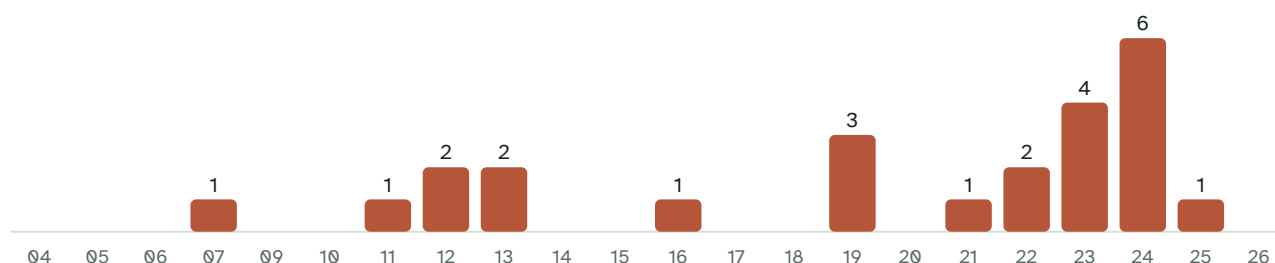


Parto

El parto es el proceso por el que el feto, la placenta y las membranas salen del útero; incluye la dilatación, el expulsivo y el alumbramiento, y enlaza sin pausa con la atención inmediata al recién nacido. En el EIR lo que más cae es el test de Apgar (parámetros y cálculo), la estática fetal y las presentaciones, las recomendaciones de la guía española de atención al parto normal (piel con piel, pinzamiento tardío, profilaxis ocular, óxido nítrico) y la reanimación neonatal en sala de partos.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



24 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Test de Apgar: cálculo de la puntuación (3 exámenes)
- Test de Apgar: parámetros (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Conceptos básicos: término, inicio del parto, estática fetal y pelvis	7
2. Presentaciones anómalas: nalgas y cara	11
3. Periodos del parto, alumbramiento y parto instrumental	14
4. Cuidados durante el parto: ingesta y alivio del dolor	16
5. Cesárea y urgencias obstétricas: prolapso de cordón e inserción velamentosa	19
6. Parto extrahospitalario: test de Malinas	22
7. Atención inmediata al recién nacido: piel con piel, cordón, profilaxis y Apgar	24
8. Estabilización y reanimación neonatal en la sala de partos	30
Todas las preguntas del tema (26)	35
Preguntas que también podrían ser de este tema (7)	44
Solucionario	47
Fuentes	49

Resumen para repasar

1. Conceptos básicos: término, inicio del parto, estática fetal y pelvis

- **Término** actual: **37+0 a 41+6** semanas; **postérmino** desde la **42** ^{F6}.
- Inicio del parto: más **oxitocina** y receptores, que **aumentan las prostaglandinas** (retroalimentación positiva) ^{F7}.
- Dinámica adecuada: **3-5 contracciones/10 min**; ingreso con borramiento > 50 % y **3-4 cm** ^{F1,F2}.
- **Situación**: eje fetal frente a eje uterino; **presentación**: parte en el estrecho superior; **actitud**: flexión; **posición**: punto guía ^{F2}.
- Pelvis **ginecoide** 50 %; **antropoide** elíptica con predominio **anteroposterior**; platipeloide 3 % ^{F2}.
- Término precoz **37-38+6**, completo **39-40+6**, tardío **41-41+6** ^{F6}.
- **Braxton Hicks**: contracciones débiles e irregulares que ceden con reposo o hidratación; el **tapón mucoso** se expulsa 1-2 días antes ^{F7}.
- Actitud flexionada: diámetro **suboccipitobregmático 9,5 cm**; en la cefálica el punto guía es el **occipucio** ^{F2}.

2. Presentaciones anómalas: nalgas y cara

- Podálica en el **3-4 %** de partos ^{F2}.
- **Nalgas puras**: solo nalgas, piernas extendidas; **completas**: nalgas y pies ^{F2,F8}.
- **Cara**: cabeza **hiperextendida**, punto guía el **mentón**; mentoposterior suele requerir **cesárea** ^{F8}.
- Morbimortalidad perinatal de la podálica **tres veces** mayor; prolapso de cordón más frecuente ^{F2}.
- La procidencia de **un solo pie** es indicación de cesárea ^{F2}.
- **Mentoanterior**: mentón hacia la **sínfisis del pubis**; mentoposterior, cesárea ^{F27}.

3. Periodos del parto, alumbramiento y parto instrumental

- Fase latente hasta **4 cm** (GPC); OMS **5 cm**; Friedman 2 cm ^{F1,F2,F3}.
- Fase activa: media **8 h** primíparas, **5 h** multíparas ^{F1}.
- Alumbramiento: **manejo activo** con **oxitocina 10 UI**; prolongado > **30 min** (activo) o > **60 min** (espontáneo) ^{F1}.
- Signos de separación: **alargamiento del cordón**, sangrado y útero **globular** ^{F2}.
- **Kiwi OmniCup**: ventosa obstétrica **de mano** con bomba integrada ^{F12}.
- Expulsivo pasivo nulípara: hasta **2 h**; activo: **1 h** sin epidural, **2 h** con ella ^{F1}.
- Kiwi: copa + mango + **bomba de vacío en el mango** e indicador de vacío ^{F23}.
- SEGO: desprendimiento por la **maniobra de Küstner**, el **signo de Ahlfeld** o sangre oscura ^{F30}.

4. Cuidados durante el parto: ingesta y alivio del dolor

- **Líquidos claros** permitidos; isotónicos mejor que agua ^{F1}.
- Ayuno clásico: **Mendelson 1946** (aspiración gástrica) ^{F13}.
- **Aromaterapia**: aceites esenciales; actuaría por el **olfato** (hipótesis del bulbo olfatorio); si la mujer la quiere, se apoya ^{F16,F25,F26}.
- **Óxido nítrico 50 %** + oxígeno 50 %: analgesia moderada, náuseas ^{F1}.
- **Simpson**: el primero en usar el **éter** en obstetricia en el Reino Unido (**enero de 1847**); cloroformo en noviembre ^{F14,F29}.
- GPC: **inmersión en agua caliente**, masaje, respiración y relajación; **TENS no** con el parto establecido ^{F1}.
- OMS 2018: **relajación**, música y **técnicas manuales** ^{F3}.

5. Cesárea y urgencias obstétricas: prolapso de cordón e inserción velamentosa

- OMS: tasa ideal de cesáreas **10-15 %** (1985); en 2015, **sin objetivo** fijo ^{F4}.
- **Prolapso de cordón**: **Trendelenburg**/genupectoral, **rechazar la presentación**, cesárea ^{F2,F11}.
- **Inserción velamentosa**: vasos por las **membranas**, sin gelatina de Wharton ^{F9}.
- Prolapso: **0,3-0,7 %** (INGESA), **0,1-0,6 %** (RCOG); **no recolocar** el cordón ^{F2,F11}.
- Sims **exagerada** solo en la **ambulancia** ^{F11}.
- Cordón: **2 arterias y 1 vena** ^{F10}.

6. Parto extrahospitalario: test de Malinas

- **Malinas**: decide el **traslado**; paridad, duración del parto, duración e **intervalo de contracciones**, bolsa ^{F15}.
- < 5 SVB; **5-7 SVA**; > 7 **parto inminente** ^{F15}.
- **Intervalo** entre contracciones y **duración** del parto puntúan; el cuello no ^{F15}.

7. Atención inmediata al recién nacido: piel con piel, cordón, profilaxis y Apgar

- **Piel con piel** inmediato, prono, **cabeza ladeada**, gorro y manta calientes; sin separación hasta la primera toma ^{F1}.
- **Pinzamiento tardío** ≥ 1 min, término y prematuros, vaginal o cesárea ^{F18}.
- Profilaxis ocular **universal** frente a **gonococo y clamidia**; eritromicina 0,5 % ^{F22,F1}.
- **Apgar**: FC, respiración, tono, color, reflejos; **1 y 5 min**; **7-10** normal ^{F2,F17}.
- **Acrocianosis** = 1 punto ^{F2}.
- Gasometría arterial de cordón si **Apgar** ≤ 5 a los 5 min ^{F17}.
- Paritorio a **22-24 °C**; madre a **45°** ^{F1}.
- Ordeño del cordón **no recomendado**; desaconsejado en **< 28 semanas** ^{F18}.
- OMS: tetraciclina, eritromicina, povidona yodada acuosa, nitrato de plata o cloranfenicol; GPC permite retrasarla **4 h**; vitamina K **1 mg IM** ^{F22,F1}.
- Apgar < 7 a los 5 min: repetir **cada 5 min hasta los 20** ^{F17}.
- Piel con piel: **no secar las manos** (olor a líquido amniótico) ^{F33}.
- **pH de cordón** **< 7,00** en el no vigoroso: se asocia a encefalopatía; gasometría en partos de alto riesgo ^{F31}.

8. Estabilización y reanimación neonatal en la sala de partos

- **Minuto de oro**: estabilización, evaluación y **ventilación en los primeros 60 s** ^{F18,F20}.
- Temperatura **36,5-37,5 °C**; cabeza **neutra** ^{F20}.
- **No aspirar el meconio** de rutina ^{F21}.
- Pulsioxímetro en la **mano derecha** ^{F19}.
- Compresiones si **FC** **< 60**; **3:1** ^{F20}.
- **Vena umbilical** de elección; intraósea alternativa ^{F19,F20}.
- **5 insuflaciones** iniciales de hasta 3 s; ventilación **40-60 rpm** (SENeo) o **30/min** (RCUK) ^{F18,F20,F21}.
- Oxígeno: **FiO2 0,21** en ≥ 35 semanas; 0,3-0,5 en < 32 ^{F19}.
- Adrenalina **10-30 µg/kg** por vena umbilical, cada **4 min** ^{F20}.
- Mascarilla: **sin apoyar en los ojos ni pasar del mentón** ^{F24}.
- Vena umbilical: acceso de urgencia **hasta los 14 días** ^{F34}.

Puntos clave

- 1 Test de Apgar: **FC, respiración, tono, color y respuesta a estímulos**, 0-1-2 cada uno, al **1 y 5 min**; **7-10** normal, **4-6** moderadamente anormal, **0-3** bajo ^{F2,F17}.
- 2 La **acrocianosis** puntúa 1 en color: un recién nacido vigoroso con acrocianosis tiene **Apgar 9** ^{F2}.
- 3 **Situación** = relación entre el eje longitudinal del feto y el del útero; **presentación** = parte que ocupa el estrecho superior ^{F2}.
- 4 **Nalgas puras**: solo nalgas, piernas extendidas sobre el abdomen; **completas**: nalgas y pies ^{F2}.
- 5 Presentación de **cara**: cabeza hiperextendida y punto guía el **mentón**; la **mentoposterior** suele requerir cesárea ^{F8}.
- 6 Contacto **piel con piel** inmediato, sin separación **al menos la primera hora y hasta la primera toma**; no tiene duración máxima ^{F1}.
- 7 **Pinzamiento tardío** (≥ 1 min) de elección en término y prematuros, vaginal o cesárea, si no necesitan reanimación inmediata ^{F18}.
- 8 **Óxido nítrico al 50 %** con oxígeno: analgesia moderada, náuseas y somnolencia ^{F1}.
- 9 Profilaxis ocular en **todos** los recién nacidos contra **gonococo y clamidia** ^{F22}.
- 10 **Prolapso de cordón**: Trendelenburg o genupectoral, rechazar la presentación y cesárea urgente ^{F2,F11}.
- 11 **Test de Malinas**: decide el **traslado** en el parto extrahospitalario (paridad, duración del parto, duración e intervalo de contracciones, bolsa) ^{F15}.
- 12 Reanimación: pulsioxímetro en la **mano derecha**, compresiones si **FC < 60** tras 30 s de ventilación eficaz, **vena umbilical** de elección, no aspiración sistemática del meconio ^{F19,F20,F21}.

