

## Vendaje de corta tracción en una serie de casos de úlceras mixtas: Una solución personalizada para la terapia compresiva

Short-stretch bandaging in a case series of mixed ulcers: A personalized solution for compression therapy

### AUTORAS

Dosil Bermúdez, Antía<sup>1</sup>; Chacón-Docampo, Macarena<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermera especialista en Familiar y Comunitaria Centro de Salud de Redondela, Área Sanitaria de Vigo, SERGAS. Vigo, España.

<sup>2</sup> Enfermera especialista en Familiar y Comunitaria, Unidad de Investigación en Cuidados, Área Sanitaria de Vigo, SERGAS. Grupo de Investigación en Cuidados (INVESTIC), Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO. Vigo, España. ORCID: orcid.org/0000-0002-0220-9655

**Autor de correspondencia:** Antía Dosil Bermúdez. Email: [antia.dosil.bermudez@sergas.es](mailto:antia.dosil.bermudez@sergas.es)

### INTRODUCCIÓN

Las úlceras de extremidad inferior son lesiones que afectan a la piel y a las estructuras subyacentes, cuyo proceso de cicatrización excede el tiempo esperado, causando un impacto negativo tanto en la calidad de vida del paciente como en los servicios de salud (1-2).

La prevalencia de las úlceras en los miembros inferiores varía entre el 0,10% y el 0,30%, y aumenta con la edad, reflejando la carga creciente de esta condición en una población envejecida (2). Se estima que alrededor del 2% de la población sufrirá una úlcera en algún momento de su vida (3). Entre el 10% y el 18% de las úlceras en las extremidades inferiores son el resultado de insuficiencia venosa y arterial combinada, entidad conocida como úlcera mixta o insuficiencia arterial y venosa combinada (CAVI) (3-4). Además, el 17,3% de los pacientes con insuficiencia venosa crónica presentan algún grado de enfermedad arterial periférica, lo que dificulta aún más el tratamiento (4).

La terapia compresiva es la herramienta de elección en el manejo de las úlceras venosas, con resultados altamente efectivos en la cicatrización de estas lesiones. Sin embargo, cuando la úlcera es de etiología mixta, y aparece insuficiencia venosa y arterial combinadas, es necesario ajustar las presiones de la compresión para evitar complicaciones, así como valorar la derivación a cirugía vascular. El diagnóstico correcto de las úlceras, que incluye la evaluación de los pulsos arteriales y la determinación del índice de presión tobillo-brazo, es esencial para definir un tratamiento adecuado (1-9).

El uso de vendajes de corto estiramiento ha demostrado ser eficaz en úlceras de etiología mixta, ya que ofrecen una mayor seguridad al aplicar presiones más bajas en reposo que los vendajes elásticos (3,4,6,8,9). Sin embargo, el tratamiento de estas úlceras puede verse obstaculizado por la falta de formación específica en heridas de los profesionales de la salud, la discontinuidad asistencial y la falta de protocolos claros para guiar la práctica clínica (4).

En este contexto, la herramienta HEIDI (10) (History, Examination, Investigations, Diagnosis and Management Plan) se emplea para realizar una evaluación integral y sistemática de las úlceras. En la serie de casos expuestos, el diagnóstico inicial no era evidente; sin embargo, mediante la aplicación de HEIDI, que abarca la historia clínica, el examen físico y las investigaciones diagnósticas pertinentes, se logró identificar la combinación de insuficiencia venosa y arterial. Esto permitió establecer un plan de tratamiento más preciso y adecuado, ajustado a las necesidades específicas de los pacientes.

#### **Presentación del caso:**

Se presentan dos casos clínicos (tabla 1) de pacientes con úlceras venosas de larga evolución acompañadas de un componente de arteriopatía y el enfoque terapéutico aplicado para su tratamiento. Se establecieron como objetivos: conseguir la epitelización de úlceras de larga evolución, establecer el tratamiento adecuado en presencia de etiología mixta y mantener la adherencia a la terapia compresiva. Se siguió como herramienta para estructurar la valoración y tratamiento el acrónimo HEIDI (tabla 2).

#### **DIAGNÓSTICO**

Caso 1: Úlcera postraumática en presencia de insuficiencia venosa crónica en contexto de arteriopatía.

Caso 2: Úlceras en presencia de insuficiencia venosa crónica en contexto de arteriopatía, diagnosticadas como úlceras mixtas por cirugía vascular.

#### **CONCLUSIONES**

El acrónimo HEIDI facilitó una evaluación sistemática y un diagnóstico preciso, permitiendo individualizar el tratamiento. La terapia compresiva con vendajes de corta tracción, a la que se mantuvo la adherencia durante el periodo de seguimiento gracias a una mejoría del dolor, disminución del exudado y mejoría de la cicatrización, resultó segura y eficaz en úlceras con insuficiencia arterial y venosa combinada. Sin embargo, la escasa disponibilidad del material y la falta de formación específica en atención primaria son barreras para su uso generalizado.

