

Fiebre en el Lactante¹

Dr. Alvaro Téllez T.

I N T R O D U C C I O N

La fiebre en el lactante es un motivo de preocupación para los padres y una causa de consulta frecuente para los sistemas de atención. Además, suele ser un desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente en el caso del menor de tres meses. Diversas circunstancias influirán en las conductas que los padres tendrán frente a la fiebre de su hijo, algunas más seguras que otras. Ante la consulta por este motivo, el médico deberá evaluar al niño y a sus padres, para decidir la mejor conducta frente a cada paciente. Las normas o guías de tratamiento constituyen recomendaciones que deben aplicarse a cada niño, de acuerdo a las características del ambiente que lo rodea.

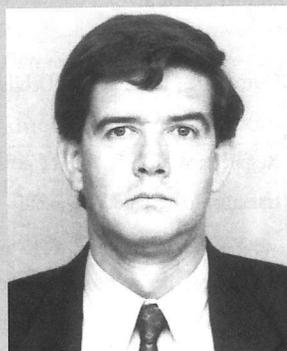
O B J E T I V O

La revisión breve del tema pretende clarificar una sistematización de algunos aspectos en el enfrentamiento del lactante febril, sin ser exhaustiva, para facilitar el proceso de toma de decisiones frente a un caso clínico individual.

C O M E N T A R I O

El grupo de mayor riesgo es el lactante menor de 3 meses, cuya evaluación clínica, además, resulta de mayor complejidad por la dificultad para detectar signos específicos de infección. En ese sentido, las guías de aproximación clínica, para clasificar al paciente en categorías de riesgo, constituyen una herramienta de apoyo efectivo en la toma de decisiones.

¹ Lactante se considera al niño menor de dos años.



Médico Pediatra.

Profesor Auxiliar de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Jefe del Servicio de Pediatría Ambulatoria del Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Coordinador del Programa de Medicina Familiar - Niño de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

D E F I N I C I O N

La fiebre es un trastorno de la regulación de la temperatura del cuerpo. Debe ser diferenciada de la hipertermia, que es una elevación de la temperatura corporal que sobrepasa la capacidad reguladora del centro termorregulador, ubicado en el área preóptica del hipotálamo.

El centro termorregulador hipotalámico se encarga de mantener la temperatura estable en un punto (*set point*) alrededor de los 37 °C. Para ello hace uso de una serie de mecanismos fisiológicos, que permiten al cuerpo perder calor, cuando la temperatura es elevada o conservar e incluso producir calor cuando la temperatura desciende bajo este punto. Por ejemplo:

Si el set point de un lactante es de 37,2 °C y el niño ha sido abrigado en exceso, lo que ocasionó un aumento de su temperatura en un grado, entonces el hipotálamo echará a andar mecanismos termolíticos, como la transpiración y la vasodilatación cutánea. Ante la situación contraria, de enfriamiento externo del cuerpo, los mecanismos termogénicos que se activarán son la hipertonia, los escalofríos, la vasoconstricción y el hipercatabolismo.

La fiebre se produce por la liberación de citokinas por parte del sistema monocito-macrófago, en reacción a estímulos infecciosos o tóxicos. Las citokinas en el hipotálamo, estimulan la síntesis de prostaglandina E2, lo que produce un aumento en el set point hipotalámico con las consecuencias correspondientes.

Al aumentar, por ejemplo en un grado el set point regulatorio, los sensores térmicos del cuerpo informan al hipotálamo que la temperatura está baja y por lo tanto se estimulan los mecanismos termogénicos destinados a llevar la temperatura al nuevo estándar. El paciente por lo tanto, comenzará a tener fiebre.

METODOS DE MEDICION DE LA TEMPERATURA CORPORAL

Es importante medir en forma objetiva este signo, que tiene mucho valor, para el diagnóstico y evaluación posterior de una enfermedad generalmente infecciosa. Es necesario considerar que la medición de la temperatura corporal puede sufrir variaciones a raíz de distintos factores no patológicos: edad, hora del día, ciclo sueño/vigilia, ejercicio, temperatura ambiental, ingesta de alimentos, dormir solo o con los padres en la misma cama. Frente a temperaturas cercanas a los límites de normalidad, deben considerarse estos factores para interpretar correctamente la medición obtenida.

Actualmente están disponibles distintos métodos para la medición clínica de la temperatura en el lactante. Es importante que el equipo de salud eduque a los padres acerca de la manera correcta de medir la temperatura en su hijo y sobre la adecuada interpretación de esta medición. De esta manera, ellos tendrán una mejor evaluación de este parámetro y podrán actuar en forma más racional frente a los futuros episodios febriles de su hijo.

