**1.- Atención inmediata**

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. La más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria que requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación (capítulo 10). Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos. Este debe tener condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que se realizan en el nacimiento de todo recién nacido. El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento requeridos para la supervisión y procedimientos requeridos en este período.

El médico que atiende al niño debe tener un conocimiento completo de los antecedentes perinatales. Esto le permite saber anticipadamente si atenderá a un RN probablemente normal o con determinados riesgos. Es muy distinto prepararse para recibir a un prematuro de menos de 1500g, a un gemelo que a un RNT que proviene de un embarazo fisiológico y de un parto espontáneo.

La primera evaluación y examen del recién nacido incluye los siguientes aspectos:

* ***Evaluación de la respiración, frecuencia cardíaca y color***. Si estos están alterados se sigue la pauta de reanimación del RN descrita en el Capítulo 10.
* ***Test de Apgar.*** Al minuto y 5 minutos. Este test mantiene su plena vigencia como expresión de la buena adaptación vital del recién nacido a la etapa extrauterina(Tabla 2. 1)
* ***Descartar malformaciones mayores***. Algunas son emergencias vitales que pueden presentarse inmediatamente o en el curso de las primeras horas y días de vida: atresia de coanas, hernia diafragmática, atresia esofágica, hipoplasia pulmonar, malformaciones renales, disrafias espinales, genitales ambiguos, e imperforación anal. La sinología clínica y el examen físico orientado junto a ciertos procedimientos(p. ej. paso de sonda nasogástrica) permiten descartar las principales malformaciones que conllevan un riesgo vital mayor, si no son oportunamente detectadas
* ***Antropometría y primera evaluación de edad gestacional***- La edad gestacional, el peso y la adecuación de este a la EG permitirán la clasificación del RN. Para los padres es muy importante que tengan una información rápida del sexo, peso, talla, ausencia de malformaciones y si este tiene un primer examen normal.

**2.-Postura y Actividad**

El recién nacido de término tiene una actividad variable según su estado de sueño, alerta o llanto. En reposo se presenta con sus extremidades flectadas y algo hipertónicas, manos empuñadas. En ocasiones adopta la posición del reflejo tónico-nucal: la cabeza vuelta hacia un lado, con las extremidades del mismo lado extendidas y las contra laterales en flexión. La postura también está influenciada por la posición intrauterina, por ejemplo, luego de un parto en presentación podálica, presenta sus muslos flectados sobre el abdomen. El prematuro presenta una postura de mayor extensión a menor edad gestacional.

**Piel**

* **Color y Textura**: Usualmente es de un color rosado y suave, con frecuencia adopta un aspecto marmóreo. También puede presentarse cianosis localizada de manos y pies (acrocianosis) que normalmente desaparece después de varios días. El tejido subcutáneo debe sentirse lleno. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el RN de post término es mucho más marcada. Si se aprecia ictericia significa que la bilirrubina está al menos sobre 5 mg %. En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.
* **Vermix Caseoso**: (Unto sebáceo) Es un material graso blanquecino que puede cubrir el cuerpo, especialmente en el prematuro, en el niño de término usualmente está sobre el dorso, cuero cabelludo y pliegues.
* **Lanugo**: Pelo fino que puede estar presente sobre los hombros y dorso. En el prematuro puede ser más abundante.
* **Mancha mongólica**: Manchas de color azul pizarra, con frecuencia grande, se ubican en dorso, nalgas o muslos, son benignas y no tienen significado patológico. La denominación de "mongólica" que se ha popularizado es poco afortunada.
* **Hemangiomas planos**: son comunes sobre el occipucio, párpados, frente y cuello.
* **Eritema tóxico**: Erupción máculo papular con base eritematosa que puede confluir, con algunas vesículas pequeñas en su centro de color amarillo que contienen eosinófilos. Su distribución es variable, pero preferentemente se ubica en tronco y extremidades, aparece en los 3 primeros días y desaparece cerca de la semana. No tiene significado patológico.
* **Petequias y equimosis**: Pueden observarse petequias en cabeza y cuello asociadas a circular de cordón. Si son generalizadas y se presentan con equimosis, debe sospecharse trombocitopenia u otras alteraciones de la coagulación.

