

HSCare

Andalucía

Cuidado integral
del paciente con HS

Recomendaciones
asistenciales en
**hidradenitis
supurativa:**
mejora del proceso
asistencial
en Andalucía

GRUPO | **MAYO**



safh

Sociedad Andaluza de
Farmacéuticos de Hospitales
y Centros Socioasistenciales

 NOVARTIS

sadeca
Sociedad Andaluza d Calidad Asistencial

©2026 de los autores
©2026 Novartis Farmacéutica, S.A.

Coordinación, diseño y producción:

GRUPO | MAYO

Ediciones MAYO, S.A.U.
Aribau, 185-187 / 08021 Barcelona
Paseo de la Castellana, 268 / 28046 Madrid

ISBN: 978-84-9905-370-7
Depósito legal: B 11532-2026
Impreso en España – *Printed in Spain*

Reservados todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 7021970/93 2720447).

El empleo de los nombres registrados, marcas registradas, etc., en esta publicación, no significa –incluso en ausencia de una declaración explícita– que tales nombres están exentos de las leyes y reglamentos protectores pertinentes y que por tanto pueden emplearse libremente.

Responsabilidad de productos: el editor no puede garantizar los datos sobre la posología y aplicaciones de los medicamentos indicados en esta publicación. En cada uno de los casos, el usuario tiene que comprobar su precisión consultando otra literatura médica.

grupomayo.com



HSCare

Andalucía

Cuidado integral
del paciente con HS

Recomendaciones
asistenciales en
hidradenitis supurativa:
mejora del proceso
asistencial en Andalucía



HSCare

Andalucía

Cuidado integral
del **paciente con HS**

Recomendaciones asistenciales en **hidradenitis supurativa:** mejora del proceso asistencial en Andalucía

GRUPO DE TRABAJO

**Antonio
Cervera Barajas**
Enfermería. Calidad Asistencial
HU Virgen del Rocío

**Francisco de Borja
Quero Espinosa**
Médico de Urgencias.
Calidad Asistencial HU Reina Sofía

**Guiovana
Osorio**
Dermatóloga
HU Virgen del Rocío (Sevilla)

**Adriano
Sianes Blanco**
Subdirección de Calidad Asistencial
y SS.II. AGS Sur de Sevilla

**Alejandro
Molina-Leyva**
Dermatólogo
HUV Nieves (Granada)

**M.^a Dolores
Fernández Ballesteros**
Dermatóloga
HU Regional de Málaga (Málaga)

**Patricia
Bonachela Solás**
Ingeniera de Procesos – LEAN. Calidad
Asistencial HU Virgen del Rocío

**Pablo
Fernández-Crehuet**
Dermatólogo
HU Reina Sofía (Córdoba)

**Joaquín
Urda**
Farmacia Hospitalaria. Hospital
Universitario Poniente (El Ejido, Almería)

Sumario

1	Justificación del proyecto 6
	1.1. Contexto y realidad asistencial en Andalucía
	1.2. Objetivos del proyecto
	1.3. Metodología del proyecto
	1.4. Alcance
2	Recomendaciones para el proceso asistencial del paciente con hidradenitis supurativa 9
	2.1. Atención Primaria
	2.2. Servicio de Dermatología
	2.3. Servicio de Cirugía
	2.4. Funciones de enfermería
	2.5. Farmacia Hospitalaria
	2.6. Servicio de Urgencias
3	Calidad asistencial 32
	3.1. El papel de los equipos de calidad asistencial
	3.2. El problema: fragmentación sin coordinador
	3.3. La solución: el equipo de calidad como eje vertebrador
	3.4. Estructura organizativa propuesta
	3.5. Marco de calidad: estándares y evidencia internacional
	• Anexo I: Flujograma del itinerario del paciente en atención multidisciplinar
	• Anexo II: Medición de PREM: cuestionario IEXPAC-11
	• Anexo III: <i>Checklist</i> de autoevaluación
4	Procedimiento normalizado de trabajo (PNT). Manejo integral de la hidradenitis supurativa en el Sistema Andaluz de Salud (SAS) 42
	4.1. Principios
	4.2. Indicaciones
	4.3. Personal
	4.4. Material

5	Ejecución 5.1. Atención Primaria 5.2. Dermatología 5.3. Cirugía 5.4. Enfermería 5.5. Farmacia Hospitalaria 5.6. Urgencias	45
6	Consideraciones especiales 6.1. Poblaciones especiales 6.2. Alertas de seguridad OMS aplicables 6.3. Teleconsulta	52
7	Registros • Plantilla I. Plantilla de solicitud de tratamiento biológico (FH) • Plantilla II. Teleconsulta AP→ Dermatología • Plantilla III. Checklist de bolsillo: sospecha de HS en Urgencias • Plantilla IV. Teleconsulta Cirugía-Dermatología	53
8	Bibliografía	59

1. Justificación del proyecto

1.1. Contexto y realidad asistencial en Andalucía

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y debilitante, que habitualmente se presenta tras la pubertad con la formación de lesiones profundas, inflamadas y dolorosas, principalmente en áreas con abundantes glándulas sudoríparas apocrinas como las axilas, la zona inguinal y la región anogenital, aunque también puede afectar a otras localizaciones¹.

El curso clínico es muy variable: desde casos relativamente leves caracterizados por la aparición recurrente de pápulas, pústulas y algunos nódulos inflamatorios, hasta casos graves que muestran abscesos fluctuantes profundos, lesiones drenantes y cicatrices severas.

La aparición de la enfermedad suele ocurrir durante la adolescencia o en adultos jóvenes, interfiriendo en la salud física y mental y en las opciones y oportunidades que el paciente puede tener a lo largo de su vida, deteriorando gravemente su calidad de vida, así como la de sus familias^{1,2}. Todo ello se ve intensificado por la coexistencia de comorbilidades, que aumentan aún más la carga global del paciente³.

Se han descrito tasas elevadas de depresión y ansiedad en los pacientes con HS, así como conductas autodestructivas indirectas, dolor crónico, efectos perjudiciales sobre la salud sexual, y un riesgo de suicidio casi 2,5 veces mayor que en la población general⁴⁻⁸.

Además, el coste socioeconómico de la enfermedad es significativo. Cada paciente con HS grave genera más de 20 460 €/año en costes directos. El 36 % de los pacientes presenta ausencia laboral recurrente, con una media de 24 días de baja al año, y la tasa de desempleo es del 23,4 %^{9,10}. La detección precoz y el tratamiento biológico temprano son coste-efectivos a largo plazo, al reducir cirugías, hospitalizaciones y visitas a Urgencias.

El diagnóstico de la HS es clínico y no suele requerir pruebas complementarias. Aun así, se trata de una patología infradiagnosticada, tanto en España como a nivel mundial. Su prevalencia real es difícil de estimar, variando entre el

0,05 y el 4,1 %^{11,12}. Además, hay un retraso diagnóstico de entre 7 y 10 años^{13,14}, lo que complica significativamente su abordaje, tratamiento y manejo debido a la progresión de la enfermedad. Según la Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis (ASENDHI), el retraso diagnóstico medio es de 10,5 años, con 24 visitas médicas hasta el diagnóstico. Esto explica que el 92 % de los diagnósticos se realicen en estadio moderado-grave, con el consiguiente impacto para pacientes y Sistema Sanitario⁹. El retraso diagnóstico en los pacientes se debe a la falta de conocimiento sobre la enfermedad, a la incomodidad asociada a mostrar sus lesiones y, en algunos casos, a la falta de capacitación de los especialistas de atención médica para identificar y tratar adecuadamente la HS^{15,16}.

El diagnóstico no es la única necesidad desatendida en la HS, ya que también existen puntos críticos durante el abordaje terapéutico y la gestión clínica. El manejo terapéutico comprende principalmente el tratamiento farmacológico, intervenciones y procedimientos quirúrgicos, el control de factores de riesgo y comorbilidades, y el soporte emocional y psicológico. El tratamiento farmacológico abarca desde la antibioterapia y la analgesia en los casos leves hasta la indicación de agentes biológicos en las formas más graves. Este abordaje puede resultar insatisfactorio, con un número notable de tratamientos prescritos sin evidencia científica robusta¹⁶.

De hecho, los antibióticos orales y tópicos se utilizan con frecuencia como terapia de primera línea para la HS, principalmente por sus efectos antiinflamatorios y antimicrobianos¹⁷⁻¹⁹. Siempre que los antibióticos se administren principalmente con fines antimicrobianos, lo más adecuado es seleccionar aquellos agentes específicamente dirigidos contra las cepas bacterianas aisladas. Por otro lado, cuando el objetivo terapéutico es antiinflamatorio, el uso de antibióticos implica inevitablemente la exposición de toda la flora comensal, lo que puede favorecer la aparición de resistencias²⁰. Este hecho, junto con el uso empírico de la antibioterapia, ha provocado que se hayan documentado tasas elevadas de resistencia antibiótica en cultivos bacterianos aislados a partir del exudado purulento de lesiones de HS²⁰. Los antibiogramas muestran resistencias globales ele-

1. Justificación del proyecto

vadas a clindamicina (65,7 %), rifampicina (69,3 %), penicilina (70,0 %), ciprofloxacino (74 %), tetraciclina (84,7 %) y eritromicina (89,0 %)²⁰.

Durante los últimos años se ha profundizado en la implicación de distintas vías moleculares e interleucinas (IL) en la patogénesis de la enfermedad (TNF alfa y, más recientemente, IL-1, IL-6, IL-10, IL-12/23, IL-17, IL-22, complemento y *janus kinasa*, ente otros), lo que ha permitido el desarrollo de nuevas moléculas²¹, ya aprobadas y en uso²²-²⁴. A pesar de ello, el retraso diagnóstico y la consecuente progresión hacia fases más avanzadas de la enfermedad hacen que muchos pacientes requieran un manejo médico y quirúrgico combinado. En ocasiones son necesarias intervenciones agresivas con riesgo de recurrencia, debido a la extensión y gravedad de las lesiones. Todo esto se ve agravado por la heterogeneidad en el uso de escalas de evaluación clínica, lo que dificulta aún más la estandarización del manejo.

La progresión de la enfermedad, unida a la presencia de algunos factores de riesgo frecuentemente vinculados a los pacientes con HS, como el hábito tabáquico y la obesidad, podrían inducir un ambiente proinflamatorio

sistémico potencialmente responsable del desarrollo de comorbilidades y de un descenso de la esperanza de vida, de forma análoga a lo planteado en los pacientes con psoriasis, incurriendo en un incremento del gasto sanitario²⁵.

Por tanto, se evidencia la necesidad de una evaluación clínica rigurosa, apoyada en herramientas no invasivas como la ecografía²⁶, que permita un diagnóstico precoz, la detección de lesiones activas y subclínicas y la identificación de pacientes en la llamada «ventana de oportunidad» terapéutica²¹. Esta etapa se conoce como la fase temprana de la enfermedad, en la que el tratamiento médico es más eficaz al encontrarse ante lesiones reversibles. Es en este grupo de pacientes donde una intervención agresiva y precoz con terapias avanzadas, unida a una adecuada estrategia de educación para la salud, podría tener un importante impacto positivo en el pronóstico²¹.

El recorrido del paciente con HS no suele ser lineal y, con frecuencia, queda atrapado en tres bucles de atención que se retroalimentan: el «círculo de la visita/diagnóstico», el «proceso de evaluación» y el «círculo de manejo» (Figura 1)¹⁶.

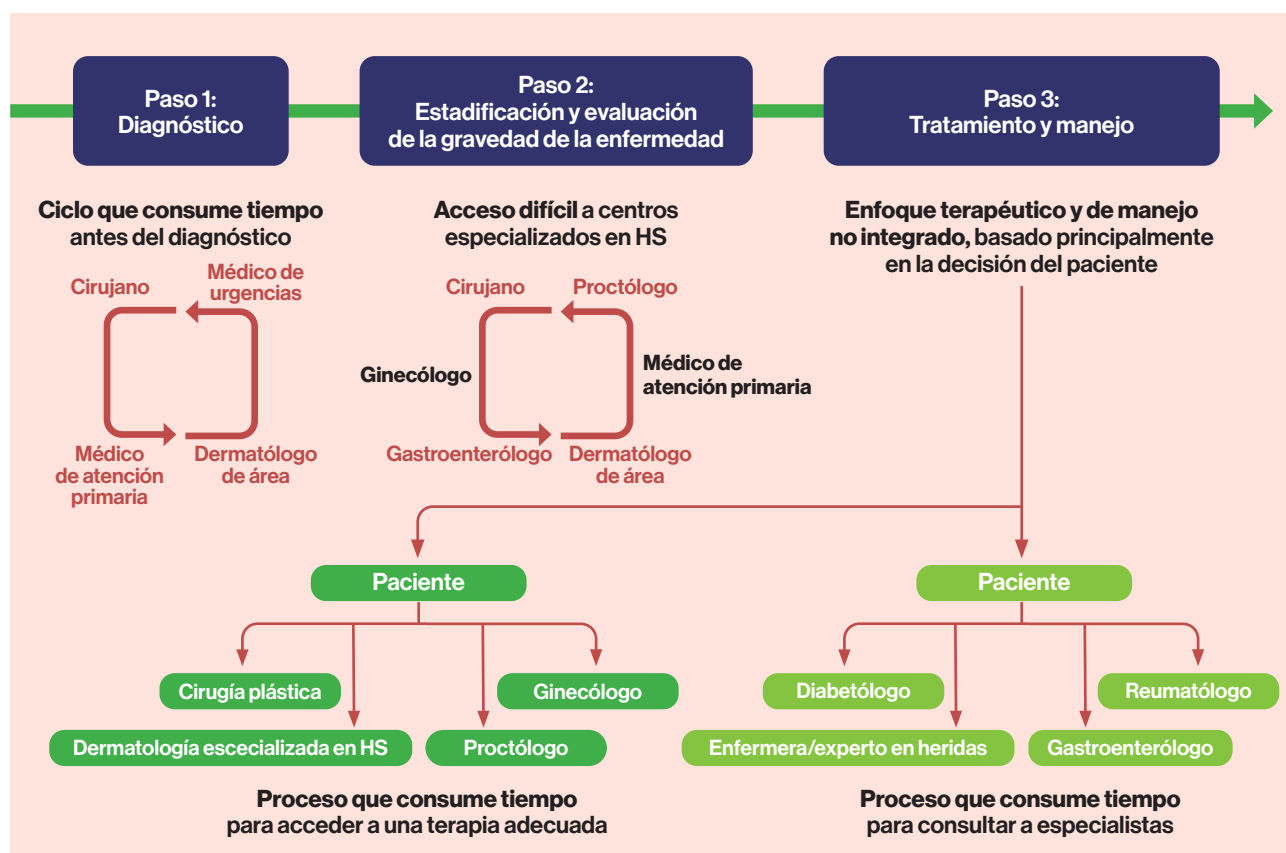


Figura 1. Recorrido del paciente con HS. Trayectoria no lineal caracterizada por bucles o ciclos y procesos que consumen tiempo para lograr el diagnóstico, la evaluación, el tratamiento y la consulta con especialistas

Para interrumpir estos círculos viciosos, un enfoque multidisciplinar permite reducir retrasos, optimizar el proceso diagnóstico y terapéutico, y, en conjunto, elevar el estándar asistencial con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con HS¹⁶.

El diseño de un flujo asistencial multidisciplinar ideal es complejo²⁷ debido a que los Servicios de Salud constituyen un sistema dinámico e interconectado en el que participan múltiples agentes: pacientes, cuidadores, profesionales sanitarios, responsables de políticas (y financiación) e investigadores²⁸. Por ello, las propuestas de mejora en Servicios de Salud requieren un enfoque multidisciplinar y con visión de sistema, que tenga en cuenta los distintos componentes y las interacciones dentro del propio Sistema Sanitario²⁹.

En el caso concreto del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), el manejo del paciente con HS se encuentra con problemas estructurales repetidos, dependiendo de la especialidad de acceso del paciente. En el caso de la dermatología general, las consultas se encuentran saturadas y dedican un tiempo muy limitado por paciente. Además, se perciben inseguridad y variabilidad en el abordaje por parte de algunos profesionales, así como escasez y sobrecarga de las Consultas monográficas, escaso uso de la ecografía, una atención irregular a las comorbilidades, una alta rotación del personal de enfermería y la existencia de circuitos de derivación heterogéneos, entre otros.

En el ámbito de la Atención Primaria (AP), las principales limitaciones radican en la dificultad para identificar las formas más leves, el uso inadecuado de antibióticos, o la falta de plantillas homogéneas y eficaces para teleconsulta.

En Urgencias —una vía común de entrada de pacientes con nuevos brotes¹⁶—, las lesiones pueden confundirse con infecciones comunes, con actuaciones quirúrgicas prematuras y retraso en la derivación a Dermatología.

1.2. Objetivos del proyecto

Objetivo principal

Identificar barreras y oportunidades de mejora del flujo asistencial actual de la HS en Andalucía.

Objetivos secundarios

- Definir y consensuar la ruta asistencial ideal del paciente con HS dentro del SSPA.
- Integrar y estandarizar derivación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, estableciendo circuitos claros entre Atención Primaria, Dermatología (General y Monográfica), Cirugía, Urgencias, Farmacia Hospitalaria y Enfermería, proporcionando además protocolos que permitan una implementación sostenida y un abordaje multidisciplinar óptimo del paciente.

1.3. Metodología del proyecto

Se conformó un comité multidisciplinar con especialistas representantes de las especialidades de Dermatología, Cirugía, Urgencias, Farmacia Hospitalaria y Enfermería, y con expertos en calidad asistencial.

El documento se elaboró a partir de las discusiones generadas en seis sesiones telemáticas de trabajo (julio-diciembre de 2025), estructuradas en bloques temáticos: (1) Atención Primaria y Dermatología, (2) Seguimiento en Dermatología, (3) Calidad asistencial, (4) Manejo multidisciplinar, (5) Urgencias y Farmacia Hospitalaria, y (6) Protocolo terapéutico.

El documento fue contrastado con la evidencia disponible y la experiencia en los centros de los expertos participantes.

1.4. Alcance

Aplicación en todo el SSPA y para todos los pacientes con HS, en todas aquellas Unidades clave implicadas en su manejo (Atención Primaria, Dermatología General, Consulta Monográfica, Cirugía General y Plástica, Servicios de Urgencias, Farmacia Hospitalaria y Enfermería).

2. Recomendaciones para el proceso asistencial del paciente con hidradenitis supurativa

Las reuniones del grupo de trabajo tuvieron como objetivo analizar las distintas realidades actuales en el manejo clínico de la HS en Andalucía, identificar barreras y, a partir de ello, proponer roles específicos para cada especialista, así como consensuar las rutas ideales y los protocolos para Andalucía.

A continuación, se describe lo recogido en las sesiones con el grupo de trabajo para cada nivel asistencial, incluyendo Atención Primaria, Dermatología (General, Mixta y Consulta monográfica), Farmacia Hospitalaria y Urgencias.

2.1. Atención Primaria

2.1.1. Análisis de barreras identificadas (Tabla 1)

Atención Primaria es la principal puerta de entrada de los pacientes con lesiones en fases iniciales y concentra retos estructurales, tanto propios como de coordinación con Dermatología, especialmente en la derivación. A continuación, se sintetizan los problemas identificados por el grupo de trabajo y las soluciones propuestas para abordar cada uno de ellos.