1. Conceptos básicos: término, inicio del parto, estática fetal y pelvis

El ACOG y la SMFM dejaron de tratar el «término» como un bloque único y lo dividen en cuatro categorías: **término precoz** (37+0 a 38+6 semanas), **término completo** (39+0 a 40+6), **término tardío** (41+0 a 41+6) y **posttérmino** (42+0 en adelante) ^{F6}. Es decir, se considera a término la gestación entre la **semana 37 y la 41+6**; a partir de la **42** es posttérmino ^{F6}. La gestación posttérmino (> **42 semanas**) figura entre los factores de riesgo prenatales de que el recién nacido necesite reanimación ^{F2}.

Parto a término: 38-42 frente a 37-42 semanas

La respuesta (reconstruida por un tercero) de EIR2007-075 es que el parto a término es el que ocurre **entre las 38 y las 42 semanas**, un criterio que el enunciado liga al periodo de mortalidad perinatal mínima. La definición actual (ACOG 2013) sitúa el término entre **37+0 y 41+6 semanas** y llama posttérmino a la semana 42 en adelante ^{F6}. Ninguna de las opciones reproduce la definición actual; la que se corresponde con el criterio del examen es la de **38-42 semanas** (las que llegan a la semana 44 incluyen el posttérmino y la de 35-40 incluye pretérminos) ^{F6}.

EIR 2007 · 75

P26 · respuesta en el solucionario

Parto a término: semanas

El concepto clínico de duración de la gestación se conoce como el periodo en el que la mortalidad perinatal es mínima, de acuerdo con este criterio se considera parto a término aquél que tiene lugar:

1. Entre las 35 y 40 semanas de gestación.
2. Entre las 36 y 44 semanas.
3. Entre las 38 y 42 semanas.
4. Entre las 37 y 44 semanas.
5. A partir de las 40 semanas.

Inicio del parto. Al final de la gestación la **progesterona** deja de dominar y el útero se vuelve más excitable; las contracciones débiles e irregulares de **Braxton Hicks** («falso trabajo de parto») se alivian con reposo o hidratación ^{F7}. La neurohipófisis aumenta la secreción de **oxitocina** y el miometrio expresa más receptores para ella; la oxitocina estimula contracciones más fuertes que, en un **círculo de retroalimentación positiva**, estimulan la secreción de **prostaglandinas** por las membranas fetales, que a su vez refuerzan la contracción ^{F7}. Por tanto, lo que acompaña al inicio del parto es un **aumento** de las prostaglandinas, no su disminución ^{F7}. Uno o dos días antes del parto verdadero se expulsa el **tapón mucoso** con algo de sangre ^{F7}.

Clásicamente se considera **dinámica uterina adecuada** la de **3 a 5 contracciones en 10 minutos**, presente en el 95 % de los partos espontáneos a término ^{F2}. La guía española recomienda ingresar a la mujer cuando hay **dinámica regular, borramiento cervical > 50 % y 3-4 cm de dilatación** ^{F1}. De ahí se deduce que favorecen el inicio del parto la **dinámica regular**, el **borramiento** (maduración) del cuello con algo de dilatación y, en la fisiología, el **aumento** de oxitocina y prostaglandinas ^{F1,F2,F7}; una disminución de las prostaglandinas iría en contra del parto ^{F7}.

Prostaglandinas: suben

En el inicio del parto las prostaglandinas **aumentan** y refuerzan la contracción ^{F7}.

EIR 2012 · 85

P23 · respuesta en el solucionario

Condiciones favorables para el inicio del parto

¿Cuál de las siguientes NO representa una condición favorable para el inicio del parto?:

1. Una actividad uterina regular, que alcance 2 o 3 contracciones cada 10 minutos.
2. La presentación del feto, introducida en el estrecho superior y apoyando en el cuello.
3. La disminución de prostaglandinas.
4. Una maduración del cuello.
5. La dilatación cervical de 2 o 3 cm.

Estática fetal. El manual del INGESA la describe con estos términos ^{F2}:

Término	Definición (INGESA) ^{F2}	Tipos
Situación	Relación del eje longitudinal del feto con el eje longitudinal del útero (materno)	Longitudinal, transversa u oblicua; en gestación única el parto vaginal solo se plantea en la longitudinal
Presentación	Parte del feto que contacta con el estrecho superior de la pelvis	Cefálica, de nalgas (podálica) o de hombro
Actitud	Posición de la cabeza respecto a la columna fetal: grado de flexión o extensión	Con la cabeza bien flexionada se presenta el diámetro suboccipitobregmático (9,5 cm) , el menor
Posición	Relación del punto guía de la presentación con la pelvis materna (en las maniobras de Leopold el mismo manual llama posición a la relación del dorso fetal con la pared uterina)	En la cefálica el punto guía es el occipucio (fontanela menor): occipitoilíaca derecha o izquierda, anterior, posterior o transversa
Plano	Descenso de la presentación por el canal del parto	Planos de Hodge (I-IV)

Situación ≠ presentación ≠ posición

Situación es una relación entre **ejes** (feto y útero/madre); **presentación** es la **parte** que asoma al estrecho superior; **posición** es hacia dónde mira el **punto guía**; **actitud** es la **flexión** de la cabeza ^{F2}.

Estática fetal: situación

En referencia a la estática fetal, la relación del eje longitudinal fetal con el eje longitudinal materno se denomina:

1. Actitud.
2. Situación.
3. Presentación.
4. Posición.

Tipos de pelvis (Caldwell-Moloy) según el manual del INGESA ^{F2}:

Tipo	Frecuencia ^{F2}	Rasgos ^{F2}
Ginecoide	La más frecuente (50 %)	Estrecho superior redondo u ovalado ; la más adecuada para el parto
Androide	20 %	Pelvis masculina por excelencia; estrecho superior triangular
Antropoide	25-30 % (hasta 50 % en razas distintas de la blanca)	Forma elíptica ; el diámetro anteroposterior del estrecho superior es mayor que el transverso
Platipeloide	La menos frecuente (3 %)	Ovalada, plana , amplia en sentido lateral (predomina el transverso)

El porcentaje varía, el dibujo no

EIR2023-176 atribuye a la pelvis antropoide un 15 % de los casos; el manual del INGESA le da un **25-30 %** ^{F2}. Las frecuencias varían según la serie: en un estudio de 54 mujeres con TC de pelvis (2022), la antropoide fue el **15 %** (ginecoide 52 %, platipeloide 20 %, androide 13 %) ^{F28}. Lo que la identifica es la descripción: estrecho superior **elíptico** con predominio del **diámetro anteroposterior** sobre el transverso ^{F2}.

Pelvis antropoide

¿A qué tipo de pelvis, presente en un 15% de los casos, hace referencia la siguiente descripción clínica?: estrecho superior en forma elíptica con predominio de los diámetros anteroposteriores respecto a los transversos, y estrecho inferior ensanchado:

1. Ginecoide.
2. Androide.
3. Platipeloide.
4. Antropoide.

2. Presentaciones anómalas: nalgas y cara

La **presentación podálica** (de nalgas) aparece en el **3-4 %** de los partos; su morbilidad perinatal es tres veces la de la cefálica y el **prolapso de cordón** es mucho más frecuente (4 %), sobre todo en nalgas y pies ^{F2}. Por sí misma no contraindica el parto vaginal ^{F2}.

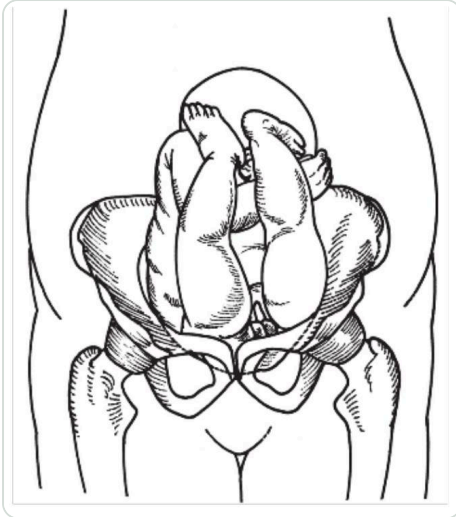
Variedad	INGESA ^{F2}	Manual MSD ^{F8}
Nalgas puras (incompletas variedad nalgas; «franca»)	Se presentan solo las nalgas ; los miembros inferiores están flexionados por la cadera y extendidos a lo largo del abdomen (pies junto a la cara)	Caderas flexionadas y rodillas extendidas («posición de carpa»)
Nalgas completas (impuras)	Se sitúan en la pelvis las nalgas y ambos pies ; muslos flexionados sobre la pelvis y piernas flexionadas sobre los muslos	Caderas y rodillas flexionadas
Nalgas incompletas variedad pie o rodilla	Se presentan las nalgas y un pie o una rodilla ; la procidencia de un solo pie es indicación de cesárea	De pies: una o ambas piernas extendidas que aparecen antes que las nalgas

Pura = solo nalgas

Si en el dibujo solo se ven **nalgas** en la pelvis y los **pies arriba, junto a la cabeza** (piernas estiradas sobre el tronco), es **nalgas puras**. Si hay nalgas **y pies** abajo con las piernas cruzadas y flexionadas, **completas**.

Presentación de nalgas puras

Pregunta asociada a la imagen 8. Señale a cuál de las siguientes presentaciones fetales en podálica, corresponde la siguiente imagen:



1. Nalgas completas.
2. Nalgas incompletas.
3. Nalgas puras.
4. Nalgas complejas.

En la **presentación de cara** («de rostro», en el Manual MSD) la cabeza está **hiperextendida** y la posición se designa por el **mentón**; cuando el mentón está en posición **posterior**, es menos probable que la cabeza rote y salga por vía vaginal, por lo que se requiere **cesárea** ^{F8}. Según OpenStax, la presentación de cara se da cuando el cuello está **hiperextendido** y lo que se presenta es el **mentón**; el parto vaginal es posible si el mentón se dirige hacia la **sínfisis del pubis** materna (**mentoanterior**), y es imposible si queda posterior, apuntando hacia la espalda materna (**mentoposterior**), en cuyo caso hace falta una cesárea ^{F27}.



Cara: manda el mentón

Presentación de cara = cabeza **hiperextendida**; punto guía el **mentón**; **mentoanterior** puede nacer por vía vaginal; **mentoposterior** suele requerir **cesárea** ^{F8,F27}.

