


**PACIENTES QUE PRESENTAN  
"PIERNAS ROJAS": DIAGNÓSTICO  
DIFERENCIAL Y PAPEL DE LA  
COMPRESIÓN**



WOUNDS INTERNATIONAL DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS **2022**

PUBLICADO POR:  
Wounds International  
108 Cannon Street  
Londres EC4N 6EU, Reino Unido

Tel.: + 44 (0)20 7627 1510  
info@woundsinternational.com  
www.woundsinternational.com

© Wounds International, 2022



Este documento de declaración de mejores prácticas ha recibido el apoyo de 3M.



Las opiniones en este documento no reflejan necesariamente las de 3M.

#### Cómo citar este documento:

Moore Z, O'Brien G, Collier M et al. (2022) *Patients presenting with 'red legs': Differential diagnosis and the role of compression.* Londres: Wounds International  
Disponible en línea en:  
www.woundsinternational.com

#### GRUPO DE EXPERTOS

**Zena Moore (Presidenta)** profesora, directora de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, directora del Centro de Investigación sobre Heridas Cutáneas y Traumatismos (SWaT) de la Universidad de Medicina y Ciencias de la Salud del Real Colegio de Cirujanos de Irlanda; profesora adjunta de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Griffith, Queensland, Australia; profesora visitante de la Universidad de Ulster; profesora visitante honoraria de la Universidad de Cardiff, Gales; profesora del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Gante; profesora honoraria del Instituto Lida, Shanghai, China; profesora adjunta del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas Fakeeh, Jeddah, Arabia Saudita

**Gillian O'Brien** Enfermera especializada en viabilidad tisular y dermatología del Hospital General de Naas, Irlanda

**Leanne Atkin** Enfermera consultora vascular de Mid Yorkshire NHS Foundation Trust; profesora de la Universidad de Huddersfield, Reino Unido

**Mark Collier** Enfermero consultor y profesor asociado de Lincolnshire, Reino Unido; presidente del Foro de Úlceras de Pierna (Inglaterra y Gales) y miembro del Consejo de la Asociación Europea de Tratamiento de Heridas (EWMA)

**Rebecca Elwell** Enfermera especializada en linfedema de Macmillan, Hospital Universitario Royal Stoke y administradora de la Sociedad Británica de Linfología, Reino Unido

**Helen Meagher** Enfermera especializada registrada en viabilidad tisular del Hospital Universitario, Limerick, Irlanda

**Melanie Thomas** Directora clínica de Linfedema de Lymphoedema Network Wales, Consejo de Salud de la Universidad de Abertawe Bro Morgannwg, Gales, Reino Unido

**Stewart Walsh** Catedrático de Cirugía Vascular de NUI Galway; consultor en cirugía vascular, Hospital Universitario de Galway, Irlanda



Este documento ha sido revisado y avalado por la Sociedad Británica de Linfología (BLS, por sus siglas en inglés)

## PRÓLOGO

A los pacientes que presentan enrojecimiento de las extremidades inferiores, se les suele diagnosticar celulitis y con frecuencia reciben tratamiento con antibióticos. La celulitis es una afección común, que se presenta como una inflamación aguda o enrojecimiento de la piel y el tejido subcutáneo, como resultado de una infección bacteriana, de ahí el término "piernas rojas". Aunque la infección causa inflamación, es importante reconocer que la infección no siempre es la causa de la inflamación. Otras patologías inflamatorias de la piel pueden dar lugar a "piernas rojas", lo que provoca confusión a la hora de realizar un diagnóstico diferencial.

Esto se evidencia en la literatura, con tasas de diagnóstico erróneo de celulitis notificadas en alrededor del 30% de los pacientes (Patel *et al.*, 2020), lo que da lugar a ingresos hospitalarios innecesarios, prescripciones inadecuadas de antibióticos, diagnósticos erróneos y mal uso de recursos finitos. Se trata de un problema clínico importante en la era de la resistencia a los antimicrobianos (RAM), en la que un diagnóstico adecuado puede evitar el uso indebido de antibióticos, junto con propiciar la administración adecuada de los mismos, y ayudar a gestionar los limitados recursos de atención sanitaria al evitar ingresos hospitalarios.

El objetivo de este documento es proporcionar la información necesaria para que los profesionales de salud puedan diferenciar entre las patologías infecciosas e inflamatorias de las extremidades inferiores que suelen presentarse como "piernas rojas", y determinar su tratamiento adecuado. El fundamento se basa en la premisa de una evaluación holística completa; por lo tanto, los hallazgos incidentales, como los cánceres de piel de las extremidades inferiores, las enfermedades cutáneas y los problemas agudos, como la sospecha de trombosis venosa profunda (TVP), la fascitis necrotizante y la arteriopatía periférica, se referenciarán brevemente con descriptores clínicos (véase el apéndice 2). Esto contribuirá al uso de la terminología correcta necesaria para la derivación adecuada a los servicios especializados.

Por último, se abordará el papel de la terapia compresiva, tanto en las afecciones cutáneas inflamatorias como en las infecciosas, haciendo hincapié en su aplicación temprana para evitar los efectos adversos de la falta de compresión, cuando corresponda. La evidencia sugiere que se pierden oportunidades de aplicación temprana de la terapia compresiva (Guest *et al.*, 2013). Se prevé que la realización de un diagnóstico diferencial preciso proporcionará a los profesionales de salud la confianza necesaria para aplicar antes el tratamiento compresivo, con el fin de optimizar los resultados mediante el tratamiento de los factores causales.

A lo largo del documento se utilizarán códigos QR para proporcionar enlaces a otros documentos que sean pertinentes o que respalden este documento de mejores prácticas.

**Zena Moore (presidenta)**

### Más información sobre el documento

Partiendo de trabajos existentes, como las directrices de la Sociedad Británica de Linfología (BLS, por sus siglas en inglés) (BLS, 2022), el "Proyecto Piernas Rojas" evolucionó cuando se identificaron problemas en la práctica clínica relacionados con el diagnóstico preciso de la celulitis de las extremidades inferiores y la capacidad de diferenciarla de otras causas. Se trata de un problema bien reconocido en la práctica clínica mundial, que ha suscitado un gran debate entre los clínicos sobre quién es el más indicado para tratar esta afección. El reto en la práctica es multifactorial: por ejemplo, los profesionales de salud pueden no haber tenido exposición clínica a afecciones dermatológicas o vasculares, por lo que no entenderían los factores causales que contribuyen a las afecciones y complicaciones cutáneas de las extremidades inferiores.



Directrices de la BLS  
sobre el tratamiento  
de la celulitis en el  
linfedema

Independientemente de este debate, el enrojecimiento de las extremidades inferiores provocado por infecciones, trombosis venosa profunda (TVP) o afecciones inflamatorias de la piel, es un cuadro clínico inicial frecuente para los médicos generalistas y los servicios de urgencias de todo el mundo. Un tratamiento deficiente o incorrecto puede dar lugar a presentaciones significativamente repetitivas, a un uso excesivo o incorrecto de los antibióticos y a un empeoramiento de la experiencia y de los resultados para el paciente (Patel **et al.**, 2020). Existen datos publicados relativos a los factores de riesgo, la falta de criterios diagnósticos y de tratamiento; sin embargo, falta información sobre la experiencia y las necesidades de los pacientes, o el reconocimiento de que los profesionales clínicos pueden tener dificultades para diferenciar la celulitis de las extremidades inferiores de otras causas (Patel **et al.**, 2020).

Además, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido ha reconocido que, si no se tratan adecuadamente las afecciones de las extremidades inferiores, pueden producirse heridas. Resulta alarmante que las cifras de amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores en pacientes no diabéticos están aumentando (Atkin **et al.**, 2021). Diagnósticos como el edema agudo o crónico en asociación con las "piernas rojas" pueden ser particularmente complejos, ya que tienen varias presentaciones clínicas en diferentes etapas (Patel **et al.**, 2020). Los pacientes también pueden presentar problemas simultáneos, como infección e inflamación, que pueden ser difíciles de diferenciar. Al no disponer de pruebas diagnósticas exactas, se debe recurrir a la evaluación clínica para llegar a un diagnóstico diferencial.

Para abordar estos problemas en Irlanda, se creó un grupo de expertos y se desarrolló la herramienta RATED (Rapid Assessment & Treatment in the Emergency Department [Evaluación y tratamiento rápidos en el servicio de urgencias]). La herramienta incluye criterios descriptivos y de imágenes para la identificación de patologías infecciosas (celulitis), inflamatorias (eccema venoso, lipodermatoesclerosis) y otras afecciones comunes como la TVP. Los comentarios de los profesionales clínicos a través de un cuestionario anónimo fueron positivos (n=13), refiriendo que la herramienta era fácil de usar y útil para el diagnóstico diferencial (O'Brien y White, 2021). Los datos han mostrado un índice sostenido de hospitalizaciones evitadas del 63% desde la introducción de la herramienta (O'Brien y White, 2020). Se está trabajando para seguir validando la herramienta y adaptarla para los profesionales clínicos de todo el mundo.

**Gillian O'Brien**

## EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de la evaluación. Una evaluación exhaustiva es vital para poder realizar un diagnóstico preciso y adaptar el tratamiento a las necesidades individuales del paciente, teniendo en cuenta su estado de salud general y su estilo de vida (BLS, 2022). La evaluación correcta debe considerarse como la piedra angular de todo tratamiento. Sin una evaluación exacta, es poco probable que el tratamiento sea eficaz, lo que retrasará o impedirá la curación y afectará negativamente a la calidad de vida del paciente.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS: Todos los pacientes que presenten "piernas rojas" deben recibir una evaluación exhaustiva y precisa.**

Se necesitan urgentemente mejoras en la evaluación de los pacientes para reducir las variaciones en la práctica clínica y mejorar los resultados de los pacientes (WUWHs, 2020a). Revise en el recuadro 1 estrategias para reducir la variación en la práctica clínica.

### Recuadro 1. Cómo reducir la variación en la práctica clínica (adaptado de WUWHs, 2020a)

- Mejorar las capacidades de evaluación de todos los profesionales de la salud
- Interrumpir los tratamientos ineficaces o ineficientes
- Aplicar de manera coherente y adecuada los resultados de la investigación y las mejores prácticas basadas en la evidencia
- Apoyar la participación de los pacientes en la continuidad de las mejores prácticas basadas en la evidencia
- Compartir las mejores prácticas y los resultados de las auditorías con los profesionales de la salud y con el público en general

### Evaluación holística

La evaluación holística incluye: revisión del paciente de manera integral, su salud general y la integridad de las extremidades y de la piel. Esto es importante porque ayuda a identificar las causas subyacentes y las posibles barreras para la curación en el momento de la evaluación, lo que permite adaptar el tratamiento a cada paciente (WUWHs, 2020a).