Tabla 1. Análisis de barreras identificadas

Reto	Propuesta de solución
<p>Rotación de los facultativos. Los nuevos facultativos no conocen los criterios de derivación y manejo en la nueva área sanitaria</p>	Implementación de protocolos homogéneos de derivación, diagnóstico y tratamiento que reduzcan las diferencias en el enfoque del manejo y la discontinuidad en la historia clínica
<p>Desconocimiento de la historia natural de la patología y estigmatización y banalización. Se siguen usando seudónimos antiguos, como «golondrino», que banalizan la enfermedad, perpetuando el problema</p>	<p><i>Awareness</i> de la patología:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formación continuada acreditada con enfoque práctico con uso de imágenes de lesiones Intervención en congresos de Atención Primaria (SEMERGEN y SAMFyC) incluyendo grabación Rotaciones cortas de AP en consultas de HS Involucrar a los Colegios profesionales de Enfermería
<p>Dificultad para identificar las formas leves. Como, por ejemplo, las formas foliculares. Además, los pacientes suelen acudir a consulta por primera vez cuando tienen más de un área anatómica afectada</p>	<p>Formación continuada centrada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ventana de oportunidad e identificación de necesidad de tratamiento médico vs. quirúrgico Identificación de la enfermedad: lesiones típicas de HS y refuerzo de las lesiones que no son típicas de HS Manejo antibiótico correcto Videos sobre drenaje de abscesos e infiltración de corticoides
<p>Uso inadecuado de antibióticos en 1.ª y 2.ª línea, llevando a un uso excesivo de antibióticos durante el retraso diagnóstico. Uso extendido de amoxicilina/ácido clavulánico. No siempre se usan los antibióticos durante el tiempo necesario para que tengan acción antiinflamatoria</p>	Implementación de protocolo homogéneo de tratamiento antibiótico

Tabla 1. Análisis de barreras identificadas

Reto	Propuesta de solución
<p>Desconocimiento del flujo asistencial actual de la enfermedad y los criterios de derivación. Se deriva a Cirugía Plástica antes de una evaluación dermatológica, pudiendo infraestimar la naturaleza inflamatoria de las lesiones</p>	<p>Formación continuada que refuerce la ventana de oportunidad y la identificación de necesidad de tratamiento médico vs. quirúrgico</p> <p>Ya en práctica: establecimiento de un <i>checklist</i> que incluya el requerimiento de teleconsulta con Dermatología previamente a derivación a Cirugía Plástica</p>
<p>Falta de homogeneidad en el circuito de derivación. Su implementación depende de cada distrito o centro</p>	<p>Protocolo unificado de derivación</p>
<p>Desconocimiento de la existencia o funcionamiento de las Consultas monográficas</p>	
<p>Ineficiencias en el seguimiento del paciente diagnosticado crónico una vez vuelve a Atención Primaria desde Dermatología</p>	<p>Protocolo de seguimiento que defina distintos niveles de actuación según gravedad o etapa de la enfermedad</p>
<p>Falta de definición del papel que puede tomar Enfermería de Atención Primaria en el manejo del paciente y soporte al médico de Atención Primaria</p>	<p>El papel de enfermería en educación sanitaria puede ser clave para empoderar al paciente, además de reforzar medidas no farmacológicas y seguimiento telefónico de posibles nuevas lesiones en los pacientes tratados</p>

Hay que tener en cuenta que, en general, en todo el Sistema de Atención Primaria existe una situación de **sobrecarga asistencial** con unos **tiempos de espera largos**, que pueden provocar que algunos pacientes acudan directamente a Urgencias.



¿Qué retos existen en Dermatología?

Reto	Propuesta de solución
<p>Heterogeneidad en el manejo del paciente según el conocimiento y actualización de los últimos avances en la enfermedad que tenga el dermatólogo. Diferencias entre los dermatólogos más y menos expertos en HS, no solo en AP</p>	<p>Formación continuada avanzada</p>

¿Qué problemas de coordinación existen entre AP y Dermatología?

Reto	Propuesta de solución
<p>Falta de comunicación directa entre Atención Primaria y Dermatología. Implementación de herramientas de teleconsulta no eficiente. Necesidad de establecer una comunicación más directa</p>	<p>La teleconsulta, más sencilla y adaptable con plantillas, es el canal preferente en HS. Se propone estructurar la teleconsulta desde AP mediante la estandarización de una plantilla específica para HS que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de lesiones • Localización • Tiempo de evolución • Tratamiento previo, si lo ha habido • Idealmente, evaluación de la calidad de vida • Se prefiere aplazar la analítica de base por Dermatología, por si fuera necesario valorar otros parámetros antes del inicio de biológicos
<p>Historia clínica incompleta o falta de información del caso clínico en la derivación, como anamnesis o pruebas complementarias</p>	
<p>Falta de fotografías de las lesiones que permitan evaluar la gravedad. Suficientes para diagnosticar, aunque no se suelen fotografiar todas las áreas.</p>	
<p>Falta de coordinación y fluidez en el seguimiento de comorbilidades y en la renovación de recetas para tratamientos asociados, así como dudas o efectos adversos</p>	<p>Motivos de teleconsulta específicos para dudas o para renovación de una receta</p>

2.1.2. Protocolo para Atención Primaria

2.1.2.1 Criterios de gravedad

Se simplifican los criterios usando solo dos categorías prácticas, eliminando el nivel «moderado» a favor de la categoría moderado-grave (Tabla 2).

2.1.2.2. Abordaje terapéutico y derivación en Atención Primaria

Se propone un protocolo dirigido al tratamiento de 1.ª línea en Atención Primaria y a la derivación a Dermatología.

- Si el paciente con enfermedad leve presenta un único nódulo, valorar el uso de clindamicina tópica.
- Si presenta lesiones múltiples, valorar el uso de doxiciclina sistémica (100 mg/c 12 h o 200 mg/c 24 h) durante 10 a 12 semanas (dependiendo de la respuesta).

Si no se observa respuesta con doxiciclina, debe plantearse la derivación a Dermatología.

No deben prescribirse otros antibióticos tras el fallo al primero antes de derivar a Dermatología. Solo en casos excepcionales (intolerancia a doxiciclina, interacción con otros medicamentos u otras incompatibilidades, como embarazo) puede valorarse la prescripción de clindamicina de inicio (300 mg p.o. c/12 h 10-12 semanas).

- Si el paciente presenta un absceso, valorar el uso combinado de clindamicina tópica junto con doxiciclina sistémica. Si el absceso es fluctuante, valorar el drenaje. Si no es fluctuante, valorar la inyección intralesional con triamcinolona acetónido.
- Si la paciente en edad fértil presenta un claro empeoramiento perimenstrual, valorar la prescripción de anticonceptivos con dienogest o drospirenona.

Tabla 2. Criterios de gravedad

Leve	Moderado-grave
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de ≤3 nódulos inflamatorios o 1 absceso + 1 nódulo inflamatorio • Debe considerarse que un absceso >21 días de duración está transformándose en un túnel o fístula 	<ul style="list-style-type: none"> • En general, todos aquellos pacientes con un recuento de lesiones mayor al anterior (≥3 nódulos, abscesos múltiples, túneles) • DLQI ≥10

2.1.2.3 Evaluación de la respuesta al tratamiento

En general, se destaca que desde Atención Primaria se ejerce un seguimiento poco estructurado tras la evaluación inicial e instauración de tratamiento. Se propone revalorizar el seguimiento que se indica en la Tabla 3.

2.1.2.4. Derivación eficiente desde Atención Primaria a Dermatología

Información que debe acompañar la teleconsulta/derivación:

- **Motivo de sospecha:** HS.
- Información imprescindible:
 - **Mínimo requerido:** fotografías de **TODAS** las regiones afectadas para evaluación de lesiones y localización.

Información ideal para agilizar la clasificación

- **N.º de lesiones:** recuento de nódulos, abscesos y túneles.
- **Localización:** áreas afectadas y recurrencia.
- **Evolución:** tiempo desde el inicio de los síntomas.

Información adicional recomendada

- **Tratamientos previos** (farmacológicos y quirúrgicos).

- **Factores de riesgo:** peso y altura. Si es fumador, n.º de cigarrillos/día.
- **Antecedentes familiares.**
- **Comorbilidades** (diabetes, síndrome metabólico, enfermedad inflamatoria intestinal [EII]).

Priorización en la citación

Muy graves / activos

Citación urgente en 2-3 semanas

Moderados-graves

Citación priorizada en 4-8 semanas

Moderados (estables)

Cita ajustada a la lista de espera de la consulta monográfica o referente HS

OPCIONAL

Solicitar y adjuntar **perfil analítico** (hemograma, bioquímica hepática, lipídica y renal) para agilizar el proceso

Tabla 3. Evaluación de la respuesta al tratamiento

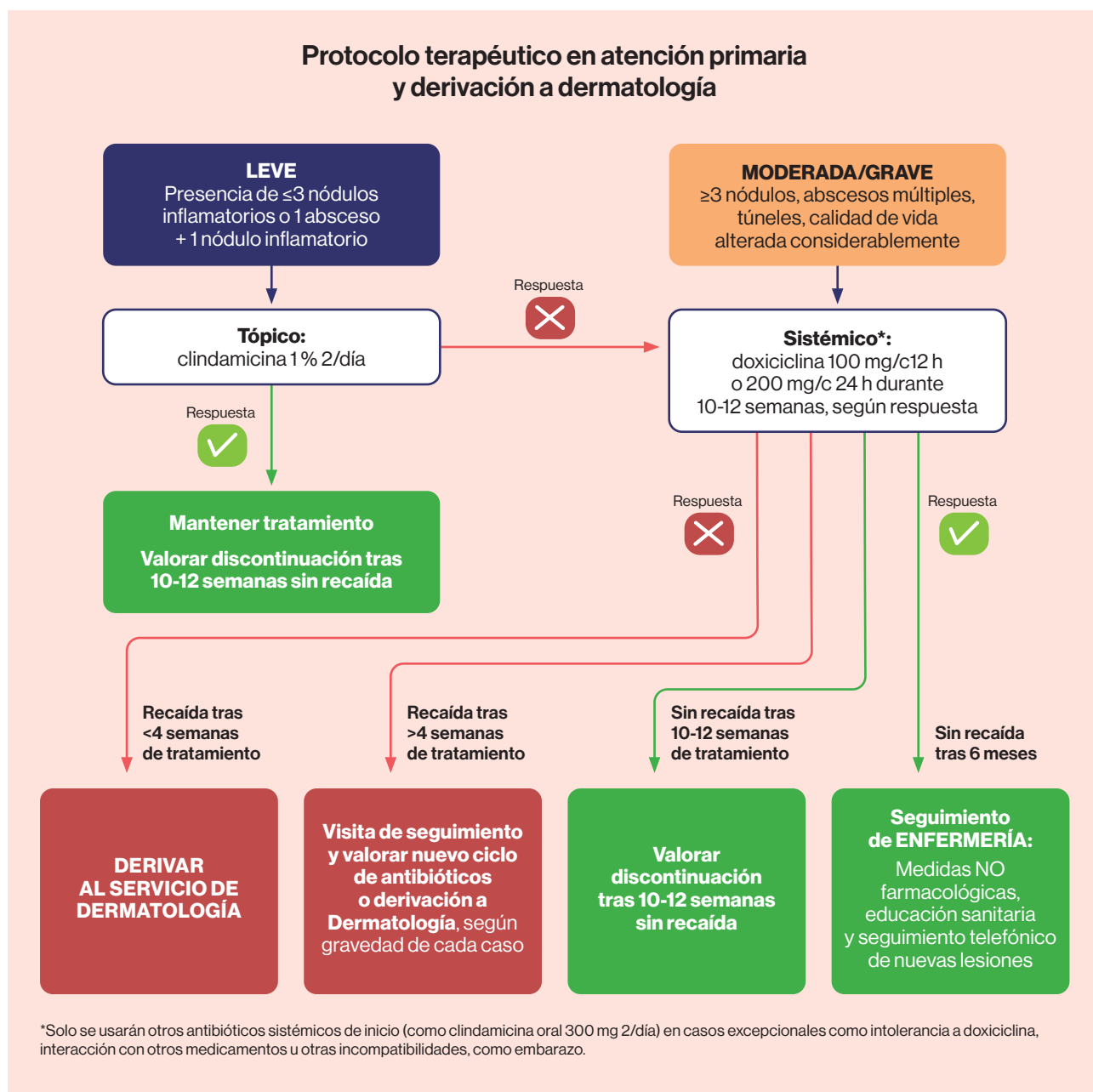
Supuesto clínico	Acción
Recaída tras <4 semanas desde inicio de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar a Dermatología (teleconsulta o derivación convencional)
Recaída tras >4 semanas tras inicio de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con enfermedad leve en tratamiento previo con clindamicina tópica: escalar a doxiciclina (100 mg/12 h o 200 mg/24 h durante 10-12 semanas) • Paciente con enfermedad leve en tratamiento previo con doxiciclina o intolerancia a la misma: derivar a Dermatología (no pautar otros antibióticos antes de derivar)
Sin recaída a las 10-12 semanas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Visita de seguimiento para valorar respuesta y posible discontinuación/plan de mantenimiento. Refuerzo de educación y autocuidados
Sin recaída tras 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar impulsar el rol de enfermería reforzando medidas no farmacológicas, educación sanitaria y seguimiento telefónico de posibles nuevas lesiones

Teniendo en cuenta que la carga asistencial puede variar entre diferentes zonas o centros, cuando la Consulta monográfica tenga capacidad suficiente, el paciente debería ser derivado directamente a ella.

En caso contrario, se seguirá un modelo mixto, de modo que una parte de los pacientes sea atendida en la Consulta monográfica y otra en el Servicio general de Dermatología (este tema se abordará en el siguiente apartado).



2. Recomendaciones para el proceso asistencial del paciente con hidradenitis supurativa



2.2. Servicio de Dermatología

2.2.1 Análisis de barreras identificadas

El seguimiento actual del paciente con HS en Andalucía presenta diversas dificultades debido a limitaciones estructurales:

- Las consultas de Dermatología general están saturadas y apenas permiten 7-10 minutos por paciente.
- Inseguridad con la enfermedad de algunos dermatólogos generales, que prefieren derivar rápidamente estos casos.
- Las Consultas monográficas son escasas y, cuando existen, se encuentran sobrecargadas.

- La ecografía apenas se utiliza en diagnóstico y seguimiento.
- La atención a las comorbilidades propias de la enfermedad es limitada.
- La elevada rotación de las plazas de enfermería provoca un apoyo inestable al especialista.

La atención al paciente con HS implica exploración clínica, registro detallado en la historia, gestión de analíticas, derivaciones para pruebas relacionadas con biológicos y una elevada carga burocrática. A menudo, el propio especialista es el único encargado de realizar estas tareas.

La asistencia especializada al paciente con HS actualmente se puede clasificar en **tres realidades asistenciales** (Tabla 4).

La HS es una patología compleja de abordar, por lo que muchos dermatólogos prefieren derivar a los pacientes hacia niveles cada vez más especializados. Al final observamos que el dermatólogo que se va especializando en la enfermedad recorre los tres niveles asistenciales.

2.2.2. Protocolo para Dermatología

Como ya se ha recomendado para Atención Primaria, el enfoque del manejo clínico en todos los niveles asistenciales de Dermatología debe partir del conocimiento de la importancia del tratamiento precoz y de la ventana de oportunidad, considerando un primer ciclo antibiótico de primera línea y, si falla, valorar tratamiento biológico temprano, siempre individualizando en cada paciente.

Las decisiones clínicas deben individualizarse según el estado del paciente, comorbilidades y disponibilidad de recursos. Mantener la comunicación con los equipos de Coloproctología, Cirugía General/Plástica, Medicina Preventiva, Endocrinología y Salud Mental para un abordaje multidisciplinar.

2.2.2.1. Nivel 1: Servicio de Dermatología General

2.2.2.1.1. Primera visita en Dermatología

En la Tabla 5 se resumen los elementos que se consideran imprescindibles en una primera visita dermatológica de un paciente con HS, considerando las limitaciones de tiempo en consulta (Tabla 5).

2.2.2.1.2. Pruebas complementarias

Dejando aparte analíticas generales (hemograma, velocidad de sedimentación globular [VSG], lípidos, transaminasas, etc.), **no se contemplan pruebas complementarias en esta primera visita de Dermatología General**, dada la limitación de tiempo por visita y la frecuente falta de recuento de lesiones, que hacen difícil la identificación de perfiles de paciente leves con alta probabilidad de progresión. Tampoco serían necesarias analíticas de confirmación de comorbilidades.

2.2.2.1.3. Visita de seguimiento

En la visita de seguimiento se deberá obtener la siguiente información:

- Nuevos brotes y/o evolución desde la última visita.
- Si hubo brote/s, ¿cómo se trataron?
- Posibles cambios/discontinuación de tratamiento.
- Hurley.
- Zonas corporales afectadas.
- Presencia de nódulos/abscesos/túneles.
- Dolor (nada/poco/medio/mucho) o escala EVA.
- Calidad de vida.

2.2.2.1.4. Frecuencia de visita

El seguimiento es pragmático. Dependiendo de la evolución y gravedad de la enfermedad de cada paciente, se considerarán distintas frecuencias de visita de seguimiento (Tabla 6).

Ante brotes entre visitas en paciente moderado-grave, se habilita acceso por Urgencias con derivación preferente posterior a Dermatología.

Es necesario construir un modelo común adaptable a cualquier realidad asistencial, garantizando un «mínimo viable» de atención homogénea, estableciendo las variables a controlar y seguir en el paciente en cada nivel asistencial.



Tabla 4. Realidades asistenciales

01	02	03
Sin consulta monográfica y manejo solo por dermatólogos generales	Dermatología general con derivación de los casos más complejos	Casi todos los pacientes de HS atendidos allí
Servicio de Dermatología General	Servicio mixto	Servicio con Consulta monográfica consolidada

Tabla 5. Primera visita en Dermatología

Información de anamnesis	¿Cuándo?	Fuente	Solución
Antecedentes médicos generales y personales, hábitos tóxicos y alergias	Siempre	Desde la historia clínica del paciente o la propia anamnesis	Estandarizar un breve cuestionario « CORE mínimo » de anamnesis y exploración rápida
Comorbilidades Preguntar por las patologías más comunes (p. ej., clínica osteoarticular, trastornos psiquiátricos, EII, etc.)	Siempre		
Tratamientos y cirugías previos	Siempre		
<ul style="list-style-type: none"> • Hurley • Zonas corporales afectadas • Presencia de nódulos/abscesos/túneles 	Siempre	Exploración	
Recuento de lesiones	Idealmente	Exploración	
Valoración general del dolor	Siempre	Anamnesis	Preguntar por dolor (nada/poco/medio/mucho) o usar escala EVA

Tabla 6. Frecuencia de visita

Paciente leve	Paciente moderado-grave
Cada 6 meses (rango 3-9 meses según evolución)	Cada 3 meses

2.2.2.1.5. Manejo de comorbilidades

El dermatólogo general debe hacer un primer cribado inicial rápido de las patologías más comunes (p. ej., clínica osteoarticular, trastornos psiquiátricos, EII, etc.), pero el paciente será remitido a Atención Primaria o al especialista hospitalario pertinente para el manejo final de las comorbilidades, según tipo y gravedad.

2.2.2.2. Nivel 2: Servicio mixto. Dermatología General con acceso a una Consulta monográfica

En este supuesto, será importante que el dermatólogo general pueda ser autónomo en el manejo de la enfermedad, aunque deberá valorar la derivación a la Consulta monográfica en aquellos casos más complejos. Además del protocolo descrito en el punto anterior (1.º Nivel), también se aplica a este segundo. El siguiente paso en este nivel será el establecimiento de los criterios de derivación a Consulta monográfica.

2.2.2.2.1. Criterios de derivación a la Consulta monográfica

La Consulta monográfica liderará los casos complejos y aquellos candidatos a biológico/cirugía. Se contemplará

la derivación desde Dermatología General cuando el paciente presente:

- Túneles múltiples.
- Brotes recurrentes.
- Presencia de múltiples abscesos.
- Localizaciones de riesgo (zona perianal, cabeza/cuello).
- Perfil joven y rápido progreso.
- Perfil inflamatorio.
- Indicación de cirugía (según experiencia del dermatólogo general).
- Indicación de tratamiento biológico (tras fallo a primer tratamiento, según carga asistencial del Servicio)*.

*El dermatólogo general deberá poder valorar la prescripción del primer tratamiento biológico en pacientes moderados-graves. Si se deriva a la Consulta monográfica con indicación de biológico en pacientes graves o muy graves, se realizará analítica previa a tratamiento biológico antes de la derivación. Si ya se ha instaurado el tratamiento biológico y tras la visita de seguimiento (p. ej., a los 4 meses) no hay control, también se derivará a Consulta monográfica. El seguimiento una vez alcanzado el control se realizará desde Dermatología General o Atención Primaria.

2.2.2.3. Nivel 3: Consulta monográfica

La Consulta monográfica de HS se reserva para casos moderados-graves, refractarios, con comorbilidades/contraindicaciones específicas o fenotipos complejos.

Dermatología General inicia y optimiza el manejo de pacientes leves-moderados, y realiza el seguimiento una vez controlados los casos procedentes de la Consulta monográfica.

Por lo tanto, **el paciente entra en Consulta monográfica para un control intensivo, y, una vez controlado, regresa a Dermatología General para seguimiento periódico.**

Para garantizar una atención adecuada, la primera visita debería disponer de al menos 20 minutos, de modo que se pueda recoger toda la información fundamental y las pruebas complementarias necesarias. Las visitas de seguimiento requerirían un mínimo de 15 minutos y, en conjunto, lo ideal sería no superar los 15 pacientes atendidos por día. Un modelo ideal requiere más tiempo y menor carga asistencial, pero la realidad actual de muchas Consultas monográficas no lo permite.

