



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras distribuir, combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial y, a pesar que son nuevas obras deben siempre rendir crédito y ser no comerciales, no están obligadas a licenciar sus obras derivadas bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Caracterización de las úlceras crónicas dermatológicas en
pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025**

Presentado por:

KAREN JANETH QUISPE CCAMA

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **3%** por el cual se otorga el calificativo de:

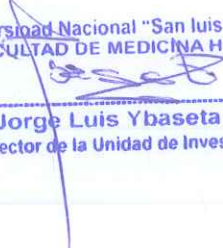
APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 18 de marzo del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Facultad de Medicina Humana
“Daniel Alcides Carrión”



TESIS

**Caracterización de las úlceras crónicas dermatológicas en
pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025**

Línea de investigación
Salud pública y conservación del medio ambiente

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:
KAREN JANETH QUISPE CCAMA

ASESOR:
DRA. ELIAS BARRERA CARMEN CECILIA

Ica – Perú

2026

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida para cumplir todos mis sueños, a mi familia por todo el apoyo brindado a lo largo de mi vida, por ser fortaleza en momentos buenos y malos. A mi gloriosa facultad por las lecciones aprendidas durante mi periodo universitario.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, Dina Ccama y Edwin Quispe; quienes, a pesar de no haber tenido la oportunidad de acceder a una educación formal, fueron mi mayor fortaleza, brindándome su apoyo incondicional en este largo proceso.

A mi hermano Johan Enrique que siendo el más pequeño de la familia siempre ha sido mi ejemplo de perseverancia, disciplina y compromiso.

A mi casa de estudios, a mis docentes y asesor por su orientación y guía en mi formación académica y la realización de esta investigación.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
CUERPO DEL INFORME FINAL	
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Planteamiento del problema	9
1.2. Antecedentes	10
1.2.1. Antecedentes internacionales	10
1.2.2. Antecedentes nacionales	15
1.2.3. Antecedentes locales	17
1.3. Marco teórico	18
1.3.1. Epidemiología	18
1.3.2. Fisiopatología	19
1.3.3. Clasificación	21
1.3.4. Diagnostico	22
1.3.5. Factores de riesgo	23
1.4. Formulación del problema	25
1.4.1. Problema general	25
1.4.2. Problemas específicos	25
1.5. Justificación y viabilidad	25
1.5.1. Justificación	25
1.5.2. Importancia	26
1.5.3. Viabilidad	26
1.6. Objetivos	27
1.6.1. Objetivo general	27
1.6.2. Objetivos específicos	27
1.7. Hipótesis	27
1.8. Variables	27
1.8.1. Variables de estudio	27
1.8.2. Variables de caracterización	27

II.	ESTRATEGIA METODOLÓGICA	28
2.1.	Tipo	28
2.2.	Nivel	28
2.3.	Enfoque	28
2.4.	Diseño	28
2.5.	Población	28
2.6.	Criterios de inclusión	28
2.7.	Criterios de exclusión	28
2.8.	Tamaño de muestra	28
2.9.	Muestreo	29
2.10.	Marco muestral	29
2.11.	Unidad de muestreo	29
2.12.	Unidad de información	29
2.13.	La técnica	29
2.14.	Instrumento	29
2.15.	Procesamiento de datos	29
2.16.	Ética	29
2.17.	Aspectos legales	30
III.	RESULTADOS	31
IV.	DISCUSIÓN	37
V.	CONCLUSIONES	43
VI.	RECOMENDACIONES	44
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
VIII.	ANEXOS	50
8.1.	Matriz de consistencia	50
8.2.	Operacionalización de variables	51
8.3.	Instrumento de recolección de información	53
8.4.	Validación de instrumento	55
8.5.	Resolución directoral del Hospital Regional de Ica	58
8.6.	Solicitud de acceso a historias clínicas del hospital regional de Ica	60

ÍNDICE DE TABLAS

N°	Tabla	Pág
Tabla 1	Edad de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	31
Tabla 2	Sexo de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	32
Tabla 3	Procedencia de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	33
Tabla 4	Grado de instrucción de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	34
Tabla 5	Tipo de úlcera de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	35
Tabla 6	Diabetes mellitus de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	36
Tabla 7	Hipertensión arterial de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	37
Tabla 8	Estado nutricional de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	38
Tabla 9	Tiempo de hospitalización de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	39
Tabla 10	Condición de vitalidad al alta de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	40
Tabla 11	Consumo de tabaco de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	41
Tabla 12	Consumo de alcohol al alta de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025	42

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025 **Materiales y métodos:** Investigación no experimental, transversal, descriptiva y retrospectiva en una población de pacientes con úlceras dérmicas crónicas de 246 pacientes, obteniendo una muestra representativa conformada por 150 pacientes, los datos se obtuvieron desde las historias clínicas y procesadas en el programa estadístico SPSS v29. **Resultados:** La distribución etaria de la muestra evidencia una marcada concentración en los grupos de mayor edad así entre los de 31 a 50 años hubo (12,0%), 51 a 70 años (36,0%) y en Mayor de 70 años (52,0%). La mayoría eran femeninos (61,3%), procedentes de distritos diferentes a Ica con una prevalencia (48%), el 85,3% tenían entre grado de instrucción primaria a secundaria. Prevalenciando la de etiología diabética (40,7%) úlceras por presión (26%), venosa (23,3% y de origen arterial (10%). El 52,7% tuvo diabetes mellitus, hipertensos el (21,3%). Bajo peso (IMC < 18,5) el (4,7%), Normopeso (IMC 18,5–24,9) el (56,0%), Sobrepeso (IMC 25–29,9), el (32,7%), Obesidad (IMC $\geq$ 30), el (6,7%). El tiempo de hospitalización se distribuyó de la siguiente manera: < 15 días el (9,3%), 15 a 30 días el (24,0%) y mayor a 30 días el (66,7%). Con una tasa de mortalidad de 5,3%, el 14,7% consumía tabaco y el 17,3% consumía bebidas alcohólicas. **Conclusión.** Las características relevantes de los pacientes con úlceras dérmicas crónicas es un paciente de avanzada edad de sexo femenino, con úlcera de tipo diabética con comorbilidades y bajo grado de instrucción.

Palabras clave: Características, úlceras, crónicas, dermatológicas.

ABSTRACT

Objective: To identify the characteristics of chronic dermatological ulcers in patients treated at the Hospital Regional de Ica from 2023 to 2025. **Materials and Methods:** A non-experimental, cross-sectional, descriptive, and retrospective study was conducted in a population of 246 patients with chronic dermal ulcers. A representative sample of 150 patients was obtained. Data were collected from medical records and processed using the statistical software SPSS v29. **Results:** The age distribution of the sample showed a marked concentration in older age groups: 12.0% were between 31 and 50 years old, 36.0% between 51 and 70 years old, and 52.0% were older than 70 years. Most patients were female (61.3%), and 48% were from districts outside Ica. Regarding educational level, 85.3% had primary to secondary education. Diabetic etiology was the most prevalent (40.7%), followed by pressure ulcers (26.0%), venous ulcers (23.3%), and arterial ulcers (10.0%). Diabetes mellitus was present in 52.7% of patients, and 21.3% had hypertension. Nutritional status distribution was as follows: underweight (BMI < 18.5) 4.7%, normal weight (BMI 18.5–24.9) 56.0%, overweight (BMI 25–29.9) 32.7%, and obesity (BMI ≥ 30) 6.7%. Length of hospital stay was distributed as follows: <15 days (9.3%), 15–30 days (24.0%), and >30 days (66.7%). The mortality rate was 5.3%. Additionally, 14.7% of patients reported tobacco use and 17.3% reported alcohol consumption. **Conclusion:** The relevant characteristics of patients with chronic dermal ulcers correspond to elderly female patients with diabetic-type ulcers, associated comorbidities, and a low level of education.

Keywords: Characteristics, ulcers, chronic, dermatological.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La frecuencia de úlceras crónicas dermatológicas en pacientes hospitalizados muestra una variabilidad considerable, situándose las tasas de úlceras por presión (UPP) en un rango del 5% al 15% a escala global. Por otra parte, la prevalencia de heridas crónicas en la población general se calcula entre el 1,51% y el 2,21%, aunque el impacto es significativamente más pronunciado dentro del entorno hospitalario. (1)

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), estas cifras alcanzan sus niveles máximos, llegando a registrar hasta un 30% de incidencia —o incluso valores superiores según ciertos estudios particulares—, fenómeno atribuido fundamentalmente a la vulnerabilidad de los pacientes críticos. Además, la naturaleza de la internación hospitalaria favorece que una proporción relevante de estas úlceras tenga un origen nosocomial, es decir, se desarrollen durante la estancia hospitalaria. (2)

Cabe señalar que estas lesiones pueden ser clasificadas de diversas maneras, en función de criterios etiológicos, tales como patologías vasculares, neurológicas, infecciosas, o el reposo prolongado —característico de las UPP—, así como por su evolución temporal, distinguiéndose entre agudas y crónicas. Dada la heterogeneidad en sus manifestaciones, las úlceras crónicas dermatológicas se consideran un problema clínico frecuente y de naturaleza multifactorial. (3)

Las úlceras crónicas representan un desafío sanitario de gran magnitud a nivel global, ya que generan un deterioro significativo en la calidad de vida de los pacientes afectados y continúan siendo consideradas como eventos adversos relacionados con prolongadas hospitalizaciones. Aunque persisten discrepancias en cuanto a su epidemiología y patrón de presentación, la literatura científica señala una prevalencia mundial del 8,7%. En el contexto local, un estudio llevado a cabo en Colombia reportó que, en pacientes mayores de 60 años, la prevalencia ascendía a 67,1%. Los grupos etarios más vulnerables incluyen a individuos de 60 a 65 años (14,8%), de 70 a 74 años (13,2%) y de 80 a 85 años (10,4%). (4)

Entre las variantes más relevantes se encuentran las úlceras por presión, que pueden manifestarse desde simples áreas de enrojecimiento hasta lesiones profundas que afectan la integridad de la piel, llegando incluso a comprometer músculo y hueso; estas lesiones suelen aparecer en regiones corporales donde existen prominencias óseas, como consecuencia directa de la presión mantenida. (5)

En cuanto a los factores predisponentes más habituales para el desarrollo de úlceras por presión, destacan los traumatismos raquimedulares y las enfermedades en adultos mayores que cursan con complicaciones neurológicas o múltiples comorbilidades. La correcta estadificación de estas lesiones reviste especial importancia, ya que facilita la identificación precoz y, en consecuencia,

contribuye a optimizar tanto la prevención como el abordaje terapéutico adecuado en el entorno clínico. (6)

En el contexto latinoamericano, se calcula que la prevalencia de úlceras por presión en hospitales de alta complejidad oscila entre un 10% y un 12%, observándose cifras similares en países como México, Argentina, Perú y Chile. En el caso específico de Ecuador, este rango fluctúa entre el 4,5% y el 13%. (7)

Existe una relación significativa entre las lesiones cutáneas ocasionadas por presión y la alteración de los reactantes de fase aguda, como los incrementos en los niveles de proteína C reactiva (PCR). Los individuos que presentan este tipo de afecciones suelen requerir hospitalizaciones prolongadas, así como un mayor ingreso en unidades de cuidados especiales o intensivos. Además, es frecuente que estos pacientes manifiesten alteraciones en parámetros hematológicos y bioquímicos, tales como hemoglobina, linfocitos y albúmina. (8)

Las úlceras crónicas en los servicios hospitalarios sobre todo en la unidad de Cuidados Intensivo, Medicina Interna y Cirugía son un problema de salud pública que ocasionan largos periodos de hospitalización aumentando exponencialmente los riesgo de infecciones intrahospitalarias, mayor gasto al sistema de salud, por lo que tener datos concretos sobre esta problemática es de gran importancia para mejorar la calidad del servicio que evite la formación de úlceras crónicas mientras el paciente permanezca hospitalizado.

