

Psoriasis

Fecha de la última revisión: **04/05/2018**

Índice de contenidos

1. [¿Qué es la psoriasis?](#)
2. [¿Cuál es su causa?](#)
3. [¿Cómo se manifiesta?](#)
4. [¿Cómo se diagnostica?](#)
5. [¿Cuál es su diagnóstico diferencial?](#)
6. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
7. [Psoriasis y comorbilidad](#)
8. [¿Cuándo derivar al segundo nivel asistencial?](#)
9. [Bibliografía](#)
10. [Más en la red](#)
11. [Autoras](#)

¿Qué es la psoriasis?

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica no contagiosa de etiopatogenia multifactorial, producto de la interacción entre factores desencadenantes y genéticos individuales. Entre los desencadenantes se encuentran los traumatismos, algunos fármacos (bloqueantes beta-adrenérgicos, litio, etc.) y las infecciones, especialmente las estreptocócicas. Presenta una elevada prevalencia con dos picos de aparición, aproximadamente a los 20 y 50 años de edad (Grozdev IS, 2011; Conde Taboada A, 2018). La enfermedad afecta más frecuentemente a mujeres. Las personas de piel oscura o que viven en los trópicos presentan menor incidencia.

La evolución de la enfermedad es muy variable, pero suele presentar un curso crónico con exacerbaciones y remisiones.

La afectación predominante es la cutánea, aunque puede producir afectación sistémica. La manifestación cutánea más frecuente es en forma de placas descamativas en zonas de extensión (lesiones focales, inflamadas, edematosas y descamativas sobre cuero cabelludo, tronco y miembros). Otras formas menos frecuentes son la psoriasis invertida (localizada en flexuras y pliegues), en gotas (lesiones de pequeño tamaño y amplia distribución) o con pústulas.

La afectación cutánea se puede asociar a daño articular y a otras afecciones sistémicas. Se encontró asociación entre psoriasis y diabetes mellitus, obesidad, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, enfermedad renal, enfermedad de Crohn, cáncer y depresión (González Parra E, 2016; Carrascosa JM, 2017; Descalzo MA, 2017; González García MP, 2017).

¿Cuál es su causa?

Su causa es desconocida. Se habla de etiología multifactorial, entre los desencadenantes destacan causas ambientales, genéticas e inmunológicas:

- Factores ambientales: el estrés es uno de los desencadenantes más conocidos. Otros son el frío, la obesidad, traumatismos (fenómeno de Koebner: aparición de lesiones en zonas de traumatismo), infecciones (estreptocócicas, estafilocócicas, VIH, etc.), alcohol, tabaco, drogas y algunos fármacos. Los climas templados, la luz solar y el embarazo se asocian a mejoría clínica.
- Factores genéticos: existe una predisposición genética para la enfermedad. Aproximadamente el 40% de las personas con psoriasis o artritis psoriásica tienen historia familiar. Se ha confirmado la asociación con HLA-Cw6, genes LCE3C y LCE3B.
- Factores inmunológicos: la psoriasis podría considerarse una enfermedad autoinmune. Presenta niveles elevados de TNF- α tanto en piel como en sangre. El aumento de los niveles de TNF- α en las personas obesas pone de manifiesto la asociación entre ambas entidades.

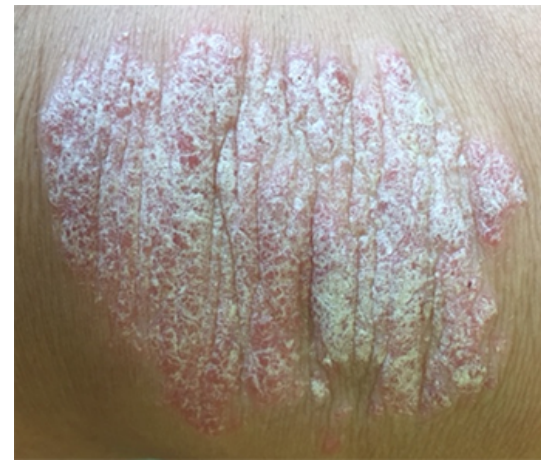
¿Cómo se manifiesta?

