Sage Sphere International Journal

ISSN: 3091-1567

Vol. 3 Núm. 1 (2026)

EDITORIAL JOGB

SSIJ-Vol.3. N1. 074

Caracterización clínica y epidemiológica de la bronquitis aguda en pacientes pediátricos de 2 a 12 años durante 2023

Clinical and epidemiological characterization of acute bronchitis in pediatric patients aged 2 to 12 years during 2023

Autores:

Melanie Michelle Torres Erazo
Investigadora independiente, Guayaquil, Ecuador
torreseraz1507@gmail.com
https://orcid.org/0009-0002-9857-0900

Laura Michelle Castro Chávez
Investigadora independiente, Guayaquil, Ecuador
laura.castro01@cu.ucsg.edu.ec
https://orcid.org/0009-0009-4298-3977

Diana Carolina Llanos Cortez
Investigadora independiente, Guayaquil, Ecuador
carol.llanos@gmail.com
https://orcid.org/0009-0001-1932-7738

Arelys Carolina Verdesoto Lino
Investigadora independiente, Guayaquil, Ecuador
arelysverdezotol@gmail.com
https://orcid.org/0009-0009-0178-3573

Jeniffer Jimena Merchan Chancay
Investigadora independiente, Guayaquil, Ecuador
jennifer.merchan@hgms.gob.ec
https://orcid.org/0009-0005-1902-2562

Autor de correspondencia: *Torres Erazo Melanie Michelle*, torreseraz1507@gmail.com

Enviado: 28-04-2026 **Revisado:** 11-08-2026
Aceptado: 26-10-2026 **Publicado:** 29-10-2026

Cómo citar este artículo:

Torres Erazo, M. M., Castro Chávez, L. M., Llanos Cortez, D. C., Verdesoto Lino, A. C., & Merchan Chancay, J. J. (2027). Caracterización clínica y epidemiológica de la bronquitis aguda en pacientes pediátricos de 2 a 12 años durante 2023. *Sage Sphere International Journal*, *3*(1), 1-14. https://doi.org/10.63688/8knxk333

© 2026; Los autores. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea correctamente citada.

Sage Sphere International Journal

ISSN: 3091-1567

Vol. 3 Núm. 1 (2026)

RESUMEN

Introducción: La bronquitis aguda es una de las infecciones respiratorias más frecuentes en la población pediátrica y representa una causa importante de consulta y hospitalización en América Latina.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo mediante revisión de historias clínicas electrónicas de 83 pacientes pediátricos de 2 a 12 años con diagnóstico de bronquitis aguda atendidos durante enero–diciembre de 2023.

Resultados: Predominó el sexo masculino (61,4%) y el grupo de 2 a 4 años (44,6%). La tos fue la manifestación más frecuente (92,8%), seguida de fiebre (62,7%) y sibilancias (51,8%). Las complicaciones más frecuentes fueron la exacerbación del asma (10,8%) y la otitis media aguda (8,4%). Los broncodilatadores inhalados fueron el tratamiento más utilizado (75,9%), seguidos de antipiréticos (72,3%); los antibióticos se emplearon en 13,3%.

Conclusiones: La bronquitis aguda presentó predominio masculino, mayor frecuencia en niños de 2 a 4 años y una presentación clínica caracterizada principalmente por tos. Las complicaciones graves fueron poco frecuentes y el uso de antibióticos fue limitado.

Palabras clave: Bronquitis aguda; infecciones del tracto respiratorio; pediatría; características clínicas.

ABSTRACT

Introduction: Acute bronchitis is one of the most frequent respiratory infections in children and represents an important cause of medical consultation and hospitalization in Latin America.

Methodology: An observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study was conducted through review of electronic medical records of 83 pediatric patients aged 2 to 12 years diagnosed with acute bronchitis and treated from January to December 2023.

Results: Males predominated (61.4%), as did the 2–4-year age group (44.6%). Cough was the most frequent clinical manifestation (92.8%), followed by fever (62.7%) and wheezing (51.8%). The most frequent complications were asthma exacerbation (10.8%) and acute otitis media (8.4%). Inhaled bronchodilators were the most commonly used treatment (75.9%), followed by antipyretics (72.3%); antibiotics were used in 13.3%.

Conclusions: Acute bronchitis showed a predominance of males, greater frequency among children aged 2 to 4 years, and a clinical presentation mainly characterized by cough. Severe complications were uncommon and antibiotic use was limited.

Keywords: Acute Bronchitis; respiratory tract infections; pediatrics; clinical characteristics.

Doi: https://doi.org/10.63688/8knxk333

ISSN: 3091-1567
Vol. 3 Núm. 1 (2026)

1. INTRODUCCIÓN

La bronquitis aguda es una infección aguda de las vías respiratorias inferiores cuyo síntoma predominante es la tos, seca o productiva, con una duración habitualmente menor o igual a tres semanas. El diagnóstico se establece clínicamente cuando no existen signos clínicos o radiográficos que sugieran neumonía ni otra causa alternativa que explique el cuadro, como asma, aspiración de un cuerpo extraño, rinitis alérgica o exacerbación de una enfermedad respiratoria crónica (1).

En la población pediátrica, la bronquitis aguda es un motivo frecuente de consulta y suele tener una etiología predominantemente viral. Las manifestaciones pueden incluir tos, sibilancias, fiebre, disnea y malestar general. Los síntomas respiratorios pueden persistir más de diez días, mientras que la tos puede prolongarse hasta tres semanas, incluso cuando el estado general del niño ha mejorado (2).

A diferencia de la bronquiolitis, que constituye un síndrome clínico predominantemente propio de lactantes, la bronquitis aguda pediátrica se ha estudiado en un intervalo etario más amplio. En estudios realizados en atención primaria se incluyeron niños de 6 meses a 12 años con tos aguda de predominio infeccioso, de duración menor de 21 días y acompañada de síntomas o signos de afectación de las vías respiratorias inferiores, como disnea, expectoración o dolor torácico (3).

Por este motivo, no es adecuado afirmar que la bronquitis aguda afecta principalmente a lactantes menores de 6 o 12 meses, ni extrapolar a esta enfermedad los patrones etarios y epidemiológicos descritos para la bronquiolitis.

La estacionalidad de las infecciones respiratorias puede influir en la frecuencia de consulta por bronquitis aguda; sin embargo, los datos sobre el predominio invernal y las hospitalizaciones durante los meses fríos deben sustentarse en estudios específicos de bronquitis aguda. No deben utilizarse para este propósito datos de hospitalización correspondientes a bronquiolitis por virus sincitial respiratorio, cuyo comportamiento epidemiológico es diferente (4).

La etiología de la bronquitis aguda pediátrica es predominantemente viral. Entre los virus respiratorios que pueden asociarse con infección bronquial se encuentran el rinovirus, los virus de la influenza, los virus parainfluenza, los adenovirus, los coronavirus y el virus

Doi: https://doi.org/10.63688/8knxk333

sincitial respiratorio. No obstante, la identificación de un virus respiratorio en una muestra nasofaríngea no demuestra necesariamente que este sea la causa exclusiva de la bronquitis, debido a la posibilidad de infección asintomática, coinfección o eliminación viral prolongada. Además, el porcentaje exacto de casos virales debe proceder de estudios específicos sobre bronquitis aguda pediátrica y no de investigaciones generales sobre infecciones respiratorias agudas o bronquiolitis (5).

En Ecuador, las infecciones respiratorias agudas constituyen un problema frecuente de salud infantil. Sin embargo, las cifras nacionales de consultas, hospitalizaciones y mortalidad suelen agrupar diferentes diagnósticos respiratorios, como rinofaringitis, bronquiolitis, bronquitis, neumonía y otras infecciones de las vías respiratorias. Por lo tanto, estos datos pueden utilizarse para describir el contexto general de las infecciones respiratorias pediátricas, pero no deben interpretarse como estimaciones específicas de la incidencia o etiología de la bronquitis aguda. La categoría denominada “bronquitis y otras infecciones agudas de las vías respiratorias bajas” también debe presentarse como una categoría agrupada y no como equivalente de bronquitis aguda aislada.

La manifestación clínica principal de la bronquitis aguda es la tos, que puede acompañarse de sibilancias, expectoración, fiebre y síntomas generales. En un estudio longitudinal realizado en niños de 2 a 8 años con bronquitis aguda, la tos nocturna disminuyó progresivamente durante el seguimiento, aunque algunos síntomas persistieron durante varios días. Estos hallazgos son compatibles con el curso autolimitado de la enfermedad y con la posibilidad de que la tos se prolongue hasta tres semanas (6).

Los criterios clínicos utilizados en estudios pediátricos han incluido tos seca o productiva, fiebre, síntomas generales, congestión faríngea y ruidos respiratorios gruesos o estertores dispersos. No obstante, estos criterios proceden de definiciones operativas empleadas en investigaciones específicas y no deben presentarse como criterios diagnósticos universales. La radiografía de tórax puede ser normal o mostrar alteraciones inespecíficas, como incremento de la trama peribroncovascular; por ello, su indicación debe reservarse para los casos en los que exista sospecha clínica de neumonía, complicación u otra enfermedad respiratoria (7).

En atención primaria, el ensayo clínico aleatorizado ARTIC-PC incluyó niños de 6 meses a 12 años con infección respiratoria baja no complicada, definida por tos aguda como

síntoma predominante, duración menor de 21 días y presencia de síntomas o signos localizados en las vías respiratorias inferiores. El estudio excluyó a los pacientes con sospecha clínica de neumonía, enfermedad grave, inmunodeficiencia o causas no infecciosas de tos. Aunque esta población representa clínicamente a muchos niños diagnosticados con bronquitis aguda, sus resultados deben describirse como evidencia sobre infecciones respiratorias bajas no complicadas y no como evidencia exclusiva de bronquitis aguda confirmada (3).

A pesar de la frecuencia de esta enfermedad, existe información local limitada y actualizada sobre las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes pediátricos con bronquitis aguda atendidos en instituciones hospitalarias del Ecuador. La ausencia de datos específicos dificulta establecer cuáles son los grupos etarios más afectados, cuáles son los principales signos y síntomas, qué comorbilidades se presentan con mayor frecuencia y cuáles son los patrones de atención hospitalaria en este contexto.

En este marco, el presente estudio busca caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes de 2 a 12 años con diagnóstico de bronquitis aguda atendidos en el Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante” durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2023. La investigación permitirá obtener información sobre la presentación de esta enfermedad en la población pediátrica local y contribuirá a fortalecer el conocimiento epidemiológico disponible.

Asimismo, los resultados podrán servir como base para futuras investigaciones, favorecer la identificación de los casos y sus características clínicas, contribuir a la adecuación de las estrategias diagnósticas y terapéuticas y aportar información para las medidas de prevención y vigilancia epidemiológica relacionadas con las infecciones respiratorias agudas en la población infantil ecuatoriana.

2. METODOLOGÍA

La muestra estuvo constituida por 83 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. De los 125 casos elegibles, se seleccionaron 83 registros de acuerdo con su disponibilidad y con la integridad de la información clínica. En consecuencia, los 83 pacientes no representan la totalidad de los casos elegibles identificados durante el

ISSN: 3091-1567
Vol. 3 Núm. 1 (2026)

periodo de estudio, los casos excluidos fueron porque no cumplieron criterios de inclusión o la historia clínica fue incompleta.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 2 y 12 años, atendidos en el Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante” entre enero y diciembre de 2023 y con diagnóstico de bronquitis aguda registrado en la historia clínica y asociado a los códigos CIE-10 [J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J40X.]. Se excluyeron los registros de pacientes con edad inferior a 2 años o superior a 12 años, historias clínicas incompletas, diagnóstico principal diferente de bronquitis aguda, antecedentes de neumopatías crónicas graves diferentes al asma bronquial bien controlada, y registros duplicados. Los pacientes con diagnóstico previo de asma intermitente o persistente leve fueron incluidos únicamente si consultaron por un cuadro clínico agudo compatible con bronquitis aguda.

Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, manifestaciones clínicas, complicaciones asociadas y tratamiento recibido. Las manifestaciones clínicas comprendieron tos, fiebre, sibilancias, disnea y rinorrea. Las complicaciones asociadas incluyeron la exacerbación del asma, la otitis media aguda, la neumonía y la insuficiencia respiratoria aguda, registrándose de manera múltiple o independiente según la evolución clínica documentada en cada historia clínica.

La recolección de datos se realizó mediante la revisión documental de las historias clínicas electrónicas. El servicio de estadística hospitalaria proporcionó el listado inicial de registros que cumplían con el diagnóstico o código CIE-10 de interés. Posteriormente, los investigadores revisaron cada historia clínica para confirmar la edad del paciente, el diagnóstico, la fecha de atención, los criterios de inclusión y exclusión y la disponibilidad de las variables estudiadas, se incluyó un solo registro por paciente.

La información obtenida se registró en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. Para evitar duplicaciones, se verificó el número de historia clínica, fecha de nacimiento, fecha de atención. Posteriormente, la base de datos fue exportada al programa IBM SPSS Statistics, versión 25, para el análisis estadístico.

Para el análisis estadístico, las variables estudiadas se analizaron como variables cualitativas y categóricas, para las cuales se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes.

Doi: https://doi.org/10.63688/8knxk333

La investigación respetó los principios de confidencialidad, anonimato y protección de datos personales. A cada registro se le asignó un código de identificación, sin incorporar nombres, números de documento ni otros datos directamente identificables en la base de análisis. El estudio contó con la autorización institucional del Hospital del Niño "Dr. Francisco Icaza Bustamante" y con la aprobación académica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Asimismo, El comité de ética de la UCSG y el departamento de docencia del hospital, aprobó la utilización retrospectiva de las historias clínicas sin consentimiento informado directo, debido a que el estudio utilizó información previamente registrada y los datos fueron analizados de forma codificada y anonimizada.

3. RESULTADOS

Se incluyeron 83 pacientes pediátricos con diagnóstico de bronquitis aguda atendidos durante el periodo de estudio. Los resultados se presentan de acuerdo con las variables epidemiológicas, manifestaciones clínicas, complicaciones y tratamiento recibido.

Tabla 1.

Características epidemiológicas de la población de estudio.

Variable	N°	%
Sexo		
Masculino	51	61,4%
Femenino	32	38,6%
EDAD (AÑOS)		
2 a 4 años	37	44,6%
5 a 8 años	29	34,9%
9 a 12 años	17	20,5%

Fuente: Base de datos del estudio, Hospital del Niño "Dr. Francisco de Icaza Bustamante", 2023.

Nota: Se incluyeron 83 pacientes pediátricos con diagnóstico de bronquitis aguda. El sexo masculino fue el más frecuente, con 51 pacientes (61,4%), mientras que el sexo femenino representó 32 casos (38,6%). En relación con la edad, el grupo de 2 a 4 años presentó la mayor frecuencia, correspondiente a 37 pacientes (44,6%), seguido del grupo de 5 a 8 años con 29 pacientes (34,9%) y del grupo de 9 a 12 años con 17 pacientes (20,5%).

Tabla 2.

Frecuencia de manifestaciones clínicas según el grupo etario.

Manifestaciones clínicas	2–4 años (n=37)		5–8 años (n=29)		9–12 años (n=17)		Total (n=83)	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%
Tos	36	97,3	27	93,1	14	82,4	77	92,8
Fiebre	24	64,9	18	62,1	10	58,8	52	62,7
Sibilancias	22	59,5	15	51,7	6	35,3	43	51,8
Disnea	13	35,1	9	31,0	4	23,5	26	31,3
Rinorrea	19	51,4	13	44,8	5	29,4	37	44,6

Fuente: Base de datos del estudio, Hospital del Niño "Dr. Francisco de Icaza Bustamante", 2023.

Nota: En cuanto a las manifestaciones clínicas, la tos fue el síntoma más frecuente en todos los grupos etarios, presentándose en 77 pacientes (92,8%). La fiebre se observó en 52 casos (62,7%), seguida de las sibilancias con 43 pacientes (51,8%). La rinorrea estuvo presente en 37 pacientes (44,6%), mientras que la disnea se registró en 26 casos (31,3%). El grupo etario de 2 a 4 años presentó las mayores frecuencias para la mayoría de las manifestaciones clínicas.

Tabla 3.

Tratamiento de la bronquitis aguda en la población de estudio.

Tratamientos	N°	%
Broncodilatadores inhalados	63	75,9%
Antipiréticos (paracetamol/ibuprofeno)	60	72,3%
Lavados nasales / hidratación oral	52	62,7%
Antibióticos	11	13,3%
Nebulizaciones con solución salina	39	47,0%
Corticoides inhalados u orales	17	20,5%

Fuente: Base de datos del estudio, Hospital del Niño "Dr. Francisco de Icaza Bustamante", 2023.

Nota: En relación con el tratamiento administrado, los broncodilatadores inhalados fueron los más utilizados, indicados en 63 pacientes (75,9%). Los antipiréticos, como paracetamol e ibuprofeno, se emplearon en el 72,3% de los casos, mientras que los lavados nasales e hidratación oral se aplicaron en 52 pacientes (62,7%). Las nebulizaciones con solución salina se registraron en el 47,0% de los pacientes. El uso de corticoides inhalados u orales correspondió al 20,5%, y los antibióticos fueron administrados en menor proporción, observándose en 11 pacientes (13,3%).

Figura 1.

Complicaciones y eventos asociados en la población de estudio

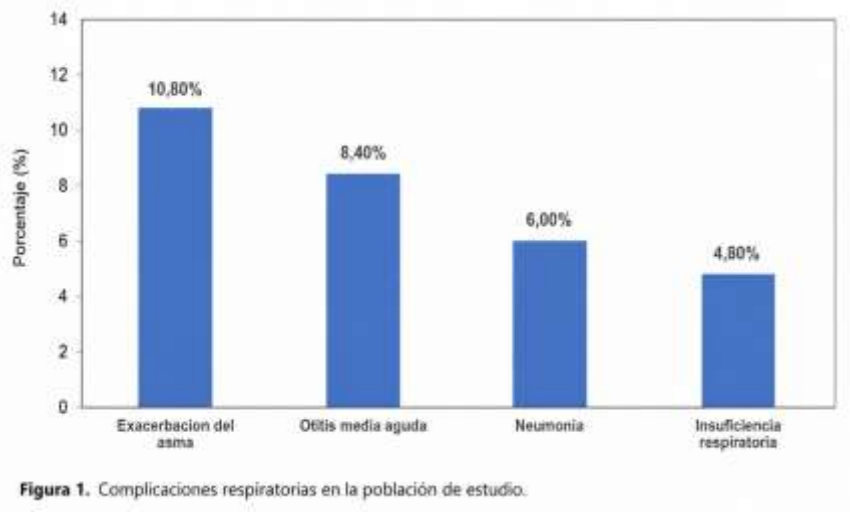


Figura 1. Complicaciones respiratorias en la población de estudio.

Nota: Complicaciones y eventos asociados en la población de estudio (n=83). Los valores porcentuales y frecuencias absolutas corresponden a: Exacerbación del asma n=9 (10,8\%), otitis media aguda n=7 (8,4\%), neumonía n=5 (6,0\%) e insuficiencia respiratoria n=4 (4,8\%). El total excede el 100\% debido a que un mismo paciente pudo presentar más de una complicación durante su evolución clínica.

4. DISCUSIÓN

El presente estudio permitió caracterizar clínica y epidemiológicamente a 83 pacientes pediátricos de 2 a 12 años con diagnóstico de bronquitis aguda atendidos en un hospital de referencia de Guayaquil.El predominio del sexo masculino (61,4%) y la relación varón:mujer de 1,6:1 observada en nuestra cohorte son consistentes con la literatura internacional, que describe una mayor predisposición a infecciones respiratorias bajas en varones, con proporciones que oscilan entre 1,5 y 2:1. Asimismo, la tos como síntoma cardinal (92,8%)

respalda los hallazgos reportados por Koehler et al. y Little et al. en población infantil (2). La insuficiencia respiratoria se presentó en el 4,8% de los pacientes. Aunque la bronquitis aguda no complicada suele tener un curso autolimitado, este hallazgo indica que pueden presentarse formas clínicas de mayor gravedad o posibles solapamientos diagnósticos en la población hospitalaria estudiada. Por tratarse de un estudio retrospectivo y realizado en un hospital de referencia, estos resultados no permiten establecer la evolución natural de la bronquitis aguda en la población pediátrica general.

En relación con el manejo terapéutico, la antibioticoterapia se utilizó en el 13,3% de los pacientes. Este resultado describe la práctica terapéutica observada, pero no permite valorar por sí solo la pertinencia de la indicación, debido a que el estudio no evaluó sistemáticamente la gravedad clínica, los criterios utilizados para prescribir antibióticos ni la confirmación etiológica de los casos. En estudios pediátricos de infección respiratoria baja no complicada, la antibioticoterapia no ha demostrado un beneficio clínicamente importante sobre la duración de los síntomas cuando no existe sospecha de neumonía; sin embargo, estos resultados no deben extrapolarse automáticamente a pacientes con insuficiencia respiratoria o enfermedad grave (3).

Aunque la literatura describe que la bronquitis aguda pediátrica es predominantemente viral, la proporción de casos atribuible a cada agente no pudo determinarse en el presente estudio. No se realizó identificación microbiológica sistemática mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ni paneles moleculares para la detección de virus respiratorios. Por tanto, la etiología se estableció a partir del diagnóstico clínico registrado en la historia clínica, lo que constituye una limitación metodológica y limita la posibilidad de relacionar los agentes causales con las manifestaciones clínicas, las complicaciones o el tratamiento recibido (2).

En consecuencia, la etiología se estableció únicamente a partir del diagnóstico clínico registrado en la historia clínica, lo que impide confirmar la participación de agentes específicos y constituye una limitación metodológica del estudio (2). Por lo tanto, la baja frecuencia de prescripción de antibióticos no puede atribuirse de manera directa a una confirmación etiológica viral, sino que debe interpretarse como un hallazgo clínico que sugiere una tendencia general hacia un uso racional de antimicrobianos, coherente con las recomendaciones internacionales para evitar la resistencia bacteriana frente a cuadros autolimitados. Por otro lado, la elevada frecuencia en el uso de broncodilatadores

inhalados (75,9%) abre un debate importante sobre la práctica clínica local. Si bien ensayos clínicos rigurosos y guías especializadas como las de la CHEST Expert Cough Panel y el ensayo ARTIC PC no recomiendan el uso rutinario de broncodilatadores en infecciones respiratorias bajas no complicadas en niños sin hiperreactividad bronquial demostrada (8), estos resultados deben interpretarse con cautelaEl diseño retrospectivo de esta investigación y la información incompleta disponible en las historias clínicas limitaron la evaluación de variables relevantes, como los antecedentes de sibilancias recurrentes, el diagnóstico previo de asma, los antecedentes atópicos y la gravedad clínica inicial, incluida la presencia de signos de obstrucción bronquial o el uso de escalas estandarizadas de dificultad respiratoria al ingreso. En consecuencia, no fue posible determinar si el uso de broncodilatadores correspondió a una prescripción rutinaria o a una indicación clínica asociada con sibilancias, broncoespasmo u obstrucción reversible, ni clasificarlo como sobreutilización injustificada.

Es posible que algunos pacientes presentaran sibilancias relacionadas con la infección, hiperreactividad bronquial transitoria o un componente obstructivo agudo que influyera en la decisión terapéutica; sin embargo, estas explicaciones no pudieron confirmarse con la información disponible y deben considerarse hipótesis, no hallazgos del presente estudio. La evidencia disponible distingue entre el uso rutinario de broncodilatadores para la tos asociada con bronquitis y su posible utilización en niños seleccionados con sibilancias u obstrucción bronquial, por lo que la indicación clínica debe interpretarse según la presentación individual (9).

Se recomienda que futuros estudios prospectivos registren de forma sistemática los antecedentes de asma y atopia, la historia de sibilancias recurrentes, la presencia de sibilancias y signos de obstrucción al ingreso, la saturación de oxígeno, la gravedad clínica mediante una escala validada, la respuesta al broncodilatador y los criterios utilizados para iniciar o suspender dicho tratamiento.

Este estudio presenta ciertas limitaciones inherentes a su diseño. Al tratarse de una investigación retrospectiva basada en la revisión de historias clínicas electrónicas de un único centro hospitalario (Hospital del Niño “Dr. Francisco Icaza Bustamante”), los datos están sujetos a los sesgos propios del registro clínico institucional y a posibles pérdidas de información en expedientes incompletos. Asimismo, la muestra final de 83 pacientes restringida por criterios de selección y obtenida mediante un muestreo no

probabilístico por conveniencia restringe la representatividad de la población, por lo que los resultados no pueden ser extrapolados de manera directa a la atención primaria en salud ni a otras regiones del Ecuador. Pese a estas limitaciones, el estudio aporta información basal relevante sobre el perfil clínico y terapéutico de la bronquitis aguda en el contexto hospitalario ecuatoriano, sentando bases metodológicas para el diseño de futuros estudios prospectivos y multicéntricos que evalúen de forma integral la etiología viral, la gravedad clínica y los criterios de prescripción farmacológica en pediatría.

5. CONCLUSIÓN

Se observó un predominio del sexo masculino (61,4%) y del grupo etario de 2 a 4 años (44,6%) entre los 83 pacientes estudiados.

La tos constituyó la manifestación clínica predominante (92,8%), seguida de fiebre (62,7%) y sibilancias (51,8%), con mayores frecuencias en el grupo de 2 a 4 años para la mayoría de los síntomas.

Las complicaciones fueron poco frecuentes, siendo la exacerbación del asma (10,8%) y la otitis media aguda (8,4%) las más reportadas; la insuficiencia respiratoria se presentó en 4,8% de los casos.

El tratamiento se orientó principalmente al uso de broncodilatadores inhalados (75,9%) y antipiréticos (72,3%), mientras que la antibioticoterapia fue utilizada en 13,3% de los pacientes.

Se requieren estudios prospectivos y multicéntricos con identificación etiológica viral y evaluación de la gravedad clínica que permitan optimizar la indicación de broncodilatadores y antibióticos y fortalecer la vigilancia epidemiológica pediátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith MP, Lown M, Singh S, Ireland B, Hill AT, Linder JA, et al. Acute cough due to acute bronchitis in immunocompetent adult outpatients: CHEST expert panel report. Chest. 2020;157(5):1256-1265. https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.01.044

2. Koehler U, Hildebrandt O, Fischer P, Gross V, Sohrabi K, Timmesfeld N, et al. Time course of nocturnal cough and wheezing in children with acute bronchitis monitored by lung sound analysis. Eur J Pediatr. 2019;178(9):1385-1394. https://doi.org/10.1007/s00431-019-03426-4

3. Little P, Read RC, Becque T, Francis NA, Hay AD, Stuart B, et al. Antibiotics for lower respiratory tract infection in children presenting in primary care (ARTIC-PC): the predictive value of molecular testing. Clin Microbiol Infect. 2022;28(9):1238-1244. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.02.033

4. Everard ML, Hind D, Ugonna K, Freeman J, Bradburn M, Cooper CL, et al. SABRE: a multicentre randomised control trial of nebulised hypertonic saline in infants hospitalised with acute bronchiolitis. Thorax. 2014;69(12):1105-1112. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2014-205953

5. Charlton CL, Babady E, Ginocchio CC, Hatchette TF, Jerris RC, Li Y, et al. Practical guidance for clinical microbiology laboratories: viruses causing acute respiratory tract infections. Clin Microbiol Rev. 2019;32(1). https://doi.org/10.1128/CMR.00042-18

6. Tian J, Wang XY, Zhang LL, Liu MJ, Ai JH, Feng GS, et al. Clinical epidemiology and disease burden of bronchiolitis in hospitalized children in China: a national cross-sectional study. World J Pediatr. 2023;19(9):851-863. https://doi.org/10.1007/s12519-023-00688-9

7. Hannon CP, Fillingham YA, Spangehl MJ, Karas V, Kamath AF, Casambre FD, et al. The efficacy and safety of periarticular injection in total joint arthroplasty: a direct meta-analysis. J Arthroplasty. 2022;37(10):1928-1938.e9. https://doi.org/10.1016/j.arth.2022.03.045

8. Addington WW. The side effects and interactions of antituberculosis drugs. Chest. 1979;76(6 Suppl):782-784. https://doi.org/10.1378/chest.76.6_supplement.782

9. Backman K, Helminen M, Kekäläinen E, Mikkola I, Nieminen T, Nuolivirta K, et al. Working group summary of the 2023 full update of the Finnish national guidelines for paediatric lower respiratory tract infections. Acta Paediatr. 2025;114(2):248-257. https://doi.org/10.1111/apa.17481

CONFLICTO DE INTERESES

No existe.

ISSN: 3091-1567
Vol. 3 Núm. 1 (2026)

FINANCIAMIENTO
No aplica.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA
Conceptualización: Melanie Michelle Torres Erazo, Laura Michelle Castro Chávez, Diana Carolina Llanos Cortez, Arelys Carolina Verdesoto Lino y Jeniffer Jimena Merchan Chancay.
Metodología: Melanie Michelle Torres Erazo, Laura Michelle Castro Chávez, Diana Carolina Llanos Cortez, Arelys Carolina Verdesoto Lino y Jeniffer Jimena Merchan Chancay.
Investigación: Melanie Michelle Torres Erazo, Laura Michelle Castro Chávez, Diana Carolina Llanos Cortez, Arelys Carolina Verdesoto Lino y Jeniffer Jimena Merchan Chancay.
Redacción – borrador original: Melanie Michelle Torres Erazo, Laura Michelle Castro Chávez, Diana Carolina Llanos Cortez, Arelys Carolina Verdesoto Lino y Jeniffer Jimena Merchan Chancay.
Redacción – revisión y edición: Melanie Michelle Torres Erazo, Laura Michelle Castro Chávez, Diana Carolina Llanos Cortez, Arelys Carolina Verdesoto Lino y Jeniffer Jimena Merchan Chancay.

Doi: https://doi.org/10.63688/8knxk333