

Guía para el Farmacéutico Hospitalario sobre Hidradenitis Supurativa (HS)

Colaboración Institucional:



Índice

pág. 03	¿Qué es la Hidradenitis Supurativa?
pág. 04	¿Cómo se diagnostica?
pág. 04	Datos epidemiológicos
pág. 05	La Hidradenitis Supurativa en España
pág. 06	Impacto en la calidad de vida del paciente
pág. 07	Impacto laboral
pág. 09	Abordaje de la enfermedad
pág. 09	Tratamientos
pág. 11	El papel del farmacéutico en el manejo integral de la HS
pág. 11	Efectos adversos más frecuentes en el tratamiento de la HS
pág. 13	Webs de interés para pacientes con Hidradenitis Supurativa
pág. 13	Asociaciones de pacientes
pág. 13	Puntos clave
pág. 14	Referencias

Este contenido ha sido revisado por:

Dr. Antonio Martorell

Responsable de la Unidad de Hidradenitis Supurativa del Servicio de Dermatología del Hospital de Manises, Valencia, España

Dr. Alejandro Molina-Leyva

Coordinador de la Unidad de Hidradenitis Supurativa del Servicio de Dermatología del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, España

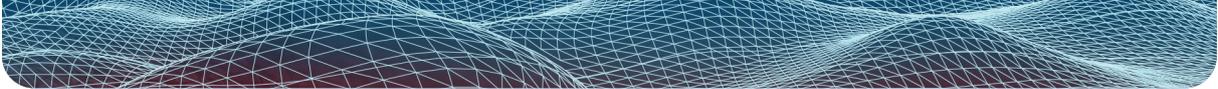
¿Qué es la Hidradenitis Supurativa?

La **Hidradenitis o Hidrosadenitis Supurativa (HS)** es una **enfermedad crónica inflamatoria inmunomediada, sistémica, progresiva y supurativa de la piel**, muy dolorosa y en muchas ocasiones incapacitante, con inicio habitual en la pubertad, aunque puede afectar a personas de todas las edades. Se trata de una enfermedad que afecta con mayor frecuencia a las mujeres y que muestra mayor agresividad en los hombres.

La HS afecta aproximadamente al 1% de la población y se manifiesta en forma de **nódulos inflamados recurrentes dolorosos que evolucionan hacia la formación de abscesos y supuración de pus en zonas como axilas, ingles, región perineal y/o perianal, glúteos o región inframamaria** en el caso de las mujeres. Los episodios de inflamación recurrente progresan hasta formar fístulas o túneles subdérmicos o subcutáneos que conectan las lesiones entre sí.

El carácter progresivo de esta enfermedad crónica agrava más la situación, ya que el dolor, la supuración y las lesiones recurrentes derivan en cicatrices que se acumulan y reducen la movilidad, deteriorando la calidad de vida de los pacientes. En algunos casos, las graves secuelas físicas, que afectan a la imagen y al concepto de sí mismos, producen limitaciones importantes en las relaciones sociales, sexuales e incluso en la capacidad de trabajar. El resultado de estas alteraciones es la estigmatización y el aislamiento social que provoca que muchos pacientes acaben en depresión.





¿Cómo se diagnostica?

Aunque no es una enfermedad rara, se trata de una enfermedad infradiagnosticada, a pesar de tener un diagnóstico clínico sencillo que habitualmente no precisa la realización de pruebas complementarias.

La HS se diagnostica por el tipo de lesión, la localización y la recurrencia.

Los criterios diagnósticos son los siguientes:

1

Presentar lesiones dolorosas o supurativas en **2 o más ocasiones en los últimos 6 meses.**

2

Que dichas lesiones se **localicen** en alguna de las siguientes áreas: axila, área genitofemoral, perineo, glúteos o región inframamaria en el caso de las mujeres.

3

Y el tipo de lesiones sean: **nódulos, tractos fistulosos, abscesos y/o cicatrices.**

Además, existen otros **criterios menores** que pueden ayudar en el diagnóstico de la HS como son:

- **Antecedentes familiares de HS.** Según los datos que recoge el Barómetro de la HS, el 26,5% de los pacientes entrevistados tienen una media de 1,8 familiares diagnosticados también de HS.
- **Ausencia de fiebre.** Los pacientes de HS no presentan fiebre, a diferencia de otras patologías inflamatorias.

Datos epidemiológicos

El 81% de las personas con HS son mujeres y el 70% tienen entre 31 y 50 años. Además, más de la mitad de los pacientes tienen sobrepeso u obesidad y el 57% son fumadores. Hay un 18% de los pacientes que sufren otra enfermedad inflamatoria inmunomediada concomitante: la artritis reumatoide (31%) y la psoriasis (26%) son las predominantes.

Es una enfermedad eminentemente **femenina**



Además...