Debe elaborarse una historia clínica detallada del paciente, que incluya:

- Antecedentes médicos y quirúrgicos
- Antecedentes de traumatismos en las extremidades
- Antecedentes de infecciones cutáneas
- Medicamentos
- Enfermedades concurrentes
- Antecedentes familiares de enfermedad venosa o edema de las extremidades
- Movilidad del tobillo (Stephen-Haynes *et al.*, 2015)

También deben tenerse en cuenta otros aspectos como el bienestar, la calidad de vida y los factores relacionados con el estilo de vida. Estos pueden incluir:

- Ocupación
- Movilidad
- Limitaciones para las actividades cotidianas
- Impacto psicológico y social
- Estado nutricional y peso



**Declaración de mejores prácticas:** Mejorar la evaluación holística de las heridas crónicas



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS: Como parte de la evaluación, se debe tener un completo historial de salud y cutáneo del paciente.**

### Diagnóstico de los pacientes que presentan "piernas rojas"

Además de una evaluación holística, un diagnóstico preciso requiere:

- Evaluación exhaustiva de la piel
- Evaluación del edema
- Evaluación de la infección/inflamación

### Evaluación de la piel

La evaluación de la piel debe dar cuenta del estado general, así como de la zona afectada. Es importante observar ambas extremidades para hacer una comparación y evaluar si ambas piernas están afectadas. También debe tenerse en cuenta que el eritema puede aparecer de manera diferente en función del tono de piel, y debe prestarse especial atención a los pacientes de piel oscura, en los que el "enrojecimiento" puede ser difícil de identificar (Dhoonmoon *et al.*, 2021). Las señales visuales pueden incluir resequedad, eritema o cambios en la textura de la piel.

El tacto es una herramienta importante que debe utilizarse en la evaluación de la piel para obtener una imagen global más precisa de la piel del paciente y de su estado, en lugar de basarse únicamente en la apariencia; por ejemplo, en la celulitis la piel afectada se siente diferente de la piel circundante, con una induración evidente al tacto (Dhoonmoon *et al.*, 2021).

Los hallazgos incidentales del examen de piel de las extremidades inferiores pueden requerir la derivación urgente a servicios especializados; por ejemplo, ante la sospecha de carcinoma de células escamosas (véanse más ejemplos en el Apéndice 2).

En el recuadro 2 figuran las preguntas que deben tenerse en cuenta en la fase de evaluación.

#### Recuadro 2. Preguntas a tener en cuenta como parte de la evaluación de la piel (adaptado de Dhoonmoon *et al.*, 2021)

- ¿Cómo se presenta la piel afectada en comparación con la piel circundante?
- ¿Hay diferencias de color?
- ¿La piel se siente caliente o fría? ¿Hay cambios de temperatura?
- ¿La piel se siente blanda o firme al tacto?
- ¿La piel tiene un aspecto brillante o tenso?
- ¿Hay edema o inflamación?
- ¿Hay cambios en la textura de la piel y el tejido subyacente?
- ¿Cómo es el estado general o integridad de la piel?
- ¿Hay dolor, prurito o cambio en la sensibilidad?
- ¿Cuál es la perspectiva del paciente sobre su propia piel y cómo la siente?

Al evaluar al paciente, deben compararse ambas extremidades para establecer si el eritema es unilateral o bilateral, y comparar la piel afectada con el tono de piel basal del paciente.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS: Deben compararse ambas extremidades del paciente para establecer si el eritema o enrojecimiento es unilateral o bilateral, y compararse con el tono de piel basal del paciente.**

### Edema y linfedema

Aunque el edema crónico y el linfedema no siempre se presentan con eritema, a menudo pueden acompañar otras afecciones cutáneas que provocan enrojecimiento de las piernas.

El linfedema es el resultado de una falla del sistema linfático. Las consecuencias son edema, cambios en la piel y los tejidos, y predisposición a la infección. Afecta con mayor frecuencia las extremidades inferiores o superiores, pero también puede afectar estructuras de la línea media como la cabeza y el cuello, el tronco, las mamas o los genitales (BLS 2022).

El edema es el resultado de un desequilibrio entre la filtración capilar y el drenaje linfático del espacio intersticial.

"Edema crónico" es un término utilizado para describir un grupo de afecciones caracterizadas por la presencia de edema en los tejidos del organismo, causada por la acumulación de un exceso de líquido en el espacio intersticial de la zona afectada, que dura más de 3 meses. A menudo se utiliza como sinónimo del término "linfedema". Aunque el término "linfedema" sugiere que el edema está causado por una anomalía linfática, en todos los casos de edema crónico habrá alguna alteración del drenaje linfático, ya sea por una anomalía subyacente ("primaria" o "secundaria") del sistema linfático, o por una "falla linfática" debida a la sobrecarga de la capacidad del sistema linfático.

Los cambios fisiológicos que se producen con el tiempo, como consecuencia de la insuficiencia linfática, hacen que el reconocimiento y la intervención precoz sean siempre más fáciles y eficaces que las intervenciones iniciadas en fases posteriores. La Sociedad Internacional de Linfología (ISL, por sus siglas en inglés) ha identificado los siguientes estadios del linfedema dependiendo de lo "blanda" o "indurada" de la extremidad (que refleja los cambios fibróticos del tejido blando) y del resultado tras la elevación (véase la tabla 1).

<b>Tabla 1. Etapas del linfedema y efecto de la elevación</b>	
<b>Etapas</b>	<b>Características</b>
0 (latente/preclínico/en riesgo)	No presenta aumento de volumen a pesar de la alteración del transporte linfático
I	Presentación precoz con aumento de volumen visible blando y con fóvea que puede remitir con la elevación
II	Aumento de volumen incrementado, la elevación por sí sola rara vez reduce el edema. El tejido se vuelve firme, la fóvea solo es posible con una fuerte presión sostenida.
III	Edema severo con cambios en la textura de la piel y los tejidos. Tejidos cada vez con más fibrosis, sin fóvea. Pliegues profundos de la piel. Puede existir hiperqueratosis (engrosamiento de la piel) o papilomatosis (flictenas linfáticas fibrosadas)



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS: Todos los pacientes con edema/linfedema crónico deben ser evaluados para determinar la causa y la extensión de su edema, y recibir consejos sobre el cuidado de la piel, ejercicio, control del peso y tratamiento compresivo.**

### **Infeción versus inflamación: ¿cuál es la diferencia?**

La infección y la inflamación pueden presentarse de manera similar, por eso es importante comprender la diferencia entre ambas.

#### **Infeción (celulitis)**

La celulitis de las extremidades inferiores es una infección bacteriana de la piel frecuente y potencialmente grave. Entre las bacterias causantes más comunes se encuentran *el estreptococo* y *el estafilococo*, que hacen que la extremidad presente eritema, dolor e inflamación. Una infección aguda se produce cuando el tejido viable es invadido por determinados microorganismos que desencadenan una respuesta inflamatoria del huésped, que se manifiesta con los signos clásicos de la infección: inflamación, aumento de calor local, dolor y aumento de volumen. La zona afectada puede adquirir un color rojo más intenso y aumentar de tamaño a medida que la infección se extiende.

"Enrojecimiento" es un término que se utiliza con frecuencia para describir el eritema o la inflamación; sin embargo, es importante señalar que estas complicaciones no siempre presentan "enrojecimiento" (Dhoonmoon *et al.*, 2021). Además, existen diferentes grados en los que un paciente puede presentar celulitis de las extremidades inferiores, lo que dificulta el diagnóstico. La precisión diagnóstica se ha identificado como una prioridad clave de la investigación, con énfasis en la creación de capacidad para diferenciar la infección de la inflamación. Se sugiere que el simple hecho de ser consciente de las condiciones inflamatorias de la piel, que imitan la celulitis de las extremidades inferiores, puede ayudar a mejorar la precisión diagnóstica (Hurlow y Bowler, 2022).





## Inflamación

La inflamación es la respuesta vascular natural del organismo a estímulos nocivos, que pueden ser de origen físico, biológico o químico (Hurlow y Bowler, 2022). La inflamación de las extremidades inferiores se produce como respuesta a un factor desencadenante que causa una lesión tisular. Por ejemplo, el eccema venoso o dermatitis por estasia venosa, es una respuesta inflamatoria al daño celular que se ha producido debido a la hipertensión venosa (Harding et al., 2015). Con la dermatitis irritante o por contacto, puede aparecer eritema, aumento de temperatura local y flictenas, debido a la respuesta inmunitaria inflamatoria al irritante o alérgeno. El objetivo del tratamiento es erradicar o reducir el efecto del agente nocivo.

Está bien documentado que la respuesta inflamatoria es similar a la respuesta a la infección; sin embargo, realizar una evaluación holística mientras se escucha activamente al paciente proporcionará la información necesaria para realizar un diagnóstico clínico (WUWHS, 2020a; Fletcher et al., 2018). Por ejemplo, los pacientes que presentan celulitis en las extremidades inferiores describirán síntomas como malestar general o síntomas gripales. Este no es el caso de las afecciones inflamatorias de la piel.

En la tabla 2 se ofrece una guía visual rápida para realizar un diagnóstico diferencial en torno a la infección y la inflamación en pacientes que presentan "piernas rojas".

