participación y colaboración activa en el estudio teniendo en cuenta el perfil del médico seleccionado, las tareas que deber realizar (ver apartado panel de expertos) y el tiempo dedicado a las mismas estimado en un total de 4h de trabajo.

### **Análisis de los datos (Análisis estadístico descriptivo y de consenso)**

Se realizará análisis descriptivo de variables ordinales tipo escala Likert con medianas, intervalos de confianza del 95% y aplicación de reglas de concordancia y posibles comparaciones por estratos provinciales o comunitarios. Todas las preguntas irán contrastadas por gráficos particulares de esa pregunta y del general de todas las preguntas.

Se realizará una análisis de cada ola por separado y una comparación adicional de la primera y segunda olas.

Para cada ítem de encuesta se calculará la media de puntuaciones de los panelistas y el intervalo de confianza al 95% del promedio.

Para la interpretación de una ola por estimadores estadísticos se emplearán los siguientes criterios expresos de consenso logrado o fallido:

- Cuanto menor sea el promedio (más próximo a 1) en cada ítem, mayor será el acuerdo del grupo con la propuesta expresada en el ítem.
- Cuanto mayor sea el promedio (más próximo a 9) en cada ítem, mayor será el desacuerdo del grupo con la propuesta expresada en el ítem.
- Cuanto menor sea el intervalo de confianza, mayor unanimidad existirá en las opiniones de acuerdo o desacuerdo del grupo.
- Si el intervalo de confianza engloba el valor 5 (“Ni acuerdo ni desacuerdo”), el grupo no logra un consenso unánime en una u otra dirección. En este caso se

describirán las causas del no consenso en ningún sentido lateral (o bien existen opiniones marcadamente diferentes entre los panelistas, o bien la mayoría del grupo opina no tener un criterio definitivo sobre el ítem).

Aunque esta metodología de análisis está ampliamente difundida en estudios previos, a modo de comprobación se verificará el consenso resultante bajo otros criterios estadísticos alternativos empleados por otros autores en estudios con similares escalas de evaluación, a saber:

- Valoración media
- Porcentaje de consenso (en ambos extremos)
- Coeficiente de variación
- Coeficiente de concordancia de Kendall
- Kappa ponderado

La comparación entre las dos olas se realizará mediante las siguientes pruebas:

- Coeficiente de variación (o Prueba de cambios de McNemar) para cada respuesta en las dos olas consecutivas
- Ratio F para comparar las varianzas en cada respuesta de las dos olas consecutivas
- Coeficiente de correlación de Pearson (o coeficiente de correlación por rangos de Spearman) para cada respuesta en las dos olas consecutivas
- Prueba t pareada (o prueba de Wilcoxon de rangos con signo) para cada respuesta en las dos olas consecutivas

## RESULTADOS PREVISTOS

La ponderación de la percepción del médico en base a su grado de acuerdo sobre los factores de decisión terapéutica permitiendo OBJETIVAR LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS relacionadas con la patología así como OBTENER UNAS RECOMENDACIONES CONSENSUADAS sobre la práctica clínica actual y la validez de las Guías actuales. Una vez obtenidos los resultados se presentarán a las Sociedades Científicas para fomentar la implementación de las mismas bajo su auspicio.

## USO

Obtener nuevas percepciones y elementos de apoyo para el desarrollo de programas y actividades que puedan ayudar a la toma de decisiones.

La opinión de los profesionales será recogida para formar parte del análisis global de los datos obtenidos. Al finalizar del estudio **se enviará un resumen de los resultados**.

Se cede en exclusiva a Draft Grupo de Comunicación Healthcare, con CIF A-78 088424 y domicilio en la C/ María Tubau, nº 5-1º, 28050, Madrid, los derechos de autor sobre los resultados e informes emitidos a la aplicación del programa **“ESTUDIO RECORDD – Revisión y Actualización en el Abordaje del paciente con DE”**, para su reproducción posterior, distribución y comunicación pública de los mismos, sin límite temporal ni territorial y para cualquier soporte físico, electrónico o telemático. La cesión de los derechos referidos es remunerada.

## PATROCINADOR Y SECRETARÍA TÉCNICA

### Patrocinador del estudio RECORDD:

Patrocinador del estudio	Lugar de trabajo
Nombre, apellidos y cargo de las personas responsables	CASEN RECORDATI Dirección XXXXX

### Secretaría Técnica (CRO España):

SECRETARÍA TÉCNICA (Autorizaciones, gestión y monitorización local)	LUGAR DE TRABAJO
Fernando de Gabriel Moreno Director General	DRAFT, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA. C/ María Tubau Nº 5 - 1º. 28050 Madrid.

<b>Dra. María Madrigal Jiménez</b> Director Medico	DRAFT, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO- EPIDEMIOLOGICA. C/ María Tubau Nº 5 - 1º. 28050 Madrid
<b>Miguel Angel Herrero</b> Jefe de Proyecto	DRAFT, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO- EPIDEMIOLOGICA. C/ María Tubau Nº 5 - 1º. 28050 Madrid
<b>Francisco López García-Sanz</b> Análisis estadístico	ACOIBA C/ Comandante Zorita 13. 28020 Madrid

## REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
2. Ruiz J. La disfunción eréctil como marcador del estado de salud y de la calidad de vida: una posibilidad para diseñar una intervención educativa sobre salud sexual masculina. *Rev Int Androl* 2004;2(2):43-5.
3. Delgado M, et al. Factores determinantes de la satisfacción del paciente con el tratamiento para la disfunción eréctil. *Actas Urol Esp*. 2008; 32(10):995-1003.
4. Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, et al. Prevalence and independent risk factors for Erectile Dysfunction In Spain: Results of EDEM study. *J Urol* 2001;166(2):569-575.
5. Esquirol-Causa J, et al. Sexualidad en la edad geriátrica: disfunción eréctil, sintomatología urinaria del tracto inferior y posibilidades de tratamiento. *Rev Int Androl*. 2009;7(2):106-11.
6. Estudio ATLAS de la Disfunción Eréctil en España. Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) en 2012. Disponible online: <http://www.tenemosunaedad.com/>
7. Documento Consenso sobre Disfunción Eréctil. Elaborado por 12 Sociedades Científicas. Disponible en: [http://www.asesa.org/attach/admin/pro\\_documentos/Documento de Consenso sobre DE.pdf](http://www.asesa.org/attach/admin/pro_documentos/Documento de Consenso sobre DE.pdf)
8. Wespes E, et al. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. European Association of Urology (EAU). ACTUALIZACION EN MARZO DE 2009. Consultado el 200416. Disponible en : <http://uroweb.org/wp-content/uploads/12-GUIA-CLINICA-DISFUN-SEXUAL-MASCULINA.pdf>
9. Moncada I, Cuzin B. Clinical efficacy and safety of Vitaros®/Virirec® (Alprostadil cream) for the treatment of erectile dysfunction. *Urologia*. 2015 Apr-Jun; 82 (2): 84-92.
10. Hatzimouratidis K, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. European Association of Urology Web site. <http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/>. Updated 2015.
11. Dalkey NC. The Delphi method: an experimental study of group opinion. Santa Monica: Rand Corporation;1969.
12. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of a US consensus panel of experts *Arch Intern Med*. 2003;163:2716–24.
13. Goodman LA. Snowball sampling. *Ann Math Stat*. 1961;32:148-70.
14. Royle P, Waugh N. Literature searching for clinical and cost-effectiveness studies used in health technology assessment reports carried out for the National Institute for Clinical Excellence appraisal system. *Health Technol Assess*. 2003;7:1–51.

