

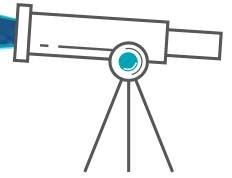
# El manejo de la HS en Atención Primaria

La Atención Primaria (AP) **juega un papel primordial en la identificación**, diagnóstico, tratamiento y cuidados de las personas con HS; en la rápida adopción de medidas generales ante el inicio de los primeros síntomas y en la valoración del grado de severidad, derivando, en su caso, al dermatólogo, quien decidirá la necesidad terapéutica del paciente.

El equipo de AP debe convertirse en una referencia para el paciente con HS, la puerta del sistema sanitario a la que acudir ante dudas, brotes o complicaciones, para que desde este nivel asistencial se puedan gestionar de forma adecuada las necesidades del paciente, derivando a Dermatología u otros especialistas en caso de necesidad, y poniendo a su disposición la formación, información y recursos asistenciales necesarios para la atención de su patología.

Si se tienen en cuenta los datos que arroja el Barómetro de la HS con respecto al papel que en la actualidad tiene la AP en el manejo de la patología, se comprueba que poco más del 9% de los pacientes encuestados afirma haber sido diagnosticado por su Médico de Familia. A su vez, el 23,6% de ellos afirma que su médico de referencia es el Médico de AP (tras el 52,4% que afirma que es el dermatólogo). Por lo que respecta al papel de la Enfermería, aunque los resultados no se circunscriben solo a AP, vale la pena destacar que más del 51% considera que debe jugar “un papel relevante en el cuidado de la HS; ser un punto de comunicación entre el médico especialista y el paciente”, a pesar de que más del 54% afirma que en el cuidado de su patología “enfermería sólo interviene en momentos puntuales (alguna cura...)”.

Como conclusión general de los debates con el panel de expertos, y punto de partida respecto al estándar óptimo de la actuaciones de los equipos de Atención Primaria en el manejo de la HS, puede afirmarse que AP debe ser quien lidere el control y seguimiento del paciente con HS en los estadios leves de la patología (Hurley I) sin menoscabo de las visitas a Dermatología u otros especialistas que se requieran en función de la evolución. Por lo tanto, deben ofrecerse las herramientas adecuadas a los equipos asistenciales de AP de forma que tengan la capacidad real de detectar, tratar y controlar a estos pacientes.



## Objetivos de la Atención Primaria en la HS

Los objetivos de la Atención Primaria en relación con la HS deben ser:



### Objetivos de diagnóstico de la HS

- Colaborar con la detección precoz.
- Realizar el manejo clínico valorando el grado de severidad.
- Establecer un tratamiento personalizado y un seguimiento de los pacientes favoreciendo la toma de medidas preventivas.
- Abordaje tanto de las enfermedades asociadas como de las complicaciones propias de la HS.

### 1. Detección precoz

En el capítulo anterior se ha abordado el diagnóstico de la HS definiendo los criterios para el diagnóstico así como el algoritmo de decisión para, ante una sospecha, concluir en un diagnóstico de HS o no.

Cabe señalar que muchos pacientes con HS reciben un diagnóstico erróneo siendo diagnosticados de forunculosis o abscesos y recibiendo, la mayoría de ellos, pautas antibióticas que no resultan adecuadas a su patología real.

Tal y como se ha señalado en el capítulo dedicado al diagnóstico, ante episodios recurrentes en las zonas típicamente afectadas debe sospecharse de HS.

Por ello, a todo paciente que presente las lesiones características en las zonas típicas, de curso crónico, que evoluciona en forma de brotes y que acuda a Atención Primaria se le debe preguntar de forma activa y realizar la siguiente exploración física:

## EVALUACIÓN CLÍNICA DE UN PACIENTE CON SOSPECHA DE HS EN ATENCIÓN PRIMARIA



### > Anamnesis

- Hábitos tóxicos (tabaco)
- Antecedentes patológicos
- Tratamiento activo (litio, anticonceptivos, isotretinoína)
- Historia familiar de HS
- Existencia de prurito, dolor, fiebre
- Factores exacerbantes: ropa ajustada, uso de desodorantes
- Patologías asociadas (acné conglobata, sinus pilonidal, celulitis disecante de cuero cabelludo)
- Síntomas digestivos: alteración del ritmo intestinal, rectorragias (enfermedad de Crohn)
- Evolución: tiempo de evolución, historia de brotes anteriores y recurrentes

