



# GUÍA

para el farmacéutico  
sobre la

# HIDRADENITIS SUPURATIVA

Con el patrocinio de:



**Farmacéuticos**

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

Vocalía Nacional  
de **Dermofarmacia**

## **Coordinadores**

### **Tomás Muret Ramón**

Vocal Nacional de Dermofarmacia del Consejo General de Farmacéuticos

## **Autores**

### **Virginia Barrau Caveró**

Farmacéutica. Máster en dermofarmacia y cosmetología por la U. Barcelona.  
Vocal 2ª COF Zaragoza

### **Eduardo Perales Sarría**

Farmacéutico del Centro de Información de Medicamentos del COF  
Zaragoza

### **Servando E. Marrón Moya**

Dermatólogo del Hospital Universitario Miguel Servet e investigador  
principal del Grupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología

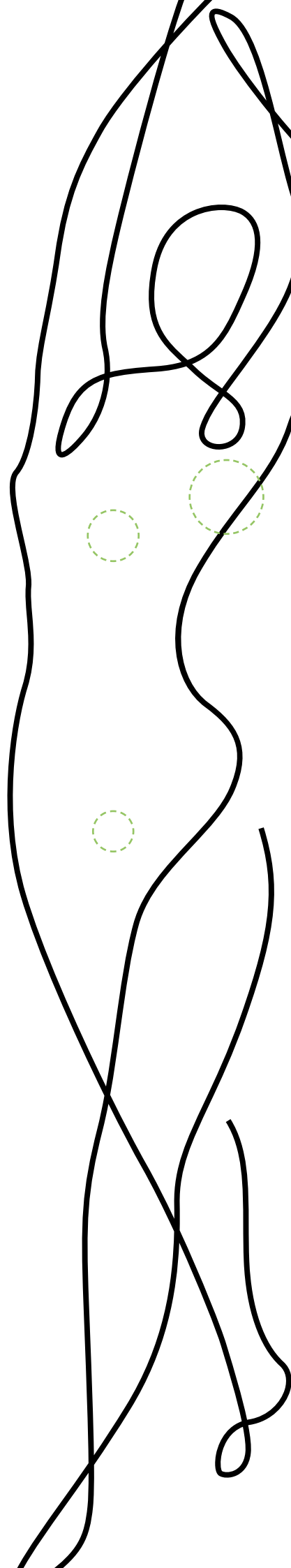
## **Asesora externa**

### **Eva Vilarrasa Rull**

Dermatóloga adjunta y de la Unidad Funcional de Hidradenitis del Hospital  
de la Santa Creu i Sant Pau

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introducción</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Epidemiología</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Etiopatogenia</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Manifestaciones Clínicas</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Principales síntomas asociados a la HS</b>  | <b>9</b>  |
| <b>Métodos de clasificación clínica</b>  | <b>10</b> |
| <b>Comorbilidades asociadas</b>  | <b>11</b> |
| <b>Impacto psicológico y en la calidad de vida</b>   | <b>12</b> |
| <b>Tratamiento de la hidradenitis supurativa</b>   | <b>14</b> |
| Tratamiento farmacológico  | 15        |
| Tratamiento quirúrgico   | 18        |
| <b>Pronóstico</b>  | <b>19</b> |
| <b>Actuación del farmacéutico comunitario en Hidradenitis Supurativa</b>                   | <b>20</b> |
| Identificación de signos y síntomas de alarma  | 20        |
| Criterios de derivación al médico de familia / dermatólogo                                 | 20        |
| Optimización del tratamiento farmacológico   | 21        |
| Educación sanitaria y recomendaciones  | 22        |
| <b>Puntos clave en Hidradenitis Supurativa desde La Farmacia Comunitaria</b>               | <b>31</b> |
| <b>Bibliografía</b>  | <b>32</b> |
| <b>ANEXO 1</b>   |           |
| Comparativa entre barómetros sobre la situación de los pacientes de HS en España (ASHENDI) | 38        |
| <b>ANEXO 2</b>   |           |
| Cuestionario sobre la calidad de vida en Hidradenitis Supurativa (HSQoL-24)                | 39        |



# Introducción

La **hidradenitis supurativa** (HS) se define como una enfermedad **inflamatoria crónica** del **folículo pilosebáceo recurrente y debilitante**, que habitualmente se presenta tras la pubertad, y que cursa con lesiones profundas, inflamadas y dolorosas (nódulos, abscesos y cicatrices), afectando a las áreas corporales con presencia de **glándulas sudoríparas apocrinas**, principalmente la zona axilar, seguida de la zona inguinal y la anogenital, glúteos y zona bajo los senos.

En la actualidad la denominación más aceptada es la de **hidradenitis supurativa**, aunque a lo largo de los años ha ido teniendo diferentes denominaciones: desde **enfermedad de Verneuil** tal como se describió en 1939, pasando por **acné inverso**, **golondrinos**, e **hidrosadenitis** entre otras.

Con el paso del tiempo, también ha ido **cambiando el concepto patológico** de la enfermedad. En un origen se hablaba de afectación de las glándulas sudoríparas apocrinas para pasar en la actualidad a hablar de la **afectación del folículo pilosebáceo**. Igualmente, se ha pasado de pensar en una etiología infecciosa a la **etiología inflamatoria-inmunológica** de la actualidad.

La enfermedad tiene una **evolución crónica** y su **manejo** es **complejo**, siendo preciso realizar una **atención individualizada y multidisciplinar**, en la que el dermatólogo, el médico de atención primaria, la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria, entre otros profesionales, tienen un papel muy relevante en su manejo y control.

El **tiempo medio de diagnóstico es elevado**, por lo que los pacientes se ven sometidos a un periplo entre distintos especialistas con un importante impacto psicológico, además de producirse, en muchas ocasiones, la **pérdida de la ventana de oportunidad** y la instauración de un tratamiento efectivo que impida el avance de la enfermedad.

El **farmacéutico comunitario** tiene un papel trascendental en la **detección** de sospechas de casos de HS y la **derivación** inmediata al **médico de familia o al dermatólogo**.

La presente guía pretende dotar al farmacéutico comunitario con las herramientas fundamentales que le permitan conocer los principios de esta enfermedad, ser capaz de identificarla y ante sospecha de la misma, derivar al médico para diagnóstico e instauración de tratamiento. Además, se incluye información para que, una vez realizado el diagnóstico, desde la farmacia el farmacéutico sea capaz de proporcionar información sobre hábitos dermosaludables que ayuden a mejorar la calidad de vida de estos pacientes con HS.

# Epidemiología

Se sabe que es una enfermedad que está infradiagnosticada, ya que se puede confundir con otras enfermedades cutáneas como, el acné o la forunculosis.

La **prevalencia** de la HS oscila entre el **1 - 4 %** de la población a nivel **mundial**. En Europa la prevalencia es del **1 %**, aunque según un estudio publicado en 2023, realizado en 17 países europeos cuyo objetivo principal no era analizar la prevalencia de esta enfermedad, se constataron unas cifras de prevalencia del **2,46 %**.

La **edad media de inicio** de la HS está en los **21,8 años**. Esta enfermedad se mantiene activa en la 3ª y 4ª décadas de la vida y disminuye ligeramente en la menopausia en la mujer.

**Por sexos**, la mujer se lleva la peor parte, ya que **3 de cada 4 pacientes son mujeres**.

En el **Anexo 1** se recoge la comparativa entre los tres barómetros realizados a lo largo de los últimos años por la Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis (ASENDHI) y en los que se mide la situación actual de los pacientes.

# Etiopatogenia

La HS se debe a una combinación de factores que afectan los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas apocrinas en la piel.

En la HS se produce una **oclusión** en el **infundíbulo pilosebáceo** en la que subyace un desequilibrio del sistema inmunológico.

Los **factores** que desempeñan un papel **más importante en su desarrollo** son (Figura 1):

- 1. Obstrucción de los folículos pilosos:** la obstrucción de los folículos pilosos, que puede deberse a la acumulación de células muertas de la piel, el exceso de sudor o la fricción en áreas específicas del cuerpo, puede desencadenar la formación de los nódulos y abscesos característicos de la HS.
- 2. Inflamación:** la inflamación crónica de los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas puede contribuir al desarrollo de lesiones dolorosas y supurantes en la piel.
- 3. Factores genéticos:** existe evidencia de que la HS puede tener un componente genético, lo que significa que las personas con antecedentes familiares de la enfermedad pueden tener un mayor riesgo de padecerla.
- 4. Factores hormonales:** se ha observado que la HS tiende a empeorar en momentos de cambios hormonales, como durante la pubertad, el embarazo o la menopausia, lo que sugiere que las hormonas pueden desempeñar un papel en su desarrollo.



**5. Factores inmunológicos:** alteraciones en el sistema inmunológico pueden contribuir a la aparición de un estado de inflamación crónica y a la producción de una respuesta exagerada a nivel de las lesiones cutáneas, aumentando la gravedad de la HS.

**6. Estilos de vida:**



**Sobrepeso y obesidad:** empeora las lesiones debido a la irritación, obstrucción y reblandecimiento de los tejidos en las zonas afectadas.



**Alimentación rica en hidratos de carbono y levaduras**



**Sedentarismo**



**Uso de ropa ajustada**



**Consumo de tabaco:**

empeora la enfermedad y disminuye la respuesta a los tratamientos. La nicotina aumenta la queratinización del ducto piloso.



**Falta de cuidado de la piel y manipulación de las lesiones**

**7. Otros:** la existencia de comorbilidades o la afectación psicológica también van a actuar como factores agravantes de la HS.

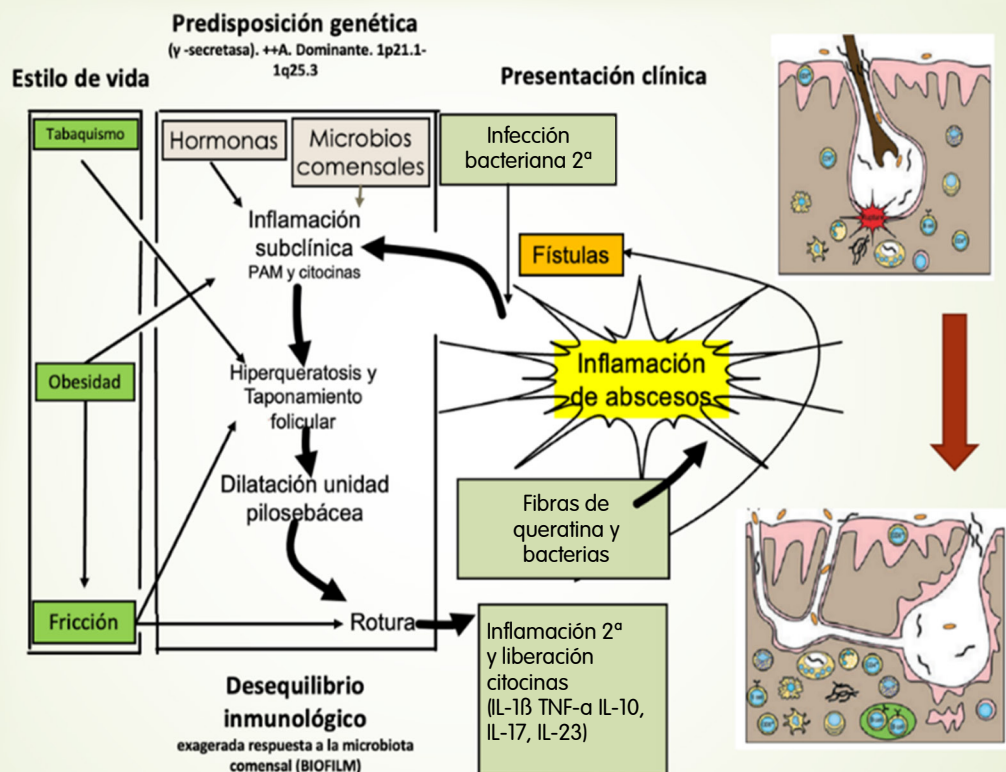
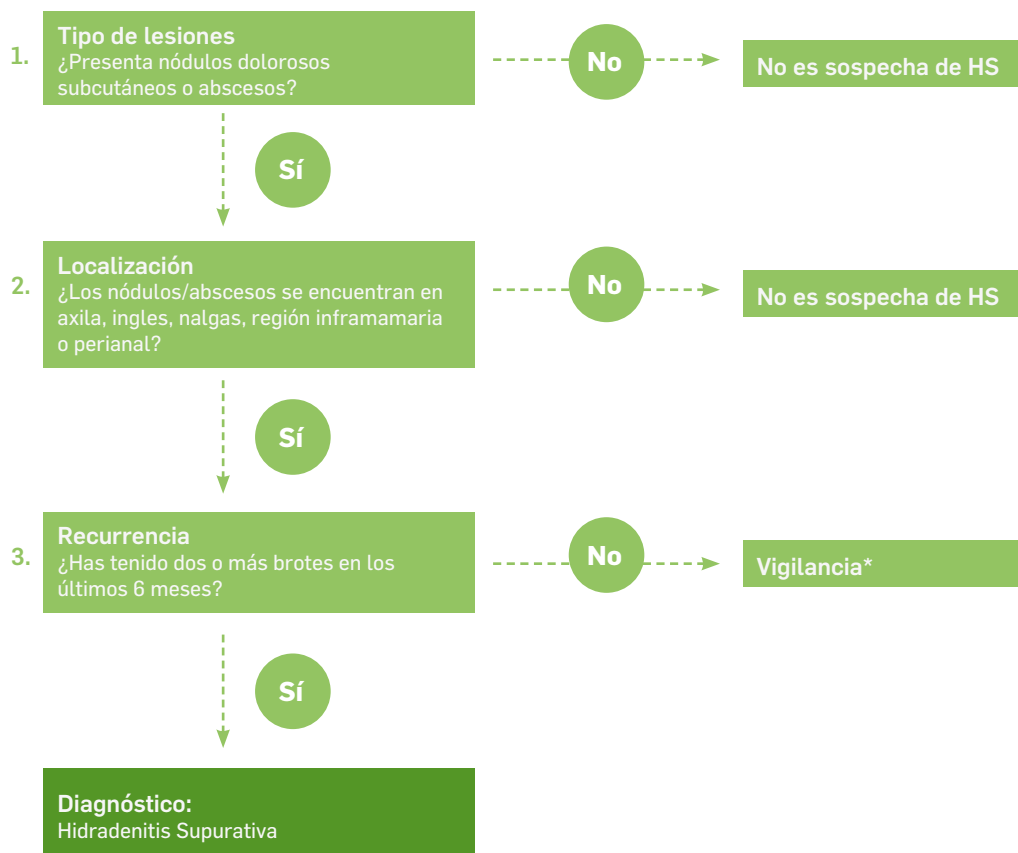


Figura 1. Factores que influyen en el desarrollo de HS. Adaptado de Hessel H van Der Zee et al., 2012.