2.2.2.3.1. Primera visita en la Consulta monográfica de HS

Una vez el paciente se derive a este nivel, a pesar de que la carga asistencial puede seguir siendo muy alta, se considerará imprescindible un manejo que incluya la recogida de la siguiente información, así como el **uso de la ecografía** para la valoración de la enfermedad, siempre que sea posible:

Anamnesis

- Antecedentes personales y familiares
- Historia de la enfermedad
- Hábitos tóxicos
- Comorbilidades
- Tratamientos y cirugías previas
- Intención reproductiva
- Factores relacionados con la probabilidad de empeoramiento de la enfermedad
- Recuento de lesiones y localización
- Descartar presencia de túneles
- Hurley
- IHS4
- Dolor
- Escala de Calidad de Vida
- Exploración de las lesiones mediante ecografía, si es necesario

2.2.2.3.2. Vigilancia de comorbilidades

En Consulta monográfica se realizará el **cribaje de comorbilidades y, en función de este, se realizará interconsulta o teleconsulta con otras especialidades** según el caso (principalmente Endocrinología).

2.2.2.3.3. Visita de seguimiento en la Consulta monográfica de HS

Anamnesis

- Evolución de las comorbilidades
- Cambios en tratamientos o posibles nuevas cirugías
- Factores relacionados con la probabilidad de empeoramiento de la enfermedad
- Recuento de lesiones y localización
- Descartar presencia de *sinus tracts*
- Hurley
- IHS4
- IHS55 (control de la enfermedad)
- HiSCR50
- Número de brotes entre consultas y cómo se han abordado
- Dolor
- Escala de Calidad de Vida/EVA
- Exploración de las lesiones mediante ecografía, si es necesario. *La necesidad de la exploración por ecografía es mayor cuanto menos evidente es la presentación clínica, o cuando existe discrepancia entre la gravedad objetiva y subjetiva (p. ej., un paciente aparentemente leve o moderado que afirma padecer una enfermedad más grave). También se utiliza para evaluar la efectividad de los fármacos biológicos, que en etapas iniciales puede no ser muy evidente clínicamente pero sí a nivel inflamatorio*
- Preguntar de forma general por adherencia al tratamiento. Se puede usar la escala *Morisky-Green*
- En pacientes graves, uso de resonancia magnética (RM) o ecografía endo o perianal cuando exista afectación de tales zonas anatómicas

2.2.2.3.4. Control de la enfermedad

Se considerará controlado aquel paciente que cumpla los siguientes criterios:

- IHS4 <7.
- Escala de dolor <3.
- 12 meses sin brotes (según valoración clínica).
- Ausencia de progresión en las áreas anatómicas afectadas.

La valoración según estos criterios servirá para definir la frecuencia de las siguientes visitas de seguimiento.

Tabla 7. Recomendaciones orientativas de seguimiento

Perfil de paciente	Frecuencia de visita en Consulta monográfica
Paciente controlado	12 meses
Paciente leve (IHS4 <10)	Cada 6 meses (rango de 3-9 meses según evolución)
Paciente grave (IHS4 >10)	Cada 3-4 meses
Paciente extremadamente grave y/o inestable	Mensual (cita individualizada según cada paciente)

Si el paciente controlado o leve está en tratamiento biológico, se puede plantear una frecuencia de control mayor, para realizar control analítico, cada 4 meses.

2.2.2.3.5. Seguimiento

El paciente controlado volverá a Dermatología General para seguimiento periódico, y, ante el primer brote tras retorno a Dermatología General, reingresará en Consulta monográfica. Se definirá la frecuencia de visita de forma individualizada para cada paciente, pero se proponen unas recomendaciones orientativas según control y gravedad de la enfermedad (Tabla 7).

2.3. Servicio de Cirugía

Toda sospecha de HS vista en Cirugía debe derivarse a Dermatología, preferentemente mediante teleconsulta con fotografías clínicas e historia del paciente.



Dermatología lidera el diagnóstico, realiza la estratificación (Hurley e IHS4), controla la inflamación y decide el abordaje (médico, quirúrgico o combinado). Este principio no es una formalidad administrativa; es la condición necesaria para que la cirugía sea eficaz, porque **es fundamental optimizar médicamente al paciente antes de una cirugía mayor para controlar la inflamación, reducir la recurrencia posquirúrgica y minimizar la resección.**

La participación de Cirugía en el manejo de la HS es un componente esencial para resolver lesiones estructurales, controlar brotes complicados y reducir recurrencias. Sin embargo, su valor depende de que exista una coordinación real y trazable con Dermatología.

Los pacientes pueden llegar a Cirugía por derivaciones heterogéneas, en ocasiones sin una evaluación

dermatológica previa o sin una descripción clínica mínima que permita decidir indicación, momento y alcance de la intervención. Esto favorece decisiones quirúrgicas poco alineadas con el componente inflamatorio de la enfermedad y dificulta la continuidad asistencial. La experiencia del Grupo de Trabajo muestra que, cuando se establece una coordinación estable, los cirujanos pasan de considerar la HS como una patología ingrata con altas tasas de recidiva a aceptar el papel complementario de la cirugía dentro de un plan terapéutico liderado por Dermatología. La clave es que el paciente llegue al cirujano con el tratamiento médico optimizado, lo que reduce dramáticamente la recurrencia posquirúrgica.

Se propone un modelo escalonado, con distintos niveles organizativos que permitan adaptar la coordinación Dermatología-Cirugía a la realidad de cada área sanitaria, manteniendo un mínimo común replicable. Todos los niveles son válidos; lo esencial es adoptar un circuito que sea conocido por los profesionales implicados y que pueda reproducirse según los recursos disponibles (Tabla 8).

2.3.1. Niveles de coordinación Dermatología-Cirugía

La asistencia especializada al paciente con HS se puede organizar según tres niveles de coordinación, adaptables a las realidades de cada centro:

2.3.1.1. Nivel 1: coordinación básica

En este nivel, **Cirugía actúa como apoyo a Dermatología mediante un canal formal de interconsulta o teleconsulta,** con criterios claros de qué casos deben valorarse y qué información mínima debe acompañar la solicitud. El objetivo es evitar derivaciones a ciegas y ase-

Tabla 8. Distribución de roles quirúrgicos

Dermatología	Cirugía General	Cirugía Plástica	Enfermería Especializada
<p>En los centros donde Dermatología dispone de autonomía quirúrgica (quirófano propio o acceso a sala de cirugía menor), asume los procedimientos menores y de complejidad intermedia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incisión y drenaje de abscesos • Escisiones locales y <i>deroofting</i> de túneles simples • Infiltraciones intralesionales de corticoides (triamcinolona) • <i>Punch</i> biopsia y <i>punch</i> escisional • Escisiones algo más amplias, según la autonomía quirúrgica del Servicio, la disponibilidad de quirófano y anestesista <p>En los centros donde Dermatología no tiene quirófano propio, estos procedimientos pasan a Cirugía General o se realizan en sala de curas con anestesia local, según la política del centro</p>	<p>Cirugía General asume las intervenciones de mayor envergadura y las localizaciones complejas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escisiones locales más amplias que las que asume Dermatología • Manejo quirúrgico de lesiones extensas o profundas, especialmente en la zona perianal • Coloproctología: los casos con afectación perianal, perineal o glútea tienen particularidades anatómicas (cercanía al esfínter, riesgo de estenosis, necesidad de valoración funcional) que hacen recomendable la implicación de Coloproctología. Según el criterio del equipo, puede ser necesaria una valoración con RM pélvica o ecografía endoanal previa a la intervención • <i>Sinus</i> pilonidal asociado o concomitante 	<p>Cirugía Plástica, y en casos seleccionados Urología o Ginecología, participan en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localizaciones especiales: genital, facial u otras que requieran experiencia específica • Reconstrucciones complejas con colgajos locales o regionales e injertos de piel • Técnicas avanzadas de cicatrización (p. ej., terapia de presión negativa/VAC) <p>En algunos centros, Cirugía Plástica también asume escisiones amplias desde el inicio cuando la afectación anatómica lo requiere. La decisión debe formalizarse en el PNT del centro para evitar que el paciente sea derivado entre Servicios sin un criterio claro</p>	<p>Enfermería tiene un papel asistencial directo en el componente quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento posquirúrgico y programación de curas • Curas complejas (lesiones abiertas, cierre por segunda intención) • Manejo de la analgesia postoperatoria y educación al paciente sobre el cuidado de la herida

ADAPTABILIDAD: el reparto exacto de roles quirúrgicos dependerá de la autonomía quirúrgica de Dermatología y de los recursos (anestesista, quirófanos) disponibles en cada hospital o área sanitaria. Lo relevante no es qué Servicio opera, sino que la distribución esté formalizada y sea conocida por todos los implicados.

gurar que el caso llega bien descrito para decidir si la indicación es quirúrgica, si requiere optimización médica previa o si precisa priorización.

Dermatología mantiene el liderazgo del plan terapéutico global, y Cirugía aporta criterio técnico sobre procedimientos, secuenciación y riesgos. Este nivel es aplicable con coste organizativo bajo y sin cambios estructurales,

siempre que el canal y el contenido mínimo de la consulta estén estandarizados.

2.3.1.2. Nivel 2: coordinación intermedia

Este nivel añade una **dinámica de revisión conjunta de casos entre Dermatología y Cirugía de forma periódica o cuando exista necesidad**, incluso sin presencia del paciente, para acordar estrategia y priorización.

2. Recomendaciones para el proceso asistencial del paciente con hidradenitis supurativa

Permite alinear la indicación quirúrgica con el estado inflamatorio, revisar casos con recurrencias o trayectorias complejas, y definir qué pacientes requieren valoración presencial conjunta. Mantiene la eficiencia ya que evita citas duplicadas y reduce la variabilidad en criterios de derivación, al tiempo que refuerza la continuidad entre decisiones médicas y quirúrgicas.

En la práctica, este nivel puede materializarse como un comité dual (dermatólogo y cirujano de referencia) que se reúne bimensualmente para revisar los casos pendientes. Como se debatió en el Grupo de Trabajo, la mayoría de los centros andaluces ya mantienen este nivel informal a través de canales personales con el cirujano de referencia. Formalizarlo aporta trazabilidad y resiliencia ante cambios de personal.

2.3.1.3. Nivel 3: coordinación avanzada

En este nivel, **Dermatología y Cirugía valoran conjuntamente al paciente en consulta presencial**. Se recomienda especialmente en los siguientes escenarios:

- Lesiones estructurales, túneles o túneles complejos.
- Afectación anatómica de riesgo (perianal, genital, axilar bilateral extensa).
- Planificación de la cirugía coordinada con escalado terapéutico (p. ej., cirugía programada tras optimización con biológico).
- Recidivas posquirúrgicas que requieren replantear la estrategia.

La consulta conjunta facilita que el paciente reciba un mensaje único y coherente, mejora la toma de decisiones compartida y reduce cambios de criterio entre Servicios. En los centros que dispongan de este recurso, se puede diferenciar entre la consulta multidisciplinar (para casos comple-

jos que requieren decisión compartida) y la asistencia del dermatólogo al acto quirúrgico (para procedimientos moderados donde la presencia del dermatólogo aporta criterio sobre márgenes de escisión, estado inflamatorio perilesional y necesidad de tratamiento adyuvante).

2.3.2. Criterios de derivación: consulta monográfica vs. multidisciplinar

No todos los pacientes con indicación quirúrgica necesitan valoración multidisciplinar. En la Tabla 9 se proponen criterios de derivación orientativos..

2.3.3. Flujo bidireccional por teleconsulta

Se recomienda que el canal principal entre Dermatología y Cirugía sea la teleconsulta intrahospitalaria, que permite la transmisión de imágenes, la consulta asincrónica y la trazabilidad en la historia clínica (Tabla 10).

Los beneficios clave de la teleconsulta como canal de coordinación son:

- La priorización visual mediante fotografías.
- La agilidad en la decisión sin necesidad de consulta física simultánea.
- La reducción de la fricción en entornos de alta presión asistencial donde coordinar agendas presenciales resulta inviable.

***Alternativas para centros sin teleconsulta con imagen:** en los centros donde el sistema de información no permita la teleconsulta con imágenes adjuntas, se puede adaptar el modelo utilizando carpetas compartidas seguras para el intercambio de imágenes, combinadas con la interconsulta clásica entre Servicios. Lo relevante es que exista un canal formal, no que sea tecnológicamente sofisticado.

Tabla 9. Criterios de derivación

Derivación directa a la consulta monográfica de Dermatología	Derivación a consulta/comité multidisciplinar
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes leves-moderados sin criterio quirúrgico inmediato • Regiones axilares o inguinales no complejas, valorables por Dermatología • Nódulos aislados no profundos • Recidivas leves tras cirugía previa 	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada-grave (IHS4 \geq4) con recurrencias • Túneles, <i>sinus</i> o túneles subcutáneos • Afectación perianal, perineal o glútea • Candidatos a cirugía o duda de indicación quirúrgica • Localizaciones complejas que requieran planificación reconstructiva • Necesidad de ecografía prequirúrgica para mapeo de túneles

Tabla 10. Flujo bidireccional por teleconsulta

FLUJO DE TELECONSULTA	¿Cómo?	¿Cuándo?
De Dermatología a Cirugía	Teleconsulta con fotografías clínicas, plan médico actual y objetivo quirúrgico propuesto	Dermatología envía al paciente cuando la indicación quirúrgica está clara o cuando necesita criterio técnico del cirujano para decidir
De Cirugía a Dermatología	Teleconsulta con fotografías e historia del paciente para valoración inicial	Cirugía envía al paciente cuando recibe un caso de HS sin evaluación dermatológica previa y necesita que Dermatología confirme el diagnóstico y establezca el plan terapéutico

2.3.3.1. Dataset mínimo obligatorio

Toda solicitud de valoración quirúrgica, independientemente del canal utilizado, deberá incluir un contenido mínimo estandarizado para evitar devoluciones y asegurar que el cirujano dispone de la información necesaria para decidir (Tabla 11).

2.3.4. Modelo de flujo del proceso asistencial según puerta de entrada del paciente (Tabla 12)

Un escenario frecuente es que **el paciente con HS acceda al Sistema Sanitario por Cirugía (derivado des-**

de Urgencias o Atención Primaria) sin haber sido valorado previamente por Dermatología. En estos casos, Cirugía debe redirigir al paciente a Dermatología para la evaluación del componente inflamatorio y la planificación terapéutica global, pero mientras tanto puede prescribir un tratamiento puente para evitar que el paciente quede sin asistencia hasta la cita.

El puente terapéutico desde Cirugía tiene como objetivo el control del dolor y de la inflamación aguda, sin comprometer las futuras decisiones terapéuticas del dermatólogo.

Si el paciente presenta un absceso fluctuante con dolor intenso, Cirugía puede realizar incisión y drenaje bajo anestesia local como medida de alivio. Es importante documentar la intervención y comunicar al dermatólogo que se ha realizado drenaje.



Tabla 11. Contenido del dataset

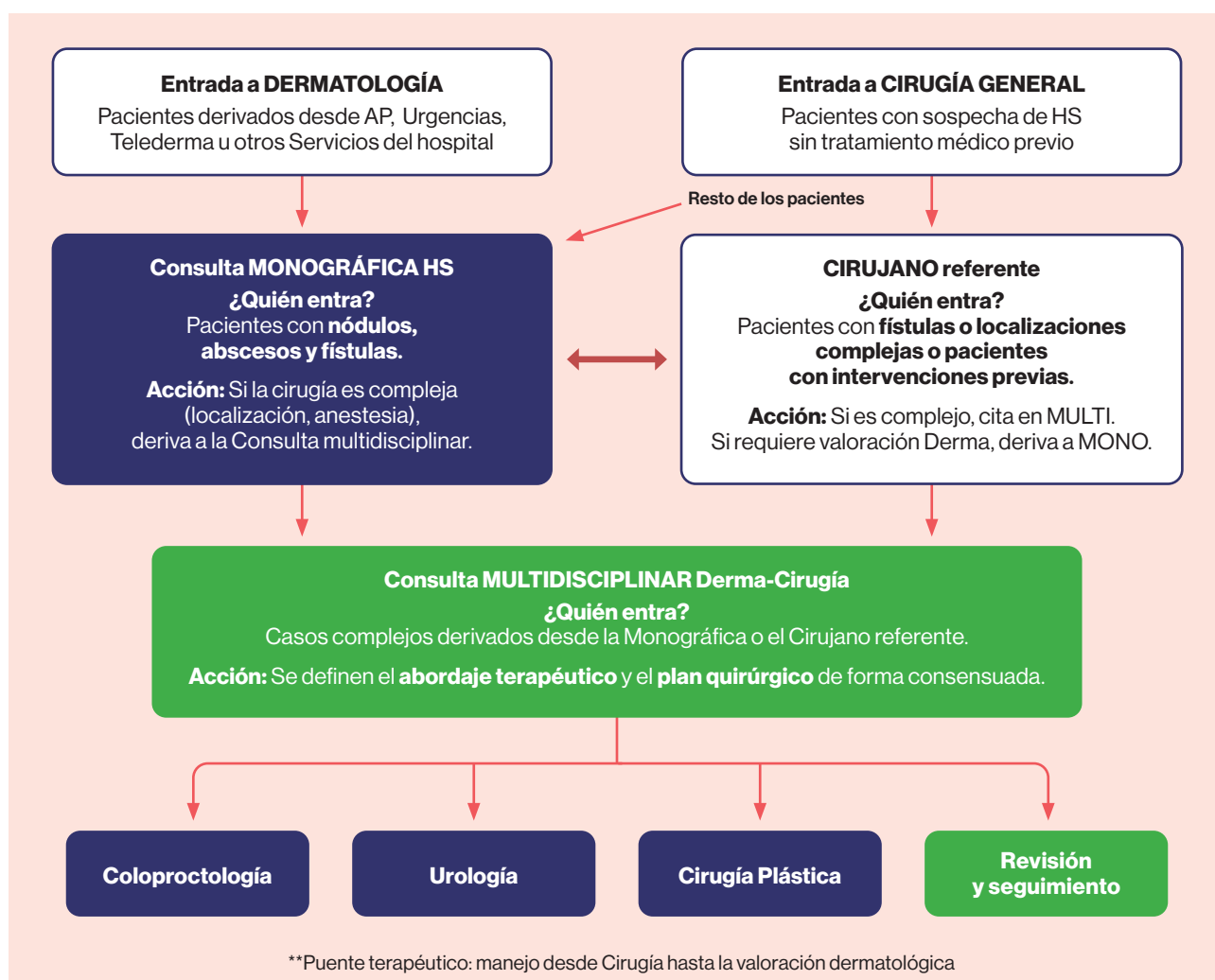
Campo	Contenido
Motivo y localización	Descripción de las lesiones, áreas afectadas, motivo de la consulta quirúrgica
Fotografías clínicas	Si procede, adjuntar imágenes clínicas de las lesiones
Estadificación	IHS4 estimado o recuento de lesiones; Hurley si consta
Historia terapéutica	Antibióticos previos (cuáles, duración, respuesta), biológicos (molécula, duración, respuesta), intervenciones quirúrgicas previas
Comorbilidades relevantes	IMC, diabetes, hábito tabáquico, estado de la analgesia actual
Analítica	Hemograma, bioquímica básica; serologías y Mantoux si se prevé biológico
Indicación quirúrgica sospechada	Tipo de intervención previsible; pruebas previas realizadas o necesarias (RM pélvica, ecografía cutánea de alta frecuencia)

Este dataset mínimo se aplica tanto para las interconsultas formales como para los casos que se discuten en el comité multidisciplinar.

2. Recomendaciones para el proceso asistencial del paciente con hidradenitis supurativa

Tabla 12. Flujo de proceso asistencial

Entrada por Dermatología	Pacientes derivados desde Atención Primaria, Urgencias, telederma u otros Servicios del hospital. Acceden a la consulta monográfica de HS, donde se atienden pacientes con nódulos y abscesos. Si la cirugía requerida es compleja (por localización, necesidad de anestesia general o extensión) o existe duda de indicación, se deriva a la consulta multidisciplinar
Entrada por Cirugía General	Pacientes con sospecha de HS sin tratamiento médico previo, que llegan directamente al cirujano referente. Estos pacientes ya suelen presentar túneles o localizaciones complejas. Si el caso es complejo, el cirujano lo cita en la consulta multidisciplinar. Si requiere valoración dermatológica previa —la mayoría de los casos—, se deriva a la Consulta monográfica de Dermatología
Consulta multidisciplinar Derma-Cirugía	Punto de convergencia para los casos complejos derivados desde la consulta monográfica o desde el cirujano referente. En esta consulta se definen de forma consensuada el abordaje terapéutico y el plan quirúrgico. Desde la consulta multidisciplinar, según el tipo de intervención, el paciente se deriva a Coloproctología, Urología, Cirugía Plástica, o directamente a revisión y seguimiento



2.3.4.1. Protocolo mínimo de actuación (entrada por Cirugía General) (Tabla 13)

Cuando la puerta de entrada sea Cirugía y antes de la derivación para valoración de Dermatología, es importante que desde Cirugía no se identifique la lesión como un evento quirúrgico aislado, sino como la manifestación de una enfermedad inflamatoria dermatológica. El objetivo es asegurar el control por Dermatología antes de llegar a cirugías mayores.

