

PIODERMA GANGRENOSO: UNA REVISIÓN DE LA DERMATOSIS NEUTROFÍLICA Y EL ABORDAJE AVANZADO DE HERIDAS BAJO EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

PYODERMA GANGRENOSUM: A REVIEW OF NEUTROPHILIC DERMATOSIS AND ADVANCED WOUND MANAGEMENT USING THE NURSING PROCESS

Autores:  Montserrat Domingo Medina

<https://orcid.org/0009-0004-1811-9349>

Enfermera. Hospital Universitario Germans Triás y Pujol. Badalona.
Instituto Catalán de la Salud. Institut Català de la Salut: Barcelona, Cataluña (España)

Contacto: montse.turquesa@gmail.com

Fecha de recepción: 18/11/2025
Fecha de aceptación: 12/05/2026

Domingo-Medina, M. Pioderma gangrenoso: una revisión de la dermatosis neutrofílica y el abordaje avanzado de heridas bajo el proceso de atención de enfermería (PAE). *Enferm Dermatol.* 2026; 20(58): e01-e08. DOI: **10.5281/zenodo.22759249**

RESUMEN

El Pioderma Gangrenoso (PG) es una dermatosis inflamatoria ulcerosa, rara y no infecciosa, clasificada dentro del espectro de las dermatosis neutrofílicas. Se presenta típicamente como una pápula o pústula extremadamente dolorosa que evoluciona rápidamente a una úlcera necrótica grande, frecuentemente en las extremidades inferiores. El diagnóstico es desafiante y se realiza por exclusión, asociándose a menudo con trastornos inmunitarios y enfermedades inflamatorias crónicas.

El manejo exitoso requiere un enfoque coordinado donde el tratamiento sistémico inmunosupresor (como corticosteroides y agentes biológicos) es el pilar fundamental. En el cuidado local, el principio rector es el manejo estrictamente no traumático para prevenir el fenómeno de la patergia, la exacerbación de las úlceras por trauma mecánico, lo que contraindica el desbridamiento quirúrgico. La contribución de enfermería es indispensable, centrándose en la gestión efectiva del dolor severo (mediante premedicación analgésica) y el uso de apósitos de bajo trauma.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, se emplea como el marco metodológico estandarizado para la documentación y la calidad del cuidado avanzado de estas heridas complejas, demostrando la contribución crucial de la enfermería en su manejo multidisciplinario.

Palabras clave: Pioderma Gangrenoso; Dermatitis neutrofílica; Proceso de Atención de Enfermería (PAE); Patergia; Inmunosupresores.

ABSTRACT

Pyoderma gangrenosum (PG) is a rare, non-infectious, ulcerative inflammatory dermatosis classified within the spectrum of neutrophilic dermatoses. It typically presents as an extremely painful papule or pustule that rapidly evolves into a large necrotic ulcer, frequently on the lower extremities. Diagnosis is challenging and is made by exclusion; the condition is often associated with immune disorders and chronic inflammatory diseases.

Successful management requires a coordinated approach in which systemic immunosuppressive treatment (such as corticosteroids and biological agents) serves as the

cornerstone. Regarding local care, the guiding principle is strictly non-traumatic management to prevent the pathergy phenomenon—the exacerbation of ulcers due to mechanical trauma—which renders surgical debridement contraindicated. Nursing plays an indispensable role, focusing on the effective management of severe pain (via analgesic premedication) and the use of low-trauma dressings.

The Nursing Process, utilizing NANDA, NOC, and NIC taxonomies, serves as the standardized methodological framework for documenting and ensuring the quality of advanced care for these complex wounds, demonstrating the crucial contribution of nursing to their multidisciplinary management.

Keywords: Pyoderma gangrenosum; Neutrophilic dermatosis; Nursing Process; Pathergy; Immunosuppressive agents.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El Pioderma Gangrenoso (PG) se define como una dermatosis inflamatoria ulcerosa de carácter no infeccioso, clasificada dentro del espectro de las dermatosis neutrofílicas⁽⁹⁾. Esta enfermedad cutánea rara se manifiesta normalmente como lesiones cutáneas progresivas que se caracterizan por ser extremadamente dolorosas⁽¹¹⁾. La PG es una condición autoinflamatoria. Representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo debido a la falta de biomarcadores específicos y hallazgos histopatológicos patognomónicos. La presentación clínica clásica es una pápula o pústula eritematosa inicial que evoluciona rápidamente, en cuestión de días, hacia una úlcera necrótica grande, que frecuentemente afecta las extremidades inferiores⁽²⁾.