### > Exploración física

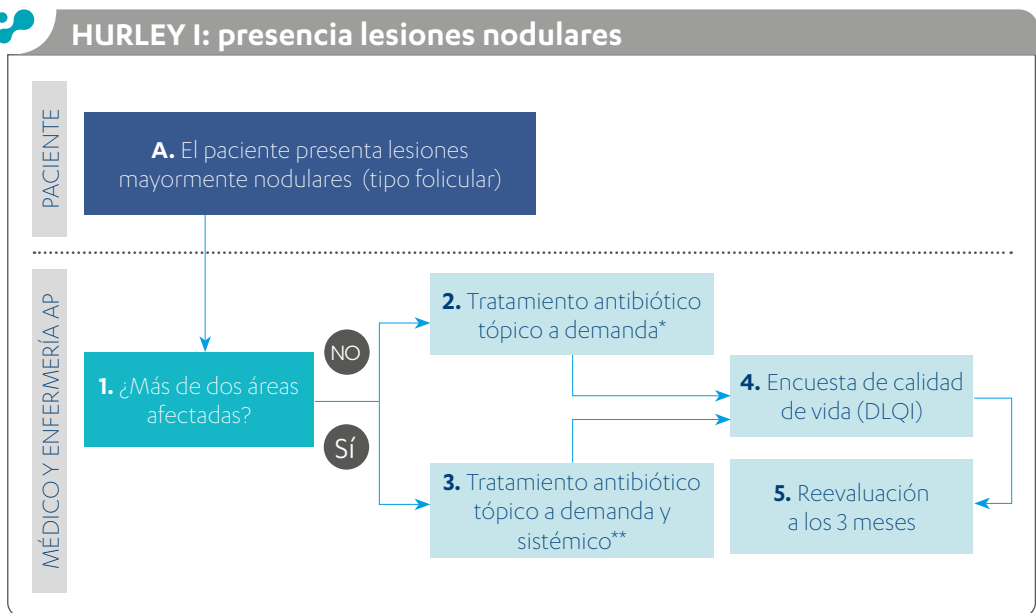
- General:
  - Constantes: Temperatura (Tª), Tensión Arterial (TA)
  - Índice de Masa Corporal (IMC)
  - Exploración cardiorrespiratoria y abdominal
- Cutánea (**observar y palpar las lesiones**)
  - Tipo de lesiones:
    - Lesiones primarias: nódulos solitarios dolorosos que pueden evolucionar a abscesos y drenar de forma espontánea o tras escisión, fístulas
    - Lesiones secundarias: cicatrices hipertróficas, placas induradas
    - Lesiones terciarias: comedones abiertos con uno o varios orificios foliculares
  - Localización
  - Extensión
  - Existencia de dolor a la palpación
  - Existencia de calor, rubor
  - Presencia de edema
  - Adenopatías regionales asociadas
- Exploración general de todas las regiones anatómicas con glándulas apocrinas: axilas, genitales externos, zona submamaria e intermamaria, ingles, zona perianal, glúteos

## 2. Manejo clínico y seguimiento

Para un correcto manejo clínico de la HS en Atención Primaria, tras la evaluación clínica, se valorará el grado de severidad (Hurley I, II o III) y se actuará según dicha valoración.

A continuación se recogen los protocolos de manejo recomendado para cada uno de los estadios de la enfermedad en función del tipo de lesiones que presenta el paciente.