La psoriasis es una enfermedad eritematodescamativa crónica que se puede presentar clínicamente de diversas formas. Las lesiones cutáneas más comunes son maculopápulas y placas eritematoescamosas rojo oscuras, no confluentes, con escamas no adherentes blanco-nacaradas y borde bien delimitado. Suele tener disposición simétrica y las localizaciones más frecuentes son superficies de extensión (codos y rodillas), zona sacra y cuero cabelludo (Feldman SR, 2012). Las uñas están afectadas en un 20-50% de los casos, con más frecuencia en las manos. La afectación de las mucosas es muy rara, puede verse en labios y pene. En el glande puede manifestarse como lesión no descamativa y se suele acompañar de lesiones en región interglútea.

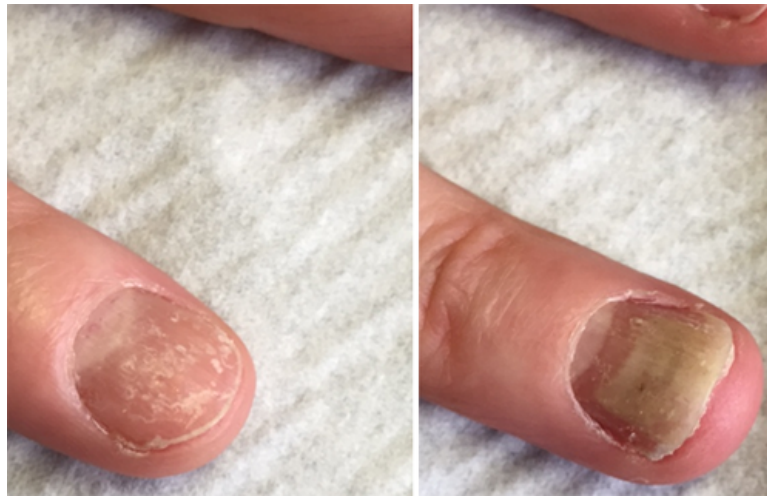
La afectación de las articulaciones es más frecuente en la cuarta y quinta décadas y tiene una importante asociación familiar. La forma más frecuente (50-70%) es la oligoarticular asimétrica seronegativa y afecta más frecuentemente a las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos, interfalángicas proximales y distales. La afectación cutánea, generalmente, precede a la artritis y su grado de afectación no se correlaciona, aunque la psoriasis pustulosa se asocia a mayor gravedad de la artritis (Cantini F, 2010).

La psoriasis puede manifestarse clínicamente de diversas formas (Mason AR, 2009; Feldman SR, 2012):

Psoriasis en placas: es el tipo más frecuente (90% de los casos). Se manifiesta como placas simétricas, eritematosas, con bordes bien definidos y descamación blanquecina “nacarada” que pueden llegar a formar gruesas costras. Afecta a cuero cabelludo, zonas de extensión de los miembros (codos, rodillas), región tibial anterior, genitales, región umbilical, lumbosacra, retroauricular o cualquier otra zona. En la mayoría de los casos son asintomáticas.



Más de la mitad de los casos pueden asociarse a afectación ungueal. La alteración típica sobre las uñas es el *pitting* (punteado fino disperso a lo largo de la superficie ungueal), onicolisis, coloración amarillenta o mancha de aceite e hiperqueratosis subungueal en los casos más severos.



