



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Cabrera Quiroz, Josi Katherine (orcid.org/0000-0002-3826-4664)

ASESORA:

Dra. Otiniano Garcia, Nelida Milly Esther (orcid.org/0000-0001-9838-4847)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Perinatal e Infantil

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO — PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios por darme sabiduría y fortaleza, ya que mi fe esta puesta siempre en él, por haberme permitido lograr una de mis metas, concediéndome salud, perseverancia, sabiduría y por guiar mis pasos para salir adelante permitiéndome lograr con éxito mi carrera.

Así mismo, dedico esta tesis a toda mi familia, en especial, a mis padres por la paciencia en mi largo caminar de estudiante. Gracias a todos los que hicieron posible que llegase hasta aquí.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desfallecer en los problemas que se presentan enseñándome a encarar las adversidades y lograr mis objetivos.

A mi familia en general en especial a mi madre y a mi padre, quienes han estado presentes y han sido un gran apoyo a lo largo de mi vida, apoyándome en todo momento, también por sus consejos brindados durante mi formación profesional y en el logro de mis metas.

A mi pareja, por su apoyo incondicional, por sus consejos y palabras de aliento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract	vii
I. Introducción	1
II. Marco teórico	4
III. Metodología.....	12
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	12
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra y muestreo, unidad de análisis.....	13
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	14
3.5. Procedimientos	15
3.6. Método de análisis de datos.....	16
3.7. Aspectos éticos.....	17
IV. Resultados.....	18
V. Discusión	24
VI. Conclusiones.....	27
VII. Recomendaciones	28
Referencias	29
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años.....	17
Tabla 2. Factores ambientales asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años.....	18
Tabla 3. Factores clínicos asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años.....	19
Tabla 4. Factores socioeconómicos asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años	21
Tabla 5. Análisis de regresión multivariado de los factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años	22

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años. **Metodología:** La investigación fue de tipo aplicada, de diseño no experimental de casos y controles. La muestra incluyó 84 historias clínicas de niños menores de 5 años (42 casos y 42 controles), seleccionada por muestreo aleatorio simple. Se aplicaron las técnicas de análisis documental y encuesta telefónica, utilizando una ficha de registro como instrumento. Se aplicó el Chi-Cuadrado de Pearson, con significancia estadística para un valor $p < 0,05$. Así mismo, se calculó el Odds ratio para determinar las variables de riesgo. **Resultados:** El 100% de niños tenían un bajo peso para la edad, (OR: 0.160; $p < 0.001$). El 100% de niños tenían una talla baja para la edad, (OR: 0.160; $p < 0.001$). El 90.5% de los niños vivían en una zona rural, (OR: 40.375; $p < 0.001$). Se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores clínicos y la Faringitis aguda con: inmunización ($p < 0.001$), desnutrición ($p < 0.001$), adenoides ($p = 0.028$), infecciones respiratorias ($p = 0.001$), suplementos nutricionales ($p < 0.001$), valor de hemoglobina ($p < 0.001$) y valor de leucocitos ($p < 0.001$). Así mismo, el 76.2% de los padres de los niños tenían un ingreso familiar por debajo del sueldo mínimo ($p < 0.001$). **Conclusiones:** Existen factores sociodemográficos, ambientales, clínicos y socioeconómicos asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años. Los factores de riesgo asociados a faringitis aguda fueron: el peso, la talla, la zona donde vive, la inmunización, la desnutrición, los adenoides, las infecciones respiratorias, los suplementos nutricionales, el valor de hemoglobina, el valor de leucocitos y el ingreso familiar.

Palabras clave: Faringitis, dolor de garganta (MeSH), infantil.

ABSTRACT

Objective: Identify the factors associated with acute pharyngitis in children under 5 years of age. **Methodology:** The research was applied, with a non-experimental case-control design. The sample included 84 medical records of children under 5 years of age (42 cases and 42 controls), selected by simple random sampling. Document analysis and telephone survey techniques were applied, using a registration form as an instrument. Pearson's Chi-Square was applied, with statistical significance for a p value <0.05 . Likewise, the Odds ratio was calculated to determine the risk variables. **Results:** 100% of children had low weight for their age (OR: 0.160; $p<0.001$). 100% of children had low height for their age (OR: 0.160; $p<0.001$). 90.5% of the children lived in a rural area (OR: 40.375; $p<0.001$). A statistically significant relationship was found between clinical factors and acute pharyngitis in the indicators: immunization ($p<0.001$), malnutrition ($p<0.001$), adenoids ($p=0.028$), respiratory infections ($p=0.001$), nutritional supplements ($p<0.001$), hemoglobin value ($p<0.001$) and leukocyte value ($p<0.001$). Likewise, 76.2% of the children's parents had a family income below the minimum wage ($p<0.001$). **Conclusions:** There are sociodemographic, environmental, clinical and socioeconomic factors associated with acute pharyngitis in children under 5 years of age. The risk factors associated with acute pharyngitis were: weight, height, area where you live, immunization, malnutrition, adenoids, respiratory infections, nutritional supplements, hemoglobin value, leukocyte value and income familiar.

Keywords: Pharyngitis, sore throat (MeSH), childish.

I. INTRODUCCIÓN

El dolor de garganta y la faringitis aguda (FA) representan más del 2 % y el 5 % de todas las visitas de atención primaria de pacientes ambulatorios para las poblaciones pediátrica. La FA también forma parte de las infecciones respiratorias agudas (IRAs). Esta enfermedad se caracteriza por la inflamación de la faringe, la nasofaringe y los tejidos amigdalinos. La mayor incidencia es desde finales de invierno hasta inicios de primavera. ⁽¹⁾

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) se definen como un grupo de enfermedades respiratorias causadas por patógenos virales, fúngicos, bacterianos y parasitarios que duran menos de quince días y se caracterizan por tos, secreción nasal, odinofagia, dolor de oído y disfonía, respiración ruidosa y dificultad para respirar, que podría ir acompañado de fiebre. ⁽²⁾

La mayoría de las IRAs ocurren en los primeros 6 meses de vida, debido a que las vías respiratorias y sus mecanismos de defensa están inmaduros, favoreciendo las IRAs más graves y predisponentes. Por lo tanto, la corta edad aumenta las probabilidades de progresión de la enfermedad. ⁽²⁾

En 2010, hubo 1,814 millones de visitas al área de emergencias por FA, de las cuales 692,000 fueron de pacientes menores de 15 años. La mayoría de los casos de FA ocurren en menores de 5 años. Las tasas de FA a nivel mundial, son muy altas, principalmente en países donde se recetan antibióticos en exceso. ⁽³⁾

Los casos de FA ocurren mayormente durante los meses más fríos del año cuando prevalecen los virus respiratorios. La transmisión entre miembros de la familia es una característica destacada de la epidemiología de la mayoría de los patógenos, y los niños son un reservorio importante. ⁽⁴⁾

Alrededor del 50% al 80% de los síntomas de FA, a nivel mundial son de origen viral e incluyen una variedad de agentes virales, mientras que el resto son infecciones bacterianas y, en raras ocasiones, fúngicas. Los casos más graves son debido a gérmenes bacterianos y puede desarrollarse luego de una infección viral base, siendo en la infección bacteriana más común el *Streptococcus pyogenes*, que causa del 5% al 36% de los casos de FA. ⁽⁵⁾

En los Estados Unidos, la FA representa aproximadamente 12 millones de visitas ambulatorias cada año, lo que corresponde al 1% al 2% de todas las visitas a los centros de atención hospitalaria. Durante la niñez y la adolescencia la incidencia alcanza su punto máximo, y el 50 % de los casos ocurren antes de los 18 años aproximadamente. ⁽⁶⁾

Entre la población latinoamericana, la prevalencia de FA en infecciones agudas es del 29%. Como resultado, la FA es una de las enfermedades más frecuentes entre los adolescentes y niños de 3 a 15 años. ⁽⁷⁾

En Ecuador, según los datos de 2013 del Instituto Nacional de Estadística y Censo, la provincia del Guayas reportó 73.519 pacientes diagnosticados con faringitis aguda o amigdalitis, siendo así la provincia con mayores altas hospitalarias; seguido por la provincia de Manabí con 293 pacientes y luego Pichincha con 242 pacientes. ⁽⁸⁾

En el boletín epidemiológico de marzo – 2023, en Lima se reportan dentro de los casos de IRAs, de acuerdo a los tipos de diagnósticos más comunes, en primer lugar, a la faringitis aguda con 50.36% (1157 casos), rinofaringitis aguda representa el 40.47% (938 casos), faringitis de vida otros microorganismos 3.55% (83 casos), laringotraqueitis aguda 2% (47 casos) y los otros restantes representa 2.9%. ⁽⁹⁾

La finalidad de este estudio es identificar y determinar los factores de riesgo de tipo clínico, ambiental, socioeconómico y sociodemográfico que puedan estar relacionado a la faringitis aguda en niños menores de 5 años con el fin de ejecutar estrategias de prevención, vigilancia y manejo de esta enfermedad, y así disminuir su incidencia. Además, permitirá a los equipos de atención primaria utilizar un instrumento fundamental para poder reconocer todos estos factores y así reducir el riesgo para este grupo susceptible.

El problema de la investigación fue: ¿Cuáles son los factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años?