La causa no es clara aunque se piensa que puede estar asociada a trastornos del sistema inmunitario, a neoplasias y, con mayor comorbilidad, las enfermedades inflamatorias crónicas como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa⁽¹²⁾. Debido a la progresión rápida de las lesiones y la inflamación, a veces es difícil de diagnosticar, por lo que normalmente se llega al diagnóstico correcto por descarte⁽¹⁾.

Relevancia clínica para la enfermería de práctica avanzada

Para la enfermería especializada en el manejo de heridas crónicas complejas (HCC), el PG constituye una patología crítica⁽²¹⁾. El diagnóstico erróneo de la PG, al confundirse con úlceras de etiología vascular o infecciosa, a menudo conduce a intervenciones iatrogénicas, siendo el desbridamiento quirúrgico el error más grave. Este tipo de trauma mecánico exacerba la enfermedad a través de un fenómeno conocido como patergia. Las enfermeras de práctica avanzada (EPA) en HCC desempeñan un papel consultor esencial en la identificación de úlceras atípicas y

en la implementación de protocolos de cuidado que mitiguen el riesgo de patergia.

La complejidad del manejo se incrementa por la naturaleza crónica de la enfermedad y su elevada tasa de recaída, que puede alcanzar hasta el 70% a pesar de un tratamiento inmunosupresor sistémico adecuado. Esta realidad impone a la enfermería la responsabilidad de gestionar no solo la cicatrización aguda, sino también el seguimiento a largo plazo, la educación del paciente y la prevención activa de recurrencias. El manejo cuidadoso del dolor severo, una característica constante del PG, también recae directamente en la competencia de enfermería.

Objetivo del manuscrito

El objetivo de este manuscrito es doble: primero, ofrecer una revisión actualizada y experta sobre la patogenia, el diagnóstico y el tratamiento sistémico de la Pioderma Gangrenoso; y segundo, integrar estos conocimientos con un protocolo de cuidados locales riguroso, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como marco metodológico estandarizado. Al aplicar las taxonomías NANDA, NOC y NIC, se busca guiar la práctica clínica avanzada, demostrando la contribución crucial de la enfermería en el manejo multidisciplinario de esta rara y devastadora dermatosis.

MARCO TEÓRICO: REVISIÓN DE LITERATURA

Fenómeno de patergia: La base del cuidado no traumático

Uno de los rasgos más definitorios y clínicamente relevantes del PG es el fenómeno de la patergia⁽¹⁷⁾. Este proceso se refiere al desarrollo o la exacerbación de las ulceraciones como consecuencia de un traumatismo o lesión previa en la piel⁽⁷⁾. La patergia se observa en aproximadamente el 30% de los pacientes con PG⁽⁷⁾.

La presencia de patergia tiene una implicación directa y fundamental en el manejo de enfermería de las heridas: constituye una contraindicación absoluta para el desbridamiento quirúrgico y cualquier procedimiento que implique trauma mecánico significativo en el lecho o los bordes de la úlcera⁽¹⁵⁾. La introducción de cortes o fricción indebida puede desencadenar una respuesta inflamatoria neutrofílica exagerada en la zona lesionada, provocando un rápido aumento del tamaño y la profundidad de la úlcera. Por lo tanto, el manejo local debe ser guiado por el principio de mínimo trauma, lo que incluye la elección meticulosa de apósitos, la técnica de limpieza y la manipulación suave durante la cura⁽⁵⁾.

Clasificación clínica y morfología

El PG presenta varios subtipos clínicos, siendo la forma clásica o ulcerativa la más común y reconocida⁽²⁾.

1. Ulcerativa

Es el más común, representa cerca del 85% de los casos. Se inicia típicamente como una pápula o una pústula dolorosa que rápidamente se convierte en una úlcera necrótica. La morfología es característica y debe ser

identificada por la enfermera durante la valoración: la úlcera suele tener bordes socavados (undermined), irregulares y un halo eritematoso o violáceo marcado, que refleja la actividad inflamatoria subyacente⁽²⁾. El sitio más frecuente donde afecta son las extremidades inferiores, pero puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, incluyendo sitios quirúrgicos⁽²⁾.

