

ESTUDIO CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERAS CUTÁNEAS DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN

STUDY ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HARD-TO-HEAL CUTANEOUS ULCERS

Autores/as:  David Palomar Albert ⁽¹⁾,  Jorge Zamora Ortiz ^(1,2),  Federico Palomar Llatas ^{(1,2) (*)},
 Marta Escudero Martínez ⁽¹⁾,  A. Naranjo Cuellar ^(1,2),  María Isabel Pastor Orduña ⁽¹⁾.

(1) Cátedra de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, España.
(2) Unidad de Úlceras. Departamento de Valencia, Hospital General, España.

Contacto (*): federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 02/02/2025
Fecha de aceptación: 24/04/2025

Palomar Albert D, Zamora Ortiz J, Palomar Llatas F, Escudero Martínez M, Naranjo Cuélar A, Pastor Orduña MI. Estudio calidad de vida en pacientes portadores de úlceras cutáneas de difícil cicatrización. *Enferm Dermatol.* 2025;19(54): e01-e06. DOI: 10.5281/zenodo.15710065.

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar los cambios en la calidad de vida y las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes con úlceras cutáneas de difícil cicatrización, y comparar los resultados según el tipo de tratamiento recibido.

Métodos: Este estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo se realizó en la Unidad de Úlceras y Heridas de la Universidad Católica de Valencia. Se incluyeron 278 pacientes con heridas de al menos seis semanas de evolución. Se aplicaron los cuestionarios EuroQoL-5D, DLQI e índice de Barthel en varias visitas (inicial, quinta y final). Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo y se utilizaron pruebas de Friedman y ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: Se observó una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes a lo largo del seguimiento, manifestada en la disminución del dolor, la vergüenza y el impacto social, así como en una mejor percepción del tiempo libre y la funcionalidad física. Las puntuaciones de los índices DLQI y EuroQoL-5D fueron más favorables tras el tratamiento, especialmente con terapias menos invasivas. Sin embargo, la independencia funcional total disminuyó en algunos pacientes, atribuido a la progresión de la enfermedad o a comorbilidades.

Conclusiones: El tratamiento de las úlceras cutáneas de difícil cicatrización mejora la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes. No obstante, en casos complejos persisten limitaciones en la independencia funcional. Es fundamental un abordaje integral que incluya manejo del dolor, apoyo psicológico y estrategias para la recuperación funcional.

Palabras clave: Úlcera cutánea, Calidad de vida, Cicatrización de heridas, Evaluación de resultados en atención de salud.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate changes in the quality of life and basic activities of daily living (ADL) in patients with difficult-to-heal cutaneous ulcers, and to compare the results based on the type of treatment received.

Methods: This analytical, observational, cross-sectional, and prospective study was conducted at the Ulcers and Wounds Unit of the Catholic University of Valencia. A total of 278 patients with wounds of at least six weeks' evolution were included. The EuroQoL-5D, DLQI, and Barthel Index questionnaires were applied during several visits (initial, fifth, and final). A descriptive statistical analysis was performed, and Friedman and repeated measures ANOVA tests were used.

Results: A significant improvement in patients' quality of life was observed throughout the follow-up, manifested by a decrease in pain, embarrassment, and social impact, as well as an improved perception of free time and physical functionality. Scores from the DLQI and EuroQoL-5D indices were more favorable after treatment, especially with less invasive therapies. However, total functional independence decreased in some patients, attributed to disease progression or comorbidities.

Conclusions: Treatment of difficult-to-heal cutaneous ulcers improves patients' quality of life and functionality. Nevertheless, in complex cases, limitations in functional independence persist. A comprehensive approach is fundamental, including pain management, psychological support, and strategies for functional recovery.

Keywords: Cutaneous ulcer, Quality of life, Wound healing, Outcome assessment (health care).

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones cutáneas constituyen una de las afecciones más prevalentes en la población, afectando de manera des-

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

proporcionada a los pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, insuficiencia venosa crónica o trastornos autoinmunes como la esclerodermia o el lupus eritematoso sistémico⁽¹⁾.

Estas heridas pueden variar desde úlceras por presión y úlceras venosas hasta heridas quirúrgicas complejas y lesiones traumáticas, todas las cuales conllevan un significativo impacto físico, emocional y social en los individuos afectados. La cicatrización deficiente de estas lesiones suele estar relacionada con comorbilidades subyacentes, una pobre circulación sanguínea, una movilidad reducida o una nutrición inadecuada; factores que interactúan de manera negativa para perpetuar la cronicidad y retrasar la curación⁽²⁾.