**Cabeza**

* **Forma y tamaño**: Es grande en relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo debido a su adaptación al canal de parto, excepto en aquellos nacidos por cesárea.
* **Fontanelas**:La fontanela anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm. de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente depresible cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menos de 1 cm. Un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.
* **Suturas**: Deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis. Ocasionalmente la sutura longitudinal puede tener algunos mm de separación. La sutura escamosa nunca debe presentar separación. Si la hay, debe descartarse hidrocefalia congénita.
* **Caput succedaneum o bolsa serosanguínea**: corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto. Se extiende sobre las líneas de sutura y puede ser extenso. Debe diferenciarse de los cefalohematomas.
* **Cefalohematomas.**Estos son de dos tipos: el subperióstico que consiste en acumulación de sangre bajo el periostio. Se caracteriza por estar a tensión y no sobrepasar las suturas. Es un fenómeno que puede ocurrir en un parto normal. No requiere tratamiento ni tiene consecuencias para el recién nacido. El cefalohematoma subaponeurótico es generalmente resultado de un parto difícil con instrumentación. Es de consistencia mas blando y sobrepasa ampliamente los límites de las suturas. Puede contener gran cantidad de sangre, lo que resulta en anemia y potencial hiperbilirrubinemia. En ocasiones se acompaña de fracturas del cráneo.

**Cara**

* **Ojos**: Con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. También cuando el niño esta tranquilo succionando abre los ojos. No se debe tratar de abrirle los ojos a un recién nacido que está llorando. El iris es habitualmente de color grisáceo. Es frecuente la presencia de hemorragias subconjuntivales, esclerales que no requieren tratamiento. La pupila debe responder a la luz. Opacidades de la córnea y el cristalino son anormales y pueden diagnosticarse con la búsqueda del rojo pupilar.
* **Nariz**: El RN es preferentemente respirador nasal y puede presentar dificultad respiratoria por atresia de coanas. Debe confirmarse su permeabilidad pasando una sonda nasogástrica si se sospecha. Es frecuente observa pequeños puntos amarillos en el dorso de la nariz que se denominan*milium sebáceo.*Corresponde a glándulas sebáceas. Es un fenómeno normal.
* **Boca**: Los labios son rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos. En el paladar se deben buscar fisuras. Es frecuente observar las llamadas Perlas de Ebstein en la línea media y que son pequeñas pápulas blanquecinas de + 1 mm de diámetro. No tienen significado patológico.
* **Oídos**: Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones especialmente del tracto urinario. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca.

**Cuello**

Es corto y simétrico. Debe explorarse movilidad y la presencia de aumentos de volumen: bocio, quiste tirogloso y hematoma del esternocleido mastoideo. Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asincletismo).

**Tórax:**

* Observar su forma y simetría. La frecuencia respiratoria es periódica de alrededor de 30 a 60 por minuto.
* **Clavículas**: se palpan de superficie lisa y uniforme. Descartar fractura especialmente en los niños GEG. Esta se detecta por dolor a la palpación, aumento de volumen o discontinuidad en el hueso y a veces un clic al movilizar la clavícula.
* **Nódulo mamario**: Es palpable en los niños maduros, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.
* **Pulmones**: La respiración del RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas post parto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido deben hacer sospechar patología.
* **Corazón**: Frecuencias cardíacas bajo 90 y sobre 195 / minuto deben estudiarse. El apex está lateral a la línea medio clavicular en el en el 3º o 4º espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios. Todo soplo que se acompaña de otra sintomatología o que persiste más de 24 horas debe ser estudiado.