1.2. Antecedentes de la investigación

1.2.1. Antecedentes internacionales

Martínez L. (Colombia, 2025) Caracterización de pacientes con úlceras cutáneas crónicas y evaluación de sus niveles de reactantes de fase aguda en Colombia, 2025. Propósito: La investigación se propuso describir las particularidades tanto clínicas como sociodemográficas presentes en personas que presentan lesiones cutáneas y del tejido blando, así como analizar los valores obtenidos para los reactantes de fase aguda en una institución sanitaria especializada de tercer nivel. Materiales y métodos: Se desarrolló un análisis observacional retrospectivo, centrándose en individuos mayores de 18 años que presentaban úlceras cutáneas atribuidas a distintas causas. El total de participantes fue de 56 pacientes diagnosticados con estas lesiones crónicas. Hallazgos: Entre los factores etiológicos más prevalentes identificados destacaron la inmovilidad (26.78%) y la insuficiencia venosa (25%). Las zonas corporales más frecuentemente afectadas fueron el pie y la región sacroglútea, cada una representando el 21.42% del total. Con respecto al tamaño, se halló que un 41.07% presentó úlceras inferiores a 10 cm². En cuanto a parámetros paraclínicos evaluados, las medianas observadas correspondieron a hemoglobina con un valor de 11.7 y proteína C reactiva (PCR) con 4.86. Consideraciones finales: El entendimiento detallado sobre los perfiles clínicos y contextos sociodemográficos en pacientes afectados por úlceras cutáneas crónicas resulta fundamental para que el equipo asistencial ofrezca

intervenciones personalizadas; esto favorece una visión holística del trastorno e impulsa la implementación estratégica de acciones orientadas no solo al control patológico sino también a optimizar la calidad de vida en este grupo poblacional específico. (9)

Sanchez Jimenez, C. (España, 2024) Caracterización automática de heridas crónicas: una revisión sistemática España 2024. Propósito. El trabajo tiene como finalidad analizar cómo la automatización en la interpretación, categorización y predicción de enfermedades y daños a partir de imágenes médicas contribuye al ámbito clínico; esto obedece a que dichas técnicas han evidenciado capacidad para incrementar el rendimiento en la práctica médica. Metodología. Para abordar esta cuestión, se realizó un análisis exhaustivo de publicaciones científicas existentes sobre el tema. Hallazgos. Se identificó una amplia variedad de investigaciones enfocadas en la aplicación de inteligencia artificial en el procesamiento de imágenes clínicas. Los hallazgos obtenidos muestran que estas herramientas tecnológicas poseen la capacidad, dentro del entorno médico, no solo para disminuir la sobrecarga laboral del personal sanitario, sino también para uniformizar los procesos diagnósticos, aumentar tanto la exactitud como el éxito terapéutico e influir favorablemente en los estándares asistenciales ofrecidos a los pacientes. Conclusión. Debido a las dificultades inherentes asociadas con las causas diversas y al limitado reconocimiento visual por parte del especialista, el abordaje de heridas crónicas resulta particularmente desafiante. En consecuencia, incorporar procedimientos automáticos dirigidos a estas lesiones representa una opción prometedora con vistas a optimizar tanto los servicios médicos brindados como el bienestar general de quienes padecen este tipo de condiciones en un futuro próximo. (10)

Flores Domínguez, A. (México, 2025) Manifestaciones dermatológicas en enfermedad injerto contra huésped de pacientes post trasplantados de células progenitoras hematopoyéticas en un hospital del noreste de México 2025. Propósito: El objetivo central consistió en analizar las alteraciones dermatológicas que se presentan en la enfermedad injerto contra huésped (EICH) entre individuos sometidos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, dentro del contexto específico de un hospital ubicado en el noreste mexicano. Material y métodos: La investigación llevada a cabo fue de tipo descriptivo, con un diseño observacional transversal y ambispectivo, abarcando tanto revisión retrospectiva como recolección prospectiva de datos. Resultados: Participaron en el estudio un total de 49 sujetos que habían recibido trasplante de células progenitoras hematopoyéticas; el grupo estuvo compuesto por 35 hombres (equivalente al 71.4%) y 14 mujeres (28.6%). El rango etario predominante correspondió al intervalo entre 11 y 15 años, representando el 40.8% del total. En lo referente a EICH agudo, las lesiones cutáneas registradas con mayor frecuencia fueron las erupciones maculopapulares (81%), seguidas por prurito (28.6%) y eritema (23.8%). Por otro lado, entre los casos identificados con EICH crónico

sobresalieron la presencia de úlceras (48%), hiperpigmentación cutánea (40%) y prurito (36%). Respecto al grado de severidad observado para ambas formas clínicas predominó la manifestación limitada; asimismo, se distinguieron localizaciones anatómicas particulares según la fase: extremidades y tronco para EICH agudo, mientras que boca y uñas resultaron ser más comunes durante la evolución crónica. En cuanto a mortalidad global registrada en este grupo fue del 12.2%. Conclusión: Se observó que las manifestaciones dermatológicas asociadas a EICH presentaron considerable variabilidad; además, existieron contrastes notorios tanto desde el punto clínico como temporal entre los cuadros agudos frente a los crónicos. (11)

Beltrán V. (Colombia, 2021) Caracterización clínica de pacientes con recurrencia de úlcera por enfermedad venosa crónica en Colombia, 2021. El propósito principal que guio la presente investigación consistió en identificar los rasgos clínicos predominantes en individuos que experimentan recurrencia de úlceras secundarias a enfermedad venosa crónica. Para abordar esta meta, se llevó a cabo una investigación descriptiva con un enfoque retrospectivo y diseño transversal; en ella se seleccionaron personas mayores de 18 años diagnosticadas específicamente con úlcera vascular relacionada con insuficiencia venosa crónica. En lo referente a los hallazgos obtenidos, la proporción registrada de pacientes que presentaron recurrencia alcanzó un 15.7%. Se observó que la edad promedio fue de 65 años; el grupo analizado estuvo conformado principalmente por mujeres, representando el 72.7%, mientras que un 77.3% residía sin compañía. En cuanto al perfil de comorbilidades más frecuentes, la hipertensión arterial afectó al 72.7% y el exceso ponderal se detectó en el 45.5% del total evaluado. Respecto a la localización anatómica, se encontró mayor compromiso en las extremidades inferiores izquierdas (68.2%). Analizando hábitos diarios, los participantes mantuvieron elevación del miembro involucrado durante aproximadamente 50.9 minutos al día y permanecieron erguidos alrededor de 6.6 horas diarias. Finalmente, las conclusiones extraídas señalan que la tasa de recurrencia documentada para úlceras asociadas a enfermedad venosa crónica resultó inferior respecto a los porcentajes notificados previamente en otras publicaciones científicas; adicionalmente, predomina su aparición entre mujeres alrededor de los 65 años y suele coexistir con diversas condiciones concomitantes tales como sobrepeso, desnutrición, consumo de tabaco y dislipidemias, entre otras afecciones metabólicas o nutricionales relevantes. Se ratifica también una mayor incidencia sobre el miembro inferior izquierdo dentro del grupo estudiado. (12)

Llanes Barrios JA. (Cuba, 2025) Tratamiento de úlceras cutáneas no relacionadas con diabetes mediante Factor de Crecimiento Epidérmico Humano Recombinante en Cuba, 2025. Propósito: El objetivo central consistió en analizar diversas variables vinculadas a la utilización del Factor de Crecimiento Epidérmico Humano Recombinante administrado a personas diagnosticadas con úlceras cutáneas que no presentaban asociación con la diabetes mellitus. Metodología: Se llevó a

cabo una investigación de tipo descriptivo y retrospectivo, destinada a caracterizar la experiencia clínica observada durante el periodo analizado. Hallazgos: La población estudiada estuvo conformada por 42 sujetos que presentaban úlceras cutáneas atribuidas a causas heterogéneas: etiología arterial (4 casos), origen venoso (15 individuos), lesiones de carácter traumático (11 pacientes), úlceras vinculadas a cuadros inflamatorios-infecciosos en vasos linfáticos (10 casos) y dos pacientes con heridas neurotróficas. En todos los integrantes del estudio se procedió a la administración local, dentro del área lesionada, del Factor de Crecimiento Epidérmico Humano Recombinante. Antes de completar un lapso terapéutico equivalente a tres semanas, se verificó que en el total de los casos había surgido tejido de granulación apto para el proceso reparador. A lo largo del seguimiento clínico no emergieron eventos adversos atribuibles al uso del producto investigado. Consideraciones finales: El cierre completo fue documentado para todas las lesiones tratadas. La aplicación intralesional del factor evaluado se integra como complemento relevante dentro de las diversas alternativas terapéuticas recomendadas para contrarrestar los efectos perjudiciales derivados de la presencia de biofilm sobre el proceso cicatricial propio de las heridas cutáneas. (13)

Esteban Jiménez Ó. (España, 2023) Estudio sobre las notificaciones de úlceras cutáneas asociadas a medicamentos en España. Durante el año 2023 se llevó a cabo una investigación centrada en determinar la contribución de los fármacos a la aparición de úlceras cutáneas. El objetivo consistió en evaluar específicamente el rol etiológico que desempeñan los medicamentos en estos procesos. Para ello, se realizó un análisis exhaustivo de todas las comunicaciones espontáneas recibidas que hacían referencia a úlceras cutáneas sospechosas de estar vinculadas al consumo de medicamentos. En cuanto a los hallazgos, se recopilaron un total de 292 reportes relacionados con posibles reacciones adversas medicamentosas (RAM), donde la lesión ulcerosa figuraba como evento asociado al uso farmacológico. Estos casos involucraron 369 diferentes productos medicinales, equivalentes a 427 principios activos distintos. Se observó una predominancia de las úlceras en pacientes femeninas, presentando estas una edad promedio situada en los 56,6 años. Los agentes terapéuticos señalados con mayor frecuencia dentro de estas notificaciones incluyeron los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2), vacunas desarrolladas contra la COVID-19, metotrexato, hidroxycarbamida, trimetoprima-sulfametoxazol, foscarnet trisódico hexahidrato, ribavirina, docetaxel, acenocumarol y imiquimod; asimismo se identificó una asociación destacada entre lidocaína Hcl-pentosano polisulfato sódico-triamcinolona acetónido y la aparición de dichas lesiones. (14)

Palomar Albert D. (España, 2025) Calidad de vida en personas con úlceras cutáneas crónicas en España: análisis para 2025. Propósito del estudio: La investigación tuvo como finalidad principal analizar cómo varía la calidad de vida y la capacidad para realizar actividades básicas cotidianas

(ABVD) en individuos diagnosticados con úlceras cutáneas de difícil resolución, además de establecer comparaciones entre los diferentes tratamientos empleados. Diseño y métodos: Se llevó a cabo una investigación analítica que combinó características observacionales, transversales y prospectivas. Participaron 278 sujetos, todos ellos presentando lesiones cutáneas que persistían durante al menos seis semanas. Para valorar los resultados se emplearon los instrumentos EuroQoL-5D, DLQI y el índice de Barthel en distintas consultas —la inicial, la quinta y la última— realizadas durante el seguimiento. Principales hallazgos: A lo largo del periodo observado se detectó una mejoría significativa en cuanto a la calidad de vida; esta mejoría incluyó reducción del dolor físico experimentado, menor sentimiento de vergüenza e impacto social negativo, así como una percepción más positiva respecto al disfrute del tiempo libre y a las capacidades físicas funcionales. Los registros obtenidos mediante los cuestionarios DLQI y EuroQoL-5D reflejaron valores superiores tras las intervenciones terapéuticas, siendo estos aún más evidentes cuando se recurrió a opciones menos invasivas. Por otra parte, se identificó que algunos pacientes presentaron un descenso en su independencia funcional completa, fenómeno atribuido tanto al avance propio de su patología subyacente como a enfermedades asociadas. Conclusión: El abordaje terapéutico aplicado sobre las úlceras cutáneas crónicas demostró efectos positivos sobre el bienestar general percibido por los pacientes, traducándose tanto en una mejor calidad de vida como en mayor desempeño funcional durante el desarrollo cotidiano. (15)

López-Alayeto C. (Lleida, 2022) Prevalencia de heridas crónicas y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en atención primaria de la provincia de Lleida en 2022. Propósito: El objetivo fundamental fue determinar cuántos individuos atendidos en los centros de atención primaria padecían heridas crónicas durante el periodo analizado. Método: Se llevó a cabo una investigación descriptiva basada en la observación, con un diseño transversal que permitió captar la situación en un momento concreto del año 2022. Hallazgos: Al evaluar los datos recabados, se encontró que el porcentaje de personas con alguna herida crónica correspondía al 0,19%. Dentro de este grupo, las úlceras venosas destacaron por su frecuencia al alcanzar una tasa del 0,047%, seguidas por las úlceras ocasionadas por presión, que presentaron una proporción del 0,03%. Respecto a la distribución por género, las mujeres representaron el 51,21% de quienes padecían este tipo de lesiones. El promedio etario entre los afectados resultó ser de 72 años. Analizando el detalle según la naturaleza específica de las lesiones identificadas: un 24,91% correspondió a úlceras venosas; lesiones debidas a presión sumaron un 15,92%; casos asociados al pie diabético alcanzaron el 9%; desgarros cutáneos estuvieron presentes en un 9,17%; úlceras arteriales abarcaron el 6,40%; problemas derivados de la separación anormal en suturas (dehiscencias) se situaron en el 6,92%; heridas sometidas a cicatrización secundaria como los quistes pilonidales representaron el 4,50%; quemaduras conformaron un 3,63%, mientras que alteraciones cutáneas derivadas de incontinencia totalizaron el 1,21%. El apartado catalogado como otros tipos englobó al restante

18,34%. Conclusión: Los datos reflejan que la proporción registrada para heridas crónicas ascendió al mencionado valor del 0,19%. Las úlceras venosas constituyeron la variante más comúnmente observada entre todos los cuadros evaluados y fueron seguidas inmediatamente por las lesiones vinculadas a presión. Adicionalmente se evidenció que las mujeres experimentan una presencia ligeramente mayoritaria respecto a los hombres dentro del universo estudiado y que la edad media para estos pacientes estuvo situada en torno a los setenta y dos años. (16)

1.2.2. Antecedentes nacionales

Pecho Quispe, N. (Trujillo, 2022) Infección de úlceras de pie y su asociación con bacterias patógenas en diabéticos tipo 2 Trujillo 2022. El propósito central de este trabajo consistió en establecer si existía una relación entre la presencia de infección en las úlceras del pie y la aparición de bacterias patógenas en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, atendidos durante el año 2022 en un Centro médico especializado ubicado en Trujillo. Esta indagación adoptó un enfoque transversal e incluyó a un total de 42 sujetos seleccionados conforme a criterios preestablecidos; estos fueron distribuidos equitativamente: el primer grupo, conformado por 21 personas que presentaban úlcera diabética infectada, constituyó la muestra observacional, mientras que los restantes 21 casos correspondieron al grupo control, integrado por individuos cuyas úlceras diabéticas no evidenciaban infección. Para el análisis estadístico se empleó la prueba Chi cuadrado, técnica elegida por su capacidad para explorar asociaciones entre variables categóricas. En cuanto a los hallazgos descriptivos, se observó que tanto las lesiones infectadas como las no infectadas representaron cada una el 50% dentro del universo estudiado. Por otro lado, la proporción de detección de bacterias patógenas alcanzó el 28,6% en quienes tenían úlceras infectadas y subió al 47,6% dentro del grupo con lesiones no infectadas. Entre los microorganismos identificados con mayor frecuencia se destacaron *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus faecalis*; ambos agentes son reconocidos como patogénicos para humanos. El estudio concluyó señalando la ausencia de asociación estadísticamente significativa entre las variables consideradas —dada la falta de significación del p-valor—. Adicionalmente, al contrastar este informe con otras publicaciones sobre temas similares, se evidenció ausencia de coincidencias metodológicas respecto al procedimiento seguido para identificar los microorganismos implicados. (17)