El **70%** de los pacientes tiene entre **31 y 50 años**



58%

de los pacientes tienen sobre peso u obesidad



57%

Fumadores



El **18%** tiene a las vez otra **IMID**
Las más comunes son:



31%

Artritis reumatoide



26%

Psoriasis

La Hidradenitis Suppurativa en España

Según el II Barómetro de la Hidradenitis Suppurativa llevado a cabo por ASENDHI en el año 2018 en el que participaron 604 personas con HS en España, los pacientes tardan una media de 10 años en ser diagnosticados.

Tiempo de diagnóstico



10 años

Se tardan de media en diagnosticar la enfermedad

Visitas al médico y tratamiento



25,8

Visitas de media al médico que transcurre desde el primer síntoma hasta el diagnóstico



Especialistas más visitados

Atención primaria 11,8
Dermatología 6,7
Urgencias 2,6
Cirugía General 1



5,8

Los pacientes se someten a 5,8 intervenciones quirúrgicas de media desde que se presenta el primer síntoma

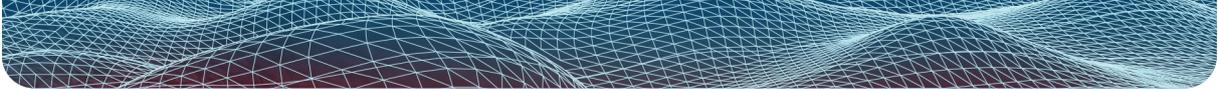


19%

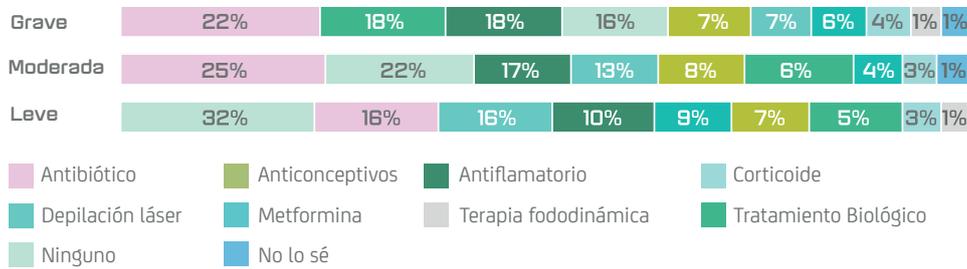
De los pacientes no tiene el tratamiento. De estos, el 38% se encuentra en fases moderadas o severas

En relación al tratamiento, el 16 % de los pacientes graves y el 22% de los pacientes moderados no estaban bajo ningún tratamiento en el momento de la realización de la encuesta. Además, solo el 18% de los graves y el 6% de los moderados estaban con tratamiento biológico.

En cuanto a la hospitalización y la cirugía, el 8% de los pacientes fue hospitalizado alguna vez en el último año, la mayoría con una estancia de entre 1 y 5 días, y hasta el 66% fue sometido a alguna cirugía desde el momento en que empezaron con síntomas.



Tipo de tratamiento según el grado de severidad



Impacto en la calidad de vida del paciente

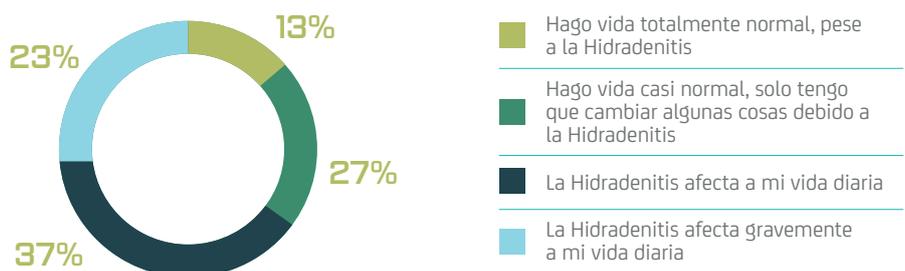
La HS tiene un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, incluyendo la esfera social, sexual, laboral y psicológica. El dolor, la supuración y las cicatrices aíslan a quienes la padecen y limitan sus relaciones y las actividades diarias básicas. Más del 60% de los pacientes considera que esta enfermedad afecta negativamente a sus vidas (un 83% si se trata de un paciente en grado severo).

Además, según un estudio multicéntrico realizado por la *European Society for Dermatology and Psychiatry* (ESDaP) en 13 países europeos con una muestra de más de 5.000 pacientes sobre la calidad de vida, las personas que padecen HS son los pacientes dermatológicos que sufren un mayor impacto en su calidad de vida, seguido por los pacientes de prurigo y ampollas. Específicamente en HS se ha llegado a la conclusión, de que la calidad de vida es comparable a la de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, enfermedad cardiovascular y diferentes tipos de cánceres.

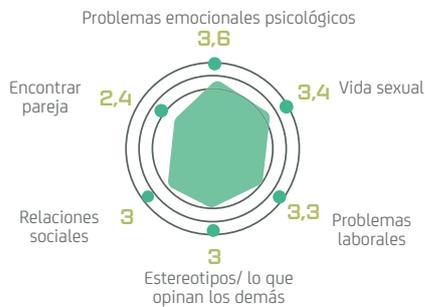
Por otro lado, los meta-análisis de 28 estudios de depresión y 12 de ansiedad en HS mostraron una prevalencia del 21% de depresión y del 12% de ansiedad, respectivamente. El análisis de los estudios de casos y controles mostró una asociación entre la depresión y la HS.

