

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**"FACTORES ASOCIADOS A FARINGITIS CRÓNICA COMPARADA CON AGUDA
EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA 2023 2024"**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

MUÑOZ ESTELA JOSE FERNANDO

ORCID: 0009-0002-1322-9499

ASESOR:

GUEVARA ORTIZ, WILDER ANDRÉS

**MAGÍSTER EN EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
EN EDUCACIÓN SUPERIOR**

ORCID: 0000-0002-9444-3149

Cajamarca, Perú

2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: MUÑOZ ESTELA, Jose Fernando
DNI: 72938189
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: M.C. Mg. Wilder Andrés Guevara Ortiz
3. Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
4. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
5. Tipo de Investigación: Tesis
6. Título de Trabajo de Investigación: **"FACTORES ASOCIADOS A FARINGITIS CRÓNICA COMPARADA CON AGUDA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2023 2024"**
7. Fecha de Evaluación: 27/02/2026
8. Software Antiplagio: TURNITIN
9. Porcentaje de Informe de Similitud: 15%
10. Código Documento: oid: 3117:561566683
11. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 27 de febrero del 2026



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dr. Enzo Renato Bazualdo Fiorini
DIRECTOR (s)

DEDICATORIA

A mis padres, María y Valentín, que desde siempre han confiado en mí y me han sostenido en cada paso, siendo la fuerza silenciosa y la inspiración que me impulsa a crecer como persona y como profesional.

A mis hermanos, y en especial a mi hermano mayor Elmer, por ser la guía, apoyo y por siempre darme el empuje cada día para seguir por este camino dejando grandes huellas, a Elías, Yanet y Graciela, que desde mi llegada al mundo se convirtieron en mis mejores aliados y compañeros de vida, cuidando siempre de mí.

A mi abuelita Celia, por sus palabras de aliento y motivación, que han sido refugio y luz para cada uno de sus descendientes. A mi padrino Óscar Díaz y a mi abuelito Clemente y Octavio, hasta el cielo, quienes en vida me brindaron un apoyo incondicional y impulsaron a ser mejor cada día.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, por acogerme y ofrecerme una formación integral durante mi paso por sus aulas y también al Centro de Estudiantes de Medicina que me dio la oportunidad de dirigirlos, crecer y fortalecer mi capacidad de liderazgo

A todos y cada uno de mis pacientes, que llegaron a transformar mi vida: por los cuales madrugaba cada día, con la esperanza de encontrarlos mejor y hacer lo mejor por ellos, ya que en ellos se ve una lucha constante y admirable contra la enfermedad, donde la fe se convierte en un arma poderosa en esta batalla diaria, como un “rayito de sol”.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por permitirme alcanzar este anhelado sueño y porque confío en que seguirá guiando mis pasos para llevar alivio y esperanza a quienes más lo necesiten.

A mi familia, por ser la base firme desde donde me impulso cada día, por brindarme el impulso para seguir creciendo y alcanzar nuevos horizontes.

Al doctor Wilder Guevara Ortiz, mi más sincero agradecimiento por su guía, por acercarme al maravilloso mundo de la investigación y por acompañarme como asesor en la culminación de este trabajo; infinitas gracias.

A mis docentes, por sus valiosas enseñanzas y su orientación constante durante mi formación, que hoy me permiten acercarme a este arte maravilloso que es la medicina.

A mis compañeros, con quienes compartí vivencias, aprendizajes y experiencias que nos llevaron a formar una segunda familia; gracias por haber sido parte de este camino y de este crecimiento conjunto.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La presente tesis fue autofinanciada por el autor, sin recibir apoyo económico de entidad pública ni privada.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés económico, institucional ni personal que pueda haber influido en la realización de la presente investigación ni en la interpretación de sus resultados.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
CAPITULO I	9
1. INTRODUCCION.....	9
CAPITULO II	13
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
2.1. Diseño del estudio:.....	13
2.2. Población:	14
2.3. Muestra:	15
2.4. Definición operacional de variables:	15
2.5. Aspectos éticos del estudio:	16
2.6. Para el plan de análisis	16
CAPÍTULO III.....	18
3. RESULTADOS	18
3.1. Características Epidemiológicas de la Población de Estudio.	18
3.2. Frecuencia de Factores Clínicos en Pacientes con Faringitis Aguda y Crónica... 19	
3.3. Prueba de Hipótesis y Asociación Bivariada (Factores Cualitativos)	20
3.4. Comparación de Variables Cuantitativas (Edad).....	22
3.5. Análisis Multivariado (Regresión Logística Binaria)	22
CAPÍTULO IV.....	24
4. DISCUSIÓN.....	24
CAPÍTULO V	31
5. CONCLUSIONES.....	31
CAPÍTULO VI:	32
6. RECOMENDACIONES.....	32
CAPÍTULO VII.....	33
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
CAPÍTULO VIII.....	37
8. ANEXOS.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características epidemiológicas de pacientes con faringitis aguda y crónica.	18
Tabla 2. Distribución de factores clínicos en pacientes con faringitis aguda y crónica.	20
Tabla 3. Análisis bivariado de factores asociados a faringitis crónica.	21
Tabla 4. Comparación de la edad entre pacientes con faringitis aguda y crónica.	22
Tabla 5. Modelo de regresión logística para factores asociados a faringitis crónica.	23

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1. Distribución de pacientes según grupo etario y tipo de faringitis.	19
--	----

RESUMEN

Introducción: La faringitis crónica representa un desafío diagnóstico en consulta externa por su etiología multifactorial (reflujo, irritantes ambientales), diferenciándose de la aguda infecciosa. En Cajamarca (Perú), faltaba evidencia local sobre factores asociados en adultos.

Objetivo: Determinar los factores clínicos y epidemiológicos asociados a faringitis crónica en comparación con faringitis aguda en adultos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) durante 2023-2024. **Métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal. Se seleccionó una muestra probabilística de 180 pacientes (90 por grupo). La recolección de datos se realizó mediante revisión documentaria de historias clínicas. El análisis estadístico incluyó pruebas bivariadas (U de Mann-Whitney y Chi-cuadrado) y un

modelo de regresión logística binaria para calcular Odds Ratio ajustados (ORa). **Resultados:** La mediana de edad fue significativamente mayor en el grupo crónico (41 vs. 36 años; $p=0.042$). El análisis multivariado identificó como predictores independientes de cronicidad al Reflujo Laringofaríngeo (ORa=4.39; IC95%: 2.17-8.91), la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ORa=2.41; IC95%: 1.16-4.98), la procedencia rural (ORa=2.31; IC95%: 1.10-4.85) y el incremento de la edad (ORa=1.03; IC95%: 1.01-1.06). El sexo y el índice de masa corporal no mostraron asociación significativa. **Conclusión:** El reflujo laringofaríngeo y la procedencia rural son los principales factores asociados a la faringitis crónica en el contexto local. Los hallazgos subrayan la importancia de priorizar el manejo de factores irritativos y ambientales sobre la terapia antimicrobiana empírica.

Palabras clave: Faringitis; Reflujo Laringofaríngeo; Reflujo Gastroesofágico; Factores de Riesgo; Población Rural.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pharyngitis presents a diagnostic challenge in otolaryngology due to its multifactorial etiology (reflux, environmental irritants), differentiating it from acute infectious pharyngitis. In Cajamarca (Peru), local evidence on associated factors in adults was lacking. **Objective:** To determine the clinical and epidemiological factors associated with chronic pharyngitis compared with acute pharyngitis in adults at the Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), 2023-2024. **Methods:** Observational, analytical, and cross-sectional study. A probabilistic sample of 180 patients (90 per group) was selected. Data collection was performed through medical record review. Statistical analysis included bivariate tests (Mann-Whitney U and Chi-square) and a binary logistic regression model to calculate adjusted Odds Ratios (ORa). **Results:** Median age was significantly higher in the chronic group (41 vs. 36 years; $p=0.042$). Multivariate analysis identified Laryngopharyngeal Reflux (ORa=4.39; 95%CI: 2.17-8.91), Gastroesophageal Reflux Disease (ORa=2.41; 95%CI: 1.16-4.98), rural origin (OR=2.31; 95%CI: 1.10-4.85), and advancing age (ORa=1.03; 95%CI: 1.01-1.06) as independent predictors of chronicity. Sex and body mass index showed no significant association. **Conclusion:** Laryngopharyngeal reflux and rural residence are the primary factors associated with chronic pharyngitis in the high-altitude Andean context. These findings highlight the need to prioritize the management of irritative and environmental factors over empirical antimicrobial therapy.

Key words: Pharyngitis; Laryngopharyngeal Reflux; Gastroesophageal Reflux; Risk Factors; Rural Population.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La faringitis constituye una entidad clínica altamente prevalente en la atención ambulatoria, representando una carga sustancial para los sistemas sanitarios debido a su frecuencia, impacto en la calidad de vida y costos asociados (1–5). En su forma aguda, caracterizada por inflamación transitoria de la mucosa faríngea inferior a tres meses, predomina etiología infecciosa viral (40-60% adultos: rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, Epstein-Barr) o bacteriana (5-36%, *Streptococcus pyogenes* 20-40% sintomáticos, grupos C/G, *Mycoplasma*, *Chlamydia*) (3,6–10). Sus manifestaciones incluyen odinofagia, fiebre, exudado y linfadenopatía cervical, con diagnóstico clínico y pruebas rápidas/cultivos para estreptococo (8). Sin embargo, la faringitis crónica inflamación persistente superior a tres meses difiere sustancialmente, implicando irritación continua más que infección aguda, con subtipos simple/catarral (congestión), granular (hiperplasia linfoide) y atrófica (sequedad brillante) (2,11–13).