Presentación de cara mentoanterior

Pregunta asociada a la imagen 7. Señale, con la nomenclatura más correcta, qué tipo de presentación se muestra en la siguiente imagen, en relación con la fase de expulsivo de un parto:



1. Presentación de frente occipito posterior.
2. Presentación de frente occipito anterior.
3. Presentación de cara mento-anterior o púbica.
4. Presentación de cara mento-posterior o sacra.

3. Periodos del parto, alumbramiento y parto instrumental

El parto se divide en tres periodos: **dilatación, expulsivo y alumbramiento** ^{F2}. La guía española define la **fase latente** de la dilatación como el periodo entre el inicio del parto y los **4 cm**, con contracciones dolorosas y cambios cervicales, y la **fase activa** entre los **4 y los 10 cm**, con dinámica regular ^{F1}. La fase activa dura de promedio **8 horas en primíparas** (improbable que pase de 18) y **5 horas en multíparas** (improbable que pase de 12) ^{F1}. La OMS (2018) sitúa el paso de fase latente a activa en los **5 cm** ^{F3}.

¿2, 4 o 5 cm?

El manual del INGESA recoge la división clásica de **Friedman**, con fin de la fase latente a los **2 cm** y fase activa desde los 2-3 cm ^{F2}; la GPC española de parto normal fija el límite en **4 cm** ^{F1} y la OMS 2018 en **5 cm** ^{F3}. Ojo con las horas: el INGESA atribuye **8 h (primíparas) y 5 h (multíparas)** a la **fase latente** de Friedman ^{F2}, mientras que la GPC da esos mismos promedios a la **fase activa** ^{F1}.

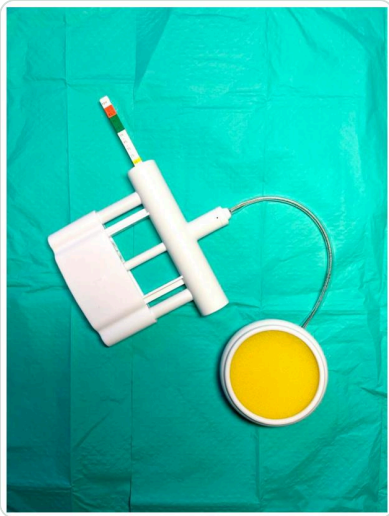
Duración normal del expulsivo (GPC) ^{F1}	Nulípara	Multípara
Expulsivo pasivo (dilatación completa sin pujos)	Hasta 2 h , con o sin epidural	Hasta 1 h sin epidural; 2 h con epidural
Expulsivo activo (con pujos)	Hasta 1 h sin epidural; 2 h con epidural	Hasta 1 h con o sin epidural

El **alumbramiento** es la expulsión de la placenta y las membranas; la separación se produce en la capa esponjosa de la **decidua basal** y suele completarse en unos 5 minutos ^{F2}. En el manejo **expectante** se esperan los tres signos clásicos de separación: **alargamiento de la porción visible del cordón, salida de sangre** por la vagina y cambio del fondo uterino de **discoide a globular**, con elevación de su altura ^{F2}. El protocolo de la SEGO de asistencia al parto normal (2003) sospecha el desprendimiento por la **maniobra de Küstner**, el **signo de Ahlfeld** o la salida de **sangre oscura** por la vagina, procedente del hematoma retroplacentario, y no hace ninguna maniobra hasta que los signos de desprendimiento sean evidentes ^{F30}. La guía recomienda el **manejo activo** del alumbramiento con **oxitocina** de rutina (**10 UI IV lenta**) y considera prolongado el que no se completa en **30 minutos** con manejo activo o en **60 minutos** con alumbramiento espontáneo ^{F1}. Tras la expulsión se comprueba que se forma el **globo de seguridad** uterino ^{F2}.

Parto instrumental con ventosa. La **ventosa Kiwi** es un **extractor fetal por vacío**: una **copa** que se aplica a la **cabeza fetal**, un **mango** con el que se tracciona y una **bomba de vacío integrada en el mango** («palm pump») que se acciona apretando con la palma; lleva además un **indicador de vacío** y una válvula de liberación; hay copas de **silicona blanda** y de diseño Malmström ^{F23}. Se indica para asistir el parto en la **distocia**, la inercia uterina, el agotamiento materno o el sufrimiento materno o fetal ^{F23}. La **Kiwi OmniCup** es una **ventosa de mano** («handheld vacuum extraction device») que, en un ensayo aleatorizado de 194 mujeres, fracasó con más frecuencia que las ventosas convencionales de silicona o metálicas (**34 % frente a 21 %**) ^{F12}. La guía vigente del RCOG sobre el parto vaginal asistido (Green-top 26, 2020) recoge ese ensayo al comparar los dispositivos de vacío, pide elegir el instrumento más adecuado a la situación clínica y a la destreza de quien lo usa, y advierte de que las ventosas de **copa blanda** fracasan más pero causan menos traumatismo del cuero cabelludo (grado A) ^{F32}. Es, por tanto, un dispositivo obstétrico de extracción fetal ^{F23}.

Ventosa obstétrica tipo Kiwi

Pregunta asociada a la imagen 10. Atendiendo a la imagen siguiente, ¿de qué dispositivo se trata?:



1. Es un dispositivo que permite realizar hemostasia en cavidades.
2. Se trata de una ventosa obstétrica tipo Kiwi.
3. Se trata de un dispositivo de ajuste de presión en terapia V.A.C. o terapia por presión negativa.
4. Es un sistema de ventosa para recuperación muscular.

4. Cuidados durante el parto: ingesta y alivio del dolor

Ingesta. La guía española recomienda **permitir la ingesta de líquidos claros** durante el parto, y considera las **bebidas isotónicas** preferibles al agua porque combaten la cetosis; no propone ninguna recomendación sobre los sólidos ^{F1}. La OMS recomienda, en mujeres de bajo riesgo, la **ingesta oral de líquidos y alimentos** durante el parto ^{F3}. La política de ayuno («nil per os») se remonta al artículo de **Curtis L. Mendelson** de **1946**, que describió la **aspiración del contenido gástrico a los pulmones durante la anestesia obstétrica** (síndrome de Mendelson) ^{F13}.

EIR 2019 · 94

P16 · respuesta en el solucionario

Aspiración gástrica en el parto: Mendelson

La actitud frente al trabajo de parto activoe ingesta de alimentos ha variado notablemente con el transcurso del tiempo y aunque actualmente ya no se recomienda el ayuno, señale qué autor fue el primero que escribió sobre el riesgo de aspiración gástrica durante la anestesia obstétrica en el trabajo de parto implantándose la política de “nil per os” (NPO):

1. En 2007, Toohill J.
2. En 1988, Broach J y Newton N.
3. En 1974, Roberts RB.
4. En 1946, Mendelson C.

Alivio no farmacológico del dolor (GPC española): **inmersión en agua caliente** en la fase tardía de la dilatación (grado A), **masaje** y contacto físico tranquilizador, pelotas de parto, técnicas de **respiración y relajación**, e **inyección de agua estéril** para el dolor lumbar; el **TENS** no debería ofrecerse con el parto establecido ^{F1}. La OMS recomienda las técnicas de **relajación** (relajación muscular progresiva, respiración, **música**, mindfulness) y las **técnicas manuales** (masaje, compresas calientes) ^{F3}.

La **aromaterapia** (estímulo del **olfato** con aceites aromáticos) es, junto con el yoga y la acupresión, una de las técnicas que la guía NICE pide **no ofrecer ni aconsejar** para el dolor en la fase latente, pero **si la mujer quiere usarla, se apoya su elección** ^{F16}. La aromaterapia figura en esa guía entre las técnicas no farmacológicas para el dolor del parto, junto al yoga y la acupresión ^{F16}. OpenStax la define como el uso de **aceites esenciales** para ayudar a la **relajación**, por inhalación, masaje, baño o en puntos de acupresión ^{F25}, y el NCI atribuye sus efectos, como hipótesis, a la unión de los componentes del aceite con **receptores del bulbo olfatorio**, que influyen en el sistema límbico ^{F26}: según esa hipótesis, actuaría sobre todo a través del **olfato**. En cambio, OpenStax describe la **biorretroalimentación** como una práctica mente-cuerpo en la que un sensor registra las reacciones del cuerpo al dolor mientras la mujer usa técnicas para controlarlas, y la **hipnosis** como un método que se aprende en clases con respiración, relajación y visualización ^{F25}.

Estimulación sensorial en el parto: aromaterapia

Una estrategia de estimulación sensorial para ayudar, durante el parto, a la relajación y al alivio del malestar es:

1. La aromaterapia.
2. La educación para el parto.
3. La hipnosis.
4. La biorretroalimentación.
5. El bloqueo intradérmico con aguja.

Óxido nitroso. La analgesia inhalatoria se administra como mezcla de **óxido nitroso al 50 % en oxígeno al 50 %** (Entonox®, Kalinox®) ^{F1,F16}. Su efecto analgésico es **moderado** y puede causar **náuseas y vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo** ^{F1}. La guía NICE pide que el Entonox esté disponible en todos los lugares de parto ^{F16}.

★ Óxido nitroso: 50/50

Mezcla **50 % óxido nitroso + 50 % oxígeno**; analgesia **moderada**; efectos adversos: **náuseas, vómitos, somnolencia** ^{F1,F16}.

Óxido nitroso al 50%

El óxido nitroso es el analgésico inhalatorio que se emplea de forma más habitual durante el parto a nivel mundial, usándose una concentración de este gas al:

1. 100%.
2. 75%.
3. 50%
4. 25%.

Historia de la anestesia obstétrica. El obstetra escocés **James Young Simpson** usó el **éter** durante un parto complicado el **19 de enero de 1847**, aunque no quedó satisfecho con sus efectos; en **noviembre de 1847** anunció el **cloroformo** como nuevo anestésico ^{F14}. La Sociedad de Anestesia Obstétrica y Perinatología (SOAP) lo presenta como **el primero en usar el éter en la práctica obstétrica en el Reino Unido**, el 19 de enero de 1847, y como el primero en usar el éter inhalado para aliviar el dolor del parto ^{F29}. Mendelson (1946) describió la aspiración gástrica en la anestesia obstétrica ^{F13} y la anestesista Virginia Apgar ideó en 1952 el test del recién nacido ^{F2}.

Éter en el parto: James Young Simpson

Cuál de los siguientes personajes fue el primero en usar el éter para anestesiarse a la mujer en proceso de parto:

1. James Young Simpson.
2. Curtis Mendelson.
3. Ignaz Semmelweis.
4. Virginia Apgar.

5. Cesárea y urgencias obstétricas: prolapso de cordón e inserción velamentosa

La OMS incluye la **tasa de cesáreas** como indicador de calidad de la atención materna y perinatal; en sus recomendaciones de **1985** fijó como criterio de calidad una tasa del **15 %** ^{F5}. Desde 1985 la comunidad internacional ha considerado ideal una tasa **entre el 10 % y el 15 %**: la declaración de Fortaleza decía que ninguna región tiene justificación para superar el **10-15 %** ^{F4}.