Figura 13. Manejo del paciente con HS en AP

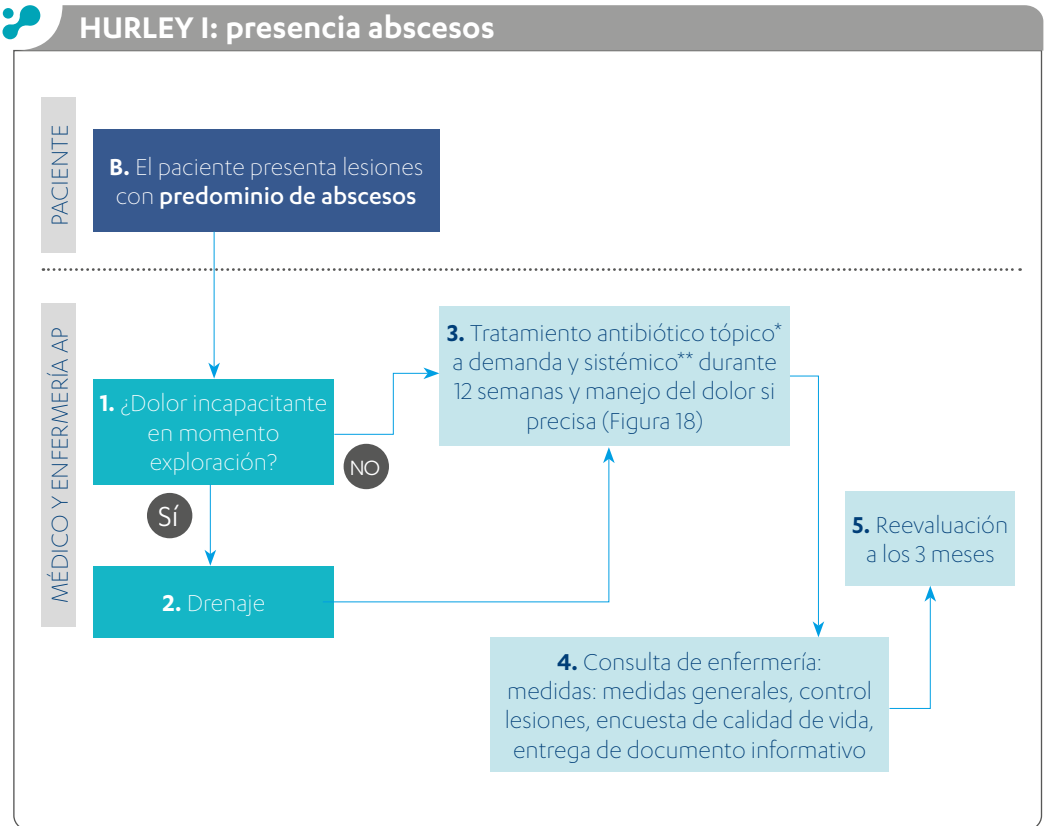


\*/\*\* Zouboulis CC et al 2015,52

**Inicio:** El paciente presenta lesiones en su mayoría nodulares, tipo folicular.

1. ¿Presenta lesiones en más de dos áreas?
2. Si presenta lesiones en una o dos áreas, se prescribirá tratamiento tópico antibiótico a demanda (Clindamicina 1% tópico o Resorcinol 15% en excipiente O/W)\*
3. Si el paciente presenta lesiones en más de dos áreas, se prescribirá tratamiento antibiótico tanto tópico, como sistémico (Tetraciclina 500 mg/12 horas o Doxiciclina 100 mg/día o Minociclina 100 mg/día) \*\* Se pautará el tratamiento sistémico para 12 semanas.
4. Independientemente del número de áreas afectadas por la lesiones, se someterá al paciente a la encuesta de calidad de vida, DLQI o la de referencia.
5. Sea cual sea el tratamiento prescrito en función del número de zonas en las que se presentan las lesiones, se citará al paciente a los tres meses para seguimiento y reevaluación.

Figura 14. Manejo del paciente con HS en AP



\*/\*\* Zouboulis CC et al 2015,52

**Inicio:** El paciente presenta lesiones con predominio de abscesos y está diagnosticado de HS en estadio Hurley I

1. ¿Los abscesos producen dolor incapacitante en el momento de la exploración?