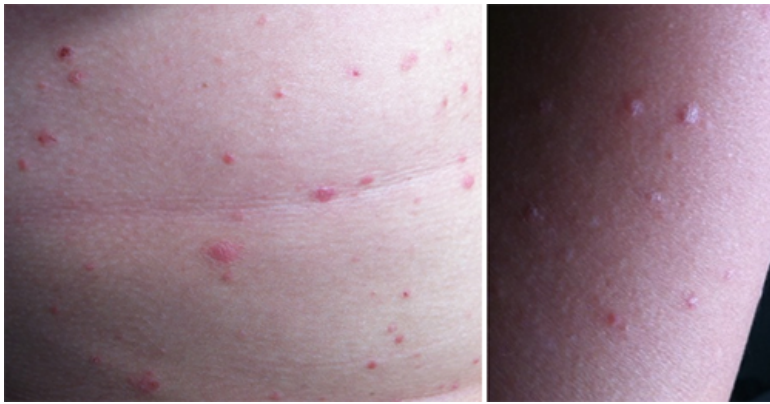
La artritis psoriásica se ha descrito asociada al daño ungueal en hasta el 90% de los pacientes. Afecta al 10-30% de las personas con lesiones en la piel. En un 15% de los casos la afectación articular precede la afectación de la piel. Suele afectar a manos y pies en la mayoría de los casos, pero en ocasiones también afecta a grandes articulaciones. Tiene mejor pronóstico que la artritis reumatoide.

Existen diferentes formas de afectación articular (Cantini F, 2010):

- Oligoartritis asimétrica: menos de 5 pequeñas y/o grandes articulaciones están afectadas de manera asimétrica. Es la más frecuente.
- Distal: afecta a las articulaciones interfalángicas distales.
- Poliartritis simétrica: similar a la artritis reumatoide.
- Artritis mutilante: las articulaciones se deforman y destruyen.
- Espondiloartropatía: incluye sacroileitis y espondilitis.



Psoriasis en gotas: se caracteriza por la aparición de placas eritematodescamativas de pequeño tamaño con descamación fina. Se localiza sobre todo en el tronco, aunque puede afectar a toda la superficie corporal. Suele aparecer 1-2 semanas tras una infección respiratoria de vías altas secundaria a estreptococo betahemolítico del grupo A, fundamentalmente en niños y adultos jóvenes. Generalmente tiene buen pronóstico, se suele resolver de manera espontánea en 2-3 meses. En algunos casos, los brotes son recurrentes.



Psoriasis invertida: afecta sobre todo a grandes pliegues (región inframamaria, axilas, ingles, periné y región genital). Se caracteriza por lesiones de color rojo vivo, brillantes, no descamativas y ocasionalmente fisuradas.

Psoriasis pustulosa: se caracteriza por la aparición de pústulas estériles que pueden presentarse de forma localizada o de forma generalizada por todo el cuerpo. La forma generalizada es la variante más severa y puede acompañarse de afectación sistémica con fiebre, malestar, diarrea, leucocitosis e hipocalcemia.

Psoriasis palmoplantar: se caracteriza por la aparición de eritema, descamación y frecuentemente fisuración en palmas y plantas en combinación con la afectación de otras zonas del cuerpo o de forma aislada.

Psoriasis eritrodérmica: es una variante poco frecuente. Se presenta como un eritema generalizado, descamativo que afecta a todo el cuerpo, habitualmente acompañado de infecciones, hipotermia y deshidratación secundaria.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de psoriasis es fundamentalmente clínico. Es necesario un examen físico exhaustivo, prestando especial atención a las zonas más frecuentemente afectadas (áreas de extensión, cuero cabelludo, ombligo, pliegue interglúteo y uñas).

El diagnóstico clínico puede ayudarse del raspado metódico de Brocq, raspando paulatinamente con una cucharilla veremos 3 signos característicos:

- Signo de la vela: al raspar se desprenden muchas escamas.
- Membrana de Duncan-Dulckley: si se sigue raspando se desprende una película transparente de epidermis.
- Rocío hemorrágico de Auspitz: si se continua el raspado, aparece una dermis con sangrado puntiforme (vasos de las papilas dérmicas). Este signo no se presenta en la psoriasis invertida ni en la pustulosa.