Tasa de cesáreas: la OMS ya no fija un objetivo

EIR2019-093 da como respuesta oficial la tasa **del 10 al 15 %**, la cifra histórica de la OMS desde 1985 ^{F4}. En su declaración de **2015**, la OMS concluye que, a nivel poblacional, las tasas **superiores al 10 %** no se asocian a menor mortalidad materna y neonatal, y que hay que ofrecer la cesárea a las mujeres que la necesiten **en lugar de perseguir una tasa concreta** ^{F4}.

EIR 2019 · 93

P17 · respuesta en el solucionario

Tasa de cesáreas recomendada por la OMS: 10-15%

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención maternay perinatal basada en el número de mujeres en quienes se prevén complicaciones, recomendado que dicha tasa sea de un:

1. 25% a un 30%.
2. 18% a un 22%.
3. 10% a un 15%.
4. 2% a un 5%.

Prolapso de cordón: presencia del cordón por delante de la presentación **con la bolsa rota**; ocurre en el **0,3-0,7 %** de los partos según el INGESA, y puede causar la muerte fetal en minutos por asfixia ^{F2}; el RCOG da una incidencia global del **0,1-0,6 %** ^{F11}. Se sospecha ante una **bradicardia fetal** mantenida justo después de la amniorrexia ^{F2}. Tratamiento según el INGESA: colocar **inmediatamente** a la mujer en **posición de Trendelenburg**, hacer un tacto vaginal para **desplazar la presentación hacia arriba** y descomprimir el cordón y, **sin retirar la mano**, trasladarla a quirófano para una **cesárea** ^{F2}.

La guía del RCOG coincide: elevar la presentación **manual o llenando la vejiga**, posición **genupectoral o decúbito lateral izquierdo** (preferiblemente con la cabeza más baja y una almohada bajo la cadera izquierda), **mínima manipulación** del cordón que asoma por la vagina para evitar el vasoespasmo y **no recolocar** por encima de la presentación ^{F11}. En la ambulancia la posición genupectoral puede ser insegura y se usa la **posición de Sims exagerada** (lateral izquierda con almohada bajo la cadera) ^{F11}.

★ Cordón en la vulva

Objetivo: **que la presentación no comprima el cordón**. Posiciones que lo consiguen: **Trendelenburg, genupectoral** o lateral izquierda con la cabeza baja; **rechazar la presentación** con la mano y **cesárea urgente** ^{F2,F11}.

Trendelenburg en el hospital; Sims exagerada en la ambulancia

En la mujer ingresada, el INGESA manda colocarla **inmediatamente en Trendelenburg** ^{F2}. La **posición de Sims exagerada** (lateral izquierda con almohada bajo la cadera) la reserva el RCOG para el **traslado en ambulancia**, donde la genupectoral es insegura; no es la posición de Sims simple ^{F11}. La posición de Fowler, el decúbito supino o el lateral derecho no son las que recomiendan estas guías ^{F2,F11}.

EIR 2013 · 130

P21 · respuesta en el solucionario

Prolapso de cordón: posición de Trendelenburg

SBG está ingresada en el hospital porque ha iniciado el parto, rompe de forma brusca la bolsa de las aguas. La enfermera observa que aparece en la vulva el cordón umbilical del feto. ¿En qué posición deberá colocar a esta señora?:

1. Posición de Fowler.
2. Decúbito supino.
3. Decúbito lateral derecho.
4. Posición de Trendelenburg.
5. Posición de Sims.

El cordón umbilical contiene normalmente **2 arterias y 1 vena** dentro de una vaina de amnios, protegidos por la **gelatina de Wharton** ^{F10}. En la **inserción velamentosa** los vasos del cordón **recorren parte de las membranas** antes de llegar a la placenta, en lugar de insertarse directamente en ella, y quedan **sin la protección de la gelatina de Wharton** ^{F9}. Si esos vasos pasan sobre el orificio cervical interno o a menos de 2 cm de él se habla de **vasa previa**, que puede dar sangrado vaginal indoloro **de origen fetal** al romperse las membranas, con bradicardia fetal ^{F9}. En la imagen de una placenta se reconoce porque el cordón **no se inserta en el disco placentario** sino en las **membranas**, y sus vasos recorren las membranas hasta llegar a la placenta ^{F9}.

Inserción velamentosa del cordón

Pregunta asociada a la imagen 2. Indique qué tipo de alteración placentaria se observa en la imagen:



1. Placenta accreta.
2. Placenta previa.
3. Inserción velamentosa de cordón umbilical.
4. Placenta bilobulada.

6. Parto extrahospitalario: test de Malinas

Ante un parto fuera del hospital, el **test de Malinas** valora la **inminencia del parto** para decidir si la mujer puede ser **trasladada** o si hay que atender el parto en el lugar ^{F15}. Puntúa **cinco parámetros** de 0 a 2: **paridad**, **duración del parto**, **duración de las contracciones**, **intervalo entre contracciones** y **rotura de la bolsa** ^{F15}. No incluye datos del cuello uterino (eso es el test de Bishop), del recién nacido (Apgar, Silverman) ni del líquido amniótico ^{F15,F2}.

Parámetro (061 Aragón) ^{F15}	0	1	2
Paridad	Primípara	Secundípara	Múltipara
Duración del parto	< 3 h	3-5 h	> 6 h
Duración de las contracciones	< 1 min	1 min	> 2 min
Intervalo entre contracciones	5 min	3-5 min	> 3 min (sic)
Rotura de la bolsa	No	Inmediata	> 1 h

Decisión de traslado según el 061 de Aragón: puntuación < 5, traslado en **soporte vital básico** o por medios propios; 5-7, traslado en **soporte vital avanzado**; > 7, **parto inminente** ^{F15}.



Malinas = madre; Apgar = recién nacido

Malinas valora a la **madre** para el **traslado** en el parto extrahospitalario (paridad, duración del parto, duración e **intervalo de las contracciones**, bolsa) ^{F15}; **Apgar** valora al recién nacido; **Bishop**, el cuello uterino ^{F2}.

EIR 2022 · 89

P12 · respuesta en el solucionario

Test de Malinas: traslado en parto extrahospitalario

Para valorar si el estado materno en un parto extrahospitalario permite el traslado a un centro sanitario, se usa un sistema de puntuación. Indique cuál de los siguientes es dicho sistema:

1. Test de Apgar.
2. Test de Malinas.
3. Test de Silverman.
4. Test de Bishop.

Test de Malinas: parámetros

Indique cuál de los siguientes parámetros se usa en el Sistema de puntuación de Malinas:

1. Consistencia del cuello del útero.
2. Intervalo de las contracciones uterinas.
3. Esfuerzo respiratorio del recién nacido.
4. Presencia de meconio en el líquido amniótico.

7. Atención inmediata al recién nacido: piel con piel, cordón, profilaxis y Apgar

Contacto piel con piel (CPP). La guía española recomienda que la madre mantenga el contacto piel con piel con su bebé **inmediatamente después del nacimiento** (grado A), que se le **cubra y seque con una manta o toalla previamente calentadas** mientras dura el contacto, y **evitar la separación** de madre y bebé **dentro de la primera hora de vida y hasta que haya finalizado la primera toma** ^{F1}. El procedimiento del anexo 7 de la guía detalla ^{F1}:

- Paritorio a **22-24 °C**; colocar al recién nacido **directamente sobre la piel** de la madre, **secándole suavemente el dorso** con un paño precalentado ^{F1}; un protocolo enfermero publicado en *Index de Enfermería* (2013) aconseja **no secar las manos** del recién nacido para conservar el olor a líquido amniótico ^{F33}.
- Madre incorporada **a unos 45°** con el recién nacido en **posición prona** entre sus pechos, extremidades flexionadas y **cabeza ladeada** y ligeramente extendida, evitando la flexión y la hiperextensión del cuello ^{F1}.
- Cubrir a ambos con un muletón seco y caliente que **no sobrepase los hombros** del bebé, y ponerle un **gorro de algodón precalentado** ^{F1}.
- El test de Apgar y el pinzamiento tardío se hacen **sobre el cuerpo de la madre**, sin interrumpir el contacto; madre y recién nacido permanecen en el paritorio **hasta que se complete la primera toma** ^{F1}.

El CPP no tiene «duración máxima»

La guía no pone un límite superior: pide **no separar** a madre e hijo **al menos la primera hora y hasta que termine la primera toma** ^{F1}.

EIR 2025 · 161

P27 · respuesta en el solucionario

Contacto piel con piel: duración

Dentro de las recomendaciones para realizar el contacto piel con piel precoz tras el parto, se encuentran todas EXCEPTO:

1. Se recomienda secar cabeza y espalda, pero no las manos.
2. Se recomienda ponerle un gorro y cubrirle con una manta precalentada.
3. Se recomienda que el bebé esté en decúbito prono sobre el abdomen materno, con la cabeza ladeada.
4. Se recomienda que tenga una duración máxima de 60 minutos.

Pinzamiento del cordón. La GPC de 2010 recomienda el **pinzamiento tardío** (grado A), a partir del **segundo minuto** o tras el cese del latido ^{F1}. La guía española de estabilización y reanimación neonatal (SENeo 2021) establece que el pinzamiento tardío (**al menos un minuto**) debe ser la estrategia de elección en recién nacidos **a término y prematuros de cualquier edad gestacional**, nacidos **por vía vaginal o por cesárea**, que **no requieran reanimación inmediata** ^{F18}. El **ordeño** del cordón (milking) no se recomienda actualmente y se desaconseja expresamente por debajo de las **28 semanas** ^{F18}. La guía SENeo de 2026 mantiene el pinzamiento tardío de **al menos 60 s** en los que nacen respirando y con buen tono, sea cual sea la edad gestacional ^{F19}.

Pinzamiento tardío del cordón

En relación al pinzamiento tardío del cordón umbilical en los recién nacidos, la nueva actualización de las Recomendaciones de Estabilización y Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología establece que:

1. El pinzamiento tardío del cordón (al menos un minuto) debe ser la estrategia de elección en recién nacidos a término (RNT) y prematuros (RNPT) de cualquier edad gestacional, nacidos por vía vaginal o cesárea, que no requieran reanimación inmediata.
2. En neonatos que requieren reanimación se debe priorizar el pinzamiento tardío antes que el inicio de la ventilación con presión positiva (VPP).
3. El pinzamiento tardío del cordón (al menos un minuto) debe ser la estrategia de elección en recién nacidos a término (RNT) y prematuros (RNPT) de cualquier edad gestacional, solamente en los nacidos por vía vaginal.
4. El ordeño del cordón umbilical desde la placenta hacia neonato con el cordón íntegro (milking) es muy superior al pinzamiento tardío, en términos de beneficios para el neonato.