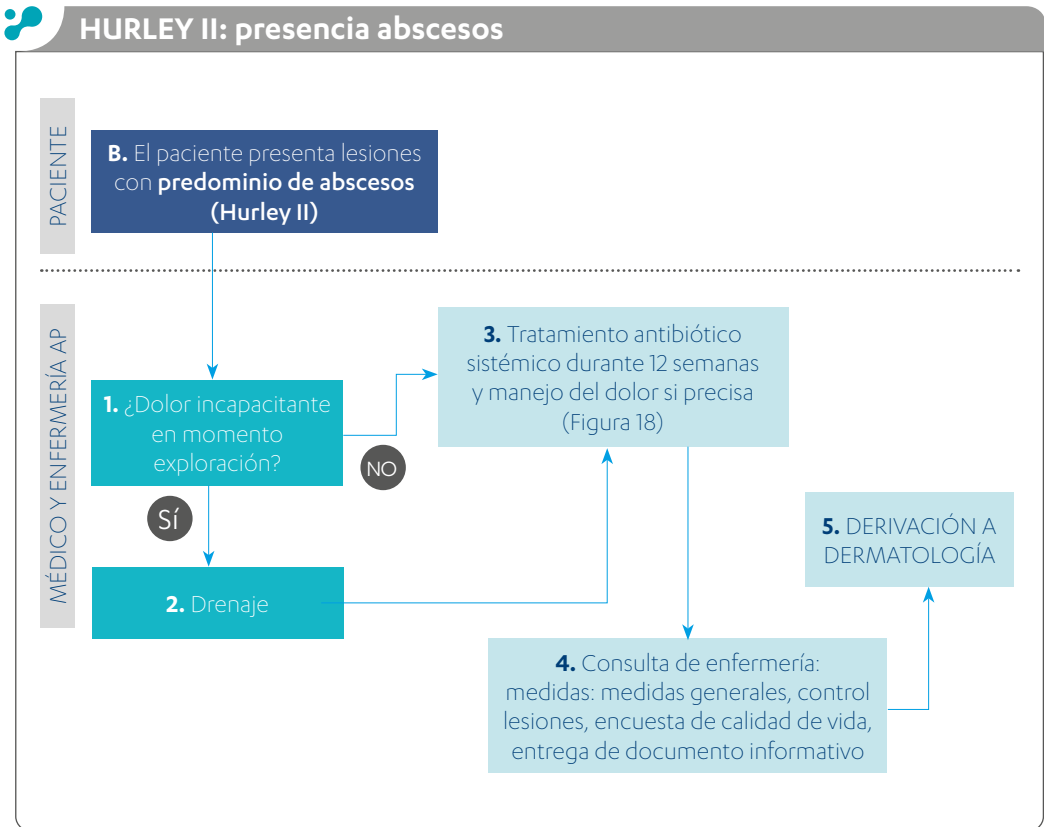
Si producen dolor incapacitante, se realizará el drenaje del/los absceso/s por parte del facultativo o del profesional de enfermería.

Si no produce dolor incapacitante y no precisa drenaje en ese momento, así como tras el drenaje en caso de que se requiera se prescribirá tratamiento antibiótico tópico a demanda y sistémico, concretamente Tetraciclina 500 mg/12 horas o Doxiciclina 100 mg/día o Minociclina 100 mg/día\*\*. Se pautará tratamiento para 12 semanas. Manejo del dolor si el paciente lo precisa (Figura 18).

2. Se citará al paciente para consulta de enfermería para que sea informado sobre medidas generales (hábitos de vida saludables, tabaquismo, información general sobre la HS, pautas para el autocuidado de las lesiones, etc.), control y cura de las lesiones, encuesta de calidad de vida (DLQI o la de referencia empleada).

3. Se citará al paciente a los tres meses para seguimiento y reevaluación por parte del equipo asistencial de AP.

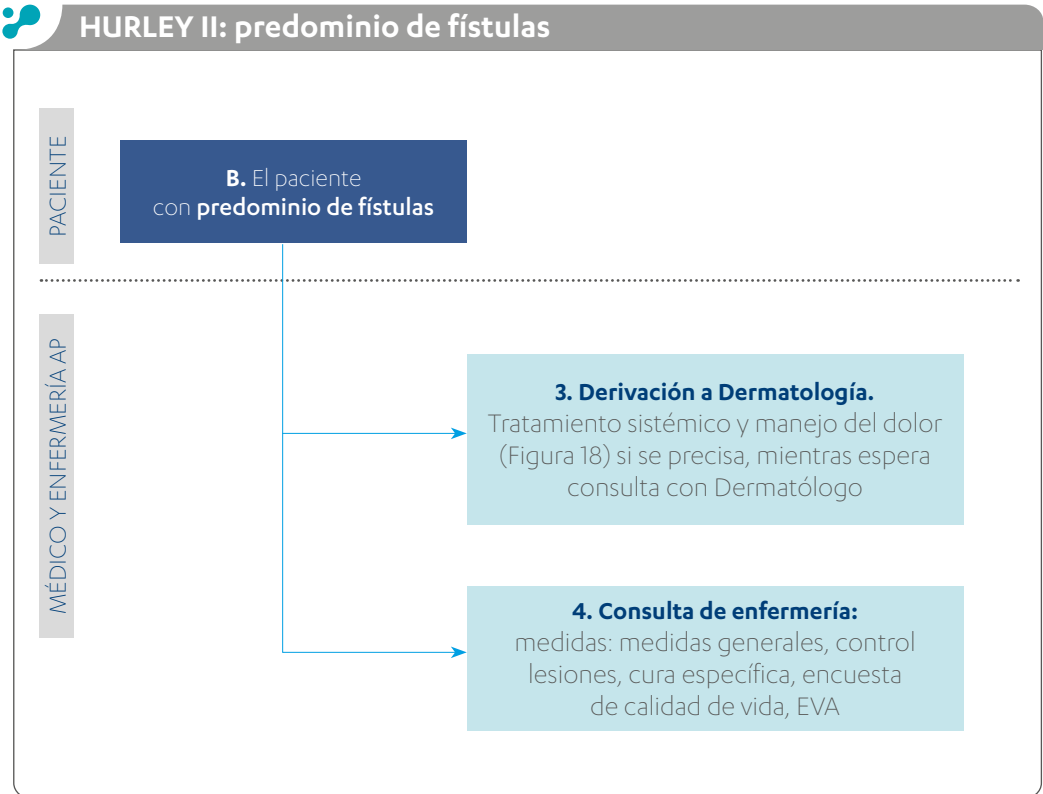
Figura 15. Manejo del paciente con HS en AP