2.4. Funciones de enfermería

El papel de enfermería en la atención a la HS resulta fundamental para optimizar el abordaje de los pacientes en consulta, aunque se ve condicionado por la falta de plazas estables, la elevada rotación y la escasez de recursos.

La experiencia de las Unidades de referencia muestra que la enfermería dedicada a HS no es un rol auxiliar, sino el nexo entre el paciente, el dermatólogo, el cirujano, Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria. Los programas con enfermería dedicada logran mayor adherencia terapéutica, mejor recogida de resultados comunicados por el paciente, detección precoz de efectos adversos de fármacos biológicos, reducción de visitas a Urgencias por brotes y mayor satisfacción con el proceso de atención.

2.4.1. Funciones priorizadas

Se establecen prioridades de funciones según disponibilidad:

- Curas posquirúrgicas*.
- Anamnesis inicial en primera visita.
- Educación en salud y terapéutica.
- Seguimiento (registro de efectos adversos, calidad de vida, accesibilidad del paciente).

Dependiendo de cada Unidad de Gestión Clínica, se plantea el papel de enfermería sobre competencias en la revisión de resultados analíticos, que podrá valorarse en función de la disponibilidad de protocolos, formación suficiente y coordinación con Dermatología.

2.4.2. Consulta de Enfermería: estructura y tipos

Se recomienda que la Consulta de Enfermería en HS se organice en tres modalidades, adaptables según los recursos de cada centro:

- La **primera consulta** (30-45 minutos) incluye la valoración integral del paciente: antecedentes personales y familiares, hábito tabáquico, índice de masa corporal, comorbilidades, salud mental, conocimiento previo de la enfermedad, tratamientos actuales y autocuidado. Además, se administran los PROM basales

Tabla 13. Protocolo mínimo de actuación

0	Identificar: claves de sospecha	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de lesión (nódulo, absceso, fístula) • Localización (axilas, ingles, perianal) • Recurrencia (brotes repetidos)
1	Abordaje agudo-quirúrgico	Si hay absceso a tensión: incisión y drenaje para alivio inmediato
2	Abordaje antibiótico	Pautar antibiótico sistémico oral recomendado por el dermatólogo de referencia de su área sanitaria para la HS
3	Abordaje del dolor	Pautar analgesia (p. ej., AINE y/o analgésicos) según la necesidad del paciente
4	Valoración global y derivación	Iniciar la derivación (vía teleconsulta o interconsulta). Incluir en la derivación la información clave para Dermatología: localización, tipo de lesiones, recurrencia y tratamientos médicos previos (si son relevantes)
5	Derivación eficiente	Derivar al lugar adecuado en su área sanitaria para valoración por Dermatología: <ul style="list-style-type: none"> • Dermatólogo general (vía de entrada estándar) • Referente de HS (oficioso o experto) • Consulta monográfica (si existe) • Consulta multidisciplinar (si existe)

2. Recomendaciones para el proceso asistencial del paciente con hidradenitis supurativa

(DLQI, HADS, EVA dolor) y se proporciona la educación sanitaria inicial sobre qué es la HS, los factores agravantes y las expectativas de tratamiento.

- La **consulta de seguimiento** (15-20 minutos) se centra en evaluar la evolución clínica (IHS4, nuevas lesiones, respuesta al tratamiento), realizar las curas que procedan, recoger los PROM de seguimiento, reforzar los mensajes educativos y coordinarse con el dermatólogo si es necesario.
- La **consulta de brotes** permite el acceso sin cita previa para brotes agudos. La política de «puerta abierta» es una de las intervenciones más valoradas por los pacientes. **Reduce las visitas a Urgencias, evita el manejo subóptimo del brote y fortalece la relación terapéutica.** En esta consulta se evalúa la lesión, se realiza la cura local, se coordina con el dermatólogo si precisa ajuste terapéutico y se programa revisión en 48-72 horas.

2.4.3. Curas posquirúrgicas

Los cuidados posquirúrgicos en HS son la función más demandada de la enfermería especializada.



La diversidad de técnicas quirúrgicas (*deroofing*, STEEP, escisión amplia, colgajos, injertos) requiere que la enfermera conozca las particularidades del cuidado según el tipo de intervención y cierre realizado, adaptando la frecuencia de las curas, el tipo de apósito y los signos de alarma a cada situación.

El flujo ideal dentro de la Unidad será:

- Intervención quirúrgica (Dermatología/Cirugía).
- Dermatología o Cirugía cita al paciente con el Servicio de Enfermería pertinente para revisión postoperatoria**.
- A petición de enfermería, el dermatólogo revisará al paciente.

2.4.4. Educación sanitaria

La educación sanitaria es una función transversal que debe integrarse en todas las consultas, tanto en la primera visita como en el seguimiento. Los mensajes clave que la enfermera debe transmitir al paciente se incluyen en la Tabla 14.

Además, se propone la creación de un programa de **Escuela de Pacientes** con sesiones grupales periódicas que incluyan educación sobre la enfermedad, autocuidado, manejo emocional y sesiones de paciente experto. El formato híbrido (presencial y videoconferencia) permite ampliar el alcance e incluir a familiares y cuidadores.

**La primera cura se realizará preferiblemente en las primeras 72 horas tras la intervención. Se establecerán los signos de alarma que requieren consulta urgente: fiebre, eritema perilesional expansivo, exudado purulento maloliente, dehiscencia o sangrado activo.

Se recomienda la continuidad asistencial (misma enfermera para las curas del mismo paciente) siempre que sea posible, ya que mejora la confianza del paciente, el seguimiento de la herida y la detección precoz de complicaciones.

Asimismo, se recomienda entregar al paciente una guía impresa o digital con información sobre qué esperar tras la cirugía, cómo cuidar la herida en casa, los signos de alarma y el contacto directo con enfermería.

Tabla 14. Mensajes clave en educación sanitaria

Tema	Mensaje clave
Tabaquismo	El tabaco es el factor modificable más importante en la HS. Ofrecer consejo breve en cada visita e integrar el consejo de deshabituación tabáquica dentro de la propia consulta
Control de peso	Una pérdida moderada de peso (5-10 %) puede reducir la frecuencia de los brotes. Dieta mediterránea como patrón recomendado
Higiene y vestimenta	Lavado suave con <i>syndets</i> , ropa interior holgada de algodón, evitar el rasurado con cuchilla en zonas afectadas
Tratamiento	Importancia de la adherencia. Explicar qué esperar del tratamiento y en qué plazos. No automedicarse con antibióticos: el uso repetido genera resistencias y retrasa el acceso al tratamiento adecuado
Signos de alarma	Cuándo acudir a la Consulta de brotes o a Urgencias: fiebre con absceso, dolor incontrolable, supuración abundante
Apoyo emocional	Normalizar el impacto psicológico de la HS. Informar sobre la asociación de pacientes ASENDHI como recurso de apoyo entre pares. Derivar a Salud Mental cuando proceda

Tabla 15. Medición de resultados comunicados por el paciente (PROM)

Instrumento	Qué mide	Cuándo administrar
DLQI	Calidad de vida en Dermatología	Inicio y en cada cambio de línea terapéutica
HADS	Ansiedad y depresión	Inicio y anual
EVA dolor	Intensidad del dolor	En cada visita

2.4.5. Medición de resultados: PROM

La enfermería es el estamento ideal para la recogida sistemática de resultados comunicados por el paciente (PROM). La batería recomendada para el proyecto se muestra en la Tabla 15.

Ante resultados que indiquen un impacto significativo (DLQI ≥ 10 , HS-QoL-24 > 44 , HADS ≥ 8 en cualquier subescala), la enfermera debe comunicarlo al dermatólogo para valorar la intensificación del tratamiento o la derivación a Salud Mental.

2.4.6. Formación e implementación

Para implementar estas funciones, será esencial establecer:

- Protocolo y formación en curas posquirúrgicas.
- Protocolos de educación en salud y material digital homogéneo para transmitir al paciente (vídeos, infografías sobre tabaquismo, obesidad, ropa adecuada, autocuidado).
- Formación mínima en conceptos básicos de HS (diagnóstico, escalas Hurley e IHS4, comorbilidades), administración de biológicos subcutáneos, manejo de PROM y habilidades de comunicación empática.

2.4.7. Indicadores de actividad enfermera (Tabla 16)

Tabla 16. Actividad enfermera

Indicador	Meta año 1
Pacientes con valoración inicial completa	≥ 80 %
PROM recogidos en cada cambio de línea	≥ 70 %
Curas posquirúrgicas realizadas por enfermería HS	≥ 80 %
Brotos atendidos en < 48 h (puerta abierta)	≥ 70 %

2.5. Farmacia Hospitalaria

2.5.1. Análisis de barreras identificadas

Existe gran variabilidad en la dispensación y el seguimiento de los tratamientos biológicos, y los cambios de tratamiento solo pasan por un comité multidisciplinar en algunos hospitales, mientras que en otros no hay un comité formal. En este sentido, la implicación del Servicio de Farmacia Hospitalaria (FH) en los comités multidisciplinarios para la valoración de casos complejos concretos es heterogénea y varía entre hospitales.

El modelo ideal de coordinación entre Dermatología, FH y otras especialidades debe ser integrado y colaborativo, en el que la FH tome un rol asistencial activo como agente necesario para la validación, dispensación, educación y seguimiento terapéutico, alineado con los recursos reales del centro y con una buena integración entre servicios clínicos, los pacientes y su historia clínica.

En concreto, la FH debe participar en la decisión y seguimiento terapéuticos, estandarizar la educación al paciente, detectar efectos adversos y mejorar la eficiencia y seguridad, con una comunicación bidireccional con Dermatología. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la disponibilidad de tiempo en la FH también es limitada, dado el número de pacientes que atienden y el número cada vez mayor de patologías a gestionar.

A continuación, se definen los flujos prácticos y estándares mínimos comunes, adaptables por escenarios según disponibilidad de recursos en Dermatología, Enfermería, FH y sistemas de información, que variarán en cada centro.

2.5.2. Decisión terapéutica

El dermatólogo es el principal prescriptor en su propio centro. Debe ser quien indique el inicio de los tratamientos o cualquier modificación de estos; no obstante, en el caso de **tratamientos de manteni-**

2. Recomendaciones para el proceso asistencial del paciente con hidradenitis supurativa

miento, la dispensación de nuevas dosis podrá realizarse en cualquier Servicio de Farmacia Hospitalaria del SSPA, siempre que se disponga de la correspondiente hoja de derivación. Se proponen diferentes modelos adaptados según los distintos escenarios asistenciales:

MODELO A - Alta complejidad:

- Hospital con comité multidisciplinar activo en el que la **FH participa en el comité**.
- Decisión entre Dermatología y FH en casos complejos.

MODELO B - Complejidad media:

- **El farmacéutico es el referente consultor**.
- Dermatología consulta casos dudosos.
- FH valida siempre antes de dispensar.

MODELO C - Recursos limitados:

- FH valida técnicamente la prescripción.
- Dermatología lidera la decisión clínica.
- Canal ágil Dermatología-FH para dudas.

En **TODOS** los casos:

- FH valida siempre antes de dispensar.
- Debe existir un canal de comunicación bidireccional activo.
- FH propone ajustes (decisión final consensuada).

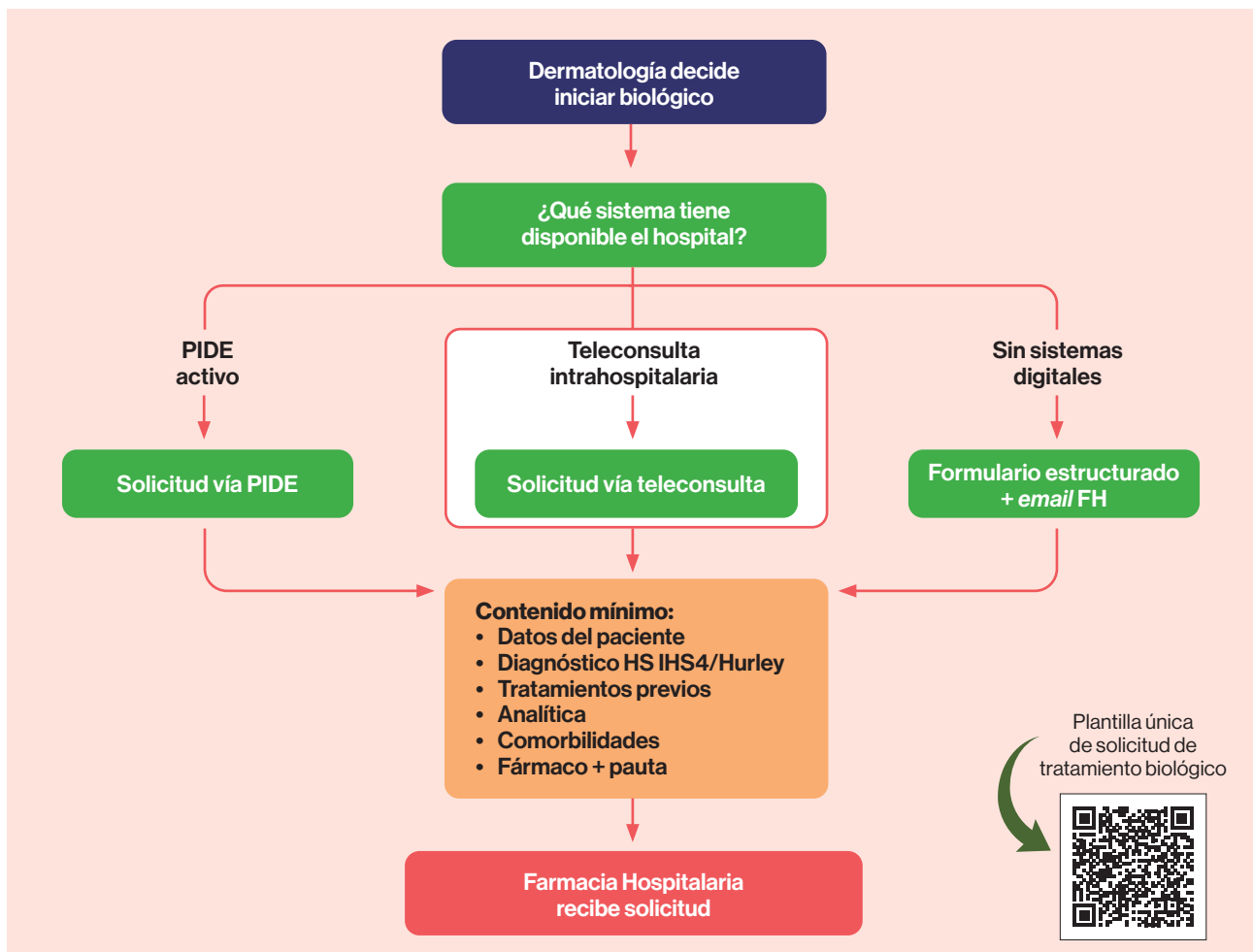
2.5.3. Solicitud y validación del tratamiento

Actualmente existe una gran variabilidad en los canales de solicitud entre hospitales: interconsulta a farmacia, prescripción intrahospitalaria en ATHOS o FarmaTool, plataforma PIDE, *mail*, carpetas compartidas o teleconsulta.

Se proponen diferentes opciones según el sistema que disponga el hospital:

- Opción 1: PIDE (si está disponible).
- Opción 2: **teleconsulta intrahospitalaria**.
- Opción 3: formulario estructurado + *email*.

Canal PREFERENTE:
teleconsulta intrahospitalaria



CHECKLIST DE VALIDACIÓN DE BIOLÓGICO

Aspectos e información mínima para validar el inicio o el cambio de un tratamiento biológico desde la FH³⁰

<input checked="" type="checkbox"/>	Datos del paciente (DNI, SIP, contacto)
<input checked="" type="checkbox"/>	El fármaco y la pauta solicitados (según ficha técnica)
<input checked="" type="checkbox"/>	Diagnóstico de HS con gravedad (Hurley II-III o IHS4 >4) para confirmar indicación (HS moderada-grave). Si es un cambio (<i>switch</i> terapéutico), aportar motivos
<input checked="" type="checkbox"/>	Sin contraindicaciones absolutas
<input checked="" type="checkbox"/>	Interacciones valoradas
<input checked="" type="checkbox"/>	Dosis y respuesta a los tratamientos previos (debe demostrarse fallo a tratamiento previo). Antibiótico (respuesta, duración) y biológicos, si aplica
<input checked="" type="checkbox"/>	Análítica prebiológico completa y vigente (<3 meses)
<input checked="" type="checkbox"/>	Comorbilidades relevantes (factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad y tabaquismo. Riesgo neurológico, riesgo de EII, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	Screening de infecciones; tuberculosis (Mantoux/IGRA [fecha + resultado]/VHB/VHC/VIH)
<input checked="" type="checkbox"/>	Estatus vacunal actualizado (derivación a Medicina Preventiva, si procede)

No se recomienda usar como canal oficial la llamada telefónica (solo urgencias o aclaraciones puntuales), WhatsApp (solo coordinación informal, no decisiones clínicas), *email* personal (conlleva problemas de trazabilidad) ni conversaciones (sin registro).

Todos los cambios de molécula deben quedar registrados formalmente en el canal oficial elegido.

Debe darse una validación por FH previamente a la dispensación. La solicitud de tratamiento debería realizarse a través de una **plantilla única de solicitud de tratamiento biológico** con campos obligatorios que reduzca devoluciones y homogeneice criterios, independientemente del canal usado en cada hospital. El contenido mínimo que esta plantilla debería contener se indica a continuación (ver

Algoritmo en pág. 23). El plazo máximo de validación no debería superar las 72 horas. Si el *checklist* se cumple, FH contactará con el paciente. Si existen dudas, se debe mantener una comunicación efectiva con Dermatología mediante teleconsulta o por *email*/llamada telefónica directa.

Dependiendo de la gravedad del paciente, se proponen diferentes flujos de validación del tratamiento (Tabla 17).

2.5.4. Estratificación del paciente

Después de la validación del tratamiento, y antes de la primera visita con FH, se debe planificar la intensidad del seguimiento del paciente, siguiendo el modelo validado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) aplicado a los pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas³¹.

Tabla 17. Flujos de validación del tratamiento

PACIENTE GRAVE/URGENTE (no puede esperar hasta el próximo comité)	PACIENTE NO URGENTE (puede esperar al comité programado)
<input checked="" type="checkbox"/> Validación farmacéutica individual rápida <input checked="" type="checkbox"/> Coordinación directa Derma-Farmacia <input checked="" type="checkbox"/> Inicio inmediato si cumple criterios <input checked="" type="checkbox"/> Presentación en próximo comité (<i>a posteriori</i>) para registro y trazabilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Evaluación en comité programado (quincenal/mensual/bimensual según hospital) <input checked="" type="checkbox"/> Decisión Oficial Comité <input checked="" type="checkbox"/> Inicio tras aprobación formal

Tabla 18. Canal de seguimiento del paciente

Rango	Puntuación	Tipo de seguimiento
Prioridad 1	≥12 puntos	INTENSIVO, cada 3-6 meses, PROM completos
Prioridad 2	6-11 puntos	MODERADO, anual, PROM básicos
Prioridad 3	0-5 puntos	BÁSICO, a demanda, contacto telefónico

Disponible en:

<https://www.sefh.es/mapex/images/Modelo-de-Estratificacion-y-Atencion-Farmacutica-pacientes-enf-inmunomediadas.pdf>



2.5.5. Primera cita y dispensación

Según los recursos y la organización del hospital, se proponen diferentes canales para realizar el contacto inicial con el paciente de cara a instaurar el tratamiento aprobado:

- Opción 1: **FH contacta proactivamente** (administrativo, técnico o farmacéutico). Es la vía preferente.
- Opción 2: el paciente solicita cita. *El paciente contacta directamente con Farmacia o solicitando cita a través de la Gestoría del Usuario. Los datos de contacto se los pueden facilitar desde la Consulta de Dermatología.*
- Opción 3: mediante SMS automático y teléfono de contacto de FH.

FH deberá completar una herramienta CMO (Capacidad, Motivación, Oportunidad) digitalizada (3-5 minutos), combinando datos clínicos con una breve entrevista telefónica, con lo que el sistema realiza un cálculo de puntuación automáticamente. Con ello se determina:

- Frecuencia de visitas.
- PROM a usar.
- Canal de seguimiento (Tabla 18).