La biopsia cutánea no suele ser necesaria. Los hallazgos histológicos clásicos incluyen hiperplasia epidérmica regular y uniforme, paraqueratosis (retención del núcleo de las células en el estrato córneo), neutrófilos en la epidermis y en el estrato córneo y en ocasiones se visualizan microabscesos con neutrófilos.

¿Cuál es su diagnóstico diferencial?

(Conde Taboada A, 2018)

El diagnóstico diferencial debe establecerse fundamentalmente con las siguientes entidades:

- Dermatitis seborreica: cursa con una descamación más fina y grasa que afecta a cuero cabelludo, cejas, región interiliar, surcos nasogenianos y nasolabiales, regiones retroauriculares, conductos auditivos externos y ocasionalmente a los párpados. Responde mejor al tratamiento que la psoriasis.
- Dermatitis atópica: afecta fundamentalmente a niños y tiene una distribución flexural.
- Dermatitis de contacto: la morfología y localización depende del agente causal.
- Dermatofitosis: la escama es más fina y pequeña y tiende a hacer collarate. En los pliegues las micosis curan en el centro y se extienden periféricamente. El intertrigo candidiásico se presenta como un área eritematosa con maceración y lesiones satélites. El examen microscópico y cultivo ayuda al diagnóstico.
- La micosis fungoide tiene distribución irregular y asimétrica, con descamación fina inicial que evoluciona a lesiones tumorales o zonas de atrofia cutánea.
- Ptiriasis rosada de Gibert que se caracteriza por la aparición inicial de la placa heralda y posteriormente lesiones eritematodescamativas fundamentalmente en tronco.
- Liquen plano que se presenta con pápulas violáceas que se localizan en la región más distal de las extremidades. Puede asociarse a lesiones blanquecinas o erosivas en mucosas.
- Sífilis psoriasiforme que se caracteriza por descamación palmoplantar.
- Otras entidades: eritrasma, carcinoma escamoso, linfoma cutáneo de células T (fundamentalmente en aquellos pacientes con presentación eritrodérmica), onicomicosis, eccema, pustulosis subcorneal o erupciones pustulosas.

¿Cuál es su tratamiento?

(Mason AR, 2009; Mourão AF, 2010; SIGN, 2010; Carrascosa JM, 2011; Feldman SR, 2012; Grozdev IS, 2011; Carrascosa JM, 2016; Conde Taboada A, 2018)

El tratamiento depende de la gravedad de la enfermedad. Las formas leves se tratan con corticosteroides y derivados de vitamina D tópicos y las formas moderadas o graves con fototerapia con ultravioleta A o B, inmunosupresores clásicos o fármacos biológicos.

Los corticoides tienen un efecto antiinflamatorio, antiproliferativo e inmunosupresor. Dependiendo de la zona afectada es necesario escoger la potencia del corticoide:

- Cuero cabelludo-canal auditivo: corticoides de potencia intermedia (**clobetasona**, **fluocinolona**), aplicados 2-4 veces al día. En niños se recomienda una sola aplicación al día.
- Cara: corticoides de baja potencia (**hidrocortisona**, **fluocortina**) aplicados 2 o 3 veces al día en capa fina. En los niños es suficiente con una aplicación al día.
- Superficies extensoras o placas extensas: corticoides de potencia alta (**beclometasona**, **betametasona**, **metilprednisolona**, **prednicarbato**). Si la afectación es muy intensa serán necesarios de potencia muy alta (**clobetasol**).

Tras la mejoría inicial, demostraron buenos resultados las pautas de mantenimiento con 1-3 aplicaciones semanales.

Los casos de afectación ungueal suelen ser refractarios al tratamiento corticoterápico tópico en monoterapia. Se recomienda asociarlo con **calcipotriol** o **ácido salicílico**. En muchas ocasiones la psoriasis ungueal no responde a ningún tratamiento tópico y requiere terapia sistémica o inyección subungueal de corticoides.