**Inicio:** El paciente presenta lesiones con predominio de abscesos y está diagnosticado de HS en estadio Hurley II

- ¿Los abscesos producen dolor incapacitante en el momento de la exploración?  
 Si producen dolor incapacitante, se realizará el drenaje del/los absceso/s por parte del facultativo o del profesional de enfermería.  
 Si no produce dolor incapacitante y no precisa drenaje en ese momento, así como tras el drenaje en caso de que se requiera, se prescribirá tratamiento antibiótico sistémico (Tetraciclina 500 mg/12 horas o Doxiciclina 100 mg/día o Minociclina 100 mg/día\*\*). Se pautará tratamiento para 12 semanas. Manejo del dolor si el paciente lo precisa (Figura 18).
- Se citará al paciente para consulta de enfermería para que sea informado sobre medidas generales (hábitos de vida saludables, tabaquismo, información general sobre la HS, pautas para el autocuidado de las lesiones, etc.), control y cura de las lesiones, encuesta de calidad de vida (DLQI o la de referencia empleada).
- Se citará al paciente a los tres meses para seguimiento y reevaluación por parte del equipo asistencial de AP.
- Derivación del paciente a Dermatología.

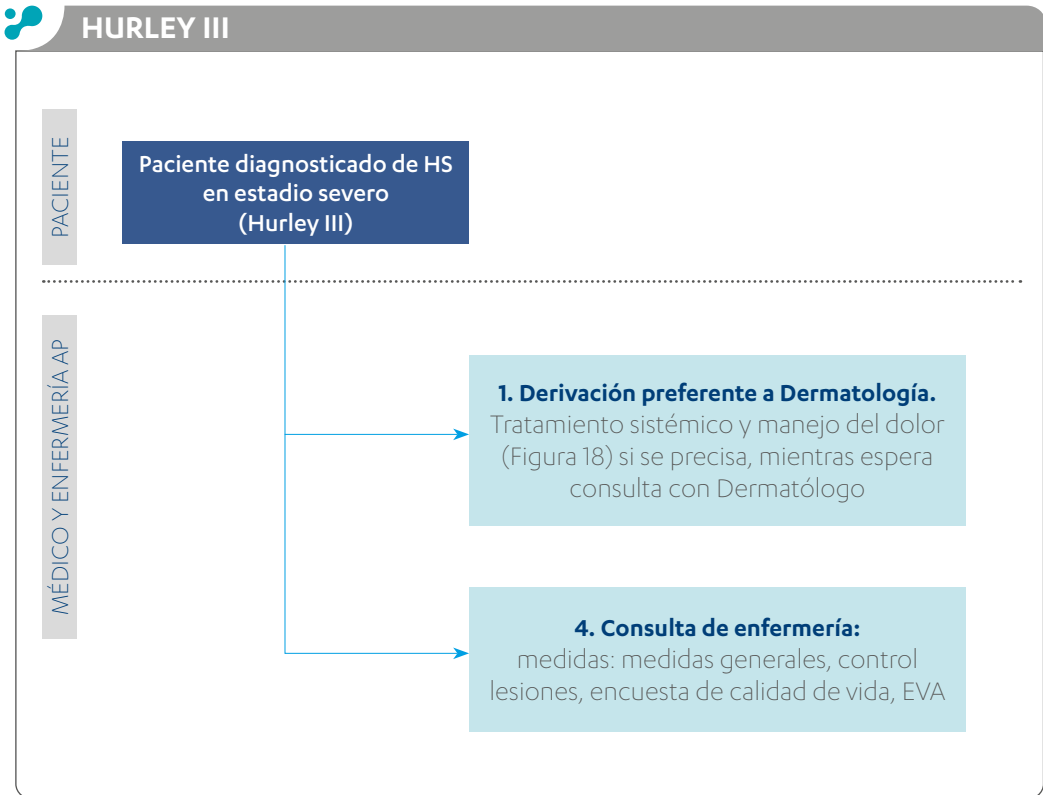
Figura 16. Manejo del paciente con HS en AP