Santana Diaz, R. (Trujillo, 2024) Factores de riesgo para úlceras varicosas en adultos mayores con insuficiencia venosa. Trujillo 2024. El propósito central de este trabajo consistió en identificar los factores de riesgo vinculados al desarrollo de úlceras varicosas en personas adultas mayores diagnosticadas con insuficiencia venosa. Para abordar esta finalidad, se implementó una investigación aplicada, observacional, descriptiva y transversal que empleó un enfoque retrospectivo analítico-comparativo; bajo estos lineamientos, fueron revisados 430 expedientes

clínicos correspondientes a pacientes geriátricos con insuficiencia venosa atendidos en los servicios de Medicina Interna y Cirugía Cardiovascular, detectándose la presencia de úlceras varicosas en 17 casos. Los hallazgos obtenidos permitieron constatar que solo el 6,90% de los adultos mayores evaluados y diagnosticados con insuficiencia venosa —que acudieron a las mencionadas áreas del Hospital Regional Docente de Trujillo III-1— presentaron úlceras varicosas durante el periodo analizado; esto indica una prevalencia baja dentro del grupo estudiado. (18)

Palomino Silvera, N. (Perú, 2022) Factores vinculados al desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados en un establecimiento de salud peruano durante 2022. La presente investigación tuvo como finalidad determinar los factores que presentan asociación con la aparición de úlceras por presión (UPP) entre adultos mayores tratados en un hospital del Perú en el año 2022. Se llevó a cabo un estudio con diseño de casos y controles, seleccionando una muestra compuesta por 159 individuos identificados como casos y 318 sujetos clasificados como controles. En cuanto a los hallazgos obtenidos, se evidenció que ciertos factores internos tales como la edad ($p<.001$; OR = 2,172), el género ($p<.001$; OR = 2,177), el índice de masa corporal ($p<.001$; OR = 2,735), antecedentes patológicos previos ($p=0,002$; OR = 1,997), la condición de inmovilidad permanente ($p<.001$; OR= 2,834) y el estado de conciencia alterado ($p<.001$; OR = 2,092) mostraron una asociación estadísticamente significativa y actúan como factores predisponentes para desarrollar UPP. Asimismo, se estableció que la duración de la hospitalización ($p<.001$; OR =4,038) constituye también un factor relacionado y aumenta el riesgo para la presentación de este tipo de lesiones cutáneas. A partir del análisis realizado se concluyó que existen factores asociados al surgimiento de UPP en pacientes adultos mayores atendidos en dicho establecimiento peruano durante el periodo evaluado. (19)

Alcantara Marquina, D. (Trujillo, 2023) Grado de instrucción y autocuidado preventivo en personas diabéticas con úlcera de pie en Perú durante 2023. Propósito: Se plantea como finalidad caracterizar tanto el nivel educativo alcanzado como las prácticas de autocuidado orientadas a la prevención entre individuos diagnosticados con diabetes que presentan úlceras en los pies, atendidos en una institución hospitalaria pública ubicada en Trujillo, dentro de la región La Libertad. Materiales y métodos: El trabajo se inscribe dentro del enfoque cuantitativo y responde a un diseño descriptivo, siendo catalogado como un estudio aplicado. Para la selección de participantes se utilizó un muestreo censal que abarcó a un total de 30 sujetos diagnosticados específicamente con Pie diabético. Resultados: Dentro del grupo analizado, la edad promedio fue calculada en 56.37 años. Se observó que el 56.7% ($n=17$) correspondían al sexo masculino, mientras que el 33.3% ($n=10$) convivían en pareja. Asimismo, el 56.7% ($n=17$) tenía procedencia rural y el 60.0% ($n=18$) llevaba menos de cinco años desde su diagnóstico de diabetes; cabe

señalar también que al 46.7% (n=14) únicamente se les afectaba el pie derecho por esta complicación y que para el 86.7% (n=26), solo el antepié estaba comprometido. Según la clasificación de Wagner, un 40% (n=12) desarrolló úlceras grado V; además, más de la mitad—el 53.3% (n=16)—tenía estudios primarios como máximo nivel educativo alcanzado y finalmente, respecto al autocuidado preventivo, dos tercios—el 66.7% (n=20)—mostraron solo un nivel regular. Conclusiones: De acuerdo a estos hallazgos, una proporción considerablemente elevada no alcanza niveles adecuados o satisfactorios en términos de conductas preventivas orientadas al autocuidado entre quienes padecen diabetes acompañada por úlceras localizadas en los pies. (20)

Espinoza AR. (Lima, 2022) Asociación entre la anemia y los desenlaces clínicos adversos de la úlcera de pie diabético en pacientes adultos peruanos en un Hospital de Lima 2022. La investigación tuvo como propósito determinar si existía una relación entre la presencia de anemia y la ocurrencia de eventos clínicos negativos asociados a la úlcera de pie diabético (UPD) en personas adultas hospitalizadas. Métodos. Se efectuó un estudio analítico empleando información secundaria derivada de dos cohortes retrospectivas que incluyeron pacientes internados por UPD. Para establecer el estado anémico, se utilizó el nivel de hemoglobina registrado al momento del ingreso hospitalario, definiéndose así la variable principal a estudiar. Resultados. Participaron 160 individuos, cuya edad promedio fue 58 años con una desviación estándar de 12,7 años. Se identificó anemia en 102 sujetos (lo que corresponde al 63,8% del total); asimismo, se registraron desenlaces clínicos desfavorables en 111 pacientes (69,4%). En cuanto a amputaciones mayores o menores asociadas a UPD, estas ocurrieron en 49 personas (44,1%), mientras que 62 individuos (55,9%) tuvieron una evolución caracterizada por ausencia de cicatrización completa. El análisis estadístico reveló que quienes presentaban anemia tenían mayor probabilidad de desarrollar el desenlace compuesto adverso ($RRa = 1,37$; $IC95\%: 1,05 - 1,80$; $p=0,019$), así como también aumentaba el riesgo específico para amputación ($RRa = 1,78$; $IC95\%: 1,12 - 3,28$; $p=0,017$). Por otro lado, respecto a la relación entre anemia y fracaso en la cicatrización ulcerosa no se halló significancia estadística suficiente ($RRa = 1,43$; $IC95\%: 0,96 - 2,12$; $p=0,072$). Conclusión. En síntesis—y atendiendo los resultados descritos—se evidenció que tener anemia eleva tanto el riesgo global para desenlaces clínicos adversos como el peligro particular de sufrir amputaciones entre quienes están hospitalizados por UPD. (21)

1.2.3. Antecedentes locales

Burga Chávez, A. (Ica, 2024) Factores que influyen en la aparición de úlceras crónicas de origen vascular en las extremidades inferiores en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el periodo 2022-2024. Objetivo. El propósito central fue identificar los factores que contribuyen a la presencia de úlceras crónicas de etiología vascular localizadas en las extremidades inferiores. Material y métodos. Se realizó una investigación con un diseño no

experimental, transversal y descriptivo, aplicando un enfoque retrospectivo y cuantitativo. El análisis incluyó información recopilada de historias clínicas correspondientes a un total de 216 personas diagnosticadas con úlceras vasculares. Resultados. Dentro del universo estudiado, predominó la presencia de úlceras arteriales, representando el 81,9% del total. En cuanto a distribución etaria, se identificó que el grupo comprendido entre los 60 y 64 años concentró el mayor porcentaje (40,7%). Predominó además el sexo masculino (54,9%). Respecto a la tipificación clínica, sobresalieron las úlceras asociadas a diabetes mellitus (68,1%), seguidas por aquellas atribuidas a presión o escaras (26,5%) y vasculitis (5,3%). Las lesiones profundas fueron predominantes en ese mismo porcentaje (68,1%), mientras que dentro del subgrupo caracterizado como limpias figuraron el 18,6%. Por otro lado, se reportó tejido gangrenado en el 52,2% e infecciones activas en el 29,2%. Un número significativo presentó lesiones igual o mayores a dos centímetros (83,2%). Analizando comorbilidades asociadas al grupo general: diabetes mellitus tipo 2 estuvo presente en el 72,6%, hipertensión arterial afectaba al 37,2%, enfermedad renal crónica se observó en un 5,3%, mientras que obesidad aparecía en un 13,3%. En relación con hábitos nocivos para la salud vascular: consumo de tabaco alcanzó al 28,3% y consumo alcohólico al 23%. Al focalizarse específicamente sobre las ulceraciones venosas: fue más común encontrar pacientes entre los 68 y los 79 años (52%), prevaleció aquí el sexo femenino (64%) y una mayoría tenía antecedentes prolongados de bipedestación (56%). En este grupo predominaban lesiones superficiales (60%), diabetes mellitus tipo 2 afectaba al 36%, hipertensión arterial estaba presente en el 24%, ningún caso registró enfermedad renal crónica y obesidad fue detectada en un 16%. Además, se halló consumo activo de tabaco en un 36% y uso regular de alcohol en un 28% dentro del subgrupo con úlcera venosa. Conclusión. El análisis permitió establecer que las ulceraciones vasculares originadas por compromiso arterial presentan una frecuencia superior frente a aquellas causadas por insuficiencia venosa. (22)

1.3.Marco teórico

Una úlcera crónica es una herida abierta (pérdida de continuidad de la piel y, a veces, de tejidos más profundos) que no cicatriza en un tiempo esperado o no progresa de manera adecuada hacia la cicatrización, generalmente por persistencia de la causa que la originó como en el caso de mala circulación, presión sostenida o neuropatía. (23)

1.3.1. Epidemiología

La aparición de úlceras en las extremidades inferiores constituye una fuente importante de morbilidad y representa, además, un considerable peso económico a escala global. Solo en el territorio estadounidense, se calcula que aproximadamente 6,5 millones de individuos padecen heridas crónicas definidas como aquellas lesiones que no logran cerrar adecuadamente en los plazos esperados; esta situación implica no solo una elevada morbilidad para quienes las

presentan, sino también un impacto financiero estimado en al menos 25 000 millones de dólares cada año. A medida que la población mundial envejece y se incrementan tanto la prevalencia de obesidad como la incidencia de diabetes mellitus, se proyecta que la frecuencia de úlceras crónicas localizadas en extremidades inferiores continuará elevándose en el futuro cercano. (23)

La epidemiología de las úlceras crónicas describe cuán frecuentes son, en qué grupos aparecen más, qué tipos predominan y qué impacto sanitario generan. A nivel práctico, se observa un patrón consistente: las úlceras crónicas se concentran en personas mayores, en quienes tienen enfermedades crónicas (diabetes, enfermedad vascular), y en situaciones de movilidad reducida. Principales tipos y sus patrones epidemiológicos. (24)

Úlceras venosas (pierna). Suelen ser la causa más frecuente de úlcera crónica en miembros inferiores en la comunidad, aumentan con la edad y con factores asociados a insuficiencia venosa: antecedentes de trombosis venosa, várices, obesidad, trabajos de pie, y embarazos, como lo que ocurre en persona mayor con edema crónico y cambios de coloración en la pierna que desarrolla úlcera cerca del tobillo. (24)

Úlceras arteriales (isquémicas). Menos frecuentes que las venosas, pero con mayor riesgo de complicaciones (dolor, necrosis, amputación) cuando la perfusión está muy reducida, las que se asocian a enfermedad arterial periférica, más común son personas mayores, fumadores, hipertensos, diabéticos y personas con dislipidemia, de allí que el riesgo aumenta en adulto mayor fumador con dolor al caminar (claudicación) que desarrolla lesión en dedos del pie. (24)

Úlceras del pie diabético (neuropáticas/isquémicas o mixtas). Su frecuencia depende fuertemente de la prevalencia de diabetes y del control metabólico (glucosa), así como del acceso a calzado adecuado, curaciones y evaluación vascular, concentradas en personas con diabetes de varios años, neuropatía periférica, deformidades del pie y antecedentes de úlcera previa, siendo el prototipo persona con diabetes que no percibe una ampolla plantar y progresa a úlcera. (25)

Úlceras por presión (lesiones por presión). Su epidemiología está ligada a la inmovilidad: hospitalización prolongada, UCI, postración domiciliaria, lesión medular, ACV, fragilidad en adultos mayores, aumentan cuando hay desnutrición, incontinencia, mala perfusión, sedación y falta de cambios posturales, por lo tanto, estas úlceras prevalecen en pacientes encamados con lesión en sacro o talón tras varios días sin medidas de alivio de presión. (25)

1.3.2. Fisiopatología

La fisiopatología de las úlceras crónicas consiste en un fracaso sostenido del proceso normal de cicatrización. En lugar de avanzar ordenadamente por fases (hemostasia → inflamación → proliferación/angiogénesis → remodelación), la herida queda “atrapada” en un estado de inflamación persistente, con pobre perfusión, daño tisular repetido y microambiente hostil para que las células reparen. (26)

A) Cicatrización normal vs. úlcera crónica (mecanismo central). En una herida aguda: se forma coágulo, llega inflamación “controlada”, luego aparecen fibroblastos y queratinocitos que rellenan y cubren la herida, crecen vasos (angiogénesis) y finalmente se reorganiza colágeno.