Además de los efectos fisiológicos evidentes, las lesiones cutáneas tienen un impacto profundo en la calidad de vida de los pacientes, afectando su autoestima, su interacción social, su capacidad para realizar actividades diarias y su bienestar psicológico en general⁽³⁾. La importancia de la calidad de vida como un indicador clave de los resultados clínicos se ha vuelto cada vez más evidente y, como resultado, se han desarrollado numerosas herramientas para medir el impacto de las heridas crónicas y otras lesiones cutáneas en la vida cotidiana de los pacientes.

Estas herramientas incluyen escalas validadas internacionalmente como el índice de calidad de vida dermatológica (DLQI), la escala EUROQOL-5D y el índice de Barthel para medir las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)^(4,5).

Las lesiones cutáneas pueden definirse como cualquier daño o interrupción en la integridad de la piel, el órgano más grande del cuerpo humano, que actúa como una barrera física y protectora contra agresiones externas⁽⁶⁾. Las lesiones pueden clasificarse según su etiología (quemaduras, úlceras por presión, heridas quirúrgicas, úlceras venosas, entre otras) y su cronicidad, siendo las heridas agudas aquellas que siguen un proceso de cicatrización fisiológico normal en un tiempo predecible, mientras que las heridas crónicas son aquellas que no cicatrizan en el tiempo esperado debido a factores subyacentes como la hipoxia tisular, la infección o la insuficiencia vascular⁽⁷⁾.

El impacto clínico de las lesiones cutáneas es significativo, ya que pueden llevar a complicaciones graves como infecciones secundarias, celulitis, osteomielitis y, en casos extremos, amputaciones⁽⁸⁾. Además, las úlceras por presión, las úlceras diabéticas y las úlceras venosas se asocian con altos costes en el sistema de salud, debido a la necesidad de hospitalizaciones prolongadas, intervenciones quirúrgicas y cuidados a largo plazo⁽⁹⁾. Según la literatura, se estima que entre el 1 % y el 2 % de la población mundial experimenta úlceras cutáneas crónicas en algún momento de su vida, con una mayor prevalencia en personas mayores de 65 años⁽¹⁰⁾.

El impacto de las lesiones cutáneas en la calidad de vida de los pacientes es multifacético y afecta tanto a la dimensión física como a la emocional y social del individuo. La piel es el

órgano más extenso del cuerpo humano, y cualquier interrupción en su integridad no solo genera molestias físicas, como el dolor y la disminución de la movilidad, sino también efectos emocionales profundos como la disminución de la autoestima, la depresión y la ansiedad⁽¹¹⁾. Numerosos estudios han documentado cómo las heridas crónicas, al convertirse en una afección prolongada y a menudo resistente a los tratamientos convencionales, llevan a los pacientes a experimentar una sensación de desesperanza, aislamiento social y una disminución en su calidad de vida global⁽¹²⁾.

El dolor es un componente clave en este impacto negativo. Las heridas cutáneas, especialmente aquellas crónicas como las úlceras por presión o las úlceras venosas, están asociadas con un dolor persistente y difícil de manejar. Este dolor no solo afecta el bienestar físico del paciente, sino que también interfiere con su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, como caminar, vestirse o trabajar⁽¹³⁾. Estudios muestran que más del 70 % de los pacientes con úlceras crónicas sufren de dolor moderado a severo, lo cual impacta significativamente su calidad de vida⁽¹⁴⁾.

La carga emocional es otro aspecto importante a considerar. Las lesiones visibles en la piel pueden generar estigmatización, tanto percibida como real, en la vida social de los pacientes. Las personas con heridas cutáneas, especialmente aquellas ubicadas en áreas visibles como el rostro, las manos o las piernas, a menudo evitan el contacto social, lo que contribuye al aislamiento y al deterioro de su bienestar psicológico⁽¹⁵⁾. Esto puede tener un efecto en cadena, agravando problemas emocionales existentes como la depresión o la ansiedad⁽¹⁶⁾.