El abordaje sistemático mediante HEIDI y el empleo de vendajes de corta tracción constituyen una estrategia útil y factible en atención primaria. Se recomienda promover la formación continua y la inclusión de estos tratamientos en protocolos asistenciales para mejorar la atención de pacientes con úlceras crónicas.

#### **Limitaciones:**

Es preciso tener en cuenta que la serie de casos tiene un reducido tamaño de la muestra, limitada a dos casos, y la ausencia de seguimiento a largo plazo ( $\geq 12$  meses) que no permite valorar la recurrencia de los hallazgos.

**Tabla 1. Casos clínicos**

FECHA	ABORDAJE LOCAL HERIDA	ABORDAJE ETIOLÓGICO Y OTRA INFORMACIÓN	IMAGEN
CASO 1			
04/03/2024	<p>-Higiene de las úlceras: irrigación de suero salino fisiológico (jeringa de 20 mililitros y un catéter de 19 milímetros con presiones de 1-4 kg/cm<sup>2</sup>), fomentos de ácido hipocloroso e hipoclorito sódico y desbridamiento cortante con cureta.</p> <p>-Cura en ambiente húmedo: se utiliza fibra de hidrocoloide con plata como apósito primario para el lecho de la herida y espuma de poliuretano como apósito secundario.</p> <p>-Hidratación: crema emoliente en la pierna.</p> <p>-Protección de piel periulceral: óxido de zinc.</p>	<p>Abordaje etiológico: el paciente utiliza media de compresión Fuerte financiada Farmalastic. Anteriores curas: se utilizaron apó�itos adhesivos que dañaban la piel.</p> <p>Cultivo positivo.</p> <p>Se solicita valoración por cirugía vascular.</p>	
25/03/2024	Se mantiene mismo protocolo de cura, siguiendo con fibra de hidrocoloide con plata y se coloca apósoito adhesivo con borde de silicona por ser más respetuoso con la piel perilesional y aguantar la colocación y retirada de la media en el aseo.	Mantiene media de compresión fuerte.	
02/04/2024	Se continua con mismo protocolo de cura en lecho de herida, utilizando fibra de hidrocoloide como apósoito primario y espuma no adhesiva como apósoito secundario.	<p>Se instaura vendaje compresivo multicomponente con vendas de corta tracción tras solicitud en unidad de heridas de referencia: venda de tracción corta de 8 centímetros superpuesta al 50% y otra encima de 10 centímetros en vendaje circular (número de capas en orden ascendente: 8,8,8,6,4).</p> <p>-Compresión terapéutica aproximada de entre 20-30 mmHg.</p>	

22/04/2024	Se mantiene protocolo de cura. Se aplica crema con corticoide en zona perilesional con presencia de dermatitis.	Se mantiene vendaje de corta tracción.	
03/06/2024	Hidratación con crema emoliente y educación sanitaria en prevención y cuidados.	Lesión epitelizada. Mantendrá medias de compresión fuerte financiadas e hidratación en domicilio.	
CASO CLÍNICO 2			
22/03/2024	<p>-Higiene de las úlceras: irrigación de suero salino fisiológico (jeringa de 20 mililitros y un catéter de 19 milímetros con presiones de 1-4 kg/cm<sup>2</sup>), fomentos de ácido hipocloroso e hipoclorito sódico y desbridamiento.</p> <p>-Cura en ambiente húmedo: apóritos de hidrofibra de hidrocoloide con plata como apósito primario.</p> <p>-Hidratación: crema emoliente.</p> <p>-Protección de piel periulceral: óxido de zinc.</p>	<p>Antecedentes de falta de adherencia a compresión y tratamiento. Así como historia previa de miasis.</p> <p>Cultivo positivo.</p> <p>Se solicita valoración por cirugía vascular, donde se decide iniciar vendaje con corta tracción, e interconsulta a unidad de heridas para solicitud de material.</p> <p>-Vendaje compresivo multicomponente: venda de tracción corta de 8 centímetros superpuesta al 50% y otra encima de 10 centímetros en vendaje circular (número de capas en orden ascendente: 8,8,8,6,4).</p> <p>-Compresión terapéutica aproximada de entre 20-30 mmHg.</p>	

26/04/2024	<p>Se continúa con protocolo de pasos de higiene de la herida y mismo protocolo de cura. Se añade como novedad acondicionamiento de los bordes con óxido de zinc perilesional y crema con corticoide en zona perilesional con presencia de dermatitis.</p>	<p>Vendaje de corta tracción 20 mmHg. Seguimientos en consulta de vascular.</p>	
16/05/2024	<p>Se gestiona el exudado con apósito superabsorbente.</p>	<p>Mejoría del aspecto de la piel perilesional y lechos. Mantiene corta tracción y seguimientos en vascular.</p>	