En una úlcera crónica: predominan inflamación prolongada (neutrófilos/macrófagos activados), exceso de proteasas (p. ej., metaloproteinasas, MMP) que degradan matriz extracelular, menor actividad de factores de crecimiento, biofilm bacteriano (colonización organizada que sostiene inflamación), hipoxia y perfusión insuficiente. (26)

B) Vías fisiopatológicas según la causa (las más frecuentes)

Úlcera venosa (insuficiencia venosa crónica), falla del retorno venoso → hipertensión venosa sostenida → fuga capilar y edema → inflamación local y daño microvascular → piel frágil que ulcera, el edema aumenta la distancia de difusión de oxígeno y nutrientes y dificulta llegada de células reparadoras, así la secuencia es de una úlcera cerca del tobillo con edema; piel con hiperpigmentación y dermatitis por estasis. (27)

Úlcera arterial (isquémica), el mecanismo es, aterosclerosis/obstrucción → bajo flujo sanguíneo → hipoxia → células no pueden sintetizar colágeno ni sostener defensa inmune eficaz, lo que trae como consecuencia más necrosis, dolor y mala respuesta a curaciones si no se restaura perfusión, que es la que prevalece en lesión en dedos o borde lateral del pie; pie frío, pulsos débiles. (27)

Úlcera del pie diabético (neuropática ± isquémica). En todo el mundo, la cifra de individuos diagnosticados con diabetes asciende a 537 millones. Se calcula que la proporción de pacientes diabéticos que experimentan una úlcera en el pie oscila entre un 19% y un 34%. Por otro lado, aproximadamente el 10% de quienes reciben este diagnóstico fallecen durante los doce meses posteriores. Entre los elementos que incrementan la probabilidad de aparición de úlcera del pie en personas diabéticas se encuentran factores como la edad avanzada, el género, las características étnicas, niveles persistentemente altos de HbA1c, consumo de tabaco, presencia de patologías cardiovasculares, enfermedad renal terminal y retinopatía. Las posibilidades de que la úlcera reaparezca después del primer episodio pueden llegar al 20%, situación que conlleva riesgos considerables tales como la amputación de extremidades inferiores. (28)

El mecanismo fisiopatológico incluye una neuropatía: pérdida de sensibilidad → microtraumas repetidos no percibidos + deformidades → puntos de presión → ruptura de piel, la hiperglucemia altera función de neutrófilos y cicatrización, se producen microangiopatía y/o EAP: peor perfusión, trayendo como consecuencia una úlcera plantar en cabeza de metatarsianos; callo alrededor; el paciente refiere poco dolor. (28)

Úlcera por presión. Mecanismo: presión sostenida (y cizallamiento) supera la presión capilar generando colapso microvascular e isquemia con necrosis; al aliviarse, la reperfusión también puede contribuir al daño, como la que se inicia en sacro o talón en encamados; inicia como eritema persistente y progresa a lesión profunda. (29)

C) Microambiente que perpetúa la cronicidad (común a varias etiologías). Hipoxia tisular (por isquemia o edema). Inflamación persistente (ciclo de daño–inflamación–más daño). Biofilm: bacterias en matriz protectora facilita la resistencia a antibióticos haciendo que la inflamación se haga crónica. Proteasas altas / matriz degradada: se destruye el “andamio” que necesitan las células para migrar y cerrar la herida. Estrés mecánico repetido: presión/rozamiento continuos reabren microlesiones. Factores sistémicos: anemia, desnutrición, tabaquismo, insuficiencia renal, corticoides, edad avanzada. (30)

1.3.3. Clasificación

La clasificación de las úlceras crónicas se hace, sobre todo, por causa (etiología), porque eso determina el tratamiento (compresión, descarga, revascularización, etc.). Una clasificación clínica práctica es: (31)

Úlceras vasculares

Venosas: por insuficiencia venosa crónica, suele ser una úlcera en región maleolar medial; piel con hiperpigmentación/eczema varicoso; edema vespertino. (31)

Arteriales (isquémicas): por enfermedad arterial periférica, típicamente se inicia como lesiones en dedos o borde lateral del pie; piel fría/pálida, dolor al elevar la pierna; pulsos disminuidos.

Mixtas (veno-arteriales): combinación de ambas, son úlcera tipo venosa, pero con signos de isquemia; dolor más intenso y mala respuesta a compresión no evaluada. (31)

Úlceras neuropáticas

Diabéticas (pie diabético): por neuropatía ± isquemia, como es la úlcera plantar en puntos de apoyo; callos alrededor; el paciente “no siente” la lesión al inicio. Otras neuropatías (menos frecuentes): por pérdida de sensibilidad por otras causas neurológicas, como las úlceras repetidas en zonas de trauma por falta de percepción del dolor. (32)

Úlceras por presión (lesiones por presión)

Por presión sostenida, fricción y cizallamiento en personas con movilidad reducida, suelen producirse en el sacro, talones, trocánteres; empeoran si no hay cambios posturales y superficies de alivio. Las úlceras por presión (UPP) constituyen un tipo de daño localizado en la piel y en los tejidos subyacentes, originado a partir de la exposición continua a fuerzas de presión que afectan fundamentalmente las áreas del cuerpo situadas sobre prominencias óseas—como los talones, tobillos, caderas y región del sacro. Este fenómeno ocurre con mayor frecuencia en individuos que permanecen inmovilizados durante largos periodos, ya sea porque requieren reposo prolongado en cama, emplean silla de ruedas o carecen de capacidad para movilizarse o modificar su postura por sí mismos. La aparición de estas lesiones no solo incrementa el tiempo que el paciente debe permanecer hospitalizado o internado en una institución sanitaria, sino que también implica un riesgo considerable para la vida si no reciben intervención adecuada; su evolución puede derivar en complicaciones fatales ante la ausencia de tratamiento oportuno. (33)

Úlceras inflamatorias / autoinmunes. Por vasculitis, pioderma gangrenoso, enfermedades del tejido conectivo, etc, estas úlceras suelen ser muy dolorosa, bordes violáceos o socavados; empeora con traumatismos mínimos (fenómeno de patergia). (34)

Úlceras neoplásicas (malignas). Heridas crónicas por cáncer primario de piel o degeneración de una lesión crónica, es una úlcera que sangra con facilidad, bordes evertidos/indurados, crecimiento progresivo pese a curaciones. (34)

Úlceras infecciosas crónicas (según contexto). Algunas infecciones pueden ulcerar y persistir, especialmente si hay inmunosupresión o diagnóstico tardío, son úlceras cutáneas persistentes con secreción, bordes irregulares; en zonas endémicas se consideran etiologías específicas según región. (34)

1.3.4. Diagnóstico

El diagnóstico de las úlceras crónicas no es solo “ver la herida”, sino identificar su causa (etiología), descartar complicaciones (infección profunda, isquemia crítica, osteomielitis, malignidad) y medir factores que impiden cicatrizar. En la práctica se trabaja con un enfoque por pasos:

1) Historia clínica dirigida (qué preguntar)

Tiempo de evolución y si ha habido mejoría real (disminuye tamaño, menos exudado) o está “estancada”. Dolor: intenso en reposo sugiere isquemia; poco dolor en pie diabético sugiere neuropatía. Se debe indagar sobre los factores de riesgo:

Venosa: várices, edema crónico, trombosis previa.

Arterial: tabaquismo, HTA, dislipidemia, claudicación.

Diabetes/neuropatía: años de diabetes, pérdida de sensibilidad, úlcera previa.

Presión: inmovilidad, encamamiento, UCI, silla de ruedas.

Tratamientos previos (curaciones, antibióticos, plantas/irritantes) y respuesta.

Síntomas sistémicos: fiebre, escalofríos, decaimiento (alerta de infección). (35)

2) Examen físico de la úlcera y del paciente (qué buscar)

Ubicación: maleolar medial (venosa), dedos/borde lateral (arterial), planta (diabética), sacro/talón (presión). Evaluar el aspecto:

Venosa: bordes irregulares, exudado, piel hiperpigmentada, edema.

Arterial: bordes “netos”, base pálida/necrosis, piel fría, poco exudado.

Diabética: callo, deformidades del pie, piel seca, pérdida de sensibilidad.

Presión: sobre prominencias óseas; puede haber escara.

Perfusión: pulsos pedio/tibial posterior, llenado capilar, temperatura, color.

Sensibilidad (tamizaje de neuropatía): monofilamento si se dispone, vibración.

Medición y registro: largo/ancho/profundidad, exudado, olor, tejido necrótico, dolor, piel perilesional. (36)

3) Pruebas básicas para confirmar etiología y guiar manejo. Índice tobillo-brazo (ITB/ABI) o Doppler: clave para evaluar componente arterial antes de compresión intensa. Glucosa/HbA1c si hay sospecha o diagnóstico de diabetes. Laboratorio si se sospecha infección o comorbilidad: hemograma, PCR/VSG; función renal si habrá antibióticos o contraste. (37)

Cultivo: si hay infección clínica; idealmente de tejido profundo tras limpieza/desbridamiento (no del exudado superficial). (37)

Imagen (pie diabético o sospecha de profundidad): Radiografía si se sospecha gas, cuerpo extraño u osteomielitis (y según evolución, estudios más avanzados si se requiere). (37)

4) Diagnóstico diferencial (cuándo pensar “no es lo típico”).

Úlcera inflamatoria (vasculitis, pioderma gangrenoso): dolor desproporcionado, bordes violáceos / socavados, empeora con trauma mínimo. Úlcera neoplásica (maligna): herida que no cierra pese a manejo correcto, bordes indurados/evertidos, sangrado fácil, crecimiento progresivo. En estos casos se considera biopsia. (38)

5) Criterios de alarma (requieren evaluación urgente/presencial)

Dolor intenso en reposo, pie frío/pálido o necrosis extensa (posible isquemia crítica).

Fiebre, celulitis extensa, mal olor con deterioro rápido, o signos de sepsis.

Sospecha de osteomielitis (hueso palpable/visible, úlcera profunda y persistente).

Gangrena, gas en tejidos, o empeoramiento acelerado. (39)

1.3.5. Factores de riesgo

Los factores de riesgo de las úlceras crónicas se entienden mejor si se agrupan en: factores locales que dañan la piel o reducen perfusión, factores sistémicos que deterioran cicatrización, y factores conductuales y del entorno que perpetúan el daño o retrasan la atención. Además, cambian según el tipo de úlcera (venosa, arterial, diabética, por presión).

1) Factores locales y vasculares (mecanismo: perfusión deficiente o edema persistente). En la población general, la insuficiencia venosa crónica aparece con una alta frecuencia y se vincula a síntomas en las extremidades inferiores que tienden a incrementarse progresivamente, tales como sensación de pesadez, edema, cambios en la coloración cutánea e incluso formación de úlceras. Este cuadro clínico puede ser consecuencia de obstrucción venosa, reflujo sanguíneo patológico o una combinación de ambos procesos. Tanto la insuficiencia venosa como las varices representan afecciones prevalentes en sociedades occidentales. Entre los factores que incrementan el riesgo para desarrollar estas patologías destacan: mayor edad, sexo femenino, existencia de antecedentes familiares, embarazo y número de partos previos (paridad), obesidad, mantenimiento prolongado de la posición erguida y presencia previa de trombosis venosa profunda. Cabe señalar que dentro del conjunto etiológico responsable de las úlceras localizadas en miembros inferiores predomina la enfermedad venosa crónica; estas lesiones suelen estar asociadas con deterioro significativo en la calidad de vida del paciente afectado. (40)

Insuficiencia venosa crónica/várices donde hay hipertensión venosa, edema, dermatitis por estasis, es una persona con edema vespertino y piel hiperpigmentada en la pierna; antecedente de trombosis venosa profunda. Enfermedad arterial periférica (EAP) (aterosclerosis) con isquemia e hipoxia tisular, como es el caso de un paciente fumador con claudicación; pulsos débiles y pie frío. Edema crónico (por causa venosa, linfática o mixta) lo que aumenta presión tisular y reduce llegada de oxígeno, es una pierna “hinchada” de forma persistente; piel macerada alrededor de la herida. (40)

2) Factores neuropáticos y mecánicos (mecanismo: trauma repetido no percibido o presión sostenida). Diabetes mellitus (especialmente de larga data) con neuropatía produce peor defensa inmune y peor microcirculación. Neuropatías no diabéticas (menos frecuente) por pérdida de sensibilidad y micro trauma repetido. Presión prolongada, fricción y cizallamiento (inmovilidad) vulnera a lesión por presión, es un paciente encamado con lesión sacra; talones en paciente con movilidad limitada. Deformidades del pie y calzado inadecuado → puntos de alta presión, existe dedos en garra o prominencias óseas con zapatos apretados; plantillas inexistentes en pie de riesgo. (41)

Las úlceras que se desarrollan en el pie de personas con diabetes constituyen una de las complicaciones más graves y perjudiciales relacionadas con esta enfermedad; su presencia implica riesgos elevados de infecciones, necesidad de amputaciones e incremento en la mortalidad. Además, este problema afecta a un contingente creciente de individuos diagnosticados con diabetes mellitus. La formación y progresión de estas lesiones se debe a una fisiopatología intrincada, en la cual intervienen múltiples factores en cada una de sus fases evolutivas. Por otro lado, la dificultad para resolver por completo estas úlceras queda evidenciada al observar que, tras conseguir el cierre aparente de la lesión, subsiste una probabilidad significativa tanto de recurrencia como de amputación subsecuente. En consecuencia, resulta esencial diseñar estrategias minuciosas para el tratamiento integral y los cuidados enfermeros dirigidos a estos pacientes. (41)

3) Factores sistémicos (mecanismo: cicatrización lenta, inflamación persistente o defensas bajas). Edad avanzada y fragilidad se trata de una piel más vulnerable, menor reserva reparativa. Desnutrición / baja ingesta proteica por déficit de sustratos para colágeno y reparación, existe pérdida de peso, baja albúmina (cuando se mide), sarcopenia. Anemia en la que existe menor entrega de oxígeno al tejido. Insuficiencia renal crónica y otras comorbilidades (cardiopatía, hepatopatía) genera alteraciones metabólicas y de inmunidad. Tabaquismo produce vasoconstricción y daño endotelial, empeora perfusión. Fármacos/inmunosupresión (p. ej., corticoides crónicos) dificulta la reparación tisular y respuesta inmune disminuidas, como es el caso de un paciente con artritis reumatoide con corticoides y úlcera que no avanza. (43)

4) Factores infecciosos y del microambiente (mecanismo: cronicidad inflamatoria). Colonización densa y biofilm con inflamación persistente y degradación de matriz, existe herida con exudado

crónico, mal olor recurrente, que “mejora y vuelve a empeorar” pese a curaciones superficiales. Infección recurrente (celulitis, infección profunda) la que trae destrucción tisular y retraso de cierre, hay enrojecimiento que se extiende, dolor creciente, fiebre. (44)

5) Factores socio-conductuales (mecanismo: exposición continua y retraso de intervención). Baja movilidad, falta de cambios posturales y ausencia de superficies de alivio. Adherencia difícil a compresión/descarga (por dolor, calor, trabajo, costo), es típico en una persona que trabaja de pie y no puede usar vendaje compresivo; paciente diabético sin calzado terapéutico. (45)

1.4. Formulación del problema

1.4.1. Problema general

¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y conductuales de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025?