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con lesiones cutáneas ha cobrado gran relevancia en la práctica clínica. En este sentido, diversas herramientas han sido diseñadas y validadas para medir de manera precisa cómo estas heridas afectan la vida diaria de los pacientes. A continuación, se detallan las principales:

El Dermatology Life Quality Index (DLQI) es una de las herramientas más utilizadas en dermatología para medir la calidad de vida relacionada con enfermedades de la piel, incluyendo las lesiones cutáneas crónicas. Desarrollado en 1994, el DLQI es un cuestionario autoadministrado de 10 preguntas que se completa rápidamente y cubre seis áreas clave de la vida del paciente: síntomas y sentimientos, actividades diarias, ocio, trabajo o escuela, relaciones personales y tratamiento⁽¹⁸⁾. El DLQI es ampliamente utilizado en la práctica clínica para pacientes con lesiones cutáneas como úlceras crónicas, psoriasis, dermatitis atópica, entre otras. Su sencillez y rapidez de aplicación lo hacen adecuado tanto en escenarios de consulta ambulatoria como en estudios de investigación clínica⁽¹⁹⁾.

Uno de los aspectos más importantes del DLQI es su capacidad para captar el impacto emocional de las lesiones cutáneas. Las preguntas sobre síntomas y sentimientos

permiten comprender cómo la apariencia de la piel, el dolor y el malestar afectan el bienestar emocional del paciente. Esto es crucial, dado que las heridas crónicas no solo son una carga física, sino también una fuente significativa de angustia psicológica ⁽²²⁾.

El EUROQOL-5D (EQ-5D) es una herramienta genérica diseñada para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en una amplia variedad de condiciones, incluyendo las lesiones cutáneas crónicas. A diferencia del DLQI, que se centra exclusivamente en problemas dermatológicos, el EQ-5D proporciona una visión más general del estado de salud del paciente, lo que permite su uso en diversas áreas médicas. Fue desarrollado por el grupo EUROQOL en 1990 y es ampliamente utilizado tanto en investigaciones como en la práctica clínica⁽²³⁾. El EQ-5D evalúa cinco dimensiones clave de la salud: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión⁽²⁴⁾. Cada dimensión se mide en tres niveles de gravedad (ningún problema, problemas moderados o problemas graves), permitiendo a los pacientes reportar su estado de salud de manera sencilla. Una característica distintiva del EQ-5D es su escala visual analógica (EVA), que le permite al paciente evaluar su salud general en una escala de 0 a 100, donde 0 representa el peor estado de salud imaginable y 100 representa el mejor⁽²⁵⁾. En pacientes con heridas crónicas, como úlceras por presión o úlceras diabéticas, el EQ-5D ha demostrado ser una herramienta valiosa para evaluar el impacto general de estas lesiones en la vida del paciente⁽²⁸⁾. Las dimensiones de movilidad y autocuidado son particularmente relevantes en estos pacientes, ya que la ubicación de las heridas y el dolor pueden limitar su capacidad para caminar o cuidar de sí mismos, aumentando la dependencia de otros ⁽²⁹⁾.

En conclusión, el EQ-5D es una herramienta versátil y valiosa para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con lesiones cutáneas crónicas. Su capacidad para medir múltiples dimensiones de la salud lo convierte en una herramienta integral que puede ayudar a guiar las decisiones clínicas y evaluar los resultados terapéuticos a lo largo del tiempo.

Como objetivo de estudio, nos planteamos conocer los cambios en la calidad de vida y ABVD en pacientes con lesiones cutáneas; así como, comparar los distintos valores de calidad de vida con los tratamientos de cura en ambiente húmedo.

MÉTODOS:

Se trata de un estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo de casos clínicos, realizado en la Unidad de Úlceras y Heridas de las Clínicas Universitarias de la Universidad Católica de Valencia (UCV).

En el presente estudio se incluyó un total de 322 pacientes con heridas de, al menos, seis semanas de evolución. La

muestra resultante fue de 294 pacientes, ya que 28 de ellos decidieron no formar parte del estudio al inicio. Además, los menores de edad fueron excluidos del análisis estadístico (n=16), por lo que el tamaño muestral real con el que se trabajó en la primera visita fue de 278 pacientes.

Los cuestionarios EuroQoL-5D y DLQI, junto con el índice de Barthel, se entregaron en las diferentes visitas: la primera, la quinta y la final.

Se realizó estadística descriptiva de los datos obtenidos en el estudio con medidas centrales y de dispersión. Los resultados se sometieron al Test de Friedman y ANOVA de medidas repetidas con corrección de Greenhouse-Geisser.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

La disminución progresiva del dolor (media de 1,81 a 1,24 en tres visitas) es consistente con estudios previos que muestran que la cicatrización de las úlceras y un manejo adecuado del dolor conducen a una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes.