Esta distinción etiopatogénica fundamenta la necesidad de estudios comparativos, pues la crónica afecta 3-10% adultos globalmente, hasta un tercio consultas ambulatorias, generando 1200-2500 USD/paciente/año y 4-6 días ausentismo (2,4,5). Cohortes muestran 56% mujeres, 50% anemia ferropénica, deterioro SF-36 y beneficio integral (5). Microbiota alterada (bacterias oportunistas) perpetúa inflamación (7). El reflujo laringofaríngeo (RLF) destaca como causal principal (14–22), con flujo retrógrado gástrico (pH 1.5-2.0) dañando mucosa faríngea (pH 6.8-7.0), rompiendo uniones estrechas y activando citoquinas IL-6/IL-8 vía pepsina/biliares (20–22). Xiao et al. confirman genética ERGE-faringitis (OR 1.483 IC95%1.149-1.913 $p=0.0024$) (16); Fageeh: concluye que 72.3% tienen RLF faringoamigdalitis y que presentan mejoría con Inhibidores de la bomba de protones (17);

Lechien: refiere que 32-91% rinosinusitis (6) y utilizan la pepsina salival como marcador (15).

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) contribuye significativamente a la faringitis crónica (OR 2.5-3.5), mediada por relajación del esfínter esofágico inferior y hernia hiatal (16,18). Los irritantes ambientales como el tabaquismo elevan el riesgo respiratorio crónico (23,24), mientras la exposición a humo de biomasa particularmente en mujeres y adultos mayores, induce EPOC y fibrosis bronquial con impacto faríngeo (25–28); los contaminantes aéreos agravan igualmente la inflamación (29). El componente psicosocial incluye ansiedad en 21.15% de casos, correlacionada con duración de enfermedad y edad >45 años (30).

Estudios específicos confirman causalidad faringitis crónica-espondilosis cervical con OR 1.183, IC95% 1.091-1.282, $p=0.001$) (15); tabaquismo, alcohol y ventilación pobre incrementan riesgo respiratorio (26); síntomas faringolaríngeos elevados en ocupaciones vocales (31); factores sociodemográficos independientes (30); tabaquismo causal en otorrinolaringopatías (24); y contaminantes como factor de Infección de las vías respiratorias superiores (29).

La faringitis aguda presenta un perfil etiológico predominantemente infeccioso: *Streptococcus pyogenes* con prevalencia del 10.7%, asociándose significativamente a exudado amigdalino, rash escarlatiniforme y disfagia (32). Estudios identifican influenza A y comorbilidad cardiovascular como predictores de coinfecciones graves y mayor severidad (33). Tadesse et al. (32) y Xu et al. (33) diferencian claramente el mecanismo infeccioso-agudo de los patrones irritativos-crónicos predominantes en la forma persistente.

En el contexto nacional, las infecciones respiratorias agudas representan el 28% de las consultas en atención primaria (34), aunque la faringitis crónica en adultos permanece subestudiada. Estudios pediátricos en regiones andinas documentan mayor incidencia sobre los 2.500 m.s.n.m., relacionada con hipoxia y exposición a humo de biomasa factor presente en el 67% de hogares rurales según INEI 2020 (35,36). Investigaciones nacionales como la de Minchola, identifican el reflujo laringofaríngeo (RLF) como factor significativo en faringitis crónica con OR relevante (19), mientras que Cabrera asocia ruralidad y desnutrición a formas agudas (37), evidenciando la necesidad de estudios comparativos en adultos.

En la región Cajamarca que se encuentra a 2750 msnm, con un clima frío/seco), se estiman alrededor 7000 consultas al año en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 20-25% son faringitis; sin comparativos crónica-aguda (21,25). La altitud deshidrata la mucosa (21); así como la biomasa rural irrita la mucosa faríngea (27).

Teóricamente la faringitis aguda, viene hacer transitoria de origen viral o bacteriana (6,8); la faringitis crónica, se relaciona más con irritación y presenta Reflujo laringofaríngeo que se caracteriza por globus faríngeo, carraspeo, disfonía; y el reflujo gastroesofágico que se caracteriza por pirosis, regurgitación y dolor retroesternal; las alérgicas tiene tendencia más a goteo postnatal, estornudos, congestión nasal, respiración oral, también el índice de masa corporal con bajo peso o normal (11,29,38–42), la edad es un factor importante ya que se estima que a mayor edad hay mayor posibilidad de tener faringitis crónica (29,39); el sexo hormonal/biomasa (27,40); en zona rural se estima mayor uso de biomasa (41,42).

En este contexto, el problema radica en que aún se desconocen con claridad los factores clínicos y epidemiológicos que diferencian la faringitis crónica de la faringitis aguda en los pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los años 2023-2024, lo que a su vez dificulta diseñar e implementar estrategias de prevención y de manejo clínico verdaderamente adaptadas a la realidad de la región de Cajamarca.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores clínicos y epidemiológicos asociados a la faringitis crónica en comparación con la aguda en pacientes adultos atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante 2023-2024. Para ello, identifica sus características epidemiológicas, establece la frecuencia de factores clínicos presentes en ambos grupos y compara las asociaciones entre estos elementos y cada forma de la enfermedad.

La hipótesis de investigación orienta el análisis comparativo entre faringitis crónica y aguda, sustentada en la revisión bibliográfica que evidencia diferencias etiopatogénicas claras: la primera por irritación multifactorial persistente (reflujo laringofaríngeo, biomasa y epidemiológicos) frente a la segunda predominantemente infecciosa autolimitada. Específicamente, postula que existen factores clínicos (reflujo laringofaríngeo con escala adaptada ≥ 5 puntos, enfermedad por reflujo gastroesofágico diagnosticada, enfermedades alérgicas respiratorias) y epidemiológicos (edad, sexo, procedencia, índice de masa corporal) significativamente asociados a la faringitis crónica en comparación con la aguda en pacientes adultos atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante 2023-2024, manifestándose mediante odds ratios superiores a 1 con

intervalos de confianza del 95% que excluyen la unidad y valores $p < 0.05$ en pruebas inferenciales bivariadas y multivariadas.

Hipótesis nula (H_0): No existen asociaciones estadísticamente significativas entre los factores clínicos y epidemiológicos evaluados y la faringitis crónica en comparación con la aguda en la población estudiada, con odds ratios centrados en 1 (IC95% incluye 1.0) y $p \geq 0.05$.

Esta hipótesis direcciona el estudio observacional analítico transversal retrospectivo, permitiendo contrastar descriptivos (frecuencias, medias) e inferenciales (χ^2 /Fisher, regresión logística) para refutarla o aceptarla, alineándose con el marco teórico de inflamación crónica irritativa versus aguda infecciosa y delimitando el vacío evidencial local en Cajamarca.

CAPITULO II

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio:

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal y comparativo con el propósito específico de determinar los factores clínicos y epidemiológicos asociados a la faringitis crónica en comparación con la faringitis aguda. Este diseño metodológico permitió evaluar de manera simultánea la exposición a diversos factores de riesgo y la presencia del desenlace clínico en dos grupos bien definidos de pacientes durante un período temporal específico, facilitando así la realización de análisis bivariados y multivariados para identificar asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas. La selección de este enfoque se basó en su adecuación para estudios

retrospectivos de historias clínicas, garantizando eficiencia en el uso de recursos disponibles y reproducibilidad por otros investigadores en contextos similares.

2.2. Población:

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes adultos entre 18 y 65 años de edad que recibieron diagnóstico de faringitis aguda (codificada como J02.9 en la CIE-10, con evolución clínica menor o igual a 3 meses) o faringitis crónica (codificada como J31.2 en la CIE-10, con evolución clínica superior a 3 meses), y que fueron atendidos en el servicio de consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Este centro se ubica en el distrito de Cajamarca, provincia de Cajamarca, departamento de Cajamarca, Perú, y el período espacio-temporal abarcó desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2024. Los criterios de inclusión exigieron que las historias clínicas contaran con datos completos y legibles respecto a las variables de interés principal, así como residencia en Cajamarca o en provincias del departamento para asegurar homogeneidad ambiental. Se excluyeron aquellos casos con datos ilegibles o incompletos en más del 20% de las variables clave, pacientes con antecedentes de neoplasias de cabeza y cuello, cirugía faríngea reciente en los últimos 6 meses, inmunodeficiencias diagnosticadas como VIH/SIDA o uso crónico de inmunosupresores, pacientes menores de 18 años, aquellos que no respondieron a tres intentos de contacto telefónico para complemento de datos y los que rechazaron explícitamente el consentimiento verbal. Estos criterios garantizaron la calidad de los datos y minimizaron sesgos de selección.

2.3. Muestra:

El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante la fórmula para comparación de dos proporciones independientes en diseños transversales: $n = \{[Z_{\{(1-\alpha/2)\}} + Z_{\{(1-\beta)\}}]^2 \times [\bar{p}(1-\bar{p})]\} / (p_1 - p_2)^2$, donde $\alpha=0.05$ ($Z=1.96$ para confianza 95%), poder estadístico 80% ($Z=0.84$), $p_1=0.45$ (prevalencia esperada de RLF en crónica según literatura previa), $p_2=0.15$ (prevalencia en aguda), y $\bar{p}=(p_1+p_2)/2$. Esto arrojó 82 individuos por grupo; se aplicó un ajuste del 10% por posibles pérdidas o datos no válidos, resultando en un tamaño final de 90 pacientes por grupo para un total de 180 historias clínicas. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple a partir del marco muestral total de historias clínicas del HRDC codificadas con CIE-10 J02.9 o J31.2 en el período definido, utilizando generador de números aleatorios en Excel (función RANDBETWEEN) para seleccionar hasta completar las cuotas requeridas por grupo, asegurando representatividad y aleatoriedad.

2.4. Definición operacional de variables:

La variable dependiente principal fue el tipo de faringitis, clasificada como cualitativa nominal dicotómica: faringitis crónica (J31.2, síntomas >3 meses) versus faringitis aguda (J02.9, síntomas ≤ 3 meses), determinada directamente del diagnóstico principal registrado en la historia clínica por otorrinolaringólogo especialista. Las variables independientes clínicas comprendieron el reflujo laringofaríngeo (RLF) (cualitativa nominal dicotómica: presente si ≥ 5 puntos en escala clínica adaptada de Belafsky, con al menos 1 síntoma +1; ausente <5 puntos), enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (cualitativa nominal dicotómica: presente por diagnóstico médico previo o uso documentado de inhibidores de bomba de protones/antiácidos por esta indicación), enfermedades alérgicas respiratorias (cualitativa nominal dicotómica: presente si

registro previo de rinitis alérgica, rinosinusitis alérgica o asma alérgica) y las variables independientes epidemiológicas son el índice de masa corporal (IMC) (cualitativa ordinal agrupada: bajo peso $<18.5 \text{ kg/m}^2$, normal $18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$, la edad como variable cuantitativa continua, agrupada por rangos 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, ≥ 60 años, el sexo como variable cualitativa nominal dicotómica agrupadas en masculino y femenino y por último la procedencia que es un tipo de variable cualitativa nominal dicotómica que nos permite agrupar en urbano y rural.

La recolección de datos se realizó mediante revisión documental sistemática de historias clínicas autorizadas por el Comité de Ética en Investigación del HRDC, post-aprobación se seleccionó historias del marco muestral, completando ficha estandarizada (Anexo 2) con datos anónimos codificados. Para registros incompletos ($\sim 10\%$), se contactó telefónicamente (3 intentos máx./paciente), obteniendo consentimiento verbal registrado (duración 2-5 min, Anexo N° 3). No se usaron aparatos/equipos especiales ni medicamentos/protocolos experimentales.

2.5. Aspectos éticos del estudio:

El estudio se rigió por Declaración Helsinki, se garantizó confidencialidad, autonomía (consentimiento verbal telefónico voluntario, retiro sin perjuicio atención), beneficencia y no maleficencia (sin riesgos, solo revisión retrospectiva). Consentimientos en anexos adjuntos; datos almacenados seguro, usados solo fines académicos.

2.6. Para el plan de análisis

Se empleó un enfoque secuencial que inició con el análisis descriptivo, donde las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), acompañadas de intervalos de confianza del 95% para estimar la precisión

de las proporciones observadas en cada grupo. Las variables cuantitativas, por su parte, se presentaron con medidas de tendencia central y dispersión apropiadas según su distribución: medias y desviaciones estándar para aquellas con normalidad confirmada, o medianas e intervalos intercuartílicos en casos de asimetría, evaluada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Todos los resultados descriptivos se ilustraron en tablas y gráficos claros para facilitar su interpretación visual y comparación entre grupos de faringitis aguda y crónica.

Posteriormente, el análisis inferencial permitió contrastar hipótesis y explorar asociaciones. Para variables cualitativas, se compararon proporciones entre grupos mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueron inferiores a 5 en $\geq 20\%$ celdas, estableciendo significancia estadística en $p < 0.05$. Las variables cuantitativas se analizaron con prueba t de Student para muestras independientes en distribuciones normales, o prueba U de Mann-Whitney (no paramétrica) en presencia de no normalidad. Las medidas de asociación bivariada se expresaron en odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95%, calculados para cada factor respecto al tipo de faringitis. Finalmente, se construyó un modelo de regresión logística binaria multivariada utilizando el método Forward Stepwise LR, incorporando todas las variables con $p < 0.20$ en el análisis bivariado (incluyendo RLF, ERGE, procedencia rural, sexo y edad como potenciales confusores), para obtener OR ajustados que reflejaran asociaciones independientes. El nivel de significancia global se fijó en $p < 0.05$, con bondad de ajuste evaluada por Hosmer-Lemeshow ($p > 0.05$). Todos los cálculos se realizaron en SPSS versión 27.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, NY, USA), asegurando reproducibilidad mediante doble entrada de datos (concordancia $> 98\%$ en 20% aleatoria) y verificación de supuestos estadísticos.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

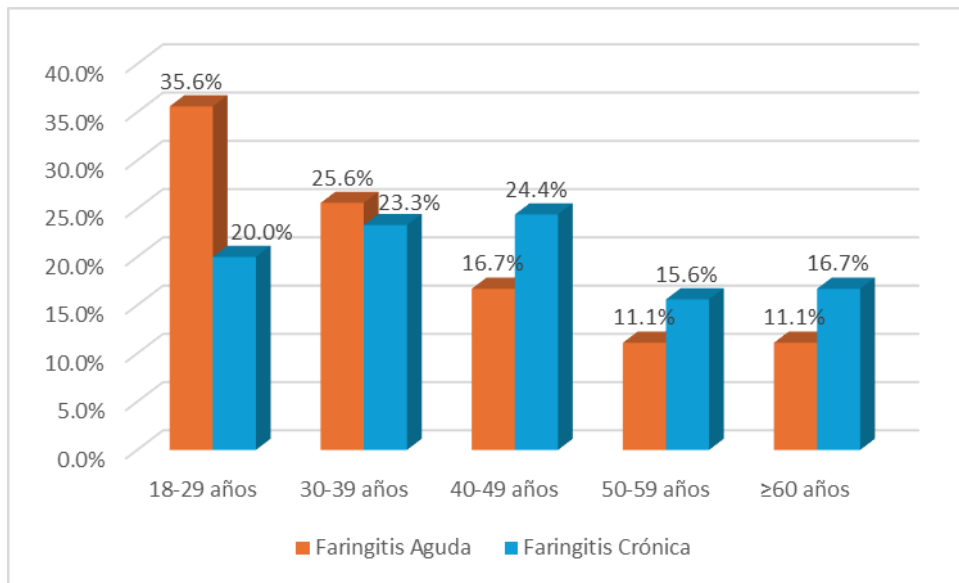
3.1. Características Epidemiológicas de la Población de Estudio.

La edad media de los pacientes con faringitis crónica (41.5 ± 13.0 años) fue significativamente mayor que la de aquellos con faringitis aguda (38.4 ± 15.1 años) ($p=0.001$). En ambos grupos predominó el sexo femenino, la procedencia urbana y la clasificación de IMC como "Normal" o "Sobrepeso". Las distribuciones completas se detallan en la Tabla 1 y la Figura 1.

Tabla 1. Características epidemiológicas de pacientes con faringitis aguda y crónica.

Característica	Categoría	Faringitis Aguda (n=90)	Faringitis Crónica (n=90)	Total (N=180)
Edad (años)	Media (DE)	38.4 (± 15.1)	41.5 (± 13.0)	40.0 (± 14.1)
	Mediana (RIC)	36.0 (25.0 - 51.3)	41.0 (30.0 - 52.5)	38.5 (27.0 - 52.0)
Grupo Etario	18-29 años	32 (35.6%)	18 (20.0%)	50 (27.8%)
	30-39 años	23 (25.6%)	21 (23.3%)	44 (24.4%)
	40-49 años	15 (16.7%)	22 (24.4%)	37 (20.6%)
	50-59 años	10 (11.1%)	14 (15.6%)	24 (13.3%)
	≥ 60 años	10 (11.1%)	15 (16.7%)	25 (13.9%)
Sexo	Femenino	59 (65.6%)	67 (74.4%)	126 (70.0%)
	Masculino	31 (34.4%)	23 (25.6%)	54 (30.0%)
Procedencia	Urbano	70 (77.8%)	60 (66.7%)	130 (72.2%)
	Rural	20 (22.2%)	30 (33.3%)	50 (27.8%)
Clasificación IMC	Bajo Peso	1 (1.1%)	1 (1.1%)	2 (1.1%)
	Normal	41 (45.6%)	37 (41.1%)	78 (43.3%)
	Sobrepeso	34 (37.8%)	38 (42.2%)	72 (40.0%)
	Obesidad	14 (15.6%)	14 (15.6%)	28 (15.6%)

Ilustración 1. Distribución de pacientes según grupo etario y tipo de faringitis



Interpretación de la ilustración 1:

- En el grupo de 18-29 años, hay un claro predominio de faringitis aguda (35.6%) frente a la crónica (20.0%).
- A partir de los 40 años, la proporción de faringitis crónica supera a la aguda, siendo más evidente en los grupos de 40-49 años (24.4% vs. 16.7%) y ≥60 años (16.7% vs. 11.1%).
- Esto sugiere que la faringitis crónica es más frecuente en edades avanzadas, mientras que la forma aguda predomina en adultos jóvenes.

3.2. Frecuencia de Factores Clínicos en Pacientes con Faringitis Aguda y Crónica.

La frecuencia de los factores clínicos estudiados mostró diferencias notables entre ambos grupos. El Reflujo Laringofaríngeo (RLF) y la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) fueron marcadamente más frecuentes en el grupo de faringitis

crónica. Las enfermedades alérgicas, por su parte, tuvieron una alta prevalencia en ambos grupos, aunque ligeramente superior en la faringitis aguda.

Tabla 2. Distribución de factores clínicos en pacientes con faringitis aguda y crónica.

Factor Clínico	Categoría	Faringitis Aguda (n=90)	Faringitis Crónica (n=90)	Total (N=180)
Reflujo Laringofaríngeo (RLF)	Negativo	70 (77.8%)	36 (40.0%)	106 (58.9%)
	Positivo	20 (22.2%)	54 (60.0%)	74 (41.1%)
ERGE (Diagnóstico/ Tratamiento)	Ausente	70 (77.8%)	48 (53.3%)	118 (65.6%)
	Presente	20 (22.2%)	42 (46.7%)	62 (34.4%)
Enfermedad Alérgica Rx	Ausente	30 (33.3%)	33 (36.7%)	63 (35.0%)
	Presente	60 (66.7%)	57 (63.3%)	117 (65.0%)

3.3. Prueba de Hipótesis y Asociación Bivariada (Factores Cualitativos)

Se evaluó la asociación entre cada factor clínico/epidemiológico y el tipo de faringitis (crónica vs. aguda). La edad, el RLF, el ERGE y la procedencia urbana mostraron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con la faringitis crónica.

Tabla 3. Análisis bivariado de factores asociados a faringitis crónica.

Variable	Categoría	F. Crónica (n=90)	F. Aguda (n=90)	p-valor*	OR Crudo (IC 95%)
Reflujo Laringofaríngeo	Positivo	54 (60.0%)	20 (22.2%)	<0.001	5.25 (2.74 - 10.06)
	Negativo	36 (40.0%)	70 (77.8%)		1 (Referencia)
ERGE	Presente	42 (46.7%)	20 (22.2%)	<0.001	3.06 (1.61 - 5.82)
	Ausente	48 (53.3%)	70 (77.8%)		1 (Referencia)
Enfermedad Alérgica Rx	Presente	57 (63.3%)	60 (66.7%)	0.638	0.86 (0.47 - 1.59)
	Ausente	33 (36.7%)	30 (33.3%)		1 (Referencia)
Sexo	Masculino	23 (25.6%)	31 (34.4%)	0.194	0.65 (0.34 - 1.24)
	Femenino	67 (74.4%)	59 (65.6%)		1 (Referencia)
Procedencia	Rural	30 (33.3%)	20 (22.2%)	0.048	1.94 (1.01 - 3.74)
	Urbano	60 (66.7%)	70 (77.8%)		1 (Referencia)
Clasificación IMC	Obesidad/So brepeso	52 (57.8%)	48 (53.3%)	0.547	1.20 (0.67 - 2.14)
	Normal/Bajo peso	38 (42.2%)	42 (46.7%)		1 (Referencia)
*Se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson.					

Interpretación de OR Crudos:

- Los pacientes con RLF positivo tienen 5.25 veces la odds de presentar faringitis crónica en comparación con aquellos sin RLF.
- Los pacientes con ERGE tienen 3.06 veces la odds de presentar faringitis crónica.
- Los pacientes de procedencia rural tienen 1.94 veces la odds de presentar faringitis crónica.

3.4. Comparación de Variables Cuantitativas (Edad)

Se comparó la edad entre ambos grupos. Dado que la variable "Edad" no seguía una distribución normal en uno de los grupos (evaluado con Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.05$), se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Tabla 4. Comparación de la edad entre pacientes con faringitis aguda y crónica

Variable	Faringitis Aguda (n=90) Mediana (RIC)	Faringitis Crónica (n=90) Mediana (RIC)	p-valor*
Edad (años)	36.0 (25.0 - 51.3)	41.0 (30.0 - 52.5)	0.042
*Prueba U de Mann-Whitney.			

La mediana de edad fue significativamente mayor en el grupo con faringitis crónica (41 años) que en el grupo con faringitis aguda (36 años), con un valor de $p = 0.042$.

3.5. Análisis Multivariado (Regresión Logística Binaria)

Se construyó un modelo de regresión logística binaria para identificar los factores que se asocian de forma independiente con la faringitis crónica. Se incluyeron en el modelo las variables que en el análisis bivariado mostraron un valor de $p < 0.20$ (RLF, ERGE, Procedencia, Sexo y Edad) para ajustar por potenciales factores de confusión. La variable "Edad" se introdujo como una variable cuantitativa continua.

Tabla 5. Modelo de regresión logística para factores asociados a faringitis crónica.

Variable	Categoría	Coefficiente B	Error Estándar	p-valor	OR Ajustado (IC 95%)
Reflujo Laringofaríngeo	Positivo	1.48	0.36	<0.001	4.39 (2.17 - 8.91)
ERGE	Presente	0.88	0.37	0.018	2.41 (1.16 - 4.98)
Procedencia	Rural	0.84	0.38	0.027	2.31 (1.10 - 4.85)
Sexo	Masculino	-0.4	0.38	0.298	0.67 (0.32 - 1.42)
Edad	(años)	0.03	0.01	0.005	1.03 (1.01 - 1.06)
Constante		-2.77	0.72	<0.001	0.06

Interpretación del modelo de regresión utilizando 5 variables:

Tras ajustar por todas las variables del modelo, se confirma que los siguientes son factores independientes asociados a un mayor riesgo de presentar faringitis crónica:

- Reflujo Laringofaríngeo (RLF): Los pacientes con RLF tienen 4.39 veces más probabilidades de tener faringitis crónica (ORa=4.39; IC95%: 2.17-8.91).
- Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE): Los pacientes con ERGE tienen 2.41 veces más probabilidades de tener faringitis crónica (ORa=2.41; IC95%: 1.16-4.98).
- Procedencia Rural: Vivir en zona rural se asocia con 2.31 veces más probabilidades de faringitis crónica (ORa=2.31; IC95%: 1.10-4.85).
- Edad: Por cada año adicional de edad, la probabilidad de tener faringitis crónica aumenta en un 3% (ORa=1.03; IC95%: 1.01-1.06).

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN

La presente investigación interpreta los hallazgos clínicos y epidemiológicos obtenidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), estableciendo una base de evidencia científica para diferenciar la faringitis crónica de su contraparte aguda. El estudio parte de la premisa de que la faringitis, aunque frecuentemente tratada bajo un paradigma infeccioso, presenta en su forma crónica una etiología multifactorial donde predominan factores irritativos, mecánicos y ambientales, especialmente en poblaciones que residen en altitudes elevadas con condiciones climáticas y socioculturales particulares (43).

Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis de investigación: existen factores clínicos y epidemiológicos asociados de manera significativa a la faringitis crónica en comparación con la aguda en la población atendida en consulta externa del HRDC durante el periodo 2023-2024. El análisis multivariado mediante regresión logística binaria identifica al Reflujo Laringofaríngeo (RLF), la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), la procedencia rural y el incremento de la edad como predictores independientes de cronicidad. Esta evidencia obliga a una reevaluación de los protocolos diagnósticos y terapéuticos actuales, priorizando el manejo de factores irritativos sobre el uso indiscriminado de agentes antimicrobianos.

La edad media de los pacientes con faringitis crónica se sitúa en 41.5 años, significativamente mayor que la del grupo con faringitis aguda, que presenta una media de 38.4 años. El modelo inferencial demuestra que por cada año adicional de vida, el riesgo de desarrollar faringitis crónica aumenta en un 3% (ORa 1.03; IC95%: 1.01-1.06). Este hallazgo es consistente con la literatura que describe la vulnerabilidad biológica de la mucosa faríngea asociada al envejecimiento (2).

A medida que el individuo avanza en edad, la mucosa de las vías respiratorias superiores experimenta cambios estructurales caracterizados por la atrofia de las glándulas seromucinosas y una disminución en la producción de saliva y moco protector (3). Esta hiposecreción compromete el aclaramiento mucociliar, facilitando que irritantes externos e internos (como el ácido gástrico) mantengan un contacto prolongado con el epitelio, perpetuando el estado inflamatorio (19). Además, la inmunosenescencia local reduce la capacidad de regeneración tisular frente a agresiones constantes, lo que explica por qué la forma crónica predomina a partir de la cuarta década de la vida, mientras que la forma aguda es más prevalente en adultos jóvenes (18-29 años), donde el componente infeccioso y la exposición social a patógenos virales es mayor (44).

En cuanto al sexo, aunque en ambos grupos predomina el femenino, el análisis bivariado no muestra una asociación estadísticamente significativa con la cronicidad. No obstante, la relevancia científica del predominio femenino en la consulta externa sugiere factores de comportamiento en salud y posibles exposiciones ocupacionales domésticas (45) (como el humo de biomasa) que actúan como cofactores en el desarrollo de la enfermedad en la región de Cajamarca.

El Reflujo Laringofaríngeo (RLF) como motor de la inflamación crónica, el hallazgo clínico de mayor impacto en esta investigación es la asociación entre el RLF y la faringitis crónica, evidenciándose que los pacientes con RLF positivo tienen 4.39 veces más probabilidades de padecer la forma crónica que la aguda (ORa 4.39; IC95%: 2.17-8.91). Este resultado posiciona al RLF no solo como una condición asociada, sino como un factor etiológico fundamental en la persistencia de los síntomas faríngeos.