Profilaxis ocular. La OMS recomienda, **para todos los recién nacidos**, la profilaxis ocular tópica para prevenir la **oftalmía neonatal gonocócica y por clamidia** (recomendación fuerte), aplicada en ambos ojos inmediatamente tras el nacimiento con una de estas opciones: **tetraciclina al 1 %**, **eritromicina al 0,5 %**, **povidona yodada al 2,5 %** (acuosa, nunca alcohólica), **nitrato de plata al 1 %** o **cloranfenicol al 1 %** ^{F22}. La guía española prefiere la **pomada de eritromicina al 0,5 %** (alternativa, tetraciclina al 1 %; nitrato de plata solo si no hay ninguna) y permite retrasarla **hasta 4 horas** para no interrumpir el contacto piel con piel; la **vitamina K** se da en dosis única de **1 mg IM** ^{F1}.

Profilaxis ocular neonatal: gonococo y clamidia

En las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre las infecciones de transmisión sexual, se recomienda la profilaxis ocular tópica para todos los recién nacidos con la finalidad de prevenir:

1. La conjuntivitis por el virus del papiloma humano (VPH) y VIH.
2. La conjuntivitis por gripe.
3. La conjuntivitis sifilítica y por toxoplasmosis.
4. La conjuntivitis gonocócica y la clamidia neonatal.

Test de Apgar. Lo ideó la anestesista **Virginia Apgar** en 1952 ^{F2}. Se hace **al minuto y a los 5 minutos** y valora **cinco parámetros**, cada uno con **0, 1 o 2 puntos**: **frecuencia cardíaca**, **esfuerzo respiratorio**, **tono muscular**, **color** y **respuesta a estímulos** (irritabilidad refleja) ^{F2,F17}. No incluye peso, talla, temperatura ni frecuencia respiratoria como cifra ^{F2}.

Parámetro (INGESA) ^{F2}	0 puntos	1 punto	2 puntos
Frecuencia cardíaca (pulso)	Ausente (imperceptible)	Lenta, < 100	> 100
Esfuerzo respiratorio	Ninguno	Superficial, irregular (débil)	Bueno, llanto (respiración regular)
Tono muscular	Bajo (flácido)	Flexiones escasas de las extremidades (flexión moderada)	Movimientos activos
Color	Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules (acrocianosis)	Completamente rosado
Respuesta a estímulos (reflejos)	Ninguna reacción	Mueca	Tos o estornudo

Interpretación. El ACOG y la AAP consideran una puntuación de **7-10** a los 5 minutos **tranquilizadora** («reassuring»; lo que los exámenes llaman estado satisfactorio), **4-6** moderadamente anormal y **0-3** baja ^{F17}. El manual del INGESA llama a 4-6 **depresión moderada** y a < 4 **depresión grave** ^{F2}. Si el Apgar a los 5 minutos es < 7, se repite **cada 5 minutos hasta los 20** ^{F17}.

Cómo se suma

Casi todos los recién nacidos sanos pierden **1 punto por el color**: la **acrocianosis** (cuerpo rosado, manos y pies azulados) vale 1, así que un bebé vigoroso con FC > 100, llanto, buen tono y buena respuesta pero acrocianótico suma **9** ^{F2}. Si en cambio está todo sonrosado y lo que falla es la **respuesta a estímulos** (0) y el **tono** es solo de flexión moderada (1): 2 + 2 + 2 + 0 + 1 = **7** ^{F2}. **7-10** es el rango tranquilizador de la ACOG (el «estado satisfactorio» de las opciones de examen); **4-6** es la depresión moderada del INGESA ^{F2,F17}.

EIR2014-149: los datos suman 10

En EIR2014-149 el recién nacido tiene 130 lpm (2), respira con armonía (2), movimientos espontáneos (2), color **sonrosado** (2) y buena respuesta al estímulo (2): con la tabla del INGESA suma **10** ^{F2}. La respuesta (reconstruida por un tercero) es la opción «**Apgar 9. Estado satisfactorio**»: ninguna opción ofrece un 10, «Apgar 12» es imposible (el máximo es 10) y las demás describen un estado deprimido, cuando 9-10 está en el rango **tranquilizador** (7-10) ^{F2,F17}. La respuesta no se corrige.

Test de Apgar: parámetros

Con el test de Apgar, para valorar el estado del recién nacido en los primeros minutos de vida, se evalúan los parámetros de:

1. Peso, talla, perímetro craneal y torácico.
2. Frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, color y respuesta a estímulos.
3. Frecuencia respiratoria, coloración, mucosidad intestinal y actividad motora.
4. Movimientos espontáneos, llanto, tos o estornudo y mueca.
5. Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y actividad motora.

Test de Apgar: parámetros

Con el test de Apgar, para valorar el estado del recién nacido en los primeros minutos de vida, se evalúan los parámetros de:

1. Peso, talla, perímetro craneal y torácico.
2. Frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, color y respuesta a estímulos.
3. Frecuencia respiratoria, coloración, mucosidad intestinal y actividad motora.
4. Movimientos espontáneos, llanto, tos o estornudo y mueca.
5. Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y actividad motora.

Test de Apgar: cálculo de la puntuación

Tras un parto normal a término observamos que el bebé tiene una frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto, llanto vigoroso, movimientos espontáneos buenos, acrocianosis y buena respuesta a estímulos. ¿Qué valor resultará en la realización del Test de Apgar?:

1. Apgar 10. Estado satisfactorio.
2. Apgar 7. Moderadamente deprimido.
3. Apgar 8. Deprimido.
4. Apgar 9. Estado satisfactorio.
5. Apgar 9. Moderadamente deprimido.

Test de Apgar: cálculo de la puntuación

Tras un parto normal a término se observa que el bebé tiene un latido cardíaco de 130 latidos por minuto, respira con armonía y tranquilidad, tiene movimientos espontáneos, color sonrosado y buena respuesta al estímulo de succión. ¿Qué valor resultará en la realización del Test de Apgar?

1. Apgar 7. Moderadamente deprimido.
2. Apgar 8. Deprimido.
3. Apgar 9. Estado satisfactorio.
4. Apgar 9. Moderadamente deprimido.
5. Apgar 12. Estado satisfactorio.

Test de Apgar: cálculo de la puntuación

Ante una puntuación 7 en el test de Apgar al minuto de vida de un recién nacido, cabe esperar:

1. Frecuencia cardíaca >100, respiración regular, coloración sonrosada, llanto vigoroso y movimiento activo.
2. Frecuencia cardíaca <100, respiración débil, cianosis distal, muecas como respuesta a estímulos y flacidez.
3. Frecuencia cardíaca >100, respiración regular, cianosis distal, sin respuesta a estímulos y extremidades con flexión moderada.
4. Frecuencia cardíaca >100, respiración regular, sonrosado, sin respuesta a estímulos y flexión moderada de las extremidades.

Gasometría de cordón. Cuando el Apgar a los 5 minutos es de **5 o menos**, el ACOG recomienda obtener, si es posible, una **gasometría de sangre arterial umbilical** de un segmento de cordón **pinzado** ^{F17}. La guía española incluye, en el procedimiento del piel con piel, la recogida de **sangre de cordón** según el procedimiento habitual (grupo y Rh fetal, **gases**) ^{F1}. En imagen, se reconoce por la extracción de sangre con jeringa de un **segmento de cordón pinzado** para medir el **pH** y los gases ^{F17}. El ACOG y la AAP recomiendan la gasometría de cordón en los partos de **alto riesgo** con sospecha de alteración metabólica fetal, por ejemplo un registro de categoría III o un **Apgar bajo** ^{F31}. En los recién nacidos a término con un parto sin complicaciones, el pH arterial medio del cordón es de **7,24-7,27** ^{F31}. Un **pH < 7,00** en recién nacidos no vigorosos se asocia estrechamente a la encefalopatía neonatal, aunque la mayoría de los niños con un pH de cordón < 7,00 no desarrollan problemas neurológicos ^{F31}.

pH de sangre de cordón

Pregunta asociada a la imagen 5. Según la imagen mostrada, ¿qué prueba de las siguientes se está realizando?:



1. Glucemia capilar.
2. Donación de sangre de cordón umbilical.
3. Biopsia corial.
4. Análisis de pH en sangre de cordón umbilical.

8. Estabilización y reanimación neonatal en la sala de partos

La SENEo 2021 usa el concepto del **«minuto de oro»** de la reanimación, en el que deben integrarse incluso las estrategias con el cordón íntegro ^{F18}. El contenido de ese primer minuto lo marcan las guías europeas: **estabilización inicial** (mantener la temperatura, vía aérea en posición neutra) y **evaluación** y, si el recién nacido no respira, **ventilación con presión positiva, idealmente en los primeros 60 segundos** tras el nacimiento ^{F20}, con **monitorización** de la saturación preductal ^{F19}.

EIR 2021 · 69

P14 · respuesta en el solucionario

Reanimación neonatal: minuto de oro

¿A qué se refiere el término “minuto de oro” en la reanimación neonatal en sala de partos?:

1. Comprende el primer minuto de aplicación de maniobras de masaje cardíaco y ventilación asistida.
2. Se trata del tiempo recomendado de espera en el pinzamiento tardío de cordón umbilical.
3. Es el tiempo mínimo de empleo en la organización y la distribución de roles previo a la reanimación.
4. Periodo que comprende las medidas de estabilización y evaluación inicial con inicio de ventilación y monitorización.

Paso	Recomendación vigente
Temperatura	Mantener al recién nacido entre 36,5 y 37,5 °C ^{F20}
Vía aérea	Decúbito supino con la cabeza en posición neutra (o ligera extensión); no hiperextensión ^{F20,F2}
Meconio	No aspirar de forma sistemática el meconio ni el líquido amniótico de la vía aérea, porque retrasa la ventilación ^{F21}
Ventilación	Si no respira: VPP con mascarilla idealmente en los 60 s ; 5 insuflaciones iniciales de hasta 3 s ^{F20} ; frecuencia 40-60 rpm (SENeo 2021) ^{F18} o 30/min (Resuscitation Council UK 2025) ^{F21}
Oxígeno	Iniciar con aire ambiente (FiO2 0,21) en ≥ 35 semanas; entre 32 y 34+6 semanas, FiO2 0,21-0,3; en < 32 semanas, FiO2 0,3-0,5 ^{F19}
Pulsioximetría	Preductal : en la mano derecha ; objetivos de SpO2 70-75 % a los 3 min, 80-85 % a los 5 min y 85-95 % a los 10 min ^{F19,F20}
Compresiones	Si la FC es < 60 lpm pese a 30 s de ventilación eficaz ; relación 3:1 (90 compresiones y 30 ventilaciones por minuto), técnica de dos pulgares ^{F20}
Acceso vascular	Vena umbilical ; la intraósea es la alternativa ^{F19,F20}
Adrenalina	10-30 µg/kg por catéter venoso umbilical o intraóseo, cada 4 minutos si persiste la bradicardia ^{F20}

Pulsioxímetro. La SENEo 2026 recomienda usar la **oximetría preductal** para ajustar la FiO2 a los rangos objetivo ^{F19}; la saturación preductal se mide en la **mano derecha**, como detalla la propia guía en el algoritmo del prematuro de < 32 semanas (ajustar la FiO2 según la oximetría **en la mano derecha** desde el minuto 3) ^{F19}.