2. Forma vegetativa

Este subtipo es la forma menos agresiva de PG. Se caracteriza por una placa inflamatoria única y superficial, con úlceras cribiformes, que son menos dolorosas en comparación con la forma clásica. Frecuentemente, las lesiones aparecen en la cabeza o el cuello y no suelen estar asociadas a una enfermedad sistémica subyacente. Esta variante, a diferencia de la ulcerativa, puede responder favorablemente al tratamiento exclusivamente tópico⁽²⁾.

3. Forma periestomal y otras variantes

El Pioderma Gangrenoso Periestomal se desarrolla en el área de un estoma intestinal, con un tiempo variable entre la ostomía y el desarrollo de la lesión (desde 2 meses hasta 25 años)⁽¹³⁾. Si bien la mayoría de estos pacientes tienen una

Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) de base, también se ha descrito en ostomías realizadas por neoplasias o enfermedad diverticular⁽¹³⁾. Esta variante requiere un manejo altamente especializado, combinando los principios de cuidado no traumático del PG con las consideraciones específicas de la ostomía.

Otras variantes incluyen las formas pustular, bullosa y el PG extracutáneo, que puede afectar órganos internos como pulmones, hígado, huesos o el sistema nervioso central¹⁶. La asociación con enfermedades sistémicas, como la colitis ulcerosa (la más frecuente) y la artritis, es notable; el PG se asocia con EII en aproximadamente el 30% de los casos⁽⁴⁾.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de PG, históricamente, se ha basado en ir excluyendo de todas las demás causas de la ulceración cutánea. No existen hallazgos histopatológicos ni pruebas de laboratorio definitivos que nos confirmen una PG. Para un enfoque diagnóstico con rigor necesitamos realizar una biopsia de piel (descartando la infección, malignidad o vasculitis), un análisis de sangre y, en muchos casos, estudios de imagen o endoscopia (como el examen de colon para descartar EII)⁽²⁾.

TRATAMIENTO

1. TERAPIA SISTÉMICA (Antiinflamatoria)

Tratamiento sistémico: El pilar de la inmunosupresión

El tratamiento del PG es principalmente empírico, se enfoca en la gravedad y la tasa de progresión de la enfermedad, y tiene como objetivo principal suprimir la respuesta autoinflamatoria⁽¹⁹⁾. El manejo de las úlceras es complejo, requiriendo un enfoque multifacético que incluye

cuidado local, terapia tópica y, en la mayoría de los casos, medicamentos sistémicos⁽¹⁰⁾.

Terapias de primera línea y mantenimiento

El tratamiento de elección en la fase aguda son los corticosteroides sistémicos (como la prednisona oral)⁽¹⁾. Los esteroides muchas veces se reservan para periodos breves para conseguir controlar la fase activa debido a la posibilidad de efectos secundarios graves si se utilizan de forma prolongada⁽¹⁴⁾.

Los inmunosupresores sintéticos o fármacos ahorradores de esteroides se emplean para el control a largo plazo y para minimizar los efectos adversos⁽⁶⁾.

La Ciclosporina se destaca por su eficacia, particularmente en casos de progresión rápida⁽⁶⁾. Otras opciones incluyen la Dapsone (diaminodifenilsulfona), el Metotrexato, la Azatioprina, el Micofenolato de Mofetilo y la Talidomida⁽⁶⁾.

Agentes biológicos

Los agentes biológicos han demostrado gran utilidad en casos de enfermedad grave o refractaria o cuando está asociada, de forma clara, con enfermedad inflamatoria intestinal.

Los inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral como el Infliximab y el Adalimumab, son opciones terapéuticas esenciales que actúan neutralizando uno de los mediadores inflamatorios clave en la patogenia del PG⁽³⁾.

2. TERAPIA LOCAL (Cuidado de las heridas)

El abordaje de enfermería de las úlceras por PG debe ser fundamentalmente diferente al manejo estándar de otras úlceras crónicas. La prioridad terapéutica local es el control del dolor y la prevención absoluta del trauma inducido por la patergia⁽⁴⁾.

Aplicación del modelo TIME modificado para PG

El modelo TIME (Tissue, Infection, Moisture, Edges) proporciona un marco estructurado para el abordaje de las heridas crónicas, que puede ser adaptado a las singularidades de la PG⁽³⁾.

T (Tejido): El objetivo principal no es la remoción agresiva, sino la protección del tejido viable y la facilitación del desbridamiento autolítico. Esto implica evitar activamente cualquier desbridamiento mecánico.