El objetivo general planteado fue identificar los factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años. Como objetivos específicos se planteó

lo siguiente: Evaluar la asociación entre los factores sociodemográficos y la faringitis aguda en niños menores de 5 años; Evaluar la asociación entre los factores ambientales y la faringitis aguda en niños menores de 5 años; Evaluar la asociación entre las características clínicas y la faringitis aguda en niños menores de 5 años; Evaluar la asociación entre las características socioeconómicas y la faringitis aguda en niños menores de 5 años.

Se plantea como hipótesis que existen factores sociodemográficos, ambientales y características asociados a la faringitis aguda en niños menores de 5 años.

II. MARCO TEÓRICO

La faringitis aguda, ha despertado el interés de muchos investigadores, así, en un estudio realizado en Shanghái, China en el 2021, se recopilaron casos mensuales de FA dentro de un hospital y se tomaron datos meteorológicos, incluida la temperatura y la humedad relativa desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017. La temperatura osciló entre 5,2 °C y 32,0 °C y la humedad relativa entre 59,4 % y 83,1 %. El análisis de regresión lineal multivariable indicó que la temperatura era el factor de riesgo independiente de FA. La temperatura baja podría causar una mayor incidencia de FA y más visitas al hospital. ⁽¹⁰⁾

En Auckland, Nueva Zelanda en el 2022, se realizó un estudio de casos y controles donde se incluyó a 773 niños de 5 años, entre marzo de 2018 hasta octubre de 2019. El análisis multivariable identificó fuertes asociaciones entre las barreras para acceder a la atención médica primaria (incluidas las restricciones financieras, la imposibilidad de programar una cita, la falta de transporte y la falta de cuidado infantil para otros niños) y tener FA por estreptococo del grupo A (GAS) (OR 3,3; IC 95 % 1,8-6,0), o ser portador de GAS (OR 2,9; IC 95 % 1,5-6 .0). ⁽¹¹⁾

En EE.UU. en el 2021, se realizó un estudio sobre faringitis causado por GAS, este problema de salud alcanzó su mayor incidencia desde finales de invierno hasta inicios de primavera, cuando los niños están dentro de la escuela. La colonización también es mayor en los meses de invierno, y aunque hasta el 20 % de los niños en etapa escolar están colonizados con GAS en la garganta durante este tiempo, no se ha demostrado que la colonización contribuya hacia la propagación de la patología. En países con ingresos bajos y medianos o que se encuentren en situaciones en las que el hacinamiento es común (p. ej., escuelas), los brotes de faringitis son comunes. ⁽¹²⁾

En Reino Unido, en el 2023, se realizó una investigación, dentro de sus resultados se halló que los factores de riesgo para faringitis por GAS incluyen falta de vivienda, hacinamiento, compartir artículos personales, mala

ventilación y bajo nivel socioeconómico se consideran factores de riesgo significativos. La desnutrición también se destacó como factor de riesgo. Los niños son más propensos a tener más riesgo que las niñas. Los entornos más comunes para la transmisión incluyen escuelas, jardines de infancia, hospitales. ⁽¹³⁾

Se realizó un estudio en Australia, en el 2021, donde se identificó a la vivienda inadecuada (humedad, temperatura, mala ventilación) como un factor de riesgo relevante para las patologías por GAS. Esto incluye falta de vivienda, hacinamiento, recursos familiares limitados. Nivel socioeconómico bajo, exposición al humo del tabaco, presencia de adenoides también se identificaron como factores de riesgo. Varios estudios observaron variaciones estacionales en la prevalencia de enfermedades GAS. Otros factores de riesgo individuales incluyen cambios en la inmunidad del huésped, condiciones médicas subyacentes, desnutrición. ⁽¹⁴⁾

Así mismo se menciona la relación entre la inflamación de la faringe y la exposición a factores ambientales como la contaminación ambiental, el humo del tabaco y los alérgenos; exposición a alimentos y líquidos muy calientes, sustancias cáusticas y agentes patógenos. Las IRAs altas provocan un número elevado de visitas al área pediátrica, y en la mayoría genera dolor de garganta como síntoma o dato de faringitis en la exploración física. ⁽¹⁵⁾

La FA tiene como causa bacteriana más frecuente a los GAS o *Streptococcus pyogenes*, que varía entre el 20-30% de los niños. Se propagan a través de las vías respiratorias mediante pequeñas gotas de saliva que se expulsan cuando una persona infectada tose, estornuda o habla. En climas templados, durante el invierno e inicios de primavera, la incidencia es mayor en niños de 5 años. La FA es más común en niños y en países desarrollados y, en general, tienen menos riesgo de contagio o de desarrollar complicaciones. ⁽¹⁶⁾

En un artículo publicado en la revista Clinical Microbiology Newsletter, hace mención al GAS como causante de FA en países con ingresos bajos y

medianos, donde la higiene puede ser subóptima. La enfermedad suele florecer en entornos con mala higiene y hacinamiento. Las tasas de enfermedad han disminuido a lo largo del siglo XX en los países más desarrollados, en gran parte debido a la mejora de la higiene y el uso de antibióticos. ⁽¹⁷⁾

Se realizó un estudio en Argentina, en un hospital general de agudos, teniendo como objetivos determinar: 1) El porcentaje de faringitis agudas bacterianas (FAB) diagnosticadas entre enero de 2010 y diciembre de 2016, 2) la incidencia estacional de casos, 3) la incidencia de FAB según rango de edades. Dentro de sus resultados se observó: el 65% de las FAB se diagnosticaron en niños menores de 5 años. Considerando la población con edades conocidas (n=658), la incidencia de FAB resultó de 18% en niños de 3 a 6 años y de 6% en menores de 3 años. La incidencia global de FAB fue mayor en primavera con el 36% de los casos (n=252), seguido del 24% en invierno, 24% en otoño y 16% en verano. ⁽¹⁸⁾

En un estudio sobre IRAs más comunes en niños de 0 a 5 años que van a urgencias en América Latina. La faringitis fue una de las enfermedades más frecuentes seguida de algunos reportes de neumonía. Dentro de los factores asociados se encuentra: la escolaridad materna baja, dormir con personas adultas, hacinamiento, mala nutrición, valores de hemoglobina disminuidos y antecedente de parto pretérmino. ⁽¹⁹⁾

En Guayaquil, Ecuador en el 2021, tuvo como objetivo determinar los factores que predominan en las IRAs en los menores de 5 años. En el indicador de IRAs, se señala que éstas causan problemas de morbilidad infantil de mayor concentración entre las edades de 1-4 años (33%), estaba encabezada por la faringitis y la amigdalitis. Este estudio tuvo los siguientes resultados: amamantamiento hasta los 3 meses, el 50% tenía su calendario de vacunación incompleto y el 50% eran llevados a controles médicos solo cuando se enfermaban. Los padres en su mayoría tenían un nivel académico superior y el 30% fuman regularmente cerca de sus hijos. ⁽²⁰⁾

En una investigación realizada en Perú acerca de la prevalencia de IRAs, en el 2020, se demostró que la FA es una patología que prevalece en los niños menores de 5 años con un 29%, seguido de la rinofaringitis con un 28.2%. También se menciona a los factores ambientales relacionados con la FA, como la contaminación atmosférica, elevada humedad ambiental o frío extremo; otros factores mencionados son: hacinamiento, desnutrición, valores de leucocitos disminuidos, uso no adecuado de antibióticos y factores intrínsecos del huésped. ⁽²¹⁾

En Tambillo, Huánuco en el 2017, se realizó una investigación sobre IRAs y su asociación con la desnutrición, los calendarios de vacunación, y la lactancia materna en niños menores de 5 años. Entre los resultados: la incidencia de IRAs en menores de 5 años fue del 56%, siendo el más común la faringitis aguda con 31% y la faringoamigdalitis con 24%. Los factores vinculados con las IRAs estadísticamente notables fueron del 52% con lactancia materna menor de 6 meses, 56% con calendario de vacunación completa y 3% con desnutrición aguda. ⁽²²⁾

Se realizó una investigación en Iquitos, en el 2021, teniendo como objetivo determinar el predominio de las IRAs en niños menores de 5 años. Se incluyeron 239 niños para el estudio. Aproximadamente uno de cada cinco niños desarrolla FA (21%). Los meses con mayor prevalencia fueron enero y febrero con el 23% y 11% respectivamente; en los casos de IRA, el uso de antibióticos fue del 67%. Se concluyó que el conocimiento sobre el predominio de IRA en niños menores de 5 años es primordial para la implementación de medidas de prevención y control en estos grupos etarios, teniendo en cuenta los meses de mayor prevalencia. ⁽²³⁾

En Chincha, Ica en el 2017, se realizó una investigación, teniendo como objetivo identificar la incidencia y conocimiento de IRA en pacientes menores de 5 años. Se trabajó con un total de 97 niños, entre los meses de junio y mayo. La incidencia de faringitis fue de 6,19%. Entre los factores asociados a las infecciones respiratorias, los cambios bruscos de temperatura se encuentran en un 37%, seguido de la desnutrición con 30%, la falta de

vacunación y factores ambientales como el humo y la contaminación en un 18% y 15% aleatoriamente. ⁽²⁴⁾