La preocupación y miedo sobre la evolución de la enfermedad, la autonomía personal, el cambio de objetivos vitales, etc., son aspectos que suelen generar una gran desesperación que puede llevar a desarrollar un trastorno psicológico del estado de ánimo o de ansiedad, principalmente.

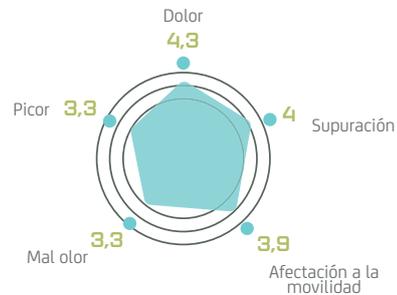
Impacto de la HS en la calidad de vida de los pacientes



Promedio de los aspectos de la vida de los pacientes que se hayan podido ver influidos por la HS



Patología de los síntomas más limitantes en la vida de los pacientes



Los aspectos que más se han visto influidos por la enfermedad son los **problemas emocionales y psicológicos**. El síntoma que más limita la vida de los pacientes es el dolor.

Sentimientos / emociones que vienen a la mente de los pacientes al pensar en la Hidradenitis Supurativa

ASCO **DOLOR** VERGÜENZA **FRUSTRACIÓN**
DESESPERACIÓN RABIA
 MIEDO **TRISTEZA** **IMPOTENCIA**
 AISLAMIENTO

Los principales sentimientos que les viene a la mente al pensar en la HS es **el dolor, la impotencia y la desesperación**.

Impacto laboral

A nivel laboral, la HS supone una limitación para las personas que la padecen. Los pacientes han estado de baja una media de 24 días y el 44% de los encuestados ha tenido que ausentarse del trabajo en el último año, entre 1 y 10 días en el 52% de los pacientes y más de 1 mes en el 30% de los casos. El 19% de los pacientes de HS están desempleados y el 36% son población no activa.

Impacto laboral



La HS afecta en plena edad laboral de los pacientes. La dificultad para mantener su trabajo conlleva la reducción del nivel económico y aumenta el riesgo de exclusión social.

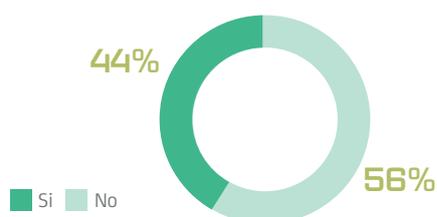
El número medio de cirugías desde el primer síntoma hasta la actualidad es de 5,8 y el número de intervenciones en el último año es de al menos 1. Las intervenciones realizadas tienen el objetivo de eliminar el tejido dañado por la enfermedad. Estas varían entre cirugías simples y complejas, en el que la extensión del tejido eliminado es importante y la intervención de cirujanos plásticos especialistas en medicina reconstructiva es necesaria. En estos últimos casos el tiempo de recuperación postquirúrgica puede alargarse meses y pueden dejar secuelas, como alteraciones en el esfínter anal y la necesidad de colostomías permanentes.

Ello, sumado al dolor, a la infección y a la falta de movilidad, hacen que muchos pacientes no puedan mantener su trabajo. En ese momento es cuando se plantean la posibilidad de solicitar la incapacidad laboral. En este punto, se enfrentan a más problemas derivados de esta enfermedad:

- El retraso en el diagnóstico hace que los enfermos acudan numerosas veces al centro de salud, a los servicios de urgencias y que requieran cirugías, sin ninguna mención a su patología en la historia clínica y sin que en ningún lugar aparezca reflejado que esta enfermedad no le permite llevar una vida normal.
- La falta de una correcta historia clínica y el desconocimiento de la patología hace que las personas encargadas de analizar los casos banalicen la enfermedad y no concedan la incapacidad laboral a estos enfermos.

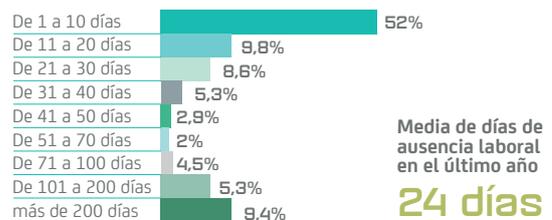
Solo el 8% de los pacientes tienen una incapacidad laboral reconocida, porcentaje muy reducido debido a la tardanza en el diagnóstico y a una incompleta historia clínica.

Ausencias laborales por la HS en el último año



El 44% de los encuestados ha debido ausentarse al trabajo en el último año, de los cuales el 52% entre 1 y 10 días.

Nº de ausencias laborales por la HS en último año



Casi el 30% de los pacientes ha faltado al trabajo durante más de 1 mes.

Abordaje de la enfermedad

El carácter progresivo de la enfermedad pone de manifiesto la importancia de tratar a estos pacientes en estadios menos graves, pudiendo alcanzar así un control más eficaz de la actividad inflamatoria. Este periodo temporal ocurre en las etapas iniciales de la enfermedad, previo a la fase de desarrollo de secuelas irreversibles. Por esto mismo es muy importante iniciar el tratamiento lo antes posible, ya que ayudará a mejorar los resultados antes de que las lesiones sean definitivas.

El abordaje requiere un enfoque multidisciplinar, con coordinación entre dermatología, enfermería dermatológica, cirugía, farmacia hospitalaria y expertos en curación de heridas, ya que se ha demostrado que un abordaje médico-quirúrgico obtiene mejores resultados. También es fundamental el papel de otras especialidades como gastroenterología, reumatología o psicología clínica.

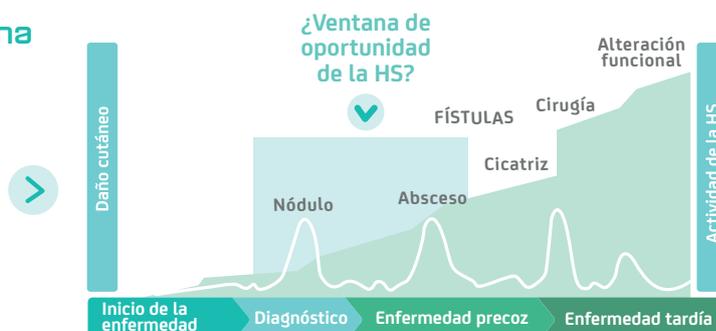
El tratamiento de la HS dependerá de la gravedad de la enfermedad y está principalmente enfocado en controlar la inflamación y reducir o aliviar el dolor.

Es importante prevenir la progresión de la enfermedad, las secuelas asociadas y evitar la cirugía potencialmente mutiladora en mujeres jóvenes

El tratamiento precoz podría modificar la historia natural de la HS en los casos de enfermedad progresiva

Concepto de ventana de oportunidad

Se define como el periodo durante el cual los esfuerzos por controlar la actividad inflamatoria son más eficaces. Este periodo temporal ocurre en las etapas iniciales de la enfermedad, previo a fase de desarrollo de secuelas irreversibles.



Tratamientos

Los objetivos de los tratamientos o intervenciones para la HS son:

- Reducir la formación de nuevas lesiones inflamatorias, tractos sinusales y cicatrices
- Tratar lesiones existentes y reducir los síntomas asociados (p. ej. dolor, supuración)
- Minimizar la morbilidad psicológica asociada

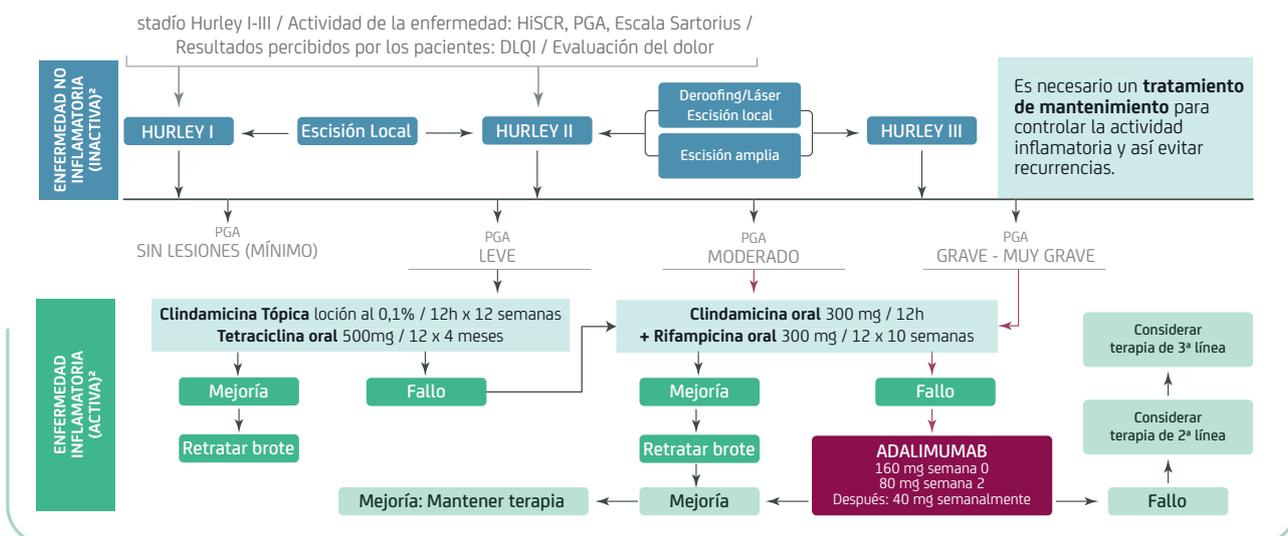
En los estadios iniciales, el tratamiento se basa en el uso de antibióticos tópicos y sistémicos en base a sus propiedades antiinflamatorias sobre el folículo piloso. En pacientes con enfermedad moderada grave con respuesta inadecuada, falta de tolerancia o recaídas frecuentes al suspender el tratamiento antibiótico está indicado el tratamiento biológico.