En un estudio de revisión, Herber et al.⁽²⁸⁾ destacaron que el dolor es uno de los principales factores que afecta negativamente la calidad de vida en pacientes con úlceras crónicas, y que su manejo adecuado contribuye a la adherencia al tratamiento y la percepción positiva del cuidado recibido. La ligera disminución en la vergüenza (media de 0,59 a 0,49) podría estar asociada con la adaptación psicológica al tratamiento.

Esto concuerda con los hallazgos de González-Consuegra y Verdú⁽²⁹⁾, quienes demostraron que la percepción emocional y social, medida a través de instrumentos como el CCVUQ, mejora con el tiempo en pacientes sometidos a un cuidado integral. Sin embargo, la mejora limitada puede indicar la necesidad de intervenciones psicológicas más específicas. La variable ropa permanece estable (media de 0,77 a 0,75), lo que podría reflejar una percepción persistente de incomodidad o necesidad de ocultar las lesiones. Esto es consistente con los hallazgos de Herber et al.⁽²⁸⁾, quienes señalaron que las úlceras pueden perpetuar una autoimagen negativa que es difícil de modificar a corto plazo⁽¹⁾. Estas observaciones (Tabla I) refuerzan la necesidad de abordar la percepción corporal como parte del manejo integral.

	Dolor* (N=63)		Vergüenza (N=59)		Compras* (N=50)		Ropa (N=56)	
	Media	Des. Est.	Media	Des. Est.	Media	Des. Est.	Media	Des. Est.
Visita 1	1,8095	1,06039	,5932	,94902	,8800	1,15423	,7679	,89425
Visita 2	1,5714	,96243	,5763	,87501	,8800	1,15423	,7857	,90883
Visita 3	1,2381	1,04286	,4915	,81733	,7400	1,06541	,7500	,91949

* Nota: *Las diferencias entre las medias son significativas (test de Friedman p<0,001).

Tabla I: Variables ordinales dolor, vergüenza, compras y ropa.

La puntuación de la variable social muestra una disminución progresiva a lo largo de las visitas, pasando de una media de 0,76 en la visita 1 a 0,65 en la visita 3. Aunque el cambio es

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

sutil, refleja una percepción de mejora en las interacciones sociales de los pacientes, posiblemente debido a una reducción en el estigma asociado con las úlceras visibles o la mejora en la movilidad. Herber et al.⁽²⁸⁾ indicaron que el aislamiento social es una consecuencia común de las úlceras crónicas, y su mitigación puede deberse a intervenciones integrales que combinan manejo clínico y educación del paciente.

La variable trabajo muestra una ligera reducción en las medias (de 0,54 a 0,46), con desviaciones estándar similares entre las visitas. Esto puede reflejar una percepción sostenida de limitación laboral, probablemente influenciada por el tiempo necesario para la recuperación completa de las úlceras y la reintegración plena al ámbito laboral. González-Consuegra y Verdú⁽²⁹⁾ destacaron que las úlceras pueden afectar gravemente la funcionalidad laboral, lo que requiere un enfoque personalizado en las intervenciones para facilitar el retorno al trabajo.

El deporte, una actividad que refleja el retorno funcional y la participación en actividades recreativas, presenta una diferencia estadísticamente significativa (test de Friedman, $p < 0,001$). La media disminuye de 0,68 en la visita 1 a 0,52 en la visita 3, con una desviación estándar también decreciente, lo que sugiere una mayor homogeneidad en la percepción de mejora. Este resultado puede explicarse por la mayor movilidad derivada de la cicatrización y el alivio del dolor, consistente con los hallazgos de Cifuentes-Rodríguez y Guerrero-Gamboa⁽³⁰⁾, quienes subrayan la importancia de la promoción del ejercicio físico como una intervención beneficiosa en estos pacientes (Tabla II).

	Social (N=54)		Deporte* (N=40)		Trabajo (N=41)		Trabajo/social (N=38)	
	Media	Des. Est.	Media	Des. Est.	Media	Des. Est.	Media	Des. Est.
Visita 1	,7593	1,08045	,6750	1,09515	,5366	,95125	,2105	,52802
Visita 2	,7407	1,01285	,5750	1,03497	,5122	,95189	,1842	,45650
Visita 3	,6481	,99351	,5250	,98677	,4634	,89715	,2368	,54198

* Nota: *Las diferencias entre las medias son significativas (test de Friedman $p < 0,001$).

