

Conocimiento y prácticas de estudiantes de medicina sobre manejo comunitario y prevención de bronquiolitis en menores de dos años

Knowledge and practices of medical students regarding community-based management and prevention of bronchiolitis in children under two years of age

Lourdes Isabel Talavera Toñáñez¹ , Claudia Elizabeth González Torres² 

¹Universidad Centro Médico Bautista. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: La bronquiolitis es una enfermedad respiratoria viral, causada por el Virus Respiratorio Sincitial (VRS), más comúnmente en niños menores de 2 años. El objetivo de este estudio es: Determinar el conocimiento y prácticas en el manejo comunitario y prevención de la bronquiolitis en menores de 2 años, de los estudiantes de Medicina. **Material y Métodos:** Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo, y de corte transversal. La muestra fue de 92 estudiantes de medicina del cuarto y quinto año, Universidad Centro Médico Bautista. Asunción, Paraguay, durante diciembre de 2025 y primer trimestre 2026. Mediante una encuesta, previo consentimiento informado, se aplicó un formulario de Google Forms, con una escala de Likert. Las puntuaciones obtenidas por los estudiantes presentaron una media global de 3,91 (DE = 0,42; rango observado: 2,00–5,00). La consistencia interna del cuestionario, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach en la muestra estudiada, fue de 0,799. **Resultados:** El nivel de conocimiento es alto en las dimensiones: Signos y síntomas, cuidados domiciliarios, soporte terapéutico y prevención. Las medidas de higiene y control ambiental bordean la unanimidad. En cuanto al soporte terapéutico, muestra rechazo al uso irracional de antibióticos, pero existe una discrepancia en cuanto a antitusivos y mucolíticos. La aplicación de Nirsevimab en lactantes con comorbilidades presentó alta dispersión (DE = 1,30), lo que sugiere que la

ABSTRACT

Introduction: Bronchiolitis is a viral respiratory disease caused by respiratory syncytial virus (RSV), most commonly affecting children under two years of age. Objective: To determine the knowledge and practices of medical students regarding the community-based management and prevention of bronchiolitis in children under two years of age. **Materials and Methods:** An observational, quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted among 92 fourth- and fifth-year medical students at Universidad Centro Médico Bautista, Asunción, Paraguay, during December 2025 and the first quarter of 2026. Following informed consent, participants completed a self-administered questionnaire via Google Forms using a Likert scale. The students' scores had an overall mean of 3.91 (SD = 0.42; observed range: 2.00–5.00). The internal consistency of the questionnaire, estimated using Cronbach's alpha coefficient in the study sample, was 0.799. **Results:** The level of knowledge was high across the domains of signs and symptoms, home care, therapeutic support, and prevention. Hygiene and environmental control measures approached unanimous agreement. Regarding therapeutic support, students demonstrated rejection of the irrational use of antibiotics; however, there was some disagreement regarding the use of antitussives and mucolytics. The application of nirsevimab in infants with comorbidities showed substantial variability (SD = 1.30), suggesting that this preventive strategy has only

Correspondencia: Lourdes Isabel Talavera Toñáñez **correo:** talaveralou@gmail.com

Conflicto de Intereses: Se declara ausencia de conflicto de interés

Financiación: Propia de las autoras

Editor responsable: Leticia Ramírez Pastore  Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Clínica Pediátrica, Medicina Interna. San Lorenzo, Paraguay.

Recibido: 13/05/2026 **Aprobado:** 03/08/2026

DOI: <https://doi.org/10.31698/ped.53022026005>

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

estrategia preventiva es de implementación reciente en el país. **Conclusión:** Es preciso insistir en aspectos relacionados al uso racional de fármacos y prevención de la enfermedad en la comunidad.

Palabras clave: Bronquiolitis, cuidados domiciliarios, nirsevimab, soporte terapéutico.

recently been implemented in the country. **Conclusion:** Greater emphasis is needed on the rational use of medications and the prevention of bronchiolitis in the community.