El método más utilizado para medir la temperatura es el termómetro de vidrio con una columna de mercurio en su interior. En el lactante, el termómetro recomendable es el que está diseñado para medir la temperatura rectal. Éste se introduce entre 3 y 4 cm por el orificio anal y se lee tres minutos después o cuando se verifica que la columna de mercurio detuvo su ascenso. Se trata de un método simple y barato, que requiere un evaluador que pueda leer en forma precisa la línea mercurial que marca la temperatura. Diferentes estudios han demostrado que es una técnica confiable, segura y poco expuesta a variaciones externas de la temperatura. Cuando un lactante adecuadamente vestido tiene más de 38°C en el recto, debe considerarse febril.

También existen los termómetros de vidrio con mercurio, diseñados para su uso en la axila y en la cavidad bucal. La medición axilar es menos exacta, pues está sujeta a factores externos, que determinan un rango de variación más alto que la temperatura rectal. Por este motivo su uso en esta edad, es discutido en la literatura. La medición sublingual, si bien es confiable, no es segura en lactantes, pues al requerir la colaboración del paciente, no está indicada en los niños menores de seis años de edad.

Los termómetros eléctricos con lectura digital están ampliamente difundidos. Se han demostrado confiables y tienen la ventaja de una lectura fácil. Algunos traen incorporadas alarmas que anuncian cuando la medición está estabilizada. Tienen el inconveniente de ser más caros y depender de pilas.

La medición de la temperatura timpánica a través de un aparato que mide la energía infrarroja está siendo cada vez más utilizada. Varios estudios han demostrado que se trata de un método sensible y preciso, con alta correlación con la temperatura de la arteria pulmonar, especialmente si se aplica en lactantes mayores de tres meses y con temperaturas ambientales no extremas. Sin embargo, no existe total consenso al respecto. La técnica de medición es fácil de aprender, pero requiere de un entrenamiento, pues si el sensor no está dirigido hacia la membrana timpánica, se produce un cambio significativo en la temperatura detectada. Sus principales ventajas son la rapidez de la medición (*dos segundos*) y lo poco invasivo y traumático del método. Su principal inconveniente es el costo del instrumento.

Un método atractivo, por la facilidad de su uso, es el termómetro electrónico con lectura digital cuyo sensor ha sido colocado en el extremo de un chupete de entretención (*pacifier thermometer*). No existe consenso sobre la validez de esta medición supralingual, razón por la cual, por ahora no es posible recomendar su uso como método seguro. Las cintas de cristal líquido para lectura de temperatura en la frente, no son suficientemente confiables como para aceptar su uso en lactantes.

EL SINDROME FEBRIL DEL LACTANTE

La fiebre en el lactante va acompañada de una serie de síntomas y signos que permite a los padres sospecharla y medirla. Estos síntomas se agregan a los de la enfermedad que ocasiona la fiebre, lo que amplía mucho las formas de presentación clínica.

Es posible distinguir en primer lugar, los síntomas y signos que mostrará el lactante cuando está en el momento de alza térmica. Este fenómeno puede ocasionar especial preocupación de los padres, pues muchas veces está asociado a palidez, calofríos, piel fría, decaimiento y cianosis distal. Las convulsiones febriles generalmente se presentan en esta etapa.

Cuando la temperatura alcanza el nivel ordenado por el centro termorregulador del hipotálamo, el lactante se verá rosado o rubicundo, tendrá su piel caliente y generalmente mantendrá su decaimiento. Otros síntomas asociados a la fiebre son anorexia e irritabilidad, que en el lactante menor, pueden ser los únicos síntomas percibidos por los padres.

Es necesario considerar que asociado a la fiebre, habitualmente existe una elevación de la frecuencia cardíaca en 10 a 15 latidos y de la frecuencia respiratoria en 3,7 respiraciones, por cada grado Celsius de elevación de la temperatura.

Los padres al reconocer el síndrome febril muchas veces administran antipiréticos que lograrán revertir el alza térmica. Es importante reconocer si los síntomas asociados también regresan, lo que permite una observación más tranquila de la evolución clínica del lactante.

APROXIMACION CLINICA AL LACTANTE FEBRIL

El clínico cuando evalúa a un lactante con fiebre deberá responderse las siguientes preguntas:

- ¿Qué nivel de gravedad tiene el paciente?
- ¿Cuál es la causa de la fiebre?
- ¿Cuál es el mejor tratamiento?
- ¿Dónde debe ser cuidado el niño y por quién?

