



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v9i4.3681>

Ciencias de la Salud  
Artículo de Investigación

## *Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención*

### *Vascular ulcers: risk factors, symptoms and prevention*

### *Úlceras vasculares: fatores de risco, sintomas e prevenção*

Tatiana Belén Caiza-Ango <sup>I</sup>

[tatybelen.snayder@gmail.com](mailto:tatybelen.snayder@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-6019-755X>

Myriam Susana Jinde-Pilatáxi <sup>III</sup>

[jindemyriam@gmail.com](mailto:jindemyriam@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-1329-3252>

Silvia Maricela Lescano-Solis <sup>II</sup>

[marisilvia@hotmail.es](mailto:marisilvia@hotmail.es)

<https://orcid.org/0009-0005-2199-2509>

Kevin Joel Jácome-Santana <sup>IV</sup>

[keyjeys@hotmail.com](mailto:keyjeys@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0008-3753-9452>

Joselyn Lizbeth Amancha-Martínez <sup>V</sup>

[lizabethamancha@gmail.com](mailto:lizabethamancha@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-0945-5327>

**Correspondencia:** [tatybelen.snayder@gmail.com](mailto:tatybelen.snayder@gmail.com)

\***Recibido:** 29 de agosto de 2023 \***Aceptado:** 20 de septiembre de 2023 \* **Publicado:** 20 de octubre de 2023

- I. Licenciada en enfermería, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- II. Licenciada en enfermería, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- III. Médico cirujano, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- IV. Médico general, Investigador independiente, Ambato, Ecuador.
- V. Licenciada en enfermería, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.

## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

---

### Resumen

Este artículo pretende resumir y diferenciar adecuadamente las úlceras vasculares siendo estas, de origen venoso en un 80 a 90% de los casos, como de origen arterial estando estas presentes únicamente en el 10 a 20% de los casos reportados, Se podrían definir como lesiones con pérdida de sustancia que asientan sobre una piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa, la cual constituye la complicación principal de la insuficiencia venosa crónica. También se las conoce como úlceras de estasis. La trascendencia de la situación de integridad o no del sistema valvular en las venas profundas y la importancia de la bomba muscular gemelar en la etiología de la estasis venosa es aceptada en general. Los factores etiopatogénicos básicos de la dermatitis de estasis serían la dilatación de los capilares sanguíneos, la fijación pericapilar de fibrina y los trastornos linfáticos. Son las úlceras venosas las lesiones vasculares más frecuentes, más o menos un 80% del total, por tanto, son las que tanto médicos como enfermeras se enfrentan con mayor frecuencia, sobre todo a nivel ambulatorio o domiciliario. Una vez que se desencadenan tienden, como todas las úlceras crónicas, a tener una evolución insidiosa, con dificultad para cicatrizar, gran afectación de la piel circundante y frecuentes recidivas. La edad es un factor de riesgo a considerar, las varices aparecen con una frecuencia cuatro veces mayor y la IVC es siete veces más frecuente a los 60 años, sin embargo, en pacientes con enfermedades vasculares no tratadas pueden presentarse en cualquier momento. Mientras que las úlceras arteriales son lesiones que aparecen como consecuencia de un déficit de riego sanguíneo y procesos isquémicos crónicos, siendo la obstrucción arteriosclerótica la causa más importante de los procesos obstructivos arteriales.

**Palabras Claves:** Úlceras varicosas; Úlceras arteriales; Úlceras vasculares; Etiología úlceras vasculares; Tipos de úlceras vasculares; Factores de riesgo úlceras vasculares.

### Abstract

This article aims to summarize and adequately differentiate vascular ulcers, these being of venous origin in 80 to 90% of cases, and of arterial origin, being present only in 10 to 20% of reported cases. They could be defined as lesions. with loss of substance that settle on skin damaged by dermatitis secondary to venous hypertension, which constitutes the main complication of chronic venous insufficiency. They are also known as stasis ulcers. The importance of the integrity or lack of integrity of the valve system in the deep veins and the importance of the gastrocnemius muscle pump in the

## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

---

etiology of venous stasis is generally accepted. The basic etiopathogenic factors of stasis dermatitis would be dilation of blood capillaries, pericapillary fixation of fibrin, and lymphatic disorders. Venous ulcers are the most frequent vascular lesions, more or less 80% of the total, therefore, they are the ones that both doctors and nurses face most frequently, especially at the outpatient or home level. Once they are triggered, they tend, like all chronic ulcers, to have an insidious evolution, with difficulty in healing, great involvement of the surrounding skin and frequent recurrences. Age is a risk factor to consider, varicose veins appear four times more frequently and CVI is seven times more common at age 60; however, in patients with untreated vascular diseases they can occur at any time. While arterial ulcers are lesions that appear as a consequence of a lack of blood flow and chronic ischemic processes, arteriosclerotic obstruction being the most important cause of arterial obstructive processes.

**Keywords:** Varicose ulcers; Arterial ulcers; Vascular ulcers; Vascular ulcer etiology; Types of vascular ulcers; Vascular ulcer risk factors.

### Resumo

Este artigo tem como objetivo resumir e diferenciar adequadamente as úlceras vasculares, sendo estas de origem venosa em 80 a 90% dos casos, e de origem arterial, estando presentes apenas em 10 a 20% dos casos relatados, podendo ser definidas como lesões com perda de substâncias que se instalam na pele lesada pela dermatite secundária à hipertensão venosa, que constitui a principal complicação da insuficiência venosa crônica. Eles também são conhecidos como úlceras de estase. A importância da integridade ou falta de integridade do sistema valvar nas veias profundas e a importância da bomba do músculo gastrocnêmio na etiologia da estase venosa é geralmente aceita. Os fatores etiopatogênicos básicos da dermatite de estase seriam dilatação dos capilares sanguíneos, fixação pericapilar de fibrina e distúrbios linfáticos. As úlceras venosas são as lesões vasculares mais frequentes, mais ou menos 80% do total, portanto, são as que tanto médicos como enfermeiros enfrentam com mais frequência, principalmente em nível ambulatorial ou domiciliar. Uma vez desencadeadas, tendem, como todas as úlceras crônicas, a ter uma evolução insidiosa, com dificuldade de cicatrização, grande envolvimento da pele envolvente e recidivas frequentes. A idade é um fator de risco a considerar, as varizes aparecem quatro vezes mais frequentemente e a IVC é sete vezes mais comum aos 60 anos; no entanto, em pacientes com doenças vasculares não tratadas

## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

---

podem ocorrer a qualquer momento. Embora as úlceras arteriais sejam lesões que aparecem como consequência da falta de fluxo sanguíneo e de processos isquêmicos crônicos, sendo a obstrução arteriosclerótica a causa mais importante de processos obstrutivos arteriais..

**Palavras-chave:** Úlceras varicosas; Úlceras arteriais; Úlceras vasculares; Etiologia da úlcera vascular; Tipos de úlceras vasculares; Fatores de risco de úlcera vascular.

### Introducción

Las úlceras vasculares son un importante problema de salud con importantes consecuencias sanitarias y socioeconómicas, tanto por su alta incidencia como por su alta recurrencia y cronicidad.(1) Es una lesión que provoca un deterioro de la solución de continuidad con pérdida de sustancia debido a un proceso patológico vascular, un desarrollo crónico y doloroso que impide el movimiento y cambia la imagen corporal. Existen dos tipos de úlceras, las venosas (80-90%) y las arteriales (20-10%), que se distinguen por características etiológicas y morfológicas.(2) Por ello, es fundamental plantearse realizar un diagnóstico diferencial entre ambos tipos para determinar el tratamiento adecuado a la etiología, que permita un mejor y mayor tratamiento de la patología y mejore la calidad de vida del paciente. Por todo ello, el propósito de este trabajo es definir claramente las características que definen a estos dos tipos de lesiones para saber distinguirlos entre sí.(3)

### Definición

#### Úlceras arteriales

Las úlceras arteriales se forman debido a la falta de flujo sanguíneo y a procesos isquémicos crónicos, siendo la obstrucción arteriosclerótica la principal causa de los problemas de circulación en las extremidades inferiores. Existen dos tipos principales de úlceras causadas por la isquemia: las úlceras por macroangiopatía, que afectan a vasos de gran, mediano y pequeño calibre, y las úlceras por microangiopatía, que afectan a los capilares. Estas úlceras suelen presentar las siguientes características: dolor intenso, tamaño reducido, profundidad, fondo seco y necrótico, falta de tejido cicatricial, bordes redondeados y definidos, piel pálida alrededor y sin vello, y pueden tener una coloración grisácea, negruzca o amarillenta.(2) La ausencia de pulsos arteriales (pedio, tibial, poplíteo y femoral) junto con estas características de las úlceras son signos muy indicativos para un diagnóstico correcto, aunque la confirmación deba hacerse a través de pruebas hemodinámicas.(4)

## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

### Úlceras venosas:

Las úlceras venosas representan la complicación más grave de la insuficiencia venosa crónica. Se definen como una pérdida de sustancia dermoepidérmica de las partes declives de la zona afectada, que no cicatriza espontáneamente y tiene una gran tendencia a la recidiva.(5)

En lo que respecta a su localización, si bien pueden aparecer en cualquier zona. Su desencadenante más habitual es un traumatismo sobre la lesión pre-ulcerosa, aunque con cierta frecuencia se inicia de forma espontánea sobre la zona pre-ulcerosa. Entonces suele estar precedida por un dolor puntiforme o prurito.(4) Morfológicamente se caracterizan por un fondo que puede oscilar desde átono hasta francamente regenerativo. La piel que rodea la úlcera suele tener todos los signos de la dermatosis de la insuficiencia venosa: pigmentación ocre, lipoesclerosis, cianosis, induración, e incluso, osificación. Predominan las formas ovales, de diferentes dimensiones, generalmente de tamaño grande con bordes excavados y bien delimitados en su mayoría suelen ser unilaterales.(3)

### Úlcera neuropática:

Es un tipo de úlcera indolora secundaria a una alteración de la sensibilidad por daño nervioso, la causa más común es la neuropatía por diabetes mellitus.(6)

La ausencia de dolor conduce a traumas y micro traumas que no son vistos y por esto se produce la ulceración. Los síntomas de la neuropatía son principalmente disminución o pérdida de la sensibilidad, pérdida del vello, sensación de hormigueo en guante o en medias y dolor tipo quemazón de predominio nocturno, las úlceras se localizan principalmente en sitios de presión.(6)

### Causas y factores de riesgo

La principal causa de ulceración es la insuficiencia venosa, que provoca un aumento de la presión venosa; Con el tiempo, esto conduce a una respuesta inflamatoria crónica, que puede provocar la degradación de la piel. En presencia de una enfermedad venosa subyacente, una lesión o traumatismo menor (por ejemplo, un desgarramiento de la piel) puede provocar una úlcera vascular, a continuación, se muestran los factores que pueden desarrollar una úlcera arterial.(6-8)

FACTORES INTRINSECOS	FACTORES EXTRINSECOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trombo</li><li>• Émbolo</li><li>• Estenosis</li><li>• Fístula arteriovenosa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compresión</li><li>• Traumatismo</li><li>• Escaso o nulo ejercicio</li><li>• Consumo de alcohol</li></ul>

Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diabetes Mellitus</b></li> <li>• <b>Dislipemias</b></li> <li>• <b>Hipertensión Arteria</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tabaco</b></li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

**Mientras que dentro de los factores que predisponen la aparición de úlceras venosas son:(5,8)**

- Insuficiencia venosa o antecedentes familiares enfermedad vascular
- Venas varicosas
- Trombosis venosa profunda
- Embarazos y alteraciones del factor de coagulación

**Además, se presentan agravantes como:(7,8)**

- Edad
- Profesiones que exigen mantenerse en bipedestación o sedestación prolongada
- Obesidad y estreñimiento que causan presión intraabdominal aumentada
- Tabaquismo
- Hipertensión arterial
- Hipercolesterolemia.

**Resumen diferencial entre úlceras venosas y arteriales:(9)**

	<b>Úlcera venosa</b>	<b>Úlcera Arterial</b>
<b>Etiología</b>	Insuficiencia venosa primaria o secundaria	Embolias, traumatismos arteriales, enfermedad de Raynaud, arterioesclerosis, angiopatía diabética
<b>Factores predisponentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo femenino</li> <li>• Edad &gt;65 años</li> <li>• Multíparas</li> <li>• Tromboembolismo previo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo masculino</li> <li>• Edad &gt;50 años</li> <li>• Dislipidemias</li> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Tabaquismo</li> </ul>

## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bipedestación o sedestación prolongada</li> </ul>	
<b>Localización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tercio distal interno de la pierna</li> </ul>	Prominencias óseas, cabezas metatarsianas, y punta de los dedos
<b>Morfología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden ser de gran tamaño</li> <li>• Superficiales y bordes irregulares</li> <li>• Sangrantes (tejido de granulación rojizo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerosos y de pequeñas</li> <li>• Con tendencia a profundizarse, bordes redondeados y planos</li> <li>• No sangrantes (tejido necrótico)</li> </ul>
<b>Pulsos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuidos o ausentes</li> </ul>
<b>Dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor moderado</li> <li>• Alivio con elevación de la pierna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor intenso (invalidante y condicionante)</li> <li>• En reposo también existe dolor (alivia con declive de la pierna)</li> </ul>
<b>Aspecto de la piel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eczema de estasis. Dermatitis ocre, edema, hiperpigmentación, y calor local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pálida</li> <li>• Brillante</li> <li>• Delgada y sin presencia de vello</li> </ul>

### **Tratamiento tópico de la úlcera venosa**

Tenemos a nuestra disposición una amplia variedad de agentes tópicos y apósitos para promover el desbridamiento, la granulación y la epitelización de las úlceras venosas. Estos incluyen hidrogeles, alginatos, hidrocoloides, agentes enzimáticos, factores de crecimiento, aminoácidos, plasma rico en plaquetas y fibrina. Sin embargo, la descripción y recomendaciones detalladas de estos trascienden el objetivo de este documento y el lector puede consultar las guías de práctica clínica publicadas(10–12).

Los derivados epidérmicos basados en la Ingeniería Tisular a partir del cultivo de queratinocitos y fibroblastos han demostrado acelerar la cicatrización. Sin embargo, no hay evidencia de nivel I que respalde el hecho de que estas terapias brinden un beneficio adicional en comparación con los apósitos convencionales y la terapia compresiva. el uso de antibióticos tópicos en pacientes con úlceras venosas se desaconseja, ya que pueden promover la aparición de microorganismos resistentes y aumentar el riesgo de dermatitis de contacto. No hay evidencia científica que respalde el uso rutinario de antibióticos sistémicos para fomentar la cicatrización de las úlceras venosas. Su uso solo está indicado en caso de signos de infección, y las guías actuales no recomiendan su uso en caso de colonización bacteriana.(13,14)

En cuanto a las preparaciones tópicas, existen pruebas que respaldan el uso de povidona yodada, octenidina, fenitoína, crystacide, sucralfato, preparaciones a base de peróxido, ozono tópico, lactato de etacridina, mupirocina y clorhexidina en la curación de las úlceras venosas. Sin embargo, los antisépticos tópicos tienen una toxicidad celular que supera su capacidad bactericida y pueden retrasar la epitelización.(12,15)

El uso de otras terapias tópicas novedosas como el ácido hialurónico, la membrana amniótica, el uso de presión negativa, las ondas de choque extracorpóreas, etc., aunque puedan ser eficaces, están fuera del alcance de la atención primaria.(15)

A pesar de la existencia de numerosas publicaciones relacionadas con el tratamiento tópico de las úlceras venosas, la evidencia es limitada en términos de eficacia y rentabilidad del tratamiento. Se necesitan ensayos aleatorizados para aclarar los verdaderos beneficios de estas modalidades de tratamiento.(8)

El manejo integral de las úlceras venosas incluye en primera instancia curar o lograr el cierre de la herida; en segunda instancia, evitar la recurrencia a través del manejo de la etiología que condicionó



## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

---

el desarrollo de la úlcera, ya sea por enfermedad venosa crónica por reflujo o por obstrucción, como es el síndrome posttrombótico. Consideramos cuatro pilares en el tratamiento de la úlcera venosa:(10)

- Compresión.
- Adecuada preparación del lecho de la herida.
- Tratamientos quirúrgicos.
- Tratamiento médico adyuvante.

### **Compresión**

La terapia compresiva es la piedra angular del tratamiento en todas las etapas de la enfermedad venosa crónica, la utilidad de los vendajes está basada en conceptos mecánicos aplicados en la presión controlada de la extremidad, mejorando la hemodinámica de la bomba venosa, la gama de opciones efectivas en compresoterapia van desde los textiles elásticos hasta las vendajes multicapa, estos últimos combinan vendajes elásticos y componentes adhesivos y cohesivos, mismos que deben ser colocados por un personal capacitado. Es importante mencionar que, a pesar de la diversidad de materiales y configuraciones de los vendajes, la venda elástica (stretch) y los vendajes multicapa son los que cuentan con mayor literatura que apoya su utilización.

El uso de medias y vendas elásticas juegan un papel fundamental en disminuir el edema de las extremidades; sin embargo, presenta una eficacia hemodinámica menor, lo cual es reflejado en la evolución de las úlceras venosas.(8–11)

En cuanto a las opciones de terapia compresiva, los vendajes multicapa presentan una mayor efectividad. El vendaje de cuatro capas (Four-layer bandage) es el de mayor experiencia; está compuesto por una capa de lana, seguido de un vendaje corrugado, una capa elástica y finalmente un vendaje elástico cohesivo. Este dispositivo no sólo incrementa la presión, sino que mantiene una firmeza en los componentes profundos del vendaje que perpetúa su eficacia. De manera ocasional, el uso de un vendaje multicapa es sustituido por el uso de vendajes elásticos cortos (short-stretch bandages) en combinación con otros materiales como vendaje de Unna o apósitos; sin embargo, no existe una evidencia en la literatura que sustente su utilización rutinaria.(8,13,14)

### **Adecuada preparación del lecho de la herida**

Control de infección. Ante datos francos de proceso infeccioso (hipertermia circundante, celulitis, eritema, intenso dolor, fetidez y secreción purulenta) se recomienda el uso de antibióticos orales o

## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

---

parenterales; para la toma de cultivo se recomienda exclusivamente cultivo por biopsia o técnica de Levine con aplicador estéril rotándolo en un área de 1 cm<sup>2</sup>, sin contacto con los bordes de la herida.(9,16)

Es importante realizar una debridación y aseo de la úlcera para disminuir la carga bacteriana y eliminar las biocapas que se encuentran. La debridación quirúrgica resulta ser la más efectiva, en ocasiones es necesario realizarla en un ambiente de quirófano para confort del paciente que cursa con dolor y para eliminar lo más posible de tejido no viable.

Si no existe una adecuada epitelización en los bordes de la herida a pesar del tratamiento integral en el transcurso de dos semanas se debe sospechar infección de la úlcera.(8,9,14,16)

### **Debridación adecuada.**

Existen diferentes mecanismos de debridación; quirúrgica, enzimática, biológica (terapia Maggot), hidroquirúrgica, ultrasónica, todas consideradas efectivas, siendo el estándar de oro la quirúrgica. Es necesario realizar debridación las veces necesarias para eliminar todo el tejido no viable, lo cual convierte la herida de crónica a una de tipo aguda, y fomenta un adecuado lecho para cicatrización.(6,10)

### **Terapia con apósitos, hidrogeles y cuidados de piel.**

El apósito ideal se considera aquel que mantiene un medio húmedo, controla el exudado, tiene una adhesión a piel sin macerar tejido, que tenga un costo-beneficio marcado y su uso sea fácil. El uso de apósitos especiales para el cuidado de heridas en el paciente con úlcera venosa, donde la evidencia actual continúa controversial, ya que el uso de estos materiales especiales ocupa de 27-22% del costo total para curar una úlcera, sin contar el material suplementario.(9,11)

### **Tratamiento médico adyuvante**

La evidencia actual es de baja calidad y denota que los flebotónicos no son superiores a placebo en relación con el tiempo de cicatrización de las úlceras venosas; sin embargo, son eficaces en la disminución de síntomas agregados como edema, cambios distróficos, parestesias y calambres. El arsenal de medicamentos utilizados para el tratamiento coadyuvante es amplio y oscila desde uso de metales hasta compuesto con una larga trayectoria en el manejo de la úlcera venosa crónica (Cuadro IV). Sin embargo, pocos presentan estudios amplios que nos permitan emitir un criterio sobre su uso en el tratamiento de las úlceras.(6,7,17)

Entre ellos destacan:

## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

---

- **Pentoxifilina:** incrementa la micro- circulación, así como la oxigenación de tejidos isquémicos, disminuye la viscosidad sanguínea y la agregación plaquetaria, además de los niveles de fibrinógeno (evidencia nivel C), este fármaco es uno de los de mayor empleo de nivel global(8,12,15)
- **Flavonoides:** disminuir la adhesión leucocitaria, la formación de radicales libres y la permeabilidad de la pared venosa; asimismo, incrementan el tono venoso y la resistencia celular a la hipoxia(11,13)
- **Fracción purificada de flavonoides micronizada (MPFF):** La estructura de este tipo de medicamentos de mayor presencia mundial consiste en 90% de diosmina y 10% de hesperidina (450 mg diosmina y 50 mg hesperidina). Una de las series más extensas documenta índice de curación mayor a 37% para los pacientes tratados con MPFF (evidencia A). La evidencia de ventajas en el uso de MPFF se ha descrito en diversos metaanálisis, apoyando el uso en el manejo integral del paciente con enfermedad venosa crónica complicada(11–13)
- **Sulodexida:** La sulodexida es un glucosaminoglicano altamente purificado con actividad antitrombótica y pro-fibrinolítica, así como antiinflamatorio(14)
- **Ácido acetilsalicílico (ASA):** El mecanismo de acción de ASA en la curación de úlceras venosas no es claro; sin embargo, sus propiedades pueden estar en relación con su inhibición de agregación plaquetaria y su función antiinflamatoria (evidencia nivel C). Las mayores series utilizan dosis de 300 mg diarios; no obstante, recordemos que los efectos gastrointestinales para esta dosis de medicamento. Asimismo, a pesar de una extensa cantidad de estudios, las series son pequeñas, por la que ofrecen una pobre validez(3,8,15)
- **Zinc.** A pesar de que el zinc es un metal esencial para la función hormonal y enzimática, el mecanismo de apoyo en cicatrización de úlceras no está definido, en diversos estudios se establece el beneficio del uso de este medicamento en el tratamiento de úlceras venosas; sin embargo, la significancia estadística para su uso es pobre, estableciéndose la no diferencia significativa respecto al placebo(2,5,18)

## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

---

### Prevención

Es fundamental resaltar a los pacientes que el riesgo de recurrencia es tan alto como el 30% en un año o incluso del 78% en dos años si no se sigue un tratamiento adecuado después del cierre de la herida. Como se mencionó anteriormente, existen factores pronósticos que determinan una cicatrización temprana de la úlcera, así como factores determinantes para la recurrencia de la enfermedad ulcerativa vascular, como el incumplimiento del tratamiento con compresión, un ángulo de movimiento reducido de la zona afectada, el fracaso en el tratamiento del reflujo venoso axial y el mal cuidado de la piel.(4,6,9)

Por tanto, es importante insistir a nuestros pacientes en que utilicen los dispositivos de compresión con la mayor frecuencia posible, la mayor parte del tiempo, sin interrupciones. El paciente debe utilizar la compresión más alta que tolere y reemplazar estos dispositivos con regularidad una vez que hayan perdido su fuerza tensora.

### Conclusión

Es importante tener claro qué diferencias hay entre los tipos de úlceras que existen para identificar correctamente el tipo ante la que nos encontramos, puesto que es el primer paso para instaurar el mejor tratamiento. Por tanto, es fundamental conocer las características definitorias de los dos principales tipos de úlceras vasculares que se presentan con más frecuencia en la práctica clínica, la úlcera arterial y la úlcera venosa, para elaborar un plan de actuación enfermero de calidad y apropiado a la úlcera a tratar. La no aplicación de un tratamiento adecuado, por una mala identificación de ésta, conllevará un retraso en la solución del problema o incluso un agravamiento de éste, que afectará considerablemente al paciente y aumentará también el coste para el sistema de salud.

### Referencias

- Carrasco Carrasco E, Díaz Sánchez S. Recomendaciones para el manejo de la enfermedad venosa crónica en Atención Primaria. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. 2015.
- Conde Montero E, Serra Perrucho N, de la Cueva Dobao P. Theory and Practice of Compression Therapy for Treating and Preventing Venous Ulcers. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2020;111(10):829–34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.03.007>

## Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

Conde Montero E, Serra Perrucho N, de la Cueva Dobao P. Theory and Practice of Compression Therapy for Treating and Preventing Venous Ulcers. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Ed [Internet]*. 2020;111(10):829–34. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.adengl.2020.10.022>

Martín López San MLS, Assunção A, Mompó JIB, Quesada FF, Palonés FJG, Gimeno FM, et al. Protocol and algorithm for diagnosis, treatment and early referral of lower limb ulcers. *Angiologia*. 2023;75(2):59–66.

Depeursinge A, Racoceanu D, Iavindrasana J, Cohen G, Platon A, Poletti P-A, et al. Fusing Visual and Clinical Information for Lung Tissue Classification in HRCT Data. *Artif Intell Med*. 2010;75(2):ARTMED1118.

De F. Úlceras vasculares. 2008;22:33–8.

Sanchez Lozano J, Martinez Pizarro S. Ácido Hialurónico En El Tratamiento De Las Úlceras Venosas De Las Piernas. *Revisión De La Literatura. Enferm Investig*. 2023;8(3):1–6.

Díaz-Herrera MA, Baltá-Domínguez L, Fuentes-Campos EM, Blasco-García MC, Fernández-Garzón M, Gayarre Aguado R. Guía de práctica clínica manejo y tratamiento de úlceras de extremidades inferiores. *Instituto Calalà de la Salut*. 2018;1–124.

Sánchez-Nicolat NE, Guardado-Bermúdez F, Arriaga-Caballero JE, Torres-Martínez JA, Flores-Escartín M, Serrano-Lozano JA, et al. Revisión en úlceras venosas: Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento actual. *Rev Mex Angiol*. 2019;47(1):26–38.

Ulceration L. Valoración holística U. Venosas. 2015;

Salut SA de. Úlceras Arteriales [Internet]. 2019. 1–53 p. Available from:

<http://www.ulceras.net/monograficos/ulcVasculares06.htm>

Roldán Valenzuela A, Ibáñez Clemente P, Alba Moratilla C RGS. Guía de Práctica Clínica Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH). *Asoc Española enfermia Vasc y heridas [Internet]*. 2017;30:27–58, 108–34. Available from: <https://aeevh.org/wp-content/uploads/2020/04/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf>

Díaz-Herrera MA, Baltà-Domínguez L, Blasco-García MC, Fernández-Garzón M, Fuentes-Camps EM, Al. GAR et. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors Guia de pràctica clínica. *ICS, Guies pràctica clínica [Internet]*. 2018; Available from:

Úlceras vasculares: factores de riesgo, clínica y prevención

---

[http://ics.gencat.cat/web/.content/Documents/assistencia/gpc/gpc\\_ulceres\\_extremitats\\_inferiors.pdf](http://ics.gencat.cat/web/.content/Documents/assistencia/gpc/gpc_ulceres_extremitats_inferiors.pdf)

Sellés-benavent J. ÚLCERAS VENOSAS EN MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTE CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA : A PROPÓSITO DE UN CASO. 2023;17(4):5–7.

Miquel Abbad C, Rial Horcajo R, Ballesteros Ortega MD, García Madrid C. Guías-Práctica-Clinica-Enfermedad-Venosa-Cronica\_431 [Internet]. 2015. 1–48 p. Available from: <https://gneaupp.info/guias-de-practica-clinica-en-enfermedad-venosa-cronica/>

Pl C, Lh H, Ah M, Ge S, Chetter I, Carradice D. Biblioteca. 2023;

Gómez NM. Rich Plasma in Difficult Healing Venous Ulcers Compared To Conventional.

Cl C. Úlcera Vascul ar en miembro inferior derecho. 2023;46(5):8–9.

©2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).