Se realizó una investigación en el distrito de Potoni, Puno en el 2021, que tuvo como objetivo determinar el predominio de IRAs en niños menores de 5 años. Se tomó en cuenta 90 menores para el estudio. Se obtuvieron los siguientes resultados: las IRAs predominan en noviembre con un 23.3%, y los porcentajes más bajos entre enero y agosto con el 1.5%. La prevalencia por edad, alcanza un mayor porcentaje en niños menores de 1 año (30%), seguido de 2 años (25.6%) y 3 años (23 %). Dentro de las IRAs más prevalentes, estuvo la faringitis aguda (41.1 %), seguido del resfriado común (32.2%). ⁽²⁵⁾

La FA se caracteriza por la rápida aparición de dolor de garganta e inflamación faríngea (puede haber exudado en algunos casos). ⁽²⁶⁾ La faringitis también hace referencia a la inflamación de la membrana mucosa faríngea, que frecuentemente incluye las amígdalas y es causada por infección o irritación. ⁽²⁷⁾

Entre las manifestaciones clínicas, es más probable que la faringitis viral se asocie con mialgia y síntomas respiratorios, como rinorrea y tos. La infección por adenovirus comúnmente también causa conjuntivitis. La infección por enterovirus, más común durante el verano, puede causar ulceraciones en la faringe posterior (“herpangina”). Muchos virus pueden causar una erupción generalizada. La mononucleosis infecciosa puede causar faringitis exudativa, linfadenopatía generalizada y esplenomegalia. ⁽²⁷⁾

En cambio, es mucho menos probable que la faringitis por GAS tenga rinorrea, tos o erupción asociadas. Por lo contrario, es más probable que tenga inflamación faríngea y amigdalina (eritema y edema de la mucosa), petequias palatinas, exudados faríngeos/amigdalinos bien delimitados y linfadenopatía cervical asociada. La fiebre es más a menudo de alto grado. Los niños pueden presentar dolor abdominal, náuseas y vómitos. ⁽²⁷⁾

Dentro de las características clínicas de la faringitis por GAS están: inicio repentino, dolor de garganta, fiebre, erupción de escarlatina, dolor de

cabeza, náuseas, vómitos, dolor abdominal, exudados amigdalinos, ganglios cervicales anteriores agrandados, presentación en invierno o principios de primavera, historia de exposición. ⁽²⁸⁾

Dentro de las características clínicas de la faringitis por virus están: conjuntivitis, rinitis, tos, ronquera, mialgia, diarrea, exantemas característicos. ⁽²⁸⁾

Los virus son la etiología más frecuente de faringitis en niños. En su mayoría, los virus respiratorios (p. ej., virus de la influenza, parainfluenza, rinovirus, coronavirus, adenovirus, metapneumovirus humano, virus sincitial respiratorio), enterovirus, virus del herpes simple y virus de Epstein-Barr son causas frecuentes de faringitis. ⁽²⁸⁾

El GAS es la bacteria causante más comúnmente identificada de FA y representa del 15% al 30% de la faringitis pediátrica. *Fusobacterium necrophorum*, el agente etiológico típico del síndrome de Lemierre, es una causa cada vez más notificada de faringitis no complicada, especialmente en niños mayores. Otras causas incluyen los estreptococos β -hemolíticos de los grupos G y C (GGS y GCS). ⁽²⁸⁾

Los casos de faringitis aguda, en su mayoría ocurren durante las temporadas más frías del año, cuando prevalecen los virus respiratorios. La propagación entre los integrantes de la familia en el hogar es una característica destacada de la epidemiología de la mayoría de los patógenos, y los infantes constituyen el principal reservorio. La faringitis enteroviral generalmente ocurre en el verano y principios del otoño. ⁽²⁸⁾

La faringitis es una ocurrencia común en los niños. En general, la FA ocurre con mayor frecuencia en las estaciones de clima frío; una etiología enteroviral es más común en el verano y el otoño. La mayoría de las enfermedades asociadas a faringitis requieren un contacto cercano de persona a persona para propagarse. Se han informado varios brotes de faringitis transmitida por los alimentos. La masticación previa de los alimentos por parte de los adultos también puede ser una causa de faringitis en los lactantes. ⁽²⁹⁾

La faringitis presenta una variedad de factores de riesgo, dentro de éstas tenemos: las estaciones invierno y primavera, exposición al humo o a la contaminación ambiental, alergias, amígdalas agrandadas, tener un sistema inmunitario debilitado o tomar medicamentos inmunosupresores para enfermedades autoinmunes. ⁽³⁰⁾

Para el diagnóstico de una FA, el cultivo en agar sangre de carnero de una muestra obtenida por frotis faríngeo es el procedimiento estándar de laboratorio para la confirmación microbiológica de la faringitis por GAS (basado en síntomas como dolor de garganta, fiebre, amígdalas rojas e hinchadas cuando una prueba rápida no es factible) o para detectar otra etiología bacteriana. Si se realiza correctamente, un cultivo de garganta tiene una sensibilidad del 90% al 95%. Puede producirse un resultado negativo si el paciente recibió un antibiótico antes de la toma de muestras. ⁽²⁸⁾ Las muestras de hisopo deben recolectarse de ambas amígdalas, pero evitando la lengua y las mejillas. El cultivo es el único método que permite la prueba de susceptibilidad a GAS. ⁽²⁷⁾

Otra prueba rápida de detección de antígenos GAS, se encuentra el frotis faríngeo. Las pruebas tienen sensibilidad moderada y alta especificidad. Para confirmar la infección por GAS se necesita un resultado positivo, mientras que un resultado negativo excluye la infección en pacientes adultos inmunocompetentes; en niños, o en pacientes en los que la probabilidad de infección por GAS es alta, un resultado negativo de una prueba rápida requiere confirmación mediante cultivo. ⁽²⁷⁾

Por otro lado, los métodos de amplificación de ácidos nucleicos, incluidas las plataformas de punto de atención, son cada vez más asequibles y disponibles. Estos métodos son sensibles y específicos, por lo que solo se requiere cultivo si se necesitan datos de susceptibilidad a los antibióticos. ⁽²⁷⁾

La penicilina y sus congéneres (p. ej., ampicilina, amoxicilina) y numerosas cefalosporinas, macrólidos y clindamicina son un tratamiento eficaz para la faringitis por GAS. Varios grupos asesores han recomendado la penicilina como tratamiento de elección. GAS se ha mantenido exquisitamente

susceptible a los agentes β -lactámicos durante 5 décadas. La amoxicilina a menudo se usa debido al sabor aceptable de la suspensión, aunque la eficacia parece igualar a la penicilina. La claritromicina y la azitromicina administradas por vía oral también son eficaces. Las sulfamidas, incluido el trimetoprim-sulfametoxazol y las tetraciclinas, no son eficaces y no deben usarse para tratar la faringitis por GAS. ⁽²⁸⁾

Por otro lado, la FA de origen viral, una de las patologías con una alta prevalencia en nuestro medio. Pese a que la sintomatología, es leve en la mayoría de los casos, su duración varía entre una a tres semanas, constituyendo una de las principales causas de visitas médicas y ausentismo escolar. Se ha investigado sobre el uso de antivirales, pero aún no existen evidencias firmes que avalen su utilización, por lo que actualmente, la terapéutica es exclusivamente sintomatológica (conjuntivitis, ronquera, tos, diarrea, exantema y enantema de características virales), recurriéndose a una amplia variedad de fármacos, desde AINES, hasta antihistamínicos y antitusivos. ⁽³¹⁾

III. METODOLOGÍA

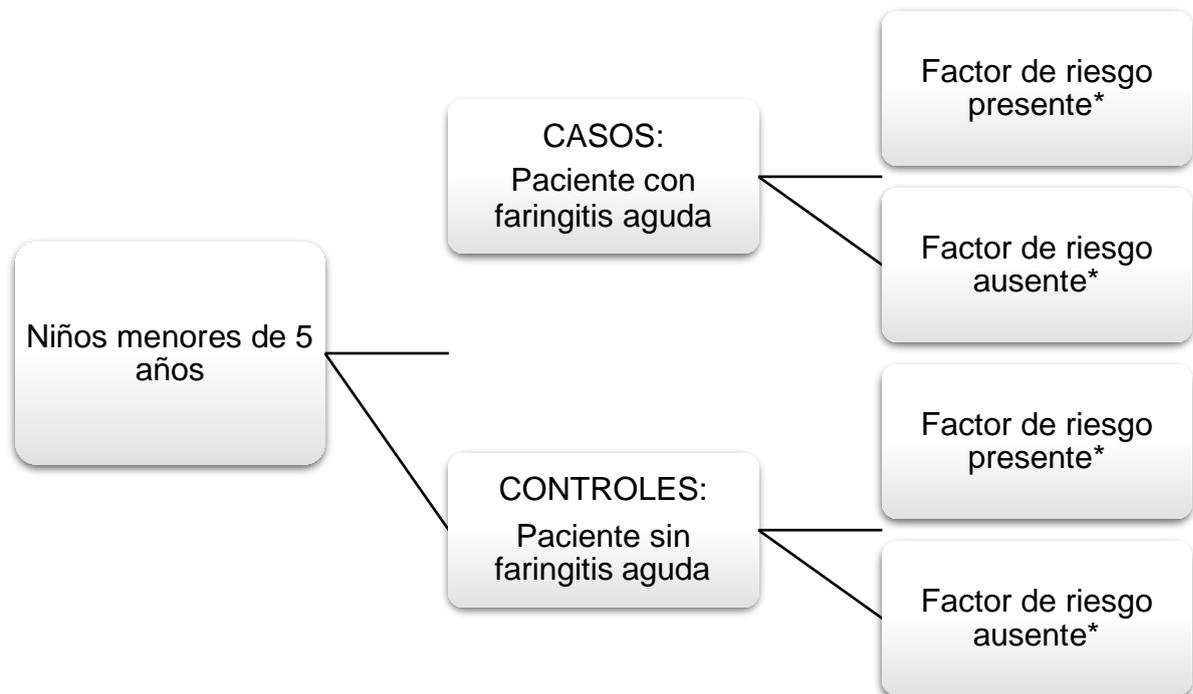
3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