Para contestar estas preguntas el médico deberá aprovechar, en primer lugar, todos los recursos semiológicos de que dispone, de acuerdo al contexto en que esté realizando esta evaluación. Estos contextos pueden ser: una consulta telefónica o una consulta presencial.

Consulta Telefónica

Ante una consulta telefónica se puede realizar una historia resumida, haciendo hincapié en: edad del niño, magnitud y duración de la fiebre, síntomas asociados (*proprios del síndrome febril o de la enfermedad causal*), exposición a una fuente de contagio reciente y evaluación subjetiva del estado de gravedad del niño. Simultáneamente se debe tratar de estimar la confiabilidad de la información obtenida, las capacidades familiares para mantener una eventual observación del niño y administrar los cuidados que se requieran en forma oportuna. Con estos elementos se podrá decidir:

- 1) Mantener bajo observación en la casa por un período de tiempo significativo, para lograr una aproximación diagnóstica más precisa. Esta opción está condicionada a que la familia pueda mantener un contacto telefónico expedito con el médico, o en su defecto, consultar en un centro asistencial, en caso de sospechar un aumento en la gravedad del niño. No es recomendable elegir esta opción cuando: se trate de un lactante menor de tres meses, existan antecedentes de riesgo adicional en el niño o en la familia, exista mucha angustia o preocupación familiar, la familia insista en que desea una evaluación directa. Esta posibilidad es especialmente útil cuando se trata de niños y familias conocidas por su médico de cabecera.
- 2) Citar al niño en forma programada a una consulta médica en un plazo próximo, pero sin urgencia. Mientras esta consulta se concrete, la familia debe tener la posibilidad de mantener un eventual contacto con el médico si aparecen síntomas de preocupación o dudas inesperadas.
- 3) Citar al niño a una consulta inmediata en el centro de salud o en el servicio de urgencia.

Consulta Presencial

Al evaluar directamente a un lactante febril, el médico debe realizar una historia detallada de la enfermedad actual, su evolución, la tendencia observada en los síntomas y en el compromiso del niño, las posibles fuentes de contagio o contexto epidemiológico,

los tratamientos intentados y su impacto en la evolución y cualquier otra información relevante de acuerdo a la orientación diagnóstica inicial. También será necesario evaluar las capacidades y estado emocional de la familia, la que en la mayoría de los casos deberá cumplir las indicaciones médicas y mantener la observación del paciente una vez terminada la consulta.

El examen físico comienza simultáneamente con la anamnesis. El médico observará el estado general basal del lactante que estará probablemente en los brazos de sus padres; su color, su capacidad respiratoria (frecuencia y esfuerzo), su grado de atención o vigilia, su reactividad, su actividad espontánea, su estado de hidratación y eventualmente la calidad de su llanto. Con esta primera observación el clínico podrá tener una evaluación preliminar del estado de gravedad o toxicidad del niño, elemento fundamental para decidir una conducta.

La Escala de Observación de Yale de Mc. Carthy (*Tabla N°1*), útil en lactantes mayores de tres meses, intenta hacer más objetiva esta evaluación, asignando puntajes a cada parámetro: si la suma de estos puntajes es menor a 10, la asociación con una enfermedad sería de sólo un 2,7% y si el puntaje sumado es mayor a 10, entonces la asociación con una enfermedad grave se eleva a un 40%.

El resto del examen físico se realizará con el niño desvestido, intentando mantenerlo lo menos irritable posible. Debe ser completo, poniendo especial énfasis en la búsqueda de evidencias que respalden las hipótesis diagnósticas planteadas a partir de la anamnesis. No olvidarse de inspeccionar detalladamente la piel en búsqueda de exantemas que pueden ser discretos o localizados. También es importante examinar las extremidades y articulaciones, cuya inflamación puede ser la causa del cuadro. Es obligatorio el examen de los oídos, recordando que el sólo eritema timpánico no es suficiente para diagnosticar una otitis media aguda. El examen de la cavidad bucal se realiza desde afuera hacia adentro, previniendo o postergando todo lo posible, el llanto o rechazo del lactante. En la mucosa bucal o encías puede estar la clave del diagnóstico en el caso de una primoinfección herpética, una infección por enterovirus y otras etiologías. La presencia de exudado en las amígdalas no es frecuente que se deba a una infección estreptocócica en el lactante, más bien debe pensarse en un origen viral. La ausencia de síndrome de condensación o ruidos húmedos en el pulmón no descarta una bronconeumonía, especialmente si existe polipnea, aleteo nasal y quejido respiratorio, tríada que hace sospecharla fuertemente. El examen abdominal pretende encontrar zonas dolorosas con resistencia muscular, hepato o esplenomegalia. La búsqueda de rigidez de nuca en el lactante debe realizarse dejando caer la cabeza bajo la horizontal y llevándola nuevamente a esta posición neutra.