1.4.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025?

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025?

¿Cuáles son las características conductuales de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025?

1.5. Justificación e importancia de la investigación

1.5.1. Justificación.

Las úlceras crónicas representan un desafío clínico significativo y un problema de salud pública a menudo subestimado. Afectan predominantemente a poblaciones vulnerables, generan un alto costo para los sistemas de salud y deterioran profundamente la calidad de vida de los pacientes. En la región de Ica constituye un problema de salud con alta relevancia clínica y social, sobretudo en pacientes hospitalizados y adultos mayores, ya que frecuentemente se asocian a deterioro en la calidad de vida, dolor y complicaciones infecciosas llevando a una prolongación de estancia hospitalaria, también se ve asociadas a factores de riesgo de enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, aumentando así la probabilidad de desarrollar úlceras crónicas. Y a pesar de su alta prevalencia, el conocimiento sobre sus características específicas en nuestro contexto local es limitado. Es así que el presente estudio permitirá priorizar la investigación regional en esta patología de impacto clínico directo, tomando en cuenta los indicadores de riesgo de enfermedades crónicas y la necesidad imperante de optimizar los servicios de salud en la región.

Justificación Metodológica. Desde el punto de vista metodológico, este estudio es fundamental por ser el punto de partida indispensable para cualquier investigación futura de mayor complejidad, pues actualmente, gran parte de las decisiones clínicas y de gestión se basan en datos epidemiológicos y que mejor, si son de datos locales. La investigación permitirá diseñar y validar un protocolo estandarizado para la recolección de variables clínicas relevantes (tamaño, profundidad, tipo de tejido, exudado, signos de infección, localización). Esta estandarización es crucial para reducir la variabilidad en el diagnóstico y seguimiento, y servirá como un modelo para futuras investigaciones multicéntricas, garantizando que los datos sean comparables y de alta calidad.

Justificación Teórica. Este estudio contribuirá a la construcción del conocimiento científico, validando o refutando los marcos teóricos existentes en el contexto de nuestra realidad. El conocimiento actual sobre la cronicidad de las heridas se basa en modelos teóricos sobre la inflamación persistente, la carga bacteriana (biofilm) y la senescencia celular. Al caracterizar detalladamente el tipo de tejido, los signos clínicos de infección y la respuesta a tratamientos iniciales en nuestra población, el estudio aportará evidencia empírica para validar la aplicabilidad de estos modelos teóricos en un entorno clínico real y diverso.

Justificación Práctica. Los resultados de esta investigación tendrán una aplicación directa e inmediata en la práctica clínica y la gestión de los servicios de salud. Conocer las características más prevalentes de las úlceras en nuestro medio permitirá crear algoritmos de diagnóstico y tratamiento más eficientes y realistas. La caracterización de la magnitud del problema proporcionará a los gestores sanitarios datos objetivos para planificar y asignar recursos de manera más efectiva.

Justificación Social. El estudio aborda un problema con profundas implicaciones sociales, económicas y de calidad de vida, buscando visibilizar una patología que afecta a los más vulnerables. Las úlceras crónicas son una "epidemia silenciosa". Al presentar datos concretos sobre el número de afectados, los largos tiempos de tratamiento y las poblaciones en riesgo, se fortalece el conocimiento y mejora las decisiones médicas en beneficio de los pacientes.

1.5.2. Importancia

La importancia radica en que en las úlceras crónicas mal manejadas pueden evolucionar a sepsis, osteomielitis, amputaciones y transformación maligna, de allí que el diagnóstico y tratamiento oportuno son de gran importancia, que es lo que este estudio contribuye con la evidencia científica de esta patología.

1.5.3. Viabilidad

Fue viable económicamente porque fue financiado por el propio investigador. Técnicamente fue posible porque se tienen un número elevado de casos que pueden ser estudiados y obtener resultados concretos.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general.

Identificar las características sociodemográficas, clínicas y conductuales de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025

1.6.2. Objetivos específicos

Identificar las características demográficas de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025

Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025

Identificar las características conductuales de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025

1.7. Hipótesis

Se trata de un estudio descriptivo que no presentará hipótesis

1.8. Variables

1.8.1. Variable de estudio

Úlceras crónicas

1.8.2. Variables de caracterización

Características demográficas

Edad

Sexo

Procedencia

Grado de instrucción

Características epidemiológicas

Tipo de úlcera

Diabetes mellitus

Hipertensión arterial

Estado nutricional

Tiempo de hospitalización

Condición de vitalidad al alta

Hábitos nocivos (Conductuales)

Consumo de tabaco

Consumo de alcohol

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo

Estudio de tipo no experimental por no haber intervención sobre la variable de estudio, además es transversal en razón de que la medida de las variables se realizó una sola vez, retrospectivo porque la información fue obtenida en el pasado y descriptiva por ser un estudio de una sola variable.

2.2. Nivel: Descriptivo

2.3. Enfoque. Cuantitativo

2.4. Diseño. Descriptivo

2.5. Población. Pacientes internados en el Hospital Regional de Ica que presentaron úlceras crónicas dermatológicas que se encontraron hospitalizados entre los años 2023 al 2025 que son 246 pacientes.

2.6. Criterio de inclusión

Paciente mayor de 30 años, hospitalizado que presenta úlcera crónica dermatológica.

Paciente con historia clínica que contiene los datos necesarios para el estudio.

2.7. Criterio de exclusión

Úlceras neoplásicas

Úlceras por miasis.

2.8. Tamaño de muestra

Fórmula para proporciones con población conocida

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)d^2 + Z^2PQ}$$

N= Población= 246 pacientes

P= Proporción que incrementa el tamaño de muestra= 0,5

Q= 1-p= 0,5

d= Especificidad: 0,05

n= 150 pacientes con úlcera crónica dermatológica.

2.9. Muestreo.

Se realizó de manera no probabilística seleccionando aquellas historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión.

2.10. Marco muestra.

Listado de pacientes con úlceras crónicas hospitalizados en el servicio de Emergencia, Medicina Interna, Cirugía o Unidad de Cuidado Intensivos.

2.11. Unidad de muestreo.

Paciente mayor de 30 años que presente úlcera crónica dermatológica.

2.12. Unidad de información.

Historia clínica de los pacientes seleccionados.

2.13. La técnica.

La técnica de recolección de datos fue documental pues se trata de una revisión exhaustiva de los registros clínicos de los participantes, a fin de que la información recolectada sea de la mayor claridad.

2.14. Instrumento.

Fue una ficha de recolección de datos que contiene los indicadores de la variable de estudio y de sus características, sustentada en la literatura, validado mediante juicio de expertos. Participaron 3 especialistas, quienes evaluaron los ítems en cuanto a claridad, pertinencia y relevancia.

Posteriormente se calculó el coeficiente V de Aiken, obteniéndose un valor que evidenció una adecuada validez de contenido.

2.15. Procesamiento de datos.

La información obtenida desde las historias clínicas fue trasladada al programa estadístico SPSS v29 para obtener desde aquí los resultados que se mostrarán en tablas estadísticas descriptivas en las que se muestren los valores absolutos y porcentuales, así como la media mediana y moda de las variables numéricas. Esta información se obtuvo luego de tener la autorización del Comité de Ética del nosocomio.

2.16. Ética.

Para el desarrollo del estudio se respetó los principios éticos que rigen las investigaciones en humanos.

Principio de no maleficencia. La investigación no puso en riesgo a los pacientes pues se desarrolló en sus historias clínicas, sin embargo, se cuidó de que no resulten adulterados o dañados, siendo esto responsabilidad del investigador.

Beneficencia. Este estudio se desarrolló con fines científicos en búsqueda del conocimiento que fue será para los profesionales que podrán mejorar la calidad de la atención ante la evidencia local.

Justicia. El estudio prevé identificar a cada ficha de datos con un numero correlativo lo que preservará el anonimato y garantiza el trato justo para todos.

2.17. Aspectos legales

El presente estudio se desarrolló en base a los principios éticos de la Declaración de Helsinki, garantizando el respeto a la dignidad, seguridad y bienestar de los participantes, resguardando la confidencialidad de los datos personales conforme a la Ley N°29733 de Protección de Datos Personales. Así mismo el estudio fue sometido a la evaluación y aprobación de un comité de ética en investigación y se registró por la Ley General de Salud del Perú y las normas vigentes del Ministerio de Salud.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Edad de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Edad	Frecuencia	Porcentaje
31 a 50 años	18	12,0%
51 a 70 años	54	36,0%
> 70 años	78	52,0%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La distribución etaria de la muestra (n = 150) evidencia una marcada concentración en los grupos de mayor edad: 31 a 50 años: 18 participantes (12,0%), 51 a 70 años: 54 participantes (36,0%), Mayor de 70 años: 78 participantes (52,0%). Se observa que el 88,0% de la muestra tiene más de 50 años, y más de la mitad (52,0%) corresponde al grupo de mayores de 70 años, lo que indica una estructura poblacional predominantemente envejecida. El grupo menos representado es el de 31 a 50 años, con solo el 12,0%.

Tabla 2. Sexo de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	58	38,7%
Femenino	92	61,3%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la población de pacientes con úlceras crónicas dermatológicas atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2023–2025 (n = 150), la distribución por sexo fue la siguiente: Masculino: 58 pacientes (38,7%) y Femenino: 92 pacientes (61,3%). Se evidencia una mayor proporción de pacientes del sexo femenino, con una diferencia absoluta de 34 casos respecto al sexo masculino y una diferencia porcentual de 22,6 puntos. La razón mujer : hombre es aproximadamente 1,6:1, lo que indica un predominio femenino en la muestra estudiada.

Tabla 3. Procedencia de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Ica distrito	66	44,0%
Otro distrito	72	48,0%
Otra provincia	12	8,0%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En los pacientes con úlceras crónicas dermatológicas atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2023–2025 (n = 150), la distribución según procedencia fue: Ica distrito: 66 pacientes (44,0%), Otro distrito: 72 pacientes (48,0%), Otra provincia: 12 pacientes (8,0%). Se determina que el 92,0% de los pacientes proviene del mismo ámbito provincial (distrito de Ica u otros distritos cercanos), mientras que solo el 8,0% corresponde a otras provincias. El grupo más numeroso es el de pacientes provenientes de otros distritos (48,0%), seguido de los residentes en el distrito de Ica (44,0%).

Tabla 4. Grado de instrucción de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	66	44,0%
Secundaria	62	41,3%
Superior	22	14,7%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En los pacientes con úlceras crónicas dermatológicas atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2023–2025 (n = 150), la distribución del nivel educativo fue: Primaria: 66 pacientes (44,0%), Secundaria: 62 pacientes (41,3%), Superior: 22 pacientes (14,7%). Determinándose que el 85,3% de los pacientes presenta un nivel educativo igual o inferior a secundaria, mientras que solo el 14,7% alcanzó educación superior. El grupo predominante corresponde a instrucción primaria (44,0%), seguido muy de cerca por secundaria (41,3%).

Tabla 5. Tipo de úlcera de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Tipo de úlcera	Frecuencia	Porcentaje
Arterial	15	10,0%
Venosa	35	23,3%
Úlcera diabética	61	40,7%
Úlcera por presión	39	26,0%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La distribución según tipo de úlcera fue: Arterial: 15 casos (10,0%), Venosa: 35 casos (23,3%), Úlcera diabética: 61 casos (40,7%), Úlcera por presión: 39 casos (26,0%). Definiendo que la úlcera diabética constituye el tipo más frecuente (40,7%), seguida por las úlceras por presión (26,0%) y venosas (23,3%). Las úlceras arteriales representan la menor proporción (10,0%).

Tabla 6. Diabetes mellitus de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Diabetes mellitus	Frecuencia	Porcentaje
Si DM	79	52,7%
No DM	71	47,3%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En los pacientes con úlceras crónicas dermatológicas atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2023–2025 ($n = 150$), la presencia de diabetes mellitus se distribuyó de la siguiente manera: Sí tiene diabetes mellitus: 79 pacientes (52,7%), No lo tiene: 71 pacientes (47,3%). Se evidencia que más de la mitad de los pacientes (52,7%) presenta diagnóstico de diabetes mellitus, con una diferencia absoluta de 8 casos respecto a los no diabéticos.

Tabla 7. Hipertensión arterial de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si HTA	32	21,3%
No HTA	118	78,7%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La presencia de hipertensión arterial (HTA) se distribuyó de la siguiente manera: Sí HTA: 32 pacientes (21,3%), No HTA: 118 pacientes (78,7%). Se observa que aproximadamente uno de cada cinco pacientes (21,3%) presenta hipertensión arterial, mientras que la mayoría (78,7%) no reporta este antecedente.

Tabla 8. Estado nutricional de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso IMC < 18,5	7	4,7%
Normopeso IMC 18,5-24,9	84	56,0%
Sobrepeso IMC 25.29,9	49	32,7%
Obeso IMC 30 a más	10	6,7%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El estado nutricional según índice de masa corporal (IMC) se distribuyó de la siguiente manera: Bajo peso (IMC < 18,5): 7 pacientes (4,7%), Normopeso (IMC 18,5–24,9): 84 pacientes (56,0%), Sobrepeso (IMC 25–29,9): 49 pacientes (32,7%), Obesidad (IMC $\geq$ 30): 10 pacientes (6,7%). Se observa que el 56,0% presenta normopeso, mientras que el 39,4% presenta exceso de peso (sobrepeso + obesidad). El bajo peso representa una proporción minoritaria (4,7%).