- Aplicada

3.1.2. Diseño de investigación

- Diseño no experimental: casos y controles



Dónde:

*Factores asociados:

- a. Factores sociodemográficos: 1. Edad, 2. Peso, 3. Talla, 4. Sexo.
- b. Factores ambientales: 5. Asistencia a guardería, 6. Zona donde vive, 7. Exposición a tabaco.
- c. Factores clínicos: 8. Estado de inmunización, 9. Desnutrición, 10. Adenoides, 11. Infecciones respiratorias, 12. Comorbilidades, 13. Suplementos nutricionales, 14. Valores de hemoglobina, 15. Valores de leucocitos.

d. Factores socioeconómicos: 16. Ingreso familiar

3.2. Variables y operacionalización

3.2.1. Variables:

Faringitis aguda

Factores asociados a faringitis aguda

- Factores sociodemográficos: Edad, sexo, peso, talla.
- Factores ambientales: Asistencia a guardería, exposición a tabaco, zona donde vive.
- Factores clínicos: Estado de inmunización, desnutrición, adenoides, infecciones respiratorias, comorbilidades, suplementos nutricionales, valores de hemoglobina, valores de leucocitos.
- Factores socioeconómicos: Ingreso familiar.

3.2.2. Operacionalización de variables:

- Ver Anexo 1.

3.3. Población, muestra y muestreo, unidad de análisis

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por todos los niños menores de 5 años que fueron atendidos en un establecimiento de salud I – 3 del Hospital Tomas Lafora de Guadalupe, desde enero hasta junio del 2023

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión:**

- **Casos**

- ✓ Niños menores de 5 años con diagnóstico de faringitis aguda.

- ✓ Niños con historial médico completo.
- ✓ Niños atendidos en el establecimiento de salud I – 3 del Hospital Tomas Lafora de Guadalupe, desde enero a junio del 2023.
- **Controles**
 - ✓ Niños menores de 5 años sin diagnóstico de faringitis aguda
- **Criterios de exclusión:**
 - ✓ Niños con enfermedades crónicas, ya sea respiratoria o de otro tipo.
 - ✓ Niños de procedencia extranjera.

3.3.2. Muestra

En este trabajo de investigación se utilizó la fórmula para estudios de caso control. ⁽⁴⁵⁾ Ver anexo 2.

La muestra estuvo conformada por 42 niños con faringitis aguda para los casos y 42 niños sin faringitis para los controles.

3.3.3. Muestreo

Se usó el método aleatorio simple, ya sea para los casos como para los controles. ⁽⁴⁷⁾

3.3.4. Unidad de análisis

Estuvo constituida por cada niño que cumplió con los criterios de selección planteados para el presente estudio y que conforma la muestra.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica:

Se utilizó el análisis de documentos, que se incluyó en la revisión de los historiales médicos de los niños que cumplieron con los criterios de selección especificados.

3.4.2. Instrumento de recolección de datos:

Las cifras obtenidas a través de los registros médicos se registraron en la ficha de recolección de datos. Ver anexo 3.

El instrumento consta de 3 partes:

- La primera parte hizo constar la fecha y número de ficha del instrumento.
- La segunda parte hizo constar los datos generales, como el número del historial médico del paciente.
- La tercera parte hizo constar el diagnóstico o no de faringitis aguda; también las variables independientes como edad, sexo, asistencia a guardería, inmunización, desnutrición, ingreso familiar y zona donde.

3.5. Procedimientos

1. Se presentó la Investigación ante el Comité de Investigación de la Escuela de Pregrado de la UCV para su evaluación y aprobación.
2. Al ser aprobado el Proyecto de Investigación por la Red de Salud Pacasmayo, se procedió a su desarrollo.
3. Inicialmente se llevó a cabo una reunión con la jefa del Establecimiento de salud I – III del Hospital Tomas Lafora de Guadalupe, en la cual se le informó del contexto y los objetivos de la investigación, de los criterios de selección de los registros médicos, socializando el protocolo de toma de datos (Anexo 3).
4. Se seleccionó los registros médicos de los menores atendidos en el establecimiento de salud I – III del Hospital Tomas Lafora de Guadalupe, desde el 1º de enero hasta el 30º de junio del 2023, que respeten los criterios de selección establecidos para este proyecto de investigación.
5. Se comprobó que las historias clínicas contengan los datos requeridos para la ejecución de esta investigación.

6. Las historias clínicas fueron elegidas mediante muestreo aleatorio simple.
7. Se aplicó una encuesta telefónica a los padres de familia para conocer los datos sociodemográficos y ambientales.
8. Todos los datos recopilados fueron registrados en la herramienta de recopilación de datos desarrollada para este estudio. (Anexo III), luego se almacenó en la base de datos del programa SPSS versión 29.0.
9. Finalizada la recolección de los datos se procedió al análisis estadístico correspondiente.

3.6. . Método de análisis de datos

3.6.1. Estadística descriptiva

Los productos se presentaron en cuadros de entrada doble donde el número de casos estuvo en cifras absolutas y relativas que correspondieron a la categoría o valor de la variable.

3.6.2. Estadística analítica

Para relacionar la asociación entre los factores asociados y la faringitis aguda, los datos se plantearon mediante frecuencias relativas y absolutas con una significancia estadística determinada por muestras no paramétricas.

Para este caso se aplicó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, se realizó un análisis de regresión logística multivariado, también se estimó significancia estadística para un valor $p < 0,05$. Para el vínculo de variable cualitativas se tomó un nivel de confianza de 95%.

3.6.3. Estadígrafo del estudio

Se consideró el Odds ratio para determinar las variables de riesgo para faringitis aguda.

3.7. . Aspectos éticos

Para la realización de esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos:

Este proyecto de investigación se presentó al comité de la Universidad César Vallejo también al establecimiento de salud I – 3 del Hospital Tomas Lafora de Guadalupe para su aprobación.

Principio de autonomía

Se solicitó el consentimiento informado a los padres de familia previo a la aplicación de la encuesta.

Principio de No maleficencia

Se tuvo en cuenta que este proyecto radica en la obtención de datos procedentes de registros médicos y no se puso en riesgo la salud o vida del niño.

Principio de beneficencia

Los productos obtenidos dejaron un análisis situacional de la localidad y por ello se tomaron medidas para el bien común de la población infantil. El beneficio de la información se le proporcionó al jefe del establecimiento de salud I – 3 del Hospital Tomas Lafora de Guadalupe.

Principio de justicia

Se mantuvo el anonimato sobre los datos personales y la confidencialidad de la información obtenida de los pacientes que fueron incluidos en la presente investigación.

Esta investigación cumplió con la ley general de salud peruana ⁽⁴⁸⁾ y la declaración de Helsinki ^(49,50).

También se siguió el Código de Ética para la Investigación Biomédica Humana presentado por CIOMS en Ginebra en el 2002 ⁽⁴⁹⁾, y por el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (CMP) ⁽⁵⁰⁾.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Factores sociodemográficos asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	FARINGITIS AGUDA				Total		Valor P	OR	OR (IC95%)	
	Casos FA		Control		N	%				
	N	%	N	%						
EDAD	≤2 años	16	38.1	20	47.6	36	42.9	0.378	0.677	0.284 – 1.614
	>2 años	26	61.9	22	52.4	48	57.1			
PESO	Debajo del peso normal para la edad	42	100.0	8	19.0	50	59.5	< 0.001	0.160	0.85 - 0.302
	Peso normal para la edad	0	0.0	34	81.0	34	40.5			
TALLA	Debajo de la talla normal para la edad	42	100.0	8	19.0	50	59.5	< 0.001	0.160	0.85 - 0.302
	Talla normal para la edad	0	0.0	34	81.0	34	40.5			
SEXO	Masculino	27	64.3	25	59.5	52	61.9	0.653	1.224	0.507 - 2.957
	Femenino	15	35.7	17	40.5	32	38.1			

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 61.9% de los casos de FA eran niños mayores de 2 años, con un OR de 0.677 (IC de 0.284 – 1.614), no se encontró una asociación con la FA ($p = 0.378$). El 100% de los casos tenían un peso por debajo de lo normal para la edad, con un OR de 0.160 (IC de 0.85 – 0.302), se encontró una asociación estadísticamente significativa, con un valor de $p < 0.001$. El 100% de los casos tenían una talla por debajo de lo normal para la edad, con un OR de 0.160 (IC de 0.85 – 0.302), se encontró una asociación estadísticamente significativa, con un valor de $p < 0.001$. El 64.3% de los casos eran del sexo masculino, con un OR de 1.224 (IC de 0.507 – 2.957), no se pudo encontrar una asociación con la FA, teniendo como valor de $p = 0.653$.