I (Infección/Inflamación): Se debe diferenciar entre la inflamación neutrofílica estéril inherente al PG y la infección secundaria bacteriana. La monitorización de la infección es clave, aunque el uso de antibióticos sólo está justificado si hay evidencia clara de una infección bacteriana secundaria o sistémica. La limpieza rigurosa con técnica aséptica debe ser el estándar.

M (Humedad): Mantener un ambiente húmedo óptimo es esencial para la cicatrización. El manejo del exudado debe ser eficiente, utilizando apósitos absorbentes para prevenir la maceración perilesional.

E (Bordes/Perilesional): En PG, el borde es el foco principal de la actividad patológica. Los bordes socavados y

violáceos exigen una manipulación extremadamente cuidadosa para evitar la patergia. El tratamiento tópico antiinflamatorio, cuando se indica, se dirige a esta zona para revertir la progresión de la ulceración.

El eje central: Prevención de la patergia

La evidencia científica subraya que el desbridamiento cortante o quirúrgico está contraindicado en PG porque puede empeorar las úlceras y desencadenar el fenómeno de patergia⁽²⁰⁾. Este principio guía todas las intervenciones de enfermería sobre el lecho de la herida.

Estrategia de desbridamiento y limpieza

Para manejar el tejido no viable utilizaremos el desbridamiento autolítico o, en su caso, al enzimático⁽³⁾. Para llevar a cabo esto debemos utilizar productos que favorezcan la lisis del tejido necrótico sin provocar trauma mecánico como hidrogeles⁽¹⁸⁾. La limpieza la realizaremos mediante irrigación suave con suero salino isotónico o soluciones limpiadoras de bajo trauma, evitaremos cualquier fricción o frotamiento que pueda irritar los bordes inflamados.

Protocolo de apósitos

Es muy importante la elección de los apósitos avanzados que vayamos a utilizar. No deben adherirse y han de ser de bajo trauma tanto en su aplicación como en la retirada⁽⁶⁾.

- Apósito primario: Se prefieren interfaces de contacto de silicona o apósitos que contienen hidrogel para promover el ambiente húmedo óptimo y el desbridamiento autolítico.
- Apósito secundario: Las úlceras por PG en fase activa suelen ser exudativas debido a la inflamación subyacente⁽³⁾. Se evaluará las características del drenaje (color, cantidad, olor). Se utilizan espumas de alta absorción para controlar el exudado sin adherirse al lecho de la herida o a los bordes socavados⁽⁶⁾. El apósito debe ser lo suficientemente voluminoso para acolchar y proteger la lesión de la presión o la fricción externa.
- Cuidado perilesional: Es fundamental proteger la piel circundante y los bordes violáceos. En ocasiones, el equipo médico indica la aplicación tópica de corticoides de alta potencia o inhibidores de la calcineurina como el tacrolimus en la periferia de la úlcera para reducir la actividad neutrofílica local sin traumatizar el lecho de la herida⁽⁶⁾.

Deberemos inspeccionar la lesión en cada cura, registrar y notificar cualquier cambio en el tamaño, color, bordes o signos de infección.

Manejo farmacológico del dolor previo a la cura

El paciente afecto de PG presenta un dolor extremo, que es una característica diagnóstica, con un EVA > 4, con una de las mayores fuentes de morbilidad para el paciente. El manejo del dolor asociado a los procedimientos de la cura es una responsabilidad primordial de enfermería.

Se debe establecer un protocolo de premedicación analgésica sistémica 30 minutos antes de cualquier

manipulación de la herida⁽¹⁴⁾. La elección del analgésico debe ser individualizada, considerando las comorbilidades (ej. historial de hemorragia gastrointestinal por AINEs⁽³⁾). Además de la analgesia farmacológica, la enfermera debe utilizar estrategias no farmacológicas, como técnicas de relajación y distracción, para reducir la ansiedad asociada al dolor anticipatorio. La documentación precisa del nivel de dolor (NOC 2102) antes, durante y después del procedimiento es vital para evaluar la eficacia del protocolo analgésico⁽⁸⁾.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO: APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

La aplicación del PAE es el marco metodológico estándar para la práctica de enfermería avanzada, asegurando un cuidado sistematizado y basado en la evidencia. El siguiente caso clínico ilustra el manejo de una úlcera por PG, siguiendo la estructura de valoración, diagnóstico (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

VALORACIÓN

Antecedentes:

Paciente R.J., mujer de 48 años. Antecedentes de obesidad grado IV, dislipemia e hidrosadenitis supurativa. Acude a urgencias por dolor en tobillo izquierdo sin eritema ni lesión de 3 meses de evolución. Durante 3 meses es valorada por diferentes especialistas como traumatología, reumatología, unidad de infecciosos y dermatología. Se le realizan diferentes pruebas diagnósticas como análisis de sangre, cultivos (que son negativos) y ecografía. No hay diagnóstico claro. Evoluciona a pequeña úlcera y en el transcurso de 2 meses llegamos a una placa eritematosa y flogonosa de aproximadamente 6x3 cm en tobillo izquierdo con exudado purulento por orificio central. Se realiza una biopsia y se evidencia epidermitis erosionada con abscesos neutrófilos y marcados cambios espongiocitos, sin evidencia de displasia epitelial. Tejido de granulación y abscesificación dérmica. No se identifican microorganismos ni elementos micóticos.

Respecto a la úlcera del tobillo presentaba eritema circundante con bordes violáceos y dolor a la movilización de la extremidad. El fondo con abundante exudado con áreas de esfacelo en la porción más craneal. La paciente fue tratada con antibióticos, corticoides, analgésicos y adalimumab SC.

Tras la administración de tratamiento corticoide y adalimumab, la paciente presenta una clara mejoría de la evolución de la úlcera hasta su cicatrización.

La paciente fue desbridada en quirófano antes de ser diagnosticada de PG lo que pudo hacer que la úlcera se expandiera de los bordes rápidamente y aumentará el dolor, sugiriendo positividad para el fenómeno de patergia⁽⁷⁾.

PLAN DE CUIDADOS: PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

Diagnósticos, objetivos e intervenciones

1) (Prioritario) Dolor Agudo (00132):

Este diagnóstico está relacionado con la lesión tisular y el proceso inflamatorio del Píoderma Gangrenoso (PG), manifestado por informe verbal de dolor a la movilización de la extremidad, gesticulación y respuesta de protección durante las curas. El **objetivo** (NOC) es alcanzar un nivel de dolor (2102) adecuado, con **indicadores de dolor referido** (210201) y **expresiones faciales de dolor** (210205).

Las intervenciones de enfermería (NIC) y sus actividades se centran en:

- **Manejo del dolor (1400):** Evaluar el dolor de forma rutinaria (características, ubicación, frecuencia, intensidad con Escala EVA), valorarlo antes, durante y después de la cura. Se debe administrar analgésicos y antiinflamatorios (incluidos los corticoides sistémicos y Adalimumab) según prescripción, asegurando la pauta y dosis correctas, y monitorizar la efectividad del tratamiento analgésico.
- **Administración de la medicación (2300):** Asegurar la administración de analgésicos 30-60 minutos antes de la cura para reducir el dolor asociado al procedimiento. Considerar analgésicos tópicos si están indicados.
- **Manejo ambiental confort (6480):** Fomentar la elevación de la extremidad afectada para reducir el edema y el dolor, si no está contraindicado, y utilizar técnicas no farmacológicas como la relajación y la distracción.

2) Deterioro de la integridad cutánea (00046):

Relacionado con la enfermedad autoinmune (PG) y el fenómeno de la patergia, se manifiesta por una úlcera en tobillo izquierdo de 6x3 cm con exudado purulento, áreas de esfacelo y borde violáceo. El **objetivo** (NOC) es la curación de la herida: Primera intención (1102) (o segunda intención, si aplica). Los indicadores incluyen el cierre de la herida, la disminución del tamaño de la herida, la granulación, epitelización y vascularización del lecho, y la ausencia de signos de patergia (no aparición de nuevas lesiones por trauma).

- **Cuidado de la herida (3660):** Inspeccionar la úlcera en cada cura (tamaño, características del exudado, profundidad, dolor, bordes) y buscar signos de patergia. Se debe prohibir estrictamente el desbridamiento cortante o quirúrgico, facilitando solo el desbridamiento autolítico mediante el uso de hidrogeles bajo apósitos oclusivos⁽³⁾. Realizar la cura aséptica con la técnica adecuada y productos seleccionados según el estado del lecho. Realizar irrigación suave con suero salino isotónico a temperatura corporal o soluciones limpiadoras de bajo trauma, evitando frotar o friccionar la úlcera y los bordes. Utilizar apósitos primarios de bajo trauma y no adherentes (ej., interfaces de silicona). Aplicar espumas de poliuretano de alta absorción para controlar el exudado y acolchar la lesión, protegiéndola de la presión o fricción externa. Evaluar las

características del drenaje (color, olor, cantidad) y usar apósitos con capacidad de absorción adecuada. Proteger la piel perilesional del exudado y la maceración, aplicando ungüentos o cremas según prescripción médica.