Si a través de la historia y examen físico no se aclara una causa cierta del cuadro febril, lo que ocurre en el 14% de las consultas por fiebre en niños menores de dos años, debe pensarse en varias posibilidades, las que en orden de frecuencia son:

- 1.- Infección viral inespecífica y autolimitada
- 2.- Una infección bacteriana hasta ahora invisible al examen físico, como por ejemplo, infección del tracto urinario, neumopatía aguda, osteomielitis.
- 3.- Bacteremia oculta
- 4.- El paciente no tiene una enfermedad infecciosa y deben investigarse otras causa de fiebre.

MEDIOS DE APOYO DIAGNOSTICO

No existe un criterio definido universalmente, para solicitar estudios de laboratorio o imágenes frente a un lactante febril. Parece razonable pensar, que mientras más pequeño y más comprometido se vea el niño, será más necesario un estudio que permita confirmar o encontrar una etiología. Si el niño está en buenas condiciones, se puede postergar la realización de exámenes.

Hemograma

En general los lactantes con una infección bacteriana, tendrán más aumentado el número de glóbulos blancos, que los niños que tienen una infección viral. También existirá con mayor frecuencia, desviación izquierda con neutrofilia. Sin embargo, hay que considerar que el valor predictivo de un recuento de glóbulos blancos sobre 15.000/mm³ para pesquisar una bacteremia oculta es de sólo un 7% y que otras causas, como el adenovirus, pueden producir alteraciones en el hemograma semejantes a las producidas por las infecciones bacterianas.

Velocidad de Hemosedimentación (VHS)

Se trata de un reactante de fase aguda, de valor inespecífico para el diagnóstico. Tiende a estar más elevada en las infecciones bacterianas. Se debe considerar que la coexistencia de anemia o poliglobulia modifica sustancialmente sus valores. Es sensible como índice de actividad patológica y por lo tanto es útil para el seguimiento de la evolución de la enfermedad.

Proteína-C Reactiva

Es otro reactante de fase aguda que tiene un comportamiento similar a la VHS, pero su elevación es más precoz al igual que su descenso. Probablemente tenga más valor en el neonato y lactante pequeño, como índice de infección bacteriana.

Radiografía de Torax

Está indicada cuando la historia o examen físico señalan una sospecha de infección pulmonar. Si no existen síntomas como polipnea, tos, quejido respiratorio, su rendimiento como prueba de screening en un lactante febril, es bajo.

Cultivos

El cultivo de orina es útil pues permite demostrar o descartar, con cierta seguridad, la infección del tracto urinario. Ésta generalmente cursa sin síntomas ni signos específicos y explica la causa de la fiebre sin foco, en el 7% de los varones y en el 8% en niñas menores de un año. Conviene asociarlo a un sedimento de orina, que permitirá tener una estimación precoz del resultado. Las muestras deben ser tomadas por medio de punción suprapúbica o cateterismo.

El hemocultivo es perentorio en el caso de que se decida empezar un tratamiento antibiótico empírico en un lactante febril sin foco claro de infección. Los cultivos resultarán positivos en un 3 a 5 % de estos casos.

CONDUCTAS Y TRATAMIENTOS

Tratamiento de la fiebre

Es necesario que los padres sepan interpretar la fiebre como un síntoma que refleja la existencia de una enfermedad y que permite observar su evolución. Deben saber que la fiebre «per se» no constituye un riesgo, salvo que alcance valores muy altos (*sobre 40°C*) y que por lo tanto, no es siempre necesario tratarla.

También es conveniente que los padres sepan interpretar los síntomas asociados a la fiebre, en su fase de instalación (*termogénesis*) y de estabilización, para diferenciarlos de los síntomas que resultan de la enfermedad causal. Esto les evitará angustias innecesarias y les dará mejores elementos para observar e informar al médico la evolución del cuadro clínico.