Tabla 2. Factores ambientales asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años

FACTORES AMBIENTALES		FARINGITIS AGUDA				Total		Valor de P	OR	OR (IC 95%)
		Caso FA		Control		N	%			
		N	%	N	%					
ASISTENCIA A GUARDERIA	Si	22	52.4	24	57.1	46	54.8	0.661	0.825	0.349 - 1.950
	No	20	47.6	18	42.9	38	45.2			
ZONA DONDE VIVE	Rural	38	90.5	8	19.0	46	54.8	< 0.001	40.375	11.155 - 146.135
	Urbana	4	9.5	34	81.0	38	45.2			
EXPOSICIÓN A TABACO	Si	22	52.4	26	61.9	48	57.1	0.378	0.677	0.284 - 1.614
	No	20	47.6	16	38.1	36	42.9			

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 52.4% de niños asistían a una guardería, sin embargo, no se encontró una asociación con la FA (OR de 0.825; IC de 0.349 – 1.950; $p = 0.661$). El 90.5% de los niños vivían en una zona rural (OR de 40.375; IC de 11.155 – 146.135), tienen una asociación estadísticamente significativa con la FA ($p < 0.001$). El 52.4% de niños estaban expuestos al tabaco (OR de 0.677; IC de 0.284 – 1.614), no se encontró una asociación con la FA ($p = 0.378$).

Tabla 3. Factores clínicos asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años

FACTORES CLÍNICOS	FARINGITIS AGUDA						Total	Valor de P	OR	OR (IC 95%)
	Caso FA		Control							
	N	%	N	%	N	%				
Inmunización	Completa	7	16.7	29	69.0	36	42.9	< 0.001	n nan	0.032 - 0.254
	Incompleta	35	83.3	13	31.0	48	57.1			
Desnutrición	Si	42	100.0	8	19.0	50	59.5	< 0.001	n 16n	0.085 - 0.302
	No	0	0.0	34	81.0	34	40.5			
Adenoides	Presente	28	66.7	18	42.9	46	54.8	0.028	2.667	1.099 - 6.468
	Ausente	14	33.3	24	57.1	38	45.2			
Infecciones respiratorias	≤ 2 infecciones	7	16.7	21	50.0	28	33.3	0.001	0.200	0.073 - 0.550
	> 2 infecciones	35	83.3	21	50.0	56	66.7			
Comorbilidades	Si	19	45.2	27	64.3	46	54.8	0.079	0.459	0.191 - 1.102
	No	23	54.8	15	35.7	38	45.2			
Suplementos nutricionales	Recibe	9	21.4	31	73.8	40	47.6	< 0.001	0.097	0.035 - 0.265
	No recibe	33	78.6	11	26.2	44	52.4			
Valor de hemoglobina	Debajo del valor normal para la edad	42	100.0	8	19.0	50	59.5	< 0.001	0.160	0.085 - 0.302
	Valor normal para la edad	0	0.0	34	81.0%	34	40.5			
	Debajo del valor normal para la edad	42	100.0	8	19.0%	50	59.5			
Valor de leucocitos	Debajo del valor normal para la edad	42	100.0	8	19.0%	50	59.5	< 0.001	0.160	0.085 - 0.302
	Valor normal para la edad	0	0.0	34	81.0	34	40.5			

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 83.3% de los niños tenían una inmunización incompleta, con un OR de 0.090 (IC de 0.032 – 0.254), se encontró una significancia con la FA ($p < 0.001$). El 100% de los niños tenían desnutrición, con un OR de 0.160 (IC: 0.085 – 0.302), y una asociación con la FA ($p < 0.001$). El 66.7% de los niños presentaban adenoides, con un OR de 2.667 (IC de 1.099 – 6.468), y una asociación con la FA ($p = 0.028$). El 83.3% de los niños habían tenido más de 2 infecciones, con un OR de 0.200 (IC de 0.073 – 0.550), y una asociación con la FA ($p = 0.001$). El 54.8% de los niños si tenían comorbilidades, con un OR de 0.459 (IC de 0.191 – 1.102), no se encontró una significancia estadística ($p = 0.079$). El 78.6% de los niños no recibían suplementos nutricionales, con un OR de 0.097 (IC de 0.035 – 0.265), y una asociación con la FA ($p < 0.001$). El 100% de los niños tenían un valor de hemoglobina por debajo del valor normal para la edad, con un OR de 0.160 (IC de 0.085 – 0.302), se encontró una asociación con la FA ($p < 0.001$). El 100% de los niños tenían un valor de leucocitos por debajo del valor normal para la edad, con un OR de 0.160 (IC de 0.085 – 0.302), se encontró una asociación con la FA ($p < 0.001$).

Tabla 4. Factores socioeconómicos asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años

FACTORES SOCIOECONÓMICOS		FARINGITIS AGUDA				Total		Valor de P	OR	OR (IC 95%)
		Caso FA		Control						
		N	%	N	%	N	%			
	Debajo del sueldo mínimo	32	76.2	10	23.8	42	50.0			
INGRESO FAMILIAR	Sueldo mínimo	9	21.4	24	57.1	33	39.3	< 0.001	–	–
	Sobre el sueldo mínimo	1	2.4	8	19.0	9	10.7			

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 76.2% de los niños tenían un ingreso familiar por debajo del sueldo mínimo, en donde se encontró una asociación con la FA, con un valor de $p < 0.001$.

Tabla 5. Análisis de regresión multivariado de los factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	-0.167	0.290	0.333	1	0.564	0.846	0.480	1.493
Peso	3.526	1.015	12.080	1	0.001	34.000	4.654	248.375
Talla	3.526	1.015	12.080	1	0.001	34.000	4.654	248.375
Sexo	0.125	0.354	0.125	1	0.724	1.133	0.566	2.269
Asistencia a guardería	-0.105	0.325	0.105	1	0.746	0.900	0.476	1.701
Zona donde vive	2.140	0.529	16.391	1	0.000	8.500	3.016	23.953
Exposición a tabaco	-0.223	0.335	0.443	1	0.506	0.800	0.415	1.544
Desnutrición	5.631	1.456	14.955	1	0.000	278.944	16.072	4841.250
Inmunización	-2.497	1.514	2.719	1	0.099	0.082	0.004	1.602
Adenoides	2.497	1.137	4.822	1	0.028	12.146	1.308	112.815
Infecciones respiratorias	-2.307	1.145	4.064	1	0.044	0.100	0.011	0.938
Suplementos nutricionales	1.133	1.645	0.475	1	0.491	3.106	0.124	77.999
Comorbilidades	-0.081	0.143	0.323	1	0.570	0.922	0.697	1.219
Valor de hemoglobina	3.526	1.015	12.080	1	0.001	34.000	4.654	248.375
Valor de leucocitos	3.526	1.015	12.080	1	0.001	34.000	4.654	248.375
Ingreso familiar	-1.163	0.362	10.308	1	0.001	0.313	0.154	0.636

Fuente: Ficha de recolección de datos

Las variables que presentaron una asociación estadística con la FA fueron: peso ($p = 0.001$, OR: 34), talla ($p = 0.001$, OR: 34), zona donde vive ($p = 0$, OR: 8.5), desnutrición ($p = 0$, OR: 278.94), adenoides ($p = 0.028$, OR: 12.14), infecciones respiratorias ($p = 0.044$, OR: 0.10), valor de hemoglobina ($p = 0.001$, OR: 34), valor de leucocitos ($p = 0.001$, OR: 34) e ingreso familiar ($p = 0.001$, OR: 0.31).

V. DISCUSIÓN

El dolor de garganta y la faringitis aguda (FA) representan más del 2 % y el 5 % de todas las visitas de atención primaria de pacientes ambulatorios para las poblaciones pediátrica. Durante la etapa de la niñez y la adolescencia la incidencia alcanza su punto máximo, y el 48 % de los casos ocurren antes de los 18 años aproximadamente.

Esta investigación, se realizó con el objetivo de identificar los factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años.

Como se puede observar en la Tabla 1, al evaluar la asociación entre los factores sociodemográficos y la faringitis aguda en niños menores de 5 años, se observa que los niños menores de 2 años son más propensos a tener FA ($p=0.378$; $OR=0.677$, IC 95%: 0.284 – 1.614), mientras en un estudio de Centeno Y. et al²⁵; se demuestra que la mayor prevalencia de FA es en menores de un año con el 28%, también menciona que este grupo etario son más susceptibles a padecer enfermedades pulmonares, ya que sus músculos respiratorios, suelen ser más vulnerables a la fatiga, ocasionando una descompensación más temprana. En un estudio de Córdova S. et al²¹, se identificó que la prevalencia según edad fue de 29% en menores de un año. Así mismo, Donowitz J. et al²⁶, menciona que este grupo etario son los más propensos, puede ser por el inicio de la ablactancia, la disminución de la inmunidad, la fisiología y anatomía de su aparato respiratorio.

En el estudio de Pernica J. et al²⁷, menciona que, entre los seis meses y los tres años de vida, inicia el problema de la hipogammaglobulinemia transitoria de la niñez, ya que existe una disminución de los anticuerpos transmitidos por la madre por vía transplacentaria y por la interrupción de la lactancia materna, lo cual los hace ser más propensos a las infecciones.