Tabla II: Variables ordinales Social, Deporte, Trabajo, Trabajo/social.

El análisis revela que las mayores mejorías se observan en la percepción del impacto en el tiempo libre y la calidad de vida global (DLQI), con diferencias estadísticamente significativas. La ausencia de cambios en la variable sexo resalta una dimensión desatendida que podría beneficiarse de intervenciones específicas.

La variable familiar muestra una disminución progresiva en las medias, de 0,22 en la visita 1 a 0,18 en la visita 3, con una reducción en la desviación estándar (DE=0,64 a DE=0,53). Aunque el cambio es modesto, sugiere una percepción de menor impacto de las úlceras en el entorno familiar a medida que avanza el tratamiento. Este resultado concuerda con el trabajo de Herber et al.⁽²⁸⁾, quienes observaron que la mejora clínica de las úlceras también reduce la carga percibida por los familiares, promoviendo una dinámica más positiva en este contexto.

La variable sexo permanece constante en todas las visitas (media=0,00, DE=0,00), lo que refleja una ausencia de cambios en esta dimensión. Esto podría deberse a que los pacientes no experimentaron mejorías significativas en su percepción sobre la vida sexual durante el período evaluado. Según González-Consuegra y Verdú⁽²⁹⁾, las úlceras crónicas pueden tener un impacto severo y persistente en la intimidad y autoimagen, sugiriendo la necesidad de intervenciones específicas para abordar este aspecto.

La variable "resta tiempo", relacionada con la interferencia de las úlceras en el tiempo libre, presenta una mejora significativa (test de Friedman, $p < 0,001$). La media disminuye de 0,71 en la visita 1 a 0,58 en la visita 3, con una reducción paralela en la desviación estándar. Esto sugiere que los pacientes perciben menos limitaciones en su tiempo libre a medida que avanza el tratamiento. Este hallazgo está alineado con la revisión de Cifuentes-Rodríguez y Guerrero-Gamboa⁽³⁰⁾, quienes señalaron que la reducción de las barreras funcionales, como el dolor y la limitación de movilidad, permite a los pacientes recuperar progresivamente sus actividades recreativas.

El índice DLQI muestra una reducción significativa en las puntuaciones (ANOVA con corrección de Greenhouse-Geisser, $p < 0,001$), de 5,53 en la visita 1 a 4,29 en la visita 3. Este resultado destaca una mejora generalizada en la calidad de vida dermatológica, lo que confirma la efectividad del tratamiento aplicado. Estos datos concuerdan con la literatura previa, donde una disminución en las puntuaciones DLQI se asocia directamente con una mejoría clínica en pacientes con úlceras crónicas⁽³¹⁾ (Tabla III).

	Familiar (N=45)			Sexo (N=8)		Resta tiempo (N=52)		DLQI ** (N=72)	
	Media	Des. Est.	Est.	Media	Des. Est.	Media	Des. Est.	Media	Des. Est.
Visita 1	,2222	,63564	0,000	0,000	,7115	,95664	5,53	5,566	
Visita 2	,2222	,63564	0,000	0,000	,6731	,78519	5,08	5,307	
Visita 3	,1778	,53466	0,000	0,000	,5769	,75006	4,29	4,963	

* Las diferencias entre las medias son significativas (test de Friedman $p < 0,001$).

**Las diferencias entre las medias son significativas (ANOVA de medidas repetidas con corrección de Greenhouse-Geisser, $p < 0,001$).

Tabla III: Variables ordinales Familiar, Sexo, Resto de tiempo.

Índice de barthel: evolución:

La distribución presentada (Gráfico 1) evalúa el progreso de los pacientes en términos de autonomía funcional y calidad de vida, representada por categorías ordinales desde "<20 total" (mayor dependencia) hasta "100 Independiente" (total independencia). A continuación, se interpreta y discute el resultado en función de las visitas.

El porcentaje de pacientes con mayor dependencia funcional (<20 total) aumenta ligeramente de la Visita 1 (10,53%) a la Visita 5 (15,58%) y finalmente a la Visita Final (18,92%). Este incremento puede atribuirse a la progresión de la enfermedad en algunos pacientes, especialmente en aquellos con comorbilidades complejas o que presentan úlceras de difícil cicatrización. Esto concuerda con Herber et al.⁽²⁸⁾, quienes

destacaron que los pacientes con úlceras crónicas severas a menudo requieren intervenciones adicionales para mejorar su autonomía.