Keywords: Bronchiolitis, home care, nirsevimab, therapeutic support.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es una infección viral aguda que afecta las vías respiratorias inferiores, siendo una de las enfermedades más prevalentes en niños menores de 2 años, con un impacto significativo en los servicios de urgencias y Atención Primaria, donde representa entre el 4% y el 20% de las consultas pediátricas⁽¹⁾. En Paraguay, el VSR representa una de las principales causas de infección respiratoria aguda en lactantes, especialmente en menores de un año; en 2024, el 60% de los casos de IRAG en este grupo etario⁽²⁾. La etiología principal es el Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Los factores de riesgo reconocidos incluyen la prematuridad, enfermedades pulmonares crónicas como la displasia broncopulmonar, cardiopatías congénitas y edades inferiores a los 6 meses. Asimismo, variables sociales y ambientales, como la asistencia a guarderías, el tabaquismo pasivo en el hogar, la brevedad de la lactancia materna y el bajo nivel socioeconómico, actúan como determinantes críticos en la incidencia y gravedad del cuadro^(3,4-8).

Esta brecha entre el conocimiento técnico disponible y las prácticas de cuidado implementadas en el hogar favorece la aparición de complicaciones que terminan en internaciones evitables, incrementando la saturación de los sistemas de salud y elevando los costos socioeconómicos para las familias. En Paraguay, el VRS es el agente causal predominante. Datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) indican que la circulación viral se intensifica entre marzo y agosto, periodo marcado por un aumento sostenido de las hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)⁽²⁾.

En 2025, el MSPBS integró la inmunización con Nirsevimab como estrategia preventiva para lactantes de alto riesgo, alcanzando coberturas que

superan el 90% en la población objetivo⁽⁸⁾. El rol educativo del médico trasciende el ámbito clínico; es un agente de promoción de salud vital. Desde el pregrado, los estudiantes de Medicina deben formarse para transmitir conocimientos sobre medidas preventivas y cuidados domiciliarios que garanticen una evolución favorable. A pesar de su importancia, existe una escasez de evidencia publicada sobre el nivel de conocimientos y prácticas de estos futuros profesionales respecto al manejo comunitario de la bronquiolitis, tanto a nivel internacional como nacional. Los lineamientos nacionales actuales enfatizan el tratamiento de soporte hidratación, higiene de vías aéreas superiores y vigilancia de signos de alarma y desaconsejan explícitamente el uso rutinario de antibióticos, broncodilatadores, mucolíticos y antitusivos sin indicación clínica precisa.

La presente investigación tiene por objetivo determinar los conocimientos y prácticas sobre el manejo comunitario y prevención de la bronquiolitis en estudiantes de Medicina.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio posee un enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal. La población objetivo incluyó a 127 estudiantes matriculados en el cuarto y quinto año de la carrera de Medicina de la Universidad Centro Médico Bautista, Asunción, Paraguay, durante el periodo comprendido entre diciembre de 2025 y el primer trimestre de 2026.

El marco muestral se basó en el listado oficial proporcionado por la Secretaría Académica. Se utilizó

un muestreo no probabilístico por conveniencia, invitando a participar a todos los estudiantes presentes durante el periodo de recolección de datos, previo cumplimiento de los criterios de inclusión (estudiantes regulares y participación voluntaria). Los criterios de exclusión abarcaron estudiantes en suspensión o con licencias académicas, e instrumentos con inconsistencias graves o incompletos.

El instrumento de recolección fue un cuestionario estructurado mediante Google Forms, utilizando una escala de Likert (1: Muy en desacuerdo; 5: Muy de acuerdo). La validez de contenido se aseguró mediante juicio de expertos ($n=7$), obteniendo un coeficiente de Concordancia W de Kendall de 0,900. La consistencia interna fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha=0,799$). Como limitación estadística, cabe señalar que al combinar ítems de conocimiento teórico con ítems de comportamiento/prácticas autorreportadas, el índice global podría presentar variaciones por la naturaleza heterogénea de los constructos, por lo que se reportan también los alfas por dimensión.