Conviene tratar la fiebre cuando:

- sobrepasa un nivel de temperatura determinado, razonablemente 39 °C rectal,
- cuando esté asociada a muchos o muy intensos síntomas,
- cuando perjudique la hidratación y
- cuando exista una condición basal que pudiera agravarse con el aumento de la temperatura corporal.

La fiebre, a diferencia de la hipertermia, se trata con antipiréticos. Éstos actúan como antiprostaglandínicos, bajando el nivel de regulación del set point hipotalámico y desencadenando posteriormente los mecanismos termolíticos.

Los antipiréticos más recomendables son:

- El paracetamol o acetaminofeno: se absorbe rápidamente cuando se ingiere por vía oral, a los 30 minutos ha alcanzado niveles plasmáticos útiles; su acción es casi exclusivamente a nivel del sistema nervioso central y tiene un carácter antipirético y analgésico. Su vida media es corta y tiene una amplia diferencia entre la dosis útil y la dosis tóxica. Sus efectos adversos son poco frecuentes. Su dosis óptima es de 15 mg/Kg/dosis, y se puede repetir cada 6 y hasta cada 4 horas como máximo.
- El ibuprofeno: es un antiinflamatorio no esterooidal que se absorbe a nivel gástrico en forma rápida. Su vida media es más larga que la del paracetamol y tiene acción antiinflamatoria, antipirética y analgésica. Sus efectos adversos son algo más frecuentes que los del paracetamol. La dosis recomendada es de 10 mg/Kg/dosis, repetida cada 8 horas si es necesario.

Los medios físicos no constituyen un adecuado tratamiento de la fiebre. Sin embargo, es útil cubrir al niño en la etapa de termogénesis, con el objeto de atenuar su sensación de frío. En la etapa de estabilización, el lactante deberá tener una ropa liviana, que permita la pérdida natural del calor y evite un efecto de hipertermia agregado.

Conducta frente al lactante febril sin foco evidente

En los niños mayores de tres meses que no tienen un foco que explique la fiebre, se debe descartar en primer lugar la infección urinaria, pues es la infección bacteriana más frecuente.

Si el niño además de la fiebre se ve tóxico: letárgico, mal perfundido, con hipo o hiperventilación, cianótico, deshidratado; se debe enviar a hospitalizar inmediatamente. Si el traslado se estima prolongado, se debe estabilizar hemodinámicamente, cultivar (*sangre orina y eventualmente LCR*) e iniciar tratamiento antibiótico antes o durante el trayecto.

La punción lumbar se realizará cuando la historia clínica y el examen físico mantengan en pie la posibilidad de enfrentar una meningitis aguda.

En este grupo, el riesgo de bacteremia es de un 4,3%, siendo más frecuente esta condición cuando la fiebre supera los 39° C. Existe controversia sobre la conveniencia de iniciar tratamiento empírico con Ceftriaxona (50 mg/Kg IM o IV), ante esta sospecha, sobre todo después de la introducción de la vacuna contra el Haemophilus Influenzae tipo b, que ha virtualmente eliminado la bacteremia por esta etiología. El médico deberá evaluar en cada caso su indicación, de acuerdo a los antecedentes específicos de cada niño.

Si la condición clínica del niño es buena; se logra apreciar una mejoría de la sintomatología cuando baja la fiebre, existe buena tolerancia oral y no existe sospecha de una etiología bacteriana, lo recomendable es observar al niño en su casa, mantener contacto telefónico eventual con sus padres, y reevaluarlo cuando sea necesario. Muchas veces, el niño mejorará sin haberse determinado el origen de su fiebre.

El lactante menor de tres meses con fiebre sin foco evidente

El lactante menor de tres meses requiere tratamiento especial, pues constituye un grupo de riesgo, en que las infecciones graves son más probables. Desgraciadamente no es fácil la evalua-

ción clínica a esta edad, pues frecuentemente no se encuentran signos específicos de infección.

La presencia de infección bacteriana a esta edad varía entre un 8% y un 15% y la frecuencia de bacteremia entre un 3 y 4%. No es fácil predecir si un lactante febril de esta edad será portador de estos problemas. Varios estudios han permitido identificar una combinación de criterios clínicos y de laboratorio, que pueden ser usados para pesquisar aquellos lactantes de bajo riesgo de tener una infección bacteriana grave. En la Tabla N° 2 se presentan estos criterios. Los lactantes que satisfacen estos criterios de bajo riesgo, tienen sólo un 1,4% de probabilidad de tener una infección bacteriana seria, un 1,1% de tener una bacteremia y un 0,5% de tener una meningitis aguda.