Tabla 2. Guía rápida de diagnóstico diferencial de las piernas rojas			
Imagen	Síntomas presentados	Diagnóstico	Tratamiento
 <p>La celulitis se define como una infección bacteriana que se extiende por la piel y los tejidos blandos subyacentes</p>	<p>Aparición repentina de enrojecimiento de piel, aumento de temperatura, inflamación, dolor o sensibilidad, aumento de volumen de la extremidad inferior</p> <p>Presentación unilateral</p> <p>Malestar general o fiebre asociados</p> <p>¿Hay una puerta de entrada? Por ejemplo, una herida, intertrigo interdigital, infección fúngica o pie de atleta</p> <p>Se pueden presentar marcadores inflamatorios séricos elevados (Recuento de glóbulos blancos, PCR)</p> <p>Puede presentar pirexia</p>	<p>Celulitis de extremidades inferiores</p>	<p>Antibióticos según protocolo antimicrobiano institucional</p> <p>El tratamiento se determinará según el grado de severidad de la infección y las comorbilidades del paciente</p> <p>Considerar el uso de compresión* tan pronto como se controle el dolor para ayudar a reducir la inflamación</p> <p>Reevaluar para garantizar el éxito del tratamiento</p> <p>Recomendar a los pacientes con síntomas de deterioro, como sepsis, que acudan al servicio de urgencias si su estado empeora</p> <p>*Comprobar el estado vascular del paciente antes de iniciar la compresión</p>
 <p>La dermatitis de contacto por estasia o eccema, se desarrolla como una reacción local a un irritante o alérgeno. La reacción es desencadenada por una sustancia concreta o una respuesta del sistema inmunitario, lo que provoca que la piel se reseque, pique y se irrite, y a veces se agriete o presente flictenas</p>	<p>Puede ser bilateral o unilateral, dependiendo de la exposición al irritante</p>	<p>Dermatitis por contacto</p> <p>Reacción alérgica local</p> <p>Eccema por contacto</p> <p>Alergia por contacto</p>	<p>Investigar posible agente irritante</p> <p>Aplicar de emolientes para mantener los niveles de hidratación de la piel</p> <p>Aplicar corticoides tópicos</p> <p>En casos graves, pueden ser necesarios corticosteroides orales</p>



**Tabla 2. Guía rápida de diagnóstico diferencial de las piernas rojas (Continuación)**

Imagen	Síntomas presentados	Diagnóstico	Tratamiento
 <p>El eczema venoso seco se manifiesta con zonas de la piel pruriginosas, que están secas y descamadas, que pueden cambiar de color y volverse exudativas o costrosas</p>	<p>De presentación bilateral, aunque puede ser unilateral</p> <p>Extremidad inferior pruriginosa con antecedentes de insuficiencia venosa, várices visibles o trombosis venosa profunda previa</p>	<p>Eczema venoso seco, también conocido como eczema venoso, dermatitis por estasia, eczema por estasia y eczema gravitacional</p> <p>Alteraciones cutáneas directamente relacionadas con la hipertensión venosa crónica</p>	<p>Aplicar emolientes para mantener los niveles de hidratación de la piel</p> <p>Considerar la necesidad de usar sustitutos del jabón (por ejemplo, usar solución emoliente para limpiar la extremidad)</p> <p>Considerar la necesidad de corticosteroides u otro tratamiento tópico como el zinc</p> <p>Aplicar terapia compresiva* para tratar la insuficiencia venosa/causa del eczema venoso</p> <p>*Comprobar el estado vascular del paciente antes de iniciar la compresión</p>
 <p>El eczema venoso húmedo se manifiesta como zonas de la piel pruriginosas, secas y escamosas, en las que se pierde la capa epitelial de la piel, lo que provoca la salida de líquido de color seroso (pajizo)</p>	<p>De presentación bilateral, aunque puede ser unilateral</p> <p>Extremidad inferior pruriginosa con antecedentes de insuficiencia venosa, várices visibles o trombosis venosa profunda previa</p> <p>El paciente puede quejarse de una sensación de ardor debido a la humedad de la piel</p>	<p>Eczema venoso húmedo/ dermatitis por estasia, también conocido como eczema venoso, dermatitis por estasia, eczema por estasia y eczema gravitacional</p> <p>Alteraciones cutáneas directamente relacionadas con la hipertensión venosa crónica</p>	<p>Aplicar emolientes sobre la piel intacta para mantener los niveles de hidratación cutánea</p> <p>Considerar la necesidad de sustitutos del jabón (por ejemplo, usar solución emoliente para limpiar la extremidad)</p> <p>Considerar la necesidad de corticosteroides tópicos</p> <p>Usar un apósito absorbente adecuado</p> <p>Usar terapia compresiva* para tratar la insuficiencia venosa o la causa del eczema venoso</p> <p>*Comprobar el estado vascular del paciente antes de iniciar la compresión</p>
 <p>Eczema infectado</p> <p>Las infecciones más comunes son causadas por: <i>Staphylococcus aureus</i>. Se conocen como "impétigo"</p> <p>Infecciones fúngicas causadas por <i>Cándida</i></p>	<p>Dolor/sensación de ardor</p> <p>Puede presentar costras de color amarillo</p> <p>Puede inflamarse y doler</p> <p>A menudo provoca un aumento de la cantidad de exudado</p>	<p>Eczema infectado</p>	<p>Aplicar molientes sobre la piel intacta para mantener los niveles de hidratación cutánea</p> <p>Considerar la necesidad de sustitutos del jabón (por ejemplo, usar solución emoliente para limpiar la extremidad)</p> <p>Considerar la necesidad de tratamientos antibióticos o antifúngicos sistémicos o tópicos</p> <p>Considerar la necesidad de esteroides tópicos para tratar el prurito y la inflamación</p> <p>Considerar la necesidad de cultivo microbiológico con hisopo de las costras o de la piel</p> <p>Considerar el tratamiento compresivo* para ayudar a controlar el exudado</p> <p>*Comprobar el estado vascular del paciente antes de iniciar la compresión</p>



**Declaración de mejores prácticas:** Medias de comprensión: Un enfoque centrado en el paciente

### Empoderamiento del paciente

Durante la evaluación, es vital aprovechar cualquier oportunidad para escuchar la perspectiva del paciente sobre su propia salud. Los profesionales clínicos deben practicar la escucha activa y seguir consejos para la comunicación como:

- Escuchar, además de hablar
- Utilizar un lenguaje claro y un contenido con un nivel de detalle adecuado para el paciente
- Utilizar preguntas abiertas para fomentar el debate
- Utilizar la repetición cuando sea necesario
- Comprobar la comprensión y resumir la información relevante (Fletcher *et al.*, 2018)

La información escrita en el lenguaje adecuado, como los folletos informativos para pacientes o el acceso a más información en línea, puede ayudar a reforzar la comunicación verbal, proporcionar recordatorios o facilitar recursos adicionales. La información debe incluir alertas para buscar ayuda y la información de contacto pertinente.

Los pacientes deben tener la oportunidad de hacer preguntas y deben ser orientados en áreas relevantes para ellos; por ejemplo, puede ser útil que el profesional clínico grabe un video del plan de tratamiento para que el paciente pueda verlo y aprender a realizarlo (WUWHS, 2020b).

Los pacientes deben sentirse capaces de:

- Expresar sus necesidades, prioridades, expectativas y preocupaciones
- Asumir un papel activo en las decisiones relacionadas con su tratamiento, siempre que sea posible
- Participar en la prestación de la atención
- Comunicar sus opiniones sobre cómo se presta la atención y cómo podría adaptarse (Fletcher *et al.*, 2018).

Es importante señalar que no todos los pacientes querrán o podrán implicarse en la toma de decisiones o participar directamente en sus propios cuidados, y que esta capacidad puede cambiar a lo largo del tratamiento; sin embargo, las decisiones deben tomarse con la participación del paciente (WUWHS, 2020b).



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Los profesionales clínicos deben comunicarse con los pacientes de forma que estos se sientan empoderados y comprometidos, y participen en su tratamiento tanto como deseen o puedan.

## TRATAMIENTO ADECUADO PARA LAS DISTINTAS CONDICIONES

Muchas afecciones que cursan con "piernas rojas" pueden ser especialmente difíciles de diferenciar, pero es importante realizar un diagnóstico preciso para poder iniciar un tratamiento eficaz. La intervención precoz y el tratamiento oportuno, siempre que sea posible, deben considerarse de vital importancia.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Todos los pacientes que presenten "piernas rojas" deben recibir un diagnóstico diferencial y se debe tratar cualquier causa subyacente.

### Celulitis

La celulitis suele diagnosticarse erróneamente, ya que es fácil confundirla con otras afecciones como la dermatitis o el eccema. Sin embargo, es importante diferenciar con precisión la celulitis de otro tipo de problemas, ya que se requiere un tratamiento urgente para evitar que la condición empeore (BLS, 2022).

Cualquier pérdida de la integridad de la piel puede permitir que las bacterias penetren y causen una infección, que puede propagarse y provocar celulitis. Las causas más comunes son las lesiones o traumatismos cutáneos (aunque sean leves), las infecciones fúngicas como el pie de atleta, las picaduras de insectos, las úlceras o la presencia de edema y linfedema crónico. La celulitis se produce con mayor frecuencia en las extremidades inferiores, a menudo por edema, o por una pérdida de continuidad de la piel debida a una lesión o a una úlcera existente en la pierna (BLS, 2022).

La celulitis solo se produce en presencia de infección, por lo que debe evaluarse al paciente para detectar los signos y síntomas habituales de infección, como:

- Dolor o sensibilidad
- Inflamación aguda
- Eritema (enrojecimiento)
- Edema
- Aumento de temperatura
- Malestar o síntomas de fiebre (por ejemplo, escalofríos)
- En casos graves, pueden aparecer flictenas

La trombosis venosa profunda (TVP) puede presentarse como una pierna edematosa y dolorosa, pero no tendrá el eritema doloroso y extendido de la celulitis. Es importante recordar que los signos de infección evidente no siempre son aparentes ni son manifiestos; por lo tanto, es necesario realizar una anamnesis y una exploración cuidadosa del paciente (BLS, 2021). Revise el recuadro 3 que contiene consideraciones importantes para excluir la celulitis como diagnóstico.

### Recuadro 3. Consideraciones importantes a la hora de realizar un diagnóstico de celulitis (adaptado de Beldon, 2011)

- ¿El enrojecimiento o eritema es unilateral?
- ¿El paciente tiene insuficiencia cardíaca? ¿Ha tomado sus medicamentos? Ambos factores pueden contribuir al aumento de volumen de las extremidades inferiores
- ¿Ha experimentado el paciente una aparición repentina de aumento de volumen doloroso en la zona distal de la pierna? Esto puede indicar una trombosis venosa profunda, por lo que el paciente debe ser derivado urgentemente a evaluación y exámenes para su descartarla o tratarla
- ¿Tiene el paciente una úlcera venosa? En caso afirmativo, ¿ha usado la prenda de compresión o el vendaje? Si el paciente no ha estado usando compresión, su hipertensión venosa subyacente puede causar eritema o cambio de color en la piel, que puede confundirse con celulitis.
- ¿Ha tenido el paciente una úlcera venosa cicatrizada que requiera tratamiento compresivo? Si el paciente no usa compresión, puede presentar edema agudo y algo de eritema debido a la hipertensión venosa; sin embargo, si no tiene fiebre, se puede descartar la celulitis.

La presentación de la celulitis puede variar en las diferentes etapas de su evolución, y los profesionales clínicos pueden ver al paciente en diferentes etapas, por lo que es importante ser consciente de sus posibles cambios (Patel *et al.*, 2020).

Cabe señalar que la celulitis se caracteriza por una lenta resolución. La fiebre y la inflamación suelen persistir durante las primeras 72 horas de tratamiento. El manejo debe incluir elevación de la zona afectada y terapia antimicrobiana específica, junto con el tratamiento de cualquier comorbilidad que exacerbe la celulitis, como edema, diabetes y enfermedad vascular (Sullivan y de Barra, 2018).

En pacientes con episodios recurrentes de celulitis, se deben abordar los factores de riesgo y centrarse en la prevención siempre que sea posible (Sullivan y de Barra, 2018). El linfedema es una causa frecuente de celulitis recurrente, y los pacientes de riesgo pueden necesitar que se les prescriba un tratamiento antibiótico profiláctico (BLS, 2022).



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** En todos los pacientes que presenten eritema, debe hacerse un diagnóstico o descartar la presencia de celulitis, para garantizar que se inicie el tratamiento adecuado lo antes posible.



**Tratamiento de la hiperqueratosis de las extremidades inferiores:**  
Recomendaciones del consenso

### **Ecceza e infección**

Dado que los problemas cutáneos como el eccema pueden agrietar o dañar la piel, aumentan el riesgo de infección. Los pacientes deben ser evaluados para detectar los síntomas habituales de infección; sin embargo, la presencia de una afección cutánea puede dificultar el diagnóstico preciso, debido a la presencia de eritema o inflamación adicionales. Esto puede hacer que pacientes con manifestaciones cutáneas como el eccema sean diagnosticados erróneamente de celulitis, lo que puede dar lugar a un tratamiento innecesario e ineficaz.

Una causa frecuente de la formación de eccema en las extremidades inferiores es la hipertensión venosa. La presión elevada en el sistema venoso provoca inflamación en los tejidos circundantes, lo que causa cambios en la piel. El eccema venoso también puede denominarse eccema gravitacional, dermatitis por estasia, eccema por estasia y eccema venoso.

Debe preguntarse a los pacientes sobre antecedentes de lesiones de piel y la presencia de cualquier afección cutánea, teniendo en cuenta sus respuestas en la fase de evaluación. Los pacientes con úlceras en las extremidades inferiores también suelen tener problemas cutáneos, como eccema, que pueden causar problemas en la piel perilesional e infección (Hofman, 2010).

El eccema puede diferenciarse de la celulitis por factores como:

- Aunque ambas son dolorosas, la celulitis puede identificarse por el aumento del dolor al tacto y a la presión, mientras que el eccema suele describirse como "doloroso"
- La aparición del eritema en el eccema será en forma de parches, mientras que el enrojecimiento en la celulitis suele estar más delimitado
- La celulitis puede ir acompañada de fiebre y malestar general
- En la celulitis, la piel se presentará lisa, mientras que en el eccema estará escamosa
- La celulitis no suele producir prurito, mientras que el eccema suele provocar irritación
- En la celulitis pueden aparecer grandes áreas de flictenas, mientras que en el eccema pueden aparecer vesículas más pequeñas
- La celulitis suele ser unilateral, mientras que el eccema puede aparecer en ambas extremidades (adaptado de Hofman, 2010)



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Las manifestaciones cutáneas, como el eccema, deben tenerse en cuenta en la fase de evaluación para facilitar un diagnóstico preciso.

### **Sepsis**

La sepsis es una condición poco frecuente pero potencialmente mortal (Fletcher *et al.*, 2020). Es vital reconocer y tratar la infección a tiempo, antes de que se desarrolle la sepsis. Si el



**Recomendaciones de mejores prácticas:** Prevención y tratamiento de las complicaciones cutáneas perilesionales



**Recomendaciones de mejores prácticas:** Prevención y tratamiento de las lesiones de piel asociadas a la humedad (MASD, por sus siglas en inglés)

paciente parece enfermo, ha activado la Puntuación Nacional de Alerta Precoz (National Early Warning Score, NEWS; véase la tabla 3) –pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria, niveles de oxígeno, temperatura y nivel de consciencia– o hay signos de infección, el enfermo se debe examinar en busca de sepsis (Royal College of Physicians, 2017).

**Tabla 3. El sistema de puntuación NEWS**

Parámetro fisiológico	Puntuación						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria (por minuto)	<8		9-11	12-20		21-24	>25
Escala 1 de SpO <sub>2</sub> (%)	<91	92-93	94-95	>96			
Escala 2 de SpO <sub>2</sub> (%)	<83	84-85	85-87	88-92 >93 con aire ambiental	93-94 con oxígeno	96-97 con oxígeno	>97 con oxígeno
¿Con aire ambiental u oxígeno?		Oxígeno		Aire			
Presión arterial sistólica (mmHg)	<90	91-100	101-110	111-219			>220
Pulso (frecuencia por minuto)	<40		41-50	51-90	91-110	111-130	>131
Conciencia				Alerta			CVPU (Alerta, Voz, Dolor, No responde)
Temperatura (°C)	<35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	>39.1	



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Si el paciente parece enfermo, ha activado la Puntuación Nacional de Alerta Precoz (pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria, niveles de oxígeno, temperatura y nivel de consciencia) o hay signos de infección, se debe examinar en busca de sepsis.

Los pacientes y sus cuidadores o familiares deben conocer los síntomas de la sepsis para que puedan buscar atención médica urgente (recuadro 4). En caso de sepsis, el tratamiento urgente incluye la reanimación inmediata de alto nivel con reposición de líquidos, oxígeno y terapia antibiótica sistémica (IWII, 2016).

**Recuadro 4. Síntomas de sepsis**

- Habla arrastrada o confusa
- Escalofríos intensos o dolor muscular
- Pasar sin orinar (un día)
- Disnea grave
- Sensación de muerte inminente
- Piel descolorida o con livedo reticularis.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Si el paciente presenta alguno de los signos de sepsis, los cuidados deben intensificarse y/o buscar ayuda médica urgente.

**Uso de antibióticos**

El uso prudente de los antibióticos es de vital importancia. Debido a la creciente crisis de resistencia a los antimicrobianos (RAM), todos los planes de tratamiento deben adoptar un enfoque basado en la gestión de antimicrobiana (AMS; Fletcher et al, 2020). La identificación precoz de la infección y del riesgo de infección es parte integrante de la AMS y de la reducción del uso de antimicrobianos (Sandy-Hodgetts et al., 2020).

Un enfoque basado en la AMS debería englobar los siguientes principios (Fletcher *et al.*, 2020):

- Prescribir el tratamiento antimicrobiano adecuado cuando la terapia esté indicada y reducir al mínimo el uso innecesario de antimicrobianos, los regímenes de tratamiento de muy amplio espectro y el uso de antibióticos cuando no haya infección.
- Prescribir antimicrobianos con la duración adecuada, a una dosis óptima, administrados por la vía más apropiada para la afección indicada y el estado del paciente.

El uso inadecuado o excesivo de antibióticos es una de las principales causas de resistencia a los antibióticos, por lo que un diagnóstico preciso es de vital importancia (Fletcher *et al.*, 2020). Los pacientes que presentan eritema pueden ser especialmente propensos a que se les prescriba un tratamiento antimicrobiano o antibiótico "por si acaso"; sin embargo, es necesario realizar un diagnóstico diferencial preciso antes de iniciar cualquier tratamiento. Los pacientes que son tratados por celulitis, cuando no padecen la enfermedad, corren el riesgo de recibir un tratamiento antibiótico innecesario mientras se desatiende su verdadera afección (Beldon, 2011).

Si se diagnostica celulitis y el paciente no tiene alergias conocidas, el tratamiento antimicrobiano debe enfocarse en la gama de los penicilínicos con el fin de tratar *streptococos* y *estafilococos* (en el caso de infección purulenta) (Sullivan y de Barra, 2018). El tratamiento del paciente hospitalizado o en domicilio, debe decidirse en función de cada persona, pero la monitorización es esencial (BLS, 2022).

**Tabla 4. Grupos de pacientes con riesgo de fragilidad cutánea (adaptado de Beekman *et al.*, 2020)**

Grupo de pacientes	Cambios en la piel	Problemas potenciales
Adultos mayores	Se vuelve más fina, pierde elasticidad, se reduce la irrigación sanguínea, disminuye la grasa subcutánea, disminuye la hidratación de la piel, se reduce la capa dermoepidérmica (disminución de la adherencia de la epidermis a la dermis; Moncrieff <i>et al.</i> , 2015; Levine, 2020)	Desgarros cutáneos, úlceras por presión, infección, inflamación, sequedad o descamación, prurito, celulitis, úlceras diabéticas, posibles problemas de nutrición; posibles problemas relacionados con la demencia, linfedema
Personas con problemas de movilidad/parálisis	Alteraciones del suministro vascular, control de la temperatura, maceración/humedad, pérdida de colágeno, falta de músculo o atrofia, alteración de la sensibilidad debida a daño de nervios de la piel (Rappl, 2008)	Desgarros cutáneos, úlceras por presión, infección, inflamación, linfedema
Niños/neonatos	Piel inmadura; cambios intrínsecos debidos a la duración de la presión, cizallamiento y fricción, perfusión deficiente y maceración (Inamadar y Palit, 2013)	Dermatitis por pañal, desgarros cutáneos, úlceras por presión
Personas con espina bífida y parálisis cerebral	Disminución de la perfusión cutánea, reacción cutánea a fármacos, dermatitis e inflamación perineal por incontinencia (Inamadar y Palit, 2013)	Úlceras por presión; posible dermatitis asociada a la incontinencia, linfedema
Pacientes bariátricos	Alteración de las células epidérmicas, aumento de la pérdida de agua, piel seca, maceración, aumento de la temperatura de la piel y reducción del flujo linfático y la perfusión (Shipman y Millington, 2011).	Úlceras por presión, desgarros cutáneos, úlceras diabéticas, psoriasis, lesiones por humedad, intertrigo, linfedema
Pacientes oncológicos	La radiación provoca inflamación, daños en la epidermis y disminución de la perfusión (NHS, 2010)	Úlceras por presión, reducción de la cicatrización de heridas, infecciones cutáneas, celulitis, radiodermatitis, linfedema
Pacientes con enfermedades crónicas y otros problemas	Cambios en la piel debidos a enfermedades crónicas, por ejemplo, renales, hepáticas, cardiovasculares; medicamentos; malnutrición; estomas y dispositivos médicos; problemas psicosociales (Wounds UK, 2018)	Desgarros cutáneos, úlceras por presión, infección, inflamación, lesiones por humedad y otros problemas relacionados, linfedema



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Es necesario realizar un diagnóstico diferencial preciso antes de iniciar cualquier tratamiento, especialmente si es antimicrobiano o antibiótico.

### Integridad de la piel

En la fase de evaluación, todos los pacientes con piel frágil o de riesgo deben recibir un régimen de cuidado de la piel para ayudar a reducir el riesgo de lesiones cutáneas (o de más lesiones). En la tabla 4 se describen los grupos de pacientes con mayor riesgo de fragilidad cutánea.



**Recomendaciones de mejores prácticas:**  
Estrategias holísticas para promover y mantener la integridad de la piel

Los beneficios de la hidratación de la piel para tratar las afecciones cutáneas específicas son bien conocidos. También en pacientes con riesgo de daño, la hidratación debe usarse como parte de una rutina diaria completa de cuidado de la piel (Wounds UK, 2018). La hidratación regular debe considerarse una parte vital del cuidado de la piel en todos los pacientes con piel frágil, con el fin de promover la salud general de la piel y reducir el riesgo de daño cutáneo (Wounds UK, 2015). Puede ayudar a restaurar la función de barrera de la piel, reducir el prurito y aumentar el nivel de hidratación (Beeckman et al., 2020).



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Un régimen de hidratación regular debe considerarse como parte fundamental del cuidado de la piel en todos los pacientes con piel frágil o de riesgo, con el fin de reducir la posibilidad de daños cutáneos.

El uso de productos adecuados debe incorporarse dentro de un abordaje estandarizado del cuidado de la piel. Usar jabón líquido corporal, o un producto de higiene a base de emolientes en lugar de jabón, puede ayudar a proteger e hidratar la piel vulnerable en riesgo de daño (Wounds UK, 2018). Se recomienda usar un plan completo de cuidados de la piel para las personas indicadas, que incluya el uso de una combinación de productos de higiene sin jabón, así como cremas y ungüentos que no requieran ser retiradas (Wounds UK, 2018).

En el caso de la celulitis, es un mito que el paciente no deba lavarse las piernas. El aseo de las piernas con un producto adecuado debe incorporarse al régimen de cuidado de la piel del paciente.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Se debe desarrollar un plan completo de cuidado de la piel, que incorpore emolientes y productos sin jabón, para los pacientes adecuados.

En las personas adecuadas, la hidratación puede incorporarse a su propia rutina diaria: por ejemplo, se les puede indicar que se apliquen emolientes o hidratantes (o que aumenten una rutina de hidratación existente) y que optimicen su propio régimen de aseo, para incorporar medidas adecuadas de cuidado de la piel que reduzcan el riesgo de daños.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Los pacientes adecuados deben recibir un plan de autocuidados que incluya un régimen de manejo y productos para el cuidado de la piel.

#### **La importancia de la reevaluación**

Si se ha realizado una evaluación y diagnóstico, y se ha iniciado el tratamiento, pero el estado del paciente no ha mejorado o se está deteriorando, es importante realizar una nueva evaluación completa del paciente. Es vital abordar cualquier obstáculo a la curación, las causas subyacentes que puedan haberse pasado por alto y elaborar un nuevo plan de tratamiento.

Si se ha hecho un diagnóstico inicial de celulitis, pero el estado del paciente no ha mejorado tras 7 días de tratamiento antibiótico, debe reconsiderarse el diagnóstico. Los pacientes con linfedema deben recibir tratamiento durante un mínimo de 14 días (BLS, 2022).



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Los pacientes deben ser reevaluados periódicamente, y su diagnóstico y plan de tratamiento deben reconsiderarse si su estado no mejora.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Todo paciente diagnosticado de celulitis debe someterse a una revisión clínica y a una evaluación de la eficacia del tratamiento.

## EL PAPEL DE LA COMPRESIÓN



**Declaración de mejores prácticas:** El índice tobillo-brazo (ITB) en la práctica

La compresión es reconocida desde hace tiempo como el tratamiento estándar de las enfermedades venosas y linfáticas (Rabe y Pannier, 2021). También se recomienda su uso en la TVP aguda (Rabe y Pannier, 2021) y en el tratamiento y la prevención de nuevos episodios de celulitis de las extremidades inferiores (Ligi *et al.*, 2016; Eder *et al.*, 2021; Webb *et al.* 2020; Webb *et al.* 2022).



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** La compresión debe considerarse como la regla de oro en el tratamiento del edema de las extremidades inferiores, cuando no existan contraindicaciones clínicas identificadas en la evaluación holística.

### Cómo funciona la compresión

Existen dos principios fundamentales en los que se basa el tratamiento compresivo para aliviar la insuficiencia venosa crónica (Wounds International, 2013; Vowden *et al.*, 2020):

- Creación de un sistema cerrado que permite que las presiones internas se distribuyan uniformemente en la pierna.
- Variación de las presiones de interfaz en función de la forma de la extremidad y de la tensión del vendaje aplicado, que se verá influida por el vendaje.

El tratamiento compresivo ayuda al retorno venoso de la extremidad inferior al ejercer una presión externa. Esto se consigue gracias a que los componentes del sistema de tratamiento compresivo forman una manga semirrígida alrededor de la zona distal de la pierna (Harding *et al.*, 2015).

La compresión de los tejidos de las piernas reduce el edema al oponerse a la fuga de líquido de los capilares hacia los tejidos y al favorecer el drenaje linfático. También mejora el retorno venoso al aumentar la velocidad del flujo sanguíneo venoso, lo que puede reducir los efectos inflamatorios locales. Por lo tanto, ayuda a reducir los efectos de la insuficiencia venosa crónica al reducir la hipertensión venosa ambulatoria, reducir el edema y mejorar el flujo sanguíneo cutáneo, ayudando así a la cicatrización (Harding *et al.*, 2015).

### Tipos de compresión

Los tratamientos compresivos suelen consistir en:

- Sistemas compresivos
- Vendas compresivas
- Kits de calcetines de compresivos
- Calcetines compresivos

Los sistemas compresivos, aplicados por un profesional de la salud, pueden ser adecuados para pacientes con úlceras activas, sobre todo en pacientes que no toleran las prendas compresivas (Ousey *et al.*, 2021). En el tratamiento de las "piernas rojas", los sistemas compresivos pueden utilizarse como tratamiento de primera línea en la fase aguda, incluyendo heridas o linforrea, para reducir el tamaño de la extremidad, aliviar la congestión y superar los síntomas agudos; luego, el tratamiento puede reducirse a una opción de calcetines compresivos cuando la pierna del paciente esté más confortable y el autocuidado pueda ser más apropiado.

Las medias o calcetines compresivos varían en rigidez, niveles de compresión, tejido, color, talla, longitud y si son cerrados o abiertos en la zona de los orfejos (Fletcher *et al.*, 2021). Las medias compresivas consisten en una prenda de una o dos piezas y pueden elegirse entre las que están listas para usar en el mercado o hacerse a medida (Ousey *et al.*, 2021).

La selección de los modos y materiales de compresión adecuados dependerá de los resultados de la evaluación individual. Los resultados de una evaluación holística del paciente deben incluir la valoración del estado vascular subyacente y la idoneidad para la compresión, además de otros elementos, como la forma y el tamaño de la extremidad, la presencia de edema, el tamaño de la úlcera y la capacidad y voluntad del paciente para implicarse en su propio cuidado (Wounds International, 2022).



Otros factores que deben tenerse en cuenta para el éxito del tratamiento compresivo son la etiología de la enfermedad subyacente y la capacidad del paciente para tolerar y utilizar eficazmente la compresión como parte de su rutina diaria. También es importante tener en cuenta la comodidad del paciente y el manejo del exudado (Wounds International, 2022).

Consulte la tabla 5 para obtener más información sobre las opciones de tratamiento compresivo y cuándo pueden utilizarse en pacientes en el tratamiento de pacientes con afecciones asociadas a las "piernas rojas".

**Tabla 5. Opciones de compresión y cuándo pueden utilizarse en la práctica clínica (adaptado de Ousey et al., 2021)**

Calcetines compresivos	Kits de calcetines compresivos	Sistemas compresivos	Dispositivos compresivos
Son útiles para controlar los síntomas de la hipertensión venosa y el edema, y pueden utilizarse para la prevención primaria o la prevención de recidivas. Vienen en una gama de diferentes clasificaciones y tejidos.	Son útiles en el tratamiento de pacientes con úlceras activas, y están diseñados para proporcionar una compresión de 40 mmHg en el tobillo.	Se utilizan con mayor frecuencia para tratar úlceras activas, edema importante, deformidades de las extremidades o para pacientes que no se consideran aptos para el uso de calcetines compresivos.	Dispositivo de compresión ajustable que ofrece una alternativa al vendaje.
Adecuados para el cuidado personal o familiar	Adecuados para el cuidado personal o familiar	Debe aplicarlo una persona considerada capaz	Adecuadas para el cuidado personal o familiar
Adecuados para el tratamiento continuo del edema, el riesgo de problemas en las extremidades inferiores y para controlar los síntomas de la hipertensión venosa	Pueden utilizarse para tratar úlceras activas en las que se requiera una mayor compresión.	Adecuado para el control inicial de los síntomas (reducción de edema, cicatrización de úlceras, remodelación de extremidades), pero no debe utilizarse como tratamiento de primera línea para la prevención de recidivas.	Adecuadas para el tratamiento continuo del edema y el riesgo de problemas en las extremidades inferiores.



**Desmitificación de los sistemas compresivos de baja, moderada y alta compresión: cuándo y cómo iniciar una compresión "más baja"**

Antes de aplicar cualquier tratamiento compresivo, debe evaluarse al paciente en busca de señales de alarma de acuerdo con un marco como el Programa Nacional de Estrategia de Atención de las Heridas (NWCSP, por sus siglas en inglés) del Reino Unido. Si no hay señales de alarma, puede aplicarse un tratamiento de compresión de hasta 20 mmHg. Antes de aplicar un tratamiento compresivo superior a 20 mmHg, es necesario realizar una evaluación vascular (incluyendo el índice tobillo-brazo o el índice ortejo-brazo) para descartar cualquier enfermedad arterial significativa y garantizar que el tratamiento de alta compresión no esté contraindicado.

Una vez realizado un diagnóstico preciso, existen directrices y guías de tratamiento que pueden ayudar a orientar la atención y respaldar la toma de decisiones de los profesionales clínicos en relación con afecciones específicas asociadas a las "piernas rojas". El tratamiento compresivo debe considerarse en el plan de tratamiento de todas las afecciones relacionadas con las "piernas rojas", ya que pueden estar relacionadas con la insuficiencia venosa y provocar un empeoramiento de los síntomas si no se tratan.

En caso de edema, debe considerarse la compresión como parte del plan de tratamiento. Para el tratamiento eficaz del edema, dependiendo del estado individual del paciente, puede ser necesaria la de toda la extremidad, desde los ortejos hasta el muslo.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** La compresión debe tenerse en cuenta en el plan de tratamiento de las condiciones relacionadas con las "piernas rojas", ya que pueden conducir a insuficiencia venosa o empeorar los síntomas.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** La compresión debe considerarse en el plan de tratamiento para el manejo eficaz del edema, incluyendo la extremidad completa desde los ortejos hasta el muslo, según sea necesario.



**Documento de consenso:** Evaluación y manejo eficaz del exudado de heridas

### El efecto de la alta rigidez

Un sistema de compresión de alta rigidez produce mayores fluctuaciones de presión en la zona distal de la pierna durante la marcha, que un sistema de baja rigidez. Por lo tanto, los sistemas de alta rigidez producen las mayores mejoras en el flujo sanguíneo venoso de la zona distal de la pierna. Los sistemas de baja rigidez generalmente producirán una mayor presión en reposo (Harding *et al.*, 2015).

El efecto de la rigidez tiene dos implicaciones para la práctica clínica:

- Los pacientes pueden encontrar más cómodo un sistema de tratamiento compresivo de alta rigidez, ya que ofrecerá una menor presión de reposo que un sistema de compresión de baja rigidez.
- Los cambios en el diámetro de la pantorrilla (por ejemplo, debido a la contracción muscular durante el ejercicio como caminar, o debido al movimiento pasivo del tobillo) son importantes para lograr las fluctuaciones de presión necesarias para mejorar el retorno venoso (Harding *et al.*, 2015).

Hay que tener en cuenta que la terminología que rodea el uso de capas puede ser confusa y no debe utilizarse para hacer suposiciones sobre los niveles de presión. La comprensión de los diferentes componentes utilizados es una mejor manera de determinar si el sistema funcionará como un sistema de alta rigidez. Los sistemas compresivos multicomponentes (ya sean dos o cuatro) son preferibles a los vendajes de 1 capa (mono componentes) porque suelen tener una alta rigidez: cuanto mayor sea la rigidez, mejor será el resultado para el paciente (Cullum *et al.*, 2001; Harding *et al.*, 2015).

Véanse en el recuadro 5 los atributos del sistema ideal del tratamiento compresivo (Harding *et al.*, 2015).

#### Cuadro 5. Atributos del sistema compresivo ideal (de Harding *et al.*, 2015)

- Proporciona compresión terapéutica y tiene una gran rigidez (es decir, la presión generada es eficaz durante la actividad y se tolera bien durante el descanso)
- Permite un buen ajuste anatómico
- Se mantiene en su sitio (es decir, no se desliza hacia abajo)
- Es cómodo
- Permite a los pacientes usar su propio calzado y mantener una marcha normal
- Es fácil de poner y quitar
- Requiere un entrenamiento mínimo para su aplicación y ajuste
- Posea bajo riesgo de producir alergias
- Es estéticamente aceptable
- Es asequible o reembolsable
- Ofrece al paciente la posibilidad de elegir

### Guía de manejo de las piernas rojas

La guía de manejo de las piernas rojas de la Sociedad Británica de Linfología, está diseñada específicamente para permitir un tratamiento rápido y eficaz, además de mejorar la experiencia de los pacientes con piernas rojas bilaterales en combinación con linfedema (Elwell, 2020). La guía de manejo también se centra en reducir el uso inadecuado de antibióticos y las posibles consecuencias negativas para los pacientes con linfedema.

Una vez realizado un diagnóstico preciso, la guía de manejo ofrece opciones de tratamiento y pasos a seguir para los pacientes que presentan piernas rojas, incluida la orientación sobre las opciones de tratamiento compresivo para cada paciente.

### Edema crónico y linforrea

Para los pacientes con edema crónico y linforrea, se ha desarrollado la guía de manejo de la "pierna húmeda" para edema crónico (Thomas *et al.*, 2021). La guía de manejo basada en la evidencia, proporciona a los profesionales clínicos directrices claras para apoyar el tratamiento



Para obtener más información, visite la Sociedad Británica de Linfología (BLS)

rápido, eficiente y eficaz de todos los pacientes con edema crónico y linforrea. Los beneficios de un tratamiento activo oportuno para los pacientes incluyen la disminución del dolor y la mejora de la movilidad y las actividades diarias; otros beneficios incluidos son la reducción del riesgo de celulitis y del desarrollo de heridas (Thomas *et al.*, 2021).

La guía de manejo incluye la evaluación, el lavado de la pierna y la aplicación de niveles de compresión en grado 1, 2 o 3, con el objetivo de tratar los síntomas y controlar la humedad. Al tratar activamente los síntomas, en lugar de simplemente limpiar la linforrea presente, esta guía muestra una atención de salud basada en valor al reducir desechos, daños y variabilidad en la atención (Thomas *et al.*, 2021).



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Para las personas sin compromiso de la circulación arterial, la compresión debe ser considerada fundamental para el tratamiento de la linforrea, a fin de controlar los síntomas de forma eficaz.

#### **Compresión en la celulitis**

Es un mito común que la compresión no tiene un papel en el tratamiento de la celulitis. Incluso en la fase aguda de la celulitis, las extremidades inferiores con linforrea o húmedas pueden beneficiarse del tratamiento compresivo cuando sea apropiado.

La recurrencia posterior de la celulitis es frecuente; por lo tanto, es necesario abordar sus causas potenciales, como el edema crónico. Las investigaciones sugieren que es beneficiosa la prescripción de compresión como complemento a la antibioticoterapia, en el tratamiento de la celulitis de las extremidades inferiores. (Webb *et al.*, 2020; Cox, 2006; Chlebicki y Oh, 2014). La consideración principal debe ser, en primer lugar, que el estado vascular subyacente del paciente sea tal que permita indicar la compresión; luego es crucial que se administre al paciente una analgesia adecuada a sus niveles de dolor para que pueda tolerar el tratamiento compresivo. La comunicación con el paciente y la educación sobre los beneficios de la compresión son vitales.

En todos los casos, debe evaluarse si los pacientes comprenden el papel de la compresión en su tratamiento, la necesidad de comprometerse con el tratamiento compresivo a largo plazo y cómo poner y retirar las medias compresivas, ya que una buena adhesión al tratamiento es fundamental para obtener buenos resultados (Stephen-Haynes *et al.*, 2015; WUWHS, 2020b).



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** En los pacientes con celulitis, debe considerarse la posibilidad de aplicar un tratamiento compresivo adecuado al estado vascular subyacente, teniendo en cuenta los niveles de dolor y la tolerancia a la compresión del paciente.



**DECLARACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS:** Si en el paciente ya está con tratamiento compresivo y desarrolla celulitis, el tratamiento de compresión no debe interrumpirse y debe continuarse al nivel más alto que el paciente pueda tolerar.

## REFERENCIAS

- Beeckman D, Campbell KE, Le Blanc K et al (2020) Best practice recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity. *Wounds International*
- Beldon P (2011) The assessment, diagnosis and treatment of cellulitis. *Wound Essentials* 6: 60-8
- British Association of Dermatologists (2021) Describing erythema in skin of colour. Available at: <https://www.bad.org.uk/healthcareprofessionals/inclusivity-and-representation/erythema-in-skin-of-colour> (accessed 20.06.2022)
- British Lymphology Society (2021) British Lymphology Society position paper for the management of people with lymphoedema in the presence of deep vein thrombosis (DVT). Available online at: <https://www.thebls.com/documents-library/british-lymphology-society-position-paper-for-the-management-of-people-with-lymphoedema-in-the-presence-of-deep-vein-thrombosis-dvt> (accessed 21.10.2022)
- British Lymphology Society (2022) Guidelines on the management of cellulitis in lymphoedema. Available online at: <https://www.thebls.com/documents-library/guidelines-on-the-management-of-cellulitis-in-lymphoedema> (accessed 21.10.2022)
- Chlebicki MP, Oh CC (2014) Recurrent cellulitis: Risk factors, etiology, pathogenesis and treatment. *Curr Infect Dis Rep* 16: 422
- Clinical Resource Efficiency Support Team (2008) Guidelines for the diagnosis, assessment and management of lymphoedema. Available online at: [https://www.lymphoedemasupportni.org/sites/default/files/crest\\_guidelines\\_on\\_the\\_diagnosis\\_assessment\\_and\\_management\\_of\\_lymphoedema.pdf](https://www.lymphoedemasupportni.org/sites/default/files/crest_guidelines_on_the_diagnosis_assessment_and_management_of_lymphoedema.pdf) (accessed 6.07.2022)
- Cox NH (2006) Oedema as a risk factor for multiple episodes of cellulitis/erysipelas of the lower leg: a series with community follow-up. *Br J Dermatol* 155(5): 947-50
- Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA (2001) Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD000265
- Dhoonmoon L, Fletcher J, Atkin L (2021) Best Practice Statement: Addressing skin tone bias in wound care: assessing signs and symptoms in people with dark skin tones. *Wounds UK*
- Eder S, Stucker M, Lauchli S, Dissemmond J (2021) Is compression therapy contraindicated for lower leg erysipelas? Results of a retrospective analysis. *Hautarzt* 72(1): 34-41
- Elwell R (2020) Production of the electronic British Lymphology Society Red Legs Pathway. *Br J Community Nurs* 25(Sup10): S32-5
- Fletcher J, Atkin L, Bolton L et al (2021) Best Practice Statement. Compression hosiery: A patient-centric approach. *Wounds UK*
- Fletcher J, Edwards-Jones V, Fumarola S et al (2020) Best Practice Statement: Antimicrobial stewardship strategies for wound management. *Wounds UK*
- Fletcher J, Fumarola S, Haycocks S et al (2018) Best Practice Statement: Improving holistic assessment of chronic wounds. *Wounds UK*
- Guest JF, Fuller GW, Vowden P (2020) Cohort study evaluating the burden of wounds to the UK's National Health Service in 2017/2018: update from 2012/2013. *BMJ Open* 10: e045253
- Guest JF, Vowden K, Vowden P (2017) The health economic burden that acute and chronic wounds impose on an average clinical commissioning group/health board in the UK. *J Wound Care* 26(6): 292-303
- Harding K, Dowsett C, Fias L et al (2015) Simplifying venous leg ulcer management: Consensus recommendations. *Wounds International*
- Hofman D (2010) Managing eczema in patients with leg ulcers. *Wounds International* 1(4): 15-6
- Hurlow J, Bowler PJ (2022) Acute and chronic wound infections: microbiological, immunological, clinical and therapeutic distinctions. *Journal of Wound Care* 31(5): 436-45
- Inamadar AC, Palit A (2013) Critical care in dermatology. Jaypee Medical Publishing, Delhi
- International Society of Lymphology (2009) The diagnosis and treatment of peripheral lymphoedema. *Lymphology* 42: 51-60
- International Wound Infection Institute (2016) Wound infection in clinical practice. *Wounds*
- Johnson S (2002) Compression hosiery in the prevention and treatment of venous leg ulcers. *J Tissue Viability* 12(2): 67, 70, 72-4
- Levine J (2020) Clinical aspects of aging skin: Considerations for the wound care practitioner. *Adv Skin Wound Care* 33(1): 12-9
- Ligi D, Croce L, Mannello F (2016) Inflammation and compression: state of the art. *Veins Lymphatics* 5: 5980
- Moncrieff G, Van Onselen J, Young T (2015) The role of emollients in maintaining skin integrity. *Wounds UK* 11(1): 68-74
- Muldoon J (2011) Assessment and monitoring of oedema. *J Community Nurs* 25(6): 26-8
- National Health Service (2010) Skincare of patients receiving radiotherapy. NHS Quality Improvement Scotland
- National Wound Care Strategy Programme (2020) Lower limb: Recommendations for clinical care. Available online at: <https://www.ahsnetwork.com/wp-content/uploads/2020/11/Lower-Limb-Recommendations-20Nov20.pdf> (accessed 06.07.2022)
- O'Brien G, White P (2021) The Red Legs RATED tool to improve diagnosis of lower limb cellulitis in the emergency department. *Br J Nurs* 30(12): S22-9
- O'Meara SO, Cullum N, Nelson AE, Dumville JC (2012) Compression for venous leg ulcers. *Coch Sys Rev* 11: CD000265
- Ousey K, Atkin L, Conway B et al (2021) Compression therapy for pharmacy teams. *Wounds UK*
- Patel M, Lee SI, Levell NJ et al (2020) An interview study to determine the experience of cellulitis diagnosis amongst health care professionals in the UK. *BMJ Open* 10: e034692
- Rabe E, Pannier F (2021) Risks and contraindications of medical compression therapy. *Phlebology* 28(1): 14-8
- Rappl LM (2008) Physiological changes in tissues denervated by spinal cord injury tissues and possible effects on wound healing. *Int Wound J* 5: 435-44
- Royal College of Physicians (2017) National Early Warning Score (NEWS) 2 Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. RCP, London
- Sandy-Hodgetts K, Conway B, Djohan R et al (2020) International Surgical Wound Complications Advisory Panel Best Practice Statement for the early identification and prevention of surgical wound complications. *Wounds International*
- Shipman AR, Millington GWM (2011) Obesity and the skin. *Br J Dermatol* 165(4): 743-50
- Stephen-Haynes J, Atkin L, Elstone A et al (2015) Best Practice Statement: Compression hosiery. *Wounds UK*
- Sullivan T, de Barra E (2018) Diagnosis and management of cellulitis. *Clin Med* 18(2): 160-3
- Thomas M, Morgan K, Lawrence P (2021) Introducing the new Chronic Oedema Wet Leg Pathway. *Br J Community Nurs* 26(Sup10): S16-21
- Timmons J, Bianchi J (2008) Disease progression in venous and lymphovenous disease: The need for early identification and management. *Wounds UK* 4(3): 59-71
- Vowden P, Kerr A, Mosti G (2020) Demystifying mild, moderate and high compression systems - when and how to introduce "lighter" compression. *Wounds International*
- Webb E, Bissett B, Neeman T et al (2022) Compression therapy is cost-saving in the prevention of lower limb recurrent cellulitis in patients with chronic edema. *Lymphat Res Biol*. Available online at: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/lrb.2022.0029> (accessed 07.09.2022)
- Webb E, Neeman T, Bowden FJ et al (2020) Compression therapy to prevent recurrent cellulitis of the leg. *N Engl J Med* 383: 630-9
- World Union of Wound Healing Societies (2020a) Strategies to reduce practice variation in wound assessment and management. *Wounds International*
- World Union of Wound Healing Societies (2020b) Optimising wound care through patient engagement. *Wounds International*
- World Union of Wound Healing Societies (2020c) Demystifying mild, moderate and high compression systems - when and how to introduce 'lighter' compression. *Wounds International*
- Wounds International (2013) Principles of compression in venous disease: a practitioner's guide to treatment and prevention of venous leg ulcers. *Wounds International*
- Wounds International (2022) 3M™ Kerramax Care™ Super-Absorbent Dressing and 3M™ Coban™ 2 Two-Layer Compression System case series supplement. *Wounds International*
- Wounds UK (2015) All-Wales guidance for the prevention and management of skin tears. *Wounds UK*
- Wounds UK (2018) Best practice statement: Maintaining skin integrity. *Wounds UK*

# APÉNDICE 1: HERRAMIENTA RATED DE EVALUACIÓN Y GESTIÓN RÁPIDA ADAPTADA PARA EL DIAGNÓSTICO

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Tratante: \_\_\_\_\_

## RATED de piernas rojas de NGH

Marque (✓) Sí o NO	SÍ	NO
¿Aparece de forma repentina y progresiva una zona de la piel enrojecida, caliente, inflamada, dolorosa y sensible?		
¿Es unilateral? ( <i>Celulitis raramente es bilateral</i> ).		
¿Hay flictenas o necrosis cutánea?		
¿El paciente refiere síntomas como fiebre, escalofríos, malestar general?		
¿Existe una puerta de entrada (picadura de insecto/herida/intertrigo de los ortijos, infección fúngica del pie, etc.)?		
¿El paciente tiene fiebre?		
¿Están elevados los marcadores inflamatorios, por ejemplo (PCR) o (RGB)?		

**Si hay 3 o más respuestas afirmativas, considere el diagnóstico como celulitis y siga el plan de tratamiento de la celulitis.**

### Celulitis



### Celulitis ampollosa



**Evaluar clínicamente y decidir si el paciente debe ser tratado en forma ambulatoria o requiere hospitalización.**

## Celulitis de extremidades inferiores que **No** requiere hospitalización

### Criterios para el alta a domicilio con antibióticos orales:

- Celulitis leve no purulenta - sin exudado purulento ni pústulas
- Ausencia de signos de infección sistémica
- No padecer enfermedades crónicas no controladas como obesidad mórbida, diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, inmunosupresión
- Ausencia de linfangitis
- Ningún tratamiento antibiótico oral previo fallido

### Cumple los criterios para el alta

- Remitir al médico de cabecera para reevaluación en 72 horas
- Aconsejar al paciente que vuelva a urgencias si experimenta lo siguiente: más cambios en la piel (por ejemplo, avance del enrojecimiento, ampollas o necrosis, aumento del dolor o fiebre no resuelta)
- Entregar al paciente un folleto informativo sobre la celulitis

### Criterios de derivación a los servicios en forma ambulatoria o requiere hospitalización:

- Asegurarse de que el consultante está inscrito en el servicio correspondiente
- Revisar los criterios de exclusión e inclusión de los formularios de derivación a administración de medicamentos ambulatorios u hospitalización domiciliaria
- Si se deriva a administración de medicamentos ambulatorios u hospitalización domiciliaria, administrar la primera dosis de antibióticos IV según las directrices sobre uso de antibióticos de su institución
- Localizar al personal de enfermería de enlace para organizar derivación a servicio de administración de medicamentos ambulatorios u hospitalización domiciliaria o ponerse en contacto con la Oficina de Servicios Ambulatorios o de Hospitalización Domiciliaria

# APÉNDICE 1: HERRAMIENTA RATED ADAPTADA PARA EL DIAGNÓSTICO (CONTINUACIÓN)

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Tratante: \_\_\_\_\_

## Criterios para el ingreso hospitalario:

- Signos de infección sistémica
- No es segura el alta a domicilio debido a circunstancias sociales/psicológicas
- No es adecuado para los servicios de para tratamiento ambulatorio u hospitalización domiciliaria y requiere antibióticos IV
- Paciente con enfermedades crónicas no controladas/complejas, p. ej. obesidad mórbida, diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardiaca, renal/ hepática, inmunosupresión. Puede compensado o descompensado
- Presencia de alteraciones cutáneas, por ejemplo, linfangitis  flictenas  necrosis cutánea
- Requiere intervención quirúrgica
- El paciente no respondió a un tratamiento antibiótico oral

### Guía de atención para celulitis no purulenta

(Sin drenaje purulento, exudado o absceso)

- Marcar la zona enrojecida
- Elevar la extremidad
- Analgesia
- Administrar antibióticos por vía intravenosa de acuerdo con las directrices sobre uso de antibióticos de su institución
- Reevaluar la respuesta al tratamiento, por ejemplo, ¿ha empeorado el enrojecimiento, está mejorando el dolor, está remitiendo la fiebre, está disminuyendo la PCR?
- Si no se resuelve, póngase en contacto con Microbiología
- Tratar los factores coadyuvantes, como micosis del pie, intertrigo de los orjejos, enfermedades venosas no tratadas, alteración de la barrera cutánea, heridas u otras afecciones dermatológicas
- Considerar el tétanos (mordeduras humanas/animales)
- Remitirse al personal de enfermería especializado registrado en viabilidad tisular

### Guía de atención para celulitis purulenta


(Drenaje purulento o exudado en ausencia de un absceso drenable)

- Marcar la zona
- Elevar la extremidad
- Analgesia
- Administrar antibióticos por vía intravenosa de acuerdo con las directrices sobre uso de antibióticos de su institución
- Reevaluar la mejoría: ¿ha empeorado el enrojecimiento, está mejorando el dolor, se está resolviendo la fiebre, está mejorando la PCR?
- Si no se resuelve, póngase en contacto con Microbiología
- Tratar los factores coadyuvantes, como micosis del pie, intertrigo de los orjejos, enfermedades venosas no tratadas, alteración de la barrera cutánea, heridas u otras afecciones dermatológicas
- Considerar el tétanos (mordeduras humanas/animales)
- Remitir a la enfermera especializada registrada en viabilidad de tejidos y vendar según las directrices de manejo de heridas de su institución
- Derivación quirúrgica para desbridamiento, si es necesario

# APÉNDICE 1: HERRAMIENTA RATED ADAPTADA PARA EL DIAGNÓSTICO (CONTINUACIÓN)



Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Tratante: \_\_\_\_\_

**Si no es celulitis, considerar los siguientes diagnósticos diferenciales (Marque (✓) el diagnóstico aplicable)**

<p><b><i>Eccema varicoso/dermatitis por estasis</i></b></p>  <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div>	<p style="text-align: center;"><b>Descriptor:</b></p> <p>Enrojecimiento bilateral (puede ser unilateral) con costras, descamación, prurito en la zona distal de la pierna con antecedentes de várices o trombosis venosa profunda.</p> <p><i>Nota: los pacientes pueden referir dolor en eccema varicoso infectado (impetigización)</i></p>
<b>Guía de atención para eccema varicoso/dermatitis por estasis</b>	
<p><b><i>Eccema varicoso seco/dermatitis por estasis</i></b></p>  <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar una pomada tópica de esteroides potente 2 semanas</li> <li>Utilizar emolientes como sustituto del jabón y para hidratar</li> <li>Referir al personal de enfermería especializado para determinar el ITB +/- uso de medias de compresión</li> <li>Proporcionar el folleto informativo al paciente</li> </ul>
<p><b><i>Eccema varicoso húmedo/dermatitis por estasis</i></b></p>  <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar remojos en permanganato potásico durante 3 días y luego reevaluar</li> <li>Aplicar una crema de esteroides tópicos potente durante 2 semanas</li> <li>Utilizar emolientes como sustituto del jabón y para hidratar</li> <li>Si es necesario, aplicar un apósito según las directrices de atención de heridas de su institución.</li> <li>Referir al personal de enfermería especializado para determinar el ITB +/- uso de medias de compresión</li> </ul>
<p><b><i>Eccema varicoso infectado/dermatitis por estasis</i></b></p>  <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remojos en permanganato potásico durante 3 días y luego reevaluar</li> <li>Aplicar crema de esteroides tópicos potente durante 2 semanas</li> <li>Utilizar emolientes como sustituto del jabón y para hidratar</li> <li>Frotis de las lesiones costrosas, ya que pueden requerir antibióticos por vía oral (por lo general, infección por estafilococos)</li> <li>Si es necesario, aplicar un apósito según las directrices de atención de heridas de su institución</li> <li>Referir al personal de enfermería especializado para determinar el ITB +/- uso de medias de compresión</li> </ul>

Versión 1. Gillian O' Brien, enfermera especializada en viabilidad tisular y Red Leg Expert Group©

## APÉNDICE 1: HERRAMIENTA RATED ADAPTADA PARA EL DIAGNÓSTICO (CONTINUACIÓN)

Si no es celulitis, considerar los siguientes diagnósticos diferenciales (Marque (✓) el diagnóstico aplicable)	
<p><b>Lipodermatoesclerosis aguda</b></p>  <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>	<p><b>Descriptor:</b></p> <p>La lipodermatoesclerosis aguda se presenta como una celulitis. Se trata de una afección inflamatoria no infecciosa. Se denomina así a las alteraciones cutáneas que se producen en la insuficiencia venosa. Se presenta en forma aguda y crónica. En la presentación aguda la zona inferior de la pierna está inflamada, con aumento de temperatura y sensible. Puede ser unilateral, pero a menudo es bilateral. El tratamiento compresivo ayudará a aliviar los síntomas.</p>
<p><b>Guía de atención para lipodermatoesclerosis aguda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir al personal de enfermería especializado para determinar el ITB +/- uso de medias de compresión y reevaluar la respuesta</li> <li>• Considerar esteroides tópicos dos veces al día en la fase aguda</li> <li>• La analgesia es <b>vital</b> para tratar el dolor</li> <li>• Elevar la extremidad afectada según tolerancia en reposo para reducir la inflamación</li> <li>• Proporcionar el folleto informativo para el paciente</li> </ul>	
<p><b>Trombosis venosa profunda (TVP)</b></p>  <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>	<p><b>Descriptor:</b></p> <p>La trombosis venosa profunda (TVP) afecta principalmente a las grandes venas de la zona distal de la pierna y el muslo. Los pacientes presentan dolor, sensibilidad (especialmente en la pantorrilla), enrojecimiento y dímeros D elevados.</p>
<p><b>Guía de atención para trombosis venosa profunda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar con ecografía y tratar según el protocolo de su institución <input type="checkbox"/></li> <li>• Rellenar y enviar un formulario de derivación de farmacia de su institución <input type="checkbox"/></li> </ul>	

Nombre del profesional clínico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

---

Versión 1. Gillian O' Brien, enfermera especializada en viabilidad tisular y Red Leg Expert Group©



## APÉNDICE 2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN QUE PUEDEN REQUERIR LA DERIVACIÓN A SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Imagen	Síntomas	Diagnóstico	Posibles tratamientos
<p>Trombosis venosa profunda</p> 	<p>El paciente presenta una aparición aguda de dolor, sensibilidad (especialmente en la pantorrilla) y eritema</p>	<p>Trombosis venosa profunda (TVP) Se confirma con ecografía Doppler PuntuacionesWELLS y dímero D</p>	<p>Anticoagulante Analgésia Considere usar compresión tan pronto como se anticoagule</p>
<p>Síndrome séptico/fascitis necrotizante</p> 	<p>El eritema y las flictenas son de aparición aguda y pueden extenderse rápidamente El dolor es un factor importante</p>	<p>Considere síndrome séptico/fascitis necrotizante</p>	<p>Atención de urgencias Antibióticos según microbiólogo Puede requerir resonancia nuclear magnética o scanner de emergencia Desbridamiento urgente en quirófano Analgésia Cirugía plástica Compresión</p>
<p><b>Lesiones cutáneas con sospecha de malignidad que requieren ser derivadas a Dermatología</b></p>			
<p>Enfermedad de Bowen</p> 	<p>La enfermedad de Bowen tiene el aspecto de una mancha roja y escamosa en la piel. Está causada por un crecimiento anormal de queratinocitos. Se diagnostica en el examen histológico posterior a la biopsia. A menudo se denomina enfermedad de Bowen o carcinoma de células escamosas in situ (SCCIS, por sus siglas en inglés). El tratamiento suele consistir en la prescripción y aplicación de medicamentos tópicos o cirugía.</p>		
<p>Carcinoma basocelular (CBC)</p> 	<p>Un CBC puede empezar como una mancha rojiza o una zona irritada que puede formar costras o convertirse en un bulto o nódulo brillante de aspecto nacarado, rosado, claro, rojo o blanco. También puede ser negra, tostada o marrón en tonos de piel oscuros. Puede causar o no prurito, dolor o molestias. Pueden verse pequeños vasos sanguíneos, pero esto es menos evidente en los tonos de piel más oscuros. El diagnóstico se basa en los informes histológicos de la biopsia y se debe realizar a la extirpación completa.</p>		
<p>Carcinoma de células escamosas (CCE)</p> 	<p>El CCE suele ser el resultado del daño producido por los rayos UV en zonas expuestas al sol y se encuentra con frecuencia en las extremidades inferiores. Se trata de un cáncer de piel de crecimiento lento que puede aparecer en forma de manchas abultadas, ásperas y escamosas que pueden formar costras o sangrar. También pueden doler al tacto o parecerse a una herida abierta que nunca cicatriza del todo. En ocasiones pueden parecer un pequeño volcán con bordes elevados y una depresión o agujero en el centro. No son potencialmente mortales, pero pueden ser agresivos y, si no se extirpan, pueden aumentar de tamaño y extenderse a otras zonas del cuerpo. El diagnóstico se confirma por histología a partir de una biopsia o escisión quirúrgica. Tras la biopsia, es necesario realizar una nueva cirugía para asegurarse de que se ha eliminado por completo.</p>		
<p>Melanoma maligno</p> 	<p>Los melanomas malignos se presentan como lesiones elevadas o planas con bordes irregulares, a veces en un lunar existente o nuevo. Pueden ser marrones, negros, azules e incluso blancos, a menudo un tono más oscuro que el tono de piel normal de una persona. Si no se detectan, pueden hacer metástasis en los ganglios linfáticos, el hígado, el cerebro, los pulmones y, con menor frecuencia, en los huesos. Pueden curarse si se detectan a tiempo, pero es el cáncer de piel más invasivo y con mayor riesgo de muerte si no se detecta. Los pacientes con melanoma requieren una escisión extensa, exploración y/o tratamientos con revisiones periódicas.</p>		
<p><b>Enfermedades cutáneas atípicas de las extremidades inferiores</b></p>			
<p>Penfigoide bulloso (PB)</p> 	<p>El PB comienza como una erupción roja antes de convertirse en flictenas grandes y llenas de líquido claro, aunque pueden contener sangre. Se puede tomar una biopsia para confirmar el diagnóstico, pero el tratamiento consiste en corticoides tópicos, principalmente pomadas o cremas si la piel está muy húmeda, ya que esto ayuda a cicatrizar la piel y a prevenir la aparición de nuevas flictenas. Los pacientes refieren frecuentemente prurito. Las extremidades inferiores pueden ulcerarse si no se reconocen o tratan adecuadamente, y requieren tratamiento compresivo para curar las úlceras de las extremidades inferiores.</p>		
<p>Enfermedades autoinmunes (por ejemplo, pioderma gangrenoso)</p> 	<p>El pioderma gangrenoso (PG) es un trastorno inflamatorio de la piel extremadamente doloroso, que se caracteriza por la aparición de pequeñas protuberancias o flictenas rojas (pápulas o nódulos) que acaban erosionándose para formar lesiones abiertas con aumento de volumen (úlceras). El tamaño y la profundidad de las úlceras varían mucho, y suelen ser extremadamente dolorosas. El PG puede ser secundario a trastornos como la enfermedad inflamatoria intestinal o la artritis autoinmune. Se desconoce la causa exacta del PG, pero se considera un trastorno autoinmune.</p>		
<p>Vasculitis</p> 	<p>Se cree que la vasculitis es una enfermedad autoinmune. Puede producirse tras una infección que dañe los vasos sanguíneos y provoque una lesión elevada de color rojo-morado en las piernas. Ciertos medicamentos también pueden desencadenar vasculitis. El tratamiento depende de la extensión de la enfermedad y puede incluir corticosteroides e inmunosupresores. Se requiere una biopsia para confirmar el diagnóstico, y pueden ser necesarios exámenes sanguíneos y otros estudios. Si la vasculitis se limita a la piel, el tratamiento compresivo ayuda a controlar la inflamación.</p>		



Wounds  
INTERNATIONAL