EIR 2020 · 177

P15 · respuesta en el solucionario

Reanimación neonatal: pulsioxímetro en extremidad superior derecha

¿Dónde se recomienda colocar el pulsioxímetro en un recién nacido durante las maniobras de estabilización /reanimación?:

1. Extremidad superior derecha.
2. Extremidad superior izquierda.
3. Extremidad inferior izquierda.
4. Lóbulo oreja izquierda.

Temperatura, meconio, aire ambiente y cordón. Tras el parto, la temperatura del recién nacido no asfíctico se mantiene entre **36,5 y 37,5 °C** ^{F20}; en presencia de meconio **no se aspira ni se intuba de rutina** la vía aérea: lo prioritario es ventilar ^{F21}; la ventilación de los recién nacidos a término se inicia con **aire ambiente** ^{F19}; y en los que no necesitan reanimación el cordón se pinza **al menos un minuto** después del nacimiento ^{F18}.

EIR 2019 · 79

P18 · respuesta en el solucionario

Reanimación neonatal: no intubación sistemática con meconio

Entre las siguientes opciones, ¿cuál de las recomendaciones para la resucitación y soporte de transición de recién nacidos en el paritorio NO estaría indicada?:

1. Tras el parto la temperatura del recién nacido sin asfixia debe mantenerse entre 36.5° y 37.5°.
2. La intubación traqueal debe utilizarse de forma sistemática en presencia de meconio.
3. El soporte ventilatorio de los recién nacidos a término debe comenzarse como aire ambiente.
4. Para recién nacidos sin compromiso, a término o pretérmino, se recomienda una demora en el pinzamiento de cordón de al menos un minuto desde la expulsión completa del lactante.

Compresiones torácicas. Están indicadas cuando la frecuencia cardíaca es **inferior a 60 latidos por minuto** a pesar de **30 segundos de ventilación eficaz**, con una relación **3:1** ^{F20}.

EIR 2019 · 163

P31 · respuesta en el solucionario

Reanimación neonatal: compresiones si FC <60 lpm

¿Por debajo de qué frecuencia cardíaca deberemos inicial compresiones torácicas en un recién nacido?:

1. 60 latidos por minuto.
2. 65 latidos por minuto.
3. 70 latidos por minuto.
4. 75 latidos por minuto.

Ventilación con bolsa y mascarilla. Para la VPP el reanimador se coloca **a la cabeza** del recién nacido, que está en **decúbito supino** con la cabeza en **posición neutra**, porque es clave para que la vía aérea quede permeable; la **hiperextensión** del cuello no es la posición correcta ^{F20,F2}. El protocolo de la SENEo y la AEP de 2008 detalla la técnica: la mascarilla debe ser de tamaño adecuado, **no debe apoyarse en los ojos ni sobrepasar el mentón** y tiene que sellar la boca y la nariz; el reanimador se coloca **a la cabecera o a un lado** del niño ^{F24}. Tras las insuflaciones iniciales, la SENEo 2021 recomienda una frecuencia de **40-60 rpm** ^{F18}; el Resuscitation Council UK 2025 y la ERC 2025 indican **30 ventilaciones por minuto** (15 en 30 s) ^{F21,F20}.

Cabeza neutra, no hiperextendida

En el recién nacido la cabeza va en **posición neutra** o en ligera extensión; la **hiperextensión** no es la posición recomendada ^{F20,F2}.

EIR2022-003: ¿30-60 respiraciones por minuto?

En EIR2022-003 la respuesta oficial es que la afirmación incorrecta es la de colocar al recién nacido con la cabeza en **hiperextensión**; la opción de mantener **30 a 60 respiraciones/minuto** se da, por tanto, por correcta. Ese intervalo es el del protocolo de la SENEo y la AEP de 2008: «comenzar con las insuflaciones a un ritmo de **30-60 rpm**» ^{F24}. Las guías posteriores dan otras cifras: la SENEo 2021 dice «Se recomienda una frecuencia de **40-60 rpm**» ^{F18}; el Resuscitation Council UK 2025, «ventilation breaths (**30 min-1**)» ^{F21}; y la ERC 2025, «**30 inflation breaths** (inspiratory time about one second) per minute» ^{F20}. La hiperextensión, en cambio, contradice todas las guías (cabeza en **posición neutra**) ^{F20,F2}. La respuesta oficial no se corrige.

Maniobra neonatal de la imagen: posición de la cabeza

Pregunta asociada a la imagen 3. Indique la opción INCORRECTA respecto a la maniobra correspondiente a la imagen:

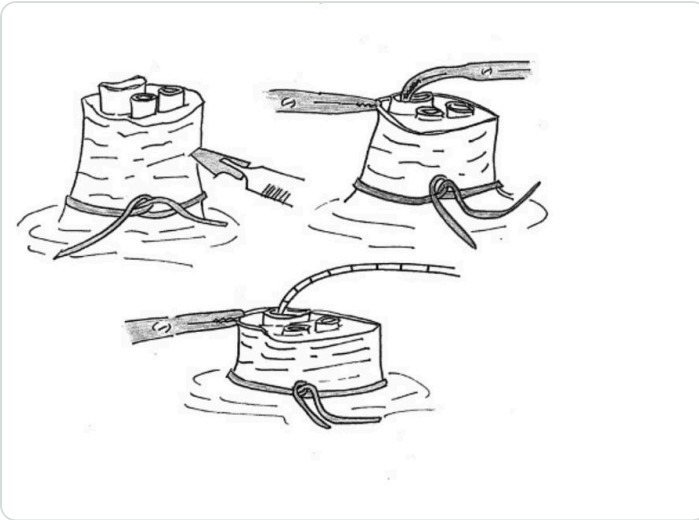


1. El reanimador se situará tras la cabeza del recién nacido.
2. La mascarilla facial no debe sobrepasar el mentón ni apoyarse sobre los globos oculares.
3. Se colocará al recién nacido en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión.
4. Debe mantenerse un ritmo de 30 a 60 respiraciones/minuto.

Canalización de la vena umbilical. En el cordón hay **dos arterias y una vena** ^{F10}: las arterias se reconocen por su luz pequeña y su pared gruesa, y la vena, normalmente a las 12, por su pared fina y su luz mayor ^{F34}. La **vena umbilical** sigue siendo el **principal acceso intravenoso** en la reanimación neonatal en la sala de partos, y la **intraósea** es una alternativa razonable si no se consigue canalizar la vena ^{F19,F20}. El Resuscitation Council UK la da como la **opción preferente** (de elección) para el acceso vascular urgente en la reanimación al nacer ^{F21}. Por el catéter venoso umbilical se administra la **adrenalina** ^{F20}. La cateterización de la vena umbilical usa el muñón umbilical como acceso venoso central de urgencia **hasta los 14 días de vida**, y se emplea sobre todo en la sala de partos para la reanimación ^{F34}.

Reanimación neonatal: canalización de la vena umbilical

Pregunta asociada a la imagen 1. Indique la opción correcta con respecto a la técnica mostrada:



1. Generalmente visualizaremos dos vasos venosos y uno arterial.
2. La canalización arterial permite la administración de medicamentos y hemoderivados.
3. No se recomienda esta canalización tras las primeras 24 horas de vida.
4. La canalización de la vena umbilical es la vía de elección en la reanimación neonatal en sala de partos.

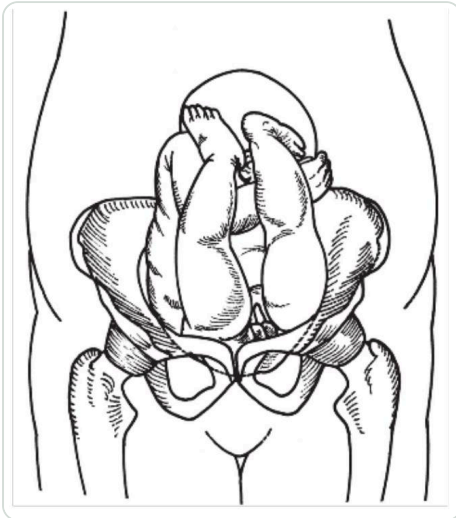
Todas las preguntas del tema (26)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2025 · 8

P1 · respuesta en el solucionario

Pregunta asociada a la imagen 8. Señale a cuál de las siguientes presentaciones fetales en podálica, corresponde la siguiente imagen:



1. Nalgas completas.
2. Nalgas incompletas.
3. Nalgas puras.
4. Nalgas complejas.

EIR 2024 · 175

P2 · respuesta en el solucionario

En relación al pinzamiento tardío del cordón umbilical en los recién nacidos, la nueva actualización de las Recomendaciones de Estabilización y Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología establece que:

1. El pinzamiento tardío del cordón (al menos un minuto) debe ser la estrategia de elección en recién nacidos a término (RNT) y prematuros (RNPT) de cualquier edad gestacional, nacidos por vía vaginal o cesárea, que no requieran reanimación inmediata.
2. En neonatos que requieren reanimación se debe priorizar el pinzamiento tardío antes que el inicio de la ventilación con presión positiva (VPP).
3. El pinzamiento tardío del cordón (al menos un minuto) debe ser la estrategia de elección en recién nacidos a término (RNT) y prematuros (RNPT) de cualquier edad gestacional, solamente en los nacidos por vía vaginal.
4. El ordeño del cordón umbilical desde la placenta hacia neonato con el cordón íntegro (milking) es muy superior al pinzamiento tardío, en términos de beneficios para el neonato.

En las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre las infecciones de transmisión sexual, se recomienda la profilaxis ocular tópica para todos los recién nacidos con la finalidad de prevenir:

1. La conjuntivitis por el virus del papiloma humano (VPH) y VIH.
2. La conjuntivitis por gripe.
3. La conjuntivitis sifilítica y por toxoplasmosis.
4. La conjuntivitis gonocócica y la clamidia neonatal.

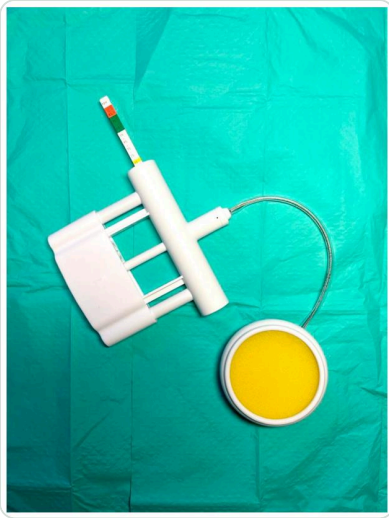
El óxido nitroso es el analgésico inhalatorio que se emplea de forma más habitual durante el parto a nivel mundial, usándose una concentración de este gas al:

1. 100%.
2. 75%.
3. 50%.
4. 25%.

En referencia a la estática fetal, la relación del eje longitudinal fetal con el eje longitudinal materno se denomina:

1. Actitud.
2. Situación.
3. Presentación.
4. Posición.

Pregunta asociada a la imagen 10. Atendiendo a la imagen siguiente, ¿de qué dispositivo se trata?:



1. Es un dispositivo que permite realizar hemostasia en cavidades.
2. Se trata de una ventosa obstétrica tipo Kiwi.
3. Se trata de un dispositivo de ajuste de presión en terapia V.A.C. o terapia por presión negativa.
4. Es un sistema de ventosa para recuperación muscular.