Tabla 9. Tiempo de hospitalización de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Tiempo de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
< 15 días	14	9,3%
15 a 30 días	36	24,0%
> 30 días	100	66,7%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El tiempo de hospitalización se distribuyó de la siguiente manera: < 15 días: 14 pacientes (9,3%), 15 a 30 días: 36 pacientes (24,0%), > 30 días: 100 pacientes (66,7%). Los resultados indican que dos tercios de los pacientes (66,7%) permanecieron hospitalizados más de 30 días, lo que evidencia estancias prolongadas. Solo el 9,3% tuvo hospitalizaciones menores a 15 días.

Tabla 10. Condición de vitalidad al alta de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Condición de vitalidad	Frecuencia	Porcentaje
Vivo	142	94,7%
Fallecido	8	5,3%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la condición de vitalidad al alta hospitalaria fue: Vivo: 142 pacientes (94,7%) y Fallecido: 8 pacientes (5,3%). Se observa que la gran mayoría de los pacientes egresó vivo (94,7%), mientras que la mortalidad intrahospitalaria fue de 5,3%.

Tabla 11. Consumo de tabaco de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Consumo de tabaco	Frecuencia	Porcentaje
Si consume tabaco	22	14,7%
No consume tabaco	128	85,3%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En relación al consumo de tabaco se distribuyó de la siguiente manera: Sí consume tabaco: 22 pacientes (14,7%), No consume tabaco: 128 pacientes (85,3%). La evidencia indica que la mayoría de los pacientes (85,3%) no refiere consumo de tabaco, mientras que el 14,7% sí presenta este antecedente.

Tabla 12. Consumo de alcohol al alta de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Si consume alcohol	26	17,3%
No consume alcohol	124	82,7%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En los pacientes con úlceras crónicas dermatológicas atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2023–2025 (n = 150), el consumo de alcohol se distribuyó de la siguiente manera: Sí consume alcohol: 26 pacientes (17,3%), No consume alcohol: 124 pacientes (82,7%) Se observa que la mayoría de los pacientes (82,7%) no refiere consumo de alcohol, mientras que el 17,3% sí presenta este antecedente.

IV. DISCUSIÓN

La predominancia de participantes mayores de 70 años sugiere que la población evaluada presenta un perfil demográfico envejecido, lo cual puede tener implicancias relevantes dependiendo del contexto del estudio (clínico, epidemiológico, social o funcional). En términos epidemiológicos, una mayor proporción de adultos mayores suele asociarse con: Incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, mayor demanda de servicios de salud, posible presencia de fragilidad, comorbilidad y dependencia funcional, cambios en indicadores de riesgo y pronóstico. Por la alta proporción de las úlceras en población envejecida indica que las edades avanzadas están asociadas al envejecimiento, la composición etaria es coherente y fortalece la pertinencia del análisis. Estos resultados concuerdan con lo que menciona Beltrán¹² en Colombia que concluye que los pacientes con úlceras crónicas de tipo dermatológico tienen en promedio 65 años, y según el estudio de Palomino¹⁹ determina que la edad avanzada es un factor para que las úlceras crónicas dérmicas presenten complicaciones. Burga²² en Ica identificó que el grupo comprendido entre los 60 y 64 años concentró el mayor porcentaje (40,7%).

El predominio del sexo femenino (61,3%) sugiere que, en esta cohorte hospitalaria, las úlceras crónicas dermatológicas fueron más frecuentes en mujeres. Esta diferencia podría explicarse por diversos factores: En poblaciones envejecidas, suele existir una mayor proporción de mujeres debido a su mayor esperanza de vida, lo que podría influir en la mayor representación femenina si la muestra está compuesta predominantemente por adultos mayores. Algunas condiciones asociadas a úlceras crónicas (insuficiencia venosa crónica, alteraciones microvasculares, enfermedades autoinmunes) pueden presentar variaciones en prevalencia según sexo. Beltrán¹² en Colombia encuentra resultados similares pues el sexo femenino prevalece en caso de las úlceras dérmicas crónicas, pues de todos los casos el 74% eran mujeres, que también es concordante con lo demostrado por Esteban¹⁴ en España que concluye que hay una predominancia de las úlceras en pacientes femeninas, presentando estas una edad promedio situada en los 56,6 años,

La mayor proporción de pacientes procedentes de otros distritos (48,0%) sugiere que el hospital actúa como centro de referencia intraprovincial, concentrando la atención de casos que probablemente no son resueltos en establecimientos de menor complejidad. El hecho de que casi la mitad de los casos provenga fuera del distrito capital indica: Centralización de la atención especializada, especialmente en patologías crónicas dermatológicas que requieren manejo continuo, curaciones avanzadas o evaluación por

especialista por una limitación en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en distritos periféricos. El bajo porcentaje de pacientes de otras provincias (8,0%) sugiere que el área de influencia del hospital es predominantemente local o provincial, lo que es coherente con su nivel de categorización y función dentro de la red asistencial. Estas úlceras limitan funcionalmente a los pacientes sobre todo a aquellos de zonas periurbanas por las labores que desarrollan como menciona Palomar¹⁵ en España que identificó que algunos pacientes presentaron un descenso en su independencia funcional completa, fenómeno atribuido tanto al avance propio de su patología subyacente como a enfermedades asociadas, a estos resultados se suma los hallazgos del estudio de Alcántara²⁰ en Perú que indica que el 56.7% (n=17) tenía procedencia rural siendo concordante con los resultados del estudio.

A diferencia de distribuciones donde predomina la educación superior, en este caso se evidencia una mayor concentración en niveles educativos básicos, lo que puede tener importantes implicancias epidemiológicas y sociales. El predominio de instrucción primaria y secundaria sugiere: El menor nivel educativo suele asociarse con menor alfabetización en salud, lo que puede influir en el reconocimiento tardío de lesiones cutáneas, retraso en la consulta y menor adherencia terapéutica, relación con enfermedades crónicas subyacentes: Las úlceras crónicas dermatológicas frecuentemente están vinculadas a patologías como diabetes mellitus, insuficiencia venosa o enfermedad arterial periférica, cuya evolución puede verse influenciada por el autocuidado y el conocimiento del paciente sobre su condición. Un menor nivel educativo puede limitar la comprensión de indicaciones médicas, medidas higiénico-dietéticas y cuidados locales de la herida, favoreciendo la cronicidad y recurrencia.

El predominio de la úlcera diabética sugiere una fuerte asociación con enfermedades metabólicas crónicas, particularmente diabetes mellitus, la cual constituye un problema de salud pública creciente. Este hallazgo es consistente con la tendencia epidemiológica nacional y regional, donde las complicaciones del pie diabético representan una causa importante de morbilidad, hospitalización y riesgo de amputación. Las úlceras por presión (26,0%) ocupan el segundo lugar en frecuencia, lo que puede estar relacionado con: Población envejecida, presencia de comorbilidades, limitación funcional o inmovilidad prolongada, estancias hospitalarias previas. Las úlceras venosas (23,3%) también presentan una proporción considerable, lo cual es coherente con su alta prevalencia en adultos mayores y en pacientes con insuficiencia venosa crónica. En contraste, las úlceras arteriales (10,0%) fueron menos frecuentes, lo que podría explicarse por menor

prevalencia de enfermedad arterial periférica severa en la muestra. Mientras que el estudio de Martínez⁹ en Colombia en el 2025 determina que entre los factores etiológicos más prevalentes identificados destacaron la inmovilidad (26.78%) y la insuficiencia venosa (25%), y las zonas corporales más frecuentemente afectadas fueron el pie y la región sacro glútea, cada una representando el 21.42% del total y con respecto al tamaño, se halló que un 41.07% presentó úlceras inferiores a 10 cm², son datos que amplía el conocimiento sobre otras características de las úlceras crónicas no tratado en este estudio sin embargo este estudio encuentra una mayor prevalencia de úlceras crónicas de origen venoso, en tanto que el estudio de Sánchez¹⁰ en una revisión sistemática encuentra una alta proporción de estudio cuyo diagnóstico y caracterización de las úlceras crónicas es realizado con inteligencia artificial informado que es una herramienta que optimiza los servicios médicos, del mismo modo el estudio de Flores¹¹ realza la probabilidad de usar injertos dérmicos en estas úlceras crónicas. Mientras que el estudio de Llanes¹³ en Cuba define que las úlceras dérmicas crónicas son de diversa etiología encontrando que de etiología arterial (4 casos), origen venoso (15 individuos), lesiones de carácter traumático (11 pacientes), úlceras vinculadas a cuadros inflamatorios-infecciosos en vasos linfáticos (10 casos), del mismo la clasificación de López¹⁶ son que un 24,91% correspondió a úlceras venosas; lesiones debidas a presión sumaron un 15,92%; casos asociados al pie diabético alcanzaron el 9%; desgarros cutáneos estuvieron presentes en un 9,17%; úlceras arteriales abarcaron el 6,40%, que si bien los porcentajes distan del estudio sin embargo coinciden en las etiologías de las mismas.

El hallazgo de que aproximadamente uno de cada dos pacientes con úlceras crónicas dermatológicas es diabético resalta la relevancia de la diabetes mellitus como factor etiológico y agravante en la génesis y evolución de este tipo de lesiones. Desde el punto de vista fisiopatológico, la diabetes contribuye a la formación y cronicidad de las úlceras mediante: Neuropatía periférica, que disminuye la sensibilidad y favorece traumatismos inadvertidos, microangiopatía y macroangiopatía, que reducen la perfusión tisular, alteración en la respuesta inmunológica, aumentando el riesgo de infección, retraso en la cicatrización, debido a alteraciones metabólicas y celulares. La proporción elevada de pacientes diabéticos guarda coherencia con el predominio observado previamente de úlceras diabéticas (40,7%), lo que sugiere una fuerte relación entre ambas variables. El estudio de Pecho¹⁷ en Trujillo determina que muchas de las úlceras dérmicas crónicas se encuentran infectadas sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, en tanto que Santana¹⁸ en Trujillo encuentra que el 6,9% de pacientes con varices en las extremidades tenía

úlceras venosas. Burga²² encuentra en Ica la presencia de úlceras arteriales, representando el 81,9% del total, que es un tipo de ulcera diabética donde hay compromiso de los vasos arteriales pequeños.

La proporción de hipertensión arterial en esta población es moderada en comparación con la elevada frecuencia de diabetes mellitus previamente observada (52,7%). Esto sugiere que, en esta cohorte, la diabetes podría desempeñar un papel más determinante que la HTA en la aparición de úlceras crónicas dermatológicas. Desde el punto de vista fisiopatológico, la hipertensión arterial contribuye indirectamente al desarrollo de lesiones crónicas a través de: Daño endotelial y disfunción vascular, aceleración de la aterosclerosis, alteraciones en la microcirculación, reducción del aporte sanguíneo tisular en presencia de enfermedad vascular periférica. Sin embargo, la HTA por sí sola no suele ser un factor etiológico directo de úlceras, sino un factor comórbido que potencia el riesgo vascular, especialmente cuando coexiste con diabetes mellitus, obesidad o dislipidemia. Desde la perspectiva clínica, la presencia de HTA en el 21,3% de los casos no debe subestimarse, ya que la coexistencia de factores cardiovasculares incrementa el riesgo de complicaciones, retraso en la cicatrización y recurrencia. Beltrán¹² en Colombia determina que el 72,7% de pacientes con úlceras dérmicas crónicas tenía hipertensión arterial, lo que fortalece el resultado de la investigación.

Aunque la mayoría de los pacientes presenta IMC dentro de rangos normales, es relevante que casi 4 de cada 10 pacientes tengan exceso de peso, lo cual constituye un factor de riesgo metabólico importante. Desde el punto de vista fisiopatológico, el estado nutricional influye directamente en la aparición y evolución de las úlceras crónicas: Sobrepeso y obesidad, se asocian con resistencia a la insulina y mayor riesgo de diabetes mellitus, favorecen insuficiencia venosa crónica por aumento de presión venosa en miembros inferiores, generan un estado inflamatorio crónico de bajo grado que puede retrasar la cicatrización, incrementan la presión sobre prominencias óseas, favoreciendo úlceras por presión. Bajo peso: Puede asociarse a desnutrición proteico-calórica, disminuye la síntesis de colágeno, compromete la respuesta inmunológica y la capacidad de reparación tisular. El predominio de normopeso podría interpretarse como un hallazgo aparentemente favorable; sin embargo, el IMC no siempre refleja adecuadamente la composición corporal ni el estado nutricional funcional, especialmente en adultos mayores, donde puede coexistir sarcopenia con IMC normal. Beltrán¹² en Colombia manifiesta en su estudio que los pacientes con úlceras dérmicas crónicas el 45,5% tuvo

exceso de peso, y el estudio de Espinoza²¹ determina que un alto porcentaje de pacientes con úlceras crónicas dérmicas tenían anemia y fracaso en la cicatrización ulcerosa.

El predominio de hospitalizaciones mayores a 30 días constituye un hallazgo clínicamente relevante, ya que indica: Alta complejidad en el manejo de las úlceras crónicas, probablemente asociada a infección, compromiso vascular, descompensación metabólica o necesidad de procedimientos quirúrgicos. Retraso en la cicatrización, coherente con la elevada prevalencia de diabetes mellitus previamente identificada, mayor carga asistencial y consumo de recursos hospitalarios, incluyendo antibióticos, curaciones especializadas, estudios complementarios y posible intervención quirúrgica. Las estancias prolongadas en pacientes con úlceras crónicas suelen relacionarse con: Infecciones profundas o complicadas, descontrol glicémico, comorbilidades múltiples deterioro nutricional. Al integrar este resultado con variables previamente analizadas (edad avanzada, alta frecuencia de diabetes y presencia de sobrepeso), se configura un perfil clínico compatible con pacientes crónicos, metabólicamente comprometidos y con alta complejidad terapéutica, lo que explica la prolongación de la estancia hospitalaria.