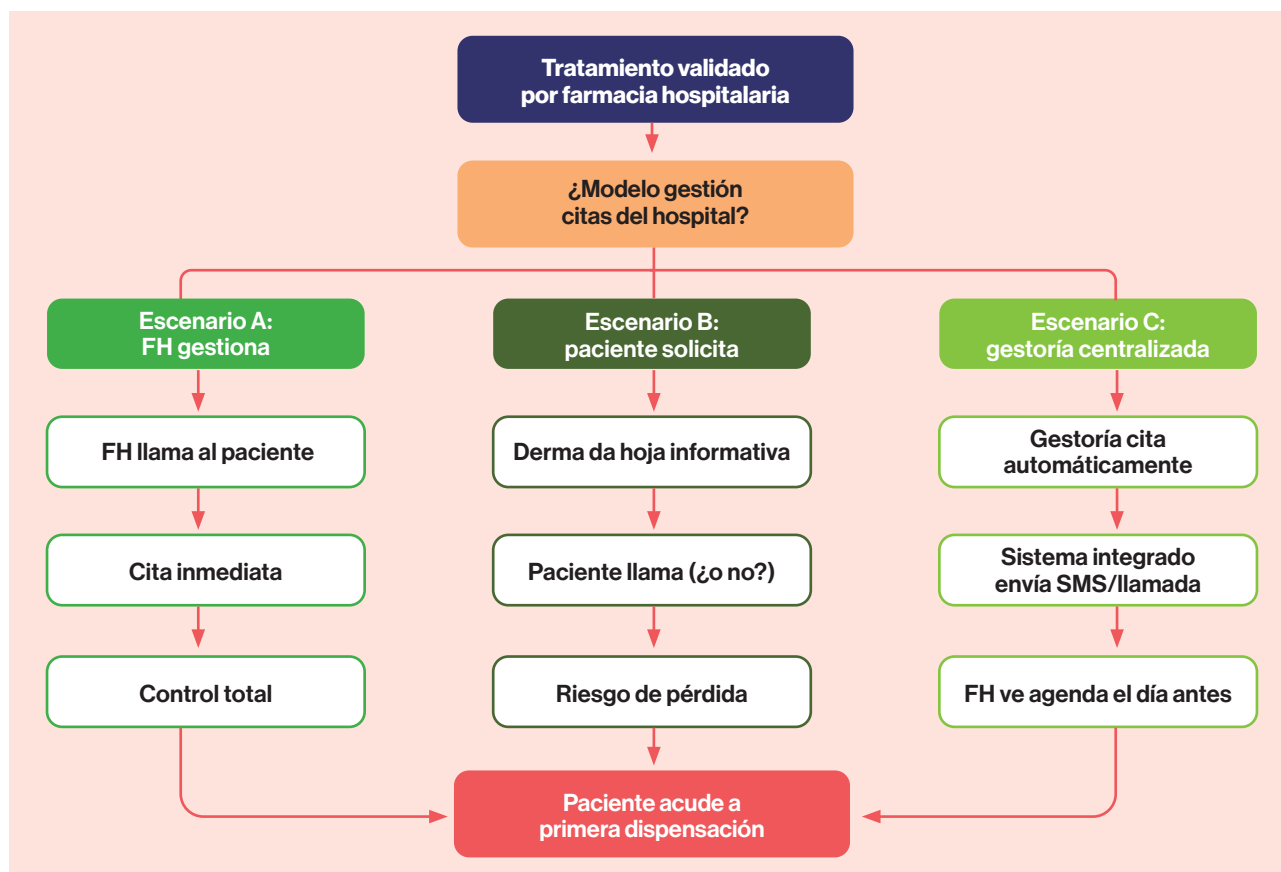


Tabla 19. Plantilla básica de citación

«Buenas [nombre], soy [X], de la Farmacia del Hospital [Y]. Su dermatólogo ha solicitado [fármaco] para su hidradenitis. El tratamiento está autorizado.

Necesitamos que venga a una primera visita:

- Fecha propuesta: [DD/MM] a las [HH:mm]
- Lugar: Consultas de Farmacia Hospitalaria [ubicación]
- Duración aproximada: 30 minutos
- Traer: DNI, tarjeta sanitaria

En esta visita le explicaremos:

- Cómo usar el tratamiento
- Cómo conservarlo
- Posibles efectos secundarios

Resolveremos dudas

¿Le viene bien esta fecha? Si no, podemos cambiarla. Teléfono de contacto de FH: [XXX XXX XXX]»

Se propone una plantilla básica de cara a citar al paciente (sea por vía telefónica o SMS) (Tabla 19).

Primera cita (inicio de biológico): siempre la debe realizar el farmacéutico (no delegar a técnico sin supervisión directa, personal no sanitario o autoadministración domiciliaria sin educación previa), y la duración debe ser de 30-45 minutos.

Estructura de la primera visita:

- Entrevista clínica completa.
- Revisión de interacciones y contraindicaciones.
- Educación terapéutica estructurada (efectos secundarios, expectativas realistas de respuesta, cómo conservar el fármaco).
- Demostración técnica de administración y primera dosis supervisada.
- Entrega de material educativo e instrucciones por escrito.
- Resolución de dudas.
- Plan de seguimiento (alta con cita de próxima revisión/contacto ya establecido).
- Aportar canales de contacto (tarjeta con teléfono y correo de la consulta).

2.5.6. Seguimiento desde la Farmacia Hospitalaria y sucesivas dispensaciones

FH tiene contacto con el paciente con una frecuencia superior a Dermatología, lo que permite recoger de forma sistemática adherencia y efectos adversos.

Se propone que **los técnicos de farmacia realicen determinadas tareas de seguimiento bajo supervisión farmacéutica (visita de 10-15 minutos)**



Seguimiento por técnico de farmacia (10-15 min):

- Dispensación del medicamento.
- Verificación de su conservación en el domicilio.
- Preguntas de *screening* (adherencia, reacciones adversas a medicamentos [RAM] leves).
- Recordatorios básicos.

Deberá escalar el caso al farmacéutico si:

- El paciente refiere RAM significativas.
- Tiene dudas sobre la eficacia (no respuesta).
- Problemas de adherencia complejos.
- El paciente solicita cambio de tratamiento.
- El paciente presenta nuevas comorbilidades/nuevos fármacos.

Se propone sistematizar la recogida de información del paciente durante el seguimiento mediante una **plantilla estandarizada** (copiable a Diraya), **que permita a posteriori al dermatólogo consultar la evolución del paciente en relación con el tratamiento. Esta contendrá la información clave** que se muestra en la Tabla 20.

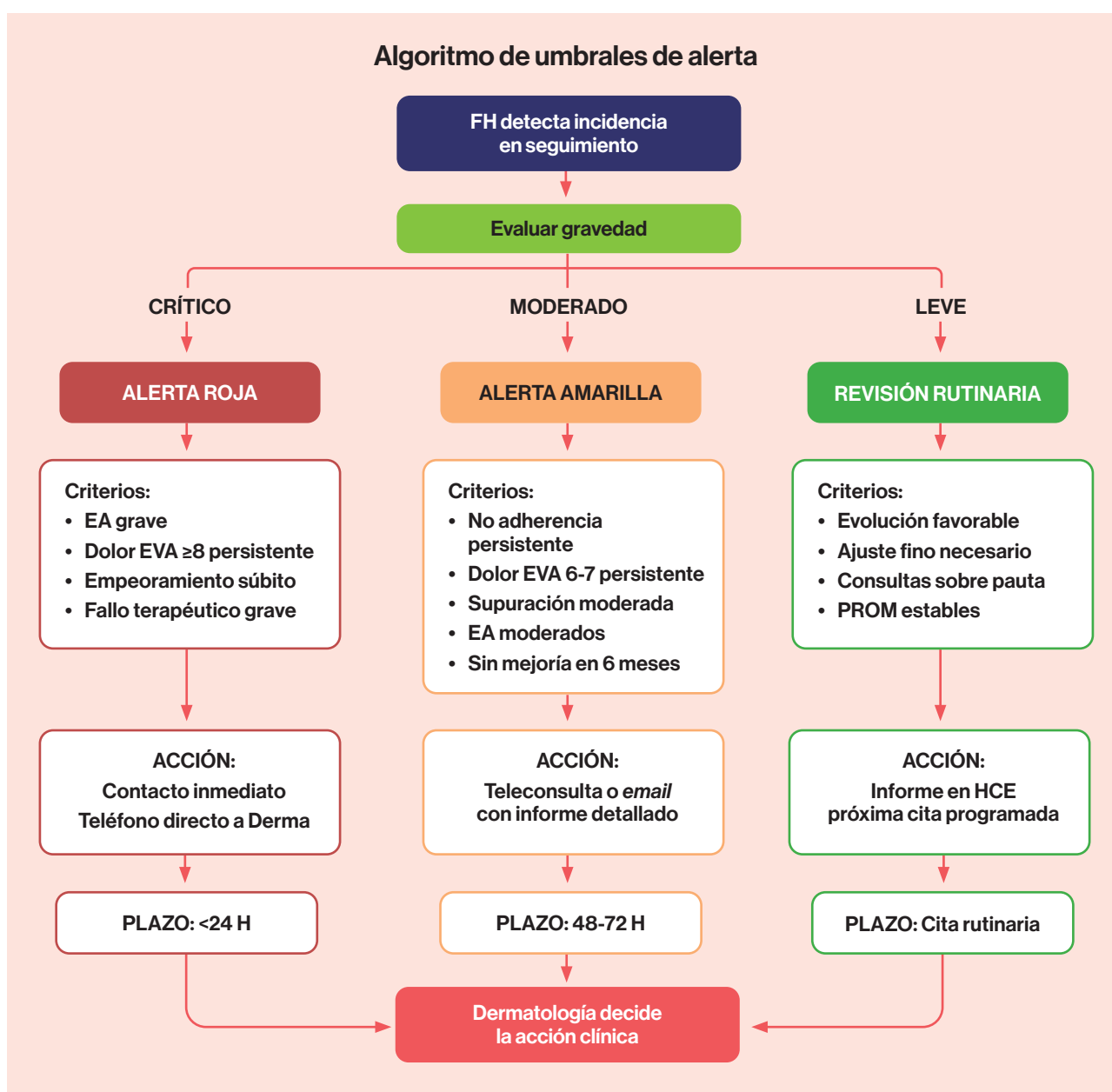
2.5.6.1. Umbrales de alerta a Dermatología desde FH (ver Algoritmo en pág. 27)

ALERTA ROJA
(contacto inmediato, <24 h):

- Efecto adverso grave (reacción alérgica, infección sistémica).
- Dolor EVA ≥ 8 persistente.
- Empeoramiento súbito (nuevas lesiones múltiples).
- Sospecha de fallo terapéutico grave.

Tabla 20. Información clave

Adherencia	Test Morisky-Green
Evaluación clínica	Escala EVA del dolor, supuración, brotes recientes
PROM calidad de vida	DLQI
Efectos adversos	Descripción y manejo
Intervención farmacéutica realizada	Refuerzo de adherencia, manejo de EA, ajuste de dosis, derivación a Dermatología, dudas generales o apoyo emocional
Nuevos tratamientos	Para otras patologías (si procede)
Alerta para el dermatólogo	Si procede
Próxima cita con Farmacia	



ALERTA AMARILLA
 (contacto 48-72 h):

- No adherencia persistente (>2 dosis olvidadas).
- Dolor EVA 6-7 persistente sin mejoría.
- Supuración moderada-intensa continua.
- EA moderados que afectan a la calidad de vida.
- Sin mejoría tras 6 meses de tratamiento.

REVISIÓN RUTINARIA (próxima cita programada con Dermatología):

- Evolución favorable, pero ajuste preciso necesario.
- Consultas sobre pauta (aclarar dudas).
- PROM estables pero mejorables.

CANAL DE COMUNICACIÓN:

- Alerta roja: teléfono directo con Dermatología.
- Alerta amarilla: teleconsulta/*email*.
- Revisión rutinaria: informe en historia clínica electrónica (HCE).

2.5.7. Educación sanitaria: entrega de materiales al paciente

Se recomienda adaptar y disponer de algunos materiales físicos para entregar al paciente tras la primera visita (o de seguimiento). Se aportan plantillas adaptables.

2.5.8. Comunicación con Atención Primaria

Atención Primaria no puede ver las dispensaciones hospitalarias en Diraya, lo que puede conllevar descoordinación y errores en la medicación. Se necesita coordinación AP-FH-Dermatología.

2.5.8.1. Registro en “evolución” (Diraya)

Se propone que FH rellene una **Plantilla de Información para Atención Primaria**, que el facultativo de AP deberá copiar en el campo “evolución” de Diraya. Debería actualizarse cada vez que se realice una dispensación/cambio de tratamiento. El contenido mínimo es el siguiente:

- “Dispensado [fármaco] [pauta]”
- “Próxima dispensación: [fecha]”

2.5.8.2. Comunicación de suspensiones/cambios:

FH o Dermatología comunican a AP vía:

- Nota en Diraya.
- Informe de continuidad.

Casos críticos que comunicar:

- Suspensión por EA grave.
- *Switch* a otro biológico.
- Falta de asistencia del paciente (>2 dispensaciones perdidas).

Materiales para el paciente

TARJETA 1
 Recursos educativos de la Escuela de pacientes de la SEFH



- [ANVERSO]
- QR videos técnica inyección (SEFH)
 - QR documentos de educación al paciente HS



- [REVERSO]
- Teléfono de contacto de FH:
 - *Email* de contacto de FH:
 - Horario de atención:

TARJETA 2.
 Encuesta de satisfacción



- QR a Forms encuesta SEFH-Ramón Morillo (2015)
- Adaptada a Microsoft Forms
- Los resultados llegan automáticamente a la FH del hospital

2. Recomendaciones para el proceso asistencial del paciente con hidradenitis supurativa

La comunicación debe ser bidireccional, es decir: si desde AP se detecta algún problema, se debe contactar con Dermatología o FH; e igualmente, si FH detecta faltas de asistencia del paciente, debe contactar con AP si no localiza al paciente.



2.6. Servicio de Urgencias

2.6.1. Análisis de barreras identificadas

Uno de los principales problemas en esta vía de entrada al Sistema Sanitario es la variabilidad en el conocimiento de la HS. Entre los residentes, que tienen una alta rotación y atienden una gran variedad de patologías, no siempre se reconoce la enfermedad ni se relaciona a los pacientes con ella.

La HS pasa desapercibida y el abordaje recae en el cirujano de guardia, que, con frecuencia, no llegará a codificar correctamente el episodio, que se registrará como absceso, forúnculo o celulitis en lugar de HS.

En Urgencias la presencia del Servicio de Dermatología varía entre centros:

- Sin disponibilidad de dermatólogo.
- Disponibilidad en horario de mañana excepto días no laborables.
- Disponibilidad en horario de mañana y tarde excepto días no laborables.
- Presencia las 24 horas.

El triaje que realiza Enfermería prioriza la gravedad y no el diagnóstico, por lo que en aquellos centros donde **sí hay disponibilidad de un dermatólogo en Urgencias**, el referente natural para HS tras el triaje debería ser **Dermatología** (no Cirugía), porque la aproximación es más precisa para decidir manejo, priorización y derivación posterior.

En la actualidad, posteriormente el paciente se derivará según la gravedad al Servicio de Cirugía o regresará a Atención Primaria. **Esta dinámica provoca que los pro-**

cedimientos realizados no se vinculen ni se registren como HS, lo que dificulta la identificación de pacientes no diagnosticados.

Para mejorar la concienciación sobre la enfermedad, se debería incluir la HS en la formación inicial anual de residentes de Urgencias y mantener sesiones periódicas con adjuntos, adaptadas a la realidad de cada Servicio.

El objetivo es establecer un **manejo estandarizado del brote agudo**, evitar derivaciones innecesarias, asegurar una codificación correcta, facilitar la recaptura sistemática del paciente y promover la detección proactiva de nuevos casos.

2.6.2. Protocolo asistencial en Urgencias

1. El **manejo agudo** deseable en Urgencias y en Urgencias de AP sería:

- Drenaje de la lesión, cuando proceda.
- Prescripción de antibiótico de elección habitual en primera línea (*consultar protocolo terapéutico para Atención Primaria*).
- Analgesia.
- Valoración del estado de gravedad por si precisa ingreso.

Con ello, evitar apresurarse con diagnósticos genéricos erróneos que retrasen la atención.

2. **Tras el episodio**, dar el alta y **derivación preferente** a Dermatología, y uso de interconsulta o teleconsulta con descripción de la lesión, localización, recurrencias y actuación realizada.

Si el paciente **ya está en seguimiento** por HS, se recomienda **adelantar cita/contacto prioritario** tras el episodio en Urgencias (para evitar aún más retraso hasta la evaluación dermatológica).

Cabe recordar que en Andalucía está disponible la **teleconsulta**, además de las interconsultas desde Urgencias con otros Servicios, lo que hace importante que la derivación incluya una descripción clínica con un mínimo de información necesaria para poder priorizar correctamente.

3. Calidad asistencial

Una mirada hacia los resultados y la sostenibilidad

3.1. El papel de los equipos de calidad asistencial

El equipo de calidad asistencial ocupa una posición única en la arquitectura del hospital: es el único estamento que tiene interlocución simultánea con los equipos directivos (Gerencia, Dirección Médica) y con los profesionales clínicos en el día a día asistencial. Esa capacidad de puente es exactamente lo que necesita un proyecto como el HS Care, que requiere cambios organizativos (circuitos de derivación, tiempos de respuesta, agendas) que solo Dirección puede autorizar, pero que solo los facultativos pueden diseñar con sentido clínico.

3.2. El problema: fragmentación sin coordinador

La HS es una de las patologías más multidisciplinarias de la dermatología. En su manejo intervienen: Atención Primaria, Dermatología (General y Monográfica), Cirugía, Enfermería, Farmacia Hospitalaria, Urgencias, y potencialmente Psicología, Nutrición y Reumatología. Por ello, sin un **coordinador transversal que vele por la aplicación de los procesos propuestos** el resultado es:

- Variabilidad clínica inaceptable entre centros.
- Fragmentación del seguimiento (el paciente se pierde entre niveles).
- Duplicidad de pruebas y consultas.
- Ausencia de indicadores (no se mide, no se mejora).

Barrera identificada: *los clínicos no conocen procesos asistenciales como los propuestos en este trabajo y muchos desconocen la existencia de la Unidad de Calidad de su propio centro. Esta desconexión es la raíz de muchos problemas de adopción, y obliga a incluir la difusión activa y la pedagogía institucional como parte nuclear del plan, no como un paso accesorio.*



Se recomienda realizar al menos una sesión de difusión por Servicio implicado (Dermatología, Urgencias, Farmacia, Enfermería), presentando: qué es la Unidad de Calidad, qué apoyo ofrece al proyecto HS Care y cómo formalizar un Proceso Normalizado de Trabajo (PNT) local.

3.3. La solución: el equipo de calidad como eje vertebrador

El equipo de calidad asistencial de cada centro debe asumir tres roles fundamentales:

Rol 1: liderazgo institucional

- Formalizar el protocolo: transformar las recomendaciones en un PNT adaptado al centro, vinculado a la Comisión de Atención Sanitaria Basada en la Evidencia (CASBE).
- Presentar el *business case* a la dirección: costes de la no intervención frente a inversión en proceso.
- Obtener respaldo institucional: incorporar indicadores de HS en los Acuerdos de Gestión Clínica.

Rol 2: coordinación multidisciplinar

- Constituir el grupo funcional HS del centro: dermatólogo referente, enfermera, farmacéutico, enlace de AP, enlace de Urgencias, enlace de Cirugía.
- Definir circuitos de derivación con tiempos máximos de respuesta.
- Organizar sesiones de difusión (≥ 2 /año) para que cada Servicio conozca su papel.
- Garantizar la comunicación entre niveles (teleconsulta, informes, historia clínica).

Rol 3: monitorización y mejora continua

- Implantar la medición sistemática de indicadores.
- Elaborar informes semestrales de actividad y resultados.
- Identificar desviaciones y proponer acciones correctivas.
- Coordinar auditorías internas sobre adherencia al protocolo.
- Retroalimentar al equipo clínico con datos de rendimiento.

3.4. Estructura organizativa propuesta (Tabla 21)

El coordinador del proceso (desde la UCA) es la pieza clave: no toma decisiones clínicas, pero asegura que el circuito funciona, que se miden los indicadores y que los resultados llegan a Dirección y al equipo.