Los efectos secundarios cutáneos y sistémicos, asociados al uso crónico de corticoides tópicos dependen de la potencia del corticoide elegido.

Si los corticoides de potencia alta no son efectivos en las lesiones faciales y superficies flexoras, es recomendable iniciar tratamiento con análogos de la vitamina D de manera intermitente.

Los análogos de la vitamina D tópicos (**calcipotriol**, **calcitriol**, **tacalcitol**) actúan inhibiendo la proliferación de los queratinocitos. Cuando se combinan con corticoides tópicos son más efectivos que en monoterapia.

En los últimos años se comercializaron combinaciones de corticosteroides tópicos con derivados de vitamina D que presentan buenos resultados en cuanto a eficacia y seguridad a largo plazo.

Las **breas** y **alquitrán** tienen un efecto antiproliferativo, aunque se desconoce el mecanismo de acción de manera precisa. Se comercializa en forma de champús, cremas, lociones y ungüentos, a concentraciones del 2-5%. El champú debe utilizarse 1-2 veces a la semana, dejando actuar 5-10 minutos antes de aclarar adecuadamente. Las cremas, lociones y ungüentos se aplican de manera tópica 1 o 2 veces al día, preferiblemente por la noche, siendo necesario retirarlos por la mañana con un jabón adecuado. Son bien toleradas, aunque pueden producir fotosensibilidad y tienen el inconveniente de manchar la ropa y el baño.

Los emolientes están indicados dentro del tratamiento preventivo y mantenimiento, nunca como tratamiento de un brote.

La fototerapia en España debe ser indicada por el dermatólogo y se utiliza en casos de amplia extensión de la enfermedad, sobre todo en miembros y tronco. Es fundamental un control estricto en la exposición a la radiación para prevenir efectos secundarios indeseables como melanoma u otras neoplasias dermatológicas.

Las terapias sistémicas se utilizan en pacientes con más del 10% de la superficie corporal afecta o con enfermedad grave, independientemente del porcentaje de afectación. Habitualmente indicados por el dermatólogo:

- **Metotrexato:** antagonista del ácido fólico con efecto antiproliferativo sobre la síntesis de ADN en las células epidérmicas e inmunosupresor sobre las células T activadas que aparecen en la psoriasis. La dosis recomendada de inicio es de 10-20 mg/semana vía oral o subcutánea si el paciente no presenta factores de riesgo, la dosis terapéutica es de 15 mg/semana para la mayoría de pacientes. Presenta buen perfil de seguridad a largo plazo, aunque hay que tener precaución y realizar controles trimestrales por provocar hepatotoxicidad, nefrotoxicidad, toxicidad pulmonar y, sobre todo al inicio del tratamiento, pancitopenia secundaria a mielosupresión. La mayor parte de pacientes que responden al tratamiento presentan mejoría antes de las 8 semanas.
- **Acitretina:** derivados de la vitamina A. Indicado en los casos graves, incluidas las formas eritrodérmica, pustular y en pacientes con VIH. Cuando se asocia con PUVA los pacientes tienen una respuesta mayor. Las dosis utilizadas son entre 25 mg/48 horas hasta 50 mg/24 horas. Es importante vigilar hipertrigliceridemia y hepatotoxicidad. Es un fármaco muy teratógeno, se precisa anticoncepción por lo menos durante 3 años tras la suspensión del tratamiento ya que se observó la presencia del fármaco en el organismo hasta 168 días después de su interrupción.
- **Ciclosporina:** supresor de las células T. Se utiliza en casos graves, la dosis utilizada es 3-5 mg/kg/día/v.o. Presenta un efecto rápido sobre las lesiones cutáneas y articulares, suele manifestarse mejoría importante a partir de las 4 semanas de uso. No se han encontrado diferencias significativas entre el tratamiento con ciclosporina versus metotrexato. Es preciso vigilar la nefrotoxicidad y la hipertensión arterial.
- **Otros agentes inmunosupresores (hidroxiurea, azatioprina, tacrolimus, etc.):** se debe pensar en ellos cuando los tratamientos anteriores no han sido eficaces. Deben ser prescritos por dermatología. Requieren amplios estudios de los pacientes previos a su inicio para asegurar su correcto uso.
- **Fármacos inmunomoduladores (adalimumab, etanercept, infliximab):** son anticuerpos monoclonales inhibidores del TNF-α. Son fármacos de segunda línea en la psoriasis en placas y en la artritis psoriásica. Entre sus efectos secundarios destacan las infecciones, especialmente la tuberculosis y el riesgo de favorecer el desarrollo de patología maligna como leucemia o linfomas.
- **Inhibidores de la interleuquina 12/23 (anti-IL 12/23):** actualmente se emplea ustekinumab, existen otros en desarrollo. El nivel de eficacia a largo plazo es superior a los anti-TNF.
- **Inhibidores de la interleuquina 17 (anti-IL 17):** actualmente en uso secukinumab e ixekizumab. El nivel de eficacia en ambos es similar.
- **Otros:** apremilast es un inhibidor de fosfodiesterasa 4 (PDE-4) con efecto inmunomodulador eficaz en psoriasis y artritis. En el momento actual existen otras moléculas en desarrollo para el tratamiento de la psoriasis, como los inhibidores de JAK, con resultados prometedores.