**Abdomen**

* **Forma**: Debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a dificultad respiratorio sugiere hernia diafragmática. Los órganos abdominales son fácilmente palpables. Deben buscarse masas y visceromegalia. El hígado con frecuencia se palpa a 2 cm bajo el reborde costal. El bazo no siempre se palpa. La palpación de su polo inferior no tiene significado patológico. Los riñones se palpan cuando el niño esta tranquilo y relajado. Hay varias técnicas para su palpación que se aprenden en forma práctica. El polo inferior no debe descenderá bajo el nivel de una línea trazada a nivel del ombligo. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo paralítico en un niño con peritonitis o sepsis.
* **Ombligo y cordón umbilical**: El cordón umbilical debe tener 3 vasos: 2 arterias y una vena, una arteria umbilical única se puede asociar con síndromes malformativos (síndrome de Vater, Trisomía 18, Sirenomielia, Zellweger). El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca de los 4 - 5 días y cae entre el 7º y 10º día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombligo cutáneo.) Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes (Beckwith), trisomías, hipotiroidismo, etc.

**Ano y Recto**

Examinar la ubicación y permeabilidad del ano, especialmente si no se ha eliminado meconio en 48 horas.

**Genitales**

* **Masculinos**: en el RN de término el escroto es pendular, con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el escroto está menos pigmentado y los testículos con frecuencia no están descendidos.
* **Femeninos**: Hacia el término de la gestación, los labios mayores cubren completamente a los menores y al clítoris. El himen debe verse y puede ser protruyente. Durante los primeros días después del nacimiento, puede observarse una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contiene sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados cubriendo la vagina.

**Caderas:**

Deben abducir en forma simétrica; sospechar luxación congénita de cadera si hay limitación a la abducción o si se siente un resalte cuando el fémur es dirigido hacia atrás y luego abducido (Signo de Ortolani).

**Extremidades:**

Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función. Alteraciones mayores incluyen: ausencia de huesos, pie Bot, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes malformativos. En ocasiones pueden palparse fracturas.

**Examen Neurológico**

* Actitud general y tono muscular. Debe evaluarse la simetría de movimientos, postura y tono muscular. Una asimetría puede indicar lesiones neurológicas. Los niños prematuros son hipotónicos respecto a los niños de término. La respuesta normal del recién nacido al ser manipulado es habitualmente el llanto.
* Reflejos arcaicos:
  + Reflejo de Moro: se desencadena en respuesta a un estimulo brusco o a una deflexión brusca de la cabeza, tiene varias fases: primero el RN abduce los brazos para luego aducirlos en actitud de abrazo acompañado de flexión del cuerpo y luego llanto.
  + Prehensión palmar y plantar: al aplicar presión en palmas y la planta del pie el RN flexiona sus dedos empuñando la mano o flectando los dedos del pie.
  + Búsqueda: el RN vuelve su cabeza hacia al lado que se le aplica un estímulo en mejilla o peribucal, buscando el pezón de la madre.
  + Succión: movimiento rítmico y coordinado de lengua y boca al colocar un objeto (chupete - dedo) dentro de ella.
  + Marcha automática: al sostener al RN desde el tronco e inclinando levemente hacia adelante, da unos pasos en forma automática.

**Examen al Alta**

Al alta de la madre de la maternidad (alrededor de 48 a 72 hrs.) se debe volver a efectuar un examen completo del recién nacido. Especial cuidado se debe poner en los siguientes aspectos que pueden haber variado:

* Presencia de ictericia. Evaluar intensidad de acuerdo a pauta del Capítulo 7, "[Ictericia no hemolítica del recién nacido](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/%20%20%20%20%20ManualPediatria%2031-Julio/RNIctericia.html)". Cuidar de dar orientación a la madre.
* Otras alteraciones de la piel. Piodermia, erupciones.
* Examen cardíaco, presencia de soplos, cianosis, pulsos. Hay que tener presenta que algunas cardiopatías estructurales no dan soplo en el primer día de vida. La más frecuente es la comunicación intraventricular.
* Evaluación del peso y lactancia. Reflujo alimentario, dificultades en la lactancia, deposiciones.
* Cordón umbilical. Signos de infección.
* Abdomen, caderas. Verificar concordancia con primer examen.
* Presencia de fenómenos parafisiolópgicos.