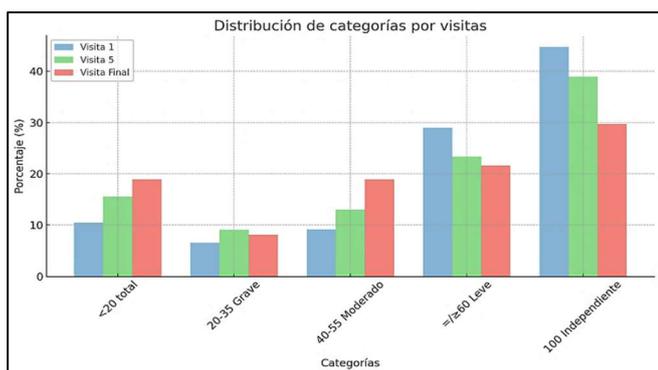


Gráfico 1: Distribución de las visitas.

La categoría 20-35 Grave muestra un incremento inicial (6,58% en la Visita 1 a 9,09% en la Visita 5) seguido de una leve disminución (8,11% en la Visita Final). Esto podría indicar una transición de algunos pacientes hacia niveles de funcionalidad más leves o graves, reflejando la heterogeneidad en la respuesta al tratamiento. Este patrón es consistente con la literatura, que destaca la importancia de intervenciones individualizadas para optimizar los resultados funcionales⁽²⁹⁾.

El porcentaje de pacientes en la categoría 40-55 Moderado aumenta de manera significativa a lo largo del tiempo (9,21% en la Visita 1, 12,99% en la Visita 5 y 18,92% en la Visita Final). Este incremento refleja una mejora en la funcionalidad de los pacientes que, aunque aún no logran una independencia total, experimentan un progreso notable. Este hallazgo está alineado con estudios que sugieren que el manejo continuo y multidimensional mejora la funcionalidad física y social en pacientes con úlceras crónicas⁽³⁰⁾.

Finalmente, la categoría $=>60$ Leve experimenta una disminución progresiva (28,95% en la Visita 1 a 21,62% en la Visita Final). Esto puede deberse a que algunos pacientes progresan hacia niveles más moderados o completamente independientes, mientras que otros pueden retroceder debido a complicaciones o progresión de la enfermedad, lo que subraya la necesidad de un seguimiento constante y de intervenciones preventivas para evitar retrocesos funcionales⁽³¹⁾.

El porcentaje de pacientes completamente independientes (100 Independiente) disminuye significativamente con el tiempo, de 44,74% en la Visita 1 a 38,96% en la Visita 5, y finalmente a 29,73% en la Visita Final. Este patrón refleja las limitaciones de los tratamientos actuales en algunos pacientes con úlceras crónicas y resalta la importancia de enfoques terapéuticos más efectivos para mantener la independencia funcional a largo plazo. La literatura sugiere que la educación del paciente, combinada con terapias avanzadas, puede mitigar esta disminución⁽³²⁾.

Evolución de EUROQoL y DLQI según el tipo de tratamiento utilizado:

El Gráfico 2 representa las medias del EUROQoL y DLQI y en el Gráfico 3 las tres dimensiones del Dermatology Life Quality Index (DLQI) según el tipo de tratamiento aplicado. El DLQI presenta diferencias notables entre los tipos de tratamiento. Los valores más altos se observan en los tratamientos con TPN (terapia por presión negativa), lo que indica un mayor impacto en la calidad de vida en estos pacientes. Esto podría deberse a que la TPN tiende a aplicarse en heridas más complejas, lo que correlaciona con una mayor afectación inicial de la calidad de vida (28). Por otro lado, los tratamientos más convencionales como CAH (cura avanzada de heridas) y ESPUMAS muestran valores más bajos, indicando un menor impacto en la vida diaria.