En la tabla 1 también se muestra al sexo masculino como predominante en los casos de FA, este resultado obtenido es similar al estudio de Centeno Y. et al²⁷; quien reporto una mayor proporción en el sexo

masculino con el 54% y el sexo femenino con el 47 %, esto es debido a que las mujeres tienen una respuesta inmune más fuerte a las infecciones que los varones; Cereza J. et al²⁹, en uno de sus estudios, menciona que las mujeres poseen una capacidad acelerada de elaborar anticuerpos. Podemos deducir que tanto los niños y las niñas están expuestos a los mismos factores de riesgo. Así mismo, Culvert L. et al³⁰, en sus estudios resalta que los niños del sexo masculino tienden a enfermarse con más frecuencia.

Al evaluar la asociación entre los factores ambientales y la FA en menores de 5 años, en la variable asistencia a guardería se encontró que los niños que asisten a las guarderías son más propensos a tener FA ($p=0.378$; $OR=0.677$, IC 95%: 0.349 – 1.950); este resultado es similar al estudio de Huamán T. et al⁴⁶, quien reportó es posible hallar una asociación estadísticamente significativa entre la asistencia a una guardería y la FA ($p=0.01$, $OR=3.41$, IC95% 1.36 - 8.54).

En la tabla 2 también se muestra como factor ambiental la exposición a tabaco, teniendo como resultado que 22 niños (52.4%) están expuestos al tabaco ($p=0.661$, $OR=0.825$, IC95% 0.349 - 1.950); este resultado obtenido es similar al estudio de Alvarado G. et al²⁰, quien reportó que la exposición al tabaco estuvo presente en el 52.3% de los niños evaluados, también se encontró una asociación con esta variable ($p=0.029$, $OR: 3.0$ IC95% 1.12-6.79). Así mismo, reportó que el estar expuesto al tabaco provoca enfermedades respiratorias y esto no necesariamente se debe por ser fumador directo, por lo contrario, a la exposición pasiva de los padres consumidores, el humo en el hogar puede mantenerse por muchas horas y es más perjudicial para los menores inhalarlo que fumarlo.

Los resultados de la asociación entre los factores clínicos y la FA en menores de 5 años, muestran dentro del grupo casos, que los niños con inmunización incompleta son más propensos a tener FA ($p < 0.001$, $OR: 0.09$, IC95% 0.032 – 0.254), este resultado es similar al estudio de Espinoza V. et al²², quien reportó que la inmunización inadecuada

aumento 2,5 veces el riesgo de IRAs, teniendo así una significancia estadística. Las inmunizaciones representan un factor protector, ya que garantizan una protección contra enfermedades prevenibles, así como el aumento de las infecciones en las vías respiratorias.

En cuanto la asociación de desnutrición con la FA, 42 niños (100%) tenían desnutrición ($p < 0.001$, OR: 0.160, IC95% 0.085 – 0.302), este resultado obtenido es similar al estudio Espinoza V. et al²³, quien reportó que el estado nutricional del niño directamente relacionado con la susceptibilidad de los niños a las infecciones pulmonares, teniendo así una significancia estadística ($p < 0,001$). La revisión literaria menciona que la desnutrición está asociada al crecimiento y desarrollo pulmonar en los 2 primeros años de vida.

Entre la asociación de los factores socioeconómicos y la FA, mostraron que 32 niños (76.2%) tenían un ingreso familiar por debajo del sueldo mínimo ($p < 0.001$); resultados similares al estudio de Ríos V. et al²³, donde mostró una asociación con las bajas condiciones socioeconómicas ($p < 0.05$). Según el INEI, en el 2023, el consumo mensual en la canasta básica familiar debe ser como mínimo de S/.415.00 por mes y por persona para no ser considerado clase baja, pero esta cantidad no cubre otras necesidades (servicios básicos, vestimenta, educación y salud).

En la tabla 5 se muestran los resultados de la regresión logística que demuestran que las variables peso, talla, zona donde vive, desnutrición, adenoides, infecciones respiratorias, valor de hemoglobina, valor de leucocitos e ingreso familiar que están asociados a faringitis aguda viral en niños menores de 5 años ($p < 0.05$); y constituyen factores de riesgo el peso, talla, sexo, zona donde vive, desnutrición, adenoides, suplementos nutricionales, valor de hemoglobina y valor de leucocitos (OR > 1).

VI. CONCLUSIONES

- Existen factores ambientales, sociodemográficos, clínicos y socioeconómicos asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años.
- Entre los factores sociodemográficos, el peso ($p < 0.001$) y la talla ($p < 0.001$) presentan una asociación estadísticamente significativa a la faringitis aguda.
- Entre los factores ambientales, la zona donde viven los niños se encuentra asociada estadísticamente a la faringitis aguda ($p < 0.001$).
- Los factores clínicos: inmunización ($p < 0.001$), desnutrición ($p < 0.001$), adenoides ($p = 0.028$), infecciones respiratorias ($p = 0.001$), suplementos nutricionales ($p < 0.001$), valor de hemoglobina ($p < 0.001$) y valor de leucocitos ($p < 0.001$) tienen una relación significativa estadísticamente con la faringitis aguda.
- En el factor socioeconómico, el ingreso familiar se encuentra asociada estadísticamente a la faringitis aguda ($p < 0.001$).
- Los factores asociados a faringitis aguda en niños menores de cinco años son: peso, talla, zona donde vive, desnutrición, adenoides, infecciones respiratorias, valor de hemoglobina, valor de leucocitos e ingreso familiar ($p < 0.05$); y constituyen factores de riesgo: peso, talla, sexo, zona donde vive, desnutrición, adenoides, suplementos nutricionales, valor de hemoglobina y valor de leucocitos ($OR > 1$).

VII. RECOMENDACIONES

- Con la información sobre los factores identificados en este estudio se pueden planificar sesiones educativas, junto a las campañas preventivas promocionales con el fin de que los cuidadores y/o madres estén informados sobre los factores que favorecen la aparición de faringitis aguda en los niños.
- Establecer estrategias de la mano con los centros educativos iniciales para cerciorarse que el menor de edad reciba atención del equipo multidisciplinario con el objetivo sea mejorar la calidad de vida del infante.
- Se debe educar a las madres sobre la importancia del programa de vacunación sobre todo para el fortalecimiento y desarrollo del sistema inmune en los infantes, debido a que actúan como factores protectores frente al desarrollo de la faringitis aguda.

REFERENCIAS

1. Sykes EA, Wu V, Beyea MM, Simpson MTW, Beyea JA. Pharyngitis: Approach to diagnosis and treatment. *Can Fam Physician*. 2020;66(4):251-257. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32273409/>
2. Martínez CP, Toribio AR, Martín LJP, Pimienta JJM, Martínez AP. Comportamiento de las infecciones respiratorias agudas en un consultorio médico. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2018 [citado 2023 Mayo 13];14(3):219–28. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/291/html>
3. Wolford RW, Goyal A, Syed SYB, Schaefer TJ. Pharyngitis [Internet]. StatPearls Publishing; 2022 [citado 2023 Mayo 05]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519550/>
4. Arnold JC, Nizet V. Faringitis. En: Long SS, Prober CG, Fischer M, editores. Principios y práctica de las enfermedades infecciosas pediátricas [Internet]. Elsevier; 2018. pág. 202-208.e2. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978032340181400027X>
5. Cifuentes Altamirano JA, Jaramillo Villamar JH. Precisión diagnóstica de los criterios de Centor en faringoamigdalitis aplicados en niños >4 años atendidos en el servicio de pediatría del Hospital General IESS Milagro Dr. Federico Bolaños Moreira en el período mayo 2019-febrero 2020. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14901>
6. Anthony W. Chow, MD, FRCPC, FACPS, Shira Doron, MD, FIDSA, FSHEA. Evaluación de la faringitis aguda en niños [Internet]. UpToDate; 2022 [citado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pharyngitis-in-adults#H1395547486>
7. Rezabala ADB, Baque ANG, Pilay YJR. Prevalencia de faringitis aguda asociada a factores ambientales en poblaciones latinoamericanas. *Pentacencias* [Internet]. 2023 [citado 2023 Mayo 13];5(1):236–46.

Disponible en:
<https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/432>

8. Brito B, Ricardo N. Manejo de faringoamigdalitis aguda en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Carlos Andrade Marín desde septiembre 2016 hasta septiembre 2017. PUCE-Quito; 2018. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15419>
9. HSJL - Epidemiología 2023 [Internet]. Gob.pe. [citado 2023 Mayo 13]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/servicios/epidemiologia.html>
10. Yu P-C, Sun A-R, Xue C, Fang R. Outdoor temperature as an independent risk factor for acute pharyngitis incidence: A preliminary study. Ear Nose Throat J [Internet]. 2021;1455613211057637. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/01455613211057637>
11. Bennett J, Moreland NJ, Zhang J, Crane J, Sika-Paotonu D, Carapetis J, et al. Risk factors for group A streptococcal pharyngitis and skin infections: A case control study. Lancet Reg Health West Pac [Internet]. 2022;26(100507):100507. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100507>
12. Norton L, Myers A. The treatment of streptococcal tonsillitis/pharyngitis in young children. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2021;7(3):161–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wjorl.2021.05.005>
13. Jain N, Lansiaux E, Reinis A. Group A streptococcal (GAS) infections amongst children in Europe: Taming the rising tide. New Microbes New Infect [Internet]. 2023;51(101071):101071. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nmni.2022.101071>
14. Avire NJ, Whiley H, Ross K. A review of streptococcus pyogenes: Public health risk factors, prevention and control. Pathogens [Internet]. 2021;10(2):248. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/pathogens10020248>