Se obtuvo la aprobación del Comité de ética e investigación institucional para la realización del estudio (Acta diciembre 2025). Se solicitó el consentimiento informado de los participantes garantizando los principios de la Declaración de Helsinki como la autonomía, la justicia y la beneficencia. En todo momento se enfatizó la confidencialidad y el anonimato.

Las variables estudiadas se agruparon en cinco dimensiones temáticas: Factores de riesgo (Exposición al humo de tabaco, Ausencia de lactancia materna y otros). Signos y síntomas, (aleteo nasal, tiraje intercostal y otros). Cuidados domiciliarios (hidratación oral, alimentación adaptada al cuidado y otros), Soporte terapéutico (uso racional de antipiréticos, broncodilatadores o mucolíticos y otros) y Medidas de prevención (lavado de manos, ventilación de ambientes, aplicación de anticuerpo monoclonal en población blanco).

Asuntos estadísticos

El análisis de datos se realizó mediante el software SPSS 27. Se calcularon frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Se

aplicó la prueba de Shapiro-Wilk para verificar la distribución de los datos; dado que ninguna dimensión mostró distribución normal ($p < 0,05$), se utilizaron estadísticos descriptivos robustos. Se consideraron los sesgos de autoselección y deseabilidad social, inherentes a la participación voluntaria y al autorreporte en escalas de actitudes, lo cual limita la generalización estricta de los hallazgos a otras instituciones.

Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del Comité de ética e investigación institucional para la realización del estudio. Se solicitó el consentimiento informado de los participantes garantizando los principios de la Declaración de Helsinki como la autonomía, la justicia y la beneficencia. En todo momento se enfatizó la confidencialidad y el anonimato.

RESULTADOS

Previamente a la recolección de datos, se calculó el tamaño de la muestra mediante la fórmula de Cochran para poblaciones finitas $n = (N \times Z^2 \times p \times q) / ((N - 1) \times e^2 + Z^2 \times p \times q)$ el tamaño muestral mínimo necesario a partir de la población objetivo de 127 estudiantes. Se consideró un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), un margen de error del 5% y máxima variabilidad ($p = q = 0,5$), lo que arrojó un mínimo requerido de 95,63 (≈ 96) estudiantes. La recolección continuó hasta alcanzar dicho mínimo, logrando la participación de 96 estudiantes conforme a los criterios ya descriptos y se logró la participación de 96 estudiantes conforme a los criterios ya descriptos. Posteriormente, durante la depuración de la base de datos se identificaron y eliminaron 4 registros duplicados, quedando conformada la muestra final analizada por 92 estudiantes, con edad media 20-22 años y con asistencia regular.

Estadísticos descriptivos por dimensión e ítem

Factores de Riesgo (Dimensión A): Obtuvo una media de 3,97 ($DE=0,65$). El 68,3% de los participantes se posicionó en acuerdo. Se observó una alta valoración de la orientación profesional ($A5, 93,5\%$), pero una marcada dispersión y ausencia de consenso respecto al hacinamiento familiar como factor de riesgo ($A3$, media 3,02).

Signos y Síntomas (Dimensión B): Alcanzó una media de 4,32 (DE=0,63), con un 83,3% de acuerdo. El reconocimiento de signos graves, como cianosis y necesidad de derivación urgente (B3, B5), mostró niveles superiores al 93%.

Cuidados Domiciliarios (Dimensión C): Con una media de 4,30 (DE=0,64), el 83% de los estudiantes demostró competencias claras sobre el manejo de la fiebre (C2, 93,5%) y la hidratación (C3, 84,8%).

Soporte Terapéutico (Dimensión D): Presentó la media más baja (2,56), debido a la naturaleza inversa de los ítems (donde puntajes bajos indican conoci-

mientos correctos). Existe un alto rechazo al uso innecesario de antibióticos y broncodilatadores. No obstante, el 46,7% de los estudiantes (D3) aún considera el uso de mucolíticos o antitusivos, una práctica desaconsejada.