La fisiopatología del daño inducido por el RLF es distinta a la de la ERGE tradicional. El epitelio respiratorio ciliado de la faringe y la laringe carece de los mecanismos de defensa

intrínsecos que posee el esófago, como el peristaltismo aclaratorio y la barrera mucosa resistente al ácido. En consecuencia, incluso pequeñas cantidades de material refluído que contengan ácido clorhídrico y pepsina pueden desencadenar una respuesta inflamatoria severa. La pepsina, una enzima proteolítica estomacal, puede permanecer activa o reactivarse en la mucosa faríngea (pH neutro) (15), causando daño celular directo, alterando las uniones estrechas del epitelio y activando vías de señalización de citoquinas proinflamatorias como IL-6 y TNF- α (46–48).

Desde una perspectiva teórica, los hallazgos en Cajamarca refuerzan la "teoría del reflujo" y la "teoría del reflejo". Mientras la primera explica el daño por contacto directo, la segunda sugiere que el ácido en el esófago distal puede estimular el nervio vago, desencadenando reflejos que provocan tos crónica y aclaramiento faríngeo frecuente, actos mecánicos que irritan adicionalmente la mucosa de la garganta (49). La alta prevalencia de síntomas como el carraspeo y la sensación de cuerpo extraño (globus) en los pacientes con faringitis crónica del HRDC apoya la coexistencia de ambos mecanismos.

Recientes estudios de aleatorización mendeliana, como los de Xiao Y (16) y Li Y (50), proporcionan un respaldo genético a esta observación, indicando una relación causal entre la predisposición al reflujo y el desarrollo de patología otorrinolaringológica crónica. Esto valida la relevancia científica de nuestro hallazgo en Cajamarca, estableciendo que el manejo del reflujo es el eje central para la resolución de la faringitis persistente.

La investigación determina que vivir en una zona rural se asocia con un riesgo 2.31 veces mayor de presentar faringitis crónica (ORa 2.31; IC95%: 1.10-4.85). En la región de Cajamarca, la ruralidad es un marcador indirecto de exposición prolongada al humo de

combustión de biomasa (leña), utilizado por el 67% de los hogares rurales para cocinar y calentar los ambientes (45).

El humo de biomasa es una mezcla compleja de material particulado fino (PM_{2.5}), monóxido de carbono, hidrocarburos aromáticos policíclicos y radicales libres. La inhalación constante de estos contaminantes provoca un estado de estrés oxidativo crónico en la mucosa faríngea (45). Las partículas depositadas activan macrófagos alveolares y células epiteliales que liberan mediadores inflamatorios, produciendo cambios metaplásicos en el epitelio respiratorio (51). Estudios experimentales demuestran que la exposición al humo de leña reduce la viabilidad celular y la capacidad fagocítica, lo que no solo causa inflamación per se, sino que aumenta la susceptibilidad a infecciones oportunistas, transformando episodios agudos en procesos recurrentes o permanentes (45).

Esta asociación entre ruralidad y cronicidad faríngea es particularmente relevante en el contexto científico andino, donde la geografía y la pobreza energética se combinan para crear un entorno hostil para las mucosas respiratorias (52). La relevancia de este hallazgo radica en la necesidad de implementar estrategias de salud pública, como la promoción de cocinas mejoradas y ventilación adecuada, para mitigar este factor de riesgo ambiental prevenible.

Cajamarca, ubicada a una altitud promedio de 2,750 m.s.n.m., presenta un clima frío y seco que actúa como un factor condicionante para la patología de la mucosa faríngea (53). La literatura científica reciente describe la laringofaringitis sicca inducida por la altitud, donde la baja humedad relativa y las bajas temperaturas provocan una pérdida acelerada de calor y agua del epitelio respiratorio (43).

En altitudes elevadas, el fenómeno de la hipoxia hipobárica induce un aumento compensatorio de la frecuencia respiratoria (hiperventilación), lo que incrementa el flujo de aire frío y seco a través de la faringe. Este proceso deseca el moco protector, aumenta su viscosidad y enlentece el transporte mucociliar, dando lugar a la formación de costras e irritación mecánica. El presente estudio sugiere que los pacientes rurales de Cajamarca enfrentan una "triple agresión": la sequedad extrema de la altitud, la irritación química del humo de leña y la agresión proteolítica del reflujo laringofaríngeo . Esta sinergia explica por qué la faringitis crónica en esta región es especialmente recalcitrante al tratamiento convencional (43).

Una discrepancia notable se observa en relación con el género. Algunos estudios internacionales sugieren una mayor afectación en varones debido a hábitos de tabaquismo y alcohol. En cambio, nuestra muestra refleja un predominio femenino tanto en faringitis aguda como crónica. Esta diferencia se explica probablemente por la mayor accesibilidad y frecuencia de uso de servicios de consulta externa por parte de las mujeres en el sistema de salud peruano, así como por su mayor exposición al humo de leña en el entorno doméstico rural, compensando el riesgo tradicionalmente asociado al consumo de tabaco en varones (54).

Asimismo, mientras que en la forma aguda el agente etiológico predominante es el *Streptococcus pyogenes* (hasta en un 40% de casos bacterianos) , nuestra investigación subraya que en la forma crónica la búsqueda de patógenos bacterianos suele ser infructuosa o irrelevante para el tratamiento a largo plazo, coincidiendo con lo reportado por Liu Y (46) sobre el predominio de bacterias oportunistas en la microbiota de pacientes crónicos.

Los resultados de este estudio tienen implicaciones teóricas profundas para la medicina interna y la otorrinolaringología. La faringitis crónica debe dejar de considerarse una "infección persistente" para ser entendida como un "estado de falla de la barrera mucosa ante agresores crónicos". Esta reconceptualización es vital para combatir la crisis de resistencia antimicrobiana; el uso de antibióticos en pacientes crónicos con RLF o exposición a biomasa es no solo ineficaz, sino perjudicial al alterar la microbiota comensal protectora (50) (55).

En la práctica clínica en el Hospital Regional de Cajamarca, la relevancia de la investigación se traduce en la necesidad de implementar rutinariamente el uso del Reflux Symptom Index (RSI) y el Reflux Finding Score (RFS) para el cribado de RLF (56), así como priorizar el tratamiento antisecretor con inhibidores de la bomba de protones (IBP) (57) y cambios en la higiene de vida (dieta, elevar cabecera de cama, evitar comidas nocturnas) en pacientes con diagnóstico de cronicidad, además de indagar exhaustivamente sobre el lugar de residencia y hábitos de cocina, recomendando el uso de mascarillas o mejoras en la ventilación para pobladores rurales.

La principal fortaleza de esta investigación reside en su diseño observacional analítico comparativo, el cual permitió no solo describir la población, sino calcular la fuerza de asociación entre variables mediante Odds Ratio ajustados. El uso de una muestra probabilística en un hospital de referencia regional garantiza una alta representatividad de la población adulta de Cajamarca. Además, la inclusión de un modelo multivariado permitió controlar el efecto de variables de confusión, asegurando que el RLF y la ruralidad sean factores de riesgo independientes y no solo subproductos de la edad o el estado nutricional.

No obstante, el estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas. El diseño transversal no permite establecer una secuencia temporal definitiva entre la exposición (ej. reflujo) y el desenlace (faringitis crónica), impidiendo una afirmación absoluta de causalidad. Al basarse en la revisión de historias clínicas, existe la posibilidad de un sesgo de información relacionado con la calidad del registro médico previo. El diagnóstico de RLF se basó en una escala clínica adaptada, lo que, aunque es una práctica estándar en entornos de recursos limitados, posee una menor precisión que el estándar de oro de la pH-metría de 24 horas con impedanciometría. Finalmente, la falta de cuantificación exacta de la exposición al humo de leña (en horas-año) limita la capacidad de establecer una relación dosis-respuesta clara (47).

Dada la fuerte asociación encontrada con el reflujo, es necesario desarrollar estudios prospectivos en la región andina que utilicen biomarcadores objetivos, como la detección de pepsina en saliva (Peptest) (15). Esta herramienta no invasiva permitiría confirmar el diagnóstico de RLF con alta sensibilidad y especificidad, facilitando la toma de decisiones terapéuticas en el HRDC.

Asimismo, se requiere investigar el papel de la microbiota faríngea en las poblaciones de altura expuestas a biomasa. La metagenómica podría revelar si existe un perfil microbiano específico que favorezca la cronicidad en estos pacientes. Otra línea de investigación relevante sería evaluar el impacto de las cocinas mejoradas en la reducción de síntomas faríngeos crónicos mediante ensayos comunitarios controlados. Por último, la relación entre faringitis crónica y salud mental (ansiedad/depresión) en el contexto local merece una exploración detallada, dado que la persistencia de síntomas afecta significativamente la calidad de vida (58).

La faringitis crónica en los pacientes adultos de Cajamarca es una entidad clínica compleja dominada por factores irritativos de origen interno (reflujo) y externo (humos de biomasa y altitud) (43). Los hallazgos subrayan que la cronicidad no es simplemente una extensión de la fase aguda, sino el resultado de una agresión constante que sobrepasa los mecanismos de defensa de una mucosa faríngea envejecida o predispuesta. La identificación de estos factores de riesgo independientes proporciona una ruta clara para mejorar el manejo clínico y orientar políticas preventivas en la región altoandina.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES

- Se concluye que sí existen factores clínicos y epidemiológicos asociados significativamente a la faringitis crónica comparada con la aguda en adultos atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca (2023-2024), confirmando la hipótesis alternativa (H_a) y rechazando la nula (H_0). Los hallazgos responden a los objetivos y aportan evidencia local pionera en Cajamarca.
- La faringitis crónica es prevalente en la cuarta década de vida (mediana 41 años), mostrando una progresión del riesgo del 3% anual, comparado con la faringitis aguda con una mediana 36 años, $p=0.042$, con predominio femenino (72.2% crónica), y proveniente de zona urbana, el IMC predominó normal y sobrepeso. La procedencia rural se asocia independientemente (ORa 2.31, IC95% 1.10-4.85, $p=0.027$).
- El Reflujo Laringofaríngeo es más frecuente en faringitis crónica con un 72% comparada con la faringitis aguda con un 32%, La enfermedad por reflujo gastroesofágico es elevada en la faringitis crónica 46.7% mientras que 22.2% en la

aguda; las enfermedades alérgicas alergias tiene alta prevalencia en ambos, aunque ligeramente superior en la faringitis aguda pero sin una fuerte diferenciación.

- El Reflujo Laringofaríngeo presenta un OR cruda 5.25; y un ORa 4.39, IC95% 2.17-8.91, $p<0.001$), constituyéndose en el factor clínico con mayor fuerza de asociación con la faringitis crónica. La enfermedad por reflujo gastroesofágico muestra un OR cruda 3.06; ORa 2.41, IC95% 1.16-4.98, $p=0.018$), manteniéndose también como factor independiente asociado a la cronicidad. La ruralidad duplica el riesgo de cronicidad (ORa=2.31), vinculando la patología al uso de biomasa y la altitud media de 2,750 m.s.n.m. en Cajamarca. El sexo y el IMC, aunque relevantes en la descripción poblacional, no actúan como factores independientes de riesgo para diferenciar faringitis crónica de aguda.
- La implicancia clínica del RLF como predictor principal (mayor ORa) orienta screening reflujo en persistentes, priorizando IBP y estilo vida sobre antibióticos; la procedencia rural y edad guían prevención ambiental (ventilación biomasa) y protocolos ORL Cajamarca, reduciendo sobrecarga consultas.

CAPÍTULO VI:

6. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Dirección del HRDC y al Servicio de Otorrinolaringología protocolizar el uso del Índice de Síntomas de Reflujo (RSI) y el Score de Hallazgos de Reflujo (RFS). Dada la alta fuerza de asociación hallada, estas herramientas deben ser imperativo para el diagnóstico diferencial de la faringitis crónica, permitiendo identificar la etiología irritativa antes de instaurar tratamientos prolongados.
- Es imperativo que el personal médico de consulta externa restrinja la prescripción empírica de antibióticos en pacientes con faringitis persistente. Los hallazgos

demuestran un perfil predominantemente irritativo/ambiental sobre el infeccioso; por tanto, se recomienda orientar la terapia inicial hacia el manejo antisecretores y la protección de la mucosa, mitigando el riesgo de resistencia antimicrobiana a nivel hospitalario.

- Se recomienda establecer una ruta de derivación fluida entre Otorrinolaringología, Gastroenterología, puesto que la ERGE actúa como un factor independiente de cronicidad.
- Dada la relevancia de la procedencia rural se recomienda a la DIRESA Cajamarca fortalecer los programas de reducción de exposición al humo de biomasa mediante la promoción de cocinas mejoradas. Asimismo, se debe educar a la población sobre el uso de medidas de protección (mascarillas y humidificación) para contrarrestar la sinergia lesiva entre el humo de leña y el clima frío y seco de la altitud.
- Finalmente, se recomienda incluir en protocolos de evaluación de la salud mental (ansiedad y depresión). Comprender la relación bidireccional entre el estrés psicológico y la hipersensibilidad mucosa en pacientes con síntomas crónicos permitirá un abordaje médico más holístico, mejorando sustancialmente la calidad de vida de los pacientes cajamarquinos.

CAPÍTULO VII

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCarron M, Yau TS, Griffin C, Marcenac P, Ebama MS, Lafond KE, et al. Do Pregnant Persons Want Influenza Vaccines? Knowledge, Attitudes, Perceptions, and Practices Toward Influenza Vaccines in 8 Low- and Middle-Income Countries. *J Infect Dis.* 4 de febrero de 2025;231(1):e213-24. DOI: 10.1093/infdis/jiae340
2. Caldwell JM, Ledebor NA, Boyanton BL. Review: Known, Emerging, and Remerging Pharyngitis Pathogens. *J Infect Dis.* 23 de octubre de 2024;230(Suppl 3):S173-81. DOI: 10.1093/infdis/jiae391
3. Miller KM, Carapetis JR, Beneden CAV, Cadarette D, Daw JN, Moore HC, et al. The global burden of sore throat and group A Streptococcus pharyngitis: A systematic review

- and meta-analysis. *eClinicalMedicine* [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 21 de enero de 2026];48. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00188-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00188-2/fulltext) DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101458
4. Agerhäll M, Henrikson M, Johansson Söderberg J, Sellin M, Tano K, Gylfe Å, et al. High prevalence of pharyngeal bacterial pathogens among healthy adolescents and young adults. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand APMIS*. 2021;129(12):711-6. DOI: 10.1111/apm.13179
 5. Guvenmez O, Keskin H, Zhanbaeva AK, Guvenmez O, Keskin H, Zhanbaeva AK. Evaluating the Efficacy of a Multidisciplinary Approach to Chronic Pharyngitis Treatment: A Retrospective Cohort Analysis. *Cureus* [Internet]. 18 de marzo de 2025 [citado 21 de enero de 2026];17. Disponible en: <https://cureus.com/articles/339796-evaluating-the-efficacy-of-a-multidisciplinary-approach-to-chronic-pharyngitis-treatment-a-retrospective-cohort-analysis> DOI: 10.7759/cureus.80772
 6. Long SS, Pickering LK, Prober CG. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2012. 2511 p.
 7. Wolford RW, Goyal A, Belgam Syed SY, Schaefer TJ. Pharyngitis. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 23 de enero de 2026]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519550/>
 8. GOULD JM. Pharyngitis, Stomatitis, Peritonsillar, and Retropharyngeal Abscess. *Pediatr Infect Dis*. 2008;96-107. DOI: 10.1016/B978-0-323-02041-1.50017-1
 9. Anthony W Chow, MD, FRCPC, FACPSHira Doron, MD, FIDSA, FSHEA. UpToDate. 2025. Evaluation of acute pharyngitis in adults. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pharyngitis-in-adults?search=Pharyngitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2463144321
 10. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 15 de noviembre de 2012;55(10):1279-82. DOI: 10.1093/cid/cis847
 11. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado 23 de enero de 2026]. Faringitis crónica: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/faringitis-cronica>
 12. Quirónsalud [Internet]. [citado 23 de enero de 2026]. Pharyngitis. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/en/diseases-symptoms/pharyngitis>
 13. Pharyngitis: What It Is, Its Causes, Symptoms, and Treatment | Anadolu Sağlık Merkezi [Internet]. [citado 23 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.anadolumedicalcenter.com/health-guide/pharyngitis-what-it-is-its-causes-symptoms-and-treatment>
 14. Lechien JR, Saussez S, Hopkins C. Association between laryngopharyngeal reflux, gastroesophageal reflux and recalcitrant chronic rhinosinusitis: A systematic review. *Clin Otolaryngol Off J ENT-UK Off J Neth Soc Oto-Rhino-Laryngol Cervico-Facial Surg*. julio de 2023;48(4):501-14. DOI: 10.1111/coa.14047
 15. Dettmar PW, Wang Q, Hodgson RM, Wang X, Li Y, Jiang M, et al. Chronic pharyngitis and the association with pepsin detection and reflux disease. *Ann Esophagus* [Internet]. 19 de octubre de 2018 [citado 21 de enero de 2026];1(0). Disponible en: <https://aoe.amegroups.org/article/view/4539> DOI: 10.21037/aoe.2018.10.01

16. Xiao Y, Zhang H, Zhang F, Luo J, Zhao X, Liu H, et al. Associations between gastroesophageal reflux disease and otolaryngological diseases. *Medicine (Baltimore)*. 14 de marzo de 2025;104(11):e41750. DOI: 10.1097/MD.00000000000041750
17. Fageeh YA, Alnofaie MF, Alhusayni MA, Aljemyie AA, Alqurashi LS, Alolayani RA, et al. Prevalence and clinical features of laryngopharyngeal reflux in adults with chronic tonsillitis. *Saudi Med J*. agosto de 2025;46(8):919-25. DOI: 10.15537/smj.2025.46.8.20250129
18. Váldez LJM, Vásquez CMC, Anaya SO, Rojas CP, Agudelo MCS. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico. *ACTA Otorrinolaringol Cir CABEZA CUELLO*. 23 de diciembre de 2024;52(3):249-65. DOI: 10.37076/acorl.v52i3.803
19. Minchola Bejarano DK. Reflujo faringolaríngeo como factor asociado a Faringitis crónica en los pacientes del Hospital de especialidades básicas La Noria. 2022.
20. Barham WT, Alvarez-Amado AV, Dillman KM, Thibodeaux E, Nguyen ID, Varrassi G, et al. Laryngopharyngeal Reflux Pathophysiology, Clinical Presentation, and Management: A Narrative Review. *Cureus*. 2024;16(8):e67305. DOI: 10.7759/cureus.67305
21. Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, Shaw GY. Laryngopharyngeal Reflux: Position Statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Neck Surg*. 2002;127(1):32-5. DOI: 10.1067/mhn.2002.125760
22. Chan WW, Sharma N, Gyawali CP. The Role of Gastroesophageal Reflux in Airway Inflammation. *Am J Gastroenterol*. 1 de enero de 2025;120(1):60-4. DOI: 10.14309/ajg.0000000000003205
23. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: a systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis*. marzo de 2020;18(20):20. DOI: 10.18332/tid/119324
24. Wang X, Bi Y, Liu G, Wang W, Cui H. Smoking and alcohol consumption with the risk of 11 common otolaryngological diseases: a bidirectional Mendelian randomization. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 1 de diciembre de 2023;280(12):5615-23. DOI: 10.1007/s00405-023-08246-9
25. Alfageme I, de Lucas P, Ancochea J, Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, et al. Nuevo estudio sobre la prevalencia de la EPOC en España: resumen del protocolo EPISCAN II, 10 años después de EPISCAN. *Arch Bronconeumol*. 1 de enero de 2019;55(1):38-47. DOI: 10.1016/j.arbres.2018.05.011
26. Su H, Xie H. Associations between lifestyle habits, environmental factors and respiratory diseases: a cross-sectional study from southwest China. *Front Public Health* [Internet]. 5 de marzo de 2025 [citado 22 de enero de 2026];13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1513926/full> DOI: 10.3389/fpubh.2025.1513926
27. World Health Organization [Internet]. 2026 [citado 23 de enero de 2026]. Household air pollution. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>
28. Hu G, Zhou Y, Tian J, Yao W, Li J, Li B, et al. Risk of COPD from exposure to biomass smoke. *Chest*. 1 de febrero de 2010;138:20-31. DOI: 10.1378/chest.08-2114
29. Chen F, Zhang J, Xie J, Fu X. Causal relationships between air pollutants and upper respiratory tract infections: A two-sample, Mendelian randomization study. *J Chin Med Assoc JCMA*. junio de 2025;88(6):481-5. DOI: 10.1097/JCMA.0000000000001242
30. Zha Z, Gao S, Liu S, Hu G. Prevalence and Risk Factors of Anxiety Among Adult Patients with Chronic Pharyngitis in Wuhu, China. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 31 de mayo de 2023;19:1313-9. DOI: 10.2147/NDT.S415938

31. Pokharel A, Basnet P, Sharma B, Upadhyay HP. Prevalence and Risk Factors for Occupational Voice Disorders in Nepalese Teachers: A Cross-Sectional Study. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 12 de abril de 2024;28:e374-81. DOI: 10.1055/s-0043-1777417
32. Tadesse M, Hailu Y, Biset S, Ferede G, Gelaw B. Prevalence, Antibiotic Susceptibility Profile and Associated Factors of Group A Streptococcal pharyngitis Among Pediatric Patients with Acute Pharyngitis in Gondar, Northwest Ethiopia. *Infect Drug Resist*. 31 de diciembre de 2023;16:1637-48. DOI: 10.2147/IDR.S402292
33. Xu Y, Qi L, Yang J, Duan Y, Jiang M, Sun Y, et al. Factors affecting the severity of respiratory infections: a hospital-based cross-sectional study. *BMC Infect Dis*. 23 de mayo de 2025;25(1):735. DOI: 10.1186/s12879-025-11121-z
34. Alharbi NS, Alotaibi S, Alnughaythir AI, Abohelaibah F, Alruways AQ, Alharbi R, et al. Prevalence and Risk Factors of Voice Disorders Among Teachers in Saudi Arabia. *Cureus*. marzo de 2024;16(3):e56540. DOI: 10.7759/cureus.56540
35. Wu A, Budge PJ, Williams J, Griffin MR, Edwards KM, Johnson M, et al. Incidence and Risk Factors for Respiratory Syncytial Virus and Human Metapneumovirus Infections among Children in the Remote Highlands of Peru. *PLOS ONE*. 24 de junio de 2015;10(6):e0130233. DOI: 10.1371/journal.pone.0130233
36. Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 6 años de edad - Endes 2021 [Internet]. 2023 [citado 21 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/2982541-desarrollo-infantil-temprano-en-ninas-y-ninos-menores-de-6-anos-de-edad-endes-2021>
37. Cabrera Quiroz JK. Factores asociados a faringitis aguda en niños menores de 5 años [Internet]. Universidad César Vallejo; 2023 [citado 22 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131703>
38. García Triana BE, Hibatulla Ali A, Grau León I. Mouth breathing and its relationship to some oral and medical conditions: physiopathological mechanisms involved. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 2016;15(2):200-12.
39. Pérez Álvarez H, Hernández Puentes YZ, Pérez Álvarez H, Hernández Puentes YZ. Métodos identificativos y de estimación de la edad biológica. *Rev Habanera Cienc Médicas* [Internet]. abril de 2023 [citado 6 de febrero de 2026];22(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2023000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2026 [citado 25 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
41. Sánchez Macedo J. El principio hegemónico de procedencia como herramienta conceptual para entender el archivo. *Interv México DF*. junio de 2021;12(23):34-62. DOI: 10.30763/intervencion.242.v1n23.21.2021
42. Byker Shanks C, Bruening M, Yaroch AL. BMI or not to BMI? debating the value of body mass index as a measure of health in adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 25 de febrero de 2025;22(1):23. DOI: 10.1186/s12966-025-01719-6
43. Roy R. High altitude induced laryngopharyngitis sicca. *Med J Armed Forces India*. 1 de diciembre de 2016;72:S169-72. DOI: 10.1016/j.mjafi.2016.04.002
44. Gamboa Mutuberría J, Sistiaga Suárez JA, Wills Villarraga D, Rivera Rodríguez T. Enfermedades inflamatorias laríngeas y faríngeas del adulto. *Medicine (Baltimore)*. noviembre de 2011;10(91):6190-8. DOI: 10.1016/S0304-5412(11)70240-2
45. He F, Yu X, Zhang J, Cui J, Tang L, Zou S, et al. PM relacionado con la biomasa2.5 microambiente inflamatorio inducido mediante el eje IL-17F/IL-17RC. *Environ Pollut*. 1 de febrero de 2024;342:123048. DOI: 10.1016/j.envpol.2023.123048

46. Cui N, Dai T, Liu Y, Wang YY, Lin JY, Zheng QF, et al. Laryngopharyngeal reflux disease: Updated examination of mechanisms, pathophysiology, treatment, and association with gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol*. 28 de abril de 2024;30(16):2209-19. DOI: 10.3748/wjg.v30.i16.2209
47. Brown J, Matz O, Sutton AE, Shermetaro C. Laryngopharyngeal Reflux. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de febrero de 2026]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519548/>
48. Factores de riesgo ambientales en las enfermedades alérgicas - Sociedad Europea de Medicina [Internet]. 2025 [citado 25 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://esmed.org/environmental-risk-factors-in-allergic-diseases/>
49. Hráňková V, Balner T, Gubová P, Staníková L, Zeleník K, Komínek P. Narrative review of relationship between chronic cough and laryngopharyngeal reflux. *Front Med*. 19 de abril de 2024;11:1348985. DOI: 10.3389/fmed.2024.1348985
50. Li Y, Li X, Yu X, Xu Y, Su Y, Guo L. Chronic pharyngitis and cervical spondylosis risk: A bidirectional Mendelian randomization study. *Medicine (Baltimore)*. 21 de febrero de 2025;104(8):e41678. DOI: 10.1097/MD.00000000000041678
51. Ortiz-Quintero B, Martínez-Espinosa I, Pérez-Padilla R. Mechanisms of Lung Damage and Development of COPD Due to Household Biomass-Smoke Exposure: Inflammation, Oxidative Stress, MicroRNAs, and Gene Polymorphisms. *Cells*. enero de 2023;12(1):67. DOI: 10.3390/cells12010067
52. Pardo M, Li C, Zimmermann R, Rudich Y. Health impacts of biomass burning aerosols: Relation to oxidative stress and inflammation. *Aerosol Sci Technol*. 2 de octubre de 2024;58(10):1093-113. DOI: 10.1080/02786826.2024.2379551
53. Faringitis y bronquitis de gran altitud - WikEM [Internet]. 2023 [citado 25 de febrero de 2026]. Disponible en: https://wikem.org/wiki/High_altitude_pharyngitis_and_bronchitis
54. Xu DD. Effect of comorbid gastroesophageal reflux disease on laryngopharyngeal reflux disease: Clinical characteristics and risk factors. *World J Gastrointest Surg*. 27 de septiembre de 2025;17(9):108715. DOI: 10.4240/wjgs.v17.i9.108715
55. Biswas G, Nag A, Bhattacharjee S. A Longitudinal Study between the Effects of Anti-Infective and Anti-Reflux Pharmacotherapy in Patients with Chronic Pharyngitis. *J Contemp Clin Pract*. 30 de abril de 2025;11:732-8. DOI: 10.61336/jccp/25-04-111
56. Nair G. Study on Prevalence of Laryngopharyngeal Reflux in Patients with Throat Symptoms attending a Tertiary Care Center in Central Kerala. 2025;17(6):1040-7.
57. Katz PO, Dunbar K, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline: Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 1 de enero de 2022;117(1):27-56. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001538
58. Faringitis crónica por estrés, el dolor de garganta psicossomático [Internet]. [citado 25 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://imqsanrafael.es/faringitis-cronica-por-estres/>

CAPÍTULO VIII

8. ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOR: JOSE FERNANDO MUÑOZ ESTELA

Título: FACTORES ASOCIADOS A FARINGITIS CRÓNICA COMPARADA CON +B2:118AGUDA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2023 2024							
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
Problema General:	Objetivo general:	Hipótesis	Variable dependiente: Faringitis				
¿Cuáles son los factores clínicos y epidemiológicos asociados a faringitis crónica en comparación con faringitis aguda en pacientes adultos atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2023-2024?	Determinar los factores clínicos y epidemiológicos asociados a faringitis crónica en comparación con faringitis aguda en pacientes adultos atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2023-2024.	Hipótesis Alterna: Existen factores clínicos y epidemiológicos asociados significativamente a faringitis crónica comparada con faringitis aguda en pacientes atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2023-2024.	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
	Objetivos específicos:		D1. Tipo de Faringitis	1. Crónica (J31.2)	Item 1	Cualitativa nominal dicotómica	Aguda (≤3 meses) / Crónica (>3 meses)
				2. Aguda (J02.9)			
	Variable Independiente: Factores Asociados - Factores clínicos						
	Objetivos específicos:		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
			D1. Reflujo Laringofaríngeo	RLF presente (≥5 puntos) / RLF ausente (<5 puntos)	Item 2	Cualitativa nominal dicotómica	Presente / Ausente
			D3. ERGE	Diagnóstico o tratamiento con IBP	Item 3	Cualitativa nominal dicotómica	Presente / Ausente
			D2. Enfermedades Alérgicas Respiratorias	Diagnóstico previo	Item 4	Cualitativa nominal dicotómica	Presente / Ausente
	Variable Independiente: Factores Asociados - Factores epidemiológicos						
	Objetivos específicos:		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
		D1. Edad	Años cumplidos	Item 5	Cuantitativa continua	18-29, 30-39, 40-49, 50-59, ≥60 años	
		D2. Sexo	Sexo biológico	Item 5	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino / Femenino	
		D3. Procedencia	Residencia habitual	Item 5	Cualitativa nominal dicotómica	Urbano / Rural	
	Objetivos específicos:	D4. IMC	Peso/Talla²	Item 7	Cualitativa ordinal	Bajo peso / Normal / Sobrepeso / Obesidad	

Diseño de investigación:	Población y Muestra:	Técnicas e instrumentos:		Método de análisis de datos:
Enfoque:	Población:	VARIABLE INDEPENDIENTE:	VARIABLE DEPENDIENTE:	DESCRIPTIVA:
Cuantitativo	Pacientes de 18 a 65 años con diagnóstico clínico de faringitis aguda o crónica, atendidos en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante 2023-2024.	Técnica: Revisión documental	Técnica: Revisión documental	Se realizará el tratamiento de la información con la estadística descriptiva usando medias y porcentajes, representado en tablas de frecuencias y gráficos de barras.
				INFERENCIAL:
Tipo:	Muestra:	Instrumento: Ficha de recolección de datos	Instrumento: Ficha de recolección de datos	Se realizará la prueba de hipótesis mediante el estadístico Chi-cuadrado (χ^2) o Test exacto de Fisher, con valor p en relación con el nivel de significación de 5% ($p < 0.05$).
Básica	180 pacientes (90 con faringitis crónica + 90 con faringitis aguda)			Se calculará Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95% para medir magnitud de asociación.
Diseño:	Muestreo:	Forma de administración:	Forma de administración:	Se aplicará regresión logística binaria para análisis multivariado.
Observacional, analítico, transversal	Probabilístico aleatorio simple	Revisión de historias clínicas	Revisión de historias clínicas	Software: SPSS versión 28.0, Microsoft Excel 2021.

ANEXO N° 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Factores asociados a faringitis crónica comparada con aguda en consulta externa del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2023-2024”

INVESTIGADOR: JOSE FERNANDO MUÑOZ ESTELA

FECHA DE RECOLECCIÓN:

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

N° historia clínica:

Fecha de atención:

B. REGISTRO DE CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO

Ítem	Registro
Número telefónico contactado	_____
Nombre del participante	_____
Motivo de contacto	☐ Datos incompletos en historia clínica
Se brindó explicación del estudio	☐ Sí ☐ No
Consentimiento verbal	☐ Acepta participar ☐ No acepta participar
Duración aproximada de la llamada	_____ minutos
Datos complementados	☐ Sí ☐ No

C. VARIABLE PENDIENTE: TIPO DE FARINGITIS

1. Diagnóstico clínico	☐ Faringitis aguda ☐ Faringitis crónica
Tiempo de evolución de síntomas:	_____ meses

D. VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES CLÍNICOS

2. Reflujo Laringofaríngeo (RLF)

A. SÍNTOMAS LARÍNGEOS (según anamnesis en HC):

- ☐ Disfonía/ronquera persistente (>4 sem).....[2 pts]
- ☐ Tos seca crónica sin causa respiratoria.....[2 pts]
- ☐ Carraspeo/aclaramiento de garganta frecuente.....[1 pt]
- ☐ Globus faríngeo (sensación cuerpo extraño).....[1 pt]
- ☐ Disfagia.....[1 pt]
- ☐ Mucosidad excesiva en garganta.....[1 pt]

SUBTOTAL A: _____ / 8

B. SIGNOS AL EXAMEN FÍSICO FARÍNGEO (según HC):

- ☐ Eritema/hiperemia faringe posterior.....[2 pts]
- ☐ Hipertrofia pilares posteriores/cobblestone.....[1 pt]
- ☐ Moco espeso adherido en faringe.....[1 pt]

SUBTOTAL B: _____ / 4

PUNTAJE TOTAL (A+B): _____ / 12 puntos.**DIAGNÓSTICO DE RLF: ☐ POSITIVO (≥ 5 pts) ☐ NEGATIVO (< 5 pts)****3. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)**

Diagnóstico previo de ERGE en HC:	☐ Presente ☐ Ausente
Uso de tratamiento antisecreto:	☐ Sí (especificar): _____ ☐ No
Síntomas de ERGE registrados:	☐ Pirosis ☐ Regurgitación ☐ Dolor retroesternal ☐ Ninguno

4. Enfermedades Alérgicas Respiratorias

Diagnóstico registrado en HC:	☐ Rinitis alérgica ☐ Rinosinusitis alérgica ☐ Asma alérgica ☐ Ninguna enfermedad alérgica
Tratamiento actual con antihistamínicos:	☐ Sí ☐ No
Síntomas alérgicos asociados:	☐ Estornudos frecuentes ☐ Congestión nasal ☐ Goteo postnasal ☐ Prurito nasal/ocular

E. VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS**5. Características Demográficas**

Edad:	_____ años
Grupo etario:	☐ 18-29 años ☐ 30-39 años ☐ 40-49 años ☐ 50-59 años ☐ ≥ 60 años
Sexo:	☐ Masculino ☐ Femenino
Procedencia:	☐ Urbano ☐ Rural

6. Estado Nutricional (IMC)

Peso:	_____ kg
Talla:	_____ m
IMC calculado:	_____ kg/m ²
Clasificación IMC:	☐ Bajo peso (<18,5) ☐ Normal (18,5-24,9) ☐ Sobrepeso (25,0-29,9) ☐ Obesidad (≥30,0)

F. OTROS DATOS CLÍNICOS RELEVANTES

a) Comorbilidades asociadas

Diabetes mellitus:	☐ Sí ☐ No
Hipertensión arterial:	☐ Sí ☐ No
Bronquitis crónica/EPOC:	☐ Sí ☐ No
Otras patologías respiratorias:	_____

a)

b) Medicación actual

Antibióticos:	☐ sí ☐ no especificar: _____
Antiinflamatorios:	☐ sí ☐ no especificar: _____
Inhibidores de bomba de protones:	☐ sí ☐ no especificar: _____
Antihistamínicos:	☐ sí ☐ no especificar: _____

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “Factores asociados a faringitis crónica comparada con faringitis aguda en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca”

Investigador:

JOSE FERNANDO MUÑOZ ESTELA – Estudiante de Medicina Humana - Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Cajamarca

Introducción:

Usted está siendo invitado(a) a participar de manera voluntaria en un estudio de investigación cuyo objetivo es identificar factores asociados a faringitis crónica comparada con faringitis aguda en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Su información clínica ya forma parte de los registros hospitalarios; sin embargo, algunos datos necesarios para la investigación se encuentran incompletos, por lo que se realizará una llamada telefónica breve únicamente para complementar dicha información.

Participación en el Estudio:

Si decide participar, se le realizará una llamada telefónica breve únicamente para complementar información clínica faltante necesaria para la investigación.

Procedimiento:

- Si usted acepta participar, se le solicitará responder preguntas breves relacionadas con antecedentes y factores asociados a su diagnóstico.
- La duración aproximada será de 2 - 5 minutos.
- No se realizarán procedimientos médicos ni intervenciones.

Riesgos:

Este estudio no representa riesgos físicos ni médicos para usted. Podría existir una mínima incomodidad al responder preguntas personales; sin embargo, usted puede negarse a contestar cualquier pregunta.

Beneficios:

No recibirá beneficios directos; sin embargo, la información obtenida contribuirá al conocimiento médico y a mejorar el abordaje de pacientes con enfermedades de la garganta en nuestra región.

Confidencialidad:

Toda la información será tratada de forma confidencial y utilizada únicamente con fines de investigación académica, sin revelar su identidad.

Problemas o Preguntas

Para consultas puede comunicarse con:

JOSE FERNANDO MUÑOZ ESTELA - Celular: 917088240

Consentimiento / Participación Voluntaria

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin afectar mi atención médica.

Nombre del participante: _____ DNI: _____

Aceptación verbal registrada: Si (☐) No (☐) Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del investigador:
José Fernando Muñoz Estela