Pregunta asociada a la imagen 7. Señale, con la nomenclatura más correcta, qué tipo de presentación se muestra en la siguiente imagen, en relación con la fase de expulsivo de un parto:



1. Presentación de frente occipito posterior.
2. Presentación de frente occipito anterior.
3. Presentación de cara mento-anterior o púbica.
4. Presentación de cara mento-posterior o sacra.

Indique cuál de los siguientes parámetros se usa en el Sistema de puntuación de Malinas:

1. Consistencia del cuello del útero.
2. Intervalo de las contracciones uterinas.
3. Esfuerzo respiratorio del recién nacido.
4. Presencia de meconio en el líquido amniótico.

¿A qué tipo de pelvis, presente en un 15% de los casos, hace referencia la siguiente descripción clínica?: estrecho superior en forma elíptica con predominio de los diámetros anteroposteriores respecto a los transversos, y estrecho inferior ensanchado:

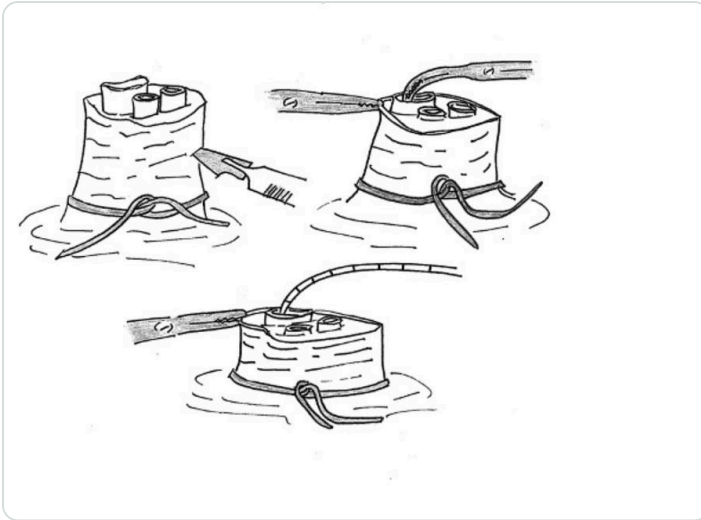
1. Ginecoide.
2. Androide.
3. Platipeloide.
4. Antropoide.

Pregunta asociada a la imagen 5. Según la imagen mostrada, ¿qué prueba de las siguientes se está realizando?:



1. Glucemia capilar.
2. Donación de sangre de cordón umbilical.
3. Biopsia corial.
4. Análisis de pH en sangre de cordón umbilical.

Pregunta asociada a la imagen 1. Indique la opción correcta con respecto a la técnica mostrada:



1. Generalmente visualizaremos dos vasos venosos y uno arterial.
2. La canalización arterial permite la administración de medicamentos y hemoderivados.
3. No se recomienda esta canalización tras las primeras 24 horas de vida.
4. La canalización de la vena umbilical es la vía de elección en la reanimación neonatal en sala de partos.

Para valorar si el estado materno en un parto extrahospitalario permite el traslado a un centro sanitario, se usa un sistema de puntuación. Indique cuál de los siguientes es dicho sistema:

1. Test de Apgar.
2. Test de Malinas.
3. Test de Silverman.
4. Test de Bishop.

Ante una puntuación 7 en el test de Apgar al minuto de vida de un recién nacido, cabe esperar:

1. Frecuencia cardíaca >100 , respiración regular, coloración sonrosada, llanto vigoroso y movimiento activo.
2. Frecuencia cardíaca <100 , respiración débil, cianosis distal, muecas como respuesta a estímulos y flacidez.
3. Frecuencia cardíaca >100 , respiración regular, cianosis distal, sin respuesta a estímulos y extremidades con flexión moderada.
4. Frecuencia cardíaca >100 , respiración regular, sonrosado, sin respuesta a estímulos y flexión moderada de las extremidades.

¿A qué se refiere el término “minuto de oro” en la reanimación neonatal en sala de partos?:

1. Comprende el primer minuto de aplicación de maniobras de masaje cardiaco y ventilación asistida.
2. Se trata del tiempo recomendado de espera en el pinzamiento tardío de cordón umbilical.
3. Es el tiempo mínimo de empleo en la organización y la distribución de roles previo a la reanimación.
4. Periodo que comprende las medidas de estabilización y evaluación inicial con inicio de ventilación y monitorización.

¿Dónde se recomienda colocar el pulsioxímetro en un recién nacido durante las maniobras de estabilización /reanimación?:

1. Extremidad superior derecha.
2. Extremidad superior izquierda.
3. Extremidad inferior izquierda.
4. Lóbulo oreja izquierda.

La actitud frente al trabajo de parto activo e ingesta de alimentos ha variado notablemente con el transcurso del tiempo y aunque actualmente ya no se recomienda el ayuno, señale qué autor fue el primero que escribió sobre el riesgo de aspiración gástrica durante la anestesia obstétrica en el trabajo de parto implantándose la política de “nil per os” (NPO):

1. En 2007, Toohill J.
2. En 1988, Broach J y Newton N.
3. En 1974, Roberts RB.
4. En 1946, Mendelson C.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materno perinatal basada en el número de mujeres en quienes se prevén complicaciones, recomendado que dicha tasa sea de un:

1. 25% a un 30%.
2. 18% a un 22%.
3. 10% a un 15%.
4. 2% a un 5%.

Entre las siguientes opciones, ¿cuál de las recomendaciones para la resucitación y soporte de transición de recién nacidos en el paritorio NO estaría indicada?:

1. Tras el parto la temperatura del recién nacido sin asfixia debe mantenerse entre 36.5° y 37.5°.
2. La intubación traqueal debe utilizarse de forma sistemática en presencia de meconio.
3. El soporte ventilatorio de los recién nacidos a término debe comenzarse como aire ambiente.
4. Para recién nacidos sin compromiso, a término o pretérmino, se recomienda una demora en el pinzamiento de cordón de al menos un minuto desde la expulsión completa del lactante.

En la cuarta fase del parto uno de los signos de desprendimiento placentario consiste en la observación del descenso espontáneo de la pinza del cordón que asoma por la vulva. ¿Cómo se denomina a este signo?:

1. Signo de Küstner.
2. Signo de Fabre.
3. Signo de Strassman.
4. Signo de Ahlfeld.

Tras un parto normal a término observamos que el bebé tiene una frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto, llanto vigoroso, movimientos espontáneos buenos, acrocianosis y buena respuesta a estímulos. ¿Qué valor resultará en la realización del Test de Apgar?:

1. Apgar 10. Estado satisfactorio.
2. Apgar 7. Moderadamente deprimido.
3. Apgar 8. Deprimido.
4. Apgar 9. Estado satisfactorio.
5. Apgar 9. Moderadamente deprimido.

SBG está ingresada en el hospital porque ha iniciado el parto, rompe de forma brusca la bolsa de las aguas. La enfermera observa que aparece en la vulva el cordón umbilical del feto. ¿En qué posición deberá colocar a esta señora?:

1. Posición de Fowler.
2. Decúbito supino.
3. Decúbito lateral derecho.
4. Posición de Trendelenburg.
5. Posición de Sims.

Con el test de Apgar, para valorar el estado del recién nacido en los primeros minutos de vida, se evalúan los parámetros de:

1. Peso, talla, perímetro craneal y torácico.
2. Frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, color y respuesta a estímulos.
3. Frecuencia respiratoria, coloración, mucosidad intestinal y actividad motora.
4. Movimientos espontáneos, llanto, tos o estornudo y mueca.
5. Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y actividad motora.

¿Cuál de las siguientes NO representa una condición favorable para el inicio del parto?:

1. Una actividad uterina regular, que alcance 2 o 3 contracciones cada 10 minutos.
2. La presentación del feto, introducida en el estrecho superior y apoyando en el cuello.
3. La disminución de prostaglandinas.
4. Una maduración del cuello.
5. La dilatación cervical de 2 o 3 cm.

Una estrategia de estimulación sensorial para ayudar, durante el parto, a la relajación y al alivio del malestar es:

1. La aromaterapia.
2. La educación para el parto.
3. La hipnosis.
4. La biorretroalimentación.
5. El bloqueo intradérmico con aguja.

Dentro de la patología relacionada con el parto representan distocias de origen materno:

1. Presentaciones anómalas del feto.
2. Enfermedades de la gestante anteriores a la gestación.
3. Desplazamiento precoz de la placenta normalmente inserta.
4. Sufrimiento fetal.
5. Alteraciones anatómicas del feto por malformaciones congénitas.

El concepto clínico de duración de la gestación se conoce como el periodo en el que la mortalidad perinatal es mínima, de acuerdo con este criterio se considera parto a término aquél que tiene lugar:

1. Entre las 35 y 40 semanas de gestación.
2. Entre las 36 y 44 semanas.
3. Entre las 38 y 42 semanas.
4. Entre las 37 y 44 semanas.
5. A partir de las 40 semanas.

Preguntas que también podrían ser de este tema (7)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2025 · 161

P27 · respuesta en el solucionario

Dentro de las recomendaciones para realizar el contacto piel con piel precoz tras el parto, se encuentran todas EXCEPTO:

1. Se recomienda secar cabeza y espalda, pero no las manos.
2. Se recomienda ponerle un gorro y cubrirle con una manta precalentada.
3. Se recomienda que el bebé esté en decúbito prono sobre el abdomen materno, con la cabeza ladeada.
4. Se recomienda que tenga una duración máxima de 60 minutos.

EIR 2022 · 206

P28 · respuesta en el solucionario

Cuál de los siguientes personajes fue el primero en usar el éter para anestesiarse a la mujer en proceso de parto:

1. James Young Simpson.
2. Curtis Mendelson.
3. Ignaz Semmelweis.
4. Virginia Apgar.

EIR 2022 · 3

P29 · respuesta en el solucionario

Pregunta asociada a la imagen 3. Indique la opción INCORRECTA respecto a la maniobra correspondiente a la imagen:



1. El reanimador se situará tras la cabeza del recién nacido.
2. La mascarilla facial no debe sobrepasar el mentón ni apoyarse sobre los globos oculares.
3. Se colocará al recién nacido en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión.
4. Debe mantenerse un ritmo de 30 a 60 respiraciones/minuto.

Pregunta asociada a la imagen 2. Indique qué tipo de alteración placentaria se observa en la imagen:



1. Placenta accreta.
2. Placenta previa.
3. Inserción velamentosa de cordón umbilical.
4. Placenta bilobulada.

¿Por debajo de qué frecuencia cardíaca deberemos inicial compresiones torácicas en un recién nacido?:

1. 60 latidos p or minuto.
2. 65 latidos por minuto.
3. 70 latidos por minuto.
4. 75 latidos por minuto.

Tras un parto normal a término se observa que el bebé tiene un latido cardíaco de 130 latidos por minuto, respira con armonía y tranquilidad, tiene movimientos espontáneos, color sonrosado y buena respuesta al estímulo de succión. ¿Qué valor resultará en la realización del Test de Apgar?

1. Apgar 7. Moderadamente deprimido.
2. Apgar 8. Deprimido.
3. Apgar 9. Estado satisfactorio.
4. Apgar 9. Moderadamente deprimido.
5. Apgar 12. Estado satisfactorio.