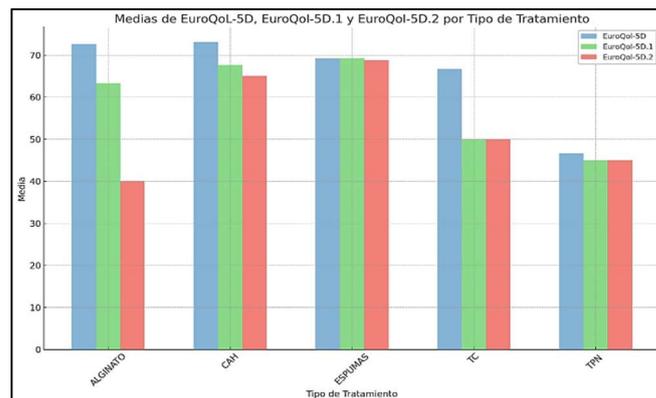


Gráfico 2: Comparativa de medias del EUROQoL y DLQI.

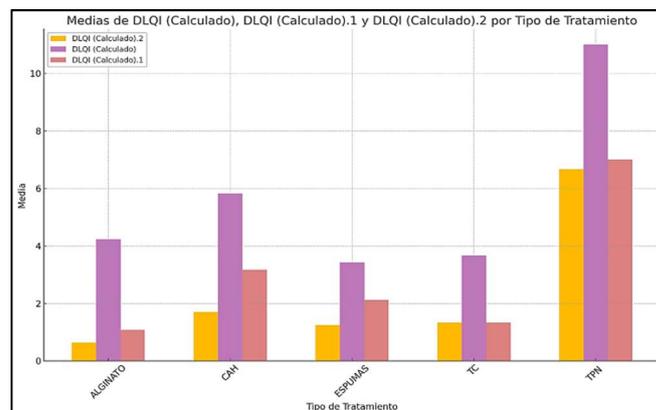


Gráfico 3: Medias del DLQI.

En la quinta y en la última visita EURO presentan patrones similares, con diferencias menos marcadas entre los tratamientos. Esto podría reflejar que estas dimensiones específicas, como las molestias físicas y el impacto en las actividades diarias, son menos sensibles al tipo de terapia utilizada y más dependientes de otros factores como la severidad inicial de las úlceras⁽³³⁾.

El índice general EuroQoL-5D presenta valores más altos en tratamientos como ESPUMAS y CAH, lo que sugiere una percepción más favorable de la calidad de vida en pacientes tratados con estos métodos. Esto podría estar relacionado con la facilidad de aplicación y la menor carga emocional y física asociada a estas terapias⁽³⁴⁾. En contraste, los tratamientos más invasivos como TPN muestran valores menores, consistente con la literatura, donde las terapias intensivas se asocian a un mayor impacto emocional y físico inicial⁽³⁵⁾.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

CONCLUSIONES:

1. Se ha cuantificado la calidad de vida de los pacientes de la muestra.
2. La calidad de vida, medida en las tres visitas (inicial, quinta y final), muestra resultados positivos en todas las escalas utilizadas. Esto indica que los pacientes experimentan una mejora en su calidad de vida desde el inicio hasta la finalización del proceso de cicatrización de la úlcera.
3. Se ha logrado un conocimiento exhaustivo de las tres escalas empleadas: el Índice de Barthel, el DLQI (Dermatology Life Quality Index) y el EuroQol-5D, detallando su uso, utilidad e interpretación de resultados.
4. Se ha evidenciado el impacto significativo de las úlceras en los pacientes que las padecen, afectando su bienestar emocional, social, funcional (especialmente en las actividades básicas de la vida diaria), así como en los ámbitos económico y laboral.
5. Se ha objetivado que la calidad de vida, particularmente en aspectos como el dolor y la vergüenza, mejora a medida que avanza el tratamiento.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los/as autores/as indican que no tienen conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS:

A los pacientes y familiares por comprender la necesidad de realizar este estudio y poder mejorar con sus resultados la calidad de vida.