Los antibióticos y la amigdalectomía se recomendaron con frecuencia para los pacientes con psoriasis en gotas recurrente o psoriasis crónica en placas, pero en la actualidad no hay evidencias científicas suficientes que demuestren el beneficio de ambas intervenciones.

Psoriasis y comorbilidad

(González Parra E, 2016; Carrascosa JM, 2017; Descalzo MA, 2017; González García MP, 2017)

Puede asociarse habitualmente a síndrome metabólico, hígado graso, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad renal, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y aterosclerosis.

En el momento actual se considera a la psoriasis como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, por esta razón, es fundamental el control estricto de factores de riesgo asociados con el fin de evitar un evento cardiovascular.

Por otra parte, es recomendable realizar, al menos una vez al año, un estudio de función renal, incluyendo microalbuminuria, creatinina y FG estimado.

En múltiples estudios se encontró un riesgo aumentado para la depresión, la ansiedad y el riesgo de suicidio con respecto a la población general, más acentuado en la psoriasis grave y en pacientes jóvenes.

¿Cuándo derivar al segundo nivel asistencial?

- Cuando sea necesario confirmar el diagnóstico.
- Cuando la respuesta al tratamiento es inadecuada.
- Cuando existe un importante impacto en la calidad de vida del paciente.
- El médico de atención primaria desconozca el manejo de los tratamientos indicados, como la terapia con PUVA, fototerapia o fármacos inmunosupresores.
- Existe afectación grave.
- En los casos en los que se sospecha artritis psoriásica es importante la valoración por parte de reumatología (Feldman SR, 2012).