# Manifestaciones Clínicas

La HS cursa con **lesiones supurativas y/o dolorosas recurrentes**, en forma de **nódulos, abscesos, tractos fistulosos y cicatrices** en localizaciones típicas, durante 2 o más periodos de 6 meses de duración.

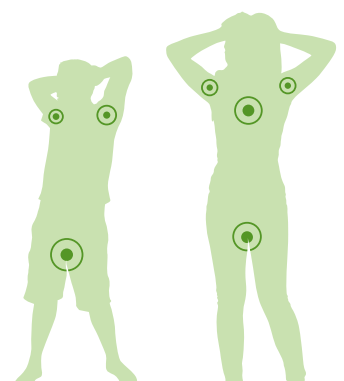
El diagnóstico de la HS es fundamentalmente clínico pudiéndose aplicar el siguiente algoritmo:



\*Otros indicadores que ayudan al diagnóstico de la Hidradenitis Supurativa:

- Antecedentes familiares de HS
- Ausencia de fiebre
- Ausencia de adenopatías

Algoritmo de diagnóstico de HS. Adaptado de Hércules. Iniciativa estratégica de salud para la definición del estándar óptimo de cuidados para los pacientes con hidradenitis supurativa.



## Lesiones características de la HS

Imágenes cedidas por NOVARTIS

- **Nódulo:** lesión elevada sólida mayor de 1 cm.



- **Absceso:** colección localizada de pus en una cavidad mayor de 1 cm.



- **Fistula:** trayecto patológico que comunica de forma anormal 2 órganos o tejidos entre sí.





## Principales síntomas asociados a la HS

- **Dolor:** es el síntoma principal, especialmente en el caso de lesiones profundas. El dolor es significativamente superior al de otras patologías cutáneas.

Para evaluar el nivel de dolor experimentado por el paciente se suele emplear una Escala Visual Analógica (EVA) (Figura 2).

- **Olor:** es una causa importante de pérdida de calidad de vida. Se manifiesta especialmente en lesiones supurativas que, además, pueden manchar la ropa.

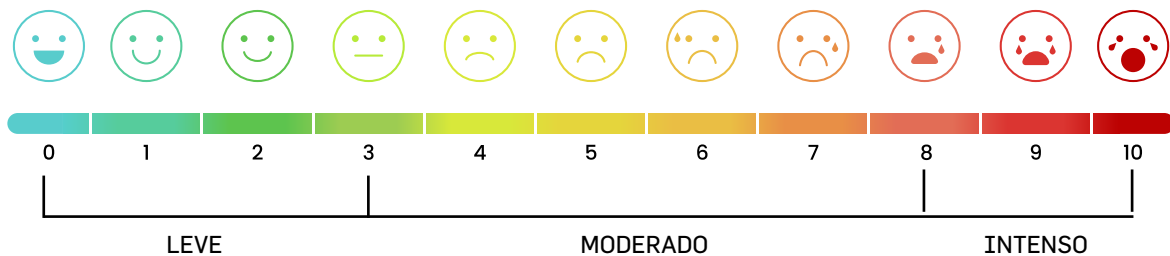
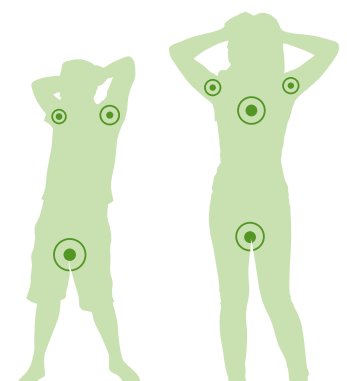


Figura 2.  
Ejemplo de Escala Visual Analógica (EVA) para el dolor. Fuente propia

- **Alteración de la movilidad funcional:** sobre todo si la carga inflamatoria es muy alta. Esta afectación de la movilidad dificulta la realización de tareas del día a día.
- **Alteración de la calidad de vida:** para evaluar el grado de afectación que la HS produce en la calidad de vida de los pacientes, se pueden utilizar la escala HSQoL-24, específica para HS, la DLQI, específica para patología dermatológica o el EuroQoL, que evalúa la calidad de vida de forma generalizada.
- **Afectación de la esfera psicosocial:** la HS es la patología cutánea que genera mayor alteración de la esfera psicosocial, cursando con baja autoestima, sentimientos de angustia, disfunción sexual significativa y tendencia al aislamiento social.



# Métodos de clasificación clínica

## ESCALA HURLEY

La escala Hurley es el sistema de clasificación más utilizado. Es un método estático para evaluar la gravedad de la hidradenitis supurativa (**Tabla 1**):

| Estadio | Abscesos                              | Tractos fistulosos/<br>cicatrización | Prevalencia* |
|---------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| I       | Uno o más                             | No                                   | 7-68 %       |
| II      | Separados en el espacio y recurrentes | Escasa afectación                    | 28-83 %      |
| III     | Múltiples                             | Múltiples                            | 4-22 %       |

**Tabla 1.**

Escala de Hurley para la clasificación y estadificación de la HS.

\*Extraído de A. Verneuil. *Etudes sur les tumeurs de la peau; de quelques maladies des glandules sudoripares*. Arch Gen Med, 4 (1854), pp. 447-46

## ESCALA IHS4

La escala IHS4 es un método dinámico de clasificación de la gravedad de la HS, con especial interés para la evaluación de la eficacia de los tratamientos ya que cambia conforme evoluciona la enfermedad.

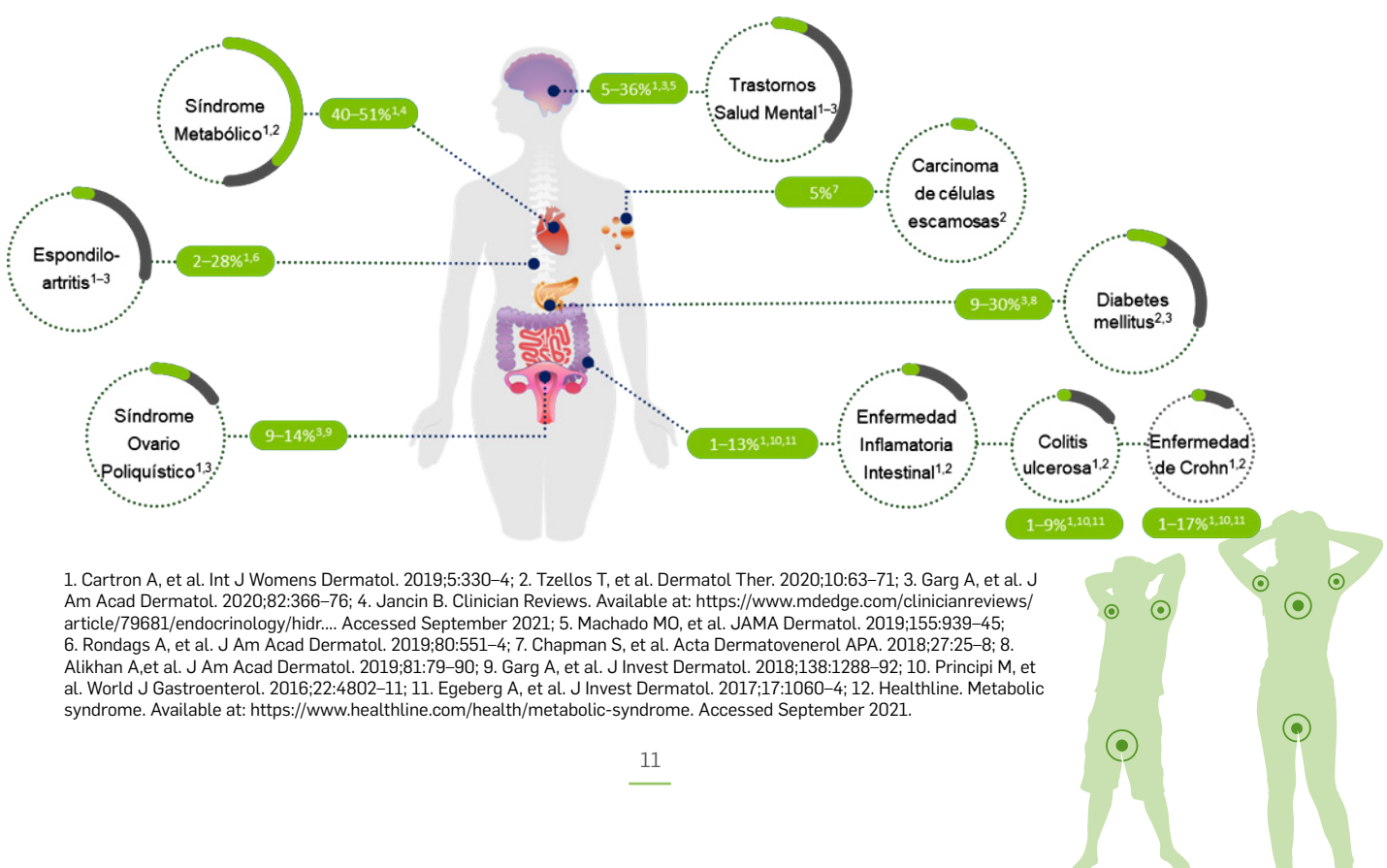
$$\text{IHS4} = (\text{n}^\circ \text{ nódulos} \times 1) + (\text{n}^\circ \text{ abscesos} \times 2) + (\text{n}^\circ \text{ fistulas drenantes} \times 4)$$

| Clasificación HS | Puntuación IHS4 |
|------------------|-----------------|
| Leve             | ≤ 3 puntos      |
| Moderada         | 4-10 puntos     |
| Grave            | ≥ 11 puntos     |

# Comorbilidades asociadas

La HS se ha asociado a múltiples comorbilidades con las que coincide en una base genética común o en cuanto a mecanismos fisiopatológicos.

- **Enfermedades endocrino-metabólicas:** principalmente, síndrome metabólico, diabetes, dislipemia y obesidad, pero también enfermedad de Cushing, acromegalia y enfermedades tiroideas.
- **Enfermedad inflamatoria intestinal:** enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.
- **Síndromes de oclusión folicular:** acné conglobata, celulitis discante de cuero cabelludo o sinus pilonidal.
- **Trastornos genéticos asociados a la oclusión folicular:** paquioniquia congénita, enfermedad de Dowlin-Degos.
- **Esteatocitoma múltiple.**
- **Enfermedades articulares:** espondilo artropatía (HLA B27).
- **Enfermedades psiquiátricas:** depresión, ansiedad.
- **Neoplasias:** epitelomas cutáneos, carcinoma epidermoide o linfomas.
- **Enfermedades dermatológicas:** pioderma gangrenoso, pitiriasis rubra pilaris, acantosis nigricans, paniculitis.
- **Otros:** síndrome de ovario poliquístico, trastornos relacionados con la salud mental.



1. Cartron A, et al. Int J Womens Dermatol. 2019;5:330-4; 2. Tzellos T, et al. Dermatol Ther. 2020;10:63-71; 3. Garg A, et al. J Am Acad Dermatol. 2020;82:366-76; 4. Jancin B. Clinician Reviews. Available at: <https://www.mdedge.com/clinicianreviews/article/79681/endocrinology/hidr...> Accessed September 2021; 5. Machado MO, et al. JAMA Dermatol. 2019;155:939-45; 6. Rondags A, et al. J Am Acad Dermatol. 2019;80:551-4; 7. Chapman S, et al. Acta Dermatovenerol APA. 2018;27:25-8; 8. Alikhan A, et al. J Am Acad Dermatol. 2019;81:79-90; 9. Garg A, et al. J Invest Dermatol. 2018;138:1288-92; 10. Principi M, et al. World J Gastroenterol. 2016;22:4802-11; 11. Egeberg A, et al. J Invest Dermatol. 2017;17:1060-4; 12. Healthline. Metabolic syndrome. Available at: <https://www.healthline.com/health/metabolic-syndrome>. Accessed September 2021.

# Impacto psicológico y en la calidad de vida

## Estigmatización

Se puede definir la estigmatización como el señalamiento negativo hacia una persona o grupo de personas con el fin de insultar, ofender, atacar o someter, justificado por el desprecio, prejuicios y estereotipos aprendidos.

Se ha evidenciado una puntuación más alta en la percepción de estigmatización entre los pacientes con HS que frente a otras patologías cutáneas visibles como la psoriasis o la dermatitis atópica y frente a controles sanos (Van Beugen et al., 2023).