Tabla 21. Estructura organizativa

Nivel	Componente	Función
Estratégico	Dirección, Gerencia	Respaldo institucional, asignación de recursos
Coordinación	Unidad de Calidad Asistencial (UCA)	Coordinador del proceso HS
Clínico	Referente de Dermatología en HS	Liderazgo clínico, decisiones terapéuticas
Clínico	Referente de Enfermería en HS	Curas, educación, PROM
Operativo	Atención Primaria	Detección precoz, teleconsulta, seguimiento
Operativo	Urgencias	Manejo agudo, derivación protocolizada
Operativo	Farmacia Hospitalaria	Validación de biológicos, atención farmacéutica
Operativo	Cirugía	Cirugía programada y de rescate

3.5. Marco de calidad: estándares y evidencia internacional

3.5.1. Situación actual

A diferencia de otras patologías dermatológicas, como, por ejemplo, la psoriasis, que dispone de NICE Quality Standards, no existen estándares de calidad específicos para HS publicados por NICE u otras agencias. Sin embargo, las guías europeas S1¹¹, las guías norteamericanas³² y los consensos recientes³³ contienen elementos que permiten construir indicadores de calidad operativos.

3.5.2. Auditoría clínica del Reino Unido (BAD)

La auditoría nacional de la British Association of Dermatologists proporciona un *benchmark* revelador sobre la

brecha entre lo que se debería hacer y lo que realmente ocurre (Tabla 22)³⁴.

3.5.3. Quality Statements propuestos para el proyecto

- **QS-1.** Todo paciente con HS tendrá documentado un estadio de Hurley en la primera visita y un IHS4 al menos una vez al año como escala dinámica de seguimiento.
- *Justificación:* el IHS4 es la escala dinámica recomendada por las guías europeas vigentes y el consenso HiSTORIC. Permite evaluar la respuesta al tratamiento de forma continua (leve <4, moderada 4-10, grave >10). Respuesta clínica = IHS4-55 (reducción ≥55 %).

Tabla 22. Auditoría clínica de la British Association of Dermatologists (BAD)

Indicador	Estándar	Realidad RU	Brecha
Estadificación Hurley en la visita basal	100 %	75 %	-25 %
Seguimiento dinámico con escala validada	100 %	56 %	-44 %
Cribado de salud mental	Anual	25-40 %	-60 %
Screening metabólico	Anual	57 %	-43 %
Registro de hábito tabáquico	100 %	75 %	-25 %
Medición del dolor (EVA) y DLQI	Cada visita	49-50 %	-50 %

DLQI: Dermatology Life Quality Index; EVA: escala visual analógica.

Si el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, con su cultura de auditoría, tiene estas brechas, es razonable esperar que en nuestro entorno la situación sea similar o peor. La medición es el primer paso para mejorar.

- **QS-2.** La calidad de vida se evaluará con HS-QoL-24 (PROM específico validado en español) y EVA del dolor al inicio y en cada cambio de línea terapéutica.
 - *Justificación:* el HS-QoL-24, validado en población española con α de Cronbach $>0,92$, es más sensible que el DLQI para captar el impacto real de la HS. Puntos de corte: leve 25-31, moderado 32-43, grave >44 .
- **QS-3.** Los pacientes con Hurley II-III y comorbilidades relevantes deben tener acceso a un equipo multidisciplinar coordinado por Dermatología.
- **QS-4.** Se realizará cribado activo de comorbilidades (riesgo cardiovascular, síndrome metabólico, salud mental, tabaquismo) al menos anualmente, integrado en la consulta de seguimiento.
 - *Justificación:* el cribado de salud mental se realizará mediante la anamnesis clínica habitual y la derivación a Salud Mental cuando proceda, según la práctica clínica española.
- **QS-5.** La antibioterapia sistémica ineficaz no se prolongará más allá de 12-16 semanas sin escalado terapéutico, si no se alcanza respuesta IHS4-55 o una mejoría clínicamente relevante.
- **QS-6.** Se documentará la experiencia del paciente (IEXPAC-11 o PREM validado similar) al menos una vez al año en centros que implementen el protocolo.

3.5.4. Referentes internacionales

La evidencia internacional muestra que las Unidades multidisciplinarias de HS obtienen mejores resultados. El modelo francés (Toulouse) combina Dermatología, Ciru-

gía Plástica, Tabaquismo y Nutrición, con una satisfacción de 8,3/10 y la cirugía como intervención mejor valorada³⁵. En Dinamarca³⁶, el cribado poblacional y la investigación traslacional se acompañan de un consejo tabáquico integrado. Los registros canadienses³⁷ validan que la cirugía radical temprana es más coste-efectiva que las curas crónicas ineficaces.

Un dato de impacto del estudio de Touhouche et al., especialmente relevante a la hora de organizar los servicios, es que el 55,8 % de los pacientes rechazó la consulta de deshabituación tabáquica y el 69,5 % rechazó la de nutrición cuando se derivaban a Unidades externas³⁵. La causa raíz es que el paciente con HS, estigmatizado y con dolor crónico, se resiste a la fragmentación del cuidado. El consejo nutricional y antitabáquico debe integrarse dentro de la Consulta dermatológica o de Enfermería, no derivarse externamente. Este dato refuerza un argumento clave:

La coordinación multidisciplinar no significa multiplicar las derivaciones, sino integrar las funciones dentro de un itinerario coherente para el paciente.



3.5.5. Indicadores: qué medir y cómo

3.5.5.1. Indicadores clínicos (Tabla 23)

3.5.5.2. Indicadores operativos (Tabla 24)

3.5.5.3. Indicadores de implementación (Tabla 25)

3.5.5.4. Estrategia de PROM (Tabla 26)

Tabla 23. Indicadores clínicos

Indicador	Escala	Frecuencia	Meta Año 1	Meta Año 2
Gravedad clínica	IHS4 (leve <4 , moderada 4-10, grave >10)	Cada visita	Baseline	≥ 50 %, IHS4 <7
Respuesta terapéutica	IHS4-55 o HiSCR50	Sem 12-16	Baseline	≥ 40 %
Clasificación basal	Hurley (I, II, III)	1.ª visita	100 %	100 %
Calidad de vida en HS	HS-QoL-24 (ES)	Inicio + cambio de línea	Baseline	≥ 1 estrato de mejoría
Calidad de vida comparativa	DLQI	Inicio + cambio de línea	Baseline	≥ 4 puntos de mejoría
Dolor	EVA (0-10)	Cada visita	Baseline	≥ 2 puntos de reducción
Experiencia del paciente	IEXPAC-11 (PREM)	Anual	≥ 50 encuestas	Mejoría ≥ 10 %

Tabla 24. Indicadores operativos

Indicador	Meta Año 1	Meta Año 2	Fuente
Respuesta de Dermatología a teleconsulta de AP	≤7 días	≤5 días	Registro teleconsulta
Derivaciones adecuadas de AP a Dermatología	≥70 %	≥85 %	Auditoría de historias
Derivaciones adecuadas de Urgencias a Dermatología	≥70 %	≥85 %	Auditoría de historias
1.ª dosis de biológico ≤24 m desde el diagnóstico	≥50 %	≥75%	Farmacia/CMBD
Retorno a Dermatología desde Urgencias	≤7 días	≤5 días	Registro de Urgencias
Codificación L73.2 en Urgencias	≥60 %	≥80 %	CMBD

Tabla 25. Indicadores de implementación

Indicador	Meta Año 1	Fuente
Centros con PNT formalizado	≥3	Registro del proyecto
Centros con <i>checklist</i> de autoevaluación	≥5	Registro del proyecto
Pacientes con HS-QoL-24 completado	≥50	Cuestionarios
Pacientes con IEXPAC-11 completado	≥50	Encuestas
Sesiones de difusión realizadas	≥10	Registro de formación
Auditorías internas de adherencia	≥3 centros	UCA

Tabla 26. Estrategia de PROM

Instrumento	Cuándo	Por qué
HS-QoL-24 ³⁸	Práctica clínica rutinaria SAS	Validado en español, específico HS, $\alpha > 0,92$. Puntos de corte: leve 25-31, moderada 32-43, grave >44
DLQI	Además de HS-QoL-24	Comparabilidad entre dermatosis, acceso a biológicos (≥10 = impacto significativo)
HiSQOL ^{39,40}	Solo Unidades académicas/ensayos	Estándar HISTORIC, no validado en español. Capta depresión y estigma social
IEXPAC-11	Evaluación de la experiencia del paciente	PREM genérico de la UE. Mide la experiencia con el modelo de atención recibida
IHS4	Cada visita de seguimiento	Escala dinámica continua contemplada en guías europeas. Leve <4, moderada 4-10, grave >10

3.5.6. Sostenibilidad del modelo

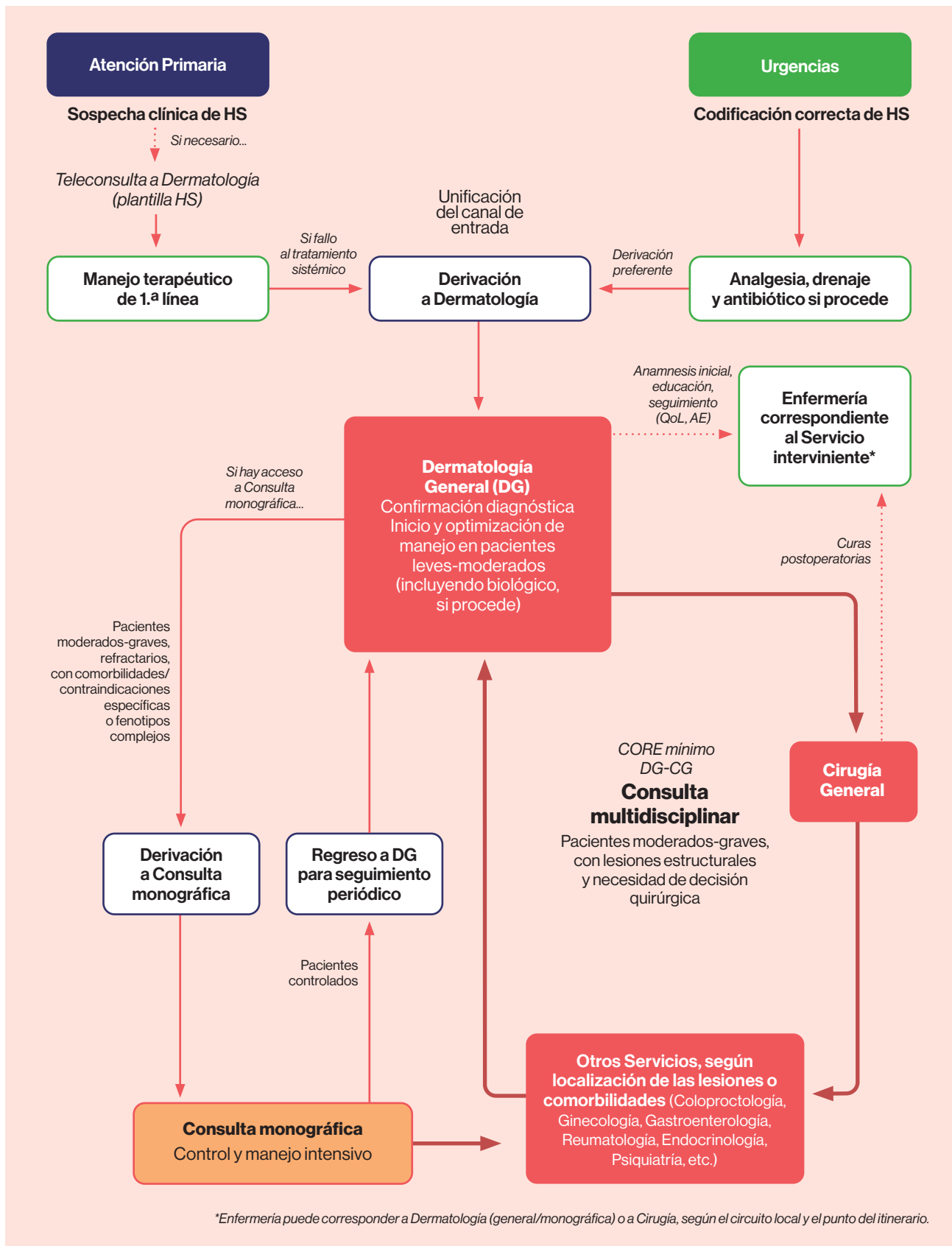
3.5.6.1. Factores predictores de éxito a largo plazo (Tabla 27)

Tabla 27. Factores predictores de éxito a largo plazo

Factor	Aplicación en HS Care
Integración en la rutina	El protocolo HS ha de concebirse como el modo habitual de trabajar, con integración en Diraya (plantillas, alertas, campos obligatorios)
Liderazgo clínico identificado	Establecimiento de un referente HS en cada hospital y un coordinador UCA
Formación del personal	Enfermeros y administrativos deben conocer los flujos, no deben depender de una sola persona
Simplificación de documentación	Usar IHS4 (simple) en vez de Sartorius (complejo)
Tele dermatología	Canal preferente entre AP y Dermatología. Reduce desplazamientos y huella de carbono
Digitalización de los materiales educativos	Sustituir folletos de papel por recursos digitales para pacientes
KPI con ciclo de mejora	Medición - análisis - retroalimentación - ajustes
Apoyo institucional	Inclusión en Acuerdos de Gestión Clínica y supervivencia del proyecto

ANEXO I.

Flujograma del itinerario del paciente en atención multidisciplinaria



ANEXO II.

Medición de PREM: cuestionario IEXPAC-11

(responda marcando una opción en cada ítem)

IEXPAC⁴¹ es una herramienta diseñada para medir la experiencia del paciente en el contexto de la atención a enfermedades crónicas. Al medir esta experiencia junto con otros indicadores de salud, proporciona información valiosa sobre la calidad de la atención brindada. De esta manera, IEXPAC ayuda a los sistemas de salud a orientarse hacia una atención integrada y centrada en el paciente, facilitando la evaluación y mejora de la atención desde una perspectiva integral.

01. Respetan mi estilo de vida

Los profesionales que me atienden me escuchan y tienen en cuenta mis necesidades, costumbres y preferencias para adaptar mi plan de cuidados y tratamiento.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

02. Están coordinados para ofrecerme una buena atención

Los profesionales que me atienden en el centro de salud y los que me atienden en el hospital hablan entre ellos y se coordinan para mejorar mi bienestar y mi calidad de vida.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

03. Me ayudan a informarme por Internet

Los profesionales que me atienden me informan sobre páginas web y foros de internet de los que me pueda fiar para mejorar mi salud, mi enfermedad, su tratamiento y las consecuencias que esta enfermedad tiene en mi vida.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

04. Ahora sé cuidarme mejor

Con el apoyo de mis profesionales siento que he mejorado mi confianza y mi capacidad para cuidar de mí mismo, manejar mejor mis problemas y dudas, y mantener mejor mi autocontrol.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

05. Me preguntan y me ayudan a seguir mi plan de tratamiento

Reviso con los profesionales que me atienden el cumplimiento de mi plan de cuidados y tratamiento y, si tengo dudas, me las aclaran.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

06. Acordamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad

He podido acordar con los profesionales que me atienden objetivos concretos sobre alimentación, ejercicio físico y cómo tomar adecuadamente la medicación para controlar mejor mi enfermedad.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

07. Uso internet y el móvil para consultar mi historia clínica

Uso internet y el móvil para consultar mi historia clínica, resultados de mis pruebas, citas programadas y acceder a otros servicios en la web de mi Servicio de Salud.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

08. Se aseguran de que tomo la medicación correctamente

Los profesionales que me atienden revisan conmigo todos los medicamentos que tomo, cómo los tomo y cómo me sientan, y puedo consultarles las dudas que tenga.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

09. Se preocupan por mi bienestar

Los profesionales que me atienden se preocupan por mi calidad de vida y los veo comprometidos para que pueda mejorarla.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

10. Me informan de recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar

Los profesionales que me atienden me informan sobre los recursos sanitarios y sociales disponibles en mi barrio, comunidad o web que puedo utilizar para mejorar mi problema de salud.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

11. Me animan a hablar con otros pacientes

Los profesionales que me atienden me animan a participar en grupos de pacientes para compartir información y experiencia, cómo convivimos y cómo mejorar nuestra salud.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Preguntas condicionadas

(responda solo si aplica en los últimos 6 meses)

12. Se preocupan por mí al llegar a casa tras estar en el hospital

Después de recibir el alta del hospital, me han llamado o visitado en casa para ver cómo me encontraba y qué cuidados necesitaba.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

13. Me orientan para no tener una nueva urgencia

Después de haber estado en Urgencias, los profesionales que me atienden saben lo que me ha pasado y me orientan para evitar una nueva urgencia.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

14. Me atienden bien en mi domicilio

Los profesionales que me atienden en casa tratan de solucionar mis problemas de salud y se coordinan con los profesionales del centro de salud y del hospital, y, si es necesario, con los Servicios Sociales.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

15. Los Servicios Sociales están coordinados con los Servicios Sanitarios para ofrecerme una buena atención

Los profesionales que me atienden en los Servicios Sociales hablan y se coordinan con los profesionales sanitarios para ofrecerme una buena atención.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Otros datos de segmentación de población

• Edad: _____

• Sexo: Hombre Mujer Otro

• Número de medicamentos que está tomando actualmente: _____

ANEXO III.

Checklist de autoevaluación (nivel asistencial)

El abordaje óptimo de la HS requiere coordinación entre profesionales y Servicios: Dermatología, Cirugía, Atención Primaria, Enfermería Especializada, Psicología, Dolor Crónico, Nutrición, Coloproctología y, en muchos casos, Reumatología o Gastroenterología cuando coexisten comorbilidades. **Un trabajo multidisciplinar estructurado facilita diagnósticos más tempranos, decisiones terapéuticas congruentes con la evidencia, continuidad asistencial, y mejor gestión de las complicaciones y del impacto psicosocial.**

Para lograrlo, es clave revisar los procesos asistenciales que intervienen en la atención de la HS (derivación, diagnóstico, estratificación de gravedad, tratamiento médico y quirúrgico, seguimiento, educación del paciente y coordinación entre Servicios), y preparar el equipo para afrontarlos. Conocer el grado de madurez de tu consulta de HS es esencial: identificar fortalezas, brechas y prioridades de mejora permitirá establecer un plan de acción realista.

• **El siguiente checklist de autoevaluación está diseñado como herramienta práctica para valorar la capacidad de tu Servicio para manejar la HS con garantías:**

N.º	Pregunta de evaluación	Respuesta (Sí/No/Parcial)	Observaciones/ acciones
1	¿Hay en tu hospital un referente clínico claro para la HS (responsable identificado y accesible)?		
2	¿Dispones en tu hospital de una Consulta monográfica de HS (agenda específica, criterios de inclusión, tiempos asignados)?		
3	¿Se trabaja la patología de forma multidisciplinar con circuitos definidos (Dermatología, Cirugía, Enfermería, Urgencias y Atención Primaria, principalmente)?		
4	¿Tenéis en tu Servicio algún protocolo o guía interna para el manejo de la HS (diagnóstico, estratificación, tratamiento, seguimiento, derivaciones)?		
5	¿Se utiliza el ecógrafo para el apoyo diagnóstico y la valoración de la gravedad (p. ej., identificación de tractos fistulosos, colecciones) en tu Servicio? ¿Se dispone de ecógrafo (o acceso ágil a ecografía) en el Servicio/circuito quirúrgico? ¿Se utiliza ecografía en el abordaje quirúrgico para reducir recidivas/optimizar la delimitación cuando aplica?		
6	¿Contáis con un proceso estandarizado de estratificación de gravedad (p. ej., sistemas reconocidos, criterios de actividad e impacto funcional)?		
7	¿Existe un circuito de derivación claro desde Atención Primaria, Cirugía y/o Urgencias hacia la Consulta de HS (criterios, tiempos, <i>feedback</i>)?		

<p>8 ¿Disponéis de acceso ágil a procedimientos quirúrgicos cuando están indicados con coordinación Dermatología-Cirugía (p. ej., drenajes, desbridamientos, cirugía programada)?</p>		
<p>9 ¿Se realiza educación estructurada al paciente (materiales, sesiones, instrucciones de autocuidado, apoyo en adherencia) y se documenta en la historia clínica?</p>		
<p>10 ¿Se evalúa de forma rutinaria el impacto psicosocial, la calidad de vida y el dolor (instrumentos validados, derivación a Psicología/dolor) cuando procede?</p>		
<p>11 ¿Hay un circuito para evaluar y manejar comorbilidades relevantes (metabólicas, inmunoinflamatorias, infecciones, salud sexual y reproductiva, tabaquismo) con otros Servicios?</p>		
<p>12 ¿Se monitoriza la respuesta al tratamiento y se ajusta de forma protocolizada (visitas, métricas de actividad, seguridad, escalado/rotación terapéutica)?</p>		
<p>13 ¿Disponéis de un registro de pacientes con HS (datos básicos, tratamientos, eventos, resultados) para seguimiento y mejora de la calidad?</p>		
<p>14 ¿Contáis con formación reciente y específica en HS para el equipo (cursos, sesiones clínicas, bibliografía actualizada)? ¿Crees que tú o tus compañeros necesitaríais formación adicional sobre el manejo de esta patología?</p>		
<p>15 ¿Existen indicadores de calidad y auditorías periódicas del proceso asistencial de HS (tiempos de espera, adecuación terapéutica, satisfacción del paciente, eventos adversos) con planes de mejora?</p>		

Cómo utilizar este *checklist*

- Puntúa cada respuesta (Sí= 1, No= 0, Parcial= 0,5) y añade notas sobre evidencias y responsables.
- Identifica áreas prioritarias (puntuación 0) con mayor impacto en seguridad, continuidad y resultados.
- Define un plan de acción con hitos: nombrar referente, formalizar protocolos, establecer circuito multidisciplinar, incorporar ecografía, crear registro y plan formativo.
- Revisa el *checklist* cada 6-12 meses para evaluar progresos y actualizar objetivos.

4. Procedimiento normalizado de trabajo (PNT). Manejo integral de la hidradenitis supurativa en el Sistema Andaluz de Salud (SAS)

Campo	Contenido
Responsables de elaboración	Grupo de Trabajo HS Care Andalucía
Responsables de aprobación	Dirección Asistencial del centro correspondiente
Fecha de aprobación	[Pendiente]
Fecha prevista de revisión	12 meses tras aprobación

Nota de uso: documento marco de referencia

Este PNT ha sido elaborado como **documento marco de referencia** para el conjunto del SAS. Su contenido recoge el abanico completo de posibilidades y escenarios asistenciales identificados por el Grupo de Trabajo HS Care Andalucía, desde los recursos más básicos hasta los modelos de mayor complejidad organizativa.

No todos los apartados se aplican a todos los centros. Cada área sanitaria deberá:

- **Seleccionar** los elementos que correspondan a su realidad asistencial y a los recursos disponibles (quirófano propio en Dermatología, teleconsulta con imagen, Consulta monográfica activa, etc.).
- **Adaptar** los criterios, plazos y circuitos a los acuerdos alcanzados en su propio grupo de trabajo multidisciplinar local (Dermatología, Cirugía, Enfermería, Farmacia Hospitalaria, Urgencias).
- **Completar** los campos marcados como [Pendiente] con los datos específicos del centro (nombres de referentes, canales de contacto, sistemas de información locales).
- **Validar** el documento resultante con los responsables clínicos y de gestión del centro antes de su implementación.

El objetivo de este marco es que ningún hospital parta de cero: se toma lo que aplica, se adapta lo que necesita ajuste y se descarta lo que no corresponde a la realidad local. El Grupo de Trabajo HS Care Andalucía facilitará soporte metodológico para el proceso de adaptación local.

Conflicto de intereses

Los autores y los revisores declaran no tener conflicto de intereses en la elaboración y revisión de este procedimiento normalizado de trabajo.

Cita sugerida del documento

Grupo de Trabajo HS Care Andalucía. Procedimiento Normalizado de Trabajo: Manejo Integral de la Hidradenitis Supurativa en el Sistema Andaluz de Salud. Andalucía: [Centro]; 2026.

Índice

1	Principios
2	Indicaciones
3	Personal
4	Material
5	Ejecución 5.1. Atención Primaria 5.2. Dermatología 5.3. Cirugía 5.4. Enfermería 5.5. Farmacia Hospitalaria 5.6. Urgencias
6	Consideraciones especiales
7	Registros
8	Bibliografía
9	Anexos

4.1. Principios

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica, recurrente y debilitante del folículo piloso, que afecta a áreas con presencia de glándulas apocrinas (axilas, zona inguinal, glúteos, región perianal). Su prevalencia estimada en Europa es del 1-4 % de la población.

La problemática de la HS se caracteriza por:

- **Diagnóstico tardío:** retraso medio de 7-10 años desde la aparición de síntomas.
- **Infradiagnóstico:** frecuente confusión con infecciones cutáneas comunes.
- **Alto impacto:** dolor crónico, supuración, limitación funcional agravada y deterioro grave de la calidad de vida.
- **Comorbilidades:** síndrome metabólico, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome del ovario poliquístico, depresión.

Este PNT define el itinerario asistencial del paciente con HS desde la sospecha diagnóstica hasta el seguimiento a largo plazo, estableciendo los estándares mínimos adaptables a la realidad de cada centro del Sistema Andaluz de Salud (SAS).



4.2. Indicaciones

- **Estandarizar** el manejo del paciente con HS en todos los niveles asistenciales del SAS.
- **Reducir** el tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico confirmado de HS.
- **Garantizar** la codificación correcta (CIE-10: L73.2) en todos los puntos de contacto asistencial.
- **Establecer** circuitos de derivación claros entre Atención Primaria, Dermatología, Cirugía, Farmacia Hospitalaria y Urgencias.
- **Definir** los criterios de seguimiento, escalada terapéutica y criterios de control.
- **Mejorar** la experiencia del paciente y los resultados clínicos medidos mediante PROM (HS-QoL, DLQI, IHS4, EVA dolor).

4.3. Personal (Tabla 28)

4.4. Material

4.4.1. Documentación y herramientas de valoración (Tabla 29)

Tabla 28. Personal

Nivel asistencial	Profesional	Rol principal
Atención Primaria	Médico de Familia	Sospecha, diagnóstico inicial, tratamiento de Hurley I, derivación
Atención Primaria	Enfermería de AP	Educación sanitaria, seguimiento de hábitos, signos de alerta
Dermatología Nivel 1	Dermatólogo general	Primera visita, diagnóstico confirmado, tratamiento de Hurley I-II
Dermatología Nivel 2/3	Dermatólogo monográfico HS	Casos complejos, biológicos, coordinación multidisciplinar
Cirugía General/Coloproctología	Cirujano general	Escisiones amplias, área perianal/perineal/glútea
Cirugía Plástica/Urología/Ginecología	Cirujano especialista	Reconstrucciones complejas, localizaciones especiales (genital, facial), VAC
Enfermería hospitalaria	Enfermera	Curas posquirúrgicas, anamnesis, educación, seguimiento
Farmacia Hospitalaria	Farmacéutico/técnico de FH	Validación biológicos, dispensación, seguimiento de adherencia
Urgencias	Médico de Urgencias	Drenaje de abscesos, identificación de HS, derivación preferente

Tabla 29. Documentación y herramientas de valoración

Herramienta	Uso	Disponibilidad
Clasificación Hurley (I-III)	Estadificación de la gravedad	Todos los niveles
IHS4 (International HS Severity Score)	Puntuación de la actividad clínica	Dermatología
HS-QoL	Calidad de vida específica de la HS (validado en español)	Dermatología, Enfermería
DLQI (Dermatology Life Quality Index)	Calidad de vida dermatológica general	Dermatología
EVA dolor (0-10)	Valoración del dolor	Todos los niveles
IEXPAC-11	Experiencia del paciente (PREM genérico UE)	Todos los niveles
HiSCR50/75/90	Respuesta al tratamiento	Dermatología
Escala CMO	Estratificación del seguimiento en FH	Farmacia Hospitalaria

4.4.2. Material clínico

- Ecógrafo cutáneo (si está disponible, preferente en el Nivel 2-3).
- Material de incisión y drenaje (Urgencias).
- Material de curas quirúrgicas (Enfermería).
- Plantilla de solicitud de tratamiento biológico (Plantilla I).
- Tarjeta informativa para el paciente.

4.4.3. Sistemas de información

- Diraya (historia clínica electrónica [HCE] del SAS).
- PIDE (teleconsulta AP-Dermatología).
- FarmaTool/ATHOS (prescripción hospitalaria).
- Código CIE-10: **L73.2** (Hidradenitis Supurativa).

5. Ejecución

5.1. Atención Primaria

Identificación y sospecha diagnóstica

- Sospechar HS ante **abscesos recurrentes** en pliegues (axilas, ingles, glúteos, submamario, perianal), especialmente si:
 - Aparición tras la pubertad.
 - Recurrencia ≥ 2 episodios en 6 meses.
 - Localización bilateral o en múltiples pliegues.
 - Antecedentes familiares de HS.
- **Descartar** infección simple: si el cultivo es negativo o el paciente refiere episodios previos similares, considerar HS.
- **Codificar** siempre como L73.2 en Diraya. Δ^2

Clasificación de la gravedad (Tabla 30)

Tratamiento en AP (Tabla 31)

Derivación a Dermatología

Canal preferente: **teleconsulta** (PIDE) o interconsulta convencional.

- **Mínimo obligatorio:** fotografías de todas las regiones afectadas y descripción de la localización y del tipo de lesiones.
- **Información ideal** (agiliza la clasificación): número de lesiones (nódulos, abscesos, túneles), localización y áreas de recurrencia, tiempo desde el inicio de los síntomas.
- **Muy recomendado:** tratamientos previos farmacológicos y quirúrgicos, factores de riesgo (peso, altura, tabaquismo con n.º de cigarrillos/día), antecedentes familiares, comorbilidades (diabetes, síndrome metabólico, EII).
- **Opcional** (agiliza el proceso): perfil analítico básico (hemograma, bioquímica hepática, lipídica y renal).

Priorización en la citación (Tabla 32)

Tabla 30. Clasificación de la gravedad

Hurley I (leve)	Hurley II (moderado)	Hurley III (grave)
Abscesos sin túneles ni cicatrización	Abscesos recurrentes con túneles y cicatrización	Abscesos múltiples interconectados, afectación difusa

Tabla 31. Tratamiento en AP

Gravedad	Tratamiento	Duración
Hurley I	Doxiciclina 100 mg/12 h v.o.	12 semanas (extensible a 24)
Hurley I sin respuesta	Derivar a Dermatología	Preferente
Hurley II-III	Derivar a Dermatología	Preferente

Tabla 32. Priorización en la citación

Gravedad	Plazo objetivo
Muy graves/activos	Citación urgente en 2-3 semanas
Moderados-graves	Citación priorizada en 4-8 semanas
Moderados estables	Cita ajustada a lista de espera de Consulta monográfica o referente a HS

5.2. Dermatología

Nivel 1: Dermatología General

Primera visita:

- Confirmación diagnóstica.
- Anamnesis completa (antecedentes, hábitos, comorbilidades, impacto psicosocial).
- Clasificación Hurley + IHS4.
- Pruebas: analítica general, PCR/VSG, *screening* de comorbilidades.
- Ecografía cutánea si disponible en Nivel 1.

Tratamiento (Tabla 33)

Seguimiento (Tabla 34)

Criterios de derivación a Consulta monográfica (Nivel 2/3):

- Hurley II-III.
- IHS4 ≥ 11 .
- Fallo a ≥ 2 líneas de tratamiento sistémico.
- Necesidad de biológico.
- Comorbilidades complejas asociadas.
- Necesidad de cirugía extensa.
- Embarazo o deseo gestacional con HS activa.
- Afectación perianal extensa.

Nivel 2-3: Consulta monográfica

Primera visita:

- Ecografía cutánea sistemática.
- PROM completos en cada visita (IHS4, HS-QoL, DLQI, EVA).
- Coordinación activa con Cirugía, FH y otras especialidades.
- Comité multidisciplinar para casos complejos.

Criterios de paciente controlado:

- IHS4 <7.
- EVA dolor <3.
- ≥ 12 meses sin brotes.
- Sin progresión del estadio Hurley.

5.3. Cirugía

Principio rector:

Toda sospecha de HS identificada en Cirugía debe derivarse a Dermatología (preferentemente por teleconsulta con fotografías). Dermatología confirma el diagnóstico, estratifica (Hurley e IHS4) y decide el abordaje. La optimización médica antes de cualquier cirugía mayor es condición necesaria para reducir la recurrencia posquirúrgica y minimizar la extensión de la resección.



Distribución de roles quirúrgicos (Tabla 35)

El reparto exacto depende de la autonomía quirúrgica de Dermatología y de los recursos de cada centro. Lo esencial es que la distribución esté formalizada y sea conocida por todos los implicados.

Flujo bidireccional por teleconsulta

- **Dermatología a Cirugía:** teleconsulta con fotografías + plan médico actual + objetivo quirúrgico propuesto.
- **Cirugía a Dermatología:** teleconsulta con fotografías + historia del paciente para valoración inicial (cuando el caso llega a Cirugía sin evaluación dermatológica previa).

Tabla 33. Tratamiento

IHS4	Clasificación	Tratamiento
0-3	Leve	Doxiciclina \pm tratamiento tópico
4-10	Moderado	Terapia combinada, valorar biológico
≥ 11	Grave	Biológico + valorar cirugía

Tabla 34. Seguimiento

Gravedad	Frecuencia	PROM
Leve	Cada 6 meses (rango 3-9)	IHS4, EVA, HS-QoL
Moderado	Cada 3-6 meses	IHS4, EVA, HS-QoL, HiSCR
Grave	Cada 3 meses	Todos

Tabla 35. Distribución de roles quirúrgicos

Servicio	Procedimientos
Dermatología	<ul style="list-style-type: none"> • Incisión y drenaje de abscesos, <i>deroofting</i> de túneles simple, escisiones locales, infiltraciones intralesionales • Alcance según autonomía quirúrgica del Servicio y disponibilidad de quirófano/anestesiista
Cirugía General/Coloproctología	Escisiones amplias, lesiones extensas/profundas, área perianal, perineal y glútea (valorar RM pélvica o ecografía endoanal previa)
Cirugía Plástica/Urología/Ginecología	Localizaciones especiales (genital, facial), reconstrucciones complejas (colgajos, injertos), técnicas avanzadas de cicatrización (VAC)
Enfermería especializada	Seguimiento posquirúrgico, curas complejas (segunda intención), analgesia postoperatoria

- **Alternativa** (centros sin tomografía computarizada [TC] con imagen): carpetas compartidas seguras + interconsulta clásica.

Criterios de derivación:
Consulta monográfica vs.
Consulta multidisciplinar (Tabla 37)

Niveles de coordinación
Dermatología-Cirugía (Tabla 36)

Dataset mínimo obligatorio en solicitud
quirúrgica (Tabla 38)

Tabla 36. Niveles de coordinación Dermatología-Cirugía

Nivel	Descripción
1 Básico	Teleconsulta/interconsulta con <i>dataset</i> mínimo estandarizado. Sin cambios estructurales
2 Intermedio	Comité de dos (dermatólogo + cirujano referente) bimensual para revisión de casos. Formaliza el canal informal habitual
3 Avanzado	Consulta multidisciplinar presencial conjunta para casos complejos (túneles, perianal, planificación de biológico + cirugía)

Tabla 37. Criterios de derivación a Consulta monográfica/multidisciplinar

Derivar a Consulta monográfica de Dermatología	Derivar a Consulta/Comité multidisciplinar
Casos leves-moderados sin criterio quirúrgico inmediato	Moderado-grave (IHS4 \geq 4) con recurrencias
Axila/ingle no compleja	Túneles, <i>sinus</i> o túneles subcutáneos
Nódulos aislados no profundos	Afectación perianal, perineal o glútea
Recidivas leves tras cirugía previa	Candidatos a cirugía o duda de indicación
	Localizaciones complejas con planificación reconstructiva
	Necesidad de ecografía prequirúrgica para mapeo de túneles

Tabla 38. Dataset mínimo obligatorio en solicitud quirúrgica

Campo	Contenido
Motivo y localización	Descripción de lesiones, áreas afectadas, motivo de la consulta
Fotografías clínicas	Adjuntar si procede
Estadificación	IHS4 estimado; Hurley si consta
Historia terapéutica	Antibióticos previos, biológicos, cirugías previas
Comorbilidades relevantes	IMC, diabetes, tabaquismo, analgesia actual
Analítica	Hemograma, bioquímica básica; serologías/Mantoux si se prevé biológico
Indicación quirúrgica sospechada	Tipo de intervención previsible; pruebas necesarias (RM pélvica, ecografía cutánea)

Modelo de flujo del proceso asistencial

- **Entrada por Dermatología:** los pacientes derivados desde Atención Primaria, Urgencias, Telederma u otros Servicios → Consulta monográfica de HS (nódulos y abscesos). Si la cirugía es compleja o existe duda → Consulta multidisciplinar.
- **Entrada por Cirugía General:** pacientes sin evaluación dermatológica previa, frecuentemente con túneles o localizaciones complejas → Si complejo, cita en Consulta multidisciplinar; si necesita valoración dermatológica (mayoría) → derivar a Consulta monográfica.

- **Consulta multidisciplinar Dermatología-Cirugía:** convergencia de ambas vías. Define abordaje y plan quirúrgico consensuado. Derivación posterior a Coloproctología/Urología/Cirugía Plástica/Revisión y seguimiento.

Puente terapéutico: manejo desde Cirugía hasta valoración dermatológica

Cuando el paciente llega a Cirugía sin evaluación dermatológica previa, Cirugía inicia derivación a Dermatología y prescribe tratamiento puente (Tabla 39).

Tabla 39. Puente terapéutico Cirugía-Dermatología

Medida	Detalle
Analgesia	Paracetamol 1g/6-8 h base, AINE (ibuprofeno 600 mg/8 h o naproxeno 500 mg/12 h) si inflamación activa sin contraindicación Evitar pautas >14 días sin reevaluación
Medidas locales	Frío local; apósitos no adherentes sobre lesiones drenantes
Antibiótico de contención	Solo si sobreinfección (eritema expansivo, supuración purulenta, fiebre): amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8 h x 7-10 días; o clindamicina 300 mg/8 h si alergia a penicilina. No iniciar rifampicina-clindamicina sin evaluación dermatológica
Drenaje de absceso	Si fluctuante con dolor intenso: incisión y drenaje bajo anestesia local. Documentar y comunicar a Dermatología
Derivación	Teleconsulta o derivación preferente a Dermatología en ≤7-10 días laborables

Tabla 40. Mensajes clave de educación sanitaria

Tema	Mensaje
Tabaquismo	El tabaco agrava la HS. El cese mejora la evolución
Peso	La obesidad empeora la HS. Se recomienda una pérdida moderada de peso
Higiene	Ropa holgada de algodón, evitar rasurado en las zonas afectadas
Tratamiento	Importancia de la adherencia, expectativas realistas
Signos de alarma	Fiebre, absceso y/o dolor incontrolable → acudir a Urgencias
Asociaciones	Contacto ASENDHI (Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis)

PNT quirúrgico del centro

Cada centro debe disponer de un PNT consensuado entre Dermatología, Cirugía General, Cirugía Plástica (si aplica) y Enfermería, avalado por los jefes de Servicio o la dirección del centro sanitario, con al menos:

- **Qué opera quién:** distribución de intervenciones por localización/complejidad, adaptada a la autonomía quirúrgica de Dermatología en ese centro.
- **Circuito de derivación:** canal, *dataset* mínimo y tiempo máximo de respuesta.
- **Criterios de indicación quirúrgica:** cuándo opera Cirugía directamente, cuándo se discute en comité, cuándo se requiere optimización médica previa.
- **Flujo posquirúrgico:** quién asume las curas (Enfermería de Dermatología o Cirugía), programación de primera cura, retorno a Dermatología.
- **Puente terapéutico:** protocolo de manejo inicial para pacientes sin evaluación dermatológica previa.

El proyecto HS Care Andalucía aportará un borrador de PNT como base para adaptación local.

5.4. Enfermería

Funciones priorizadas (según disponibilidad):

- **Curas posquirúrgicas:** cura de herida según protocolo del centro, frecuencia según tipo de intervención.

- **Anamnesis inicial:** recogida de datos en primera visita de Dermatología.
- **Educación sanitaria:** entrega de materiales y mensajes clave al paciente.
- **Seguimiento:** registro de PROM (HS-QoL, EVA), adherencia, efectos adversos.

Mensajes clave de educación sanitaria (Tabla 40)

Flujo posquirúrgico:

- Intervención (Dermatología/Cirugía).
- Cita con enfermería para primera cura posquirúrgica (≤ 72 h).
- Seguimiento de la herida hasta cicatrización.
- Escalada al dermatólogo si la evolución es desfavorable.

5.5. Farmacia Hospitalaria

Modelo de decisión terapéutica (adaptable por centro) (Tabla 41)

En **TODOS** los modelos: FH valida antes de dispensar; canal bidireccional activo; FH propone ajustes (decisión final consensuada).