Bibliografía

- Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Kaloudi O, Bertoni M, Cassarà E. Psoriatic arthritis: a systematic review. Int J Rheum Dis. 2010;13(4):300-17. PubMed [PMID: 21199465](#)
- Carrascosa JM, Ballesca F. Psoriasis y comorbilidad psiquiátrica: la próxima frontera. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(6):502-5. PubMed [PMID: 28476178](#)
- Carrascosa JM, De la Cueva P, Ara M, Puig L, Bordas X, Carretero G, e. Metotrexato en psoriasis moderada-grave: revisión de la literatura y recomendaciones de experto. Actas Dermosifiliogr. 2016;107(3):194-206. PubMed [PMID: 26614486](#)
- Carrascosa JM, López-Estebarez JL, Carretero G, Daudén E, Ferrándiz C, Vidal D, et al; Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Documento de consenso de fototerapia en psoriasis del Grupo Español de Psoriasis: ultravioleta B de banda estrecha (UVBBE), láser y fuentes monocromáticas de excímeros y terapia fotodinámica. Actas Dermosifiliogr. 2011;102(3):175-86. PubMed [PMID: 21310368](#)
- Conde Taboada A, López Bran E. Enfermedades eritematoescamosas: psoriasis. Medicine. 2018;12(48):2831-7.
- Descalzo MA. Psoriasis, síndrome metabólico y revisiones sistemáticas. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(4):323. PubMed [PMID: 28256204](#)
- Feldman SR. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis. En: Dellavalle P, Ofori O, editors. UpToDate; 2012. Disponible en: http://ultra-medica.net/Uptodate21.6/contents/UTD.htm?26/62/27625?source=see_link&anchor=H11
- Feldman SR. Treatment of psoriasis in adults. En: Dellavalle RP, Duffin KC, Ofori AO, editors. UpToDate; 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adults>
- González García MP. Riesgo cardiovascular en psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(8):701-3. PubMed [PMID: 28647045](#)
- González Parra E, Daudén E, Carrascosa JM, Oliveira A, Botella R, Bonanad C, et al; en representación del Grupo de Trabajo en Inflamación Sistémica en Psoriasis. Enfermedad renal y psoriasis. ¿Una nueva comorbilidad? Actas Dermosifiliogr. 2016;107(10):823-9. PubMed [PMID: 27497509](#)
- Grozdev IS, Van Voorhees AS, Gottlieb AB, Hsu S, Lebwohl MG, Bebo BF Jr, et al; National Psoriasis Foundation. Psoriasis in the elderly: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. J Am Acad Dermatol. 2011;65(3):537-45. PubMed [PMID: 21496950](#)
- Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. Tratamientos tópicos para la psoriasis crónica en placas (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD005028. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Texto completo](#)
- Mourão AF, Rustin M, Isenberg D. Exacerbation of psoriatic skin lesions in patients with psoriatic arthritis receiving anti-tumour necrosis factor-alpha therapy: description of 3 cases and review of the literature. Clin Exp Rheumatol. 2010;28(3):408-10. PubMed [PMID: 20576227](#)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010. 65 p. (SIGN publication; no 121). [Texto completo](#)

Más en la red

- Ash Z, Gaujoux-Viala C, Gossec L, Hensor EM, FitzGerald O, Winthrop K, et al. A systematic literature review of drug therapies for the treatment of psoriatic arthritis: current evidence and meta-analysis informing the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2012;71(3):319-26. PubMed [PMID: 21803753](#)
- Clarke P. Psoriasis. Aust Fam Physician. 2011;40(7):468-73. PubMed [PMID: 21743850](#). [Texto completo](#)
- Fernández Sueiro JL, Juanola Roura X, Cañete Crespillo J de D, Torre Alonso JC, García de Vicuña R, Queiro Silva R, et al; Sociedad Española de Reumatología [Spanish Society of Rheumatology]. [Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in psoriatic arthritis]. Reumatol Clin. 2011;7(3):179-88. PubMed [PMID: 21794810](#)
- Hsu S, Papp KA, Lebwohl MG, Bagel J, Blauvelt A, Duffin KC, et al; National Psoriasis Foundation Medical Board. Consensus guidelines for the management of plaque psoriasis. Arch Dermatol. 2012;148(1):95-102. PubMed [PMID: 22250239](#)
- Vidal D. Nueva tabla para establecer la gravedad de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(10):891-3. PubMed [PMID: 28859897](#)

Autoras

■ Chelo Naya Cendón	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
■ Catarina Couceiro Rodríguez	Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
■ Carmen María Correa Precado	Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
■ Irene González Iglesias	Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud de O Portádego-Culleredo. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