En la actualidad adalimumab es el único biológico aprobado con la indicación para HS en su ficha técnica. Sin embargo, hay numerosos ensayos clínicos en desarrollo con fármacos biológicos y pequeñas moléculas dirigidos a otros elementos de la cascada inflamatoria como la interleuquina 17, interleuquina 23 o inhibidores de la janus kinasa.

El tratamiento biológico ha supuesto una revolución en el control del componente inflamatorio de la enfermedad al ser el primer tratamiento que puede administrarse de forma continuada modificando la progresión de la enfermedad.

La combinación del tratamiento biológico con cirugía es sinérgica al ir dirigidos frente a diferentes tipos de lesiones inflamatorias y lesiones estructurales cicatriciales. El tratamiento biológico también ha demostrado reducir el número de brotes, lo que redundará en una mejora en la calidad de vida del paciente.

Recomendaciones Europeas en el Diagnóstico de HS establecido por dermatólogos u otros profesionales



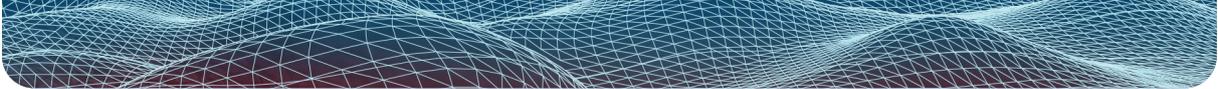
Poblaciones especiales:

Niños y adolescentes

Los niños y adolescentes con HS se tratan con muchas de las terapias que se utilizan comúnmente para la enfermedad de adulto. Los antisépticos antimicrobianos (p. ej., peróxido de benzoilo), clindamicina tópica y antibióticos orales (p. ej., Tetraciclinas, clindamicina oral sola o en combinación con rifampicina) son tratamientos iniciales habituales. Cabe destacar que las tetraciclinas no se recomiendan para niños menores de nueve años debido a la posible decoloración permanente de los dientes inducida por los propios fármacos.

Embarazo

Aunque algunas pacientes con HS experimentan una mejoría de los síntomas durante el embarazo, otras experimentan persistencia o empeoramiento de la enfermedad. La seguridad debe ser evaluada individualmente con la mayoría de las terapias sistémicas utilizadas para la HS. Los riesgos y beneficios de la terapia deben considerarse cuidadosamente de forma individual. Los retinoides orales están contraindicados durante el embarazo.



El papel del farmacéutico en el manejo integral de la HS

Los medicamentos son una parte esencial e indispensable en los servicios de atención sanitaria. Los farmacéuticos son los profesionales específicamente capacitados e instruidos para gestionar la dispensación de fármacos a pacientes, así como para poder garantizar la seguridad y el uso eficaz de los medicamentos. Los farmacéuticos actúan además garantizando el acceso a una innovación terapéutica de calidad.

El farmacéutico debe tener un papel global, que va más allá del propio medicamento y el proceso farmacoterapéutico de mejora de la seguridad en el uso de los fármacos; y que atañe a su actividad clínica corresponsable con el resto del equipo asistencial, para la mejora de los resultados clínicos, de calidad de vida y económicos.

Con el aumento de las enfermedades crónicas en nuestros sistemas sanitarios, cobran todavía más importancia aspectos como la seguridad de los tratamientos, la falta de adherencia, la detección de problemas en la farmacoterapia, la polimedicación, etc., tareas en las que los farmacéuticos colaboran en la mejora no solo del gasto sanitario sino en la disminución de los riesgos evitables por las ineficiencias del sistema.

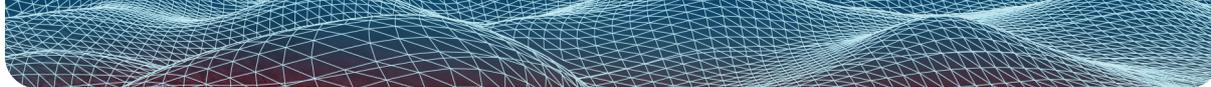
El paciente de HS es un enfermo crónico que, como tal, precisa de un seguimiento asistencial integrado en el que se incluye la atención farmacéutica.

El farmacéutico debe llevar a cabo una revisión de la adecuación de la prescripción, la necesidad, la efectividad y la seguridad de los tratamientos. Este hecho es especialmente relevante en el caso de los pacientes de HS, ya que una parte esencial de su terapéutica se basa en un uso prolongado de antibióticos. En estos casos el farmacéutico aporta valor, tanto en la adecuación de la prescripción como en la adherencia del paciente al tratamiento. Con ello garantiza la eficacia de los tratamientos y actúa en la prevención de aparición de posibles resistencias bacterianas, en la forma en que este uso prolongado de antibióticos puede afectar sobre otros procesos y en las complicaciones que podría suponer.