**3.-Seguimiento del recién nacido.**

Después del examen de alta se debe enfatizar en la importancia del seguimiento. Dar una clara orientación a la madre en caso de anormalidades o potenciales problemas. Tranquilizarla respecto a la normalidad del proceso de adaptación y conocimiento de ella con su hijo.

**CONCEPTO Y DEFINICION**

Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté **maduro para adaptarse a la vida extrauterina**. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que **ha nacido prematuramente** y por lo tanto puede presentar**problemas en su adaptación** a esta nueva situación.

En el Capitulo 1 quedaron definidos los conceptos de Prematurez y bajo de peso de nacimiento.

**IMPORTANCIA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA**

Las dos **variables más importantes** y determinantes de la **mortalidad y morbilidad** de los recién nacidos son la **prematurez y el bajo peso** de nacimiento. Esto es fácilmente visible al cotejar edad gestacional o peso con mortalidad (Figura 1.4). Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales es causada por los niños de menos de 1.500 gr. y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematurez.

Se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de **20 millones de niños con peso menor de 2.500 g.** (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros.

En muchos casos, el tratamiento de ellos requiere de **hospitalizaciones prolongadas** y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos puede quedar con **secuelas neurológicas** y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

Considerando el impacto que esto tiene en la morbibilidad y mortalidad de la infancia, este debe ser reconocido como un **problema de Salud Pública de primera magnitud,** en el cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria y en centros capacitados para su tratamiento.

**CONDICIONANTES DE LA PREMATUREZ Y BAJO PESO DE NACIMIENTO**

La prematurez y el bajo peso se asocian a variables socioeconómicos - culturales, a condiciones biológicas de la madre y a diversas patologías que afectan a la madre y al feto.

Las **variables socio económicas - culturales** **y biológicas** asociadas al parto prematuro han sido estudiadas especialmente en los países desarrollados (Tabla 12. 1). Hay diversos antecedentes y n patologías de la madre, del feto, de la placenta y del útero que se asocian con la prematurez y el bajo peso de nacimiento:

**PREPARACION PARA LA REANIMACION**

**Lugar físico:**Este debe quedar contiguo a la sala de parto. Debe contar con red de oxígeno, aire y aspiración, salidas de electricidad , temperatura de alrededor de 28º, buena iluminación y un tamaño adecuado. Si está dentro de la sala de parto debe considerarse un área de alrededor de 3 a 4 m2. Si es una pieza separada requiere de alrededor de 7 a 10 m2 por cada cuna de reanimación. Debe además contar con lavamanos, lugar de almacenamiento de material y equipos, mesa para escritura y superficies para acomodar equipamiento.

**Equipamiento:**Calefactor radiante, reloj de pared y equipos para realizar examen físico y para ejecutar la resucitación: estetoscopio, respiradores manuales con mascarillas para RNT y prematuros, laringoscopio y tubos. Equipo de cateterismo con catéteres umbilicales N° 3,5 y 5Fr. y tubos de drenaje pleural. Es deseable tener monitores de frecuencia cardíaca, respiración y presión.

**Medicamentos:**Deben estar disponibles: adrenalina, bicarbonato, solución fisiológica, naloxona. En un lugar visible debe haber una tabla con la concentración en que vienen los medicamentos y las dosis a administrar.

**Personal:**En todo parto debe existir una persona designada con capacidad para realizar la reanimación. En partos en que se anticipa una reanimación por los antecedentes perinatales, debe considerarse personal especialmente entrenado con clara asignación de roles y responsabilidades.