**Inicio:** El paciente presenta lesiones con predominio de fístulas.

1. Se derivará al paciente a Dermatología. Se le pautará tratamiento antibiótico tópico y sistémico (Tetraciclina 500 mg/12 horas o Doxiciclina 100 mg/día o Minociclina 100 mg/día\*\*) y se aplicarán medidas para el manejo del dolor (Figura 18) durante el tiempo de espera para la consulta con el dermatólogo.
2. Se citará al paciente para consulta de enfermería para que sea informado sobre medidas generales (hábitos de vida saludables, tabaquismo, información general sobre la HS, pautas para el autocuidado de las lesiones, etc.), control y cura específica de las lesiones, encuesta de calidad de vida (DLQI o la de referencia empleada), etc.

Figura 17. Manejo del paciente con HS en AP



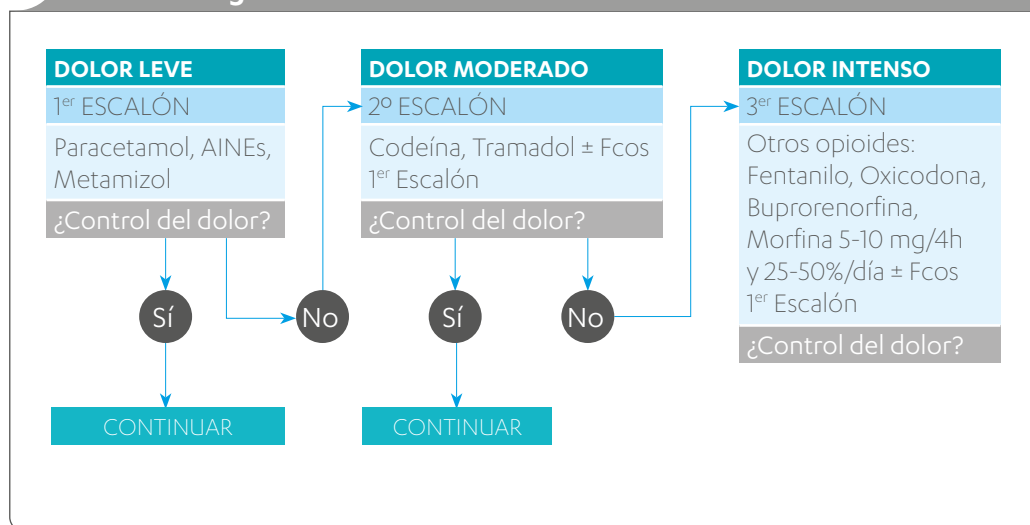
**Inicio:** Paciente diagnosticado de Hidradenitis Suppurativa en grado severo (Hurley III).

1. Derivación a Dermatología. Se pautará al paciente tratamiento antibiótico tópico y sistémico (Tetraciclina 500 mg/12 horas o Doxiciclina 100 mg/día o Minociclina 100 mg/día\*\*) y se aplicarán medidas para el manejo del dolor (Figura 18) durante el tiempo de espera para la consulta con el dermatólogo.
2. Se citará al paciente para consulta de enfermería para que sea informado sobre medidas generales (hábitos de vida saludables, tabaquismo, información general sobre la HS, pautas para el autocuidado de las lesiones, etc.), control y cura de las lesiones, encuesta de calidad de vida (DLQI o la de referencia empleada), etc.