Al equipo investigador y clínico por su generosa contribución en el estudio y divulgación de sus resultados desinteresadamente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the treatment of chronic wounds. *Adv Wound Care*. 2015;4(9):560-582.
2. Agale SV. Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis, and management. *Ulcers*. 2013;2013:413604.
3. Blome C, Baade K, Debus ES, Price P, Augustin M. The "Wound-QoL": a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Repair Regen*. 2014;22(4):504-514.
4. Finlayson KJ, Courtney MD, Parker CN, Edwards HE. Risk factors and early sign detection for venous leg ulcer recurrence. *J Clin Nurs*. 2014;23(17-18):2665-2673.
5. Augustin M, Herberger K, Kroeger K, Muentner K, Goepel L, Radtke MA. Quality of life evaluation in chronic wounds: an international approach. *Int Wound J*. 2012;9(3):246-255.
6. Lindsay E, Renyi R, Wilkie P. Chronic wounds: quality of life and impact on daily living. *J Wound Care*. 2017;26(11):590-597.
7. Kapp S, Miller C, Santamaria N. The quality of life of people who have chronic wounds and who self-treat. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):182-192.
8. Renner R, Seikowski K, Strassburg S, Simon JC, Vogt PM. Quality of life and prevention of recurrence in leg ulcer patients. *Int Wound J*. 2015;12(1):22-26.
9. Flaherty G, Brenner M, Mullins M, FitzGerald M, FitzGerald D. An evaluation of the DLQI in assessing quality of life following minor and severe dermatological problems. *Dermatol Res Pract*. 2011;2011:463157.

10. Augustin M, Zschocke I, Schafer I, et al. Characteristics of chronic wounds and treatment outcomes in patients treated in a multi-center cohort study. *Wound Repair Regen*. 2015;23(3):299-306.
11. Salomon JA, Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A. Common values in assessing health outcomes in the context of non-communicable diseases. *Lancet*. 2012;380(9859):2129-2143.
12. Herberger K, Rustenbach SJ, Haartje O, et al. Quality of life and satisfaction with care in leg ulcer patients: results from a large clinical cohort in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(4):474-481.
13. Price P, Harding KG. Measuring health-related quality of life in patients with chronic leg ulcers. *Wounds*. 2009;21(2):29-36.
14. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *Lancet Glob Health*. 2015;3(11):e712-e723.
15. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 1996;37(1):53-72.
16. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20(10):1727-1736.
17. Schoonhoven L, Al-Kalbani MA, Shubbar AS, van Achterberg T. Nurses' and nursing students' knowledge and attitudes towards pressure ulcer prevention: a descriptive cross-sectional multicenter study. *Nurse Educ Today*. 2015;35(2):95-100.
18. Blome C, Baade K, Debus ES, Price P, Augustin M. The "Wound-QoL": a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Repair Regen*. 2014;22(4):504-514.
19. Renner R, Seikowski K, Strassburg S, Simon JC, Vogt PM. Quality of life and prevention of recurrence in leg ulcer patients. *Int Wound J*. 2015;12(1):22-26.
20. Lindholm C, Searle R. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *Int Wound J*. 2016;13(Suppl 2):5-15.
21. Finlayson KJ, Courtney MD, Parker CN, Edwards HE. Risk factors and early sign detection for venous leg ulcer recurrence. *J Clin Nurs*. 2014;23(17-18):2665-2673.
22. Gethin G, Cowman S, Kolbach DN, Heinen M, Lappin F, Filler T. International consensus: Optimising wellbeing in people living with a wound. *Wounds International*. 2012;3(4):1-15.
23. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the treatment of chronic wounds. *Adv Wound Care*. 2015;4(9):560-582.
24. Augustin M, Zschocke I, Schafer I, et al. Characteristics of chronic wounds and treatment outcomes in patients treated in a multi-center cohort study. *Wound Repair Regen*. 2015;23(3):299-306.
25. Schoonhoven L, Al-Kalbani MA, Shubbar AS, van Achterberg T. Nurses' and nursing students' knowledge and attitudes towards pressure ulcer prevention: a descriptive cross-sectional multicenter study. *Nurse Educ Today*. 2015;35(2):95-100.
26. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 1996;37(1):53-7.
27. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20(10)
28. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:44. doi:10.1186/1477-7525-5-44.
29. González-Consuegra RV, Verdú J. Adaptación al castellano del "Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire" para medir calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas. *Gerokomos*. 2011;22(1):25-33.
30. Cifuentes-Rodríguez CM, Guerrero-Gamboa SA. Estilo de vida y úlceras venosas: revisión narrativa. *Av Enferm*. 2021;39(2):215-227. doi:10.15446/av.enferm.v39n2.89034.
31. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(3):210-216. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x.
32. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(3):210-216. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x.
33. Kind P, Brooks R, Rabin R. EQ-5D concepts and methods: a developmental history. Springer; 2005. doi:10.1007/1-4020-3687-4.
34. O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines. *J Vasc Surg*. 2014;60(2 Suppl):3S-59S. doi:10.1016/j.jvs.2014.04.049.