La tasa de mortalidad hospitalaria del 5,3% indica que, aunque la mayoría de los pacientes evoluciona favorablemente, existe un grupo que presenta desenlaces adversos, lo cual es consistente con la naturaleza crónica y frecuentemente compleja de estas lesiones. Las úlceras crónicas dermatológicas, especialmente cuando se asocian a: Diabetes mellitus, infección severa, compromiso vascular, edad avanzada, comorbilidades múltiples, pueden evolucionar hacia complicaciones sistémicas como sepsis, descompensación metabólica o falla multiorgánica, incrementando el riesgo de mortalidad. Desde el enfoque clínico-epidemiológico, esta tasa de mortalidad sugiere que las úlceras crónicas no deben considerarse únicamente como lesiones cutáneas, sino como manifestaciones de enfermedad sistémica subyacente, particularmente en pacientes con perfil metabólico comprometido.

Aunque el porcentaje de fumadores es relativamente bajo (14,7%), el consumo de tabaco constituye un factor de riesgo clínicamente significativo en la evolución de las úlceras crónicas dermatológicas. Desde el punto de vista fisiopatológico, el tabaquismo: Produce vasoconstricción periférica, favorece la aterosclerosis y el daño endotelial, reduce la oxigenación tisular, disminuye la proliferación celular y la síntesis de colágeno, retrasa la cicatrización, incrementa el riesgo de infección. Estos mecanismos son especialmente relevantes en úlceras de origen arterial, venoso y diabético, donde la perfusión tisular ya se encuentra comprometida.

Aunque el porcentaje de consumo de alcohol no es predominante, el 17,3% representa un grupo clínicamente relevante, especialmente en el contexto de úlceras crónicas dermatológicas. Desde el punto de vista fisiopatológico, el consumo de alcohol puede influir negativamente en la evolución de las lesiones mediante: Alteración del metabolismo hepático y del estado nutricional, déficit de micronutrientes esenciales para la cicatrización (zinc, vitaminas del complejo B, vitamina C), inmunosupresión relativa, mayor riesgo de mal control metabólico en pacientes con diabetes mellitus, posible disminución de la adherencia terapéutica. En pacientes con comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial o sobrepeso, el consumo de alcohol puede actuar como factor agravante indirecto, favoreciendo descompensaciones metabólicas que retrasen la cicatrización.

V. CONCLUSIONES

1. Las características relevantes de los pacientes con úlceras dérmicas crónicas es un paciente de avanzada edad de sexo femenino, con ulcera de tipo diabética con comorbilidades y bajo grado de instrucción.
2. Entre los aspectos demográficos de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas prevalece las edades mayores a 70 años, de sexo femenino, procedente de zonas periurbanas, con bajo grado de instrucción.
3. Entre los aspectos epidemiológicos de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas generalmente son úlceras de origen diabético, con alta proporción de paciente diabéticos, hipertensos, normopesos cuyo tiempo de hospitalización fue en su mayoría mas de 30 días con baja tasa de mortalidad.
4. Entre los aspectos conductuales de los pacientes que presentan las úlceras crónicas dermatológicas prevalecen los pacientes sin hábitos nocivos, sin embargo, la prevalencia de consumo de tabaco y alto son elevados.

VI. RECOMENDACIONES

1. Implementar protocolos estandarizados de manejo de pie diabético basados en control metabólico estricto. Fortalecer el tamizaje anual de neuropatía y enfermedad vascular periférica en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. Control glucémico con metas individualizadas (HbA1c <7% según condición clínica).
2. Dado que predomina población femenina mayor de 70 años, de zonas periurbanas y bajo nivel educativo, realizar educación simplificada y adaptada con material gráfico con lenguaje sencillo, educación verbal repetitiva y demostrativa, uso de pictogramas para cuidado de heridas, participación activa de familiares/cuidadores.
3. Educación en autocuidado del pie diabético: Inspección diaria de pies, higiene adecuada y secado interdigital, uso de calzado cerrado, amplio y sin costuras internas, consulta inmediata ante lesiones menores.
4. Educación sobre impacto del tabaco en microangiopatía y cicatrización, insistiendo en la reducción de consumo de alcohol, mediante pasacalles y difusión en la comunidad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Acosta Castro D. Prevalencia de lesiones por presión en pacientes del Hospital Dr. José María Vargas 2021-2022. Estudio retrospectivo. *Rev Venez Cir* [Internet]. 2023;76(2):85-89. doi:10.48104/rvc.2023.76.2.4.
- 2.- Noie A, Jackson AC, Taheri M, Sayadi L, Bahramnezhad F. Determining the frequency of pressure ulcers incidence and associated risk factors in critical care patients: a 3-year retrospective study. *Int Wound J* [Internet]. 2024;21(11):e70120. doi:10.1111/iwj.70120.
- 3.- Prada M, Graterol J, León A, Tejada I, Traviezo-Valles L. Manejo híbrido de úlcera venosa crónica en insuficiencia venosa severa. *Rev Salud Amazónica y Bienestar* [Internet]. 2025;4(2):e969. doi:10.51252/rsayb.v4i2.969.
- 4.- Hernández Bernal NE, Bulla AP, Mancilla López E, Peña Peña LV. Prevalencia de lesiones de piel asociadas a la dependencia física en geriátricos e instituciones de salud de Tunja. *Gerokomos* [Internet]. 2021;32(1):51-56. doi:10.4321/S1134-928X2021000100011
- 5.- Villén Peinado M. Tratamiento de úlceras por presión. NPunto Vol. VI Número 60. Marzo 2023: 43-68. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6426c4941372bart2.pdf>
- 6.- Farfán P, Loor L, Alarcón C. Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en cuidados intensivos de adultos. *Reincisol* [Internet]. 2024 [citado 06 feb 2026];3(6):2190-2212. Disponible en: <https://www.reincisol.com/ojs/index.php/reincisol/article/view/307/629>
- 7.- Feijoó-Bermeo D. Factores de riesgo asociados a úlceras por presión: desde la perspectiva de enfermería. *Pol. Con.* (Edición núm. 85) Vol. 8, No 8 Agosto 2023, pp. 1123-1143 ISSN: 2550 - 682X DOI: 10.23857/pc.v8i8
- 8.- Ojeda-Méndez C, Palomino-Pacichana D, Bejarano-Barragán L, Ocampo-Chaparro J. Factores asociados con estancia hospitalaria prolongada en una unidad geriátrica de agudos. *Acta Med Colomb.* [Internet] 2021;46(1):1-7. <https://doi.org/10.36104/amc.2021.1844>
- 9.- Martínez L. Caracterización de pacientes con úlceras cutáneas crónicas y sus niveles de reactantes de fase aguda Colombia 2025. *REPERT MED CIR.* [Internet] 2025;34(3):270-275. DOI 10.31260/RepertMedCir.01217372.1510
- 10.- Sanchez Jimenez, C., y Barraza Verdesoto, E. (2024). Caracterización automática de heridas crónicas: una revisión sistemática. *Revista Ciencias Biomédicas*, [Internet] 13(4), 252–262. <https://doi.org/10.32997/rcb-2024-4834>

- 11.- Flores Domínguez, A. Manifestaciones dermatológicas en enfermedad injerto contra huésped de pacientes post trasplantados de células progenitoras hematopoyéticas en un hospital del noreste de México 2025. URI: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/29026>
- 12.- Beltrán V, Bulla A, Espitia N, Vargas D, Vargas L. Caracterización clínica de pacientes con recurrencia de úlcera por enfermedad venosa crónica Colombia 2021. Ciencia e Innovación en Salud. [Internet] 2021. e118: 088-098 DOI 10.17081/innosa.118
- 13.- Llanes Barrios JA, González Díaz Y, Seara Cifuentes AO, Alonso Suárez G, Rodríguez Pestana J, Huepp Fernández Y. Tratamiento de úlceras cutáneas no asociadas a la diabetes con Factor de Crecimiento Epidérmico Humano Recombinante Cuba 2025. RCACV 15 de enero de 2025;26. Disponible en: <https://revangiologia.sld.cu/index.php/ang/article/view/863>
- 14.- Esteban Jiménez Ó. Análisis de las notificaciones de úlceras cutáneas inducidas por medicamentos en España Análisis de notificaciones de úlceras cutáneas inducidas por medicamentos en España. Medicina de Familia. SEMERGEN [Internet] Volumen 50, Número 2 ,marzo de 2024, 102121 <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102121>
- 15.- Palomar Albert D, Zamora Ortiz J, Palomar Llatas F, Escudero Martínez M, Naranjo Cuellar A, Pastor Orduña MI. Estudio calidad de vida en pacientes portadores de úlceras cutáneas de difícil cicatrización España 2025. Enferm Dermatol 21 de junio de 2025;19(54). Disponible en: <https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/248>
- 16.- López-Alayeto C. Prevalencia de heridas crónicas y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en atención primaria de la provincia de Lleida en 2022. Gerokomos [Internet] vol.34 no.2 Barcelona jun. 2023 Epub 23-Oct-2023
- 17.- Pecho N. Infección de úlceras de pie y su asociación con bacterias patógenas en diabéticos tipo 2. [tesis de grado] [Internet]. Trujillo: Universidad Cesar Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/108645>
- 18.- Santana R. Factores de riesgo para úlceras varicosas a pacientes geriátricos con insuficiencia venosa. [Tesis de grado] [Internet]. Trujillo: Universidad Cesar Vallejo; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/142785>
- 19.- Palomino N. Factores asociados a las úlceras por presión en pacientes adultos mayores atendidos en un hospital de Perú durante el año 2022. [Tesis de grado] [Internet]. Trujillo. Universidad Cesar Vallejo; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/132027>
- 20.- Alcantara D. Grado de instrucción y el autocuidado preventivo en pacientes diabéticos con úlcera de pie Perú 2023. [Tesis de grado] [Internet]. Trujillo. Universidad Cesar Vallejo. 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/131839>

- 21.- Espinoza R. Asociación entre la anemia y los desenlaces clínicos adversos de la úlcera de pie diabético en pacientes adultos peruanos en un Hospital de Lima 2022. [Tesis de grado] [Internet]. Lima. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2022. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10757/659668>
- 22.- Burga A. Factores condicionantes de úlceras crónicas de etiología vascular en extremidades inferiores en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica 2022-2024. [Tesis de grado] [Internet]. Ica. 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/6529>
- 23.- Schneider C, Stratman S, Kirsner RS. Lower Extremity Ulcers. *Med Clin North Am*. [Internet] 2021 Jul;105(4):663-679. doi: 10.1016/j.mcna.2021.04.006. PMID: 34059244.
- 24.- Kılınç F, Akbaş A, Şener S, Hayran Y, Aktaş A. Cutaneous findings in patients with chronic venous insufficiency. *J Cosmet Dermatol*. [Internet] 2022 May;21(5):2106-2112. doi: 10.1111/jocd.14337. Epub 2021 Jul 16. PMID: 34240795.
- 25.- Monari P, Gualdi G, Rovaris S, Venturuzzo A, Rovati C, Pinton PC. Etiology of Chronic Leg Ulcers in a Dermatologic Wound Clinic: A Retrospective Observational Study. *Wound Manag Prev*. [Internet] 2022 Aug;68(8):12-15. PMID: 35926144.
- 26.- Vera Jara, C. A. ., Zambrano Paredes, D. J. ., García Delgado, H. R. ., & Vintimilla Martínez, J. D. . (2025). Factores y estrategias en la cicatrización y manejo de heridas: Revisión sistemática. *Revista Vive*, 8(23), 831–848. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i23.415>
- 27.- Awad N, Hetzel JD, Bhupalam V, Nestor MS. Stasis dermatitis: pathophysiology, current treatment paradigms, and the use of the flavonoid diosmin. *J Clin Aesthet Dermatol* [Internet]. 2024 Jan [citado 06 de feb 2026];17(1):15-23. doi:10.25251/skin.2024.17.1.15
- 28.- Gruzmark FS, Beraja GE, Jozic I, Lev-Tov HA. Exploring the role of GLP-1 agents in managing diabetic foot ulcers: a narrative and systematic review. *Wound Repair Regen* [Internet]. 2025 Sep-Oct [citado 2026 Feb 06]; 33(5):e70085. doi:10.1111/wrr.70085.
- 29.- Noroña Andrade, E. A., Crespo Velasco, Y. L., Solis Narváez , L. E., & Balarezo Caicedo, A. C. . (2025). Avances en la cicatrización de heridas crónicas - aplicación de factores de crecimiento, biomateriales y terapias regenerativas. *RECIMUNDO*, 9(1), 1049–1063. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(1\).enero.2025.1049-1063](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(1).enero.2025.1049-1063)
- 30.- Martínez García R. La nutrición en la prevención y curación de heridas crónicas. Importancia en la mejora del pie diabético. *Nutr. Hosp.* vol.38 spe 2 Madrid 2021 Epub 01-Nov-2021m<https://dx.doi.org/10.20960/nh.3800>

- 31.- Mayrovitz HN, Wong S, Mancuso C. Úlceras venosas, arteriales y neuropáticas en las piernas, con especial énfasis en la población geriátrica. *Cureus*. 2023;15(4):e38123. doi:10.7759/cureus.38123.
- 32.- Fernández Suárez, C. Abordaje de heridas crónicas: brecha entre teoría y práctica. URI: <https://hdl.handle.net/10902/37373>
- 33.- Quizhpi Avila, M. del R., Tintin Criollo, S. E., Jácome Chica, J. S., & Cruz Salgado, G. V. (2022). Úlceras por presión. Diagnóstico, clasificación, tratamientos y cuidados. RECIAMUC, 6(3), 664-676. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.664-676](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.664-676)
- 34.- Castillo R. Abordaje de las heridas crónicas en el ámbito hospitalario. Una revisión bibliográfica, España 2023. URI <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/67953>
- 35.- Gómez Alonso, P. Nuevos abordajes enfermeros para el cuidado de heridas crónicas en patologías autoinflamatorias y/o autoinmunes. [Tesis de grado] [Internet]. España: Universidad de Cantabria ; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10902/29700>
- 36.- Moncayo Asnalema F. Úlcera por presión: Identificación del grado y tipos: Unidad de cura avanzada del Hospital Abel Gilbert Pontón. (2021). Revista de la facultad de ciencias médicas, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.53591/revfcm.v2i1.1326>
- 37.- Álvarez Herrero F. Enfermedad venosa crónica. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado Volume 14, Issue 36, June 2025, Pages 2185-2191. <https://doi.org/10.1016/j.med.2025.06.021>
- 38.- Martín López I. Detección de una úlcera neoplásica en atención primaria desde el diagnóstico hasta su resolución. *Hygia de Enfermería* (2025), vol. 42(1), pp. 11-14
- 39.- Nazareno Roca G. Manejo del dolor en pacientes con heridas crónicas. NPunto Vol. VIII Número 90. Septiembre 2025: 41-60. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/68dbc147e17ddart3.pdf>
- 40.- Attaran RR, Babapour G, Mena-Hurtado C, Ochoa Chaa CI. Chronic Venous Insufficiency and Management. *Interv Cardiol Clin*. 2025 Apr;14(2):283-296. doi: 10.1016/j.iccl.2024.11.013. Epub 2024 Dec 28. PMID: 40049854.
- 41.- Wang X, Yuan CX, Xu B, Yu Z. Diabetic foot ulcers: Classification, risk factors and management. *World J Diabetes*. 2022 Dec 15;13(12):1049-1065. doi: 10.4239/wjd.v13.i12.1049. PMID: 36578871; PMCID: PMC9791567.
- 42.- Raffetto JD, Ligi D, Maniscalco R, Khalil RA, Mannello F. Why Venous Leg Ulcers Have Difficulty Healing: Overview on Pathophysiology, Clinical Consequences, and Treatment. *J Clin Med*. 2020 Dec 24;10(1):29. doi: 10.3390/jcm10010029.

- 43.- Silva, Cherumi, Solanki, Kamal K. and White, Douglas H.N.. "The relationship between smoking, Raynaud's phenomenon, digital ulcers, and skin thickness in the Waikato Systemic Sclerosis cohort" *Rheumatology and Immunology Research*, vol. 3, no. 2, 2022, pp. 84-89. <https://doi.org/10.2478/rir-2022-0014>
- 44.- Falcone, Marco; Tiseo, Giusy. Skin and soft tissue infections in the elderly. *Current Opinion in Infectious Diseases* 36(2):p 102-108, April 2023. | DOI: 10.1097/QCO.0000000000000907
- 45.- Villaécija, J. La influencia de las variables psicosociales y motivacionales en menores con diabetes mellitus tipo 1 desde un enfoque multidisciplinar y multinivel. [Tesis doctoral] [Internet]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2024. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10396/2658>

VIII. ANEXOS

8.1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
Problema general ¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y conductuales de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025? Problemas específicos ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025? ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025? ¿Cuáles son las características conductuales de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025?	Objetivo general Identificar las características sociodemográficas, clínicas y conductuales de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025 Objetivos específicos Identificar las características demográficas de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025 Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025 Identificar las características conductuales de los pacientes que presentan úlceras crónicas dermatológicas en el Hospital Regional de Ica de 2023 a 2025	Hipótesis general Se trata de un estudio descriptivo que no presentará hipótesis	Variable de estudio Úlceras crónicas dermatológicas Variables de caracterización Características demográficas Edad Sexo Procedencia Grado de instrucción Características epidemiológicas Tipo de úlcera Diabetes mellitus Hipertensión arterial Estado nutricional Tiempo de hospitalización Condición de vitalidad al alta Características conductuales (Hábitos nocivos) Consumo de tabaco Consumo de alcohol	Tipo. Observacional, retrospectiva descriptiva y transversal Nivel. Descriptiva Diseño. Descriptivo Población. Pacientes internados en el Hospital Regional de Ica que presentaron úlceras crónicas mientras se encontraron hospitalizados entre los años 2023 al 2025 que son 246 pacientes. Muestra 150 pacientes con úlcera crónica dermatológica. La técnica: Documental Instrumento: Ficha de recolección de datos. Procesamiento de datos. La información será trasladada al programa estadístico SPSS v29 para obtener desde aquí los resultados que se mostrarán en tablas estadísticas descriptivas.

8.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Instru- mento
Variable de estudio Úlceras crónicas dermatológicas	Lesiones ulceradas de la piel de evolución prolongada y cicatrización lenta, que persisten por alteración del proceso normal de reparación tisular (p. ej., insuficiencia venosa/arterial, neuropatía diabética, presión, inflamación crónica).	Presencia de úlcera crónica documentada en historia clínica, lesión ulcerada con duración ≥ 6 semanas o registrada como “crónica” por el servicio tratante.	Diagnóstico clínico	Presente	Ficha de datos
Variables de caracterización Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación.	Años cumplidos al ingreso o al inicio del estudio	Años	31 a 50 años 51 a 70 > 70 años	
Sexo	Característica biológica usualmente registrada como sexo al nacer.	Registro en historia clínica.	Sexo	Masculino Femenino	
Procedencia	Lugar de origen o residencia habitual del paciente (dimensión geográfica y de acceso).	Distrito/provincia/departament o consignado.	Lugar	Ica distrito Otro distrito Otra provincia	
Grado de instrucción	Nivel máximo de educación formal alcanzado por la persona.	Último nivel aprobado según registro.	Grado	Primaria Secundaria Superior	
Tipo de úlcera	Clasificación etiológica y clínica de la úlcera según su causa principal.	Diagnóstico clínico consignado por el servicio según criterios de la Federación Internacional de Diabetes y criterios clínicos descritos en guías clínicas para la diferenciación etiológica de las úlceras crónicas basados en características clínicas, localización de la lesión y hallazgos vasculares.	Tipo	Venosa Arterial Pie diabético Por presión	

Diabetes mellitus	Enfermedad metabólica crónica caracterizada por hiperglucemia persistente por alteración de la secreción y/o acción de la insulina.	Diagnóstico previo consignado (DM1/DM2) en historia clínica	Diabetes	Si No	
Hipertensión arterial	Condición crónica de elevación persistente de la presión arterial con repercusión de riesgo cardiovascular.	Diagnóstico previo de HTA en historia clínica	HTA	Si No	
Estado nutricional	Situación biológica resultante del equilibrio entre ingesta, absorción y requerimientos, reflejada en reservas y composición corporal.	Índice de Masa Corporal (IMC = peso/ talla ²).	IMC (kg/ talla ²). clasificado según criterios de la OMS para población adulta.	Bajo peso (<18.5), Normal (18.5–24.9), Sobrepeso (25–29.9), Obesidad (≥30).	
Tiempo de hospitalización	Duración de la estancia hospitalaria desde el ingreso hasta el egreso.	Fecha de alta – fecha de ingreso (en días).	Días. Categorización basada en la distribución de la muestra y literatura sobre estancias hospitalarias por úlceras crónicas.	< 15 días 15 a 30 días > 30 días	
Condición de vitalidad al alta	Estado vital del paciente al momento del egreso hospitalario.	Registro en alta/epicrisis.	Condición	Vivo Fallecido	
Consumo de tabaco	Uso de productos de tabaco (cigarrillos u otros) que expone a nicotina y otros tóxicos, con impacto vascular y en cicatrización	Autorreporte o registro clínico	Consumo	Si No	
Consumo de alcohol	Ingesta de bebidas alcohólicas con posible repercusión clínica y social, y efectos sobre metabolismo, adherencia y cicatrización.	Autorreporte o registro clínico.	Consumo	Si No	

8.3. Instrumentos de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Caracterización de las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2023 a 2025

N° de ficha _____

1. Úlceras crónicas dermatológicas (Presencia de úlcera crónica documentada en historia clínica, lesión ulcerada con duración ≥ 6 semanas o registrada como “crónica” por el servicio tratante)

(Presente)

2. Edad _____ años

31 a 50 años

51 a 70

> 70 años

3. Sexo

Masculino

Femenino

4. Procedencia

Ica distrito

Otro distrito

Otra provincia

5. Grado de instrucción

Primaria

Secundaria

Superior

6. Tipo de úlcera

Venosa

Arterial

Pie diabético

Por presión

Otras

7. Diabetes mellitus

Si

No

8. Hipertensión arterial

Si

No

9. Estado nutricional

Bajo peso (<18.5)

Normal ($18.5\text{--}24.9$)

Sobrepeso ($25\text{--}29.9$)

Obesidad (≥ 30)

10. Tiempo de hospitalización

< 15 días

15 a 30 días

> 30 días

11. Condición de vitalidad al alta

Vivo

Fallecido

12. Consumo de tabaco

Si

No

13. Consumo de alcohol

Si

No

8.4. Validación de instrumento

TÍTULO

Caracterización de las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica

2023 a 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: LIC. ENRIQUE TICONA CLAROS
- 1.2 Cargo e institución donde labora: HOSPITAL REGIONAL DE ICA
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: KAREN JANETH QUISPE CCAMA

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 – 40%	Buena 41 – 60%	Muy Buena 61 – 80%	Excelente 81 – 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 09 de FEBRERO del 2026

HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Firma del Experto
LUIS ENRIQUE TICONA CLAROS
CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCOPICO
CMP. 41174 RNE 23483

TÍTULO

Caracterización de las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica

2023 a 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Harry Juan Bartra
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: KAREN JANETH QUISPE CCAMA

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

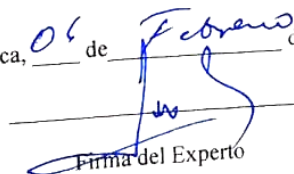
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 01 de Febrero del 2026


Firma del Experto

Dr. Harry Leveau Bartra PhD
CMP. 27304 RNE. 11569
ESPECIALISTA EN CIRUGIA
Dr. Mg. SALUD PUBLICA
Phd. Investigación Bioestadístico

TÍTULO

Caracterización de las úlceras crónicas dermatológicas en pacientes del Hospital Regional de Ica

2023 a 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: PECHE CHOQUE JENMER
- 1.2 Cargo e institución donde labora: HOSPITAL REGIONAL DE ICA
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: KAREN JANETH QUISPE CCAMA

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

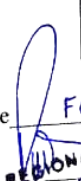
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 06 de FEBRERO del 2026


HOSPITAL REGIONAL DE ICA
 Firmado: PECHE CHOQUE
 JENMER
 CIRUJIA GENERAL
 C.M.P. 75125 R.N.E. 42171

8.5. Resolución Directoral del Hospital Regional de Ica


GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 117 -2026-HRI/DE.



Resolución Directoral

Ica, 18 de Febrero del 2026

VISTO:
El Expediente N° 26-003434-001, que contiene el Memorando N° 166-2026-HRI/DE, de fecha 12 de febrero del año 2026, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 070-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

CONSIDERANDO:
Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 070-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 12 de febrero del año 2026, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutivo de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"CARACTERIZACION DE LAS ULCERAS CRONICAS DERMATOLOGICAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2023 A 2025"**, presentado por el Investigador: **QUISPE CCAMA KAREN JANETH**, alumno de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 12 de febrero del año 2026.

Que, con Memorando N° 166-2026-HRI/DE, de fecha 12 de febrero del año 2026, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 070-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

....///






-PÁG. 02-

///...



Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:



ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:

N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"CARACTERIZACION DE LAS ULCERAS CRONICAS DERMATOLOGICAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2023 A 2025"	- QUISPE CCAMA KAREN JANETH



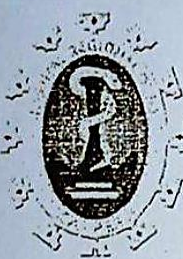
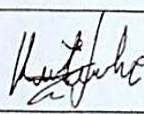
ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes: _____

Regístrese y Comuníquese,


GORE-ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. CARLOS NAVEAR MENDEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
C.M.P. 059270

CENM/DE
JEFC/D.E.ADM.
YMM/J. ORHH.
MANM/J.AJ

8.6. Solicitud de acceso a historias clínicas del Hospital Regional de Ica

	FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT) (FORMATO GRAUITO)		DIRECCIÓN DECTIVA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA OFICINA DE RECEPCIÓN DIRECCIÓN - SECRETARÍA 20 FEB 2026 RECIBIDO HORA 10:25 FIRMA <i>au.g</i>
	1. SUMILLA Solicito acceso a base de datos de historias clínicas		
2. DIRECCIÓN O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA			
3. DATOS DEL SOLICITANTE:			
3.1. Nombres y Apellidos y/o Nombre de la entidad a la que representa		3.1.1 Cargo	
Quispe Ceama Karen Janeth			
3.2. DNI 70114641		3.3. Carnet de Extranjería	
3.4. Domicilio (Av/Calle/Jirón/Psje/Nº/Dpto/Mz./Lote/Urb) AAHH Santa Rosa de Lima II etapa L-11			
3.5. Distrito Ica	3.6. Provincia Ica	3.7. Departamento Ica	
3.8. Teléfono 914 011 670	3.9. Celular 914 011 670	3.10. Correo Electrónico (E-Mail) 20174980@unica.edu.pe	
4. OFICINA O AREA ENCARGADA DE LA ATENCIÓN Oficina de Estadística			
5. FUNDAMENTACIÓN DE LA SOLICITUD Solicito acceso a base de datos de las historias clínicas del servicio de Cirugía de pacientes tratados por úlceras crónicas dermatológicas del año 2023 al 2025 para realizar mi trabajo de tesis, siendo el proyecto aprobado por el comité de ética en investigación del Hospital Regional de Ica.			
6. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN: Copia de DNI Copia de Resolución Directoral de aprobación de Proyecto de Investigación			
7. TOTAL DE FOLIOS QUE SE ADJUNTAN: 2			
Ica, 20 de febrero de 2026			
8. LUGAR Y FECHA		9. FIRMA DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE	