

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años
con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital
Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025**

Tesis

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autoras:

Br. Adriana Shesby Izquierdo Carreño

Br. Gabriela Dioselin Zapata Ruiz

Tumbes, 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años
con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital
Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025**

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Mg. Cesar Augusto Noblecilla Rivas (Presidente)

Mg. Jose Wilmer Curay Lupuche (Secretario)

Dr. Mauro Pablo Meza Olivera (Vocal)

Tumbes, 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años
con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital
Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025**

**Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido
y forma**

Br. Adriana Shesby Izquierdo Carreño

(Autora)

Br. Gabriela Dioselin Zapata Ruiz

(Autora)

Dr. Mauro Pablo Meza Olivera

(Asesor)

Mg. Percy Mc-Quen Vilchez Barreto

(Coasesor)

Tumbes, 2026



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
Licenciada
Resolución del Consejo Directivo N° 155-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Tumbes – Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Tumbes, a los 27 días del mes de mayo del dos mil veintiséis, siendo la 14:00 horas, en la modalidad presencial, en el pabellón de Medicina Humana aula M - 6 se reunieron el jurado calificador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, designado con RESOLUCIÓN DECANAL N° 461 – 2025/ UNTUMBES – FCS, el Mg. Cesar Augusto Noblecilla Rivas (Presidente), Mg. Jose Wilmer Curay Lupuche (Secretario), Dr. Mauro Pablo Meza Olivera (Asesor-Vocal), se procedió a evaluar, calificar y deliberar la sustentación de la tesis, titulada “**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS EN MENORES DE 5 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES, ABRIL – JUNIO 2025**”, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, presentado por los bachilleres:

BACH. IZQUIERDO CARREÑO ADRIANA SHESBY
BACH. ZAPATA RUIZ GABRIELA DIOSELIN

Concluida la sustentación y absueltas las preguntas, por parte de las sustentantes y después de la deliberación, el jurado según el artículo N° 65 del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declara a la BACH. IZQUIERDO CARREÑO ADRIANA SHESBY: **APROBADA** con el calificativo: **MUY BUENO** y a la BACH. ZAPATA RUIZ GABRIELA DIOSELIN: **APROBADA** con el calificativo: **MUY BUENO**.

En consecuencia, quedan **APTAS** para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, de conformidad con lo estipulado en la ley universitaria N° 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Títulos y Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las 15 horas del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, procediendo a firmar el acta en presencia del público asistente.

Tumbes, 27 de Mayo del 2026.

Mg. Cesar Augusto Noblecilla Rivas
DNI N° 00370867
ORCID N° 0009-0006-6796-2919
(Presidente)

Mg. Jose Wilmer Curay Lupuche
DNI N° 02853403
ORCID N° 0000-0002-3928-3533
(Secretario)

Dr. Mauro Pablo Meza Olivera
DNI N° 00244870
ORCID N° 0000-0003-2249-6804
(Asesor – Vocal)

cc.
Jurado (03)
Asesor
Interesado
Archivo (Decanato)

TURNITIN



Adriana Shesby Izquierdo Carreño

INFORME FINAL - TESIS IZQUIERDO Y ZAPATA

2026

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trnoid::3117:596786432

Fecha de entrega

2 jun 2026, 8:40 GMT-5

Fecha de descarga

2 jun 2026, 8:45 GMT-5

Nombre del archivo

INFORME FINAL - TESIS IZQUIERDO Y ZAPATA.docx

Tamaño del archivo

2.8 MB

74 páginas

14.664 palabras

87.920 caracteres

Dr. Mauro Pablo Meza Olivera

<https://orcid.org/0000-0003-2249-6804>

Asesor






13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Dr. Mauro Pablo Meza Olivera

<https://orcid.org/0000-0003-2249-6804>

Asesor

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	1%
2	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
3	Internet	tesis.ucsm.edu.pe	<1%
4	Internet	revistas.utm.edu.ec	<1%
5	Internet	perfilesy capacidades.javeriana.edu.co	<1%
6	Trabajos del estudiante	Universitat Internacional de Catalunya on 2024-11-08	<1%
7	Internet	informatica.upla.edu.pe	<1%
8	Trabajos del estudiante	University of Birmingham on 2024-12-04	<1%
9	Internet	boa.unimib.it	<1%
10	Internet	public-pages-files-2025.frontiersin.org	<1%
11	Internet	digibuo.uniovi.es	<1%

Dr. Mauro Pablo Meza Olivera
<https://orcid.org/0000-0003-2249-6804>
 Asesor

12	Internet	repositorio.unac.edu.pe	<1%
13	Internet	www.dspace.uce.edu.ec	<1%
14	Trabajos del estudiante	Universidad Nacional de Tumbes on 2025-09-02	<1%
15	Trabajos del estudiante	Universidad Tecnológica del Peru on 2026-04-16	<1%
16	Publicación	Van Wyk, Hannah. "Advancing Computational Approaches to Investigate Unobser..."	<1%
17	Internet	doku.pub	<1%
18	Internet	www.frontiersin.org	<1%
19	Internet	www.wjgnet.com	<1%
20	Internet	portal.insnsb.gob.pe	<1%
21	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
22	Internet	www.agu.edu.bh	<1%
23	Internet	www.ins.gov.co	<1%
24	Trabajos del estudiante	Fundación Universitaria del Area Andina on 2026-05-31	<1%
25	Trabajos del estudiante	Universidad Señor de Sipan on 2024-10-14	<1%



Dr. Mauro Pablo Meza Olivera
<https://orcid.org/0000-0003-2249-6804>
 Asesor

26	Trabajos del estudiante	University of Sydney on 2023-11-06	<1%
27	Internet	revistascientificas.una.py	<1%
28	Trabajos del estudiante	Universidad Autonoma de Chile on 2026-01-28	<1%
29	Internet	www.horizontemedico.usmp.edu.pe	<1%
30	Internet	ijhsr.org	<1%
31	Internet	ijp.mums.ac.ir	<1%
32	Trabajos del estudiante	Universidad Cesar Vallejo on 2024-10-21	<1%
33	Trabajos del estudiante	Universidad de Salamanca on 2024-05-14	<1%
34	Internet	internaLmif-ua.com	<1%
35	Internet	link.springer.com	<1%
36	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
37	Trabajos del estudiante	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-02-26	<1%
38	Trabajos del estudiante	Universidad de Caldas on 2023-08-17	<1%
39	Publicación	Gonzales Ibarra, Michael Jordan. "Prevalencia de parasitosis intestinales de pacie..."	<1%

Dr. Mauro Pablo Meza Olivera
<https://orcid.org/0000-0003-2249-6804>
 Asesor

40	Internet	repositorio.unapikitos.edu.pe	<1%
41	Internet	repositorio.uns.edu.pe	<1%
42	Internet	saber.ucv.ve	<1%
43	Publicación	Lucy S. Ito. "Helicobacter pylori Seropositivity among 963 Japanese Brazilians Acc...	<1%
44	Trabajos del estudiante	Universidad Catolica De Cuenca on 2021-06-04	<1%
45	Trabajos del estudiante	Universidad Nacional Federico Villarreal on 2026-04-18	<1%
46	Trabajos del estudiante	Universidad Nacional de Tumbes on 2021-08-28	<1%
47	Internet	pmc.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
48	Internet	repositorio.unprg.edu.pe	<1%
49	Internet	www.childrensmemory.org	<1%
50	Internet	www.medrxiv.org	<1%
51	Trabajos del estudiante	London School of Hygiene and Tropical Medicine on 2017-09-29	<1%
52	Trabajos del estudiante	Monte Vista Christian School on 2025-01-21	<1%
53	Trabajos del estudiante	Universidad Cesar Vallejo on 2025-10-15	<1%

Dr. Mauro Pablo Meza Olivera
<https://orcid.org/0000-0003-2249-6804>
 Asesor

54	Internet	redcol.minciencias.gov.co	<1%
55	Internet	repositoriousco.co	<1%
56	Internet	wjarr.com	<1%
57	Internet	www.slideshare.net	<1%
58	Trabajos del estudiante	Universidad Católica del Cibao (UCATECI) on 2026-04-24	<1%
59	Trabajos del estudiante	Universidad de Guayaquil on 2023-07-22	<1%
60	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
61	Internet	cia.uagraria.edu.ec	<1%
62	Internet	cybertesis.unmsm.edu.pe	<1%
63	Internet	repositorio.unp.edu.pe	<1%
64	Internet	www.revreumatologia.sld.cu	<1%
65	Trabajos del estudiante	Maryville University on 2014-11-09	<1%
66	Trabajos del estudiante	Universidad Nacional Federico Villarreal on 2026-03-11	<1%
67	Trabajos del estudiante	Universidad Nacional de Tumbes on 2024-06-11	<1%

Dr. Mauro Pablo Meza Olivera
<https://orcid.org/0000-0003-2249-6804>
Asesor

68	Internet	core.ac.uk	<1%
69	Internet	puertomaderoeditorial.com.ar	<1%
70	Internet	repositorio.ucsg.edu.ec	<1%
71	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
72	Internet	repositorio.upagu.edu.pe	<1%
73	Internet	repositorio.urp.edu.pe	<1%
74	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%
75	Internet	www.scielo.org.bo	<1%
76	Internet	www.tribunadelinvestigador.com	<1%



Dr. Mauro Pablo Meza Olivera
<https://orcid.org/0000-0003-2249-6804>
Asesor

DEDICATORIA

En primer lugar, dedico esta tesis a Dios, por darme la vida, la paciencia y la sabiduría necesarias para alcanzar esta meta. Por permitirme culminar esta importante etapa en mi formación profesional como médico.

A mis padres (Ruben y Betty) por su dedicación, apoyo, amor, y esfuerzo durante estos 7 años de constante aprendizaje, sin sus sacrificios nada de esto sería posible.

A mis hermanas (Lory y Dani) por ser mis amigas y consejeras, por escucharme en cada crisis emocional que me generaba la carrera, las amo mucho, gracias por siempre estar a mi lado.

A mis tías (Luz María y Auri) por ser pilar importante en cada decisión, en especial por apoyarme en salir de la ciudad de Tumbes para realizar mi internado médico, sin ustedes no estuviera aquí a punto de ser médico.

A mi enamorado (Ebert) por el amor y paciencia, por ser mi compañero de vida, por prestar su ayuda constante a cualquier auxilio mío, por ser la persona que es, lleno de inteligencia y sabiduría, te amo.

A mis verdaderos amigos por su compañía constante, y a mi cotesista y mejor amiga por su dedicación y apoyo incondicional.

Gracias por estar en los momentos difíciles, por cada risa y por compartir conmigo con tanto cariño toda esta etapa universitaria.

Adriana Izquierdo C.

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme bendecido con la vida y por permitirme llegar a este momento tan importante de mi camino profesional.

A mis padres y a mis hermanos, por ser mi ejemplo de perseverancia, amor y paciencia, por su apoyo incondicional y por todos sus sacrificios, este sueño no sería una realidad.

Todo mi esfuerzo y mis logros son también los de ellos.

A mi familia, por siempre confiar en mí y apoyarme en cualquier situación, gracias por estar presente en este logro tan importante en mi vida.

A mis amigos, por ser mi refugio en los días de estrés y ansiedad, por escuchar mis dudas existenciales y por creer en mí incluso cuando yo misma no lo hacía. Gracias por caminar a mi lado.

A mi amiga y compañera de tesis, por siempre alentarme y darme ánimos cuando me frustraba cuando no entendía o me quedaba atascada en este trabajo, agradecida por estar presente en cada momento de mi vida. Estoy feliz por terminar juntas y con éxito este logro más de nuestra vida profesional.

Y a mis mascotas, mis fieles compañeros, que con su compañía silenciosa y su alegría hicieron mis horas de estudio mucho más ligeras y divertidas.

Gabriela Zapata R.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirnos llegar a este momento tan importante de nuestra vida profesional, por siempre llenarnos de buena salud, paciencia, sabiduría y fortaleza en cada etapa de nuestras vidas.

A nuestros asesores, el Dr. Mauro Meza y el Mg. Percy Vilchez, por su apoyo incondicional durante todo este arduo proceso. Por su paciencia, orientación e interés constante, gracias a ellos culminamos con éxito nuestro trabajo de tesis.

A todo el personal administrativo del Hospital Regional JAMO II-2, por brindarnos las facilidades en la recopilación de datos, principalmente a los encargados de las oficinas de investigación, estadística y al personal de Archivo por su asistencia en la consecución de los datos requeridos para la elaboración de esta tesis.

A los docentes de universidad y hospital, los cuales fueron parte fundamental de nuestra formación y orientación académica, cada uno de sus consejos y conocimientos fueron importantes para la culminación satisfactoria de nuestro trabajo de investigación y de nuestra carrera profesional.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	xvi
ÍNDICE DE ANEXOS	xvii
RESUMEN	xviii
ABSTRACT	xix
I. INTRODUCCIÓN	20
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	22
2.1. BASES TEÓRICAS.....	22
2.2. ANTECEDENTES.....	31
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	37
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	40
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	41
3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	43
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.6. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	44
3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	45
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
4.1. RESULTADOS.....	48
4.2. DISCUSIÓN	54
V. CONCLUSIONES	58
VI. RECOMENDACIONES.....	59
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Características clínicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025	48
Tabla 02: Características epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025.....	50
Tabla 03: Diagnósticos de emergencia más frecuentes en menores de 5 años asociadas al síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025.....	51
Tabla 04: Análisis bivariado del perfil clínico y epidemiológico de niños menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025.....	52

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	69
ANEXO II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	70
ANEXO III. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	72
ANEXO IV. FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.....	74
ANEXO V. VALIDACIÓN DE EXPERTOS	75
ANEXO VI. AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	79
ANEXO VII. CERTIFICACIÓN DE ASESOR.....	80
ANEXO VIII. CERTIFICACIÓN DE COASESOR	81

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes durante el periodo abril – junio 2025. Se realizó una investigación descriptiva, observacional, transversal y no experimental. La población estuvo conformada por 1004 historias clínicas de menores de 5 años con síndrome febril, seleccionándose una muestra de 279 pacientes mediante muestreo aleatorio simple. La información fue recolectada mediante revisión documental y analizada en el programa Stata v19.5. Se evidenció una edad promedio de 47.73 ± 13.26 meses, con predominio del sexo masculino (60.22%) y de procedencia urbana (88.89%). La temperatura media registrada fue de 38.49 ± 0.54 °C. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la tos (61.29%), irritabilidad (50.18%) y rinorrea (49.46%), mientras que síntomas como convulsiones, somnolencia y disuria se presentaron en menor proporción. Entre los diagnósticos asociados al síndrome febril predominó la infección respiratoria aguda (32.26%), seguida de la enfermedad diarreica aguda (14.70%) y la infección del tracto urinario (4.30%). Además, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el síndrome febril y la infección respiratoria aguda ($p < 0.001$), así como con la presencia de rinorrea (RP: 1.21; IC95%: 1.01–1.45; $p = 0.037$) y la procedencia rural (RP: 0.63; IC95%: 0.42–0.97; $p = 0.035$). Se concluye que el síndrome febril en menores de 5 años atendidos en emergencia presentó predominio de manifestaciones respiratorias y afectó principalmente a pacientes de sexo masculino y procedencia urbana, observándose además asociación significativa con la rinorrea y la procedencia rural, siendo la infección respiratoria aguda el diagnóstico más frecuentemente asociado.

Palabras clave: síndrome febril, fiebre, pediatría, infección respiratoria aguda.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the clinical and epidemiological characteristics of children under 5 years old with febrile syndrome treated at the Emergency Department of Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes during April–June 2025. A descriptive, observational, cross-sectional, and non-experimental study was conducted. The population consisted of 1004 medical records of children under 5 years old with febrile syndrome, from which a sample of 279 patients was selected through simple random sampling. Data were collected through documentary review and analyzed using Stata v19.5. The mean age was 47.73 ± 13.26 months, with predominance of males (60.22%) and urban origin (88.89%). The mean recorded temperature was 38.49 ± 0.54 °C. The most frequent clinical manifestations were cough (61.29%), irritability (50.18%), and rhinorrhea (49.46%), whereas symptoms such as seizures, somnolence, and dysuria were less frequent. Among the diagnoses associated with febrile syndrome, acute respiratory infection predominated (32.26%), followed by acute diarrheal disease (14.70%) and urinary tract infection (4.30%). In addition, a statistically significant association was found between febrile syndrome and acute respiratory infection ($p < 0.001$), as well as with rhinorrhea (PR: 1.21; 95% CI: 1.01–1.45; $p = 0.037$) and rural origin (PR: 0.63; 95% CI: 0.42–0.97; $p = 0.035$). It is concluded that febrile syndrome in children under 5 years old treated in the emergency department was mainly characterized by respiratory manifestations and predominantly affected male patients from urban areas, with significant associations with rhinorrhea and rural origin, while acute respiratory infection was the most frequently associated diagnosis.

Keywords: febrile syndrome, fever, pediatrics, acute respiratory infection.

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome febril representa una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de emergencia a nivel mundial, especialmente en la población pediátrica, con mayor incidencia en adolescentes y en niños menores de cinco años(1). La fiebre se define como la elevación de la temperatura corporal igual o superior a 38 °C y constituye un signo clínico común que refleja la presencia de procesos infecciosos o inflamatorios, siendo una respuesta fisiológica inespecífica frente a diversos agentes etiológicos(1).

En el Perú, el síndrome febril es reconocido como un importante problema de salud pública, particularmente en las regiones tropicales y amazónicas, como Tumbes y Madre de Dios, donde coexiste una amplia diversidad de agentes etiológicos(2). En este contexto, el Instituto Nacional de Salud ha implementado sistemas de vigilancia centinela del síndrome febril en determinadas zonas del país, como el distrito de Belén, en la región Loreto(2). Durante marzo de 2025, se diagnosticaron 321 casos de pacientes febriles con hasta cinco días de evolución, correspondientes a distintas patologías que incluyeron desde dengue hasta enfermedades de origen neoplásico(2).

Asimismo, desde la semana epidemiológica 1 hasta la semana 37 del año 2025, se notificaron 17 343 casos de síndrome febril, siendo la región Tumbes la que reportó la mayor carga de casos, con un total de 8 910 pacientes febriles registrados en dicho periodo(3). Durante el mismo año, en esta región se evidenció un incremento significativo de cuadros febriles, siendo el dengue la principal causa identificada, con mayor impacto en la población infantil y adolescente(4). Se notificaron numerosos casos probables y confirmados en distritos como Tumbes, Corrales, Zarumilla y Pampas de Hospital, lo que motivó la emisión de alertas epidemiológicas debido a la presencia del vector y a la elevada incidencia de cuadros febriles en menores de edad (4). Además, a nivel nacional se manifestó preocupación por la reaparición de la fiebre amarilla y otras patologías cuya manifestación clínica predominante es la fiebre(4).

En la población pediátrica, los niños menores de cinco años constituyen un grupo particularmente vulnerable, representando una causa significativa de morbilidad infantil y generando un impacto directo en la utilización de los servicios de salud (5). El síndrome febril es uno de los principales motivos de consulta en Pediatría, especialmente en el grupo etario de 3 a 36 meses. Se estima que representa entre el 10 % y el 20 % de los procesos agudos atendidos en el primer nivel de atención y hasta el 30 % de las consultas en los servicios de emergencia hospitalaria, con variaciones estacionales relacionadas con el agente etiológico y las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes(6).

A pesar de su alta frecuencia, la evaluación clínica del síndrome febril continúa siendo un desafío, debido a la diversidad de sus causas y a la presentación inespecífica de los síntomas. La evaluación de las características clínicas que acompañan a la fiebre es esencial para orientar el diagnóstico presuntivo, optimizar el manejo inicial y reducir complicaciones(5). No obstante, en diversos establecimientos de salud, especialmente en regiones con recursos limitados, existe una limitada sistematización de la información clínica de los pacientes febriles, lo que dificulta la toma de decisiones clínicas sustentadas en evidencia local(5).

En este contexto, se hace necesario generar evidencia que permita caracterizar de manera precisa el perfil clínico y epidemiológico del síndrome febril en la población pediátrica menor de cinco años en la región Tumbes. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo establecer el perfil clínico y epidemiológico en niños menores de cinco años con síndrome febril atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 de Tumbes durante el periodo abril – junio de 2025, con el propósito de contribuir a la mejora en la toma de decisiones clínicas, optimizar la atención pediátrica y fortalecer las estrategias de vigilancia y control de las enfermedades febriles en la región.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. DEFINICIÓN.

El síndrome febril, toma en cuenta una variedad de enfermedades que se diferencian por la presencia de fiebre, abarca todo grupo etáreo y por esa razón es una de las causas principales por la cual los pacientes acuden al servicio de emergencia(7). La fiebre se define como la elevación anormal de la temperatura corporal, esta depende del método de medición, por consenso, se acepta que hay fiebre cuando la temperatura corporal es superior a los 38°C en el recto, 37,8°C en vía oral 37,4°C en la axila y timpánica >38,2 °C., esta alteración es provocada por la respuesta a un estímulo biológico del sistema nervioso central(8). Estas situaciones pueden originarse debido a la realización de ejercicio, el uso excesivo de ropa, el consumo de alimentos o bebidas calientes y la exposición a altas temperaturas(8). Si, durante la valoración clínica se reconoce alguna de estas posibles causas, se realiza su corrección y, tras un intervalo aproximado de 30 minutos, se vuelve a controlar la temperatura corporal; este proceso reconoce que el origen es de carácter multifactorial. (7). En el grupo etáreo de 0 a 5 años, la mayoría de las infecciones tienen un origen viral, y para su diagnóstico es fundamental relacionarlas con los aspectos clínicos y la epidemiología de la región(9).

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA.

Los cuadros febriles representan aproximadamente entre el 10 y 20 % de las consultas por enfermedades agudas en el primer nivel de atención, y hasta el 30 % en los servicios de emergencia hospitalaria, especialmente durante las estaciones frías, cuando suelen coincidir con brotes de infecciones respiratorias y gastrointestinales(10). Las bacterias comúnmente asociadas a infecciones bacterianas son *Escherichia coli* y *Streptococcus agalactiae* (10).

2.1.3. FISIOPATOLOGÍA.

La fisiopatología de la fiebre ocurre cuando bacterias invaden los tejidos o la sangre, y son eliminadas por células del sistema inmunológico, como los leucocitos en la sangre, los macrófagos en los tejidos y los linfocitos granulocitos asesinos, a través del proceso de fagocitosis; los macrófagos, que son parte del sistema inmunitario, producen citocinas, unas moléculas de señalización involucradas en las respuestas inmunes innatas y adaptativas(11).

Una citocina fundamental en la aparición de la fiebre es la Interleucina 1 β (IL-1 β), también llamada pirógeno leucocitario, actúa sobre el endotelio capilar del OXLT, localizado en la pared del tercer ventrículo, un área sin barrera hematoencefálica, lo que permite que la IL-1 β llegue al hipotálamo, una vez que las citocinas alcanzan el hipotálamo, estimulan la liberación de prostaglandina E2 (PGE2), que se une a receptores específicos (EP1, EP2, EP3 y EP4) en el termostato del hipotálamo, lo que reajusta la temperatura corporal a un nivel superior, causando el cuadro febril(11). Otra forma de inducir fiebre incluye la interacción entre el ligando RANKL y su receptor RANK, que están presentes en neuronas relacionadas con la regulación térmica. El RANKL promueve la producción de la enzima ciclooxigenasa 2, que es necesaria para la síntesis de prostaglandinas responsables de la fiebre(11).

2.1.4. CUADRO CLÍNICO.

El cuadro clínico del síndrome febril tiene presentaciones específicas o inespecíficas de acuerdo a su etiología, entre ellos encontramos escalofríos, artralgias, hiporexia, mialgias, rinitis, tos, exantemas, odinofagia, pero, si hablamos por característica sindrómica tenemos al síndrome gastrointestinal asociado al vómito, náuseas y diarreas, síndrome cardiovascular presenta síntomas específicos como la disnea, en cuanto al síndrome neurológico como convulsiones, somnolencia, astenia, pérdida de conciencia, y por último síndrome hemorrágico con sintomatología de gingivorragia, epistaxis, hematemesis, melenas, hematoquecia y hematuria(9).

2.1.5. ETIOLOGÍA.

El síndrome febril es una condición común en los niños menores de 5 años, con una incidencia estimada de hasta el 30% en este grupo de edad(12). La etiología del síndrome febril en este grupo etáreo es diversa, pudiendo tener un origen infeccioso, inflamatorio o incluso de causa desconocida en algunos casos(13).

Las infecciones son la causa más frecuente de síndrome febril en niños pequeños. Estas pueden ser de origen viral, bacteriano o parasitario(14). Algunas de las infecciones más comunes que pueden causar fiebre en niños menores de 5 años incluyen:

2.1.5.1. INFECCIONES VIRALES.

A continuación, mencionaremos las patologías virales más frecuentes:

A) *Virus Sincitial Respiratorio.*

El principal agente causal de infecciones respiratorias agudas bajas en lactantes que requieren hospitalización, detectado en un 40% a 70% de los niños ingresados(15). Las manifestaciones clínicas varían desde un resfriado común hasta cuadros más graves como bronquiolitis o neumonías severas, las cuales pueden incluir compromiso intersticial, edema de mucosa e hipersecreción, estas condiciones pueden conducir a obstrucción bronquial difusa, hiperinsuflación pulmonar y/o atelectasia(16).

B) *Virus influenza.*

Son una causa importante de infecciones respiratorias agudas en niños, que pueden variar desde el resfriado común hasta la neumonía. Los lactantes menores de 1 año tienen mayor riesgo de infección por el virus de la influenza, pero la tasa de infección aumenta con la edad(17). En general, la incidencia de infecciones por el virus de la influenza es más alta en niños menores de 5 años que en niños mayores de 5 años, además, las infecciones por el virus de la influenza pueden aumentar el riesgo de otras infecciones respiratorias, como las causadas por el

virus sincitial respiratorio (VSR) y las infecciones neumocócicas y meningocócicas(18).

Durante la pandemia de COVID-19, se observó una disminución significativa en la detección de infecciones por el virus de la influenza y otros virus respiratorios en niños, probablemente debido a las medidas de salud pública implementadas para controlar la propagación del SARS-CoV-2(19).

C) *Adenovirus.*

Los adenovirus son una causa importante de infecciones respiratorias agudas en niños, especialmente en menores de 5 años, estos virus pueden causar una amplia gama de manifestaciones clínicas, desde resfriados comunes hasta neumonía grave(20).

La epidemiología de las infecciones por adenovirus varía según la edad de los niños, en general, la incidencia es más alta en niños menores de 5 años en comparación con los niños mayores, sin embargo, los lactantes menores de 1 año tienen un mayor riesgo de infección grave por adenovirus, lo que puede aumentar el riesgo de otras infecciones respiratorias, como las causadas por el virus sincitial respiratorio (VSR) y las infecciones neumocócicas y meningocócicas(21). Durante la pandemia de COVID-19, se observó una disminución significativa en la detección de infecciones por adenovirus y otros virus respiratorios en niños, probablemente debido a las medidas de salud pública implementadas para controlar la propagación del SARS-CoV-2(22).

D) *Rotavirus.*

Los rotavirus pertenecen a la familia Reoviridae y tienen un genoma de ARN de doble cadena segmentado, existen 7 grupos antigénicos diferentes, de los cuales el grupo A es la principal causa de gastroenteritis por rotavirus a nivel mundial, el período de incubación de la infección por rotavirus varía entre 1 y 3 días, se presenta clínicamente con fiebre de inicio abrupto, vómitos y, posteriormente, diarrea acuosa que suele persistir entre 3 y 8 días, pero en casos moderados a

graves, pueden presentarse complicaciones como deshidratación, desequilibrios hidroelectrolíticos y acidosis(23). La forma más efectiva de prevenir la infección por rotavirus es la vacunación. Existen dos vacunas orales disponibles, que se administran en varias dosis durante los primeros meses de vida(24).

E) Dengue.

El dengue es una enfermedad viral grave que se ha vuelto endémica en más de 100 países, afectando principalmente a la población pediátrica(25). Los estudios muestran que las manifestaciones clínicas y los perfiles de función hepática varían según el serotipo del virus del dengue(26). El síndrome de choque por dengue (SCD) y la insuficiencia respiración aguda son complicaciones graves que pueden ocurrir en pacientes pediátricos(27). Los hallazgos de laboratorio comunes incluyen trombocitopenia, leucopenia y elevación de las enzimas hepáticas. La duración de la fiebre en pacientes pediátricos y adultos es similar, generalmente menos de 5 días., además, se ha observado miocarditis como una complicación importante, especialmente en poblaciones pediátricas(28).

En general, los estudios destacan la importancia de identificar y manejar adecuadamente las complicaciones del dengue en pacientes pediátricos, siguiendo las pautas de la OMS sobre el manejo de fluidos También se ha observado una correlación entre el perfil de laboratorio y las características clínicas de la enfermedad del dengue en la población pediátrica(29).

Finalmente, se han identificado varios factores predictivos de complicaciones graves del dengue en niños, como la edad, los signos de alarma y los hallazgos de laboratorio(29).

F) Enfermedades parasitarias.

Las infecciones parasitarias son un problema de salud pública global que afecta a un número significativo de niños(30). Las parasitosis intestinales y extraintestinales más frecuentes incluyen infecciones por protozoos como Giardia, Cryptosporidium

y Entamoeba, así como infecciones por helmintos como Ascaris, Trichuris y uncinarias(31).

Los factores de riesgo para estas infecciones incluyen hábitos higiénicos deficientes y falta de acceso a agua potable, para su diagnóstico se basa principalmente en el examen microscópico de muestras, aunque también se utiliza pruebas serológicas y moleculares(32). Algunas parasitosis como la enfermedad de Chagas, la cisticercosis y la toxoplasmosis son consideradas enfermedades parasitarias desatendidas que afectan a millones de personas en los Estados Unidos y requieren más recursos para su manejo, además, se han reportado brotes de enfermedades parasitarias como la enfermedad de Chagas de transmisión oral en entornos pediátricos(33).

El abordaje adecuado de las enfermedades parasitarias en pediatría requiere un enfoque multidisciplinario que incluye diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas(34). Es importante implementar estrategias integradas de prevención y educación para reducir la carga de estas infecciones en la población pediátrica.

2.1.5.2. INFECCIONES BACTERIANAS

A continuación, mencionaremos las patologías bacterianas más frecuentes:

A) Neumonía.

La neumonía es una de las principales causas de mortalidad infantil y la mayor causa de muerte en niños(35). Es una afección respiratoria que compromete el parénquima pulmonar y representa una de las principales causas de enfermedad en la población infantil a nivel global, se clasifica en neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y neumonía nosocomial, según el entorno en el que se desarrolla la infección(36). Para el diagnóstico de la neumonía pediátrica, se recomienda utilizar una combinación de evaluación clínica, resultados de laboratorio y técnicas de imagen como la radiografía de tórax, la ecografía pulmonar, y la prolactina que puede ser útil para guiar el tratamiento con antibióticos(37).

El manejo depende del agente causal y la gravedad del cuadro, antibióticos en casos bacterianos y medidas de soporte como oxigenoterapia en casos graves(36).

B) *Otitis media aguda.*

La OMA es una de las infecciones más comunes en la población pediátrica, pueden presentar síntomas como fiebre, otalgia y otorrea, sin embargo, el diagnóstico correcto de OMA por parte de los pediatras puede ser desafiante, con tasas de acierto que oscilan entre el 25% y el 73%, las guías clínicas europeas sobre el manejo de la OMA en niños varían en cuanto a la calidad metodológica, el nivel de evidencia y la fuerza de las recomendaciones, algunas guías promueven un enfoque de "espera vigilante" para casos leves, evitando el uso excesivo de antibióticos(38).

Los antibióticos siguen siendo un pilar central en el tratamiento de la OMA pediátrica, aunque se ha observado una tendencia hacia un uso más prudente(39). Además, si bien la incidencia de complicaciones graves de la OMA, como la mastoiditis aguda, ha disminuido con el uso de nuevos antibióticos, estas siguen siendo una preocupación en la práctica pediátrica(40).

C) *Faringitis Estreptocócica.*

Es causada por el *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A), es una de las infecciones más comunes en la población pediátrica, pueden presentar síntomas como dolor de garganta, fiebre y ganglios linfáticos inflamados(41).

El diagnóstico de la faringitis estreptocócica puede ser desafiante, ya que los niños también pueden ser portadores asintomáticos del estreptococo del grupo, por lo tanto, se recomienda realizar pruebas de detección rápida de antígenos estreptocócicos o cultivos para confirmar el diagnóstico antes de prescribir antibióticos(42). El tratamiento de la faringitis estreptocócica en niños generalmente incluye antibióticos, como la penicilina, aunque se ha observado una tendencia hacia un uso más prudente de los mismos(43).

D) Infección del tracto urinario.

Las ITU son una de las infecciones bacterianas más comunes en la infancia que afectan por igual a niños y niñas durante el primer año de vida, pero la incidencia es mayor en las niñas debido a la anatomía femenina, el principal microorganismo responsable es *Escherichia coli*, aunque otras bacterias también pueden estar implicadas en el desarrollo de la infección(44). Asimismo, ciertos factores como el reflujo vesicoureteral, la disfunción vesical y prácticas de higiene insuficiente pueden aumentar el riesgo de padecer esta condición, su diagnóstico se basa en una combinación de evaluación clínica y resultados de laboratorio, se recomienda obtener un cultivo de orina para confirmar el diagnóstico(45). El tratamiento de las ITU en niños generalmente incluye antibióticos, aunque se ha observado una tendencia hacia un uso más prudente de los mismos(46).

E) Infecciones bacterianas de la piel y los tejidos blandos.

Son comunes en la población pediátrica que en su mayoría se identifican clínicamente, es causada en primer lugar por bacterias como *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, depende de estos patógenos pueden variar en severidad, desde infecciones superficiales como el impétigo hasta infecciones más profundas y necrosantes, sin embargo los pacientes inmunocomprometidos tienen mayor riesgo de presentar infecciones bacterianas graves de piel y tejidos blandos(47).

El diagnóstico preciso es crucial, ya que puede requerir un abordaje terapéutico diferente si se trata de una infección bacteriana, fúngica o mixta(48).

En las infecciones de piel y tejidos blandos, el manejo incluye la valoración del uso de antibióticos tópicos y la necesidad de realizar drenajes; cuando no se observa una respuesta adecuada al tratamiento en un periodo prudente, se recomienda la evacuación del material purulento.(49).

2.1.5.3. AUTOINMUNIDAD

A continuación, mencionaremos las patologías autoinmunes más frecuentes:

A) Neoplasias.

Las neoplasias pediátricas, aunque poco frecuentes, representan una causa relevante de consulta en los servicios de emergencia, suelen confundirse con cuadros infecciosos por la presencia de fiebre y síntomas generales poco específicos, en los tumores del sistema nervioso central, el glioma difuso de tronco predominó entre los 3 y 10 años, con ataxia, diplopía y compromiso de pares craneales, asociado a fiebre persistente que dificultaba el diagnóstico; el astrocitoma pilocítico se presentó con mayor frecuencia en mayores de 8 años, con mejor pronóstico y fiebre intermitente vinculada a cefalea; el ependimoma, común en menores de 15 años, se acompañó de fiebre prolongada, vómitos y alteraciones visuales; y el meduloblastoma, el tumor maligno más habitual en niños de 3 a 16 años (media 5-7), cursó con vómitos, cefalea matinal y fiebre de varios días como síntomas predominantes(50).

En los tumores abdominales, el neuroblastoma se diagnosticó principalmente en menores de 2 años y se manifestó con fiebre de varios días y masa abdominal palpable; el tumor de Wilms se observó entre 1 y 8 años, con pico de incidencia entre los 3 y 4, y se asoció a fiebre persistente, hematuria y dolor abdominal; mientras que el hepatoblastoma, característico en menores de 5 años y con mayor frecuencia a los 2 años, se presentó con fiebre recurrente, dolor abdominal y hepatomegalia, siendo estos signos claves para su detección en la emergencia(50).

En el aparato musculoesquelético, el sarcoma de Ewing apareció alrededor de los 10 años, con dolor óseo, masa palpable y fiebre prolongada que en ocasiones imitaba un proceso infeccioso; el osteosarcoma se diagnosticó en niños y adolescentes de 9 a 16 años, predominando en la región de la rodilla y caracterizado por dolor, inflamación y fiebre recurrente; y la histiocitosis de células de Langerhans se presentó en menores de 3 años, con fiebre persistente, lesiones óseas líticas en cráneo y huesos largos, además de compromiso cutáneo en algunos casos, el estudio resalta que la fiebre, cuando es prolongada o recurrente y se acompaña de síntomas neurológicos, abdominales u óseos, debe ser considerada como un signo de alarma para sospechar patología tumoral en la

infancia, siendo la edad de presentación un factor clave para orientar el diagnóstico oportuno(50).

B) Enfermedad de Kawasaki (EK).

Es una vasculitis aguda que afecta vasos de mediano calibre, predominando en la infancia temprana, aunque su etiología no está plenamente definida, se postula un origen infeccioso en individuos genéticamente predispuestos, con mayor incidencia en poblaciones asiáticas, clínicamente se caracteriza por fiebre persistente, conjuntivitis no purulenta, alteraciones orales, cambios en extremidades, exantema polimorfo y adenopatía cervical, signos que permiten orientar el diagnóstico(51).

El problema mayor de esta enfermedad es la afectación cardíaca, en especial la formación de aneurismas coronarios, complicación que puede presentarse hasta en un 25 % de los casos no tratados, por ello, el diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales, en cuanto a la epidemiología, constituye la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia en países desarrollados y ocupa el segundo lugar entre las vasculitis pediátricas, aunque la incidencia es mayor en Asia Oriental, también se reportan casos en Europa y América(51).

La terapia de elección es la administración temprana de inmunoglobulina intravenosa, la cual reduce tanto la duración de la fiebre como la probabilidad de complicaciones coronarias(51).

2.2. ANTECEDENTES

2.2.1. INTERNACIONALES.

Acosta, M. et al, Colombia, en el 2024, se desarrolló un estudio observacional retrospectivo cuyo propósito fue describir las características clínicas y epidemiológicas en niños menores de cinco años con síndrome febril agudo atendidos entre marzo de 2022 y marzo de 2023. El análisis incluyó la evaluación de las manifestaciones clínicas, los agentes etiológicos y los desenlaces de los pacientes. Los hallazgos evidenciaron que las infecciones respiratorias agudas constituyeron la causa más frecuente (59,8 %), seguidas por la enfermedad

diarreica aguda (22,2 %) y las infecciones del tracto urinario (9 %). Los autores señalan que estos resultados contribuyen a optimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico, además de servir como base para la actualización de protocolos institucionales orientados a mejorar la atención de la población pediátrica con fiebre.(52).

Ruiz A. et al, Cuba, en el 2021 realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en 105 lactantes de entre 1 y 36 meses ingresados por síndrome febril agudo en el Hospital Pediátrico “José Luis Miranda” durante el año 2017. La edad promedio fue de 9 meses, predominando las niñas (56 %) y niños de piel blanca (79 %). La mayoría procedía de Santa Clara, Manicaragua y Placetas; el embarazo de alto riesgo fue el factor obstétrico más frecuente. Más de la mitad consultaron entre 24–72 horas de fiebre, y el hemograma fue el examen más común, con alteraciones frecuentes tras las 72 horas. Al alta, el diagnóstico más habitual fue infección viral inespecífica. El hallazgo clave indicó que después de los tres días, las infecciones bacterianas graves empezaron a tener mayor presencia en el diagnóstico(6).

Notejane M. et al, Uruguay en el 2020 se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, con el propósito de caracterizar a los niños hospitalizados por síndrome febril prolongado entre 2015 y 2019. Se revisaron 132 historias clínicas, excluyendo aquellos con enfermedades oncológicas, autoinmunes o inmunodeficiencias previas. La mediana de edad fue de 5 años y la duración promedio de la fiebre fue de 9 días. Los síntomas más frecuentes fueron los respiratorios, digestivos y la repercusión del estado general. La causa predominante fue infecciosa (80 %), principalmente viral, seguida de un 10 % de etiología autoinmune y otro 10 % no esclarecido. La mayoría de pacientes recibió tratamiento antimicrobiano y requirió estudios complementarios. La mediana de hospitalización fue de 6 días y no se reportaron fallecimientos, destacándose una evolución clínica favorable en la totalidad de los casos (53).

Londoño J. et al, Bolivia en el 2019 realizó un estudio transversal en la Fundación Cardioinfantil, con el fin de describir las características sociodemográficas, clínicas

y nutricionales de niños entre 3 y 36 meses que consultaron a urgencias por fiebre sin foco durante 2016 y 2017. Se revisaron 46 historias clínicas, calculándose una incidencia de fiebre sin foco de 1,3 casos por cada 1.000 consultas anuales. El 63 % correspondió a mujeres y la mediana de edad fue de 14 meses; el 59 % presentó alguna comorbilidad, predominando la enfermedad neurológica y el trasplante hepático. El 84 % tenía esquema de vacunación completo. Al ingreso, la fiebre promedio fue de 38,9 °C y la mayoría se encontraba en buen estado general. En el 69,6 % de los casos se identificó infección bacteriana severa, siendo la infección urinaria la más frecuente. Los autores resaltan la necesidad de un abordaje integral que contemple factores clínicos y antecedentes de base para orientar el diagnóstico y manejo oportuno en este grupo etario(54).

Hasan I. et al, Baréin en 2023 llevaron a cabo un estudio retrospectivo en el Salmaniya Medical Complex entre junio y julio de 2023, con el propósito de analizar los métodos utilizados para medir la fiebre en niños hospitalizados menores de cinco años, así como el nivel de cumplimiento de la guía NICE “Fever in under-5s”. Se revisaron 136 historias clínicas electrónicas, encontrando una mediana de edad de 14,2 meses y destaco el sexo masculino (58,8 %). Un 26,4 % de los pacientes presentó fiebre, siendo más frecuente en el grupo de 12 a 36 meses. Los niños febriles mostraron mayor peso respecto a los no febriles (10,2 kg frente a 7,1 kg). Las enfermedades gastrointestinales representaron la principal causa de hospitalización (34,6 %), mientras que las patologías neurológicas y la fiebre sin foco se asociaron especialmente con el grupo febril. La frecuencia cardiaca promedio fue superior en los febriles (140 lpm frente a 126 lpm), evidenciando correlación positiva con la temperatura. El 81,3 % de los pacientes febriles recibió paracetamol, y la temperatura se midió mayoritariamente por vía axilar (95,2 %). En conclusión, la adherencia a la guía NICE resultó globalmente aceptable, aunque se identificaron áreas con limitaciones que requieren fortalecimiento(55).

Zambrano et al, Latinoamérica en el 2024: Se desarrolló un protocolo multicéntrico con el objetivo de caracterizar el síndrome febril agudo no diferenciado en pacientes de diversas edades, incluyendo población pediátrica, atendidos en servicios de emergencia en Colombia, Perú, México y República Dominicana. La investigación, de tipo prospectivo, contempló la recolección de muestras clínicas en fases aguda

y de convalecencia, aplicando pruebas como PCR, serologías y secuenciación genómica para identificar los agentes etiológicos. Los hallazgos preliminares destacan la alta prevalencia de infecciones virales como causa principal del síndrome febril, seguida por infecciones bacterianas y parasitarias. Este estudio busca mejorar el diagnóstico oportuno y específico, así como fortalecer los protocolos de atención en poblaciones vulnerables como los menores de 5 años, especialmente en contextos de recursos limitados(56).

Derakhshanfar H. et al, Teherán en 2021 llevaron a cabo un estudio transversal retrospectivo en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Mofid entre noviembre de 2017 y diciembre de 2018. El objetivo fue analizar la epidemiología de las coinfecciones en niños febriles menores de cinco años. Se incluyeron 388 pacientes, con una edad promedio de 25,4 meses y un 51,5 % niñas. En el 27,5 % de los casos, la causa de la fiebre permaneció sin identificar tras las pruebas diagnósticas. La diarrea febril fue la causa más habitual (46,9 %), mientras que la celulitis fue la menos frecuente (0,4 %). Las coinfecciones más recurrentes fueron: sepsis, ITU, otitis, neumonía e infección respiratoria superior. Estas condiciones fueron más prevalentes en niñas y entre los 6 y 36 meses de edad. Los autores destacan que las coinfecciones son particularmente comunes en este grupo etario y subrayan la necesidad de evaluaciones clínicas más integrales para orientar el tratamiento oportuno(57).