## Trastorno dismórfico corporal

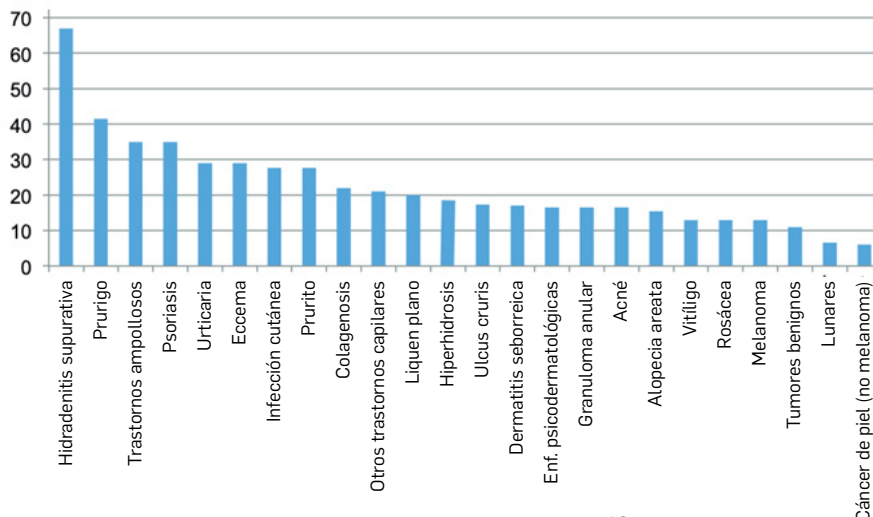
El trastorno dismórfico corporal es una enfermedad mental en la que no se puede dejar de pensar en uno o más defectos percibidos o defectos en la apariencia física, un defecto menor o que a veces no puede ser visto por los demás.

Se han identificado puntuaciones más altas de percepción de trastorno dismórfico corporal en pacientes con HS frente a otras patologías cutáneas visibles (psoriasis o dermatitis atópica) y frente a controles sanos (Schut C et al, 2022).

## Alteración en la vida sexual

Una vida sexual sana es buena para el individuo tanto desde el punto de vista físico como emocional. La salud sexual significa placer, comunicación, afectos, relaciones y autocuidado y la HS la trunca de manera abrupta incapacitando a las personas y mermando su calidad de vida.

La HS registra las puntuaciones más altas de percepción de discapacidad en la vida sexual frente a otras patologías cutáneas, tales como psoriasis o dermatitis atópica (Figura 3) (Sampogna F et al, 2014)



**Figura 3.** Prevalencia de respuestas positivas a la pregunta “En la última semana, ¿sus problemas de piel han dificultado su vida sexual?” para diferentes problemas cutáneos.

## Evaluación de la calidad de vida

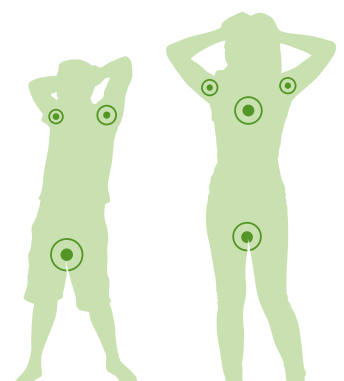
La HS produce un impacto muy importante y negativo en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Factores diferentes como pueden ser la presencia de comorbilidades, el desempleo y la propia gravedad de la HS pueden contribuir a que el impacto negativo en la calidad de vida sea más intenso.

Con respecto a la evaluación de la calidad de vida, la Academia Europea de Dermatología y venereología (EADV), por medio de sus grupos de trabajo “*Quality of Life and Patient Oriented Outcomes*” y “*Rosacea and Hidradenitis Suppurativa*” y a través de un posicionamiento conjunto del año 2019 recomiendan que para hacer una buena evaluación de calidad de vida en HS se debe usar un instrumento psicométrico específico.

De los instrumentos específicos para medir calidad de vida en pacientes con HS con unas propiedades psicométricas robustas, solo el **HSQoL-24 (Anexo 2)** está validado en español (Marron SE et al, 2021).

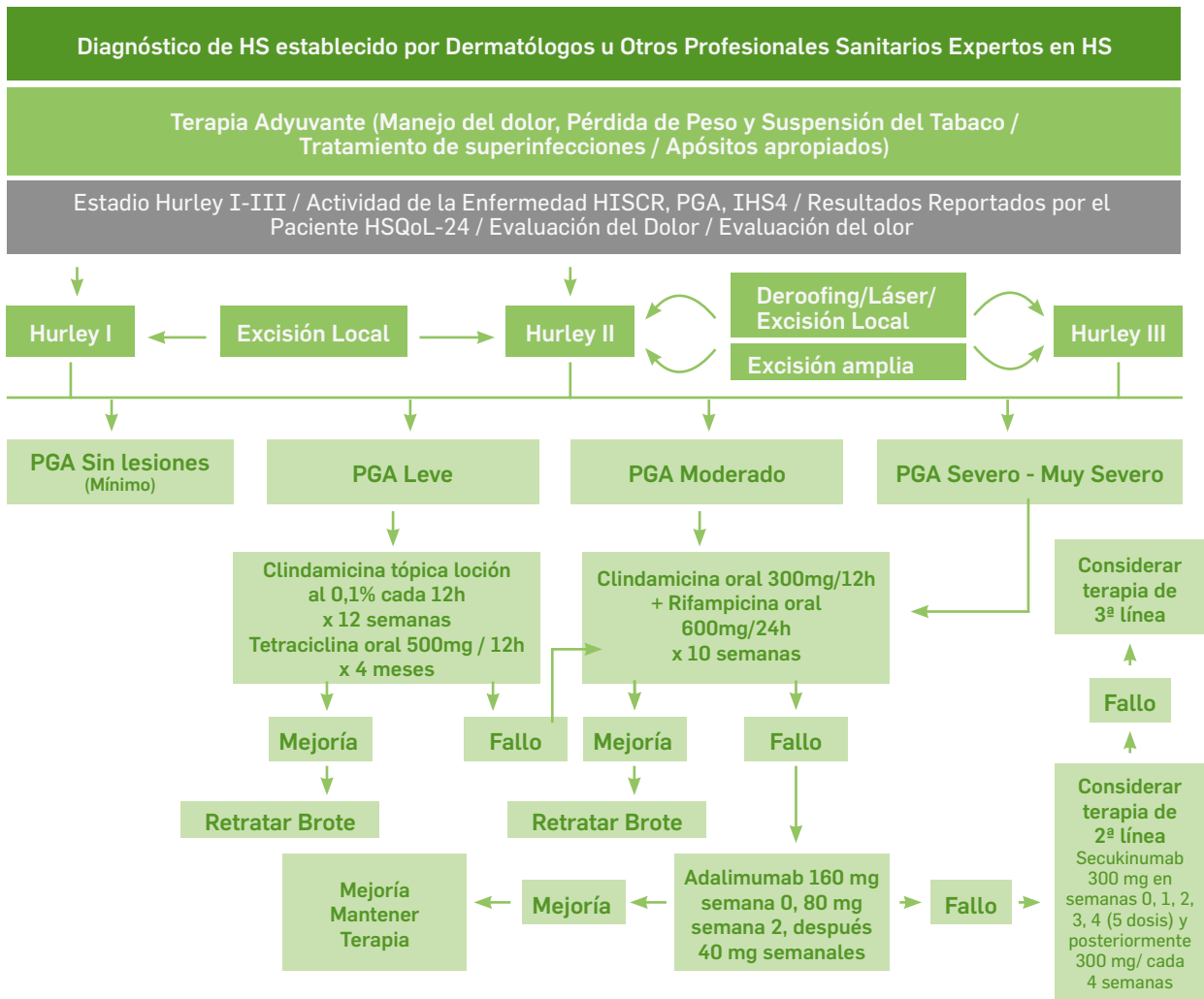
Cualquier profesional sanitario entrenado puede utilizar el HSQoL-24. Es un cuestionario autoadministrado de 24 ítems. Las preguntas hacen referencia al grado de afectación en las 4 semanas anteriores a la evaluación, ya que el curso de la enfermedad es relativamente estable. Los ítems del cuestionario se agrupan en **seis dominios: psicosocial, económico, laboral, relacional y clínico**. Se puede utilizar la escala total para tener una visión en conjunto de la afectación de la calidad de vida o utilizar las diferentes subescalas para evaluar específicamente los aspectos que evalúan cada uno de los dominios.

Esta escala permite obtener datos muy relevantes para el manejo y control evolutivo del paciente a lo largo del tratamiento.



# Tratamiento de la hidradenitis supurativa

El tratamiento de la HS se establece en los Servicios de Dermatología (muchos de ellos cuentan con unidades monográficas para esta enfermedad) en base a un algoritmo similar al siguiente:



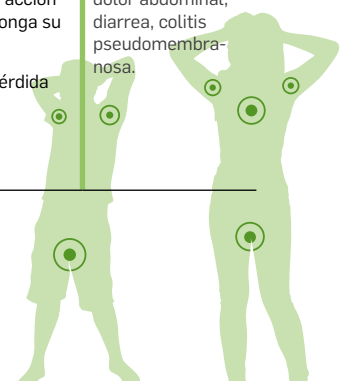
**Algoritmo de tratamiento de la HS del Servicio de Dermatología del H. Universitario Miguel Servet, Zaragoza.** HISCR: Respuesta Clínica Hidradenitis Suppurativa; PGA: Percepción Global de la Salud. IHS4: International Hidradenitis Suppurativa Severity Score.

Hasta un **54,3 %** de los pacientes con HS expresan **problemas relacionados con el tratamiento**, impactando negativamente en su **calidad de vida**. En este sentido, la dermatitis atópica (63,4 %), el prurito (60,7 %) y la psoriasis (54,4 %) encabezan este ranking por delante de la HS (Balieva FN et al., 2018).

Hay que tener en cuenta también que algunos medicamentos como el **litio**, **anticonceptivos** o la **isotretinoína** pueden causar **brotos de repetición** de esta enfermedad.

# Tratamiento farmacológico

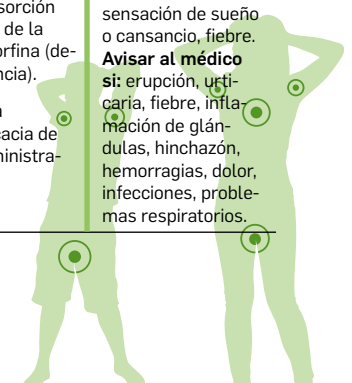
|                                 | Presentación  | Pauta posológica   | Normas administración  | Alimentos  | Embarazo/<br>Lactancia  | Interacciones   | RAM principales   |
|---------------------------------|---|--|--|--|---|---|---|
| <b>Estadio de Hurley I - II</b> |   |  |  |  |   |   |   |
| <b>Clindamicina</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fórmula magistral solución, emulsión cutánea 0,1 %.</li> <li>Presentación comercial al 1 %.</li> </ul> | 2 aplicaciones/día durante 3 meses.  | Aconsejable cuando no hay lesiones profundas. Lavarse las manos después de su aplicación y evitar mucosas.   | Sin evidencia de influencia.   | Valoración previa del médico: no existen estudios específicos; evitar en el 1º trimestre y se desconoce si se excreta en la leche tras administración tópica. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Eritromicina: pérdida de eficacia.</li> <li>Trifaroteno: potenciación de los efectos irritantes.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sequedad cutánea, dermatitis de contacto.</li> <li>Trastornos gastrointestinales (diarrea y colitis).</li> </ul>                 |
| <b>Resorcinol</b>               | Fórmula magistral en crema: 15 %.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>2 aplicaciones/día durante fase aguda.</li> <li>1 aplicación/día en mantenimiento.</li> </ul> | Aplicar directamente sobre los nódulos. Limitar su exposición a otras zonas.   | Sin evidencia de influencia.   | Valoración previa del médico (ausencia de información toxicológica).  | Evitar otros medicamentos tópicos que puedan causar las mismas RAM.   | Descamación e irritación por dermatitis de contacto.  |
| <b>Doxiciclina</b>              | 100 mg cápsulas/comprimidos.  | 2 veces al día durante 3 meses.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar con alimentos y agua.</li> <li>No tumbarse hasta dos horas después de la administración para prevenir esofagitis.</li> <li>No administrar a menores de 8 años.</li> <li>Evitar tomar el sol y usar fotoprotección.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar alcohol: disminuye su efecto.</li> <li>Evitar la administración con lácteos: pueden impedir la absorción por quelación.</li> </ul> | Contraindicado en embarazo/lactancia por fijación ósea alterando el desarrollo/crecimiento.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Antiácidos con aluminio, bismuto, calcio y/o hierro: disminución de la absorción oral.</li> <li>Inductores CYP 450 (carbamazepina, fenitoína, rifampicina): incremento de su metabolismo.</li> <li>Anticonceptivos hormonales: pérdida de eficacia (usar método barrera).</li> <li>Retinoides: potenciación del riesgo de hipertensión craneal benigna.</li> </ul> | <p><b>Frecuentes:</b> síntomas gastrointestinales.</p> <p><b>Otras:</b> irritación/ulceración esofágica, colitis ulcerosa.</p>  |
| <b>Minociclina</b>              | 100 mg cápsulas.  | 2 veces al día durante 3 meses.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Puede administrarse con o sin alimentos, con líquido abundante.</li> <li>No administrar a menores de 8 años.</li> </ul>   | No tomar con lácteos ya que impiden la absorción por quelación.  | Contraindicado a partir del segundo trimestre de embarazo y en la lactancia por fijación ósea del principio activo.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fármacos nefrotóxicos/hepatotóxicos: precaución en la asociación.</li> <li>Anticoagulantes: potenciación de su efecto.</li> </ul>  | <p><b>Frecuentes:</b> síntomas gastrointestinales.</p> <p><b>Otras:</b> irritación/ulceración esofágica, colitis ulcerosa. Alteración niveles glóbulos y plaquetas.</p> |
| <b>Rifampicina</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>300 mg cápsulas.</li> <li>100 mg/ml solución oral.</li> </ul>  | 1 vez al día durante 10 semanas en combinación con otros antibióticos o quimioterápicos.   | Tomarlo en ayunas con un vaso de agua. Utilizar ante ausencia de eficacia de tetraciclinas. No se usa en monoterapia. Se usa asociada a clindamicina.  | La toma junto con alimentos puede afectar negativamente a su absorción.  | Valoración previa del médico. Riesgo de hemorragia en las últimas semanas de embarazo y excreción en leche materna.   | Anticonceptivos orales: usar método barrera.  | Tiñe de rojo fluidos corporales.  |
| <b>Clindamicina</b>             | 150-300 mg cápsulas.  |  | Utilizar ante ausencia de eficacia de tetraciclinas.   | Tomar con un vaso de agua.   | Valoración previa del médico. Atraviesa la barrera placentaria. Contraindicado en lactancia ya que se excreta en leche materna.                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bloqueantes neuromusculares de acción periférica: prolonga su efecto.</li> <li>Eritromicina: pérdida de eficacia.</li> </ul>   | <p><b>Frecuentes:</b> dolor abdominal, diarrea, colitis pseudomembranosa.</p>   |