- **Protección contra las infecciones (6550):** Mantener técnica aséptica estricta durante las curas. Inspeccionar la lesión en cada curación, registrar y notificar cualquier cambio en el tamaño, color, bordes o signos de infección. Vigilar el aumento de eritema, dolor, calor, o exudado maloliente, recordando que la inflamación neutrofílica del PG no es infección.
- **Protección de la herida (3680):** Proteger la piel perilesional de la maceración por el exudado. Aplicar corticoides tópicos o tacrolimus en los bordes violáceos (si está prescrito) para que la actividad neutrofílica local se suprima. Educar a la paciente y al personal sanitario sobre la contraindicación de cualquier trauma que puedan activar la patergia, como ropa ajustada, golpes o movimientos bruscos.

3) Riesgo de imagen corporal perturbada (00118):

Relacionado con el cambio en la apariencia física de la úlcera en una zona visible (tobillo) y su naturaleza progresiva. El objetivo (NOC) es la adaptación psicosocial: Cambio de vida (1305), con indicadores de verbaliza aceptación de la situación de salud y expresa sentimientos sobre el cambio en el aspecto físico.

- **Potenciación de la imagen corporal (5220):** Ayudar a la paciente a identificar y verbalizar sus sentimientos sobre los cambios en su cuerpo y las cicatrices residuales. Fomentar la participación activa en el cuidado de la herida para aumentar el control sobre su cuerpo y tratamiento. Ofrecer apoyo emocional y un ambiente de aceptación sin juicio.
- **Apoyo emocional (5270):** Proporcionar tiempo para la escucha activa y la expresión de sus preocupaciones, y derivar a apoyo psicológico si fuera necesario.

4) Conocimientos deficientes (00126):

Relacionado con la falta de exposición a la información sobre la naturaleza autoinflamatoria (no infecciosa) de la úlcera y la prevención de la patergia, manifestado por intentos previos de desbridamiento inadecuado. El **objetivo** (NOC) es el conocimiento: proceso de la enfermedad (1813) y conocimiento: proceso de tratamiento (1803), donde el paciente y su entorno adquieren y demuestran un conocimiento sobre la enfermedad y cómo manejarla.

Los indicadores clave son: El paciente y su entorno comprenden que es un proceso autoinflamatorio y no infeccioso; deben conocer la dosis y el objetivo de los inmunosupresores; deben conocer cuáles pueden ser las complicaciones, identificando los signos y síntomas; comprender qué traumas y actividades debe evitar; y saber cómo realizar la cura y qué observar al hacerla.

- **Enseñar el proceso de enfermedad (5602):** Explicar a la paciente y la familia que el PG es una dermatosis neutrofílica autoinflamatoria, subrayando que NO es una infección (salvo que exista sobreinfección secundaria). Instruir sobre la importancia vital de la adherencia estricta al régimen inmunosupresor (ej., Adalimumab, Corticoides) como pilar fundamental de la curación. Explicar los posibles efectos secundarios que deben vigilar. Gestionar las expectativas, explicando que la curación es un proceso lento (semanas a meses) y que existe un riesgo de recurrencia.

- **Enseñar el procedimiento/tratamiento (5618):** Instruir sobre la necesidad de evitar cualquier traumatismo, fricción o lesión en la piel (golpes, ropa ajustada, manipulación brusca, etc.), ya que puede desencadenar una nueva úlcera o empeorar la existente. Enseñar la técnica de cura en casa (si aplica), haciendo hincapié en la suavidad de la limpieza (solo irrigación) y la manipulación atraumática de los apósitos de bajo trauma. Explicar la necesidad de la premedicación analgésica antes de la cura y la importancia de notificar el dolor para su control.

- **Proporcionar educación sanitaria (5510):** Derivar a grupos de apoyo o recursos fiables en línea sobre PG. Proporcionar información escrita clara sobre la enfermedad, el tratamiento y los signos de alarma.

La fase de ejecución

La fase de ejecución se llevó de forma coordinada el inicio de terapia sistémica (corticoides y Adalimumab) y el principio de cuidado atraumático.

- **Manejo del dolor (NIC 1400/2300):** Se llevó a cabo una premedicación analgésica 30-60 minutos antes de las curas. Se llevaron a cabo maniobras de distracción para reducir el dolor durante el procedimiento y se manipuló de forma suave para evitar la patergia. Se registró el dolor antes y después de cada intervención.