Prevención (Dimensión E): Fue la dimensión mejor evaluada (media 4,43; 84,3% de acuerdo). Las medidas de higiene ambiental y lavado de manos tuvieron un respaldo casi total. La administración de Nirsevimab (E5) exhibió una alta dispersión (DE=1,30), evidenciando que esta estrategia es percibida como reciente.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y consistencia interna por dimensión (N=92)

Dimensión	n	Media	DE	% Desacuerdo (1-2)	% Indiferente (3)	% Acuerdo (4-5)	α
A – Factores de riesgo	92	3,97	0,65	14,1	17,6	68,3	0,551
B – Signos y síntomas	92	4,32	0,63	5,7	11,1	83,3	0,739
C – Cuidados domiciliarios	92	4,30	0,64	5,2	11,7	83,0	0,740
D – Soporte terapéutico	92	2,56	0,82	52,6	16,4	31,0	0,679
E – Prevención	92	4,43	0,61	4,4	11,4	84,3	0,691
Global (25 ítems)	92	3,91	0,42	--	--	--	0,799

DE: desviación estándar; α : alfa de Cronbach de la dimensión. Escala Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo / Nunca; 5 = Totalmente de acuerdo / Siempre. Los porcentajes de Desacuerdo (1-2), Indiferente (3) y Acuerdo (4-5) se calcularon sobre el total de respuestas individuales por ítem dentro de cada dimensión. En la dimensión D, los ítems D1, D2 y D4 presentan puntuación inversa: una respuesta baja indica conocimiento correcto. † n=91 en los ítems D1, D4, E1 y E3 por presencia de un valor faltante (eliminación por pares).

Tabla 2. Frecuencias, porcentajes y estadísticos descriptivos por ítem (N base = 92)