**Tabla 2. Acrónimo HEIDI**

Acrónimo HEIDI	CASO 1	CASO 2
<b>H - Historia Clínica</b>	<p>90 años.</p> <p>Marcapasos bicameral, trombopenia, hipertrofia prostática benigna, hiperuricemia, HTA. Dependiente leve ABVD.</p>	<p>86 años.</p> <p>Obesidad, Hipertensión arterial (HTA), parásitos. Falta de adherencia a tratamientos. Dependiente leve ABVD.</p>
<b>E - Exploración</b>	<p>Lesión ovalada de 2,5 x 2,5 cm. Exudado seroso, lecho con tejido de granulación friable, tendencia al sangrado, bordes con dermatitis por contacto. Pulso pedio y tibial posterior disminuidos. EVA:4, IMC: 28 kg/m<sup>2</sup></p> <p>Circunferencia tobillo: 24 cm</p>	<p>Lesiones de 15 x 10 cm y 6 x 5 cm. Exudado abundante hemopurulento, lecho con tejido de granulación friable. Pulso pedio y tibial posterior ausentes. EVA:3, IMC: 30.78 kg/m<sup>2</sup></p> <p>Circunferencia tobillo: 25 cm</p>
<b>I - Investigación</b>	<p>Eco-Doppler arterial: velocidad sistólica pico conservada, sin estenosis hemodinámicamente significativa. Onda</p>	<p>Valoración por cirugía vascular: pulsos femoral y poplíteo presentes bilateralmente; pulsos distales no palpables, detectables</p>

	<p>bifásica distal.</p> <p>Índice Tobillo Brazo (ITB): no valorable.</p> <p>Edema +/+++</p> <p>Sensibilidad térmica y presora superficial conservada.</p> <p>Cultivo: <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Morganella morganii</i></p> <p>Se maneja sin antibioterapia sistémica.</p>	<p>mediante Doppler continuo (pedio +). Sin datos de isquemia crítica.</p> <p>Cultivo: <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Pseudomonas aeruginosa</i> Tratamiento antibiótico sistémico: Ciprofloxacino 750 mg cada 12 horas + Septrim forte cada 12 horas, 2 semanas.)</p> <p>Edema ++/+++</p>
<b>D - Diagnóstico</b>	<p>Úlcera postraumática en presencia de insuficiencia venosa crónica en contexto de arteriopatía.</p> <p>Compatible con grado de arteriopatía periférica no crítica.</p>	<p>Úlceras en presencia de insuficiencia venosa crónica en contexto de arteriopatía, diagnosticadas como úlceras mixtas por cirugía vascular. Compatibles con grado de arteriopatía periférica no crítica.</p>
<b>I - Intervención</b>	<p>Control de la infección, control del dolor, higiene y desbridamiento de herida, control de exudado, compresión terapéutica con corta tracción.</p>	

**Consentimiento informado:** Los autores declaran que se obtuvo consentimiento informado por escrito para la publicación de este caso clínico.

**Fuentes de financiación y conflicto de intereses:** Los autores declaran que no ha habido fuentes de financiación ni conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Martínez MB, Raña-Lama CD. Guía práctica de úlceras de la extremidad inferior [Guía práctica n.º2]. Xunta de Galicia; 2024
2. Díaz-Herrera MA, Baltà-Domínguez L, Blasco-García MC, Fernández-Garzón M, Fuentes-Camps EM, Gayarre-Aguado R, et al. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors: guia de pràctica clínica [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018 [citado 12 Ene 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/4546>
3. Alagha M, Alfatih A, Westby D, Walsh SR. Review of Mixed Arterial Venous Leg Ulcers (MAVLU) Disease in Contemporary Practice. *Vasc Endovascular Surg.* 2024;58(7):747-751.
4. Nair HK, Mosti G, Atkin L, et al. Leg ulceration in venous and arteriovenous insufficiency: assessment and management with compression therapy. *J Wound Care.* 2024;33(Suppl 10b):S1-31.
5. Conde Montero E, Serra Perrucho N, de la Cueva Dobao P. Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la úlcera venosa. *Actas Dermosifiliogr.* 2020; 111(10):829-834. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.03.007>

6. European Wound Management Association (EWMA). Comprendiendo la terapia compresiva [Internet]. Londres: Medical Education Partnership Ltd; 2003 [citado 12 Ene 2026]. Disponible en: [https://aeevh.org/wp-content/uploads/2020/05/Spring\\_2003\\_Spanish\\_.pdf](https://aeevh.org/wp-content/uploads/2020/05/Spring_2003_Spanish_.pdf)
7. Marinello Roura J, Verdú Soriano J. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de extremidad inferior. 2a ed. Madrid: Ergon; 2018.
8. Conde Montero E, Dissemond J, Protz K. Terapia compresiva en dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2024;115(7):693-701. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.02.015>
9. Contreras Fariñas R. Compresión inelástica en paciente con úlcera mixta. *Rev Enferm Vasc.* 2017;1(1):19-21.
10. Harding K, Gray D, Timmons J, Hurd T. Evolution or revolution? Adapting to complexity in wound management. *Int Wound J.* 2007;4(Suppl 2):1-12.