Márquez N. et al, Cuba en el 2023 publican una investigación que describe los elementos esenciales en el manejo del niño febril agudo en urgencias, se consultaron a 38 investigadores de distintas revistas médicas nacionales e internacionales. La fiebre representa uno de los principales motivos de consulta en Pediatría, particularmente entre los 3 y los 36 meses de edad. Se estima que hasta un 65 % de los niños menores de dos años acudirán a consulta por este motivo. Además, constituye entre el 10 % y el 20 % de los casos agudos atendidos en Atención Primaria, y cerca del 30 % de las consultas en los servicios de Urgencias Hospitalarias, especialmente durante el invierno, cuando predominan las epidemias de virus respiratorios y gastrointestinales. La evaluación exhaustiva de cada niño con fiebre que recibe atención médica es esencial para identificar posibles infecciones bacterianas graves. Por esta razón, los profesionales de la salud deben

contar con una preparación sólida que les permita manejar y tratar de forma adecuada a un niño febril en cualquier nivel de atención(56).

2.2.2. NACIONALES.

Muñoz R. et al, Lima, en el 2023, se llevó a cabo un subanálisis del ENDES 2023 con diseño analítico, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a las enfermedades febriles en niños menores de cinco años. Se incluyeron datos de menores que presentaron fiebre durante las dos semanas previas a la encuesta. El análisis mediante regresión de Poisson con varianzas robustas reveló que la edad entre 3 y 5 años actuó como factor protector, reduciendo el riesgo en un 7 % (PR=0,93). En contraste, tener padres viudos se asoció con más del doble de riesgo de enfermedad febril. La región de la selva (26,82 %) mostró la mayor incidencia de fiebre en este grupo etario. Así también, se observó que la sierra aportó mayor proporción de niños febriles con una cifra que ascendía a 32,91%, pero al analizar por densidad poblacional en zonas urbanas y rurales no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Además, la higiene bucal deficiente se vinculó con un 17 % más de riesgo, mientras que una mala higiene de los alimentos elevó el riesgo en más de 5 veces. Los autores concluyen que, además de factores sociodemográficos, prácticas básicas de higiene juegan un papel clave como determinantes del riesgo febril en menores de cinco años(58).

Aquise N. et al, Lima, en el año 2024, realizaron un estudio descriptivo correlacional de diseño transversal con el objetivo de evaluar la relación entre características sociodemográficas y el nivel de conocimiento y actitud de los padres frente a la fiebre en niños menores de cinco años atendidos en un establecimiento de salud del Callao. La población estuvo conformada por padres o cuidadores de menores de cinco años, considerando variables sociodemográficas como edad, nivel educativo y rol del cuidador principal. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes presentó un nivel de conocimiento medio y actitudes regulares frente al manejo de la fiebre. Asimismo, se evidenció que los cuidadores con mayor nivel educativo y mayor acceso a información en salud presentaron actitudes más adecuadas frente al cuadro febril, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la actitud. Las autoras concluyen que los

factores sociodemográficos, particularmente el nivel educativo del cuidador, influyen en la forma en que se reconoce y maneja la fiebre en niños menores de cinco años, lo que resalta la importancia de intervenciones educativas dirigidas a los cuidadores como estrategia para mejorar el abordaje del síndrome febril en la infancia(59).

Cerdán S. et al, Lima en el 2021, llevaron a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en el Instituto Nacional de Salud del Niño durante el período 2006–2010, con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente a niños con fiebre de origen desconocido (FOD). Se revisaron 100 historias clínicas de menores de 17 años. En el 49 % de los casos, los pacientes eran menores de dos años. La etiología infecciosa fue la más frecuente (48 %), seguida por enfermedades neoplásicas (6 %). En el 44 % de los casos, no se logró identificar la causa. La enfermedad por arañazo de gato fue el agente infeccioso más común (8 %), seguido por infección del tracto urinario (7 %). Entre las neoplasias, se reportaron cinco casos de leucemia y uno de histiocitosis. Los autores concluyen que, en la población pediátrica con FOD, las causas infecciosas predominan, aunque existe un elevado porcentaje de casos sin diagnóstico claro, lo cual resalta la necesidad de profundizar en los métodos diagnósticos(60).

Pancorbo K. et al, Lima, en el 2024, realizó un análisis analítico utilizando datos secundarios del ENDES 2022, centrado en niños menores de 2 años con síntomas catarrales febriles. El estudio utilizó modelos de regresión de Poisson para identificar variables asociadas. En el análisis multivariado se evidenció que la edad materna comprendida entre 36 y 45 años, la condición de prematuridad y el esquema de inmunizaciones incompleto se asociaron con un mayor riesgo de presentar episodios febriles acompañados de manifestaciones catarrales, con razones de prevalencia de 1,29, 1,27 y 1,25, respectivamente. Por otro lado, poseer una educación universitaria superior resultó ser un factor protector (PR = 0,45), adicionalmente se identificó los motivos principales de consulta, lo cuales fueron la presencia de fiebre acompañada de diarrea o vómitos (94,6 %), seguidos por la tos (32,3 %), la disentería (25,2 %) y la taquipnea (9,1 %). En contraste, las razones menos frecuentes correspondieron a la inapetencia (2,6 %) y a la dificultad para la lactancia (2,3 %), Los autores concluyeron que tanto factores sociodemográficos

como clínico-perinatales influyen en la aparición del síndrome febril con síntomas catarrales en menores de 2 años, destacando el nivel educativo materno como única variable protectora(61).

2.2.3. REGIONALES.

Al nivel local no se encontraron antecedentes relacionados a nuestro estudio de investigación.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Síndrome febril: El síndrome febril, toma en cuenta una variedad de enfermedades que se diferencian por la presencia de fiebre, abarca todo grupo etáreo y por esa razón es una de las causas principales por la cual los pacientes acuden al servicio de emergencia(7).

Fiebre: La fiebre se define como la elevación anormal de la temperatura corporal. Se considera febrícula cuando la temperatura oscila entre 37,1 °C y 37,9 °C, mientras que se define fiebre cuando la temperatura corporal alcanza o supera los 38 °C (8).

Características epidemiológicas: Conjunto de variables que permiten caracterizar cómo se presenta una condición de salud dentro de una población específica, tomando en cuenta la edad, el sexo, la procedencia y otros factores demográficos relevantes(6).

Características clínicas: Conjunto de manifestaciones y hallazgos relacionados con el estado de salud del paciente que permiten describir la forma de presentación de una condición médica y orientar su evaluación diagnóstica(6).

Prematuridad: Situación en la que el parto se produce antes de alcanzar las 37 semanas de gestación, lo que conlleva un grado de inmadurez biológica al nacer y puede asociarse a alteraciones que afecten la adaptación y la supervivencia del neonato(62).

Inmunizaciones: Proceso de carácter preventivo que implica la administración de vacunas conforme a la edad del niño, siguiendo el calendario nacional vigente, con la finalidad de estimular la respuesta inmunológica y disminuir la probabilidad de enfermedades infecciosas prevenibles(63).

Síntomas respiratorios: Conjunto de signos y síntomas relacionadas con el compromiso del aparato respiratorio, que reflejan alteraciones en la función de las vías aéreas o del intercambio gaseoso, y que pueden acompañar a procesos infecciosos o inflamatorios(64).

Síntomas gastrointestinales: Cuadro clínico asociado al funcionamiento del sistema digestivo que evidencian alteraciones en la digestión, absorción o eliminación, frecuentemente relacionadas con procesos infecciosos agudos(64).

Síntomas neurológicos: Expresiones clínicas que indican compromiso del sistema nervioso central o periférico, evidenciando alteraciones en el estado de conciencia, el comportamiento o la función neuromotora del paciente pediátrico(64).

Infección del tracto urinario (ITU): Constituyen una de las infecciones bacterianas más frecuentes durante la infancia, presentándose con similar distribución entre niños y niñas en el primer año de vida; sin embargo, posteriormente la frecuencia aumenta en el sexo femenino debido a características anatómicas. *Escherichia coli* es el agente etiológico predominante, aunque otros microorganismos también pueden participar en el desarrollo de estas infecciones(44).

Exantema: Cambio observable en la piel manifestado por la presencia de lesiones cutáneas de distintas formas, que suele aparecer en el curso de procesos infecciosos, especialmente de origen viral, o como respuesta inflamatoria; en la región de Tumbes, estas manifestaciones se asocian con mayor frecuencia a infecciones virales como el dengue(65).

Infección respiratoria aguda (IRA): Entidad clínica de inicio súbito en la que el sistema respiratorio es incapaz de mantener una adecuada oxigenación o

eliminación de dióxido de carbono, constituyendo una causa frecuente de atención en emergencias pediátricas(15).

Enfermedad diarreica aguda (EDA): Proceso clínico caracterizado por la aparición reciente de evacuaciones líquidas o semilíquidas en mayor número de lo habitual, generalmente asociado a infecciones del tracto gastrointestinal, asociada principalmente por enfermedades parasitarias(31).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue de tipo descriptivo, ya que tuvo como propósito identificar y detallar las principales características clínicas y epidemiológicas de los pacientes menores de cinco años durante un periodo determinado, aportando información básica y necesaria para comprender la magnitud y el comportamiento del síndrome febril en el contexto hospitalario. Asimismo, este tipo de diseño permitió la identificación de patrones clínicos y epidemiológicos que pudieron servir como referencia para futuras investigaciones y para la toma de decisiones clínicas y administrativas.

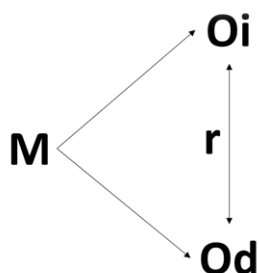
Asimismo, el estudio fue observacional, debido a que la investigadora no intervino ni modificó deliberadamente las variables, limitándose a la revisión, observación y registro de la información previamente consignada en las historias clínicas. Los datos analizados correspondieron a pacientes menores de cinco años con diagnóstico de síndrome febril atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 de Tumbes, durante el período comprendido entre los meses de abril a junio del año 2025.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación fue de corte transversal, debido a que la información fue recolectada en un único periodo de tiempo, correspondiente a los meses de abril a junio del año 2025. Este diseño permitió describir la situación del síndrome febril y sus principales características clínicas y epidemiológicas en niños menores de cinco años atendidos por esta condición en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 de Tumbes, así como identificar los diagnósticos de emergencia más frecuentes asociados durante dicho periodo.

Asimismo, la investigación se clasificó como no experimental, ya que no se realizó intervención ni manipulación de las variables de estudio, limitándose al análisis de

los eventos tal como ocurrieron en su contexto habitual, a partir de la información registrada en las historias clínicas.



Donde:

M: Muestra del estudio

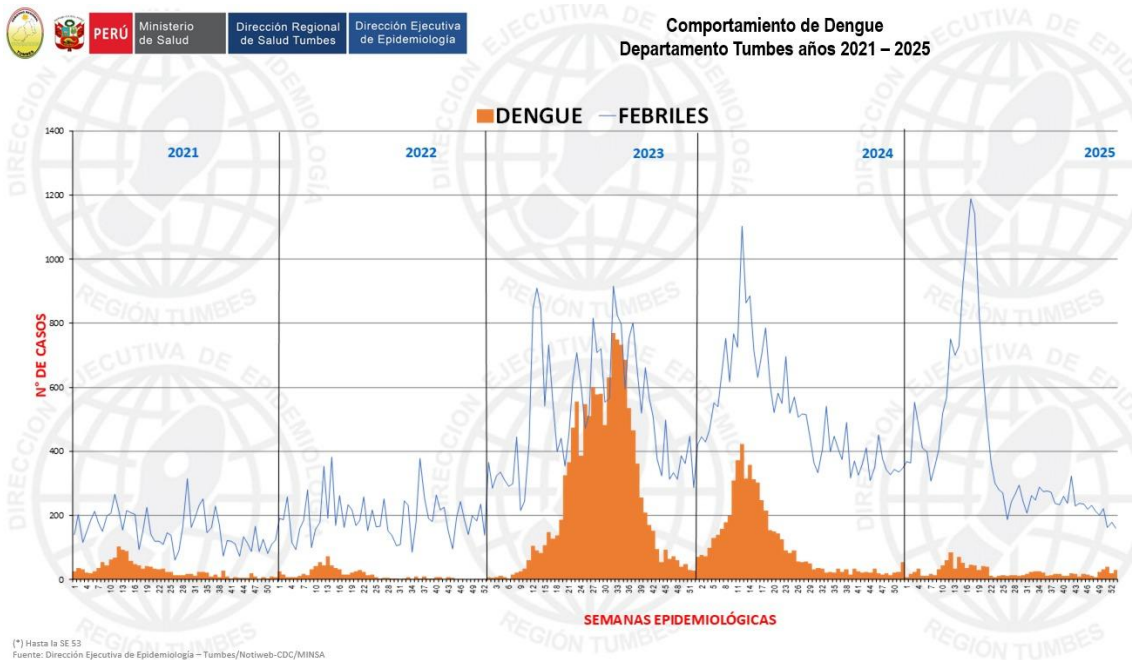
O_d: Variable Dependiente

O_i: Variables de interés

3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.3.1. POBLACIÓN.

La población de estudio estuvo conformada por 1004 historias clínicas de menores de cinco años con diagnóstico de síndrome febril que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2, ubicado en la ciudad de Tumbes, durante los meses de abril, mayo y junio del año 2025. Este periodo fue seleccionado debido a que, según los reportes de vigilancia epidemiológica de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Tumbes en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA), durante dichos meses se evidenció un incremento sostenido de casos febriles, lo cual favoreció una mejor caracterización clínica y epidemiológica de esta condición y aumentó la representatividad de los resultados del estudio.(66).



3.3.2. MUESTRA.

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó el programa Epidat: programa para análisis epidemiológico de datos, versión 4.2. Se consideró una proporción de casos febriles de 32,7%, a partir de una población de 1004 niños atendidos por emergencia, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y un poder estadístico del 80%. Con base en estos parámetros, se estimó una muestra de 253 niños que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2. Asimismo, se consideró la posibilidad de encontrar aproximadamente un 10% de historias clínicas con datos incompletos (18 casos), por lo que se seleccionaron finalmente 279 historias clínicas para el análisis.

Datos:

Tamaño de la población:	1.004
Proporción esperada:	32,700%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
1,000	898
2,000	681
3,000	486
4,000	347
5,000	253

3.3.3. MUESTREO.

Se utilizó un muestreo aleatorio simple. Para ello, se identificó a todos los menores de cinco años que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 de Tumbes entre los meses de abril, mayo y junio del año 2025. Durante este periodo se estimó que aproximadamente 1004 niños fueron atendidos en el servicio; a partir de esta población y según el tamaño de muestra previamente calculado, se seleccionaron 279 niños para el estudio.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Historias clínicas de menores de 5 años con que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes durante el período comprendido entre abril, mayo y junio del año 2025.
- Historias clínicas de menores de 5 años que ingresaron con diagnóstico de síndrome febril o con registro de temperatura ≥ 38 °C al ingreso.
- Historias clínicas de menores de 5 años que contaron con información completa de las variables clínicas y epidemiológicas definidas en el instrumento de recolección de datos.

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Historias clínicas de pacientes mayores de 5 años que se atendieron fuera del período de estudio (antes de abril o después de junio de 2025).
- Registros de menores de 5 años atendidos por motivos no relacionados con fiebre (traumatismos, accidentes, intoxicaciones u otros sin cuadro febril).
- Historias clínicas con datos incompletos, ilegibles o inconsistentes en variables clave como edad, temperatura, diagnóstico o manifestaciones clínicas.
- Pacientes menores de 5 años que fueron referidos inmediatamente a otro hospital de mayor complejidad sin contar con una evaluación clínica suficiente en el Servicio de Emergencia.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de los datos de la investigación, se siguieron los siguientes procesos:

- Se emitió un documento a la Universidad Nacional de Tumbes, Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, presentando a los tesisistas al Director del Hospital JAMO e informando que se va a ejecutar su Proyecto de Tesis
- Se solicitó la autorización correspondiente a los directivos del Hospital Regional de Tumbes, para tener acceso a las historias clínicas correspondientes, por intermedio de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.
- Se acudió al Hospital Regional de Tumbes para solicitar las historias clínicas de todos los pacientes menores de 5 años con síndrome febril que acudieron al Servicio de Emergencia Pediátrica.
- Se seleccionaron las historias clínicas de pacientes menores de 5 años con síndrome febril y que cumplían con los criterios de inclusión definidos para la investigación.
- Los nombres contenidos en las historias clínicas fueron obviados y en su lugar se colocaron números para ordenar y diferenciar las historias correspondientes.
- Se analizaron las historias clínicas correspondientes, y se recolectaron datos básicos y el diagnóstico de emergencia de los pacientes, a través de una ficha de recolección de datos propia para el desarrollo de la investigación.
- Se llevó a cabo un control de calidad de la información mediante un proceso de doble digitación aplicado a una muestra aleatoria del 10 % de los registros, con el fin de identificar y corregir posibles inconsistencias antes del análisis estadístico. La información recolectada fue ingresada al finalizar cada jornada en una base de datos electrónica elaborada en Microsoft Excel y resguardada en un sistema de almacenamiento seguro.

3.6. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La ficha de recolección de datos fue diseñada y elaborada por las autoras con el fin de obtener información estandarizada a partir de la elaboración de un marco conceptual, para teóricamente definir las variables a analizar y que debían de estar

presentes en el instrumento de colecta. En la primera sección se recogen variables de tipo sociodemográfico, la segunda sección corresponde a las características clínicas.

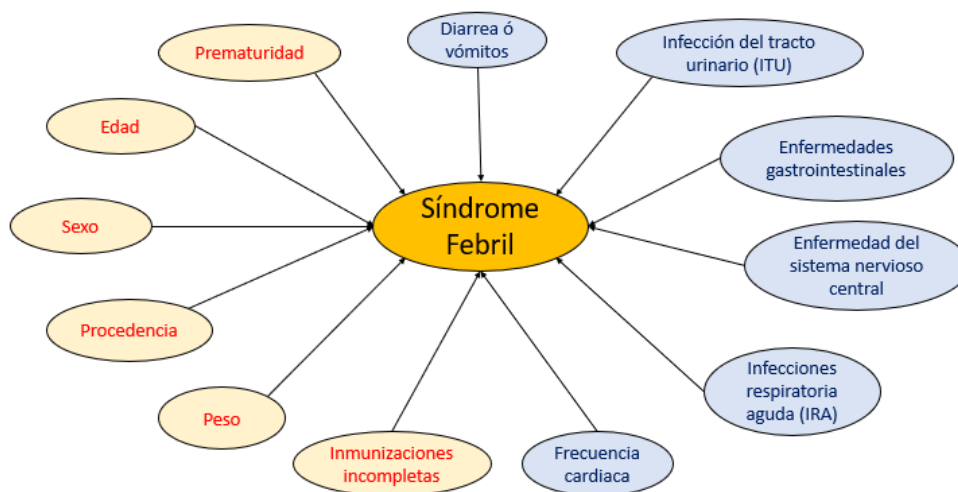


Fig. 01. Marco conceptual del síndrome febril

Cabe precisar que la información fue recolectada exclusivamente mediante revisión documental, sin contacto directo con los pacientes, garantizando así el respeto por la confidencialidad y la integridad de los mismos. Los datos fueron anonimizados y se emplearon únicamente con fines académicos y de investigación. El instrumento fue evaluado en cuanto a su validez de contenido a través del juicio de expertos, para lo cual la ficha de recolección de datos y el formato de evaluación respectivo (Anexo III) fueron enviados a un grupo de profesionales con experiencia en pediatría, neonatología, epidemiología y con doctorado en ciencias de la salud.

La consistencia de las mediciones fue evaluada utilizando el estadístico Kappa de Cohen en el caso de las variables cualitativas, y el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para las variables cuantitativas, con el fin de garantizar la estabilidad y repetibilidad de los resultados.

3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recopilada la información, los datos fueron codificados y revisados para asegurar su coherencia; posteriormente, se ingresaron en una base de datos

elaborada en el programa Stata versión 19.5, donde se realizó el análisis estadístico correspondiente.

Se efectuó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas. Las variables categóricas se organizaron en tablas de contingencia, expresándose en valores absolutos y frecuencias relativas; mientras que las variables numéricas se resumieron mediante medidas de tendencia central y dispersión, presentándose como medias y desviaciones estándar, de acuerdo con el cumplimiento del supuesto de normalidad.

La relación entre las variables de interés se evaluó utilizando la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según el tipo de variable y el cumplimiento de los supuestos estadísticos. Para estimar la magnitud de la asociación se emplearon modelos lineales generalizados (GLM) con familia binomial y función de enlace log, con el fin de estimar razones de prevalencia (RP). En el modelo final se reportaron las RP con sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

El procesamiento de los datos se realizó utilizando el programa Stata versión 19.5 (College Station, Texas, USA), mientras que la gestión de las referencias bibliográficas en formato Vancouver se llevó a cabo mediante el programa Mendeley Desktop versión 1.19.5.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se desarrolló respetando rigurosamente los principios éticos fundamentales consignados en la Declaración de Helsinki, así como la normativa nacional vigente en salud, incluyendo la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su respectivo reglamento. Durante todo el proceso se garantizó el respeto a los principios de beneficencia, justicia, equidad e integridad en el manejo de la información.

Al tratarse de un estudio basado exclusivamente en el análisis de fuentes secundarias provenientes de historias clínicas, no se estableció contacto directo

con los pacientes ni con sus familiares, por lo que no fue requerido el consentimiento informado individual. No obstante, se obtuvo la autorización institucional correspondiente por parte de la Dirección del Hospital Regional JAMO II-2 para el acceso a los registros clínicos.

La información recolectada fue manejada de forma confidencial, mediante la codificación de las unidades de análisis para proteger la identidad de los pacientes, y se destinó únicamente a fines académicos y científicos.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 01: Características clínicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025

variables	Frec.	%
Temperatura		
Media - DS	38.49	0.54
Frecuencia respiratoria		
Media - DS	29.10	8.70
Frecuencia cardiaca		
Media - DS	142.60	17.67
Tos		
No	108	38.71
Si	171	61.29
Rinorrea		
No	141	50.54
Si	138	49.46
Dificultad respiratoria		
No	261	93.55
Si	18	6.45
Vómitos		
No	206	73.84
Si	73	26.16
Diarrea		
No	215	77.06
Si	64	22.94
Dolor abdominal		
No	245	87.81
Si	34	12.19
Convulsiones		
No	275	98.57
Si	4	1.43
Cefalea		
No	255	91.40
Si	24	8.60
Irritabilidad		
No	139	49.82
Si	140	50.18
Diaforesis		
No	268	96.06
Si	11	3.94

Somnolencia		
No	274	98.21
Si	5	1.79
Disuria		
No	273	97.85
Si	6	2.15
Polaquiuria		
No	275	98.57
Si	4	1.43
Rash		
No	273	97.85
Si	6	2.15
Lesiones cutaneas		
No	270	96.77
Si	9	3.23

Fuente: historias clínicas del HRT

Según los datos obtenidos de las historias clínicas, en relación a las características clínicas en niños menores de 5 años con síndrome febril atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 de Tumbes durante el periodo abril – junio 2025, se observó que los pacientes presentaron una temperatura media de 38.49 ± 0.54 °C, una frecuencia respiratoria promedio de 29.10 ± 8.70 respiraciones por minuto y una frecuencia cardiaca de 142.60 ± 17.67 latidos por minuto.

Respecto a las manifestaciones clínicas, la tos estuvo presente en el 61.29% de los pacientes, seguida de la irritabilidad en el 50.18% y la rinorrea en el 49.46%. En menor proporción se presentaron síntomas como vómitos (26.16%), diarrea (22.94%) y dolor abdominal (12.19%).

Asimismo, se observó una baja presencia de dificultad respiratoria (6.45%). De igual manera, los síntomas neurológicos, urinarios y exantemas se presentaron en un reducido porcentaje, tales como convulsiones (1.43%), somnolencia (1.79%), cefalea (8.60%), diaforesis (3.94%), disuria (2.15%), polaquiuria (1.43%), rash (2.15%), lesiones cutáneas (3.23%).

Tabla 02: Características epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025

variables	Frec.	%
Edad en meses		
Media - DS	47.73	13.26
Sexo		
Femenino	111	39.78
Masculino	168	60.22
Procedencia		
Urbana	248	88.89
Rural	31	11.11
Prematuridad		
No	248	88.89
Si	31	11.11
Peso		
Media - DS	12983.26	6097.86
Inmunizaciones		
Completas	237	84.95
Incompletas	42	15.05

Fuente: historias clínicas del HRT

Según los datos obtenidos de las historias clínicas, en relación a las características epidemiológicas en niños menores de 5 años con síndrome febril atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 de Tumbes durante el periodo abril – junio 2025, se observó una edad promedio de 47.73 ± 13.28 meses.

En cuanto al sexo, se evidenció una mayor proporción del sexo masculino (60.22%) en comparación con el sexo femenino (39.78%). Respecto a la procedencia, la mayoría de los pacientes provenía de zona urbana (88.89%), mientras que un menor porcentaje correspondía a zona rural (11.11%).

En relación con el antecedente de prematuridad, la mayoría de los pacientes no presentaba este antecedente (88.89%), en comparación con un reducido porcentaje que sí lo presentaba (11.11%). Asimismo, se registró un peso promedio de 12983.26 ± 6097.86 gramos.

Tabla 03: Diagnósticos de emergencia más frecuentes en menores de 5 años asociadas al síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025

variables	Frec.	%	Síndrome febril				p
			No		Si		
			Frec.	%	Frec.	%	
Infección respiratoria aguda							
No	189	67.74	71	37.57	118	62.43	Ref.
Si	90	32.26	6	6.67	84	93.33	<0.001
Enfermedad diarreica aguda							
No	238	85.30	85	35.71	153	64.29	Ref.
Si	41	14.70	17	41.46	24	58.54	0.480
Infección del tracto urinario							
No	267	95.70	95	35.58	172	64.42	Ref.
Si	12	4.30	7	58.33	5	41.67	0.130 *

p de chi cuadrado

** p de test exacto de Fisher*

En relación con los diagnósticos de emergencia más frecuentes asociados al síndrome febril, la infección respiratoria aguda se presentó en el 32.26% (90 casos), de los cuales el 93.33% correspondió a pacientes con síndrome febril. Asimismo, en aquellos que no presentaron este diagnóstico, el 62.43% presentó fiebre. En este caso, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

En cuanto a la enfermedad diarreica aguda, se registró en el 14.70% (41 casos), observándose que el 58.54% de estos pacientes presentaron síndrome febril, en comparación con el 64.29% de aquellos que no presentaron esta condición. No obstante, esta relación no fue estadísticamente significativa ($p = 0.480$).

Por otro lado, la infección del tracto urinario se presentó en el 4.30% (12 casos), evidenciándose que el 41.67% correspondía a pacientes con síndrome febril, mientras que en aquellos sin esta infección el 64.42% presentó fiebre. Sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la infección del tracto urinario y el síndrome febril ($p = 0.130^*$), según el test exacto de Fisher.

Además, se identificaron casos de impétigo, convulsión febril, dermatitis del pañal, gingivitis, pioderma, intoxicación alimentaria e ictericia neonatal. Sin embargo,

estos diagnósticos se presentaron en muy pocos casos (2 a 3 pacientes), por lo que no fueron incluidos en el análisis principal debido a su baja frecuencia.

Tabla 04: Análisis bivariado del perfil clínico y epidemiológico de niños menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025

variables	Bivariado		p
	RP	IC95%	
Sexo			
Femenino		Ref.	
Masculino	0.90	0.75 - 1.07	0.237
Edad			
	1.01	0.99 - 1.02	0.070
Procedencia			
Urbana		Ref.	
Rural	0.63	0.42 - 0.97	0.035
Prematuridad			
No		Ref.	
Si	1.02	0.77 - 1.35	0.894
Inmunizaciones			
Completas		Ref.	
Incompletas	1.11	0.88 - 1.39	0.382
Tos			
No		Ref.	
Si	1.20	0.99 - 1.46	0.066
Rinorrea			
No		Ref.	
Si	1.21	1.01 - 1.45	0.037
Dificultad respiratoria			
No		Ref.	
Si	0.96	0.66 - 1.40	0.837
Vómitos			
No		Ref.	
Si	0.88	0.70 - 1.09	0.247
Diarrea			
No		Ref.	
Si	0.86	0.68 - 1.09	0.204
Dolor Abdominal			
No		Ref.	
Si	0.97	0.73 - 1.28	0.832
Cefalea			

No		Ref.	
Si	0.84	0.58 - 1.23	0.375
Irritabilidad			
No		Ref.	
Si	1.03	0.86 - 1.23	0.769
Diaforesis			
No		Ref.	
Si	0.71	0.37 - 1.36	0.301
Somnolencia			
No		Ref.	
Si	0.94	0.46 - 1.94	0.877
Disuria			
No		Ref.	
Si	0.26	0.04 - 1.55	0.139
Polaquiuria			
No		Ref.	
Si	0.39	0.07 - 2.14	0.278
Rash			
No		Ref.	
Si	1.05	0.59 - 1.87	0.862

RP de modelo lineal generalizado, familia binomial link log

En el análisis bivariado de las características clínico-epidemiológicas asociadas al síndrome febril en menores de 5 años, se evaluaron diversos factores mediante razones de prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) y valores de p.

En cuanto a la procedencia, los pacientes provenientes de zona rural presentaron una RP de 0.63 (IC95%: 0.42–0.97; p=0.035), lo que indica una asociación estadísticamente significativa, sugiriendo un menor riesgo de síndrome febril en comparación con los procedentes de zona urbana; es decir, los niños de zona rural tienen 37% menos probabilidad de presentar el desenlace en comparación con los urbanos.

En relación con las variables sexo (RP= 0.90; p=0.237), edad (RP= 1.01; p=0.070), prematuridad (RP=1.02; p=0.894) e inmunizaciones (RP=1.11; p=0.382), no se evidenció asociación estadísticamente significativa con el síndrome febril, ya que

los valores de RP fueron cercanos a la unidad y los valores de p fueron mayores a 0.05 en todos los casos.

Dentro de las características clínicas, la presencia de rinorrea presentó una RP de 1.21 ($p=0.037$), constituyéndose como un factor significativamente asociado al síndrome febril, es decir, los niños con rinorrea tienen un 21% más probabilidad de presentar el desenlace. Por otro lado, la tos mostró una RP de 1.20 ($p=0.066$), evidenciando una tendencia a la asociación, aunque sin significancia estadística.

Las demás variables clínicas, como dificultad respiratoria, vómitos, diarrea, dolor abdominal, cefalea, irritabilidad, diaforesis, somnolencia, disuria, polaquiuria y rash, no mostraron asociaciones estadísticamente significativas ($p>0.05$), ya que sus intervalos de confianza incluyen la unidad y sus valores de p son mayores a 0.05.

4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer el perfil clínico y epidemiológico en menores de cinco años con síndrome febril atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 de Tumbes durante el periodo abril-junio de 2025. Los hallazgos obtenidos permiten comprender mejor el comportamiento clínico de esta condición en el contexto local, aportando evidencia relevante para la práctica médica.

En relación con las características clínicas, se evidenció que los signos vitales presentaron valores compatibles con procesos febriles, destacando una temperatura media de 38,49 °C, acompañada de incremento en la frecuencia respiratoria y cardíaca, hallazgos esperables dentro de la respuesta fisiológica a la fiebre. Estos resultados coinciden con lo reportado por Londoño J. et al., quienes describieron una temperatura promedio de 38,9 °C al ingreso, así como con Hasan I. et al., quienes evidenciaron una correlación positiva entre la temperatura corporal y la frecuencia cardíaca en pacientes febriles. Este comportamiento se explica por la respuesta fisiológica del organismo frente a procesos infecciosos, donde la fiebre actúa como mecanismo de defensa(54) (55). Del mismo modo, Márquez N. et al. resaltan que la fiebre es uno de los principales motivos de consulta en pediatría y

que suele acompañarse de alteraciones en los signos vitales, lo cual reafirma la importancia de su monitoreo en la evaluación clínica inicial(56).

Respecto a las manifestaciones clínicas, los síntomas más frecuentes fueron la tos (61,29 %), la irritabilidad (50,18 %) y la rinorrea (49,46 %), lo que evidencia una mayor presencia de compromiso respiratorio superior. En menor proporción, se observaron síntomas gastrointestinales como vómitos (26,16 %) y diarrea (22,94 %), lo que sugiere la coexistencia de diferentes síndromes clínicos en un mismo paciente. Estos hallazgos son concordantes con lo reportado por Pancorbo K. et al., quienes identificaron que la fiebre asociada a síntomas respiratorios y digestivos (94%) constituye una de las principales causas de consulta, esto podría explicarse por la alta circulación de virus respiratorios y la inmadurez del sistema inmunológico en menores de cinco años, lo que favorece la aparición de infecciones del tracto respiratorio superior(61).

Desde el análisis bivariado, la rinorrea fue la única variable que mostró asociación estadísticamente significativa (RP=1,21; p=0,037), lo que respalda su utilidad como marcador clínico en la evaluación del síndrome febril pediátrico. Este hallazgo podría sustentarse por la alta prevalencia de infecciones respiratorias virales en este grupo etario, como lo señalan Zambrano et al. y Márquez N. et al., quienes destacan que la mayoría de los cuadros febriles en menores de cinco años tienen origen viral(56). Asimismo, la tos mostró una tendencia a la significancia (p=0,066), lo que sugiere su posible relevancia clínica.

En cuanto a las características epidemiológicas, los pacientes no presentaban antecedente de prematuridad (88,89 %) y contaba con un esquema de inmunizaciones completo (84,95 %). Estos resultados no coinciden con lo reportado por Pancorbo K. et al. quien señaló que un esquema de inmunización incompleto se asocia a mayor riesgo de cuadros febriles, lo que refuerza la importancia de la vacunación como factor protector(54). Sin embargo, Londoño J. et al., a pesar de que la mayoría de los pacientes contaba con esquema de vacunación completo (84%), continuaron presentando fiebre, lo cual se explica porque, si bien las vacunas previenen enfermedades específicas, gran parte de los síndromes febriles

en menores de cinco años son de origen viral y no son prevenibles mediante inmunización (61).

Asimismo, se evidenció una mayor proporción del sexo masculino (60,22 %), lo cual coincide con lo descrito por Hasan I. et al. y Derakhshanfar H. et al., quienes también reportaron mayor frecuencia de casos febriles en varones(55) (57) .Sin embargo, en el análisis bivariado, el sexo no mostró asociación significativa ($p=0,237$), lo que indicaría que esta variable no constituye un factor determinante, sino una característica descriptiva.

Respecto a la procedencia, la mayoría de los pacientes provenía de zonas urbanas (88,89 %), lo cual podría explicarse por un mayor acceso a los servicios de salud, pero al realizar el análisis bivariado evidenció que la procedencia rural se comportó como un factor protector ($RP=0,63$; $p=0,035$). lo que podría estar influenciado por subregistro de casos o limitaciones en el acceso a la atención médica. En este sentido, Muñoz R. et al. destacan que factores sociodemográficos y condiciones de vida influyen significativamente en la presencia de enfermedades febriles, lo que respalda la importancia de los determinantes sociales en este contexto(58).

En relación con los diagnósticos más frecuentes, se identificó que las infecciones respiratorias agudas (32.26%) constituyeron la principal causa del síndrome febril en menores de cinco años, con una asociación significativa de $p<0.001$, seguidas por la enfermedad diarreica aguda (14.70%; $p<0.480$) y, en menor proporción, la infección del tracto urinario (4.30%; $p<0.130$). Estos resultados coinciden con lo reportado por Acosta et al. reportaron que las infecciones respiratorias agudas representan la principal causa de síndrome febril, seguidas por enfermedad diarreica aguda e infecciones urinarias, lo cual coincide con los diagnósticos encontrados en el presente estudio(52). Del mismo modo, Zambrano et al. destacan que las infecciones virales constituyen la principal etiología del síndrome febril, lo cual refuerza la interpretación de los hallazgos del presente estudio(56).

Durante el desarrollo del estudio también se registraron otros diagnósticos relacionados con el síndrome febril, como impétigo, convulsión febril, dermatitis del pañal, gingivitis, pioderma, intoxicación alimentaria e ictericia neonatal. Sin

embargo, estos casos se presentaron con muy poca frecuencia, observándose únicamente entre dos y tres pacientes por cada diagnóstico, motivo por el cual no fueron incluidos dentro del análisis principal, ya que dicha cantidad no permitía realizar una evaluación estadística representativa. A pesar de ello, es importante mencionar la convulsión febril, debido a que constituye una de las manifestaciones neurológicas más frecuentes asociadas a la fiebre en niños y representa una causa habitual de atención en los servicios de emergencia pediátrica.

Por otro lado, variables como prematuridad, inmunizaciones, síntomas gastrointestinales, neurológicos y urinarios no mostraron asociación significativa, lo cual podría explicarse por la distribución homogénea de estas características en la muestra o porque las infecciones respiratorias constituyen la causa más frecuente del síndrome febril. En este sentido, Ruiz A. et al. señalan que, en muchos casos, la causa del síndrome febril es inespecífica, especialmente en etapas iniciales, lo que puede dificultar la identificación de factores asociados(6).

Desde el punto de vista clínico, estos hallazgos resaltan la importancia de una evaluación integral del niño febril, priorizando la identificación de síntomas respiratorios como eje central para el abordaje del diagnóstico inicial, especialmente en servicios de emergencia donde la toma de decisiones debe ser rápida y eficiente.

Finalmente, es importante considerar que la ausencia de asociación en algunas variables podría estar influenciada por limitaciones del estudio, como el diseño retrospectivo y la dependencia de registros clínicos, lo que podría generar sesgos de información. Sin embargo, el estudio aporta evidencia local relevante en un contexto con limitada información regional, contribuyendo al conocimiento del síndrome febril en población pediátrica.

V. CONCLUSIONES

1. El perfil clínico y epidemiológico de los menores de cinco años con síndrome febril atendidos en el Hospital Regional JAMO II-2 de Tumbes se caracteriza por la presencia de manifestaciones respiratorias como principal expresión clínica, con mayor proporción de pacientes de sexo masculino, edad promedio de 47,73 meses y procedencia urbana.
2. Las características clínicas del síndrome febril en menores de cinco años estuvieron determinadas por la presencia de tos, irritabilidad y rinorrea como manifestaciones principales, siendo esta última la única variable que mostró asociación estadísticamente significativa, incrementando la probabilidad del desenlace.
3. Las características epidemiológicas evidenciaron que la mayoría de los pacientes provenían de zona urbana; sin embargo, solo la procedencia rural mostró asociación estadísticamente significativa, comportándose como factor protector, mientras que edad, sexo, prematuridad e inmunizaciones no presentaron asociación.
4. Los diagnósticos más frecuentes asociados al síndrome febril fueron las infecciones respiratorias agudas, seguidas por la enfermedad diarreica aguda y la infección del tracto urinario, confirmando el predominio de etiología viral de origen respiratorio en este grupo etario.

VI. RECOMENDACIONES

1. Al Hospital Regional JAMO II-2 de Tumbes, se recomienda fortalecer la evaluación clínica del niño con síndrome febril en emergencia, priorizando síntomas respiratorios y el enfoque sindrómico, para optimizar el diagnóstico y la toma de decisiones, evitando intervenciones innecesarias.
2. A la Dirección Ejecutiva, al área de Estadística y al equipo de Historias Clínicas del HRT-JAMO II-2, mejorar la calidad del registro de las historias clínicas mediante la estandarización de formatos y supervisión continua, con el fin de contar con información más completa y confiable para la atención médica y futuras investigaciones.
3. A la DIRESA de Tumbes, reforzar las estrategias de vigilancia epidemiológica en zonas urbanas, considerando la mayor concentración de casos en estas áreas, con el objetivo de identificar oportunamente brotes de enfermedades infecciosas.
4. A los centros de salud periféricos, se recomienda fortalecer el manejo inicial del niño con síndrome febril en el primer nivel, priorizando signos de alarma y referencia oportuna, así como implementar programas educativos para padres y cuidadores que promuevan una atención adecuada.
5. Se recomienda a la DIRESA de Tumbes y al HRT-JAMO II-2 promover el uso de historias clínicas digitalizadas en los servicios de emergencia, con la finalidad de mejorar el registro y acceso a la información clínica, evitar la pérdida de datos importantes y facilitar futuras investigaciones.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minsa. Guia de practica clinica manejo de fiebre sin foco evidente en niños de 0-36 meses. 2023;29(1):1–14. Available from: <http://www1.hep.gob.pe/pdfs/guias/APROBADAS/GP EMER URG/02 GPSEU FIEBRE SIN FOCO.pdf>
2. Minsa. Compendios Instituto Nacional de Salud [Internet]. Plataforma del Estado Peruano. 2025 [cited 2025 Sep 19]. p. 01. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/ins/colecciones/17176-reporte-de-vigilancia-centinela-del-sindrome-febril-en-maynas-loreto?>
3. Diresa. Boletin epidemiologico SE (22). Diresa [Internet]. 2025;20(1):3. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/regiontumbes-diresa/informes-publicaciones/7040563-boletin-epidemiologico-s-e-22>
4. Diresa. Boletin epidemiologico regional. Minsa [Internet]. 2025;19(1):15. Available from: <https://boletin.ins.gob.pe/>
5. Minsa. Vigilancia de sindrome febril en areas de alto riesgo. 2024;24(3):1–36. Available from: https://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_invepi/iepi05.pdf
6. Adrián, Lopez R. Síndrome Febril Agudo En Pacientes De 1 Mes a 36 Meses En El Servicio De Pediatría General. Cibamanz2021 [Internet]. 2021;21(2):1. Available from: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/416/1093%0Ahttps://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/416>
7. Melcon MO, Garcías C. Síndrome febril agudo inespecífico en pacientes ambulatorios: diagnóstico diferencial entre dengue, zika, fiebre hemorrágica argentina y COVID-19. Medicina (B Aires) [Internet]. 2024;84(6):1215–25. Available from: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024001001215
8. Elizabeth Zulema Tomas Gonzales de Palomino. Guia practica clinica de diagnostico y manejo de la fiebre en el paciente pediatrico. Inst Nac Salud del Niño - San Borja [Internet]. 2023;02(1):1–21. Available from: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2023/GPC Fiebre.pdf>

9. Rivero Calle I, Isabel Dacosta A, Cervantes Hernández E, Calle RI, Hernández Síndrome CE. Síndrome febril prolongado y fiebre de origen desconocido. *Seip* [Internet]. 2023;2(1):327–68. Available from: www.aeped.es/protocolos/
10. M W. Fever in infants and children: Pathophysiology and management. *UptoDate* [Internet]. 2025;25(1):1–15. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/fever-in-infants-and-children-pathophysiology-and-management>
11. Quevedo-Crespo M. Fiebre en pediatría. *Med Urgenc* [Internet]. 2022;2(2):417–25. Available from: <https://puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/pmea/catalog/download/4/59/73?inline=1>
12. Llanga L, Muñoz E. Orientación diagnóstica y terapéutica en niños con convulsiones y síndrome febril. *Univ Chimborazo* [Internet]. 2022;21(1):1–58. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9930>
13. Villamil-Gómez W. Protocolo diagnóstico del síndrome febril con focalidad respiratoria en áreas geográficas de riesgo endémico de infecciones tropicales. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado* [Internet]. 2022 Jun;13(58):3432–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541222001603>
14. Goldaraz J, Casuriaga AL, Pardo L, Giachetto G. Fiebre tifoidea: una etiología poco frecuente de síndrome febril prolongado en pediatría. *An la Fac Med* [Internet]. 2022;9(2):0–3. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542022000201403
15. Jaya Vásquez LC, Toalongo Salto JE, Allaico Muyudumbay RC, Guapacasa Yanza AB. Virus respiratorio sincitial. Actualización de la prevención. *Reciamuc* [Internet]. 2023;7(2):403–11. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/download/1122/1737/2142>
16. Rosado-aspiazu IA. Respiratory syncytial virus: epidemiology, diagnosis and prevention. *Rev Cient Dominio las Ciencias* [Internet]. 2021;7(1):1231–44. Available from: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1857>