En el caso del paciente de HS, el farmacéutico también actuará sobre la conciliación de la medicación. Este hecho es particularmente relevante en el caso de los pacientes de HS sometidos a tratamiento con terapia biológica, por requerir ésta una vigilancia específica y una administración adecuada.

Efectos adversos más frecuentes en el tratamiento de la Hidradenitis Supurativa

Resumen de los efectos adversos más frecuentes en base a la ficha técnica de los medicamentos principalmente utilizados. Para más información por favor revise la ficha técnica completa en la Agencia Española del Medicamento.



Fármaco	Reacciones adversas frecuentes	Contraindicación
Adalimumab	Infecciones leves (infecciones respiratorias vías altas), cefalea, rash cutáneo, reacción en el punto de inyección.	Hipersensibilidad, infecciones graves y oportunista incluyen tuberculosis activa o latente no tratada. Insuficiencia cardiaca clases III-IV NYHA.
Clindamicina oral	Diarrea, náuseas, vómitos dolor abdominal.	Alergia a lincosamidas, meningitis.
Rifampicina oral	Náuseas, vómitos dolor abdominal, tinción de secreciones (lágrimas, saliva, orina) de color naranja.	Hipersensibilidad a rifampicina, porfirias, pacientes con enfermedad hepática activa, pacientes portadores de lentes de contacto blandas.
Doxiciclina oral	Cefalea, fototoxicidad, náuseas, vómitos, gastralgia.	Hipersensibilidad a tetraciclinas, porfirias.

Fármaco	Contraindicaciones	Precaución / Monitorización estrecha	Influencia de Rifampicina sobre otros medicamentos
Rifampicina	<ul style="list-style-type: none"> Ivoriconazol Inhibidores de la proteasa Si hipersensibilidad a Rifampicina Si hipersensibilidad a alguno de los excipientes 	<p>Precaución de uso por monitorización de los parámetros específicos o mediante una observación clínica:</p> <p>Antagonistas del calcio, antiarrítmicos de clase I (quinidina, disopiramida), anticoagulantes orales, antifúngicos azoles (excepto voriconazol), antivirales (tales como atazanavir), buspirona, carvedilol (debido a su uso en la insuficiencia cardíaca y su bajo margen terapéutico en esta indicación), agentes inmunosupresores (tales como ciclosporina, tacrolimus, sirolimus, leflunomida), clozapina, corticosteroides, gestriona, estrógenos y progestagenos administrados como terapia de sustitución hormonal, haloperidol, hormonas tiroideas, metadona, morfina, efavirenz, propafenona, terbinafina, tiagabina, zidovudina, zolpidem, zaleplon, carbamazepina, fenitoína, teofilina, benzodiazepinas, digitalis, dapsona, atovacona, repaglinida o antidiabéticos orales de tipo sulfonilurea, antagonistas del receptor beta (si se metabolizan hepáticamente tales como metoprolol, propranolol), cloranfenicol, claritromicina, telitromicina, antidepresores tricíclicos, ácido p-aminosalicílico, cimetidina, mexiletina, nevirapina, fluvastatina, etorocoxib, rofecoxib, imidapril, gefitinib, irinotecan, análogos de la meglitinida, incluyendo repaglinida y nateglinida, y los antieméticos antagonistas del receptor 5-HT3 (incluyendo tropisetron y ondansetron), tocinida, lorcaínida, hexobarbital, nortriptilina, azatioprina, enalapril, fexofenadina, praziquantel. Reducen la biodisponibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antiácidos – Rifampicina deberá tomarse ≥ 1 hora antes que los antiácidos <p>No se recomienda el uso de los siguientes fármacos concomitantemente con Rifampicina:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nevirapina Simvastatina Anticonceptivos orales Ritonavir Imatinib (fallo terapéutico de Imatinib) 	<ul style="list-style-type: none"> La rifampicina es el inductor más potente del CYP450, notablemente de las dos subfamilias CYP3A y CYP2C (representa más del 80% de las isoenzimas del CYP450). La rifampicina es también inductora de UDP-glucuronil-transferasa <p><i>Los fármacos que son eliminados por los mecanismos de metabolismo afectados deberán sólo usarse concomitantemente con Rifampicina si las concentraciones plasmáticas o la respuesta/reacciones adversas puede ser monitorizada y la dosis deberá ajustarse adecuadamente.</i></p> <p><i>Los efectos inductores de la rifampicina alcanzan su máximo en 10 días y disminuyen gradualmente durante un período de ≥ 2 semanas tras discontinuar la Rifampicina.</i></p>
Clindamicina	<ul style="list-style-type: none"> Si hipersensibilidad a Clindamicina y lincomicina. Si hipersensibilidad a alguno de los excipientes. 	<p>Clindamicina posee propiedades bloqueantes neuromusculares y puede potenciar la acción de relajantes musculares no despolarizantes, como los agentes curarizantes (pancuronio, tubocurarina, suxametonio) o los hidrocarburos anestésicos por inhalación (halotano, enflurano, isoflurano, dietiléter). En caso de administración simultánea se debe vigilar estrechamente a los pacientes debido a la posible prolongación del bloqueo neuromuscular.</p> <p>La clindamicina podría inhibir la actividad bactericida ejercida por los aminoglucósidos.</p> <p>Se han notificado casos de incremento en los valores de las pruebas de coagulación (TP/INR) y/o sangrado, en pacientes que estaban siendo tratados concomitantemente con clindamicina y un antagonista MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD Agencia española de medicamentos y productos sanitarios de la vitamina K (ej. Warfarina, acenocumarol, fluindiona).</p>	<p>Se ha demostrado antagonismo in vitro entre clindamicina y eritromicina, motivo por el que habitualmente no se administran ambos antibióticos simultáneamente.</p>
Doxiciclina	<ul style="list-style-type: none"> Si hipersensibilidad a Doxiciclina y tetraciclinas Si hipersensibilidad a alguno de los excipientes 	<p>Población pediátrica: El uso de tetraciclinas en niños puede dar lugar a un deterioro en el crecimiento de los huesos porque como otras tetraciclinas, la doxiciclina forma un complejo cálcico estable en cualquier tejido formador del hueso.</p> <p>Las tetraciclinas deben evitarse en pacientes con lupus eritematoso sistémico.</p> <p>Se recomienda precaución en pacientes con miastenia gravis.</p> <p>Los efectos nefrotóxicos de las tetraciclinas pueden ser exacerbados por diuréticos, metoxiflurano y otros medicamentos nefrotóxicos.</p> <p>Los retinoides usados junto con doxiciclina pueden producir un aumento de la incidencia de hipertensión intracraneal benigna.</p> <p>Doxiciclina puede incrementar las concentraciones plasmáticas de litio, digoxina y teofilina.</p> <p>Las tetraciclinas pueden disminuir la eficacia de los anticonceptivos orales.</p> <p>En tratamiento simultáneo con anticoagulantes, la dosificación de éstos debe reducirse puesto que, se ha observado que las tetraciclinas disminuyen la actividad de la protrombina.</p>	<p>El metabolismo de la doxiciclina puede ser activado por inductores de enzimas hepáticas, como el alcohol (uso crónico), antiepilépticos (carbamazepina, fenobarbital y fenitoína) y la rifampicina.</p>