|                              | Presentación  | Pauta posológica   | Normas administración  | Alimentos                   | Embarazo/Lactancia  | Interacciones   | RAM principales  |
|------------------------------|---|--|--|-----------------------------|---|---|--|
| <b>Estadio de Hurley III</b> |   |  |  |                             |   |   |  |
| <b>Adalimumab</b>            | Jeringas/plumas precargadas en solución inyectable: 40 y 80 mg.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Adolescentes (&gt; 12 años, &gt;30 kg): semana 0: 80 mg, 40 mg/semanas alternas.</li> <li>Adultos: semana 0: 160 mg, semana 2: 80 mg. Semana 4: 40 mg/semana u 80 mg/semanas alternas.</li> </ul> | Autoinyección a criterio médico y con adiestramiento previo en la técnica y seguimiento. Dejar a temperatura ambiente 15-30 minutos antes de la inyección. Escoger zona de inyección (muslos o abdomen). Purgar jeringa/pluma e inyectar en ángulo de 45°. Desechar tras su uso.           | Sin evidencia de influenza. | En mujeres en edad fértil se recomienda el uso de anticonceptivos en los 5 meses siguientes al tratamiento. Su empleo durante el embarazo está sujeto a valoración médica. Puede afectar a la respuesta inmune en el recién nacido. Se excreta en leche a baja concentración. Según ficha técnica y literatura publicada, podría usarse en lactancia. Su prescripción quedará sujeta a criterio médico y con la posibilidad de mantener o suspender la lactancia. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Metotrexato: disminuye la formación de anticuerpos.</li> <li>FAME: posible incremento de infecciones.</li> <li>Antagonistas TNF: posible incremento de infecciones.</li> <li>Vacunas vivas atenuadas: no administrar simultáneamente.</li> </ul> | <p><b>Frecuentes:</b> infecciones, reacción en el lugar de inyección, cefalea y dolor musculoesquelético.</p> <p><b>Otras:</b> reactivación del virus de la hepatitis B y/o tumores.</p> |
| <b>Secukinumab</b>           | Jeringas/plumas precargadas en solución inyectable: 150 y 300 mg. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solo adultos: 300 mg en semanas 0, 1, 2, 3 y 4 (5 dosis) y posteriormente 300 mg/mes.</li> </ul>  | Autoinyección a criterio médico y con adiestramiento previo en la técnica y seguimiento. Dejar a temperatura ambiente 20-45 minutos antes de la inyección sin abrir. Escoger zona de inyección (muslos o abdomen). Purgar jeringa/pluma e inyectar en ángulo de 45°. Desechar tras su uso. | Sin evidencia de influenza. | Evitar su uso durante el embarazo. Mujeres en edad fértil deben usar un método anticonceptivo durante el tratamiento y durante al menos 20 semanas después de finalizar el tratamiento. Se desconoce si el principio activo se excreta en leche materna. A criterio médico decidir si interrumpir la lactancia (durante el tratamiento + 20 semanas después).   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vacunas vivas atenuadas: no administrar simultáneamente.</li> <li>Vigilar respuesta a otros fármacos por disminución de la síntesis de isoenzimas del CYP 450 en estados inflamatorios crónicos.</li> </ul>                                      | Infecciones de las vías respiratorias altas. Herpes oral, cefalea, rinorrea, diarreas, náuseas, fatiga.  |



|   | Presentación   | Pauta posológica  | Normas administración  | Alimentos   | Embarazo/<br>Lactancia  | Interacciones  | RAM principales  |
|---|--|---|--|---|---|--|--|
| <b>Analgésicos en estadios de Hurley I-II-III</b> |  |   |  |   |   |  |  |
| <b>Tramadol</b>                                   | Cápsulas y/o comprimidos de liberación prolongada: 50 - 75 - 100 - 150 - 200 - 300 - 400 mg. | <ul style="list-style-type: none"> <li>La dosis se ajustará según la intensidad del dolor y necesidades del paciente. Dosis máxima: 400 mg/24 h.</li> <li>Se puede combinar con paracetamol y AINE para aumentar la analgesia.</li> </ul> | Puede influir en la conducción o en el manejo de maquinaria pesada. En consumo crónico, puede producir dependencia y tolerancia.   | Se puede tomar con o sin alimentos.                         | Desaconsejado en ficha técnica, aunque existen estudios que descartan riesgo. En tratamiento crónico puede ocasionar síndrome de abstinencia neonatal. En lactancia, en dosis única se considera seguro.                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Buprenorfina: disminución del efecto analgésico por antagonismo.</li> <li>Naltrexona o butorfanol: riesgo de síndrome de abstinencia.</li> <li>Otros opioides, benzodicepinas, y depresores del SNC: riesgo de sedación profunda, depresión respiratoria, coma profundo.</li> <li>Antidepresivos tricíclicos y afines: riesgo de convulsiones potencialmente graves y síndrome serotoninérgico.</li> <li>Anticoagulantes orales: riesgo de hemorragias por inhibición de su metabolismo.</li> </ul> | <b>Frecuentes:</b> mareo, náuseas, dolor de cabeza, adormecimiento, vómitos, estreñimiento, sequedad, sudoración excesiva.   |
| <b>Paracetamol</b>                                | 500/1.000 mg comprimidos o comp. bucodispersables.   | De 4 a 6 tomas diarias según necesidad.   | Dosis máxima 4 g/día.  | Se puede tomar con o sin alimentos.                         | Utilizar la dosis más baja posible. Es compatible con la lactancia.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar combinaciones de medicamentos que contengan paracetamol.</li> <li>Anticoagulantes: posible aumento del efecto anticoagulante a partir de 2 g/día.</li> </ul>   | Pocos efectos adversos frecuentes.   |
| <b>Metamizol</b>                                  | 500/575 mg cápsulas.   | De 4 a 6 tomas diarias según necesidad.   | Dosis máxima 3.250 mg/día.   | Alcohol: no tomar ya que se potencian los efectos de ambos. | No recomendado en el 1º y 2º trimestre y contraindicado en el 3º. Evitar su uso habitual durante la lactancia.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ciclosporina, bupropion, efavirenz, metadona, valproato, tacrolimus y sertralina: puede disminuir sus niveles plasmáticos por inducción del CYP3A4/2B6.</li> <li>Clorpromacina: reducción de temperatura corporal.</li> <li>Metotrexato y otros antineoplásicos: potenciación de la hemotoxicidad.</li> <li>Ácido acetilsalicílico: disminución del efecto antiagregante plaquetario.</li> <li>Diuréticos y antihipertensivos: posible pérdida de eficacia, especialmente en ancianos.</li> </ul>   | Reacción alérgica (broncoespasmos, reacción, picor en la piel, etc.), síndromes de daño hepático (sensación de enfermedad, fiebre, cansancio, orina oscura, etc.).   |
| <b>Pregabalina</b>                                | 25 - 50 - 75 - 100 - 150 - 200 - 225 - 300 mg cápsulas.                                      | 150 - 600 mg en función del dolor y a criterio médico.  | Puede influir en la conducción o en el manejo de maquinaria pesada. No tomar junto con alcohol, ya que aumenta la somnolencia. Seguimiento en pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca. | Se puede tomar con o sin alimentos.                         | No recomendado en embarazo/lactancia, a no ser que no haya alternativa. En mujeres en edad fértil, utilizar métodos anticonceptivos.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Depresores del SNC (oxicodona, lorazepam): potencia efectos.</li> <li>Fármacos que prolongan el QT (antiarrítmicos, antipsicóticos o macrólidos): incrementa el riesgo de arritmias cardíacas graves (<i>torsades de pointes</i>).</li> </ul>   | <b>Frecuentes:</b> mareos, somnolencia, visión borrosa, reacción alérgica, alteración de la libido, aumento del apetito, aumento de peso.  |
| <b>Gabapentina</b>                                | 300 - 400 - 600 - 800 mg comprimidos o cápsulas.   | 300 - 900 mg hasta un máximo de 3.600 mg en tres tomas.   | Puede influir en la conducción o en el manejo de maquinaria pesada.  | Se puede tomar con o sin alimentos.                         | Evitar usar en el embarazo. Utilizar métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil. No recomendado en lactancia, a no ser que no haya alternativa ya que se excreta en leche materna y se desconocen los efectos sobre el lactante. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fenitoína: puede potenciar su toxicidad.</li> <li>Morfina: aumento de la absorción de gabapentina y aumento de la acción analgésica de la morfina (depresión del SNC, somnolencia).</li> <li>Antiácidos: reducción de la absorción y pérdida de eficacia de gabapentina. Espaciar administración al menos 2 h.</li> </ul>   | <b>Frecuentes:</b> aumento de infecciones víricas, sensación de sueño o cansancio, fiebre. <b>Avisar al médico si:</b> erupción, urticaria, fiebre, inflamación de glándulas, hinchazón, hemorragias, dolor, infecciones, problemas respiratorios. |



## Tratamiento quirúrgico



La combinación de tratamiento farmacológico y quirúrgico probablemente sea lo más idóneo para lograr el control de la enfermedad en pacientes con enfermedad crónica o extensa.

Ha de tenerse en cuenta antes de intervenir quirúrgicamente al paciente que se requiere de un control previo del proceso inflamatorio de la HS, siendo útil la realización de una ecografía para comprobar la actividad doppler (medida del flujo sanguíneo) indicativa del proceso inflamatorio subyacente y de su magnitud.

El tratamiento quirúrgico de la HS está **indicado** para:

- **Control del dolor:** en lesiones inflamatorias aisladas.
- **Cicatrices retráctiles:** tras controlar el proceso inflamatorio subyacente.
- **Casos graves extensos:** que no responden al tratamiento médico.
- **Sospecha de malignidad:** en el caso de aparición de lesiones excrecentes en las áreas de inflamación cónica cutánea.

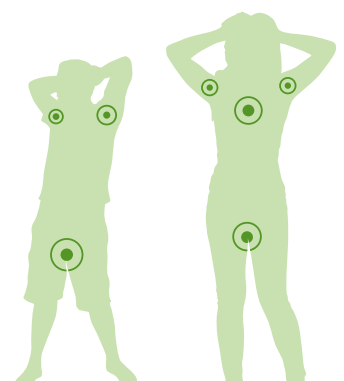
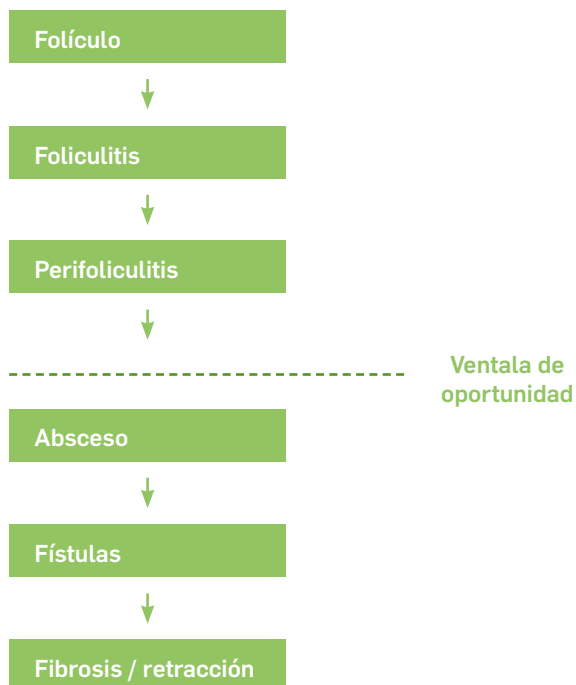
Con relación a las **técnicas quirúrgicas** empleadas, destacan:

- **Incisión y drenaje:** técnica modificada “*punch*-desbridamiento” con el objetivo de controlar el dolor.
- **Deroofing y marsupialización:** localización del trayecto fistuloso junto con el destechamiento con bisturí frío o tijera y posterior cicatrización por segunda intención. En este caso el objetivo también será el de controlar el dolor.
- **Terapia fotodinámica intra fistula:** se localiza el trayecto fistuloso mediante ecografía con introducción de una sustancia foto sensibilizante y posterior aplicación de luz. Su objetivo es sellar las fistulas para que desaparezcan.
- **Exéresis localizadas:** extirpación de cicatrices y nódulos inflamatorios aislados.
- **Exéresis amplias:** extirpación de toda un área anatómica afectada con márgenes quirúrgicos. La reconstrucción posterior se realiza con cierre directo, colgajos, injertos o cierre por segunda intención de cicatrización.

# Pronóstico

En relación con el pronóstico es importante tener en cuenta que el **diagnóstico precoz** propiciará el que **no se pierda** la llamada **ventana de oportunidad**, entendida como el momento evolutivo en el que todavía no existen secuelas definitivas de la enfermedad y las lesiones activas pueden ser resueltas.

El **control de la inflamación** en las **fases precoces** del inicio de la formación de la cicatriz puede **frenar y revertir** el proceso de cicatrización y evitar retracciones residuales mutilantes





# Actuación del farmacéutico comunitario en Hidradenitis Supurativa

## Identificación de signos y síntomas de alarma

La HS es una enfermedad infradiagnosticada por lo que los pacientes suelen sufrir durante años hasta que reciben un diagnóstico definitivo. El farmacéutico comunitario tiene una posición excepcional para poder identificar signos o síntomas sospechosos.

Resulta imprescindible para el farmacéutico conocer los **signos y síntomas** que pueden ser indicativos de sospecha de HS. Los principales son:

- **Prescripción continuada de antibióticos:** sobre todo tópicos.
- **Solicitud de productos de cura** (gasas y soluciones desinfectantes) de manera **asidua**.
- **Otros** aspectos que pueden ser relevantes:
  - › Consumo de **tabaco**.
  - › **Obesidad**.
  - › Uso de **ropa holgada**.
  - › Utilización de productos con **peróxido de benzoilo sin acné visible**.
  - › **Interés** por consejo farmacéutico y **productos para la depilación**, controlar la **sudoración** y el **olor**, especialmente en verano.
  - › **Interés** por productos de **higiene personal** sin ciertos productos irritantes, como, por ejemplo, alcohol.