- **Cuidados de la úlcera (NIC 3660):** La información de las actividades específicas de cuidado de la úlcera durante la ejecución está incompleta en el texto fuente, pero se implementó el protocolo descrito en la planificación

RESULTADOS

Deterioro de la integridad cutánea (00046)

La implementación del plan de cuidados de enfermería, coordinado con el inicio del tratamiento sistémico, demostró una evolución favorable, aunque lenta, lo cual es característico de esta patología⁽¹⁴⁾.

- **Fase aguda (semanas 1-2):** El control estricto del dolor mediante premedicación logró reducir el EVA de 9/10 a 4/10 durante los cambios de apósito. Lo más crucial fue la estabilización del borde violáceo. Al evitar la manipulación traumática, se previno la progresión de

la úlcera, confirmando que la intervención de enfermería para prevenir la patergia fue efectiva.

- **Fase de reparación (meses 1-3):** Con el tratamiento sistémico suprimiendo la respuesta inmunológica, el lecho de la herida comenzó a vascularizar, y los bordes socavados se aplanaron, iniciando el proceso de granulación. La úlcera finalmente epiteliza por completo. El manejo local atraumático y la priorización del control del dolor fueron fundamentales para proporcionar el ambiente de curación necesario que permitió la acción de los inmunosupresores sistémicos.

CONCLUSIONES

El Pioderma Gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica autoinflamatoria que representa un desafío diagnóstico y terapéutico. El manejo exitoso de la úlcera por PG requiere un enfoque coordinado, donde el tratamiento sistémico inmunosupresor es el pilar fundamental.

La contribución de la enfermería es indispensable, centrándose en el cuidado local estrictamente no traumático para prevenir el fenómeno de la patergia y en la gestión efectiva del dolor severo, que es una característica intrínseca de la enfermedad. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, proporciona el marco estructurado y la terminología estandarizada necesaria para documentar la complejidad del caso y garantizar la calidad del cuidado.

Se recomienda a las enfermeras de práctica avanzada la adopción de protocolos de premedicación analgésica y el uso de apósitos de bajo trauma (interfaz de silicona, espumas) que promuevan el desbridamiento autolítico. Además, la capacitación en la identificación de los criterios diagnósticos clave, como el dolor extremo, los bordes socavados y el historial de patergia, es esencial para acelerar la sospecha clínica y evitar intervenciones iatrogénicas que retrasen la curación y aumenten la morbilidad del paciente. Las úlceras hipertensivas tipo Martorell representan un desafío terapéutico por su dolor intenso y su rápida evolución.

En este caso, la introducción de la terapia de oxígeno tópica continua marcó un punto de inflexión clínico claro, tanto en la velocidad de cicatrización como en el control del dolor.

La introducción de la terapia de oxígeno tópica continua en una lesión de evolución tórpida y recidivante se asoció a:

- Aceleración visible de la formación de tejido de granulación.
- Reducción progresiva y mantenida del tamaño.
- Disminución del socavado.
- Control del exudado.
- Mejoría significativa del dolor.
- Epitelización completa en aproximadamente 7 semanas desde el inicio de la terapia.

La terapia de oxígeno tópico 24/7, integrada dentro de un abordaje multimodal que incluya control inflamatorio, protección perilesional y compresión, puede constituir una herramienta eficaz en lesiones hipertensivas complejas de evolución tórpida, mejorando no solo los tiempos de cicatrización sino también la experiencia global del paciente.

ANEXOS

Las imágenes se incluyen con el consentimiento informado



y por escrito de la paciente.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El principal conflicto de interés en este trabajo es el sesgo profesional e intelectual, ya que el manuscrito busca activamente validar y promover la necesidad y la contribución crucial de la Enfermería de Práctica Avanzada en el manejo de la Pioderma Gangrenoso, utilizando el caso clínico para justificar su rol como esencial para evitar el daño iatrogénico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. <https://cbtis54.edu.mx/wpcontent/uploads/2024/04/Clasificacion-de-Intervenciones-de-Enfermeria.pdf>
2. Cuidados y tratamiento del pioderma gangrenoso periestomal. A propósito de tres casos Enfermería Clínica. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cuidados-tratamiento-del-pioderma-gangrenoso-S1130862120305532>
3. Suárez-Pérez JA, Herrera-Acosta E, López-Navarro N, Vilchez-Márquez F, Prieto JD, Bosch RJ, et al. Pioderma gangrenoso: Presentación de 15 casos y revisión de la literatura. Actas Dermosifiliogr. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.04.010>
4. Lama D F, Berroeta M D, Amaro B P, Navarrete N. Actualización en tratamiento de Pioderma gangrenoso: Revisión de la literatura. Rev Chilena Dermatol. 2012;28(3):287-295. Disponible en: https://www.sochiderm.org/web/revista/28_3/5.pdf
5. Mayo Clinic. Pioderma Gangrenoso: Diagnóstico y Tratamiento. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pyoderma-gangrenosum/diagnosis-treatment/drc-20350392>
6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. Disponible en: <https://cbtis54.edu.mx/wpcontent/uploads/2024/04/Clasificacion-de-Resultados-de-Enfermeria-Medicion-de-Resultados-en-Salud-Sus-Moorhead-Phd-Rn-Faan-Elizabeth-Swanson-Phd-R-n-Mariom-Johnson-Phd-Rn-Meridean-L-Maas-Phd-Rn-Faaan.pdf>
7. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021. Disponible en: <https://www.inspectioncopy.elsevier.com/book/details/9788413821276>
8. Nogueras Ormazábal E, Juez Sarmiento E, San José Santo Tomás L. Daño asociado al desbridamiento quirúrgico. Med Gen Fam. 2017; 6(6): 267-271. Disponible en: <https://mgfy.org/dano-asociado-desbridamiento-quirurgico/>
9. Pioderma gangrenoso. Beacon Health System. Disponible en: https://www.beaconhealthsystem.org/es/libreria/diseases-and-conditions/pioderma-gangrenoso?content_id=CON-20154762
10. Pioderma gangrenoso: Presentación de 15 casos y revisión de la literatura. Actas Dermosifiliográficas. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pioderma-gangrenoso-presentacion-15-casos-articulo-S0001731011002717>
11. Pioderma gangrenoso: Trastornos de la piel. Manual Merck versión para el público general. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-de-la-piel/hipersensibilidad-y-trastornos-cut%C3%A1neos-reactivos/pioderma-gangrenoso>
12. Pioderma gangrenoso: Trastornos dermatológicos. Manual Merck versión para profesionales. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-de-la-piel/hipersensibilidad-y-trastornos-cut%C3%A1neos-reactivos/pioderma-gangrenoso>

[ornos-dermatol%C3%B3gicos/hipersensibilidad-y-trastornos-reactivos-de-la-piel/pioderma-gangrenoso](#)

13. Pioderma gangrenoso: un caso de tratamiento exitoso con diaminodifenilsulfona. Dermatología Revista Mexicana. Disponible en:
<https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/pioderma-gangrenoso-un-caso-de-tratamiento-exitoso-con-diaminodifenilsulfona/>
14. Pioderma Gangrenoso, Una Úlcera Dolorosa Crónica Poco Frecuente. Medicina Clínica. Disponible en:
<https://www.medicinaclinica.org/index.php/rmc/article/view/642>
15. Preevid: Desbridamiento en el manejo de una úlcera por pioderma gangrenoso Murciasalud. Disponible en:
<https://www.murciasalud.es/preevid/25915>
16. Protocolo diagnóstico y tratamiento del pioderma gangrenoso. Medicine. Disponible en:
<https://www.medicineonline.es/es-protocolo-diagnostico-y-tratamiento-del-articulo-S0304541221001190>
17. Pyoderma gangrenosum - a guide to diagnosis and management. PubMed. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31092515/>
18. Pyoderma gangrenosum - Symptoms and causes. Mayo Clinic. Disponible en:
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pyoderma-gangrenosum/symptoms-causes/syc-20350386>
19. Pyoderma gangrenosum: a review of pathogenesis and treatment. PubMed. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29406827/>
20. Ramos Martínez R. Análisis de los criterios diagnósticos para el pioderma gangrenoso en la extremidad inferior, a partir de una revisión integr. rua Disponible en:
https://rua.ua.es/bitstream/10045/154183/1/analisis_de_los_criterios_diagnosticos_para_el_pioderma_ramos_martinez_roberto.pdf
21. Servicio Andaluz de Salud. Enfermera de Práctica Avanzada en la atención de personas con Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). Sevilla: Junta de Andalucía; 2019. Disponible en:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafiles/asdocumento/2019/epa_heridas_cronicas_complejas.pdf