**OBJETIVOS DE LA REANIMACION**

El objetivo primario de la reanimación es el que universalmente se denomina el ABC.

*A. Establecer una vía aérea permeable.*

*B. Iniciar una respiración eficiente (del ingles Breathing)*

*C. Mantener una circulación adecuada.*

La reanimación, debe lograr estos objetivos en forma oportuna ordenada y eficiente.

A estos objetivos centrales deben agregarse los siguientes:

* ***Minimizar las pérdidas de calor.*** Esto se obtiene secando al niño y colocándolo bajo un calefactor radiante que permite acceder al recién nacido desnudo sin que se enfríe, minimizando las pérdidas de calor que son fundamentalmente por evaporación y radiación.
* ***Evitar las infecciones.*** Esto se refiere tanto al niño como al personal que lo atiende. Para estos efectos todo el material utilizado debe estar estéril o limpio, según de qué se trate.

El personal debe tomar las precauciones universales de riesgo de exposición a sangre o fluidos corporales. Estos deben ser tratados como potencialmente infecciosos. Por esto el personal que realiza la reanimación debe utilizar guantes, no efectuar respiración boca a boca y no utilizar ésta como fuente de succión de las secreciones a través de una pipeta de Lee u otro dispositivo de aspiración.

**DESARROLLO DE LA REANIMACION.**

La reanimación es un procedimiento que sólo se adquiere a través de la práctica. Para esto recomendamos el Manual de Reanimación Neonatal publicado por la Academia Americana de Pediatría y recientemente traducido al castellano con participación de varios neonatólogos latinoamericanos. Aquí nos limitaremos a destacar los aspectos que nos han parecido más relevantes

Es fundamental para el éxito de la reanimación seguir una pauta clara que implica un proceso continuo de ***EVALUACION-DECISION-ACCION,*** en el que debe estar entrenado todo el personal que participa en ella.

**Pasos iniciales de la Reanimación.**

* Al emerger la cabeza del canal del parto no es necesario aspirar al niño cuando el líquido amniótico es claro. En el caso del líquido con meconio la aspiración es perentoria como detallaremos mas adelante.
* Recepción del RN en sábanas tibias.
* Colocar bajo calefactor radiante
* Secar y cambiar sábanas mojadas
* Posicionar con cuello ligeramente extendido
* Aspirar boca y nariz

El secado y la aspiración de secreciones sirven de estímulo al inicio de la respiración. Estos pasos iniciales son semejantes a los que se hacen con un RNT normal que llora y respira vigorosamente. Estos niños pueden ser colocados junto a su madre en contacto piel a piel cubiertos con sabanillas tibias, sin necesidad de ser colocado bajo un calefactor radiante.

**Inicio de la Reanimación.**Esta se lleva a efecto siguiendo el ciclo:



**Evaluación:** Las decisiones y acciones de la reanimación se basan en la evaluación sucesiva de 3 signos clínicos.

**- Esfuerzo Respiratorio:**Si es normal se pasa a evaluar la:

**-** **Frecuencia Cardíaca:** Si está sobre 100 se pasa a evaluar el:

**- Color**

***Rol del puntaje de Apgar.***El Apgar fue durante un tiempo recomendado para evaluar la necesidad de reanimación y tomar decisiones. Esto se ha abandonado fundamentalmente por las siguientes razones: El Apgar se toma clásicamente al minuto y 5 minutos. La reanimación debe iniciarse antes del minuto basado en los parámetros que directamente tienen que ver con la necesidad de reanimación pues comprometen la vida e indemnidad del recién nacido; esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y color. El Apgar considera 5 parámetros de diferente importancia pero a los cuales les asigna igual puntaje. Estos parámetros tiene tienen distinto valor en cuanto a tomar la decisión de reanimar. El test de Apgar es siempre útil para tener una evaluación objetiva del estado del niño y del resultado de la reanimación. No debe ser efectuado por la persona que ejecuta la reanimación. Cuando este es < 7 a los 5 minutos, se debe continuar evaluándolo cada 5 minutos durante 20 minutos o hasta que se tenga un puntaje > 7 estable.