Ítem	Dimensión	n	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	% Desac. (1-2)	% Ind. (3)	% Acuerdo (4-5)	Media	DE
A1	Exposición al humo de tabaco como factor de riesgo	92	0 (0,0)	1 (1,1)	7 (7,6)	25 (27,2)	59 (64,1)	1,1	7,6	91,3	4,54	0,69
A2	Ausencia de lactancia materna como factor de riesgo	92	4 (4,3)	10 (10,9)	20 (21,7)	20 (21,7)	38 (41,3)	15,2	21,7	63,0	3,85	1,20
A3	Convivencia con numerosos hermanos y salud respiratoria	92	17 (18,5)	16 (17,4)	24 (26,1)	18 (19,6)	17 (18,5)	35,9	26,1	38,0	3,02	1,37
A4	Asistencia a guardería y salud respiratoria	92	8 (8,7)	7 (7,6)	26 (28,3)	18 (19,6)	33 (35,9)	16,3	28,3	55,4	3,66	1,28
A5	Importancia de orientación profesional ante IRA	92	1 (1,1)	1 (1,1)	4 (4,3)	6 (6,5)	80 (87,0)	2,2	4,3	93,5	4,77	0,68
B1	Interpretar aleteo nasal	92	2 (2,2)	7 (7,6)	16 (17,4)	30 (32,6)	37 (40,2)	9,8	17,4	72,8	4,01	1,04
B2	Reconocer tiraje de costillas	92	4 (4,3)	5 (5,4)	19 (20,7)	31 (33,7)	33 (35,9)	9,8	20,7	69,6	3,91	1,9
B3	Reconocer cianosis	92	2 (2,2)	1 (1,1)	3 (3,3)	16 (17,4)	70 (76,1)	3,3	3,3	93,5	4,64	0,79
B4	Reconocer decaimiento o somnolencia	92	0 (0,0)	3 (3,3)	10 (10,9)	29 (31,5)	50 (54,3)	3,3	10,9	85,9	4,37	0,81
B5	Derivar a atención médica urgente ante signos de alarma	92	2 (2,2)	0 (0,0)	3 (3,3)	19 (20,7)	68 (73,9)	2,2	3,3	94,6	4,64	0,75
C1	Reconocer cuándo es preocupante el rechazo alimentario	92	2 (2,2)	2 (2,2)	11 (12,0)	34 (37,0)	43 (46,7)	4,3	12,0	83,7	4,24	0,91
C2	Umbral de temperatura que define fiebre	92	2 (2,2)	2 (2,2)	2 (2,2)	18 (19,6)	68 (73,9)	4,3	2,2	93,5	4,61	0,82
C3	Recomendar hidratación oral	92	1 (1,1)	0 (0,0)	13 (14,1)	23 (25,0)	55 (59,8)	1,1	14,1	84,8	4,42	0,82
C4	Adaptar la alimentación durante el cuidado	92	2 (2,2)	2 (2,2)	8 (8,7)	34 (37,0)	46 (50,0)	4,3	8,7	87,0	4,30	0,89
C5	Recomendar masaje torácico por el cuidador	92	2 (2,2)	9 (9,8)	20 (21,7)	23 (25,0)	38 (41,3)	12,0	21,7	66,3	3,93	1,11
D1†	Antipiréticos en ausencia de fiebre	92	43 (47,3)	19 (20,9)	14 (15,4)	6 (6,6)	9 (9,9)	68,1	15,4	16,5	2,11	1,34
D2	Antibióticos sin prescripción médica	92	73 (79,3)	5 (5,4)	5 (5,4)	3 (3,3)	6 (6,5)	84,8	5,4	9,8	1,52	1,16
D3	Mucolíticos o antitusivos	92	13 (14,1)	10 (10,9)	26 (28,3)	20 (21,7)	23 (25,0)	25,0	28,3	46,7	3,33	1,34
D4†	Broncodilatadores sin indicación médica	92	57 (62,6)	14 (15,4)	9 (9,9)	3 (3,3)	8 (8,8)	78,0	9,9	12,1	1,80	1,28
D5	Aseo nasal para eliminación de mucosidad	92	3 (3,3)	4 (4,3)	21 (22,8)	26 (28,3)	38 (41,3)	7,6	22,8	69,6	4,0	1,06
E1†	Lavado de manos y propagación viral	92	2 (2,2)	0 (0,0)	9 (9,9)	11 (12,1)	69 (75,8)	2,2	9,9	87,9	4,59	0,84
E2	Restricción de visitas al niño enfermo	92	2 (2,2)	2 (2,2)	7 (7,6)	21 (22,8)	60 (65,2)	4,3	7,6	88,0	4,47	0,90
E3†	Cubrirse con el codo al toser o estornudar	92	1 (1,1)	0 (0,0)	8 (8,8)	24 (26,4)	58 (63,7)	1,1	8,8	90,1	4,52	0,75
E4	Ventilación de los ambientes del hogar	92	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (12,0)	19 (20,7)	62 (67,4)	0,0	12,0	88,0	4,55	0,70
E5	Anticuerpo monoclonal en niños con comorbilidades o factores de riesgo	92	7 (7,6)	6 (6,5)	17 (18,5)	12 (13,0)	50 (54,3)	14,1	18,5	67,4	4,00	1,30

% Desacuerdo = categorías 1-2; % Indiferente = categoría 3; % Acuerdo = categorías 4-5. n = número de respuestas válidas. Media y DE calculadas sobre n válido. En la dimensión D, los ítems D1, D2 y D4 presentan puntuación inversa: una respuesta baja indica conocimiento correcto. † n = 91 por presencia de un valor faltante en ese ítem (eliminación por pares).

DISCUSIÓN

La consistencia interna global del cuestionario fue aceptable (α de Cronbach = 0,799), lo que respalda la confiabilidad del instrumento aplicado en esta investigación. Los resultados evidenciaron que, en términos generales, los estudiantes presentaron un nivel adecuado de conocimientos y prácticas relacionados con el manejo comunitario y la prevención de la bronquiolitis en menores de dos años. La puntuación media global fue de 3,91 sobre 5, superior al punto medio teórico de la escala, lo que refleja un desempeño favorable en las dimensiones evaluadas. Las puntuaciones más elevadas se observaron en las dimensiones de signos y síntomas, cuidados domiciliarios y prevención. No obstante, la dimensión de factores de riesgo presentó la menor consistencia interna del instrumento (α = 0,551), por lo que sus resultados deben interpretarse con cautela.