## Criterios de derivación al médico de familia / dermatólogo

Los aspectos clave que deben valorarse de cara a derivar un paciente con sospecha de HS al médico de familia o dermatólogo son:

- **Tipo de lesiones: nódulos, tractos fistulosos, abscesos y/o cicatrices** se diferencian de los **forúnculos** porque son lesiones profundas, dolorosas y redondeadas, y carecen de la apariencia puntiaguda característica de estos. Inicialmente cursan con dolor, con frecuencia de naturaleza punzante.

- **Localización:** axilas, ingles, nalgas, región inframamaria y perianal. Aunque es menos habitual, también pueden aparecer lesiones en la nuca y la zona retroauricular.
- **Lesiones dolorosas o supurativas:** en 2 o más ocasiones en los últimos 6 meses.
- **Antecedentes familiares.**
- **Otros:** olor fuerte en la zona lesionada, ausencia de fiebre, disminución de la calidad de vida.

## Optimización del tratamiento farmacológico

El diagnóstico y tratamiento específico de la HS lo realizará e instaurará un profesional médico. El farmacéutico, a través de la provisión de distintos *Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)*<sup>1</sup>, ayudará a que los resultados de la farmacoterapia sean óptimos, podrá identificar posibles problemas derivados del uso de medicamentos como son interacciones, reacciones adversas, duplicidades, falta de adherencia, etc. El farmacéutico conoce toda la medicación que utiliza el paciente, tanto medicamentos de prescripción para la HS u otras enfermedades concomitantes, como medicamentos que no requieren de prescripción médica, uso de complementos alimenticios, productos sanitarios, etc.

En la **dispensación** del tratamiento prescrito para la HS, el farmacéutico se asegurará de que el paciente cuenta con toda la información necesaria para un **uso seguro y efectivo** de la medicación.

En el momento de la **primera dispensación** se realizarán las comprobaciones y averiguaciones necesarias para garantizar que el paciente **conoce para qué** utiliza ese medicamento (antibiótico, analgésico, AINE, etc.) y cuál es su **correcto proceso de uso**.

Algunas de las preguntas a realizar serán:

- **¿Es usted el paciente o cuidador?:** si la respuesta es afirmativa, se debe evaluar que no exista ningún criterio que impida la dispensación como son embarazo, lactancia, existencia de alergia al principio activo/excipientes, interacciones, duplicidad, etc.
- **¿Sabe para qué lo tiene que tomar, cantidad/dosis, cuándo, cómo y duración y normas para la correcta manipulación/conservación/eliminación?** El farmacéutico podrá proporcionar advertencias sobre efectividad y seguridad y las expectativas relacionadas con el uso de ese medicamento.

• SPFA: aquellas actividades sanitarias prestadas desde la Farmacia Comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad (Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, 2024).

- **¿Usa otros tratamientos o productos sanitarios o cosméticos?** Importante para evaluar la existencia de posibles problemas como reacciones adversas, interacciones, duplicidades, etc.
- **¿Existe alguna limitación en su vida habitual por alguno de los síntomas?**

Si **no es la primera vez** que solicita el tratamiento, el farmacéutico tendrá que identificar la percepción de **efectividad y seguridad** del mismo, verificando si ha habido cambios en el tratamiento (dosis, pauta posológica, nuevo medicamento, etc.) y si se ha producido algún tipo de problema que pudiera hacer sospechar al farmacéutico de la existencia de una reacción adversa, interacción, etc.

En el caso de los efectos adversos, deben considerarse tanto los tópicos como los sistémicos y riesgos derivados del uso crónico de medicamentos como los AINE (efectos gastrointestinales) o los opiáceos (nauseas, estreñimiento, sequedad de boca, somnolencia, dependencia).

Tanto si el tratamiento no está resultando efectivo como si está causando efectos adversos que no puedan resolverse desde la farmacia comunitaria, se derivará al médico de Atención Primaria.

Como con cualquier otro tratamiento, se harán las recomendaciones pertinentes para prevenir una posible **falta de adherencia**. En dispensaciones sucesivas, se indagará acerca de esta adherencia al tratamiento (especialmente en pacientes con mala respuesta que sean candidatos para escalar el tratamiento, debe descartarse como una de las causas).

Se prestará especial atención al tratamiento con **medicamentos para fase aguda** como, por ejemplo, antibióticos, ya que además de perder efectividad, la falta de adherencia puede favorecer la aparición de resistencias. También, será importante mantener una buena adherencia a los tratamientos que emplee el paciente en posibles comorbilidades.

## Educación sanitaria y recomendaciones

La HS es una patología que cursa con una sintomatología diversa en función de su gravedad (Escala Hurley I, II y III) y de las circunstancias del paciente y, dejando aparte el tratamiento farmacológico, no existe consenso científico global a la hora de establecer procedimientos de cura o cuidado no farmacológico específicos.

Como **medidas generales básicas**, al paciente con HS se le puede recomendar:

- Reducir el peso.
- Evitar ropas ajustadas.
- Minimizar la fricción en las zonas afectadas.
- Dejar de fumar o en su defecto disminuir el consumo de tabaco.
- Controlar factores de riesgo cardiovascular.

- Evitar el uso de productos de higiene personal o cosméticos que incluyan sustancias irritantes en su composición.
- Reducir el estrés.
- Realizar la depilación láser en las zonas de aparición habitual de lesiones.
- Recurrir a apoyo psicológico o grupos de educación terapéutica como soporte.



## Alimentación, obesidad y sobrepeso

En diversas referencias y guías de cuidados proponen dietas concretas, por ejemplo, libres de lácteos o levaduras, bajas en carbohidratos y azúcares simples, o incluyendo suplementación con cúrcuma, vitamina D o zinc (Reyes-Baraona F. et al, 2021). Sin embargo, los ensayos en los que se basan estas recomendaciones se consideran limitados por su calidad (ausencia de grupos control, pocos pacientes por estudio, sin evaluaciones ciegas, etc.) (Cuenca Barrales C, et. al, 2021). Por tanto, como a cualquier otro paciente, se le puede aconsejar llevar una dieta equilibrada y variada, que permita mantenerle en una situación de normopeso en función de sus circunstancias personales y clínicas.

Cuando se habla de alimentación hay que destacar la importancia de **macronutrientes** como los **ácidos grasos esenciales**, por su papel fundamental en la integridad de la **función barrera de la piel**. El ácido alfa-linolénico u omega-3 y el ácido gamma-linolénico u omega-6 resultan esenciales ya que su déficit produce alteraciones en la piel como son la descamación, sequedad y eritema difuso. Además, los ácidos grasos omega-3, en especial el EPA (eicosapentaenoico) y el DHA (docosahexaenoico) tienen acción antiinflamatoria por estar implicados en el proceso de síntesis de prostaglandinas.

Estos ácidos grasos se pueden encontrar en el aceite de onagra, de borraja y de aguacate, así como en el aceite de pescado, de algas de aguas frías o en el krill (pequeño crustáceo que habita en aguas frías).

El **sobrepeso** y la **obesidad** no son causa directa de la HS pero sí que van a ser agravantes en la aparición de lesiones, por eso una de las medidas a tener es la recomendación de una dieta rica en fruta y en verduras, por su composición en vitaminas y antioxidantes, y la práctica de ejercicio físico.

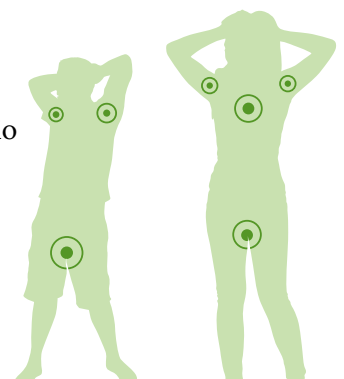
El aumento de grasa corporal conlleva una mayor superficie y fricción mecánica, oclusión, sudoración y maceración entre los tejidos cutáneos, lo cual lleva a empeorar la sintomatología. También se ha estudiado que una disminución en el índice de masa corporal (IMC) del paciente conlleva a una mejora de la sintomatología.

Si el paciente está interesado en perder peso, desde la farmacia se puede ofrecer orientación y consejo sobre hábitos de vida saludables o la derivación a un profesional de la nutrición.



## Estrés mecánico

La utilización de ropa ceñida influye sobre la piel por la oclusión que causa el propio tejido sobre la piel. Es por ello que se recomienda el uso de ropa cómoda y amplia.



## Tabaquismo

Se ha relacionado el hábito de fumar con la HS en diversos estudios, empeorando la sintomatología y reportando mejoras en la remisión de los síntomas ante su abandono. Se ha demostrado que, a nivel molecular, los componentes del humo de los cigarrillos causan la inflamación en HS en diferentes dianas, promoviendo la oclusión del folículo piloso mediante queratinización.

Al paciente con HS debe recomendársele el abandono del hábito tabáquico y ofrecer desde la farmacia distintas opciones como el servicio de cesación tabáquica, la derivación para la evaluación por parte del médico y prescripción de medicamentos financiados o la existencia de alternativas sin receta (parches/chicles/comprimidos/soluciones orales de nicotina) para ayudar a dejar de fumar.

## Higiene

Una higiene no adecuada puede empeorar los síntomas en las zonas comprometidas en pacientes con HS, sobre todo en estadios avanzados de la enfermedad, donde pueden presentarse heridas abiertas y/o infectadas.

La utilización de productos cosméticos adecuados tanto para el cuidado diario como para la higiene, van a contribuir a fortalecer la función barrera y a mantener un buen estado de la piel.

## Limpieza

Siempre se recomendará el uso de jabones tipo *syndet* (*synthetic detergents*) o jabones que realmente no tienen jabón, pero sí agentes limpiadores que no alteran la barrera cutánea.

La calidad de estos jabones irá en función la elección del tensoactivo y su concentración. Los jabones *syndet* no se hidrolizan en solución, por lo que pueden adaptar su pH al de la piel. Tienen un buen poder limpiador respetando la capa lipídica de la piel. En su mayoría, no incluyen perfumes en su composición. Hay que tener en cuenta que muchas fragancias<sup>2</sup> utilizadas en cosmética son agentes irritantes para la piel y pueden producir picor, quemazón e inflamación.

Se prefiere la ducha al baño, con una duración máxima de 10 minutos, con agua templada, para preservar los lípidos de la membrana de la piel y para, además, impedir el reblandecimiento de los tejidos cutáneos.

Existen múltiples activos cosméticos de origen natural que son beneficios para la piel, el bisabolol, la rosa mosqueta, centella asiática y otros que pueden ser perjudiciales como eugenol, cinamal, citroneol, linalol, todos ellos perfumantes de origen natural pero no exentos de producir daños.

<sup>2</sup> La Unión Europea ha actualizado el listado de perfumantes de declaración obligatoria (por su probabilidad para producir alergias cutáneas) para los fabricantes de productos cosméticos. Puede consultarse en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2023-81086>





## Hidratación Corporal

La utilización a diario de una crema hidratante con agentes emolientes, antiinflamatorios, reparadora y con activos que ayuden a minimizar el prurito, serán de gran alivio para los pacientes con HS.

**Sustancias filmógenas** como la vaselina, parafina, el escualeno, ceras y siliconas volátiles, ayudarán a mantener la hidratación en la piel.

Los **dermolípidos** son lípidos similares a los lípidos epidérmicos, que ayudarán a mantener la cohesión celular, tan importante para el buen estado de la función barrera de la piel, entre los que se pueden destacar: **fosfolípidos, ceramidas y ácidos grasos esenciales**.

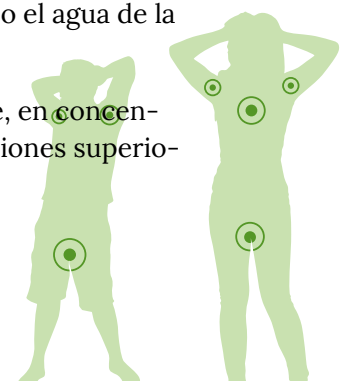
| Dermolípidos             |  |
|--------------------------|--|
| Fosfolípidos             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fosfatidilcolina</li> <li>• Fosfatidilserina</li> </ul> |
| Ceramidas                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceramida 1</li> <li>• Ceramida 3</li> </ul>             |
| Ácidos grasos esenciales | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Linoleico</li> <li>• Linolénico</li> </ul>              |

Las **vitaminas liposolubles**, como la vitamina E, tienen un efecto protector sobre los lípidos de membrana, además de servir de autoconservantes del producto cosmético.

Los **humectantes hidrofílicos** atraen el agua y son imprescindibles para mantener la hidratación. Los más importantes son:

- **Ácido hialurónico:** con acción hidratante, higroscópica y cicatrizante.
- **Glicerina:** con propiedades hidratantes, higroscópicas y además es capaz de inhibir la transición de la fase líquida desde cristal líquido a cristal sólido, evitando que se formen canales por donde se pueda perder el agua.
- **Aquaporinas:** son moléculas transportadoras de agua que se localizan en la membrana celular.
- **Factor Natural de Hidratación (FNH):** son moléculas de bajo peso molecular que se encuentran en los espacios intercelulares del estrato corneo, atrayendo el agua de la atmosfera e incorporándola a la propia piel.

Por su parte, la **urea** en concentraciones menores al 7 % tiene acción hidratante, en concentraciones de 7 - 15 % tiene acción humectante y retiene agua, y a concentraciones superior-



res al 15 % puede causar irritación sobre las lesiones.

El **ácido pirrolidón carboxílico** (PCA) tiene acción antibacteriana, seborreguladora y aumenta la renovación del estrato córneo.

El **ácido láctico y derivados (lactatos)** controlan el proceso de queratinización, incrementan las concentraciones de ceramidas en la capa cornea de la piel, favoreciendo así la hidratación de la piel.

**Otros ingredientes cosméticos** que nos pueden resultar interesantes por vía tópica son:

- **Aceites ozonizados:** con acción antiinflamatoria, antioxidante, cicatrizante y antibacteriana.
- **Pantenol o provitamina B5:** hidratante, humectante, emoliente y cicatrizante.
- **Niacinamida o vitamina PP:** antiinflamatorio, hidratante y cofactor enzimático.
- **Polidocanol:** con acción anestésica local, antipruriginosa que se añade a cremas y en aditivos para el baño, ya que puede aliviar el picor y dolor en situaciones de brote.
- **Ácido azelaico:** con acción antiinflamatoria, bacteriostática, despigmentante y seborreguladora.



## Uso de desodorantes

No existe consenso general al respecto. Mientras que hay referencias que indican que exacerban la patología, en otras se indica que los desodorantes o antitranspirantes en barra son los más proclives a causar molestias al paciente frente al formato en spray y que deben evitarse, en cualquier caso, los agentes irritantes tales como alcohol.

En cualquier caso, el paciente deberá vigilar qué productos le funcionan mejor o si nota que desencadenan brotes asociados a su uso.



## Cuidado de las heridas y cicatrices

La reducción de los síntomas y de la actividad inflamatoria, así como la prevención de las lesiones crónicas y la formación de cicatrices, son las metas terapéuticas claves por alcanzar.

Se recomienda un enfoque individualizado ya que esta patología se manifiesta de manera diferente en cada uno de los pacientes.

Aunque existen terapias más complejas, realizadas fundamentalmente por dermatólogos especialistas o enfermeras para el tratamiento de los brotes o de las heridas postquirúrgicas (uso de luz, terapia de heridas con presión negativa) en este apartado se recoge el **cuidado cotidiano** de heridas y que puede ser realizado tanto por el propio paciente como por el cuidador de referencia, con materiales que se pueden adquirir en la farmacia comunitaria.

### Apósitos

Los apósitos son materiales curativos o de protección que se aplican sobre una herida o lesión para absorber el exudado que puedan emitir y servir como una barrera contra microorganismos patógenos y cuerpos extraños, además de favorecer la cicatrización. La elección correcta de un apósito se basará en las características de la herida:



- Cantidad de exudado.
- Dolor en la lesión.



- Colonización: presencia microbiana, pero sin afectación clínica.
- Región anatómica en la que se localiza la herida.



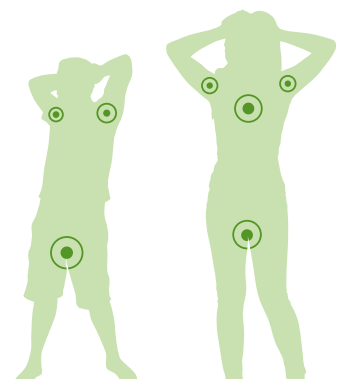
- Tunelización de la herida.



- Estado de la piel alrededor de la lesión.
- Lecho de la lesión.

En el caso de la HS son imprescindibles para controlar los exudados característicos de esta patología; deben tener propiedades absorbentes, no provocar irritación, ser capaces de mantener la superficie de la piel seca y evitar los posibles olores que puedan emanar. Por otra parte, se ha demostrado que un ambiente húmedo en la herida ayuda a potenciar el proceso reparador de la piel, disminuyendo el tiempo de cicatrización y de curación.

En el caso de que fuera necesario, se puede emplear un segundo apósito (también denominado apósito pasivo), que tiene la función de sostener y aguantar el vendaje primario. Pueden utilizarse también gasas o láminas autoadhesivas transparentes. Existen igualmente apósitos barrera en pulverización o espray que pueden mejorar la adhesión de este tipo de vendajes.



Para evitar que los apósitos absorbentes se peguen a la herida, se puede aplicar vaselina o apósitos con malla de vaselina y silicona. Para sujetar el material absorbente se pueden utilizar vendajes elásticos adecuados no compresivos (tipo tubular o malla) para sujetar el material absorbente en la zona afectada.

No hay un consenso sobre qué apósitos exactamente se han de utilizar en HS y, hoy en día, no existe ninguno comercializado que sea específico para las heridas de esta patología. El cuidado y la curación de las heridas se han de adaptar a la localización anatómica de las lesiones, la naturaleza de éstas e incluso puede variar si ha habido una intervención quirúrgica previa, muy común en los estadios más graves de la enfermedad.

Aunque la realización de curas, así como la formación al paciente al inicio suele realizarse desde enfermería, el farmacéutico debería estar bien informado sobre qué tipo de apósitos utiliza el paciente, y saber orientarle ante diferentes situaciones que puedan presentarse como, por ejemplo, una situación de desabastecimiento y ofrecer alternativas.

En caso de **heridas exudativas**, de mayor a menor gravedad, han de curarse mediante apósitos superabsorbentes, como polímeros de fibras o gelificantes; absorbentes, como parches abdominales estériles, u apósitos de alginato de calcio y de espuma.



- **Apósitos de hidrofibra:** de carácter primario, contienen fibras finas de celulosa carboximetilada que forman un gel a partir de los fluidos y exudados, favoreciendo un ambiente húmedo de cicatrización, especialmente en heridas con mucha exudación. Las bacterias, enzimas y células inflamatorias se quedan atrapadas en el gel y son retiradas al retirar el apósito. También existen opciones con iones de plata incorporados que permiten la destrucción de un amplio espectro bacteriano.



- **Apósitos de alginato de calcio:** contienen fibras de alginato cálcico y parecen de tela no tejida. Tienen una buena capacidad para absorber exudados y forman un gel que recubre la herida. Son muy útiles en procesos con infección y también son capaces de controlar sangrados leves ya que los iones de calcio inducen la formación de protrombina. Dentro de la HS, son especialmente útiles en heridas muy cavitadas o fistulizadas.



- **Apósitos de espuma de silicona:** formados por polímeros de silicona sintética y usados para mejorar la curación en heridas abiertas. Suelen ser los preferidos por los pacientes al considerarlo más cómodos y fáciles de usar, entre otras ventajas.



- **Apósitos de miel:** aunque en otros países se ha usado miel especialmente preparada como complemento de cura al apósito en HS, en España se comercializan parches que contienen miel, preparados para tratar heridas exudativas y para favorecer la cicatrización.

Para combatir el **mal olor** se recomiendan apósitos que contengan **carbón**. También se puede combinar con **plata**, para ayudar a luchar contra la infección bacteriana que puede causar el efluvio.

Para **retirar los apósitos** en los cuidados de enfermería se humedece el apósito con suero fisiológico para minimizar el dolor al retirar el apósito y, para la limpieza posterior, se utiliza una esponja jabonosa desechable y se aclara con suero fisiológico. A nivel doméstico, se puede realizar la cura tras la ducha con agua templada lavando la zona sin friccionar con agua y jabón tipo syndet y aclarando posteriormente bien con agua. La frecuencia de las curas se ajustará en función del olor, la inflamación y la existencia de abscesos pudiéndose realizar cada 24-48 horas.

### Soluciones limpiadoras

En la HS, además de una correcta higiene para la prevención de infecciones en la piel y la utilización de principios activos tópicos como el resorcinol y/o clindamicina, se pueden recomendar lavados con soluciones limpiadoras y antisépticas, en función de la gravedad del brote y bajo recomendación de un profesional sanitario. Se pueden utilizar soluciones o formulaciones en gel de clorhexidina tópica al 4 % y peróxido de benzoilo recomendando el uso una vez por semana y aumentando la frecuencia según tolerancia.

### Cuidado de las cicatrices

Las cicatrices forman parte de un sistema complejo de reparaciones del tejido vivo tras una lesión, conduciendo a la regeneración del epitelio y el reemplazo de la dermis por tejido cicatrizal que está formado por fibras de colágeno diferentes al tejido original previo a la lesión.

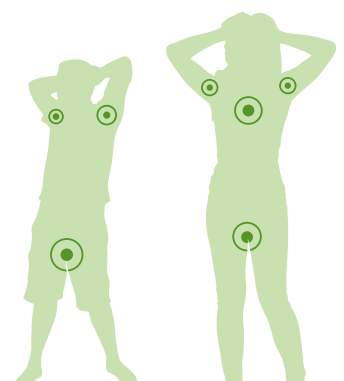
En los casos en los que la patología ya ha avanzado (estadios de Hurley II y III) o se han sucedido diferentes lesiones, una de las principales consecuencias tras el proceso inflamatorio crónico es la formación de cicatrices. También se presentan cicatrices después de la curación de las heridas propias de la patología o tras cirugías (por escisión simple o por colgajo local).

Para tratar estas cicatrices se puede utilizar ácido retinoico por vía tópica, corticoides, apósitos y productos hidratantes y cicatrizantes. De todos estos, los únicos que se pueden dispensar sin necesidad de receta médica son los apósitos.



### Depilación

En pacientes con HS está desaconsejada la depilación mecánica (cuchillas y cera) o mediante productos depilatorios ya que pueden conducir a un empeoramiento de las heridas. En varias guías clínicas y revisiones, se recomienda la depilación láser, ya que al disminuir el calibre del folículo pilosebáceo se disminuye también el riesgo de oclusión folicular.





### Reducción de estrés:

El estrés es uno de los factores que contribuyen a exacerbar esta enfermedad. Desde la farmacia comunitaria se pueden recomendar e indicar algunos medicamentos y complementos alimenticios, que no requieren prescripción médica y que pueden ayudar a reducir el estrés y también a inducir el sueño. Algunos ejemplos son la **amapola de California**, la **lavanda**, **melisa**, **tila** o el **espino blanco**.



### Apoyo psicológico:

La HS es una enfermedad crónica y recurrente que afecta al órgano más visible del cuerpo humano, y que cursa con lesiones dolorosas, que pueden exudar y producir mal olor por lo que suele tener un impacto profundo en la vida personal y profesional del paciente. El paciente con HS tiene tendencia al aislamiento social debido al miedo y a la vergüenza que pueden sufrir al conocer terceras personas los aspectos más complicados de la enfermedad.

La HS está asociada a un riesgo aumentado de patologías psicológicas como la **depresión**, **ansiedad**, el **abuso de sustancias** y **suicidio**. Por todo ello, es muy recomendable que los pacientes con HS recurran a apoyo **psicológico profesional**.

En estos casos también es muy importante dar a conocer y proporcionar datos de contacto de las asociaciones de pacientes existentes. Estas asociaciones ponen a disposición de los enfermos numerosos servicios y recursos de gran ayuda. ASHENDI es la Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis de España.

## PUNTOS CLAVE EN HIDRADENITIS SUPURATIVA DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA



Evitar apretar, pinchar o drenar los abscesos para impedir la entrada de bacterias y posibles infecciones



Llevar ropa holgada, de algodón preferentemente, que no apriete para evitar rozaduras y no generar más calor



Dejar de fumar



Hacer ejercicio físico y llevar una dieta equilibrada, porque la obesidad y el sobrepeso agravan la enfermedad



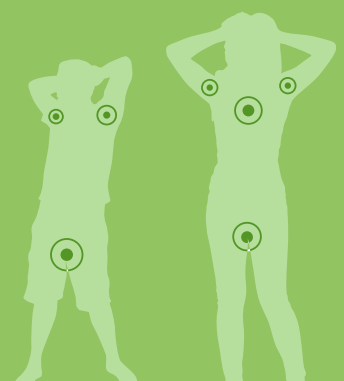
Depilación láser, mejor que cuchilla o cera



Lavar las zonas afectadas con soluciones antisépticas ayuda a reducir el mal olor



Medicamentos como el litio, anticonceptivos o la isotretinoína pueden causar brotes de repetición de HS



# Bibliografía

---

<sup>1</sup> Arantón Areosa L, Palomar Llatas F, Rumbo Prieto JM. Formación dermatológica en hidradenitis supurativa o acné inversa. *Enferm Dermatológica*. 2017;11(31):11-21.

---

<sup>2</sup> Balieva F.N, Finlay A.Y, Fupfer J, Tomas Aragones L, Lien L, Gieler U, Poot F, Jemec G.B.E, Misery L, Kenemy L, Sampogna F, van Middendorp H, Halvorsen J.A, Ternowitz T, Szepietovski J.C., Potekaev N, Marron S.E., Altunay I.K, Salek S.S., Dalgard F.J. The role of therapy in impairing quality of life in dermatological patients: A multinational study. *Acta Derm Venereol* 2018;8:563-569

---

<sup>3</sup> Barrau Cavero V, Marrón Moya SE, Martínez Carmona S, Perales Sarría E, Pons Cuevas S. Abordaje conjunto de la hidradenitis supurativa. Programa MEDyFAR. Consultas entre Medicina de Familia y Farmacia Comunitaria. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Sociedad Española de Medicina De Familia y Comunitaria; 2022.

---

<sup>4</sup> Campanati A, De Blasio S, Giuliano A, Ganzetti G, Giuliadori K, Pecora T, et al. Topical ozonated oil versus hyaluronic gel for the treatment of partial- to full-thickness second degree burns: A prospective, comparative, single-blind, non-randomised, controlled clinical trial. *Burns*. 2013;39:1178-83.

---

<sup>5</sup> Canovas Miguel. Posgrado en Dermocosmética Aplicada a la Oficina de Farmacia. Universidad de Barcelona 2014.

---

<sup>6</sup> Carraco F. Diccionario de Ingredientes Cosméticos (4ª edición), 2009.

---

<sup>7</sup> Cebrián Borau R. Protocolos de actuación en la farmacia ante los principales problemas dermatológicos. Barcelona: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria; 2017.

---

<sup>8</sup> Chernysov P.V, Zouboulis C.C., Tomas-Aragones L, Jemec G.B., Svensson A, Manolache L, Tzellos T, Sampogna F, Putisek N, van der zee H.H., Marron S.E., Spillekom-van-koulil S, Bewlwy A, Linder D, Abeni D, Szepietowski J.C., Augustin M, Finlay A.Y. Quality of life measurement in hidradenitis suppurativa: position statement of the European Academy of Dermatology and Venereology task forces on quality of life and patient-oriented outcomes and acne, rosacea and hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol venereol*. 2019;33:1633-1643

---

<sup>9</sup> Chernysov P.V., Finlay A.Y., Tomas-Aragones L, Poot F, Sampogna F, Marron S.E., Zemskov S.V., Abeno D, Tzellos T, Szepietovski J.C., Zouboulis C.C. Quality of life in hidradenitis suppurativa. An update. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;6:6131.

---

<sup>10</sup> Consenso Nacional. Hidradenitis Supurativa. Guía de Tratamiento. Sociedad Argentina de Dermatología. 2019.

---



<sup>11</sup> Cuenca Barrales C, Molina Leyva A, Arias Santiago S. Guía para pacientes con hidradenitis supurativa. Fundación Piel Sana. 2021. [online – último acceso 19/abril/2024. Disponible en: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2021/01/Gui%CC%81a-hidradenitis-supurativa-VF-1.pdf>].

---

<sup>12</sup> Cutler B, Hagstrom E, Greiling TM. Deodorant/antiperspirant use and hair removal practices for hidradenitis suppurativa: recommendations from a single-center survey. *Int J Women's Dermatol.* 2023;9:28.

---

<sup>13</sup> Dini V, Oranges T, Rotella L, Romanelli M. Hidradenitis Suppurativa and Wound Management. *Int J Low Extrem Wounds.* Sep. 2015;14(3):236-44.

---

<sup>14</sup> Estrada-Aguilar L, Arenas-Guzmán R, García-Hidalgo L, Martínez-Orozco JA, Morales-Miranda Y, Rocha-Ramírez JL, et al. Consenso mexicano en el manejo clínico de la hidradenitis supurativa. *Med Interna México.* 2019;

---

<sup>15</sup> Galvañ Mas P, López-Casanova P, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M. ¿Afecta la hidradenitis supurativa a la calidad de vida del paciente? Una revisión de la literatura. *Gerokomos.* 2022;33(1):38-44.

---

<sup>16</sup> García-Martínez FJ, Pascual JC, López-Martín I, Pereyra-Rodríguez JJ, Martorell Calatayud A, Salgado-Boquete L, et al. Actualización en hidrosadenitis supurativa en Atención Primaria. *Semer-gen.* 2017;43(1):34-42.

---

<sup>17</sup> Gracia Cazaña T, Berdel Díaz LV, Martín Sánchez JI, Querol Nasarre I, Gilaberte Y. Revisión sistemática de las terapias con luz en el tratamiento de la hidradenitis supurativa. *Actas Dermosifilográficas.* 2020;111(2):89-106.

---

<sup>18</sup> Herane MI, Alarcón R. Hidrosadenitis supurativa y procesos afines. *Más Dermatol.* 2 de enero de 2012;(16):4-12.

---

<sup>19</sup> Hércules. Iniciativa estratégica de salud para la definición del estándar óptimo de cuidados para los pacientes con hidradenitis supurativa. [online. Último acceso 19/abr/2024. Disponible en: <https://asendhi.org/wp-content/uploads/2017/06/HerculeS-Iniciativa-Estrat%C3%A9gica-para-el-estandar-optimo-de-HS.pdf>].

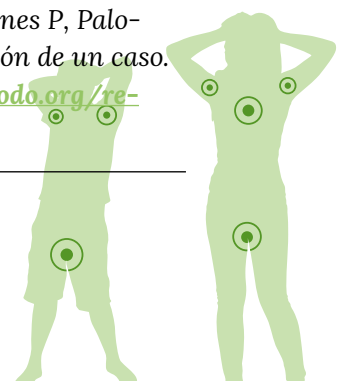
---

<sup>20</sup> Hessel H van Der Zee, et al. Hidradenitis suppurativa: viewpoint on clínica phenotyping, pathogenesis and novel treatment. *Exp Dermatología,* 2012;2:735-9.

---

<sup>21</sup> Iborra-Palau EV, Fornes-Pujalte B, Zamora-Ortiz J, Sierra-Talamantes C, Díez-Fornes P, Palomar-Albert D, et al. Hidradenitis supurativa y síndrome autoinflamatorio. Presentación de un caso. 31 de agosto de 2020 [online. Último acceso 25/mar/2024. Disponible en: <https://zenodo.org/record/4012129>].

---



<sup>22</sup> Krajewski P.K, Marrón S.E., Gomez-Barrera M, Tomas-Aragones L, Gilaberte-Calzada Y, Szepietowski J.C. The use of HSQoL-24 in an assessment of quality-of-life impairment among hidradenitis suppurativa patients: First look at real life data. *J Clin Med.* 2021;10:5446

---

<sup>23</sup> Krajewski P.K, Marrón S.E., Tomas Aragonés L, Gilaberte-Calzada Y, Szepietowski C.C. Self-reported hidradenitis suppurativa severity: Is it useful for clinical practice? *Dermatol Ther (Heiddeib)* 2022;12:899-909

---

<sup>24</sup> Lauro W, Capasso G, Fabbrocini G, Marasca C. Hair removal and deodorants in hidradenitis suppurativa: An online survey on patients' habits. *J Cosmet Dermatol.* febrero de 2023;22(2):692-5.

---

<sup>25</sup> Magalhães RF, Rivitti-Machado MC, Duarte GV, Souto R, Nunes DH, Chaves M, et al. Consensus on the treatment of hidradenitis suppurativa - Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol.* abril de 2019;94(2 suppl 1):7-19.

---

<sup>26</sup> Marron S.E., Gomez-Barrera M, Tomas Aragonés L, Goni-Navarro A, Vilarrasa-Rull E, Diaz-Diaz R.M., Garcia-Latasa de Aranibar J.G., Campos-Rodenas R, Fuentelsaz del Barrio V, Gilaberte-Calzada Y, Gracia-Cazaña, T, Morales Callaghan A.M., Ros-Abarca S, Madriz-Alvarez M.B., Puig L. Quality of life in hidradenitis suppurativa: validation of the HSQoL-24. *Acta Derm venereol.* 2021;25:101

---

<sup>27</sup> Marron S.E., Gomez-Barrera M, Tomás-Aragonés L, Diaz-Diaz R.M., Vilarrasa-Rull E, Madrid-Alvarez M.B., Puig L. Development and preliminary validation of the HSQoL-24 tool to assess quality of life in patients with hidradenitis suppurativa. *Actas Dermosifiliograf (Engl Ed)* 2019;110:554-560

---

<sup>28</sup> Marshall A. Improving patients' quality of life, self-esteem and body image with odour-controlling dressings. *Wounds UK.* 2022;18(3):56-9.

---

<sup>29</sup> Martínez-Correa E. Systemic Classification of Wound Dressings: a Review [Internet]. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica*; 2020 [online. Última consulta 21/mar/2024. Disponible en: <http://www.rmib.mx/index.php/rmib/article/view/918>].

---

<sup>30</sup> Martorell Calatayud A. Todo lo que necesitas saber sobre la hidradenitis suppurativa. *ASENDHI*; 2016.

---

<sup>31</sup> Martorell A, Garcia FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, Villarrasa E. Update on Hidradenitis Suppurativa (Part II): Treatment. *Actas Dermosifilografía* 2015 Nov; 106(9):716-24.

---

<sup>32</sup> Martorell A, García-Martínez FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, Villarrasa E. An Update on Hidradenitis Suppurativa (Part I): Epidemiology, Clinical Aspects, and Definition of Disease Severity. *Actas Dermosifilografía* 2015 Nov;106(9):703-15.

---

<sup>33</sup> Moret, Parramon, Fito, Llens. *Dermatología en Atención Primaria*. 2017. Ed. Panamericana.

---

<sup>34</sup> Ocker L, Abu Rached N, Seifert C, Scheel C, Bechara FG. Current Medical and Surgical Treatment of Hidradenitis Suppurativa—A Comprehensive Review. *J Clin Med*. 6 de diciembre de 2022;11(23):7240.

<sup>35</sup> Pascual JC, del Castillo FJ, Díaz RM, Romeo M. Preguntas frecuentes sobre hidrosadenitis supurativa. ASHENDI. 2017.

<sup>36</sup> Pascual JC, Hernández-Quiles R, Sánchez-García V, Viudez-Martínez A, Belinchón I, Sivera F. Topical and intralesional therapies for hidradenitis suppurativa: a systemic literature review. *Actas Dermosifilográficas*. 2023;S0001-7310(23)01006-2.

<sup>37</sup> Pita JMP. Cicatrización de herida quirúrgica por 2a intención tras exéresis en región inguino-es-crotal por hidradenitis supurativa de repetición. *Enferm Dermatológica*. 2008;5.

<sup>38</sup> Pizarro SM. Terapia de heridas con presión negativa en la hidradenitis supurativa. *Dermatol Cósmetica Médica Quirúrgica*. 2020;18(4):337-8.

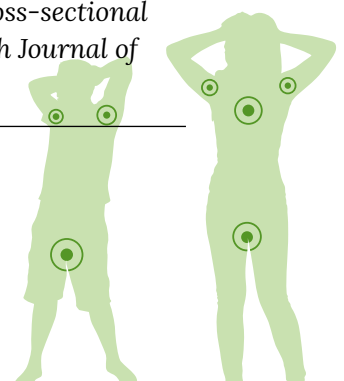
<sup>39</sup> Pujalte BF, Llatas FP, Fornes PD. Apósitos en el tratamiento de úlceras y heridas. *Enfermería Dermatológica*. 2018.

<sup>40</sup> Reyes-Baraona F, Herane MI, Wortsman X, Figueroa A, García-Huidobro I, Giesen L, et al. Guía clínica chilena para el estudio y tratamiento de hidradenitis supurativa. Resumen ejecutivo. *Rev Med Chile*. 2021.

<sup>41</sup> Sampogna F, Abeni D, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Titeca G, Jemec G.B.E., Misery L, Szabo C, Linder D, Evers A.W.M., Halvorsen J.A., Balieva F, Szepietovski J.C., Romanov D.V., Marron S.E., Altunay I.K., Finlay A.Y., Salek S.S., Kupfer J, Dalgard F.J. Impairment of sexual life in 3.485 dermatological outpatients from a multicentre study in 13 European countries. *Acta Derm Venereol*. 2017;97:478-482

<sup>42</sup> Sayed CJ, Hsiao JL, Okun MM, for the Hidradenitis Suppurativa Foundation Women's Health Subcommittee. *Clinical Epidemiology and Management of Hidradenitis Suppurativa*. *Obstet Gynecol*. abril de 2021;137(4):731-46.

<sup>43</sup> Schut C, Dalgard F.J., Bewley A, Evers A.W.M, Gieler U, Lien L, Sampogna F, Ständer S, Tomás-Aragónés L, Vulink N, Finlay A.Y., Legat F.J., Titeca G, Jemec G.B., Misery L, Azabó, C, Grivcheva-Panovska V, Spillekom-van Koulli S, Balieva F, Szepietowski J.C, Reich A, Roque Ferreira B, Lvov A, Romanov D, Marron S.E., Gracia-Cazaña T, Svensson A, Altunay I.K., Thompson A.R., Zeidler C, Kupfer J. Body dysmorphia in common skin diseases: results of an observational, coss-sectional multicenter study among dermatological outpatients in 17 European countries. *British Journal of Dermatology* 2022;187:115-125



<sup>44</sup> Sechi LA, Lezcano I, Nunez N, Espim M, Duprè I, Pinna A, et al. Antibacterial activity of ozonized sunflower oil (Oleozon). *J Appl Microbiol.* 2001;90:279-84.

---

<sup>45</sup> Smith HS, Chao JD, Teitelbaum J. Painful hidradenitis suppurativa. *Clin J Pain*;26:435-44.

---

<sup>46</sup> Tzellos T, Zouboulis CC, Gulliwe W, Cohen AD, Wolkenstein P, Jemec GBE. Cardiovascular disease risk factors in patients with hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Br J Dermatol.* 2015;173:1142-1145

---

<sup>47</sup> Van der Zee HH, Laman JD, Boer J, Prens EPl. Hidradenitis suppurativa: viewpoint un clinical phenotyping, pathogenesis and novel treatments. *Exp Dermatol.* 2012; 21:735-7399

---

<sup>48</sup> Van Beugen S, Schut C, Bewley AP, Finaly AY, Gieler E, Thompson AR, Gracia-Cazaña T, Balieva F, Ferreira BR, Jemec GB, Lien L, Misery L, Marron SE, Stander S, Zeidler C, Szabo C, Szepietowski JC, Reich A, Elyas A, Altunar IK, Legat FJ, Grichevaoinovska V, Romanov DV, Lvov AN, Titeca G, Sampogna F, Vulink NC, Tomas-Aragones L, Evers AWM, Dalgard FJ. Perceived Stigmatization among dermatological outpatients compared with controls: An observational multicenter study in 17 European counties. *Acta Derm Venereol* 2023;103.

---

<sup>49</sup> Zaballo P, Morales AL, Navarro AC, Salsench E, Garrido AM, Montañés JA. Consulta diaria. Que haría usted ante queloides y cicatrices hipertróficas. *Med Integral.* 2001;38(9):385-9.

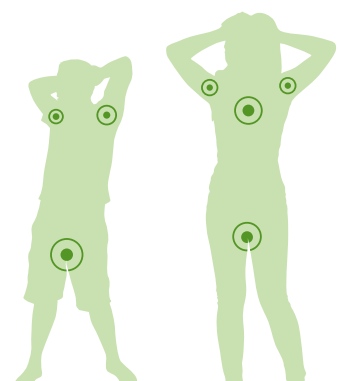
---

<sup>50</sup> Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* abril de 2015;29(4):619-44.

---

### Otras fuentes consultadas

- › Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis (ASENDHI): <https://asendhi.org/>
- › BOT PLUS. Base de datos de medicamentos y productos de parafarmacia del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>
- › Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. 2024: [https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2024/02/GUIA\\_SPFA\\_FORO\\_2024\\_V15\\_AC-digital.pdf](https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2024/02/GUIA_SPFA_FORO_2024_V15_AC-digital.pdf)
- › Opinión del Comité Científico sobre la Seguridad del Consumidor de la Comisión Europea del Polidocanol: [https://ec.europa.eu/health/scientific\\_committees/consumer\\_safety/docs/sccs\\_o\\_076.pdf](https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/consumer_safety/docs/sccs_o_076.pdf).



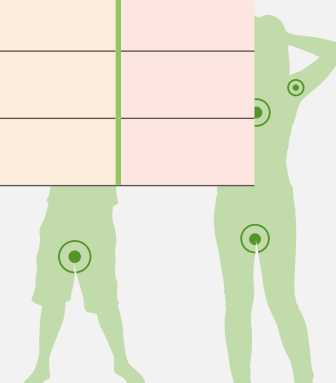
## Comparativa entre barómetros sobre la situación de los pacientes de HS en España (ASENDHI)

|   | I Barómetro 2015 | II Barómetro 2018 | III Barómetro 2022 |
|---|------------------|-------------------|--------------------|
| Número de encuestados                                       | 242              | 604               | 424                |
| % Mujeres encuestadas                                       | 81,7 %           | 80,0 %            | 80,5 %             |
| % Edad 31-50 años   | 67,8 %           | 70,0 %            | 67,0 %             |
| Índice Masa Corporal > 25                                   | 83,1 %           | 68,0 %            | 66,1 %             |
| Fumadores   | 61,7 %           | 57 %              | 57 %               |
| Porcentaje pacientes HS Grave                               | 62,8 %           | 45 %              | 56 %               |
| Porcentaje pacientes HS Moderada                            | 29,8 %           | 39 %              | 35 %               |
| Porcentaje pacientes HS Leve                                | 7,4 %            | 16 %              | 9 %                |
| Tiempo al diagnóstico (años)                                | 9 años           | 10 años           | 10,5 años          |
| Media visitas al médico hasta diagnóstico                   | 14,6             | 25,75             | 28,2               |
| % pacientes diagnosticados por Dermatólogo                  | 57,8 %           | 62 %              | 65 %               |
| % pacientes que Dermatólogo es médico referencia            | 52,4 %           | 61,3 %            | 64,1 %             |
| Promedio visitas al médico en el último año                 | 7                | 8,48              | 5,53               |
| Número de cirugías desde el primer síntoma                  | 6                | 5,8               | 7,1                |
| % Pacientes sin ninguna cirugía                             |                  | 34 %              | 22 %               |
| Días de hospitalización en el último año                    | 2                | 1,24              | 1,1                |
| % Pacientes HS grave reciben tratamiento biológico          |                  | 18 %              | 56 %               |
| % Pacientes graves que no reciben ningún tratamiento        |                  | 16 %              | 17 %               |
| % pacientes HS con otras enfermedades IMID                  | 13,9 %           | 18 %              | 19,2 %             |
| % Pacientes con familiares con HS                           | 26,5 %           | 17 %              | 19,8 %             |
| % pacientes manifiestan que la HS afecta a su vida diaria   | 71,2 %           | 60 %              | 67 %               |
| Promedio afectación vida por problemas emocionales/ psico   |                  | 3,6               | 3,8                |
| % Población HS activa                                       | 56,7 %           | 64 %              | 66,3 %             |
| % pacientes que ausentar laboral en el último año           |                  | 44 %              | 36 %               |
| Días de baja temporal en el último año                      | 35               | 24,3              | 24                 |
| % pacientes con Incapacidad reconocida                      | 13,7 %           | 8 %               | 12,5 %             |
| % pacientes poco o nada satisfechos con la atención reciben | 72,4 %           | 87,4 %            | 51,5 %             |

## Cuestionario sobre calidad de vida en Hidradenitis Supurativa (HSQoL-24)

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar cuánto le ha afectado su enfermedad de la piel en su vida **DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS**. Señale, por favor, con una "X" un recuadro en cada pregunta.

|    |   | Nunca | Raramente | A veces | A menudo | Siempre |
|----|---|-------|-----------|---------|----------|---------|
| 1  | Mi enfermedad de la piel afecta a mi estado de ánimo  |       |           |         |          |         |
| 2  | Mi enfermedad de la piel empeora con el estrés  |       |           |         |          |         |
| 3  | Vivo mi enfermedad de la piel con resignación   |       |           |         |          |         |
| 4  | La ineficacia de los tratamientos me preocupa   |       |           |         |          |         |
| 5  | Me siento solo o aislado por mi enfermedad de la piel   |       |           |         |          |         |
| 6  | La información sobre mi enfermedad de la piel me ayuda a aceptarla                              |       |           |         |          |         |
| 7  | Mi enfermedad de la piel me ha hecho pensar en suicidarme                                       |       |           |         |          |         |
| 8  | Me preocupa que alguno de mis hijos pueda tener mi enfermedad de la piel                        |       |           |         |          |         |
| 9  | Me preocupa el mal olor que produce mi enfermedad de la piel                                    |       |           |         |          |         |
| 10 | Evito hablar de mi enfermedad de la piel  |       |           |         |          |         |
| 11 | Me preocupa ser rechazado por mi enfermedad de la piel  |       |           |         |          |         |
| 12 | Me siento avergonzado por mi enfermedad de la piel  |       |           |         |          |         |
| 13 | Me preocupa el coste económico de los tratamientos  |       |           |         |          |         |
| 14 | Mi enfermedad de la piel dificulta realizar mi actividad laboral                                |       |           |         |          |         |
| 15 | Me preocupa la falta de protección laboral causa de mi enfermedad de la piel                    |       |           |         |          |         |
| 16 | Mi enfermedad de la piel afecta mis relaciones personales                                       |       |           |         |          |         |
| 17 | La familia constituye el mayor apoyo en mi enfermedad de la piel                                |       |           |         |          |         |
| 18 | Me preocupa tener que dejar de hacer actividades por mi enfermedad de la piel                   |       |           |         |          |         |
| 19 | Mi enfermedad de la piel es un problema para tener relaciones íntimas                           |       |           |         |          |         |
| 20 | El agua empeora mis lesiones cutáneas (Baño, ducha)   |       |           |         |          |         |
| 21 | Mi enfermedad de la piel afecta a mi sueño  |       |           |         |          |         |
| 22 | Valoro positivamente las iniciativas de los profesionales para mejorar mi enfermedad de la piel |       |           |         |          |         |
| 23 | Seguir los tratamientos y controles de mi enfermedad es difícil en ocasiones                    |       |           |         |          |         |
| 24 | Estoy preocupado por los efectos adversos de los tratamientos para mi enfermedad cutánea        |       |           |         |          |         |



## INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES PARA SU USO

### INFORMACION DE HSQoL-24

El Cuestionario de Calidad de Vida en Hidradenitis Supurativa-24 (HSQoL-24) es un instrumento específico de medida de la calidad de vida en pacientes adultos de 18 años o superiores. Desarrollado por el Dr. S.E. Marrón et al. en España (*Actas Dermosifiliogr.* 2019; 110:554-560). Es un cuestionario autoadministrado que evalúa seis dominios de la calidad de vida: psicosocial, económico, laboral, relacional, personal y clínico. En su versión original, el instrumento ha demostrado tener unas buenas propiedades psicométricas: consistencia interna, reproductibilidad, validez de constructo y de contenido, factibilidad y sensibilidad al cambio.

### Dominios

Los ítems se agrupan en 6 dominios:

- Psicosocial: ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.
- Económico: ítem 13.
- Laboral: ítems 14 y 15.
- Relacional: ítems 16, 17, 18 y 19.
- Personal: ítems 20 y 21.
- Clínico: ítems 22, 23 y 24.

### Puntuación

Cada ítem se puntúa mediante una escala Likert de 5 puntos:

- Siempre = 4
- A menudo = 3
- A veces = 2
- Raramente = 1
- Nunca = 0



Los ítems 6, 17 y 22 se puntúan de forma inversa respecto a los demás. La puntuación para estos ítems es:

- Nunca = 4
- Raramente = 3
- A veces = 2
- A menudo = 1
- Siempre = 0

La puntuación total se calcula sumando la puntuación de cada ítem, obteniendo un máximo de 96 y un mínimo de 0. Para convertir la puntuación resultante en puntuación centil, se multiplicará la puntuación total por 1,042. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la afectación en la calidad de vida.

Para calcular la puntuación centil para cada dominio, es necesario sumar la puntuación de sus correspondientes ítems, debiéndose multiplicar esta por los siguientes coeficientes de corrección:

- Psicosocial: 2,08
- Económico: 25,0
- Laboral: 12,5
- Relacional: 6,25
- Personal: 12,5
- Clínico: 8,33

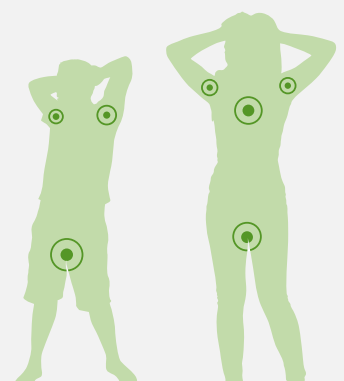
**Nota:** Para obtener una puntuación válida, es importante comprobar que los pacientes hayan respondido todas las preguntas. Si alguna pregunta no ha sido respondida, la puntuación debe corregirse (si no se corrige, entonces los cálculos serían como si el paciente nunca hubiera respondido a la opción de “0 puntos”, lo que no sería cierto). Es mejor hacer una base de datos u hoja de cálculo que calcule y tenga en cuenta esta posibilidad de que algún elemento no haya sido respondido.

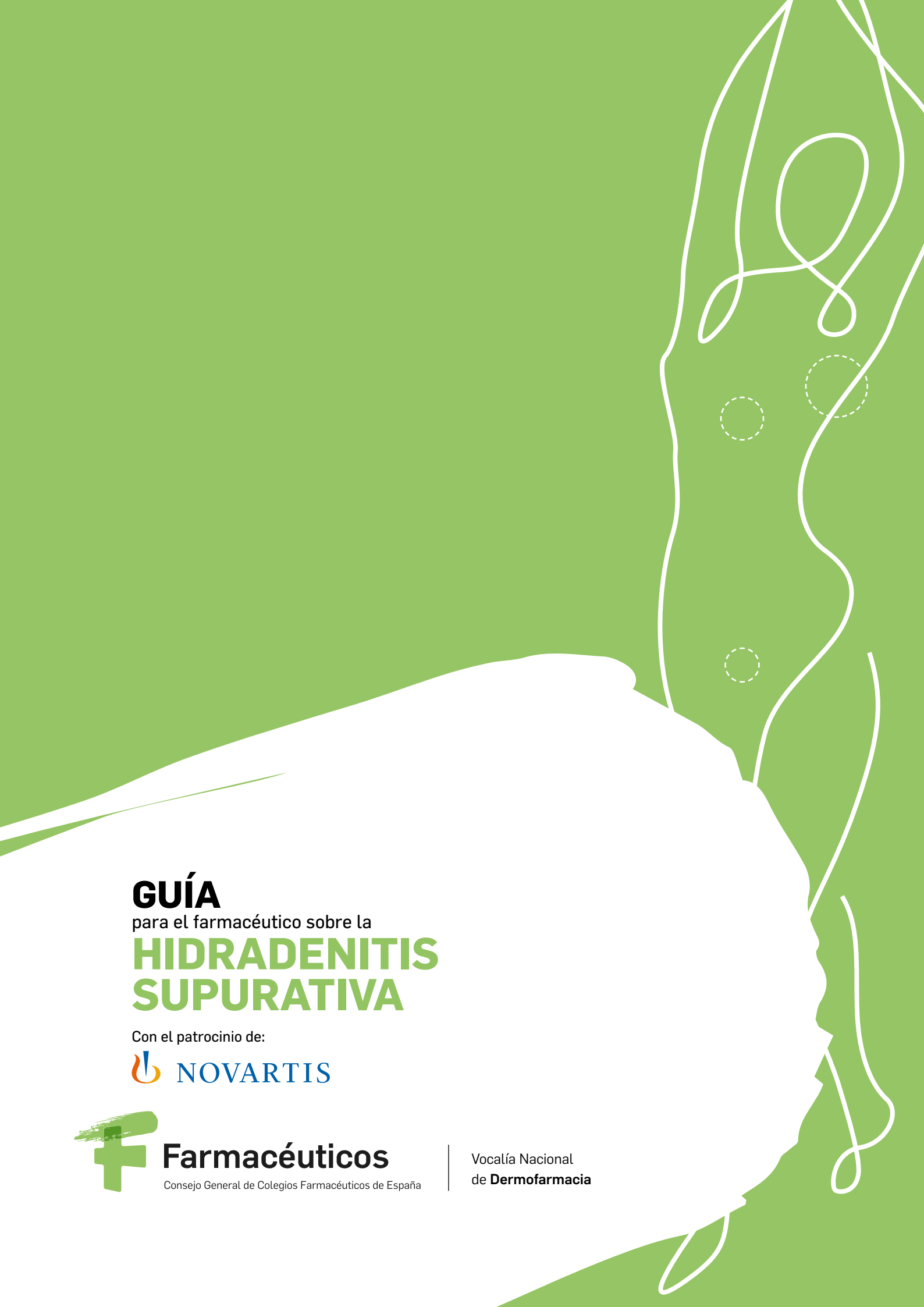
### Cómo interpretar las puntuaciones de HSQoL-24

|         |  |
|---------|--|
| 0 - 24  | Sin efecto en la calidad de vida del paciente          |
| 25 - 31 | Afectación leve en la calidad de vida del paciente     |
| 32 - 43 | Afectación moderado en la calidad de vida del paciente |
| ≥ 44    | Afectación grave en la calidad de vida del paciente    |

Versión 1 - Noviembre 2019.

HSQoL-24 tiene derechos de autor ©, pero los médicos pueden utilizarlo libremente para su uso en la práctica clínica diaria. Para otros fines o propósitos, por favor contactar con el propietario de los derechos de autor © Servando E. Marron.





**GUÍA**  
para el farmacéutico sobre la  
**HIDRADENITIS  
SUPURATIVA**

Con el patrocinio de:



Vocalía Nacional  
de **Dermofarmacia**