**Decisión y Acción:**El resultado de la evaluación del esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y color comanda decisiones y acciones después de la cuales se efectúa una nueva evaluación como se puede apreciar en el diagrama de flujo de la Figura 10. 1, al cual nos referiremos brevemente.

**Evaluación del Esfuerzo Respiratorio**: Es el primer signo que se evalúa.

- Si el niño tiene respiración espontánea y eficiente, se pasa a evaluar la frecuencia cardíaca.

- Si el niño está en apnea o con respiración irregular tipo jadeo: se efectúa estimulación táctil(decisión-acción). Si no responde(nueva evaluación)con respiración espontanea efectiva en los primeros 30 segundos de vida se inicia Ventilación con Presión Positiva(VPP) con bolsa autoinflable o bolsa de anestesia a través de una mascarilla, con una frecuencia de 40 a 60 por minuto (30 por minuto si se realiza simultáneamente masaje cardíaco) y con presiones de hasta 30 ó 40 cm de agua en las primeras insuflaciones. Después de 30" se procede a evaluar la frecuencia cardíaca.

La persona que realiza la reanimación deberá evaluar la gravedad de la depresión respiratoria de acuerdo a los antecedentes y aspecto del niño. La ausencia de esfuerzo respiratorio, la presencia de cianosis pálida y flacidez completa, son signos de gravedad. De acuerdo a la experiencia y juicio clínico de quien reanima puede VPP usando mascarilla o a través de un tubo endotraqueal, intubando al niño.

La VPP se realiza con bolsas autoinflables que tienen una válvula de seguridad de manera de no sobrepasar una presión de insuflación de mas de 40 cm de H2O. Cuando se usa bolsa de anestesia es necesario tener una manómetro de presión para mantener la presión en este rango. Se debe utilizar solo la presión suficiente para mover la caja torácica.

Un alto porcentaje de niños responde iniciando la respiración espontánea después de las primeras VPP. En estos casos lo más probable es que se haya tratado de una apnea primaria.

**Evaluación de la Frecuencia Cardiaca:** Esta se evalúa a continuación de la respiración. Si está bajo 100 aunque el niño respira espontáneamente se debe iniciar VPP.

La frecuencia cardíaca bajo 100, especialmente si no responde a la VPP, comanda la urgencia de las acciones: el eventual inicio de masaje cardíaco, uso de medicamentos y la posibilidad de intubación endotraqueal.

En el niño que respira bien y tiene frecuencia cardíaca sobre 100 se pasa a evaluar:

**Evaluación del Color:** Cianosis distal de las extremidades es una condición que afecta a la mayoría de los niños en los primeros minutos de vida. No requiere de ninguna acción.

Si presenta cianosis central, se debe administrar O2en la mayor concentración posible. Si bien existen datos de los posibles efectos tóxicos del oxígeno en altas concentraciones, no hay evidencia suficiente de peligro en administrarlo en exceso durante el corto tiempo que dura la reanimación.

En recién nacidos que tienen buen esfuerzo respiratorio y frecuencia cardíaca sobre 100 y que presenten una cianosis persistente que no responde a la administración de oxigeno libre hay que estar alerta a que se alteren la respiración y la frecuencia cardíaca y que eventualmente requieran VPP. También se debe descartar la posibilidad de una Cardiopatía Congénita Cianótica.

De acuerdo a la Figura 1 la reanimación continuará con procedimientos que requieren de un conocimiento, formación y entrenamientos especiales y que se da en los casos de depresión mas graves: **masaje cardíaco, uso de medicamentos e intubación endotraqueal,**