Solicitud de tratamiento biológico

Utilizar la **plantilla única de solicitud** (Plantilla I) con los siguientes campos obligatorios:

Tabla 41. Modelo de decisión terapéutica

Modelo	Descripción
A Alta complejidad	Comité multidisciplinar activo. FH participa en la decisión
B Complejidad media	FH como referente consultor. Valida siempre antes de dispensar
C Recursos limitados	FH valida técnicamente la prescripción. Canal ágil con Dermatología

Tabla 42. Escala CMO

Prioridad	Puntuación	Seguimiento
1 (alta)	≥12 puntos	INTENSIVO: cada 3-6 meses, PROM completos
2 (media)	6-11 puntos	MODERADO: anual, PROM básicos
3 (baja)	0-5 puntos	BÁSICO: a demanda, contacto telefónico

Tabla 43. Sistema de alertas a Dermatología

Nivel	Criterios	Canal	Plazo
ROJA	EA grave, EVA ≥8, empeoramiento súbito, fallo terapéutico grave	Teléfono directo	<24 h
AMARILLA	No adherencia >2 dosis, EVA 6-7, supuración persistente, EA moderado, sin mejoría 6 meses	Teleconsulta/ email	48-72 h
RUTINARIA	Evolución favorable, ajuste fino, consultas pauta	Informe en HCE	Próxima cita

- Datos del paciente (DNI, SIP, contacto).
- Fármaco y pauta (según la ficha técnica).
- Diagnóstico de HS con gravedad (Hurley II-III o IHS4 >4).
- Contraindicaciones descartadas.
- Interacciones valoradas.
- Tratamientos previos y motivo de cambio.
- Analítica prebiológico vigente (<3 meses).
- Comorbilidades relevantes.
- *Screening* de infecciones (TBC, VHB/VHC).
- Estatus vacunal.

Plazo máximo de validación: 72 horas. Δ¹

Estratificación del seguimiento (Escala CMO) (Tabla 42)

Sistema de alertas a Dermatología (Tabla 43)

Comunicación con Atención Primaria

- **Registrar cada dispensación** en "Evolución" de Diraya: **Dispensado [fármaco] [pauta]. Próxima dispensación: [fecha]**.

- **Comunicar a AP:** suspensiones por EA grave, *switchs* de biológico, faltas de asistencia >2 dispensaciones.
- **Comunicación bidireccional:** AP contacta con FH/ Dermatología si detecta problemas.

5.6. Urgencias Identificación

- Ante absceso en pliegue recurrente, **sospechar HS** Δ².
- Preguntar: *»¿Ha tenido episodios similares antes? ¿En otras localizaciones?»*.
- Si sospecha HS, **codificar L73.2**.

Actuación

- **Drenaje** de absceso a tensión (incisión y drenaje en el acto).
- **Antibiótico:** doxiciclina 100 mg/12 h x 10-14 días.
- **Analgesia:** según EVA dolor.
- **Derivación preferente** a Dermatología (≤7 días).

Contenido mínimo de la derivación de Urgencias a Dermatología (Tabla 44)

Tabla 44. Contenido mínimo de la derivación de Urgencias a Dermatología

Dato	Descripción
Lesión	Tipo, tamaño, localización, número
Fotografía	Si es posible
Recurrencia	¿Episodios previos similares?
Actuación realizada	Drenaje, antibiótico, analgesia
Código	L73.2
Contacto con el paciente	Teléfono para cita preferente

6. Consideraciones especiales

6.1. Poblaciones especiales

- **Mujer en edad fértil:** valorar opciones terapéuticas compatibles con gestación. Empeoramiento perimenstrual frecuente.
- **Paciente con enfermedad inflamatoria intestinal:** coordinación con Digestivo obligatoria. Evitar AINE.
- **Paciente con síndrome metabólico:** cribado activo, derivación a EP/Endocrino.

6.2. Alertas de seguridad OMS aplicables

- Δ^1 **Precisión de medicación en transiciones:** validación de FH antes de dispensar biológico.
- Δ^2 **Identificación de pacientes:** codificación L73.2 como requisito en todos los puntos.
- **9 OMS Higiene de manos:** en todas las actuaciones de cura y drenaje.

6.3. Teleconsulta

- De AP a Dermatología: vía PIDE.
- De FH a Dermatología: teleconsulta intrahospitalaria o *email* estructurado.

No usar WhatsApp para decisiones clínicas.

No usar teléfono personal sin registro.

7. Registros

Registro	Responsable	Sistema	Frecuencia
Diagnóstico L73.2	Todos	Diraya	Cada contacto
IHS4, Hurley	Dermatólogo	Diraya (plantilla HS)	Cada visita
HS-QoL, EVA, DLQI	Enfermería/ Dermatología	Diraya (plantilla HS)	Cada visita
Dispensación de biológico	FH	FarmaTool/ ATHOS + Diraya	Cada dispensación
Alertas FH → Dermatología	FH	Teleconsulta + HCE	Según nivel de alerta
IEXPAC-11	Enfermería/FH	Microsoft Forms	Anual
<i>Checklist</i> de autoevaluación del centro	Calidad Asistencial	Formulario del proyecto	Anual

Plantilla I. Plantilla de solicitud de tratamiento biológico (FH) SOLICITUD DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO – HIDRADENITIS SUPURATIVA

Dermatología → Farmacia Hospitalaria

Campo	Contenido
Nombre	—
NUHSA	—
Fecha de nacimiento	__/__/____
Peso	__ kg

Diagnóstico y gravedad

Dato	Valor
HS confirmada	Sí
Estadio Hurley	II / III
IHS4 actual	—
DLQI	—
Áreas afectadas	—

Tratamientos previos (demostrar fallo)

Tratamiento	Duración	Respuesta
Doxiciclina	__ semanas	Ninguna / Parcial / Recaída
Clindamicina + rifampicina	__ semanas	Ninguna / Parcial
Cirugías previas (n.º: __)	—	—

Fármaco solicitado

- Adalimumab 40 mg/semana (tras inducción)
- Secukinumab 300 mg/2 semanas (tras inducción)
- Otro: __
- Tipo: INICIO / CAMBIO (motivo: __)

Cribado realizado

Prueba	Realizada
Serología VHB/VHC/VIH	Sí/No
Quantiferon/Mantoux	Sí/No
Rx de tórax	Sí/No
Derivación a Medicina Preventiva	Sí/No

Comorbilidades relevantes: Obesidad · Diabetes · HTA · Cardiopatía · Enfermedad desmielinizante · EII · Infección activa · Embarazo/lactancia

Dermatólogo: _____ · **Fecha:** __/__/____

Plantilla II. Teleconsulta AP → Dermatología

TELECONSULTA HS — ATENCIÓN PRIMARIA → DERMATOLOGÍA

Campo	Contenido
Paciente	Nombre · NUHSA · Edad · Sexo
Solicitante	Nombre del médico · Centro de Salud · Fecha

1. Motivo de consulta

- Primera valoración por sospecha de HS
- Paciente conocido con recaída/progresión
- Duda terapéutica
- Renovación de la receta/seguimiento

2. Descripción clínica

Dato	Opciones
Tiempo de evolución	__ meses/años
N.º de episodios previos	__
Nódulos inflamatorios	0 / 1-3 / ≥3
Abscesos	0 / 1 / ≥2
Túneles/trayectos	No/Sí
Localización	Axilas / Ingles / Glúteos-perianal / Submamario / Otras
Dolor EVA (0-10)	__
Supuración activa	Sí/No

3. Tratamiento previo

Fármaco	Respuesta
Ninguno	—
Clindamicina tópica	Sí / No / Parcial
Doxiciclina oral __ semanas	Sí / No / Parcial
Otros antibióticos: __	__
Drenajes previos (n.º: __)	Sí / No

4. Comorbilidades relevantes

Obesidad (IMC: __) · Diabetes · Tabaquismo · EII · Depresión/ansiedad · Artritis · Otras: __

5. Imágenes adjuntas: Sí (n.º: __) / No

6. Pregunta concreta al dermatólogo: __

IMPORTANTE: El mínimo requerido son fotografías de TODAS las regiones afectadas. Los campos de información ideal (n.º de lesiones, localización, tiempo de evolución) agilizan la clasificación; los «muy recomendados» (tratamientos previos, factores de riesgo, antecedentes, comorbilidades) permiten completar la derivación de forma óptima.

Plantilla III. **Checklist de bolsillo: sospecha de HS en Urgencias** Consultar episodios previos a Urgencias o evolutivo de Dermatología

PREGUNTA CLAVE: ¿Ha tenido esto antes en la misma zona?

SI SÍ + localización típica → SOSPECHA HS

Localizaciones típicas: Axilas · Ingles · Periné · Submamario · Pubis

Si sospecha HS: qué hacer

Paso	Acción
1	Drenar solo si fluctuante (no escisión amplia)
2	Antibiótico: doxiciclina 100 mg/12 h × 10-12 días (NO amoxicilina-clavulánico)
3	Analgesia según dolor (EVA)
4	Codificar: L73.2 (Hidradenitis Supurativa)
5	Derivar: derivación preferente a Dermatología

NO hacer:

- Escisión amplia de primera intención.
- Derivar a Cirugía sin valoración dermatológica previa.
- Codificar como «absceso» si el episodio es recurrente.

Plantilla IV. Teleconsulta Cirugía-Dermatología

Para cuando el paciente con sospecha de HS llega a Cirugía sin evaluación dermatológica previa

Campo	Contenido
Paciente	Nombre · NUHSA · Edad · Sexo
Solicitante	Cirujano · Servicio · Fecha

Descripción clínica

Dato	Contenido
Localización	Axilas / Ingles / Glúteos / Perianal / Genital / Otras
Tipo de lesión	Nódulo / Absceso / Fístula / Túnel
N.º de lesiones (aproximado)	—
Recurrencia	___ episodios previos similares
Tiempo de evolución	___ meses/años
Dolor (EVA 0-10)	—
Supuración activa	Sí/No

Tratamiento previo y actuación realizada en Cirugía

Dato	Contenido
Antibióticos previos	—
Cirugías previas	—
Actuación realizada hoy	Ninguna / I+D / Antibiótico de contención (especificar)

Comorbilidades relevantes: IMC: ___ · Diabetes: Sí/No · Tabaquismo: Sí/No (___ cigarrillos/día)

Fotografías adjuntas: Sí (n.º: ___) / No

Solicitud: Confirmación diagnóstica y establecimiento de plan terapéutico.

Prioridad: URGENTE / PREFERENTE / ORDINARIA

Checklist para puente terapéutico en Cirugía (pendiente de valoración dermatológica)

Qué puede prescribir Cirugía mientras el paciente espera cita con Dermatología:

Medida	Indicación	Opción concreta
Analgesia	Siempre	Paracetamol 1 g/6-8 h. Añadir ibuprofeno 600 mg/8 h o naproxeno 500 mg/12 h si inflamación activa sin contraindicación. Evitar pautas >14 días sin reevaluación
Medidas locales	Siempre	Frío local; apósitos no adherentes sobre lesiones drenantes
Antibiótico de contención	Solo si sobreinfección (eritema expansivo, supuración purulenta, fiebre)	Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8 h x 7-10 días; o clindamicina 300 mg/8 h si alergia a penicilina
Drenaje de absceso	Absceso fluctuante con dolor intenso	I+D bajo anestesia local. Documentar y comunicar a Dermatología
Derivación	Siempre	Teleconsulta o derivación preferente a Dermatología ≤10 días laborables

8. Bibliografía

- Martorell A, García-Martínez FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, et al. An update on hidradenitis suppurativa (Part I): Epidemiology, clinical aspects, and definition of disease severity. *Actas Dermosifiliogr*. 2015; 106(9): 703-715. doi: 10.1016/j.ad.2015.06.004. PubMed PMID: 26254550.
- Montero-Vilchez T, Díaz-Calvillo P, Rodríguez-Pozo JA, Cuenca-Barrales C, Martínez-López A, Arias-Santiago S, et al. The burden of hidradenitis suppurativa signs and symptoms in quality of life: systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(13): 6709. doi: 10.3390/ijerph18136709.
- Chernyshov PV, Finlay AY, Tomas-Aragónés L, Poot F, Sampogna F, Marron SE, et al. Quality of life in hidradenitis suppurativa: an update. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(11): 6131. doi: 10.3390/ijerph18116131.
- Shavit E, Dreier J, Freud T, Halevy S, Vinker S, Cohen AD. Psychiatric comorbidities in 3207 patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015; 29(2): 371-376. doi: 10.1111/jdv.12567.
- Vangipuram R, Vaidya T, Jandarav R, Alikhan A. Factors contributing to depression and chronic pain in patients with hidradenitis suppurativa: results from a single-center retrospective review. *Dermatology*. 2016; 232(6): 692-695. doi: 10.1159/000453259.
- Thorlacius L, Cohen AD, Gislason GH, Jemec GBE, Egeberg A. Increased suicide risk in patients with hidradenitis suppurativa. *J Invest Dermatol*. 2018; 138(1): 52-57. doi: 10.1016/j.jid.2017.09.008.
- Głowaczewska A, Reszke R, Szepietowski JC, Matusiak Ł. Indirect self-destructiveness in hidradenitis suppurativa patients. *J Clin Med*. 2021; 10(18): 4194. doi: 10.3390/jcm10184194.
- Sampogna F, Campana I, Fania L, Mastroeni S, Fusari R, Ciccone D, et al. Pain as defining feature of health status and prominent therapeutic target in patients with hidradenitis suppurativa. *J Clin Med*. 2021; 10(16): 3648. doi: 10.3390/jcm10163648.
- ASENDHI. III Barómetro de la hidradenitis suppurativa. Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis Suppurativa. 2023. <https://asendhi.org/iii-barometro-hidradenitis-suppurativa/>
- Borrás J, et al. Carga económica de la hidradenitis suppurativa en España. Comunicación oral. Presentado en 51º Congreso Nacional AEDV 2024.
- Zouboulis CC, del Mármol V, Mrowietz U, Prens EP, Tzellos T, Jemec GBE. Hidradenitis suppurativa/acne inversa: criteria for diagnosis, severity assessment, classification and disease evaluation. *Dermatology*. 2015; 231(2): 184-190. doi: 10.1159/000431175. PubMed PMID: 26139027.
- Saunte DML, Jemec GBE. Hidradenitis suppurativa: advances in diagnosis and treatment. *JAMA*. 2017; 318(20): 2019-2032. doi: 10.1001/JAMA.2017.16691. PubMed PMID: 29183082.
- Garg A, Neuren E, Cha D, Kirby JS, Ingram JR, Jemec GBE, et al. Evaluating patients' unmet needs in hidradenitis suppurativa: results from the Global Survey Of Impact and Healthcare Needs (VOICE) Project. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 82(2): 366-376. doi: 10.1016/j.jaad.2019.06.1301.
- Saunte DM, Boer J, Stratigos A, Szepietowski JC, Hamzavi I, Kim KH, et al. Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa is a global problem. *Br J Dermatol*. 2015; 173(6): 1546-1549. doi: 10.1111/bjd.14038.
- SECA. Libro Blanco de la Hidradenitis Suppurativa en España. Proyecto HechoS. Sociedad española de Calidad Asistencial. 2024.
- Chiricozzi A, Micali G, Veraldi S. The patient journey: a voyage from diagnosis to hidradenitis suppurativa multidisciplinary unit. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019; 33(S6): 15-20. doi: 10.1111/JDV.15850. PubMed PMID: 31535760.
- Henehan M, Montuno M, De Benedetto A. Doxycycline as an anti-inflammatory agent: updates in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31(11): 1800-1808. doi: 10.1111/jdv.14345.
- 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*. 2015; 29(4): 619-644. doi: 10.1111/jdv.12966.
- Bettoli V, Join-Lambert O, Nassif A. Antibiotic treatment of hidradenitis suppurativa. *Dermatol Clin*. 2016; 34(1): 81-89. doi: 10.1016/j.det.2015.08.013.
- Bettoli V, Manfredini M, Massoli L, Carillo C, Barozzi A, Amendolagine G, et al. Rates of antibiotic resistance/sensitivity in bacterial cultures of hidradenitis suppurativa patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019; 33(5): 930-936. doi: 10.1111/jdv.15332.
- Melgosa Ramos FJ, García-Ruiz R, Mateu Puchades A, Martorell A. Can we improve prognosis in hidradenitis suppurativa? Identifying patients in the window of opportunity. *Actas Dermosifiliogr*. 2024; 115(2): T213T214. doi: 10.1016/j.ad.2023.11.012.
- Ficha técnica de Bimzelx® 160 mg. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1211575006/FT_1211575006.html
- Ficha técnica de Humira® 80 mg. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/103256021/FT_103256021.html#4.2
- Ficha técnica de Cosentyx® 300 mg. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/114980004/FT_114980004.html#4.2
- Rodríguez-Zúñiga MJM, García-Perdomo HA, Ortega-Loayza AG. Asociación entre la hidradenitis suppurativa y el síndrome metabólico: revisión sistemática y metaanálisis. *Actas Dermosifiliogr*. 2019; 110(4): 279-288. doi: 10.1016/j.ad.2018.10.020.
- Martorell A, Alfageme Roldán F, Vilarrasa Rull E, Ruiz-Villaverde R, Román de Gabriel J, García Martínez F, et al. Ultrasound as a diagnostic and management tool in hidradenitis suppurativa patients: a multicentre study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019; 33(11): 2137-2142. doi: 10.1111/jdv.15710.
- Elrod JK, Fortenberry JL. Centers of excellence in healthcare institutions: what they are and how to assemble them. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(Suppl 1): 425. doi: 10.1186/s12913-017-2340-y.
- Faust J, Mager B, Massa C. Healthcare Complexity and the Role of Service Design in Complex Healthcare Systems. En: *Human-Centered Service Design for Healthcare Transformation*. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 197-219. doi: 10.1007/978-3-031-20168-4_12.
- Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018; 6(11): e1196-e1252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Guía de Práctica Farmacéutica en Hidradenitis Suppurativa. 2025.
- Adaptación del modelo de atención farmacéutica CMO al paciente que vive con infección por VIH. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Consultado en: <https://www.sefh.es/mapex/images/adaptacion-cmo-paciente-vih-octubre-2023.pdf>

32. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: a publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part II: Topical, intralesional, and systemic medical management. *J Am Acad Dermatol.* 2019; 81(1): 91-101. doi: 10.1016/j.jaad.2019.02.068.
33. Marzano AV, Magnoni C, Micali G, De Magnis A, Pintori G, Fiorini S, et al. Improving hidradenitis suppurativa management: consensus statements from physicians and patients' perspectives. *Arch Dermatol Res.* 2024; 316(8): 577. doi: 10.1007/s00403-024-03316-2.
34. Hasan SB, Smith SP, Brain A, Mohd Mustapa MF, Cheung ST, Ingram JR, et al. British Association of Dermatologists National Clinical Audit on the Management of Hidradenitis Suppurativa in the UK. *Clin Exp Dermatol.* 2021; 46(6): 1023-1027. doi: 10.1111/ced.14598.
35. Timila Touhouche A, Chaput B, Marie Rouquet R, Montastier E, Caron P, Gall Y, et al. Integrated multidisciplinary approach to hidradenitis suppurativa in clinical practice. *Int J Womens Dermatol.* 2020; 6(3): 164-168. doi: 10.1016/j.ijwd.2020.02.006.
36. The Health Policy Partnership. Call to action: improving the lives of people with HS in Denmark. 2020.
37. Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundation. Call to action: improving the lives of people with HS in Canada. 2024.
38. Marron SE, Gómez-Barrera M, Tomás Aragonés L, Goni-Navarro A, Vilarrasa-Rull E, Díaz-Díaz RM, et al. Quality of life in hidradenitis suppurativa: validation of the HSQoL-24. *Acta Derm Venereol.* 2021; 101(8): adv00529. doi: 10.2340/00015555-3905.
39. Kirby JS, Thorlacius L, Villumsen B, Ingram JR, Garg A, Christensen KB, et al. The Hidradenitis Suppurativa Quality of Life (HiSQoL) score: development and validation of a measure for clinical trials. *Br J Dermatol.* 2020; 183(2): 340-348. doi: 10.1111/bjd.18692.
40. Mastacouris N, Tannenbaum R, Strunk A, Koptyev J, Aarts P, Alhusayen R, et al. Outcome measures for the evaluation of treatment response in hidradenitis suppurativa for clinical practice. *JAMA Dermatol.* 2023; 159(11): 1258. doi: 10.1001/jamadermatol.2023.3282.
41. Mira JJ, Nuño-Solinís R, Guilbert-Mora M, Solas-Gaspar O, Fernández-Cano P, González-Mestre MA, et al. Development and validation of an instrument for assessing patient experience of chronic illness care. *Int J Integr Care.* 2016; 16(3): 13. doi: 10.5334/ijic.2443.

 NOVARTIS

 safh | Sociedad Andaluza de
Farmacéuticos de Hospitales
y Centros Socioasistenciales

 sadecca
Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial