



Bronquiolitis y fiebre persistente

Dra. María Rosa Albañil Ballesteros
Pediatra CS Cuzco, Fuenlabrada, Madrid
Octubre 2025

♀, 6 meses de edad.

Niña sana, calendario vacunal al día e inmunizada frente a VRS.
Inmunización materna frente a tosferina en el embarazo.

1ª consulta (abril 2025), urgencia hospitalaria:

- rinorrea 7 días, tos 4 días, fiebre 24 horas.
- Rechazo parcial de la alimentación. No ambiente epidémico familiar.

EF:

- SpO2 90 % basal
- No distrés. Tos laríngea y disfonía.
- AP: ventilación simétrica, sibilantes espiratorios y ruidos de vías altas.

Tto a prueba de salbutamol: mejoría.

♀, 6 meses de edad.

Recibe en urgencias tres tandas de salbutamol (cámara espaciadora y mascarilla) y lavado nasal.

SpO2 96% posterior.

AP ventilación simétrica sin sibilantes, con ruidos de vías altas.

Diagnóstico:

Bronquiolitis Aguda Leve

Tratamiento:

- Salbutamol con cámara espaciadora y mascarilla: 2-3 puff cada 4-6 horas



2ª consulta (urgencia hospitalaria), 24 horas después

Muy irritable. Hiporexia. Un vómito. Cianosis acral con pico febril.

EF: Tª: 37.9°C, Sat O2: 98% FC: 180 lpm.

Triángulo de evaluación pediátrica: inestable (dificultad respiratoria).

Respiratorio: Buena ventilación bilateral, simétrica con presencia de algún sibilante en la auscultación. Tos laríngea. Afonía. Ruidos de vías altas.

Tto: Se administra una dosis de dexametasona vía oral a 0.3 mg/Kg.

Alta sin dificultad respiratoria.

3ª Consulta (urgencia hospitalaria):

mantiene fiebre (5 días y hasta 39,5°C), escasa ingesta y tendencia al sueño.

Constantes: TAS: 114 mmHg TAD: 75 mmHg FC: 150 lpm FR: 70 rpm Tº: 38.3 °C Saturación: 97 % (con llanto).

BEG. No exantemas ni petequias. Mucosas húmedas. Relleno capilar menor de 2 seg. No trabajo respiratorio.

Bronquiolitis aguda (BA)

- primer episodio de dificultad respiratoria bronquial distal en un menor de 2 años, precedido de síntomas catarrales
- infección respiratoria aguda, viral (VRS más frecuente)
- inflamación, edema, aumento de secreciones y necrosis celular. Tapones, obstrucción, zonas de atelectasia e hiperinsuflación
- cuadro catarral inicial, tos y dificultad respiratoria con o sin aumento del trabajo respiratorio
- ACP: sibilancias y/o crepitantes y/o espiración alargada
- diagnóstico clínico: no se recomiendan pruebas complementarias
- tratamiento: garantizar la oxigenación e hidratación
 - no se recomiendan fármacos

Puede complicarse o asociarse a otitis media (30-50%) y neumonía (15%)

https://seup.org/wpcontent/uploads/2024/04/5_Bronquiolitis_4ed.pdf

***Fiebre en bronquiolitis:**

- alrededor de 30% de casos
- suele ser $< 39^{\circ}\text{C}$

En bronquiolitis **considerar presencia de coinfecciones si:**

- Fiebre*
- aumento de la dificultad respiratoria
- empeoramiento del estado general tras un periodo de mejoría
- Considerar: neumonía, otitis media aguda o infección urinaria
- Considerar diagnóstico de neumonía si hay fiebre alta (39°C) NICE

ITU

- **Crecimiento** significativo de gérmenes en tracto urinario en orina recogida de manera estéril **asociado a sintomatología** compatible
- En lactantes los síntomas son poco específicos y la fiebre es el signo más frecuente
- Ante la presencia de FSF en lactantes es obligado descartar ITU

[Prevalencia de las infecciones del tracto urinario en niños menores de 2 años con fiebre alta en los servicios de urgencias.](#) An Pediatr (Barc). 2019;91:386-93.

[Lactante febril. PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA SEUP. 2024](#)

Bacteriuria asintomática

- **Crecimiento** significativo de gérmenes en tracto urinario en orina recogida de manera estéril en un paciente **asintomático**
- No debe tratarse de manera rutinaria

Diagnóstico ITU

- **Crecimiento** significativo de gérmenes en tracto urinario en orina recogida de manera estéril **asociado a sintomatología** compatible
- En lactantes los síntomas son poco específicos y la fiebre es el signo más frecuente
- Ante la presencia de FSF en lactantes es obligado descartar ITU

Prevalencia de las infecciones del tracto urinario en niños menores de 2 años con fiebre alta en los servicios de urgencias. An Pediatr (Barc). 2019;91:386-93.

Lactante febril. PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA SEUP. 2024

Bacteriuria asintomática

- **Crecimiento** significativo de gérmenes en tracto urinario en orina recogida de manera estéril en un paciente **asintomático**
- No debe tratarse de manera rutinaria

No basta crecimiento significativo

ITU

Crecimiento
Significativo
en muestra
adecuada

Síntomas

Bacteriuria asintomática

Crecimiento
Significativo
en muestra
adecuada

**No
síntomas**

¿Es frecuente solicitar estudios de orina en niños con sintomatología viral y sin síntomas genitourinarios?

¿Es frecuente solicitar estudios de orina en niños con sintomatología viral y sin síntomas genitourinarios?



- Estudio (2014-2019)
- servicios de urgencias
- niños 2 meses a 17 años
- con síntomas virales (respiratorios, diarrea o exantema, **sin síntomas genitourinarios**)

- El 38% de análisis de orina se realizó en estos pacientes.
- La probabilidad de realizarlo fue:
 - mayor en niñas de 12 a 17 años (20%) y de 6 a 11 años (13%)
 - más baja para los varones de 2 meses a <2 años

Conclusiones

Las pruebas de orina en niños con síntomas de enfermedades virales u otras infecciones no urinarias se realizan con frecuencia

Estas pruebas, potencialmente evitables, se realizaron de forma desproporcionada **en grupos de mayor edad, con menor riesgo de infección urinaria.**

ITU

Crecimiento
Significativo
en muestra
adecuada

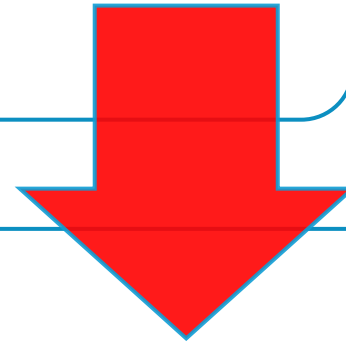
Síntomas

Bacteriuria asintomática

Crecimiento
Significativo
en muestra
adecuada

**No
síntomas**

La recogida de urocultivo
en ausencia de síntomas
(o con muestra
inadecuada)



Falsos diagnósticos
de ITU

ITU y bronquiolitis

¿Puede un paciente con bronquiolitis presentar coinfección con una infección bacteriana grave (IBS)?

¿Puede un paciente con bronquiolitis presentar a la vez una ITU?

¿Está indicado solicitar estudios de orina en niños con focalidad respiratoria y en ausencia de síntomas urinarios?

- Coinfección por virus respiratorios e IBS en < 90 días, 9% en general.
[Pediatr Infect Dis J. 2019; 38\(4\): 355-61.](#)
- En < 60 días con infección viral: 3,7% tuvieron infección bacteriana grave y 2,8% ITU.
[J Pediatr. 2018; 203: 86-91.e2](#)
- En < de 28 días con y sin VRS, infección bacteriana grave en 11,5% y 15,3%
[Pediatr Emerg Care. 2016 May;32\(5\):286-9.](#)
- En pacientes febriles <29 días con diagnóstico microbiológico de gripe. Se identificó un caso de IBI, 0,9%; ITU: 6,3%
[Infecciones bacterianas invasivas en neonatos febriles con infección por el virus influenza](#)



- Lactantes entre 61 y 90 días con fiebre $\geq 38^{\circ}$ con virus respiratorios detectados:
 - ITU 4.4 % en el grupo con virus, 12.5 % en el grupo sin virus.
 - bacteriemia 1.0 % en el grupo con virus, 3.0 % en el grupo sin virus.
 - meningitis bacteriana: 0 en grupo con virus, 4 casos en el grupo sin virus.
- los lactantes con influenza, virus sincial respiratorio (VSR) o SARS-CoV-2 tenían un riesgo más bajo de bacteriemia e ITU.

Conclusiones

- La punción lumbar podría no ser necesaria en lactantes con virus respiratorio confirmado y sin otros signos de gravedad.
- El hemocultivo puede considerarse según el tipo de virus y el contexto clínico.
- La evaluación urinaria sigue siendo recomendable, dado que el 4 % de los lactantes con virus presentaron ITU.

- [Risk of Bacterial Infections in Febrile Infants 61 to 90 Days Old With Respiratory Viruses](https://doi.org/10.1542/peds.2025-070617). Pediatrics. 2025 Jul 1;156(1):e2025070617. doi: 10.1542/peds.2025-070617 <https://doi.org/10.1542/peds.2025-070617>

- 168 lactantes febriles de entre 8 y 60 días de edad en el servicio de urgencias, polimerasa multiplex (PCRm) para detección de patógenos (3 bacterias y 18 virus) :

Positividad para virus 61,3%

- 12,5% de infecciones bacterianas graves (IBG),
- 3,6% de infecciones bacterianas invasivas (IBI)
- 8,9% de infecciones del tracto urinario (ITU)

Los casos positivos para PCRm mostraron frecuencias más bajas de IBG, IBI e ITU: Tasa en el grupo de PCRm POSITIVA: IBS 5%, IBI 1%, ITU 4%.

- La positividad ante virus respiratorios no excluye la presencia de una IBI o ITU.

[Performance of Viral Multiplex Polymerase Chain Reaction Testing in Young Febrile Infants at a Pediatric Emergency Department.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p e267-e269, July 2025.



- ITU incidencia de 5% en Bq: despistaje (TRO) ante fiebre elevada ($> 39,5^{\circ}\text{C}$) de forma persistente. https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/5_Bronquiolitis_4ed.pdf
- ITU en los lactantes con bronquiolitis, prevalencia 3%, (0,8% si criterios AAP)
[Bronquiolitis aguda en Urgencias de Pediatría. Exámenes complementarios y tratamiento. Revisión de la literatura \(I\) Emerg Pediatr. 2022; 1\(1\): 22-29](#)
- Los bebés febriles de 2 a 12 meses de edad con bronquiolitis tienen una incidencia clínicamente significativa de infecciones urinarias, lo que sugiere que se debe considerar la evaluación de infecciones urinarias en estos pacientes.
https://journals.lww.com/pec-online/abstract/2021/12000/assessing_the_utility_of_urine_testing_in_febrile.72.aspx

Pruebas complementarias en lactantes con bronquiolitis



- análisis de orina y urocultivo* en:
 - lactantes menores de 60-90 días con fiebre
 - lactantes mayores febriles que tienen factores de riesgo de infecciones del tracto urinario

*PREDIT (Guía australiana): en lactantes febriles menores de 2 meses. NICE y AAP: no se menciona

- hematimetría, reactantes de fase aguda (proteína C reactiva, procalcitonina) y hemocultivo en**:
 - todos los recién nacidos menores de 28 días con fiebre
 - dudas en lactante febril menor de 2-3 meses con infección vírica
- **AAP para la evaluación y el manejo de lactante febril menor de 60 días excluye al paciente con bronquiolitis. PREDIT: no recomendado. NICE y AAP: no se menciona.

[Emerg Pediatr. 2022; 1\(1\): 22-29](#)

** [Pediatrics. 2021; 148\(2\): e2021052228.](#)

- ante fiebre > 39°C persistente, descartar ITU



3ª Consulta, urgencia hospitalaria:

mantiene fiebre (5 días y hasta 39,5°C), escasa ingesta y tendencia al sueño.

Constantes: TAS: 114 mmHg TAD: 75 mmHg FC: 150 lpm FR: 70 rpm Tº: 38.3 °C

Saturación: 97 % (con llanto).

BEG. No exantemas ni petequias. Mucosas húmedas. Relleno capilar menor de 2 seg.
No trabajo respiratorio.

Considerar la presencia de coinfecciones (neumonía, otitis media aguda o infección urinaria) si:

- fiebre prolongada, persistente
- aumento de la dificultad respiratoria
- empeoramiento del estado general tras un periodo de mejoría

Considerar diagnóstico de neumonía si hay fiebre alta (39°C)

3ª Consulta, urgencia hospitalaria:

Datos de alarma: mantiene fiebre (5 días y hasta 39,5°C), escasa ingesta y tendencia al sueño.

Constantes: TAS: 114 mmHg TAD: 75 mmHg FC: 150 lpm FR: 70 rpm Tº: 38.3 °C Saturación: 97 % (con llanto).

BEG. No exantemas ni petequias. Mucosas húmedas. Relleno capilar menor de 2 seg. No trabajo respiratorio.

Se inicia estudio:

- Radiografía de tórax: sin hallazgos significativos.

3ª Consulta:

- TRO (bolsa): pH 6, densidad 1005, leucocitos +++, hematíes +
- Sistemático de orina (sondaje) : pH 6.5 Densidad 1010 Leucocitos * 500 cel/mcL proteínas * 15 mg/dL Nitritos Negativo. Sedimento automático: Hematíes 3-5/c Leucocitos 40-60/c Bacterias Ligera bacteriuria
- Se recoge urocultivo (sondaje)
- Hemograma: Leucocitos * 34240, Neutrófilos * 21.470×10^3 /mcL CAYADOS: 1% METAMIELOCITOS: 2. No se observan blastos No se observan linfocitos atípicos CAYADOS: 1%METAMIELOCITOS: 2. Hemoglobina * 10.40 g/dL Plaquetas * 706×10^3
- Bioquímica: Urea 17 mg/dL [10 - 35] Creatinina 0.23 mg/dL [0.10 -0.36] Sodio * 130 mEq/L [137 - 146] PCR: 311 mg/L

JC: Sospecha de ITU febril

ingreso y antibioterapia iv empírica: cefotaxima 200mg/Kg/día



- **Ecografía abdomino-pélvica:**
- Riñón izquierdo aumentado de tamaño respecto al contralateral (72 mm de diámetro longitudinal respecto a los 58 mm de diámetro del riñón izquierdo), con adecuado grosor cortical.
- Se observan áreas parcheadas hiperecogénicas mal definidas que borran la diferenciación corticomedular en parénquima renal izquierdo con engrosamiento mural urotelial pielocalicial, hallazgos sugerentes de pielonefritis aguda. No se visualizan colecciones intra ni perirrenales. Ausencia de líquido libre.
- Riñón derecho de tamaño, morfología y situación normal.
- No se observa dilatación de la vía excretora urinaria.
- Vejiga parcialmente rellena, con material ecogénico que se moviliza tras los cambios de posición en relación con detritus/debris.
- Conclusión: **Hallazgos sugerentes de pielonefritis aguda izquierda.** Detritus intravesical.

- A 48 horas de ingreso:
- Leucocitos $17.29 \times 10^3/\text{mcl}$. Neutrófilos $5.62 \times 10^3/\text{mcl}$. Plaquetas * 699. Hemoglobina * 10.80 g/dL
- Urea * 8 mg/dL. Creatinina 0.29 mg/dL. [0.10 - 0.36] Sodio 137 mEq/L
- PCR * 102 mg/L [0 - 5]
- Urocultivo

MAS DE 100.000 UFC/ML DE ESCHERICHIA COLI

	<i>ESCHERICHIA COLI</i>	
	Valoración	C.M.I
AMPICILINA	S	≤ 4
GENTAMICINA	S	≤ 2
ACIDO NALIDIXICO	S	≤ 16
FOSFOMICINA	S	≤ 8
COTRIMOXAZOL	S	$\leq 2/38$
NITROFURANTOINA	S	≤ 64

Evolución:

- picos febriles de hasta 39.1°C durante las primeras 24 horas, posteriormente afebril.
- leve tos y rinorrea con AP: normal, sin dificultad respiratoria.
- Ingesta oral conservada. Hemodinámicamente estable.
- Atb iv 3 días + 1 dosis,
- Atb oral durante 7 días (hasta el día 22/04/2025)

Amoxicilina-clavulánico (250mg/62.5mg/5ml) 2.5 ml cada 8 horas

.- Hemocultivo: negativo en el momento del alta.

TA 94/56 mmHg

Conclusiones

- Bql es un proceso respiratorio de etiología viral
- Habitualmente no precisa PPCC
- Ante persistencia de fiebre sobre todo elevada es preciso descartar coinfección bacteriana:
 - OMA, Neumonía e ITU
- En niños mayores con sintomatología viral y ausencia de síntomas génitourinarios no es preciso realizar analítica de orina

Nota de la autora:

En este caso, centramos la discusión en la posible situación de coinfección.

No analizamos el tratamiento empírico ni dirigido, una eventual desescalada, su duración, ni el seguimiento a realizar.