## ANEXOS

- I. Bibliografía documental
- II. Cuestionario aplicado
- III. Documento resultados Board Presencial
- IV. Documento Consenso Panel de Expertos
- V. Datos estadísticos completos

## ANEXO I. BIBLIOGRAFÍA DOCUMENTAL

Documento Consenso sobre Disfunción Eréctil. Elaborado por 12 Sociedades Científicas. Disponible en: [http://www.asesa.org/attach/admin/pro\\_documentos/Documento de Consenso sobre DE.pdf](http://www.asesa.org/attach/admin/pro_documentos/Documento_de_Consenso_sobre_DE.pdf)

Delgado Martín JA et al. Factores determinantes de la satisfacción del paciente con el tratamiento para la disfunción eréctil. Actas Urol Esp. 2008;32 (10):995-1003.

Moncada I, Cuzin B. Clinical efficacy and safety of Vitaros®/Virirec® (Alprostadil cream) for the treatment of erectile dysfunction. Urologia. 2015 Apr-Jun; 82 (2): 84-92.

Hatzimouratidis K, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. European Association of Urology Web site. <http://uroweb.org/guideline/male-sexual-dysfunction/>. Updated 2015.

Anaissie J, Hellstrom WJ. Clinical use of alprostadil topical cream in patients with erectile dysfunction: a review. Res Rep Urol. 2016 Aug 3;8:123-31. doi: 10.2147/RRU.S68560. eCollection 2016.

Padma-Nathan H, Yeager JL. An integrated analysis of alprostadil topical cream for the treatment of erectile dysfunction in 1732 patients. Urology 2006; 68 (2):386-91.

Rooney M, Pfistere W, et al. Long-term, Multicenter Study of the Safety and Efficacy of Topical Alprostadil Cream in Male Patients with Erectile Dysfunction. J Sex Med 2009; 6 (2):520-34.

Martin Morales A, Sanchez Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, et al. Prevalence and independent risk factors for Erectil Dysfunction In Spain: Results of EDEM study. J Urol 2001; 166(2):569-575.

Estudio ATLAS de la Disfunción Eréctil en España. Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) en 2012. Disponible online: <http://www.tenemosunaedad.com/>

1991-2007: Tablas de mortalidad. 2009-2018: Proyecciones de población a corto plazo. Parámetros de evolución demográfica. INE. Instituto Nacional de Estadística Hombres y mujeres en España 2010 Madrid: INE, 2010.

Anuario de Estadísticas de Salud Mundial (OMS). Ginebra, 1999.

Ayta IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. BJU Int 1999;84(1):50-6.

Burnett AL. Campbell-Walsh Urology, 2012.

Sáenz de Tejada I, et al. Anatomy, physiology and pathophysiology of ED. En: Erectile Dysfunction. Plymouth: Health Publication Ltd; 1999. p. 65-102.



## ANEXO II. CUESTIONARIO APLICADO

Queremos conocer tu opinión sobre las siguientes cuestiones. Por favor, marca una sola casilla para cada fila, si marcas más de una no podremos contar tu respuesta. Si es difícil elegir solo una respuesta piensa cuál es tu opinión la mayor parte del tiempo.

### CUESTIONARIO APLICADO SOBRE MANEJO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

ÍTEM	Desacuerdo			Ni Des ni Acuerdo			Acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.-									
2.-									
3.-									
4.-									
5.-									
6.-									
7.-									
8.-									
9.-									
10.-									
11.-									
12.-									
13.-									
14.-									
15.-									
16.-									
17.-									
18.-									
19.-									
20.-									
21.-									
22.-									
23.-									
24.-									
25.-									
26.-									
27.-									
28.-									
29.-									
30.-									

ANEXO III. DOCUMENTO RESULTADOS BOARD PRESENCIAL  
Grupo para la investigación y evaluación de la disfunción eréctil

ANEXO IV. DOCUMENTO CONSENSO PANEL DE EXPERTOS  
Grupo para la investigación y evaluación de la disfunción eréctil.

ANEXO V. DATOS ESTADÍSTICOS COMPLETOS