15. Tanz RR. Faringitis aguda. Nelson Tratado de pediatría. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2020. p. 2192–6.
16. Pharyngitis acute [Internet]. Guides Fistera. Elsevier; 2020 [cited 2023 May 17]. Available from: https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_171
17. Doern CD. Group A Streptococcus (Streptococcus pyogenes): the Most Interesting Pathogen in the World. Clinical Microbiology Newsletter. Elsevier. 2023;45(5):39–46. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0196439923000168?scrollTo=%23hl0000143>
18. Racero L, Ladavaz ML, Capitani N, Perez M, Togneri AM. Epidemiología de la faringitis aguda bacteriana en un hospital general de agudos. Acta Bioquim Clin Latinoam [Internet]. 2018 [cited 2023 May 17];52(1):71–7. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572018000100011
19. Castillo C, Elizabeth A. Patologías respiratorias agudas en niños de 0 – 5 años que asisten a urgencias. Universidad Católica de Cuenca.; 2020. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8503>
20. Alvarado-Grandes G, Hospital del niño Francisco de Icaza Bustamante, Saldarriaga-Jimenez D, Grunauer-Robalino G, Universidad Estatal de Milagro, Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología. Factores incidentales de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años del hospital “Dr. Francisco de Icaza Bustamante” Guayaquil 2019. Identidad Bolivariana. 2021;5(2):21–36. DOI: <https://orcid.org/0000-0002-7662-8270>
21. Córdova Sotomayor DA, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Lima, Perú, Chávez Bacilio CG, Bermejo Vargas EW, Jara Ccorahua XN, Santa Maria Carlos FB, et al. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. Horiz méd [Internet]. 2020 [cited 2023 May 17];20(1):54–60. Available from:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000100054

22. Espinoza Vásquez RK, Zárate Casachahua YC. Relación entre lactancia materna, esquema de inmunización y desnutrición con las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años del Centro de Salud de Tambillo en el 2014. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/1328>
23. Ríos Vásquez ML, Macedo Yahuarcani JN. Prevalencia de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro de salud, de Iquitos, 2021. Universidad Científica del Perú; 2022. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1883>
24. Milagros H, Fernández H. Incidencia y conocimiento de infecciones respiratorias agudas (ira) en pacientes menores de 5 años, en el Hospital San Jose de Chincha, 2017. Universidad Autónoma de Ica; 2017. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/126>
25. Centeno Yucra Y. Perfil clínico y epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años del Distrito de Potoni - 2021. Universidad Privada San Carlos; 2022. Disponible en: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/259>
26. Donowitz JR. Acute pharyngitis [Internet]. Bmj.com. 2023 [cited 2023 May 27]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/5>
27. Pernica JM, Goldfarb DM, Sawiec P, Mrukowicz J, Szenbron L. Faringitis (amigdalitis). Libro de texto McMaster de medicina interna. Cracovia: Medycyna Praktyczna. Disponible en: <https://empendium.com/mcmtextbook/chapter/B31.II.3.3>.
28. Arnold JC, Nizet V. Pharyngitis. In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. Elsevier; 2018. p. 202-208.e2.
29. Cereza JD. Faringitis (faringitis, amigdalitis, amigdalofaringitis y nasofaringitis). Libro de texto de enfermedades infecciosas pediátricas de Feigin y Cherry. Filadelfia: Elsevier; 2019. p. 108–15.

30. Culvert LL. Group A Streptococcal Disease. In: Hiam DS, editor. The Gale Encyclopedia of Emerging Diseases. 2nd ed. Farmington Hills, MI: Cengage Gale; 2022. p. 209–13.
31. Stechina AS, Horna ME, Morales SD, Hartman I, Rocha MT, Dos Santos L. Prescripciones para patologías respiratorias en niños atendidos en un consultorio pediátrico. Corrientes [Internet]. Edu.ar. [citado el 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2021/10/2021_31.pdf
32. Gotuzzo RP. Metodología de la Investigación. 2nd ed. Lima: San Marcos; 2018.
33. Mosby. Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2017.
34. Qué es talla. Diccionario Médico - Clínica U. Navarra [Internet]. <https://www.cun.es>. [cited 2023 Jul 11]. Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/talla>
35. Real Academia Nacional de Medicina. In: Vida y obra de Luis Sánchez Granjel. Ediciones Universidad de Salamanca; 2018. p. 195–200.
36. Qué es una guardería [Internet]. Infoguia.com. [cited 2023 May 24]. Available from: <https://infoguia.com/infotip.asp?t=que-es-una-guarderia&a=1936>
37. Cancer.gov. [cited 2023 May 24]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/inmunizacion>
38. Definición Lugar de residencia [Internet]. Eustat.eus. [cited 2023 May 24]. Available from: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_159/elem_15397/definicion.html
39. Exposición pasiva al humo de tabaco (humo de tabaco ambiental) [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2017 [cited 2023 May 24]. Available from:

- <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/sustancias/exposicion-pasiva>
40. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2017 [cited 2023 May 27]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/desnutricion>
41. Hipertrofia de adenoides [Internet]. Medlineplus.gov. [cited 2023 Jul 11]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001649.htm>
42. default - Stanford Medicine Children's Health [Internet]. Stanfordchildrens.org. [cited 2023 Jul 11]. Available from: https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hemoglobin-167-hemoglobin_ES
43. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [cited 2023 Jul 11]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/leucocito>
44. Definición de Ingreso familiar [Internet]. Enciclopedia.net. [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://enciclopedia.net/ingreso-familiar/>
45. Guía: Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles - Fisterra [Internet]. Fisterra.com. [cited 2023 May 24]. Available from: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/calculo-tamano-muestral-estudios-casos-controles/>
46. Huaman T, Lucero A. Factores de riesgo para las infecciones respiratorias en menores de 5 años en el centro de salud Mirones Alto - 2019. Universidad Privada San Juan Bautista; 2022.
47. Argimon JM, Jimenez J. Métodos de Investigación Clínica Y Epidemiológica [Internet]. 5th ed. Elsevier; 2019 [cited 2023 May 24]. Available from: <https://www.elsevier.com/books/metodos-de-investigacion-clinica-y-epidemiologica/argimon-pallas/978-84-9113-007-9>

48. Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de la salud. Ley N° 29414. Perú, 2009.
49. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki: Asociación Médica Mundial; 2013.
50. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Lima: Colegio Médico del Perú; 2007.

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de Variables

Variables	Subvariables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
<p>Factores sociodemográficos</p> <p>Son aquellos elementos que pueden relacionarse a una situación, pudiendo estar involucrados en forma directa o indirecta, no necesariamente en forma causal. (33)</p>	Edad	Número de años acumulados desde el nacimiento hasta la actualidad. (33)	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Años cumplidos	Cuantitativa de intervalo
	Peso	Fuerza ejercida sobre un cuerpo por la gravedad de la tierra, que habitualmente se expresa en kilogramos o libras. (33)	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Peso en kilogramos	Cuantitativa de intervalo
	Talla	Se refiere a la estatura de un individuo, medida desde los pies hasta la coronilla. (34)	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Talla en centímetros	Cuantitativa de intervalo
	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de un ser vivo, determinada por el tipo de células germinales, espermatozoides u óvulos respectivamente	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Masculino / Femenino	Nominal

		nte, que producen sus gónadas. ⁽³⁵⁾			
	Zona donde vive	Agrupaciones de entidades singulares de población con el objeto de conseguir una repartición de población en grupos homogéneos respecto a una serie de características que atañen a su modo de vida. ⁽³⁸⁾	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Rural / Urbana	Nominal
Factores ambientales	Asistencia a guardería	Asistencia a un centro educacional que se dedica al cuidado de niños muy pequeños que aún no están en el período para ingresar al sistema educativo formal, con edades entre los primeros meses de nacido hasta los 3 años. ⁽³⁶⁾	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Si / No	Nominal
	Exposición a tabaco	Es la exposición al humo secundario de tabaco es la combinación del humo	Descripción que se encuentra en el historial	Si / No	Nominal

		<p>producido por el producto de tabaco encendido y el humo que exhala el fumador. También se le llama humo de tabaco ambiental, humo del fumador involuntario y humo del fumador pasivo. ⁽³⁹⁾</p>	clínico del paciente.		
	Desnutrición	<p>La desnutrición se puede presentar cuando faltan nutrientes en la alimentación o cuando el cuerpo no puede absorber los nutrientes de los alimentos. ⁽⁴⁰⁾</p>	<p>Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.</p>	Si / No	Nominal
Características clínicas	Inmunización	<p>Técnica usada para causar una respuesta inmunitaria que da lugar a la resistencia a una enfermedad específica. ⁽³⁷⁾</p>	<p>Descripción sobre el estado de inmunización del niño que se encuentra en el historial clínico del paciente.</p>	<p>Completa / Incompleta</p>	Nominal

	Adenoides	Son tejidos linfáticos que se encuentran en las vías respiratorias altas entre la nariz y la parte posterior de la garganta. ⁽⁴¹⁾	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Presente / Ausente	Nominal
	Infecciones respiratorias	Cualquier enfermedad infecciosa de las vías respiratorias superiores o inferiores. ⁽³³⁾	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Número de infecciones	Cuantitativa de intervalo
	Comorbilidades	Coexistencia de dos o más patologías médicas o procesos patológicos no relacionados. ⁽³³⁾	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Si / No	Nominal
	Suplementos nutricionales	Vitaminas y otros nutrientes que pueden no ser imprescindibles para los niños con una ingesta suficiente de nutrientes correctos, pero que pueden ser necesarios para los niños que presentan un estado debilitado. ⁽³³⁾	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Recibe / No recibe	Nominal