17. Rafeek RAM, Divarathna MVM, Morel AJ, Noordeen F. Clinical and epidemiological characteristics of influenza virus infection in hospitalized children with acute respiratory infections in Sri Lanka. *PLoS One* [Internet]. 2022;17(9 September):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0272415>
18. Tillard C, Chazard E, Faure K, Bartolo S, Martinot A, Dubos F. Burden of influenza disease in children under 2 years of age hospitalized between 2011 and 2020 in France. *J Infect* [Internet]. 2022 Feb;84(2):145–50. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163445321005491>
19. Almeida T, Guimarães JT, Rebelo S. Epidemiological Changes in Respiratory Viral Infections in Children: The Influence of the COVID-19 Pandemic. *Viruses* [Internet]. 2023 Sep 5;15(9):1880. Available from: <https://www.mdpi.com/1999-4915/15/9/1880>
20. Shieh W-J. Human adenovirus infections in pediatric population - An update on clinico–pathologic correlation. *Biomed J* [Internet]. 2022 Feb;45(1):38–49. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2319417021001098>
21. Bakir J, Juárez MD V., Lución MF, Areso MS, Viegas M, Mistchenko AS, et al. Clinical and epidemiological study of acute lower respiratory tract infections caused by adenovirus in hospitalized children. Nineteen years of active epidemiological surveillance. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2020;118(3):193–201. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32470255/>
22. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. *Pediatr Infect Dis J* [Internet]. 2020 May;39(5):355–68. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/INF.0000000000002660>
23. Naveda O, Pérez H. Gastroenteritis Por Rotavirus Algo Más Que Diarrea Y Deshidratación. *Bol Med Postgrado* [Internet]. 2023;39(2):16–24. Available from: <https://orcid.org/0000-0002->
24. Minsa. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiologica de diarreas por rotavirus en niños menores de 5 años. 2023;20(1):1–15. Available from: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/eda/DS_073-MINSA-CDC-EDA-ROTAVIRUS.pdf
25. Nusrat N, Chowdhury K, Sinha S, Mehta M, Kumar S, Haque M. Clinical and

- Laboratory Features and Treatment Outcomes of Dengue Fever in Pediatric Cases. *Cureus* [Internet]. 2024;16(12):1–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39698191/>
26. Verma P, Banerjee S, Baskey U, Dutta S, Bakshi S, Das R, et al. Clinicopathological alteration of symptoms with serotype among dengue infected pediatric patients. *J Med Virol* [Internet]. 2022 Sep 26;94(9):4348–58. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.27862>
 27. Preetem N, Phumeetham S. Paediatric dengue shock syndrome and acute respiratory failure: a single-centre retrospective study. *BMJ Paediatr Open* [Internet]. 2022 Nov 15;6(1):e001578. Available from: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjpo-2022-001578>
 28. Gupta N, Boodman C, Jouego CG, Van Den Broucke S. Duration of Fever in Patients with Dengue: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2024 Jul 3;111(1):5–10. Available from: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/111/1/article-p5.xml>
 29. Mahajan KD, Joshi R. Correlation of Laboratory Profile and Clinical Features in Dengue Viral Illness in the Pediatric Population: A Retrospective Analysis. *Pediatr Infect Dis* [Internet]. 2023 Sep 29;5(3):71–8. Available from: <https://www.pidjournal.com/doi/10.5005/jp-journals-10081-1395>
 30. Lobo AH, Helmut J, Cuentas R, Gerig Rodríguez NE, Lobo H, Rodríguez G, et al. Parasitosis intestinales y extraintestinales en Pediatría. *SEIP-Sociedad Española de Infectología Pediátrica* [Internet]. 2023;(1):197–218. Available from: www.aeped.es/protocolos/
 31. Sallent LV, Langa LS, Díez SR, Arias AM, Casanova XV. Parasitosis. *FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria* [Internet]. 2024 Jan;31(1):40–50. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134207223002128>
 32. Segundo Moisés SLC, Oñate Paredes ID, Jarrín Vargas DW, Coronel Melendres CJ. Preventing intestinal infections in vulnerable communities. *Salud, Cienc y Tecnol - Ser Conf* [Internet]. 2023;2(1):1–11. Available from: <https://conferencias.ageditor.ar/index.php/sctconf/article/view/582>
 33. Belkisyolé Alarcón de Noyaa, Raiza Ruiz-Guevarab, Zoraida Díaz-Belloa, Cecilia Colmenaresa, Luciano Maurielloa, Arturo Muñoz-Calderóna, et al. Enfermedad de Chagas de transmisión oral, una emergencia pediátrica:

- revisión de dos brotes escolares en Venezuela. *Rev Hosp Niños* [Internet]. 2023;65(288):13–22. Available from: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/233490>
34. Oliveira FMS, Cruz RE, Pinheiro GRG, Caliarí MV. Comorbidities involving parasitic diseases: A look at the benefits and complications. *Exp Biol Med* [Internet]. 2022;247(20):1819–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35876147/>
35. Bianchini S, Silvestri E, Argentiero A, Fainardi V, Pisi G, Esposito S. Role of respiratory syncytial virus in pediatric pneumonia. *Microorganisms* [Internet]. 2020;8(12):1–14. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7766387/>
36. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento De Neumonía Intrahospitalaria O Neumonía Asociada Al Ventilador Mecánico. 2024;14(2):1–25. Available from: <https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2025/12/GPC-NIH-y-NAV-Version-corta.pdf>
37. Elabbas A, Choudhary R, Gullapalli D, Mistry S, M.H F, Mallick AH, et al. Lung Ultrasonography Beyond the Diagnosis of Pediatrics Pneumonia. *Cureus* [Internet]. 2022;14(2):1–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35371734/>
38. Suzuki HG, Dewez JE, Nijman RG, Yeung S. Clinical practice guidelines for acute otitis media in children: A systematic review and appraisal of European national guidelines. *BMJ Open* [Internet]. 2020;10(5):1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32371515/>
39. Smolinski NE, Djabali EJ, Al-Bahou J, Pomputius A, Antonelli PJ, Winterstein AG. Antibiotic treatment to prevent pediatric acute otitis media infectious complications: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2024;19(6 June). Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0304742>
40. Duygu E, Şevik Eliçora S. Our experience on the management of acute mastoiditis in pediatric acute otitis media patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2020 Nov;138(1):1–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165587620305152>
41. Morgan M, Shaw S, Ali T, Hodges Y. Group A beta-haemolytic streptococcal infection in children. *BMJ* [Internet]. 2024 Apr 2;24(1):1–25. Available from:

- <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj-2023-077561>
42. Cohen JF, Tanz RR, Shulman ST. Group A Streptococcus pharyngitis in Children: New Perspectives on Rapid Diagnostic Testing and Antimicrobial Stewardship. *J Pediatric Infect Dis Soc* [Internet]. 2024;13(4):250–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38456797/>
 43. Hedin K, Thorning S, van Driel ML. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023;2023(11):1–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33728634/>
 44. Mancuso G, Midiri A, Gerace E, Marra M, Zummo S, Biondo C. Urinary Tract Infections: The Current Scenario and Future Prospects. *Pathogens* [Internet]. 2023 Apr 20;12(4):623. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-0817/12/4/623>
 45. Gnech M, 't Hoen L, Zachou A, Bogaert G, Castagnetti M, O'Kelly F, et al. Update and Summary of the European Association of Urology/European Society of Paediatric Urology Paediatric Guidelines on Vesicoureteral Reflux in Children. *Eur Urol* [Internet]. 2024 May;85(5):433–42. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283823032980>
 46. Vazouras K, Velali K, Tassiou I, Anastasiou-Katsiardani A, Athanasopoulou K, Barbouni A, et al. Antibiotic treatment and antimicrobial resistance in children with urinary tract infections. *J Glob Antimicrob Resist* [Internet]. 2020;20(1):4–10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jgar.2019.06.016>
 47. Glennon CM, Kroshinsky D, Saleeby C El. A Review of Common Pediatric Skin Infections. *Curr Infect Dis Rep* [Internet]. 2025 Dec 22;27(1):8. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11908-024-00853-9>
 48. Ling JY, How CH, Chien JMF, Poulouse V, Ng MCW. Skin and soft tissue infections in primary care. *Singapore Med J* [Internet]. 2025 Feb;66(2):108–13. Available from: <https://journals.lww.com/10.4103/singaporemedj.SMJ-2022-151>
 49. Finalized D. Children ' s Mercy Kansas City (CMKC) Evidence Based Practice Clinical Practice Guide Committee Skin and Soft Tissue Infection. *Child mercy* [Internet]. 2022;34(13):1–52. Available from: https://scholarlyexchange.childrensmercy.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=clinical_guidelines

50. Marcela J, Veloza V, Polo MR, Martin LR. Neoplasias más frecuentes en edad pediátrica diagnosticadas en urgencias. Soc española Radiol medica [Internet]. 2018;26(3):1–33. Available from: <https://www.piper.seram.es/index.php/seram/article/download/1203/649>
51. Antonio Banfi P. Enfermedad de Kawasaki. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020;72(6):487–95. Available from: https://static.aeped.es/19_kawasaki_b55f857df4.pdf
52. Gámez MCA, Polanco VNC, Quintana CAZ. Caracterización Clínico-Epidemiológica Del Síndrome Febril Agudo En Pacientes Menores De 5 Años En Hospital De Neiva. Univ Surcolombiana [Internet]. 2024;56(10):89. Available from: www.usco.edu.co,
53. Notejane M, Scalabrino V, Valdez M, Cavalleri F, Giachetto G. Características epidemiológicas y clínicas de los niños hospitalizados con síndrome febril prolongado. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay. Arch pediatr Urug [Internet]. 2020;91(3):147–54. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000300147
54. Pablo J, Ruíz L. Caracterización de niños con fiebre sin foco atendidos en urgencias de Fundación Cardioinfantil entre 2016 - 2017. 2019;25(8):1–52. Available from: <https://repository.urosario.edu.co/items/e365007c-0aeb-4b3b-bca8-093179708253>
55. Isa HM, Isa AJ, Alnasheet MA, Mansoor MM. Fever assessment in children under five: Are we following the guidelines? World J Clin Pediatr [Internet]. 2024 Mar 9;13(1). Available from: <https://www.wjgnet.com/2219-2808/full/v13/i1/88864.htm>
56. Cabada MM, Aguilar PV, Rodas JD, Hidalgo M, Mozo K, Gonzalez-Diaz ES, et al. Establishment of a multisite umbrella cohort study protocol to describe the epidemiology and aetiologies of acute undifferentiated febrile illness in Latin America. BMJ Open [Internet]. 2024 Jul 22;14(7):e083560. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2023-083560>
57. Rahimpour A, Derakhshanfar H, Mirbaha S. The Epidemiology of Co-Infections in Febrile Children Younger than 5-Years-Old in Emergency Department ; A Cross-Sectional Hospital-Based Study. 2021;9(85):12885–91. Available from:

- https://jpp.mums.ac.ir/article_15791_12424ab84c7ba49dcc1cc4af7e0cb2c6.pdf
58. Da T, José F, Javier A, Ascón C, Manuel C. Factores asociados a enfermedades febriles en menores de 5 años en peru. Univ Nac federico villarreal [Internet]. 2025;54(7):1–64. Available from: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/10287>
 59. Enfermería EPDE. Conocimiento y actitud de los padres frente a la fiebre en menores de 0-5 años que asisten a un establecimiento de salud, Callao-2024. Univ cesar vallejo [Internet]. 2024;12(1):1–105. Available from: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/2129/2307>
 60. Cerdán-Rojas S, Candela-Herrera J, Flores-Lovon K, Gutiérrez-Ingunza EL. Fever of unknown origin in children: a 5-year experience in a pediatric hospital in Peru. Rev Mex Pediatr [Internet]. 2021;88(5):179–83. Available from: https://www.mendeley.com/catalogue/cf358849-ec0b-345d-b845-20a1083cf949/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B4ece4824-4e21-4d81-9190-b956fb923549%7D
 61. Santillan P, Alexandra K, Rodriguez A, Esther M, Campos M, Honorata J, et al. Factores asociados a enfermedades febriles con síntomas catarrales en niños menores de 2 años y su perfil de búsqueda de atención médica: endes 2022. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2024;12(1):48. Available from: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8718/UNFV_FMHU_Pancorbo_Santillan_Karen_Alexandra_Titulo_profesional_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 62. Guerrero A. La prematuridad: epidemiología , causas y consecuencias , primer lugar de mortalidad y discapacidad. salud jalisco [Internet]. 2020;41(2):179–86. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98553>
 63. Martin EV, Claudia Ugarte Taboada. Conceptos Importantes sobre Inmunizaciones. Rev Peru Pediatr [Internet]. 2014;67(2):107–17. Available from: <https://pediatria.pe/index.php/pedperu/article/download/398/395/804>
 64. World health organization. Hospital care for children. OMS [Internet]. 2015;78(25):1–438. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8f110da0-22e6-4ef1-90e4->

c9f1b7daa363/content

65. Rico JCS, Hinojal MCT. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integr* [Internet]. 2014;26(1):22–36. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2014-01/diagnostico-diferencial-de-los-exantemas/>
66. Tumbes D. Sala Situacional de Salud del Hospital Jamo II-2 Tumbes. *minsa* [Internet]. 2025;4(1):1–32. Available from: https://www.hrjt.gob.pe/site/pdf/epidemiologia/Bol_Sala_Mensual_2024/Boletines_Sala_Situacional/Sala_Situacional/Sala_Situacional_hasta_S.E_32-2024.pdf
67. Cardenal V, Fierro A. Sexo y edad en estilos de personalidad , bienestar social y adaptación social. *researchgate* [Internet]. 2001;13(1):118–26. Available from: <https://www.psicothema.com/pdf/422.pdf>
68. Cubana R, Gen M. El diagnóstico médico : bases y procedimientos. 2006;22(1):1–11. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100007
69. Anat B, Urolog G La. Urología. *Soc española Farm Hosp* [Internet]. 2020;36(4):1–24. Available from: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP24.pdf>

ANEXOS

ANEXO I. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	VARIABLES	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS
<p>Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025</p>	<p>En niños menores de 5 años del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes Abril – Junio del 2025 que acuden por emergencia ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con síndrome febril?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Establecer el perfil clínico y epidemiológico en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> – Detallar las características clínicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025. – Enunciar las características epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025. – Relacionar los diagnósticos de emergencia más frecuentes en menores de 5 años asociadas al síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025. 	<p>VARIABLE 1: Síndrome febril</p> <p>VARIABLE 2 (INTERVINIENTES): prematuridad, edad, sexo, procedencia, peso, inmunizaciones, Síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas neurológicos, síntomas del tracto urinario, exantema y diagnóstico principal de egreso.</p>	<p>POBLACIÓN DE ESTUDIO La población estará conformada por 279 historias clínicas de menores de 5 años que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría (HRT–JAMO) de Tumbes, durante el periodo comprendido entre abril-junio 2025.</p> <p>PROCESAMIENTO DE DATOS Los datos fueron codificados, revisados e ingresados en una base de datos en Stata v19.5 para su análisis estadístico. Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas. La asociación entre variables se evaluó con chi cuadrado o prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Asimismo, se emplearon modelos lineales generalizados (GLM) con familia binomial y enlace log para estimar razones de prevalencia (RP) e intervalos de confianza al 95%, considerando significancia estadística de $p < 0,05$. Las referencias bibliográficas se gestionaron en formato Vancouver mediante Mendeley Desktop.</p>

ANEXO II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías	Inst. Medición
Síndrome febril	Conjunto de signos y síntomas caracterizados por elevación de la temperatura corporal(7).	Registro en la historia clínica de temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0=No 1=Si	Historia clínica
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ingreso(67).	Tiempo transcurrido desde el nacimiento registrada en meses.	Cuantitativa	Razón	En meses	Historia clínica
Sexo	Condición biológica determinada al nacer(67).	Registro en la historia clínica (masculino / femenino).	Cualitativa	Nominal	0=Femenino 1=Masculino	Historia clínica
Procedencia	Lugar geográfico de origen del paciente(58).	Registro de vivienda consignado en historia clínica.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0=Urbana 1=Rural	Historia clínica
Prematuridad	Nacimiento ocurrido antes de las 37 semanas de gestación(62).	Dato consignado en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0=No 1=Si	Historia clínica
Peso	Medida de masa corporal del paciente en kilogramos(68).	Peso registrado en la historia clínica.	Cuantitativa	Razón	En gramos	Historia clínica
Inmunizaciones	Vacunas recibidas según calendario nacional(63).	Registro de vacunas completas para su edad, consignado en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0=Incompleta 1=Completa	Historia clínica
Temperatura al ingreso	Nivel de calor corporal medido en $^{\circ}\text{C}$ (54).	Registro de temperatura en la historia clínica	Cuantitativa	Intervalo	En $^{\circ}\text{C}$	Historia clínica
Frecuencia respiratoria	Nivel de respiraciones por minuto, valor normal depende de la edad del paciente(15).	Valor numérico registrado en la historia clínica	Cuantitativa	Razón	En rpm	Historia clínica
Frecuencia cardiaca	Latidos contabilizados por minuto, su valor depende de la edad del paciente(15).	Valor numérico registrado en la historia clínica	Cuantitativa	Razón	En lpm	Historia clínica
Síntomas Respiratorios	Conjunto de signos y molestias que reflejan alteración de las vías aéreas o pulmones(64).	Registro de tos, rinorrea o dificultad respiratoria al ingreso o durante la atención en emergencia.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Sí	Historia clínica
Síntomas Gastrointestinales	Compromiso del sistema digestivo que afecta la tolerancia alimentaria y el tránsito intestinal(64).	Registro de dolor abdominal, diarrea o vómitos al ingreso o durante la atención en emergencia.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Sí	Historia clínica

Síntomas Neurológicos	Alteraciones funcionales del sistema nervioso central o periférico que reflejan compromiso neurológico(64).	Registro de cefalea, convulsión, somnolencia, etc al ingreso o durante la atención en emergencia.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Sí	Historia clínica
Síntomas del tracto urinario	Alteraciones del funcionamiento del sistema urinario que afectan la vejiga, la uretra u otras estructuras relacionadas(69)	Registro de disuria, polaquiuria al ingreso o durante la atención en emergencia.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Sí	Historia clínica
Exantema	Presencia de erupción cutánea asociada a un proceso infeccioso o inflamatorio(65).	Registro de rash, lesiones cutáneas al ingreso o durante la atención en emergencia.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Sí	Historia clínica
Infección respiratoria aguda (IRAs)	Condición clínica caracterizada por la incapacidad súbita del sistema respiratorio para mantener un adecuado intercambio de gases(15).	Diagnóstico consignado en la historia clínica al egreso del servicio de emergencia.	Cualitativa	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Sí	Historia clínica
Enfermedad diarreica aguda (EDAs)	Proceso infeccioso o inflamatorio de inicio reciente que ocasiona aumento en la frecuencia y disminución de la consistencia de las evacuaciones(31).		Cualitativa	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Sí	Historia clínica
Infección del tracto urinario (ITU)	Proceso infeccioso que compromete cualquier segmento del sistema urinario, producido por la proliferación de microorganismos(44).		Cualitativa	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Sí	Historia clínica
Otras	Enfermedades que guarden relación con el síndrome febril.		Cualitativa	Nominal	Especificar	Historia clínica

ANEXO III. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. Características sociodemográficas

Historia clínica: _____

Edad en meses: _____

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Procedencia: urbana rural

Prematuridad: Sí No

Peso: ___gr

Inmunizaciones: Completas Incompletas

II. Características clínicas

Temperatura de ingreso: _____°C

Frecuencia respiratoria (FR): _____rpm

Frecuencia cardiaca (FC): _____lpm

Signos y síntomas al ingreso:

Aparato respiratorio:

- Tos Sí No
- Rinorrea Sí No
- Dificultad respiratoria Sí No

Aparato digestivo:

- Vómitos Sí No
- Diarrea Sí No
- Dolor abdominal Sí No

Aparato neurológico:

- Convulsiones Sí No
- Cefalea Sí No
- Irritabilidad Sí No

- Diaforesis Sí No
- Somnolencia Sí No

Aparato urinario:

- Disuria Sí No
- Polaquiuria Sí No

Exantema:

- Rash Sí No
- Lesiones cutáneas Sí No

III. Diagnóstico principal de egreso:

- Infección respiratoria aguda (IRAs): Sí No
- Enfermedad diarreica aguda (EDAs): Sí No
- Infección del tracto urinario (ITU): Sí No
- Otros: Sí No

Detallar: _____

ANEXO IV. FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y nombres del experto:
2. Nombre del instrumento motivo de la evaluación: “Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025”
3. Cargo e institución donde labora:
4. Autor del instrumento: Adriana Shesby Izquierdo Carreño y Gabriela Dioselin Zapata Ruiz

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	CRITERIOS	SI	NO	SUGERENCIA
1	Los ítems persiguen el objetivo general.			
2	Los ítems persiguen los objetivos específicos.			
3	Los ítems abarcan variables e indicadores.			
4	Los ítems guardan relación con la operacionalización de variables.			
5	El número de ítems es el adecuado.			
6	Los ítems están redactados de forma clara y precisa.			
7	Los ítems siguen un orden lógico.			
8	Las dimensiones que se tomen en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.			
9	Se debe eliminar algunos ítems.			

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

() APLICABLE () NO APLICABLE

Firma del experto informante:

Observaciones y/o aportes:

Lugar y fecha:

ANEXO V. VALIDACIÓN DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y nombres del experto: *Gonzalez Seminario Rommel Veintimilla*
2. Nombre del instrumento motivo de la evaluación: "Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025"
3. Cargo e institución donde labora: *Director de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública - DIRESA Tumbes*
4. Autor del instrumento: Adriana Shesby Izquierdo Carreño y Gabriela Dioselin Zapata Ruiz

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	CRITERIOS	SI	NO	SUGERENCIA
1	Los ítems persiguen el objetivo general.	X		
2	Los ítems persiguen los objetivos específicos.	X		
3	Los ítems abarcan variables e indicadores.	X		
4	Los ítems guardarían relación con la operacionalización de variables.	X		<i>agregar dificultad respiratoria</i>
5	El número de ítems es el adecuado.	X		
6	Los ítems están redactados de forma clara y precisa.	X		
7	Los ítems siguen un orden lógico.	X		
8	Las dimensiones que se tomen en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.	X		
9	Se debe eliminar algunos ítems.		X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X) APLICABLE () NO APLICABLE

Firma del experto informante:



Rommel Veintimilla

Dr. Rommel Veintimilla González

 MEDICO EPIDEMIOLOGO

 CNP 28431 - RNE 4258

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y nombres del experto: Dra. Lesly Carlos Salazar
2. Nombre del instrumento motivo de la evaluación: "Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025"
3. Cargo e institución donde labora: Médico especialista en pediatría, actualmente R4 de Neonatología – Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes – Hospital Belén de Trujillo.
4. Autor del instrumento: Adriana Shesby Izquierdo Carreño y Gabriela Dioselin Zapata Ruiz

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	CRITERIOS	SI	NO	SUGERENCIA
1	Los ítems persiguen el objetivo general.	X		
2	Los ítems persiguen los objetivos específicos.	X		
3	Los ítems abarcan variables e indicadores.	X		
4	Los ítems guardan relación con la operacionalización de variables.	X		
5	El número de ítems es el adecuado.	X		
6	Los ítems están redactados de forma clara y precisa.	X		
7	Los ítems siguen un orden lógico.	X		
8	Las dimensiones que se tomen en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.	X		
9	Se debe eliminar algunos ítems.		X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X) APLICABLE () NO APLICABLE

Firma del experto informante:



Lesly J. Carlos Salazar
MEDICO PEDIATRA
GABRIELA SALAZAR, Lesly J. Carlos Salazar
DNI N° 73418962

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y nombres del experto: Dra. Brenda Meza Huertas
2. Nombre del instrumento motivo de la evaluación: "Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025"
3. Cargo e institución donde labora: Médico especialista en pediatría - Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes
4. Autor del instrumento: Adriana Shesby Izquierdo Carreño y Gabriela Dioselin Zapata Ruiz

N°	CRITERIOS	SI	NO	SUGERENCIA
1	Los ítems persiguen el objetivo general.	X		
2	Los ítems persiguen los objetivos específicos.	X		
3	Los ítems abarcan variables e indicadores.	X		
4	Los ítems guardan relación con la operacionalización de variables.	X		
5	El número de ítems es el adecuado.	X		
6	Los ítems están redactados de forma clara y precisa.	X		
7	Los ítems siguen un orden lógico.	X		
8	Las dimensiones que se tomen en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.	X		
9	Se debe eliminar algunos ítems.		X	

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X) APLICABLE

() NO APLICABLE

Firma del experto informante:


BRENDÁ MEZA HUERTAS
PEDIATRÍA
C.M.P. 76746

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y nombres del experto: Paul Vilchez Castro
2. Nombre del instrumento motivo de la evaluación: "Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025"
3. Cargo e institución donde labora: Obstetra, doctorado en ciencias de la salud, maestría en gestión pública, docente de la Universidad Nacional de Tumbes, jefe del P.S De Cabuyal.
4. Autor del instrumento: Adriana Shesby Izquierdo Carreño y Gabriela Dioselin Zapata Ruiz

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

N°	CRITERIOS	SI	NO	SUGERENCIA
1	Los ítems persiguen el objetivo general.	X		
2	Los ítems persiguen los objetivos específicos.	X		
3	Los ítems abarcan variables e indicadores.	X		
4	Los ítems guardan relación con la operacionalización de variables.	X		
5	El número de ítems es el adecuado.	X		
6	Los ítems están redactados de forma clara y precisa.	X		
7	Los ítems siguen un orden lógico.	X		
8	Las dimensiones que se tomen en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento.	X		
9	Se debe eliminar algunos ítems.		X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

(X) APLICABLE () NO APLICABLE

Firma del experto informante:

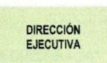
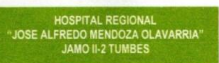


Dr. Vilchez Castro, Paul
Cod. ORCID: 0000-0002-1435-5836

ANEXO VI. AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Creada por Ley N° 24894-11 de octubre de 1988.
DIRECCION ESCUELA DE MEDICINA HUMANA
Ciudad Universitaria – Pampa Grande – Tumbes

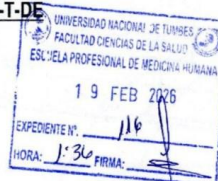


"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

Tumbes, 18 de febrero del 2026.

OFICIO N°291 -2026/GOB.REG.TUMBES-DRST-HR-JAMO-II-2-T-DE

Señor:
Dr. MAURO PABLO MEZA OLIVERA.
DIRECTOR
Escuela Profesional de Medicina Humana
Universidad Nacional de Tumbes



Presente.-

ASUNTO : SOBRE AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS.

REFERENCIA : a) OFICIO N°060-2026/UNTUMBES-FCS-EPMH-D
b) INFORME N° 015-2026/DRST-HR-JAMO-II-2-T-DE-U.AP.DOC.INVG.
Reg. N° 2979154 / 2729690

De mi mayor consideración;

Mediante el presente me dirijo a usted, para expresarle mis afectuosos saludos y en atención al documento de la referencia a), mediante el cual solicita Autorización de Ejecución de Proyecto de Tesis para las estudiantes IZQUIERDO CARREÑO ADRIANA SHESBY y ZAPATA RUIZ GABRIELA.

Ante ello, la Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia mediante el documento de la referencia b), informa que habiendo revisado el expediente presentado y habiendo cumplido con presentar los documentos exigidos a quienes se encuentran interesados en realizar investigaciones en seres humanos en nuestra institución **es Factible atender su Solicitud**, para que para las estudiantes IZQUIERDO CARREÑO ADRIANA SHESBY y ZAPATA RUIZ GABRIELA ejecuten su Proyecto de Tesis titulado **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES, ABRIL – JUNIO 2025"**, debiendo cumplir con la aplicación del consentimiento informado para garantizar que la investigación se realice bajo los principios fundamentales del respeto por la vida, la salud, la autodeterminación, la dignidad y el bienestar de los sujetos a investigar, debiendo al finalizar el proceso realice la socialización de los resultados de la investigación científica en nuestra institución, se adjunta al presente el respectivo informe para su conocimiento y cumplimiento respectivo.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para manifestarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente;

CLASIFICACIÓN

Cc:

Archivo

FOLIOS:

N° DOC.	02981821
N° EXP	02729690

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES
HOSPITAL REGIONAL "JAMO II-2" TUMBES
Dra. Carmen Lourdes Risco Granda
DIRECCIÓN EJECUTIVA
DNI 41041834 CMP 4484

HOSPITAL REGIONAL II-2 "JAMO" TUMBES

Calle 24 de Julio N° 565 – Tumbes

Página Web: www.hrij.gob.pe

Av. Universitaria S/n – Pampa Grande – Tumbes

ANEXO VII. CERTIFICACIÓN DE ASESOR

El **DR MAURO PABLO MEZA OLIVERA**, docente principal TC, adscrito al Departamento Académico de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes.

CERTIFICO:

Que el proyecto de tesis denominado **“Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025”** presentado por las bachilleres en Medicina Humana, Adriana Shesby Izquierdo Carreño y Gabriela Dioselin Zapata Ruiz, es guiado y asesorado por mí. Por tal motivo, firmo este informe de Tesis otorgado a la presentación que será revisado y aprobado por un jurado.

Tumbes, 29 de setiembre del 2025



Dr. Mauro Pablo Meza Olivera

DNI N°00244870

Asesor

ANEXO VIII. CERTIFICACIÓN DE COASESOR

MSc(c) Percy Mc-Quen Vilchez Barreto

Con 20 años de experiencia en trabajos de campo e investigación.

CERTIFICA:

Que el presente proyecto de tesis: **“Características clínico epidemiológicas en menores de 5 años con síndrome febril atendidos en Emergencia del Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes, Abril – Junio 2025”**, presentado por las bachilleres de Medicina Humana, Adriana Shesby Izquierdo Carreño y Gabriela Dioselin Zapata Ruiz, han sido asesoradas y guiadas por mi persona, por tanto, queda autorizado para su presentación como corresponda.

Tumbes, 29 de setiembre del 2025



MSc(c) Percy Mc-Quen Vilchez Barreto
DNI: 00252441
Coasesor