- Benito Fernández J, Paniagua Calzón N. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). 3ª Edición. 2019. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/5_Bronquio.pdf
- Callén Blecua M, Praena Crespo M, García Merino A, Mora Gandarillas I, Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Bronquiolitis Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-4) [consultado 2/11/20]. Disponible en: <https://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos>
- Cano Garcinuño A, Mora Gandarillas I, García Merino A. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Bronquiolitis. AEPap. 2016 (en línea) consultado el 02/11/2020. Disponible en <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/32/bronquiolitis>
- Ralston SI, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics. 2014; 134 (5) :e1474-e1502.
- Bronchiolitis in children: NICE guideline. Mayo 2015. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng9>
- O'Brien S, Borland ML, Cotterell E, Armstrong D, Babl F, Bauert P, et al. Australasian bronchiolitis guideline. J Pediatr Child Health. 2019;55:42-53.
- Friedman JN, et al.; Canadian Paediatric Society. Bronchiolitis: Recommendations for diagnosis, monitoring and management of children one to 24 months of age. Paediatr Child Health. 2014;19(9):485-91.
- Hampton E, Abramson E. Less is More: Evidence-Based Management of Bronchiolitis. Pediatr Ann. 2017;46:e252-6.





- Nicholson EG, Avadhanula V, Ferlic-Stark L, Patel K, Gincoo KE, Piedra PA. The Risk of Serious Bacterial Infection in Febrile Infants 0-90 Days of Life With a Respiratory Viral Infection. *Pediatr Infect Dis J.* 2019 Apr;38(4):355-361. *Pediatr Infect Dis J.* 2019; 38(4): 355-61.
- Mahajan P, Browne LR, Levine DA, Cohen DM, Gattu R, Linakis JG, Anders J, Borgialli D, Vitale M, Dayan PS, Casp TC, Ramilo O, Kuppermann N; Febrile Infant Working Group of the Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). Risk of Bacterial Coinfections in Febrile Infants 60 Days Old and Younger with Documented Viral Infections. *J Pediatr.* 2018 Dec;203:86-91.e2.
- Aparicio Coll A. Infecciones bacterianas invasivas en neonatos febriles con infección por el virus influenza. Anales de Pediatría 103 (2025) 503966
- Aronson PL, Mahajan P, Nielsen B, Olsen CS, Meeks HD, Grundmeier RW, Kuppermann N; PECARN Registry Working Group. Risk of Bacterial Infections in Febrile Infants 61 to 90 Days Old With Respiratory Viruses. *Pediatrics.* 2025 Jul 1;156(1):e2025070617.
- Oshikata S, Amagasa S, Shoji K, Uematsu. Performance of Viral Multiplex Polymerase Chain Reaction Testing in Young Febrile Infants at a Pediatric Emergency Department. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 44(7):p e267-e269, July 2025.
- Elkhunovich, Marsha A. MD*; Wang, Vincent J. MD, MHA[†]; Pham, Phung MS*; Arpilleda, Joyce C. MD[‡]; Clingenpeel, Joel M. MD[§]; Mansour, Karim MD^{||}; Riech, Teresa MD[¶]; Yen, Ken MD[†]; Liu, Deborah R. MD*. Assessing the Utility of Urine Testing in Febrile Infants 2 to 12 Months of Age With Bronchiolitis. *Pediatric Emergency Care* 37(12):p e1104-e1109, December 2021
- Bronquiolitis aguda en Urgencias de Pediatría. Exámenes complementarios y tratamiento. Revisión de la literatura (I) *Emerg Pediatr.* 2022; 1(1): 22-29



- Pavo García MR, Andina Martínez D. Bronquiolitis (v.4/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico
- Wattier RL, Shapiro DJ, Copp HL, Kaiser SV, Hersh AL. Urine Testing in Children with Viral Symptoms: A Nationwide Analysis of Ambulatory Visits, 2014-2019. J Pediatr. 2025 Jun;281:114538.
- Shaikh N, Morone NE, Lopez J, Chianese J, Sangvai S, et al. Does this child have a urinary tract infection? JAMA. 2007;298(24):2895–904.
- Hay AD, Birnie K, John Busby, Busby J, Delaney B, Downing H, et al. The Diagnosis of Urinary Tract infection in Young children (DUTY): a diagnostic prospective observational study to derive and validate a clinical algorithm for the diagnosis of urinary tract infection in children presenting to primary care with an acute illness. Health Technology Assessment. 2016;20(51):1–294.
- McDaniel CE, Ralston SL, Lucas BP, Schroeder AR. Association of diagnostic criteria with urinary tract infection prevalence in bronchiolitis: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics. 2019;173(3):269–77.
- Reaffirmation of AAP clinical practice guideline: the diagnosis and management of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children 2–24 months of age. Pediatrics. 2016;138(6):e20163026.
- Makam AN, Auerbach AD, Steinman MA. Blood culture use in the emergency department in patients hospitalized with respiratory symptoms due to a nonpneumonia illness. J Hosp Med. 2014;9(8):521–4.