Con el test de Apgar, para valorar el estado del recién nacido en los primeros minutos de vida, se evalúan los parámetros de:

1. Peso, talla, perímetro craneal y torácico.
2. Frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, color y respuesta a estímulos.
3. Frecuencia respiratoria, coloración, mucosidad intestinal y actividad motora.
4. Movimientos espontáneos, llanto, tos o estornudo y mueca.
5. Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y actividad motora.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2025 · 8	3	
P2	EIR 2024 · 175	1	
P3	EIR 2024 · 43	4	
P4	EIR 2024 · 42	3	
P5	EIR 2024 · 40	2	
P6	EIR 2024 · 10	2	
P7	EIR 2024 · 7	3	
P8	EIR 2023 · 185	2	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2023 · 176	4	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2023 · 5	4	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2023 · 1	4	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2022 · 89	2	
P13	EIR 2022 · 75	4	
P14	EIR 2021 · 69	4	
P15	EIR 2020 · 177	1	
P16	EIR 2019 · 94	4	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2019 · 93	3	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2019 · 79	2	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2016 · 158	4	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2013 · 140	4	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2013 · 130	4	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2012 · 87	2	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2012 · 85	3	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2011 · 85	1	
P25	EIR 2010 · 105	2	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2007 · 75	3	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2025 · 161	4	
P28	EIR 2022 · 206	1	
P29	EIR 2022 · 3	3	
P30	EIR 2022 · 2	3	
P31	EIR 2019 · 163	1	hoja del archivo oficial
P32	EIR 2014 · 149	3	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2009 · 84	2	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n.º 2009/01. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 (págs. 23-31 y anexos 7-8). La propia guía advierte de que está pendiente de actualización. · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf · consultada 2026-09-26
- **F2** Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), Ministerio de Sanidad. Manual de atención al parto en el ámbito extrahospitalario. 2013 (NIPO 687-13-014-9). · https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:89da17f1-efb2-4d26-99ad-b2c00ea46397/Parto_extrahospitalario.pdf · consultada 2026-09-26
- **F3** Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018 (recomendaciones 5, 6, 21, 22 y 24). · <https://iris.who.int/handle/10665/260178> · consultada 2026-09-26
- **F4** Organización Mundial de la Salud. WHO Statement on Caesarean Section Rates (WHO/RHR/15.02). 2015. · <https://iris.who.int/handle/10665/161442> · consultada 2026-09-26
- **F5** Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2007 (apartado 3.1.10, Cesáreas). · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf · consultada 2026-09-26
- **F6** American College of Obstetricians and Gynecologists y Society for Maternal-Fetal Medicine. Committee Opinion n.º 579: Definition of Term Pregnancy. Noviembre de 2013. · <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy> · consultada 2026-09-26
- **F7** OpenStax. Anatomy and Physiology 2e, 28.4: Changes During Pregnancy, Labor, and Birth. Rice University, 2022. Licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/28-4-changes-during-pregnancy-labor-and-birth> · consultada 2026-09-26
- **F8** Manual MSD, versión para profesionales. Presentación, posición y situación fetal (incluida la presentación pelviana). Última actualización: julio de 2024. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/presentaci%C3%B3n-posici%C3%B3n-y-situaci%C3%B3n-fetal-incluida-la-presentaci%C3%B3n-pelviana> · consultada 2026-09-26
- **F9** Manual MSD, versión para profesionales. Vasa previa. Última actualización: marzo de 2024. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/vasa-previa> · consultada 2026-09-26
- **F10** Brahmandam G, Lipsett BJ. Anatomy, Abdomen and Pelvis: Umbilical Cord. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 26-07-2025. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (13-06-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557389/> · consultada 2026-09-26
- **F11** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Umbilical Cord Prolapse. Green-top Guideline n.º 50, 2.ª ed. Noviembre de 2014. · <https://www.rcog.org.uk/media/3wykswng/gtg-50-umbilicalcordprolapse-2014.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F12** Attilakos G, Sibanda T, Winter C, Johnson N, Draycott T. A randomised controlled trial of a new handheld vacuum extraction device. BJOG 2005;112(11):1510-5 (resumen en PubMed, PMID 16225571). · <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00729.x> · consultada 2026-09-26

- **F13** Mendelson CL. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. Am J Obstet Gynecol 1946;52:191-205 (ficha en PubMed, PMID 20993766). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20993766/> · consultada 2026-09-26
- **F14** Royal College of Physicians of Edinburgh. Heritage: James Young Simpson. Página vigente en 2026. · <https://www.rcpe.ac.uk/heritage/james-young-simpson> · consultada 2026-09-26
- **F15** 061 Aragón, Servicio Aragonés de Salud. El parto normal. Atención al parto eutócico extrahospitalario (INF-PC0716-03 Rev.00). 2022 (tabla del test de Malinas leída de la imagen del póster). · <https://061aragon.es/wp-content/uploads/2022/05/ATENCION-AL-PARTO-NORMAL-INF-PC0716-03-Rev.00.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F16** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care. NICE guideline NG235, 29 de septiembre de 2023 (recomendaciones 1.6.4 y 1.6.17). · <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-26
- **F17** American College of Obstetricians and Gynecologists y American Academy of Pediatrics. Committee Opinion n.º 644: The Apgar Score. Obstet Gynecol 2015;126:e52-5 (reafirmada en 2025). · <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/10/the-apgar-score> · consultada 2026-09-26
- **F18** Zeballos Sarrato G, Avila-Alvarez A, Escrig Fernández R, et al. Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2021. Análisis, adaptación y consenso sobre las recomendaciones internacionales. An Pediatr 2022;96(2). Sociedad Española de Neonatología. · <https://www.seneo.es/images/site/Guia-espanola-de-estabilizacion-y-reanimacion-neonatal2021.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F19** Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología (GRN-SENeo). Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2026. An Pediatr 2026;104. doi:10.1016/j.anpedi.2026.504143. · <https://www.analesdepediatria.org/es-guia-espanola-estabilizacion-reanimacion-neonatal-articulo-S1695403326000123> · consultada 2026-09-26
- **F20** Wagner M, et al. Resuscitation of newborn infants and postnatal support of transition – An overview of the European Resuscitation Council guideline 2025. Z Geburtshilfe Neonatol 2026;230(3):179-184. doi:10.1055/a-2847-3068 (resumen de las guías ERC 2025, con su texto entrecortado). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13253025/> · consultada 2026-09-26
- **F21** Resuscitation Council UK. 2025 Resuscitation Guidelines: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. 2025. · <https://www.resus.org.uk/professional-library/2025-resuscitation-guidelines/newborn-resuscitation-and-support-transition-infants-birth> · consultada 2026-09-26
- **F22** Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. 2016 (recomendaciones 5 y 6). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (10-05-2024), porque la web oficial no sirve el PDF a la lectura automática. · <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F23** U.S. Food and Drug Administration. 510(k) Summary K981260: Kiwi Fetal Vacuum Extractors VFE-6000S and VFE-6000M, Clinical Innovations, Inc. 22 de septiembre de 1998 (texto leído de la imagen del PDF). · https://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf/K981260.pdf · consultada 2026-09-26
- **F24** Iriondo Sanz M, Burón Martínez E, Thió Lluch M, et al.; Grupo Español de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología. Reanimación neonatal. En: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, cap. 13. Protocolos actualizados al año 2008. Web oficial de la SENEo. · <https://www.seneo.es/images/site/publicaciones/protocolos/13.pdf> · consultada 2026-09-28

- **F25** Giles A, Prusinski R, Wallace L. OpenStax. Maternal Newborn Nursing, 17.1: Nonpharmacological Pain Management. Rice University, 26 de junio de 2024. Licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/maternal-newborn-nursing/pages/17-1-nonpharmacological-pain-management> · consultada 2026-09-28
- **F26** National Cancer Institute (NCI). Aromatherapy With Essential Oils (PDQ®), versión para profesionales de la salud. Actualizado el 31 de octubre de 2024. · <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam/hp/aromatherapy-pdq> · consultada 2026-09-28
- **F27** Giles A, Prusinski R, Wallace L. OpenStax. Maternal Newborn Nursing, 19.1: Labor Dystocia. Rice University, 26 de junio de 2024. Licencia CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/maternal-newborn-nursing/pages/19-1-labor-dystocia> · consultada 2026-09-28
- **F28** Vučinić N, Paulsen F, Milinkov M, et al. A survey of pelvic types on computed tomography images. Ann Anat 2022;243:151942 (resumen en PubMed, PMID 35378253, leído con las E-utilities de NCBI). · <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2022.151942> · consultada 2026-09-28
- **F29** Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP). Sir James Young Simpson. Página vigente en 2026. · <https://www.soap.org/sir-james-young-simpson> · consultada 2026-09-28
- **F30** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos asistenciales en obstetricia: Asistencia al parto normal. 2003. Biblioteca virtual de la SEGO. · <https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1681372206.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F31** Saneh H, Mendez MD, Srinivasan VN. Cord Blood Gas. StatPearls. Actualizado el 3 de abril de 2023. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de NCBI (ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/), capítulo article-19977. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545290/> · consultada 2026-09-28
- **F32** Murphy DJ, Strachan BK, Bahl R; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Assisted Vaginal Birth. Green-top Guideline n.º 26. BJOG 2020;127(9):e70-e112 (acceso libre en la web de la revista; apartado 5.4). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (07-07-2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16092> · consultada 2026-09-28
- **F33** Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index Enferm 2013;22(1-2):79-82. doi:10.4321/S1132-12962013000100017. · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017 · consultada 2026-09-28
- **F34** Lewis K, Spirnak PW. Umbilical Vein Catheterization. StatPearls. Actualizado el 27 de marzo de 2023. Texto leído en el paquete oficial de StatPearls del FTP de NCBI (ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/), capítulo article-30754. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549869/> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Signos de desprendimiento placentario con epónimo (Ahlfeld: descenso de la pinza del cordón; Küstner, Strassmann): la SEGO (2003) nombra la maniobra de Küstner y el signo de Ahlfeld, pero no los describe **F30**; OpenStax 15.2 da los signos sin epónimos y Medscape no nombra a Ahlfeld; en PubMed no hay ningún registro sobre el signo. Las descripciones halladas son de material docente (Síntesis de la Universidad de Chile, Calgary Guide, sesiones clínicas de hospital), blogs o academias, que no valen. Por eso EIR2016-158 sigue sin intercalarse.
- Clasificación de las distocias (de origen materno, fetal y ovular): OpenStax (19.1) las divide en uterinas, pélvicas y fetales, y no incluye las enfermedades de la gestante anteriores a la gestación (clave de EIR2010-105); el resto de lo hallado son apuntes de estudiantes, Wikipedia o academias. EIR2010-105 sigue sin intercalarse.

- Test de Malinas: la tabla del 061 Aragón da «> 3 min» como intervalo entre contracciones para 2 puntos, lo que choca con «3-5 min» para 1 punto (cabría esperar «< 3 min»). Se reproduce tal cual; buscar otra fuente oficial con la tabla original.