Los cuidados domiciliarios obtuvieron la segunda media más alta del instrumento (M = 4,30), lo que sugiere que este dominio constituye un área de fortaleza en la formación de los estudiantes evaluados. Estos resultados indican no solo un adecuado nivel de conocimientos, sino también prácticas favorables relacionadas con la orientación a los cuidadores respecto a la hidratación, la alimentación y la vigilancia de los signos de alarma. En este sentido, resulta necesario continuar fortaleciendo la comunicación en salud y el rol educativo del futuro médico para favorecer la prevención de la bronquiolitis en el ámbito comunitario y es una recomendación similar a hallazgos de otros autores^(9,10-12).

El uso de fármacos como los antitusivos y mucolíticos, sin eficacia contrastada, continúa siendo una práctica descrita en la literatura sobre el manejo de la bronquiolitis, con diferencias según el ámbito asistencial y la especialidad de los profesionales, como señalan estudios previos^(13,14,15). En la presente investigación, este aspecto constituyó la principal discrepancia respecto de las recomendaciones de las guías clínicas vigentes y representa el área con mayor oportunidad de mejora dentro del perfil formativo de los estudiantes.

El rechazo al uso de antibióticos sin prescripción médica (M = 1,52) y de broncodilatadores sin

indicación (M = 1,80) fue consistente con las recomendaciones clínicas actuales. Este hallazgo contrasta favorablemente con lo reportado en investigaciones realizadas en profesionales de Atención Primaria y otros especialistas, donde dichas prácticas continúan observándose con mayor frecuencia⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Desde la perspectiva del manejo comunitario, estos resultados favorecen la promoción del uso racional de medicamentos y una atención basada en la evidencia científica.

La aplicación de Nirsevimab en lactantes con comorbilidades presentó una alta dispersión (DE = 1,30), lo que sugiere que algunos estudiantes conocen esta recomendación mientras que otros aún no la incorporan plenamente. Según Martínez de Cuellar et al., esta situación podría explicarse por la reciente implementación de esta estrategia preventiva en el país^(12,18). En conjunto, los hallazgos indican que los estudiantes presentan una preparación favorable para desarrollar acciones de educación sanitaria relacionadas con la bronquiolitis en el ámbito comunitario; sin embargo, la variabilidad observada en algunos componentes del soporte terapéutico y de las medidas preventivas evidencia la necesidad de reforzar estos contenidos durante la formación de grado, especialmente mediante el estudio y la aplicación de los protocolos nacionales vigentes.

Limitaciones

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, al incluir exclusivamente estudiantes de una sola universidad privada de Asunción, los hallazgos no pueden generalizarse al conjunto de estudiantes de Medicina del Paraguay ni a otras instituciones con perfiles formativos distintos. En segundo lugar, el muestreo no probabilístico por conveniencia y la participación voluntaria introducen un sesgo de autoselección que podría favorecer la inclusión de estudiantes con mayor motivación o interés en la temática. En tercer lugar, los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario autoadministrado con escala Likert, por lo que las respuestas reflejan conocimientos y prácticas autorreportadas y no necesariamente la conducta clínica real de los participantes, con el consiguiente riesgo de sesgo de deseabilidad social. Por último, el cálculo de un único alfa de Cronbach global para un instrumento que

combina ítems de conocimiento teórico y de prácticas autorreportadas podría enmascarar inconsistencias entre dimensiones de distinta naturaleza. Estudios futuros podrían ampliar la muestra a múltiples instituciones, incorporar métodos de evaluación del desempeño clínico y analizar la consistencia interna de cada tipo de constructo por separado.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta evidencia preliminar sobre un tema escasamente investigado en estudiantes de Medicina en Paraguay y proporciona información útil para orientar futuras intervenciones educativas y nuevas investigaciones multicéntricas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permitieron determinar que los estudiantes de Medicina presentaron, en términos generales, un nivel adecuado de conocimientos y prácticas sobre el manejo comunitario y la prevención de la bronquiolitis en menores de dos años, cumpliéndose el objetivo planteado en esta investigación. La consistencia interna global del cuestionario fue aceptable (α de Cronbach = 0,799), lo que respalda la confiabilidad del instrumento aplicado.