Los niños calificados como de bajo riesgo, pueden en general tratarse en forma ambulatoria. Para tomar esta decisión, deberán considerarse las capacidades y facilidades de la familia para observar y trasladar a este niño en caso de que se agravara su condición. Será necesario explicar claramente a los padres cómo identificar los signos de riesgo. El niño debe ser reevaluado por el médico diariamente para comprobar su evolución. Se puede considerar el uso empírico de Ceftriaxona, de acuerdo a las características del paciente y su contexto, previa toma de muestra para cultivos.

Los niños entre 28 y 90 días de vida que no cumplan con los criterios de bajo riesgo, deben ser hospitalizados. Sin embargo, en el recién nacido febril la hospitalización debe indicarse prácticamente siempre.

Bibliografía

- 1) Van der Jagt E. Fever. Primary Pediatric Care; 3th Edition. Hoekelman R. Ed. Mosby Cap. 132. 1997.
- 2) Tuffnell CS., et al. Higher rectal temperatures in co-sleeping infants. Archives of Disease in Childhood. 1996 Sept., 75(3):249-50.
- 3) Robinson JL., et al. Comparison of esophageal, rectal, axillary, bladder, tympanic and pulmonary artery temperatures in children. J Pediatric, 1998 Oct, 133:4, 553-6.
- 4) Cruz M y Pastor X. Exploración del Síndrome Febril. Termometría. Tratado de Exploración Clínica en Pediatría; Cap. 5. Masson. 1995.
- 5) Press S., Quinn BJ. The Pacifier Thermometer. Comparison of supralingual with rectal temperatures in infants and young children. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine; 1997 June, 151:6, 551-4
- 6) Shann F, Mackenzie A. Comparison of rectal, axillary and forehead temperatures. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 1996 Jan., 150(1): 74-8.
- 7) Brown JL. Fever. Pediatric Telephone Medicine; Principles, Triage, And Advice. J.B. Lippincott Company. 1989
- 8) Malone W. Fever. Pediatric Primary Care; A Problem Oriented Approach. Schwartz y col. 3 th edition. 1996.
- 9) Hirsch T. Síndrome Febril en Pediatría. Manual de Pediatría. Facultad de Medicina P. Universidad Católica de Chile. 1999. <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/ManualPed/SFebril.html>

TABLA N° 1
Escala de Observación de Yale

(Tomada de Mc carthy et al. Pediatrics 76: 168, 1985)

Item de Observación	Normal	Deterioro Moderado	Deterioro Severo
Calidad del llanto	Fuerte con tono normal o contento, no llora	Sollosante o quejumbroso	Débil o lamento o agudo
Reacción al estímulo Materno o Paterno	Llora y luego para o contento y no llora	Llora y deja de llorar sucesivamente	Llora continuamente o responde difícilmente
Alerta	Si está despierto permanece despierto o si está durmiendo y es estimulado despierta rápido	Ojos brevemente cerrados y despierta o despierta con estimulación prolongada	Cae en sueño o no quiere despertar
Color	Rosado	Extremidades pálidas o Acrociamosis	Pálido o cianótico o moteado o ceniciento
Hidratación	Piel normal, ojos normales y mucosas húmedas	Piel y ojos normales, boca ligeramente seca	Piel pastosa o con pliegue mucosas secas y/o ojos hundidos
Respuesta a estímulo social (hablarle, sonrisa)	Se ríe o se pone alerta (<2 meses)	Leve sonrisa o leve alerta (<2 meses)	No se ríe, facie ansiosa embotada sin expresión o no se alerta (<2 meses)

TABLA N° 2
Criterios de Rochester para Estimar Bajo Riesgo de Infección Bacteriana Severa

1.- El niño tiene buen aspecto	2.- El niño ha sido previamente sano. <ul style="list-style-type: none"> • Nacido de término (>37 sem gestación) • No recibió tratamiento antibiótico periodo perinatal • No tubo tratamiento de hiperbilirrubinemia no explicada • No estar ni haber recibido tratamiento antibiótico • No haber estado previamente hospitalizado. • No tiene enfermedad crónica o de base • No estuvo hospitalizado más tiempo que la madre 	3.- Sin evidencia de infección de piel, tejidos blandos, articulación u oído.	4.- Valores de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> • RGB 5.000-15000/mm³ • Recuento absoluto de baciliformes <1500/mm³ • Sedimento de orina con menos de 10 leucocitos/campo • Si hay diarrea menos de 5 leucocitos / campo en extendido fecal
--------------------------------	---	---	---