## Escala analgésica de la OMS



## La consulta de enfermería

Tal y como se recoge en los procesos asistenciales presentados, se contempla la consulta de Enfermería como parte fundamental del proceso con el objetivo de que



- El paciente tenga acceso a la mayor cantidad de información posible acerca de su patología
- Conozca de qué forma puede adoptar hábitos que prevengan la aparición de brotes o exacerbaciones
- Se lleve a cabo un control adecuado de su calidad de vida y la detección precoz de otras afecciones y, a la vez, se
- Efectúen las curas adecuadas según el estándar definido para cada tipo de lesión.

A continuación se concreta cuál debería ser el contenido de las consultas de enfermería en el ámbito del centro de salud.

## CONSULTA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

### a. Evaluación clínica del paciente

Desde Enfermería se trabajará con el facultativo en la recogida de datos que deben integrar la historia clínica del paciente a través de la anamnesis y la exploración física, para que la historia recoja todos los datos relevantes, estáticos (antecedentes clínicos, hábitos tóxicos, localización de lesiones, estilo de vida, profesión, etc.) y dinámicos (peso, talla, IMC, TA, frecuencia cardíaca, etc.).

Asimismo, se aplicarán y se registrarán los resultados de los siguientes test:

- EVA (Escala Visual Analógica) sobre dolor y prurito.
- DLQI, escala para medir el impacto de la patología en la calidad de vida del paciente.

En función de cómo se encuentre emocionalmente al paciente, y si él muestra su consentimiento, se le puede someter a la encuesta que mide el impacto o afectación emocional HADS.

### b. Educación terapéutica del paciente

En cuanto a la formación/educación del paciente, en la consulta de Enfermería se aportará al paciente información sobre su propia patología, siendo de gran interés poder entregarle un folleto explicativo acerca de la HS que debería estar disponible en todos los centros de Atención Primaria.

Este folleto, cuya edición se recomienda, deberá contener:

- Información general sobre la HS: Definición, explicación de los diferentes estadios de la patología, etc.
- Normas de higiene para mejor pronóstico de la HS (jabones, uso de la depilación, tipo de ropa aconsejada...) y hábitos de vida saludable que contribuyen a reducir los brotes (control del peso, abandono tabaco...).
- Datos de contacto y fuentes de información a donde el paciente puede dirigirse, como la asociación de pacientes y otras fuentes acreditadas.

En el Anexo II de este documento se incluye una propuesta acerca del contenido de estos folletos.

En la consulta debe incidirse en los cuidados generales como el abandono del hábito tabáquico y el control de peso.



**c. Realizar las curas y enseñar al paciente el autocuidado de las mismas**

El profesional de enfermería llevará a cabo las curas de las lesiones cutáneas e indicará al paciente cómo proceder para el autocuidado de las mismas. El modo de efectuar las curas depende del tipo de lesión. En el Anexo I del presente documento se detalla el que se entiende como estándar apropiado para cada tipo de cura en función de la lesión a tratar.

**d. Administrar el tratamiento y mostrar al paciente cómo hacerlo**

El profesional de enfermería informará al paciente sobre cómo debe aplicar su tratamiento y ofrecerá instrucciones precisas sobre su aplicación y conservación si se requieren.

### 3. Medidas preventivas

Las medidas preventivas se deberán recomendar de forma activa a todo paciente con HS desde el momento del diagnóstico.

El papel de enfermería es clave en la educación y recomendación de estilos de vida saludables: abandono del tabaco, evitar sobrepeso, ropa adecuada, etc.

Como se ha explicado en el punto anterior, las medidas preventivas constituirán uno de los principales elementos de las consultas de enfermería.

### 4. Abordaje de las complicaciones y enfermedades asociadas

El papel de la Atención Primaria es primordial en el abordaje de las posibles enfermedades asociadas que presente el paciente tales como el Síndrome Metabólico, Enfermedades foliculares oclusivas, Enfermedad de Crohn o Artritis.



Desde la Atención Primaria será necesario un abordaje personalizado, integral e interdisciplinar valorando las complicaciones que se deriven de la propia enfermedad (contracturas, fístulas anales, etc.) así como las secundarias al gran impacto en la calidad de vida del paciente (depresión/ansiedad) siendo clave una buena coordinación entre AP y los diferentes niveles asistenciales.