	Valores de hemoglobina	Nivel de hemoglobina en la sangre. (42)	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	gr/dL	Cuantitativa de intervalo
	Valores de leucocitos	Cantidad de leucocitos en la sangre. (43)	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	mm ³	Cuantitativa de intervalo
Características socioeconómicas	Ingreso familiar	También denominado ingreso del hogar, es la totalidad de los ganancias o ingresos que tiene una familia. (44)	Descripción que se encuentra en el historial clínico del paciente.	Soles (s/.)	Cuantitativa de intervalo
Faringitis aguda	Sin subvariables	La faringitis es la inflamación de las mucosas de la orofaringe. En la mayoría de los casos, la causa es una infección, ya sea bacteriana o viral. (3)	Diagnóstico se encuentra en el historial clínico del paciente.	Si / No	Nominal

Anexo 2: Tamaño de la muestra

La muestra se calculará mediante la fórmula de caso-control que a continuación se describe. ⁽⁴⁶⁾

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{cP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

- $Z_{1-\alpha/2}$ = Nivel de confianza $\rightarrow 1,96$ (95%)
- $Z_{1-\beta}$ = Potencia estadística $\rightarrow 0,84$ (80%)
- OR = Odds Ratios $\rightarrow 3,58$ ⁽⁴⁶⁾
- c = Razón de controles por casos $\rightarrow 1$
- P_1 = Proporción hipotética de casos con exposición $\rightarrow 0,705$ ⁽⁴⁶⁾
- P_2 = Proporción hipotética de controles con exposición $\rightarrow 0,400$ ⁽⁴⁶⁾
- \hat{p} = Proporción mancomunada $\rightarrow 0,552$

Al reemplazar los valores en la ecuación se obtiene lo siguiente:

$$n = \frac{[1,96\sqrt{(1+1) \times 0,552 \times (1-0,552)} + 0,842\sqrt{1 \times 0,705 \times (1-0,705) + 0,4(1-0,4)}]^2}{1 \times (0,705 - 0,4)^2}$$

$$n = 42$$

La muestra estará conformada por 42 niños para los casos y 42 niños para los controles.

Anexo 3: Instrumento de recolección de datos

Factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años

Fecha: N° Ficha:

I. DATOS GENERALES:

a. Número de historia clínica:

	Faringitis Aguda	Si ()	No ()
FACTORES	Edad	()	
	Peso	() kg	
	Talla	() cm	
	Sexo	M ()	F ()
	Asistencia a guardería	Si ()	No ()
	Zona donde vive	Rural ()	Urbana ()
	Exposición a tabaco	Si ()	No ()
	Desnutrición	Si ()	No ()
	Inmunización	Completa ()	Incompleta ()
	Adenoides	Presente	Ausente
	Infecciones respiratorias	()	
	Comorbilidades	Si ()	No ()
	Suplementos nutricionales	Recibe ()	No recibe ()
	Valor de hemoglobina	() gr/dL	
	Valor de leucocitos	() mm ³	
Ingreso familiar	S/. ()		

Anexo 4: Consentimiento informado del apoderado

Título de la investigación: Factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años

Investigadora: Josi Katherine Cabrera Quiroz

Propósito del estudio

Estamos solicitando a usted la participación de su menor hijo (a) en la investigación mencionada líneas arriba, cuyo objetivo es identificar los factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años.

Esta investigación es desarrollada por la alumna de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo - Trujillo, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad.

Procedimiento

Si usted acepta que su hijo(a) participe en esta investigación:

1. Se realizará una encuesta o entrevista donde se recogerá datos personales y algunas preguntas sobre la investigación: "Factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años".
2. Esta encuesta o entrevista tendrá un tiempo aproximado de 20 minutos y se realizará mediante una llamada telefónica.
3. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.
4. No existe riesgo o daño al participar en la investigación, tampoco se le dará una retribución económica. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Anexo 5: Dictamen del C.E.I.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Dictamen 323-CEI-EPM-UCV-2023

Vista, en evaluación ética expedita el proyecto de investigación **Factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años**, presentado por la alumna de la Escuela de Medicina **Josi Katherine Cabrera Quiroz**, asesorada por la **Dra. Nélida Milly Otiniano García**; el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina, de la Universidad César Vallejo, encuentra lo siguiente:

1. Trabaja con datos de fuente secundaria.
2. No hay riesgo de falta ética.

Debido a lo expresado, el Comité de Ética verifica el cumplimiento de las normas de la Universidad, nacionales e internacionales.

Considérese entonces el proyecto como **APROBADO en evaluación expedita**, puede proceder a su desarrollo.

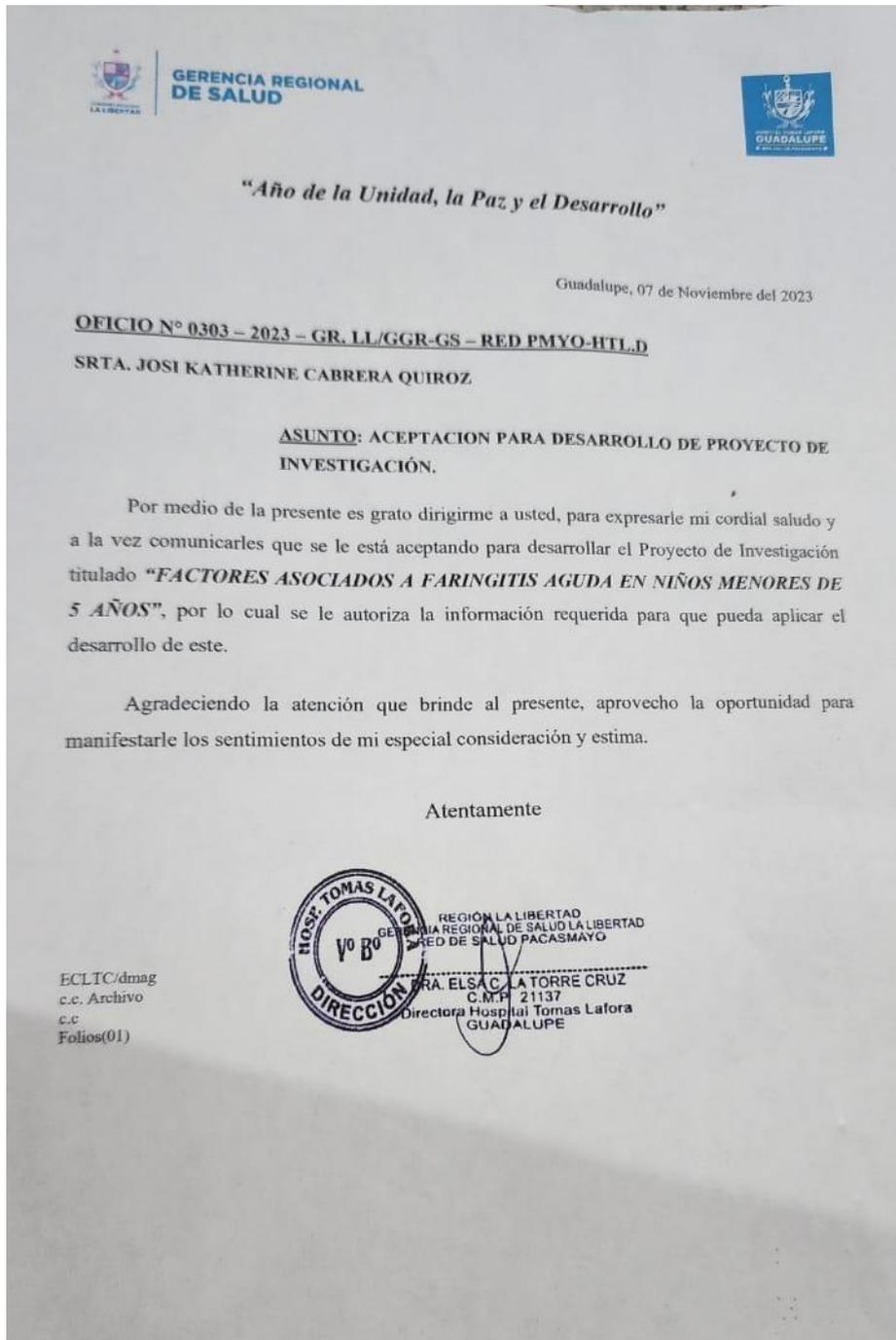
Trujillo, 15 de noviembre, 2023



Firmado digitalmente por:
TRESIERRA AYALA Miguel
Angel FAU 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 15/11/2023 22:51:12-0500

Dr. Miguel Angel Tresierra Ayala
Presidente del Comité de Ética

Anexo 6: Autorización para acceso de historias clínicas





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, OTINIANO GARCIA NELIDA MILLY ESTHER, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años.", cuyo autor es CABRERA QUIROZ JOSI KATHERINE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 27 de Noviembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
OTINIANO GARCIA NELIDA MILLY ESTHER DNI: 17820984 ORCID: 0000-0001-9838-4847	Firmado electrónicamente por: MOTINIANOG el 14- 12-2023 18:58:01

Código documento Trilce: TRI - 0666665