Webs de interés para pacientes con Hidradenitis Suppurativa

www.asendhi.org

www.hidrosadenitis.es

www.abbviecare.es

www.aemps.gob.es

Asociación de pacientes

Se informará al paciente y cuidadores sobre la existencia de la Asociación de Enfermos de Hidrosadentis - ASENDHI, www.asendhi.org

Sus datos de contacto son:



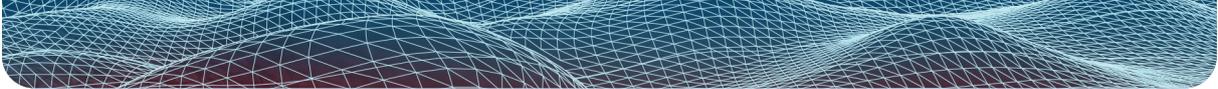
Email: asendhi@asendhi.org



Teléfono: 910 25 91 62 / 695 14 18 63

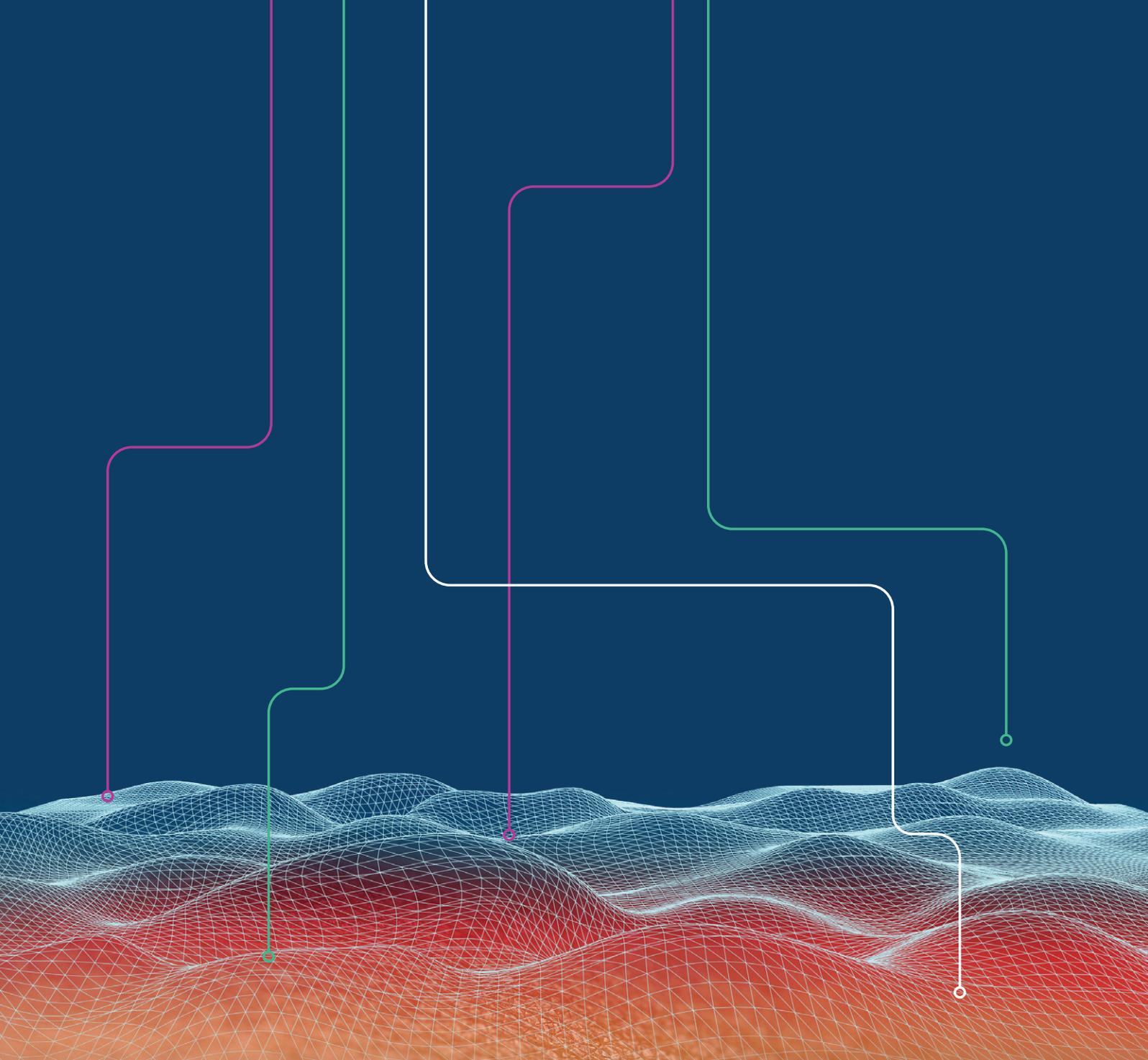
Puntos clave:

- La HS es una enfermedad oclusiva folicular crónica caracterizada por el desarrollo de nódulos inflamatorios, tractos sinusales y cicatrices, principalmente en áreas intertriginosas.
- El dolor, el olor, el drenaje crónico y la desfiguración son características comunes de este trastorno.
- La HS puede tener un profundo efecto negativo en la calidad de vida de las personas que la padecen.
- Los principales objetivos del tratamiento son:
 - Reducir la formación de nuevas lesiones, tractos sinusales y cicatrices
 - Tratar lesiones existentes y reducir los síntomas asociados
 - Minimizar la morbilidad psicológica asociada
- La gravedad de la HS influye en el enfoque del tratamiento.
- El manejo de la HS implica múltiples intervenciones.
- La educación del paciente, los recursos de apoyo psicológico, la guía para el cuidado de las heridas y el manejo del dolor son componentes importantes del tratamiento de la HS.



Referencias:

- *II Barómetro de la Hidradenitis Supurativa en España, 2018. ASENDHI*
- *HERCULES. Iniciativa Estratégica de Salud para la Definición del Estándar Óptimo de Cuidados para los pacientes con Hidradenitis Supurativa. 2017*