Las dimensiones de signos y síntomas, cuidados domiciliarios y medidas de prevención obtuvieron los resultados más favorables, evidenciando una adecuada preparación para orientar a las familias sobre el reconocimiento de signos de alarma, los cuidados en el hogar y las medidas preventivas recomendadas. Asimismo, las medidas de higiene y control ambiental alcanzaron un elevado nivel de consenso entre los participantes.

No obstante, se identificaron oportunidades de mejora en aspectos específicos del soporte terapéutico. En particular, el 46,7% de los estudiantes consideró pertinente el uso de mucolíticos o antitusivos, práctica que no cuenta con respaldo en las guías clínicas vigentes para el manejo de la bronquiolitis. Aunque el rechazo al uso de antibióticos sin prescripción y de broncodilatadores sin indicación fue consistente con las recomendaciones actuales, la variabilidad observada respecto a la utilización de Nirsevimab en lactantes con comorbilidades sugiere que esta estrategia preventiva aún no se encuentra

plenamente incorporada, probablemente debido a su reciente implementación en el país.

En consecuencia, se recomienda fortalecer la formación de los estudiantes de Medicina en el manejo comunitario de la bronquiolitis mediante el estudio sistemático de los protocolos nacionales vigentes, con énfasis en el uso racional de medicamentos, las estrategias actuales de prevención y la educación sanitaria dirigida a las familias. Asimismo, futuras investigaciones que incluyan estudiantes de diferentes instituciones de educación superior permitirán ampliar la evidencia disponible y favorecer la generalización de los resultados.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Lourdes Isabel Talavera Toñáñez: Concepción y diseño del estudio. Elaboración y validación del instrumento. Recolección de datos. Interpretación y análisis de resultados, discusión y conclusión. Redacción y edición final del manuscrito.

Claudia Elizabeth González Torres: Análisis de datos, evaluación estadística. Interpretación y análisis de resultados, discusión y conclusión. Redacción y revisión final del manuscrito.

DECLARACIÓN DEL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Durante la elaboración de este manuscrito, las autoras utilizaron el asistente de inteligencia artificial - IA Claude (Anthropic) entre mayo y julio de 2026 como herramienta de apoyo, orientada a la organización y sistematización de contenidos, la mejora de la claridad y coherencia de la redacción, y la verificación de procedimientos y resultados estadísticos previamente obtenidos a partir de la base de datos original.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

La disponibilidad de los datos se encuentra en el siguiente enlace del Google Drive: https://drive.google.com/drive/folders/1dPqpT40duLifQ1TkUI5ACKGbrbNkaaJD?usp=drive_link

REVISIÓN POR PARES

Este artículo fue evaluado mediante un proceso de revisión por pares doble ciego, de conformidad con la política editorial de la revista y las buenas prácticas promovidas por Committee on Publication Ethics. Durante la evaluación se preservó la confidencialidad de la identidad de autores y revisores. Las

observaciones y recomendaciones formuladas por los evaluadores fueron consideradas por los autores, quienes realizaron las modificaciones correspondientes antes de la aprobación de la versión final para su publicación. Este proceso tiene como finalidad garantizar la calidad, el rigor metodológico, la transparencia y la integridad científica de los artículos publicados.

REFERENCIAS

1. Ochoa Sangrador C, González de Dios J. Consensus conference on acute bronchiolitis (II): epidemiology of acute bronchiolitis. Review of the scientific evidence. *An Pediatr (Barc)*. 2010;72(3):222.e1-222.e26. doi:10.1016/j.anpedi.2009.11.019.
2. Martínez de Cuellar C, Campuzano de Rolón A, Giménez E, Weber E, Lovera D, Rolón R, et al. Prevención de infecciones respiratorias por VSR: consenso interinstitucional. *Pediatr (Asunción)*. 2024;51(2):140-51. doi:10.31698/ped.51022024009.
3. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022;399(10340):2047-64. doi:10.1016/S0140-6736(22)00478-0.
4. Yusuf S, Piedimonte G, Auais A, Demmler G, Krishnan S, Van Caeseele P, et al. The relationship of meteorological conditions to the epidemic activity of respiratory syncytial virus. *Epidemiol Infect*. 2007;135(7):1077-90. doi:10.1017/S095026880600776X.
5. Teoh Z, Conrey S, McNeal M, Burrell A, Burke RM, Mattison CP, et al. Factors associated with prolonged respiratory virus detection from polymerase chain reaction of nasal specimens collected longitudinally in healthy children in a US birth cohort. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2024;13(3):189-95. doi:10.1093/jpids/piae009.
6. Piedimonte G, Perez MK. Respiratory syncytial virus infection and bronchiolitis. *Pediatr Rev*. 2014;35(12):519-30. doi:10.1542/pir.35-12-519.
7. Nenna R, Cutrera R, Frassanito A, Alessandrini C, Nicolai A, Cangiano G, et al. Modifiable risk factors associated with bronchiolitis. *Ther Adv Respir Dis*. 2017;11(10):393-401. doi:10.1177/1753465817725722.
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Lineamientos técnicos: anticuerpo monoclonal contra el virus respiratorio sincitial (VRS), nirsevimab [Internet]. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2025 [citado 2026 may 28]. Disponible en: <https://pai.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2025/04/Lineamientos-tecnicos-y-operativos-Nirsevimab.pdf>
9. Horvat CM, Pelletier J. A trial of albuterol should still be considered for children with severe bronchiolitis. *JAMA Pediatr*. 2021;175(11):1182-3. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2600.
10. García ML, Korta Murua J, Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc Diagn Ter Pediatr* [Internet]. 2017 [citado 2026 may 28];1:85-102. Disponible en: https://static.aeped.es/protocolos_diagn_y_terap_neumoped_aep_3915cd12a8.pdf
11. Jones JM, Fleming-Dutra KE, Prill MM, Roper LE, Brooks O, Sánchez PJ, et al. Use of nirsevimab for the prevention of respiratory syncytial virus disease among infants and young children: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices—United States, 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023;72(34):920-5. doi:10.15585/mmwr.mm7234a4.
12. Martínez de Cuellar C, Giménez E, Dibarboure H. Encuesta de conocimiento y actitudes en las madres sobre VSR y su prevención. *Pediatr (Asunción)*. 2025;52(3):200-9. doi:10.31698/ped.52032025007b.
13. Yanes Macías JC, Fonseca HM, García RI, Llul TC, Tio GD, Díaz CJC. Atención al niño con bronquiolitis: consideraciones clínico-terapéuticas generales. *MediSur* [Internet]. 2022 [citado 2026 may 28];20(2):175-82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=116193>

14. Rivas Juesas C, Rius Peris JM. La variabilidad en el manejo de la bronquiolitis: ¿por qué no hacemos lo que leemos? *Acta Pediatr Esp* [Internet]. 2016 [citado 2026 may 28];74(7). Disponible en: <https://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/1290-la-variabilidad-en-el-manejo-de-la-bronquiolitis-por-que-no-hacemos-lo-que-leemos>
15. Wang W, Yu S, Zhou X, Wang L, He X, Zhou H, et al. Antibiotic prescribing patterns at children's outpatient departments of primary care institutions in Southwest China. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):269. doi:10.1186/s12875-022-01875-9.
16. Xue F, Xu B, Shen A, Shen K. Antibiotic prescriptions for children under 5 years old with acute upper respiratory tract infections in China: a retrospective study of a national claims database. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):339. doi:10.1186/s12879-021-05997-w.
17. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 2026 may 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241509763>
18. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Salud implementa nirsevimab para la prevención del virus respiratorio sincitial (VRS) en Paraguay [Internet]. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2025 [citado 2026 jul 15]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/32606/salud-implementa-nirsevimab-para-la-prevencion-del-virus-respiratorio-sincitial-vrs-en-paraguay.html>