- *Gulliver W et al. Rev Endocr Metab Disord. 2016. doi: 10.1007/s11154-016-9328-5*
- *Shanmugam V, Mulani S, McNish S, Harris S, Buescher T and Amdur R. Longitudinal observational study of hidradenitis suppurativa: impact of surgical intervention with adjunctive biologic therapy. International Journal of Dermatology. 2017; 57(1): 62-9.*
- *Zouboulis CC, Bechara FG, Dickinson-Blok JL, Gulliver W, Horváth B, Hughes R et al. Hidradenitis suppurativa/acne inversa: a practical framework for treatment optimization - systematic review and recommendations from the HS ALLIANCE working group. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019 ;33(1):19-31.*
- *CC, N, L, RE, D, I et al. . European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(4):619-44. doi: 10.1111/jdv.12966. Epub 2015 Jan 30.*
- *Martorell A, Caballero A, González Y, Jiménez-Gallo D, Lázaro M, Miranda J et al. Management of patients with hidradenitis suppurativa. I. Actas Dermosifiliogr. 2016;107(Suppl 2):32-42. doi: 10.1016/S0001-7310(17)30007-8.*
- *Dauden E, Lazaro P, Aguilar MD, Blasco AJ, Suarez C, Marin I et al. Recommendations for the management of comorbidity in hidradenitis suppurativa., J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(1):129-44. doi: 10.1111/jdv.14517. Epub 2017 Sep 12.*
- *Hidrosadenitis Supurativa – UpToDate: https://146.219.19.12/contents/hidradenitis-suppurativa-management?search=hidradenitis%20suppurativa&source=search_result&selectedTitle=1~69&usage_type=default&display_rank=1#H856174.*



Colaboración Institucional:

