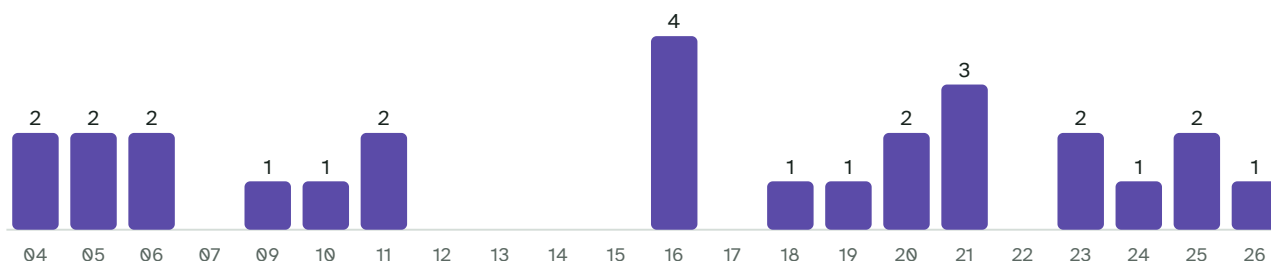


Recién nacido

El recién nacido es uno de los bloques más preguntados de Pediatría en el EIR: clasificación por peso y edad gestacional, adaptación a la vida extrauterina, test de Apgar y Silverman-Andersen, profilaxis y cribado neonatal, exploración física y signos de alarma, patología neonatal frecuente, infecciones congénitas y el recién nacido prematuro. Casi todas las preguntas son de dato concreto, y varias tienen una respuesta oficial que choca con la guía vigente.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-29 · **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



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

Lo más repetido

- Peso del RN: normal 2.500-4.000 g, bajo peso <2.500 g (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Clasificación del recién nacido y constantes normales	7
2. Adaptación a la vida extrauterina	10
3. Valoración inmediata: test de Apgar y dificultad respiratoria	12
4. Cuidados del recién nacido sano: profilaxis, cribado y dolor	15
5. Exploración física: reflejos, hallazgos normales y signos de alarma	17
6. Patología neonatal frecuente	24
7. Infecciones congénitas y perinatales	27
8. El recién nacido prematuro	29
Todas las preguntas del tema (29)	32
Preguntas que también podrían ser de este tema (9)	41
Solucionario	44
Fuentes	46

Resumen para repasar

1. Clasificación del recién nacido y constantes normales

- **Pretérmino** < 37 semanas; **a término** 37+0 a 41+6; **postérmino** desde la 42 ^{F1,F3}
- **Bajo peso** < 2.500 g (OMS, sea cual sea la edad gestacional); **muy bajo peso** < 1.500 g; **macrosomía** > 4.000 g; peso adecuado a término, **2.500-4.000 g** ^{F2,F51,F21,F4,F50}
- PEG: peso < **percentil 10** para su edad gestacional; bajo peso y prematuridad son ejes distintos ^{F48,F1,F2}
- **FR 40-60** rpm (StatPearls: 30-60) y **FC 100-160** lpm ^{F5,F53}

2. Adaptación a la vida extrauterina

- Estructuras fetales: **conducto arterioso, conducto venoso y agujero oval**; la coartación de aorta es una cardiopatía ^{F8}
- Primera respiración: **pinzamiento del cordón, estímulos táctiles y frío**; se **reabsorbe** el líquido pulmonar y **se libera surfactante** ^{F53,F7}
- Cae bruscamente la **resistencia vascular pulmonar**; cierre funcional del agujero oval, y el conducto arterioso se cierra hacia las **24-72 h** ^{F7}
- Pérdida de calor por **radiación, evaporación, conducción y convección** ^{F9}
- Saturación **preductal en la mano derecha**; la diferencia pre/posductal orienta la causa de la hipoxemia ^{F10,F11}

3. Valoración inmediata: test de Apgar y dificultad respiratoria

- Apgar al **minuto 1 y a los 5**: **FC, respiración, tono, respuesta refleja y color**, de 0 a 2 cada uno ^{F6}
- A los 5 minutos, **7-10 normal**, 4-6 intermedio, 0-3 bajo; si < 7, registro cada 5 min hasta los 20 ^{F6,F12}
- Signos de trabajo respiratorio: **taquipnea, quejido, aleteo, retracciones**; StatPearls añade la cianosis ^{F14,F5}
- **Silverman-Andersen**: dificultad respiratoria; disociación tórax-abdomen, retracción xifoidea, quejido, aleteo y tiraje; **0 a 10**, más puntos es peor ^{F13,F60}

4. Cuidados del recién nacido sano: profilaxis, cribado y dolor

- **Vitamina K 1 mg IM** en dosis única; la oral exige dosis repetidas y se asocia a fallos de administración ^{F15}
- Profilaxis ocular con **eritromicina 0,5 %** o tetraciclina 1 % ^{F6}
- Prueba del talón a las **24-72 h**; **22 enfermedades** tras la Orden SND/356/2026 (hipotiroidismo, fenilcetonuria, fibrosis quística, anemia falciforme...); el autismo no está ^{F16,F17,F18}
- **Sacarosa oral** (al 20 %, 0,2-0,5 ml, 2 min antes) para la punción del talón ^{F19}

5. Exploración física: reflejos, hallazgos normales y signos de alarma

- Reflejos primitivos: se inhiben entre los **4 y 6 meses**, salvo excepciones (marcha automática 2-3 meses, prensión plantar 9-12 meses, **Babinski normal hasta los 24 meses**); el Moro persiste hasta los 4-6 meses y es anormal más allá de los 6 ^{F20}
- Tónico cervical asimétrico: en supino, **girando la cabeza**; aparece hacia la semana 35, es **más prominente al mes** y se integra a los 3-4 meses ^{F20,F21}
- **Eritema tóxico**: exantema **benigno y autolimitado**, sin tratamiento; hasta 2 semanas ^{F5,F54}
- **Anquiloglosia**: frenillo lingual restrictivo ^{F22}; **clavícula**: la fractura más frecuente del parto ^{F23}
- Pie zambo: **cavo, aducto, varo y equino** ^{F24,F47}
- Normal: **seudomenstruación** y aumento mamario ^{F5,F28}; alarma: **vómito bilioso, secreción ocular purulenta y meconio > 48 h** (Hirschsprung) ^{F26,F25,F27}

6. Patología neonatal frecuente

- Ictericia fisiológica: bilirrubina **no conjugada (indirecta)**; patológica si aparece en las **primeras 24 h** ^{F29}
- Fototerapia: **protección ocular** con los **ojos cerrados**, solo el pañal, sin cremas ni sustancias oleosas; control de la hidratación ^{F30,F57}
- Hipotermia en la EHI: **antes de las 6 h, 72 h**, recalentamiento **lento** ^{F31}
- Abstinencia neonatal: irritabilidad, temblor, hipertonia, **vómitos/diarrea, sudoración**, convulsiones ^{F32}
- **Gastrosquisis**: a la derecha del cordón, **sin membrana**; onfalocele con membrana ^{F33,F34}
- Enterocolitis necrosante: **urgencia digestiva más frecuente**; prematuridad, cardiopatía, leche no humana ^{F35}
- Muerte súbita: **tabaco, prematuridad y bajo peso, sexo masculino, prono, colecho** ^{F36}

7. Infecciones congénitas y perinatales

- **CMV**: principal causa **no genética de hipoacusia congénita** en los países de renta alta; causa infecciosa más frecuente de defectos congénitos en EE. UU. ^{F56,F37}
- Rubéola congénita: sordera, cataratas, cardiopatía (**ductus**), microcefalia; la **hipoacusia es el defecto más frecuente** ^{F38,F39}
- Varicela neonatal grave si la madre la presenta de **5 días antes a 2 días después** del parto ^{F41}
- Púrpura fulminante posvaricelosa: déficit de **proteína S**; la **varicela** es el desencadenante vírico más frecuente de la forma infecciosa aguda y puede afectar al feto ^{F58,F59}

8. El recién nacido prematuro

- Membrana hialina: **inmadurez y déficit de surfactante**; corticoides prenatales la previenen ^{F42,F46}
- Surfactante por **vía endotraqueal** (tubo o catéter fino, LISA) ^{F46}
- Saturación objetivo actual **90-94 %**; SENEo 2009: 85-93 % en < 32 semanas ^{F42,F43}
- Retinopatía: prematuridad, bajo peso, **oxígeno excesivo**, transfusiones; MSD: **hiperoxia e hipoxia** ^{F43,F44}
- HIV: hipotensión, hipoxia y **picos de presión**; ductus **izquierda-derecha**; la hipovolemia se sobrediagnostica ^{F21,F42,F45}
- Cuidados centrados en el desarrollo y **método canguro** para reducir el estrés ^{F19}

Puntos clave

- 1 Bajo peso: < 2.500 g; a término: 37+0 a 41+6 semanas; posttérmino: desde la semana 42; macrosomía: > 4.000 g ^{F2,F3,F4}
- 2 FR normal del recién nacido: 40-60 rpm; FC: 100-160 lpm ^{F5}
- 3 En la primera respiración se libera surfactante y cae la resistencia vascular pulmonar; el conducto arterioso se cierra hacia las 24-72 h ^{F7}
- 4 Estructuras exclusivas de la circulación fetal: conducto arterioso, conducto venoso y agujero oval ^{F8}
- 5 Apgar: FC, respiración, tono, respuesta refleja y color, al minuto 1 y a los 5; 7-10 es normal ^{F6}
- 6 Silverman-Andersen: cinco parámetros de trabajo respiratorio, de 0 a 10; más puntuación, más dificultad ^{F13}
- 7 Vitamina K: 1 mg IM en dosis única, la pauta más eficaz ^{F15}
- 8 Prueba del talón entre las 24 y las 72 h; 22 enfermedades en la cartera común tras la Orden SND/356/2026 ^{F16,F18}
- 9 Sacarosa oral para la punción del talón ^{F19}
- 10 Hipotermia en la encefalopatía hipóxico-isquémica: antes de las 6 h, 72 h, recalentamiento lento ^{F31}
- 11 Gastrosquisis: a la derecha del cordón y sin membrana; onfalocelo: con membrana ^{F33,F34}
- 12 Varicela neonatal grave si la madre la presenta entre 5 días antes y 2 días después del parto ^{F41}
- 13 Saturación objetivo del prematuro con oxígeno: 90-94 % (consenso europeo 2022) ^{F42}

1. Clasificación del recién nacido y constantes normales

El recién nacido se clasifica por dos ejes independientes: la **edad gestacional** al nacer y el **peso** al nacer (y, combinando ambos, el peso para su edad gestacional). Son ejes distintos: un recién nacido puede ser **a término y de bajo peso** a la vez ^{F1,F2,F3}.

Eje	Categoría	Definición
Edad gestacional	Pretérmino (prematureo)	Nacido vivo antes de las 37 semanas completas; la OMS lo subdivide en extremadamente pretérmino (< 28), muy pretérmino (28 a < 32) y moderado o tardío (32 a < 37) ^{F1}
Edad gestacional	A término	37+0 a 41+6 semanas : término precoz (37+0 a 38+6), completo (39+0 a 40+6) y tardío (41+0 a 41+6) ^{F3}
Edad gestacional	Postérmino	42+0 semanas en adelante ^{F3}
Peso al nacer	Bajo peso	< 2.500 g (definición de la OMS) ^{F2}
Peso al nacer	Muy bajo peso	< 1.500 g ^{F21}
Peso al nacer	Macrosomía	Peso al nacer > 4.000 g en un recién nacido a término ^{F4}
Peso para la edad gestacional	Pequeño para la edad gestacional	Peso < percentil 10 para su edad gestacional ^{F48}
Peso para la edad gestacional	Grande para la edad gestacional	Peso > percentil 90 para su edad gestacional ^{F4}

Una revisión de *Pediatría Integral*, revista de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, considera el **peso adecuado** «cuando, siendo a término, se encuentre **entre los 2.500 y 4.000 g**, o bien entre el P10-P90» ^{F50}; la misma frase llama bajo peso al que queda por debajo de 2 DS para la edad gestacional, un criterio distinto del corte de la OMS ^{F50}. Por debajo de 2.500 g es bajo peso (OMS) y por encima de 4.000 g es macrosomía ^{F2,F4}.

Bajo peso no es lo mismo que prematuro

La prematuridad se define **solo por la edad gestacional** (< 37 semanas) y el bajo peso **solo por el peso** (< 2.500 g) ^{F1,F2}. Un recién nacido de 38 semanas y 2.300 g es **a término y de bajo peso**; uno de 35 semanas y 2.600 g es **prematuro sin bajo peso** ^{F1,F2}. El postérmino empieza en la **semana 42**, no en la 40 ^{F3}.

La OMS define el bajo peso como un peso al nacer inferior a 2.500 g «**regardless of gestational age**» (sea cual sea la edad gestacional) ^{F51}. Por eso el bajo peso incluye a los **prematuros**, a los **pequeños para la edad gestacional a término** y a los que son ambas cosas ^{F52}.

EIR2014-188: ¿el bajo peso exige 37-42 semanas?

La respuesta (reconstruida por un tercero) de **EIR2014-188** define al recién nacido de bajo peso como el que pesa menos de 2.500 g **y tiene entre 37 y 42 semanas**. Ese niño a término de menos de 2.500 g sí es de bajo peso ^{F52}, pero la OMS no limita la definición a esa edad gestacional: es bajo peso todo peso al nacer < 2.500 g «regardless of gestational age» ^{F51}. De las demás opciones, la prematuridad se define por la edad gestacional y no por el peso ^{F1}, y el postérmino empieza en la semana 42, no en la 40 ^{F3}. La respuesta no se corrige.

EIR 2006 · 87

P24 · respuesta en el solucionario

Peso del RN: normal 2.500-4.000 g, bajo peso <2.500 g

El peso adecuado para un recién nacido a término oscila entre:

1. 1.500-2.500 gramos.
2. 1.500-3.000 gramos.
3. 2.000-3.000 gramos.
4. 2.500-4.000 gramos.
5. 2.500-5.000 gramos.

EIR 2014 · 188

P19 · respuesta en el solucionario

Peso del RN: normal 2.500-4.000 g, bajo peso <2.500 g

Respecto al recién nacido, señale la afirmación correcta:

1. Prematuro inmaduro es aquel cuyo su peso al nacer oscila entre 2.000 y 2.500 gr. y tiene una edad gestacional inferior a 37 semanas.
2. Recién nacido de bajo peso es el que pesa al nacer menos a 2.500 gr. y su edad gestacional es entre 37 y 42 semanas.
3. Recién nacido seudotérmino es el que pesa menos de 2.500 gr. y su edad gestacional es superior a 37 semanas.
4. Prematuros son los recién nacidos con un peso menor a 2.500 gr.
5. Recién nacido postérmino es el que tiene una edad gestacional superior a 40 semanas.

Constantes del recién nacido. Según el Manual MSD, la **frecuencia cardiaca normal es de 100 a 160 latidos/min** y la **frecuencia respiratoria normal, de 40 a 60 respiraciones/min** ^{F5}. Como la respiración del recién nacido es **irregular**, se cuentan las respiraciones durante **un minuto** ^{F5}. StatPearls da un intervalo más amplio: **30 a 60 respiraciones por minuto** en el recién nacido ^{F53}.

Frecuencia respiratoria normal del RN

La frecuencia respiratoria de un recién nacido se puede considerar normal cuando oscila entre:

1. 10-15 respiraciones por minuto.
2. 16-20 respiraciones por minuto.
3. 21-25 respiraciones por minuto.
4. 26-35 respiraciones por minuto.
5. 36-60 respiraciones por minuto.

2. Adaptación a la vida extrauterina

Circulación fetal. El feto tiene tres cortocircuitos exclusivos de su circulación: el **conducto arterioso** (desvía la sangre de la arteria pulmonar a la aorta y así evita los pulmones), el **conducto venoso** (evita el hígado) y el **agujero oval** (pasa sangre de la aurícula derecha a la izquierda) ^{F8}. La **coartación de aorta** no es una estructura fetal, sino una cardiopatía congénita ^{F8}.

Adaptación respiratoria. Al nacer, el **pinzamiento del cordón** (que retira la secreción de prostaglandinas que suprime la respiración), los **estímulos táctiles difusos y el frío** y los cambios en el nivel de oxígeno en sangre desencadenan el inicio rápido de una respiración vigorosa ^{F53}. Al nacer hay que eliminar rápidamente el líquido alveolar e intersticial de los pulmones, sobre todo por **reabsorción** del líquido a través de los canales de sodio del epitelio pulmonar ^{F7}. En la **primera respiración se libera surfactante** (agente tensioactivo) en las superficies de contacto aire-líquido de los alvéolos ^{F7}.

Adaptación circulatoria. La resistencia arteriolar pulmonar **disminuye bruscamente** por la vasodilatación que causan la expansión pulmonar, el aumento de la PaO₂, el descenso de la PaCO₂ y la liberación de vasodilatadores como el óxido nítrico ^{F7}. Aumenta el flujo pulmonar y se produce el **cierre funcional del agujero oval**; el **conducto arterioso** se contrae y se cierra hacia las **24-72 horas** de vida ^{F7}. El **cierre permanente del conducto venoso** tarda de **1 a 3 meses**; su resto forma el ligamento venoso del hígado ^{F53}.

Termorregulación. El recién nacido pierde calor por **cuatro mecanismos** ^{F9}:

Mecanismo	Situación típica
Radiación	Piel desnuda en un ambiente con objetos más fríos ^{F9}
Evaporación	Recién nacido húmedo de líquido amniótico ^{F9}
Conducción	Contacto con una superficie u objeto frío ^{F9}
Convección	Corriente de aire más fresco que arrastra el calor ^{F9}

EIR 2023 · 172

P6 · respuesta en el solucionario

Estructuras de la circulación fetal

De entre las siguientes respuestas, ¿cuál NO es una estructura cardiovascular exclusiva de la circulación fetal?:

1. Conducto venoso.
2. Coartación de aorta.
3. Agujero oval.
4. Conducto arterioso.

Adaptación del RN a la vida extrauterina

Indique la respuesta INCORRECTA en cuanto a los mecanismos de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina:

1. La adaptación se caracteriza por el inicio de una respiración vigorosa gracias a varios estímulos como son el pinzamiento de cordón y la estimulación térmica y táctil.
2. En su adaptación respiratoria, se produce una reabsorción del líquido pulmonar con disminución del surfactante pulmonar.
3. Al nacer, las resistencias vasculares pulmonares disminuyen rápidamente.
4. Los intercambios térmicos entre el recién nacido y el ambiente se realizan de cuatro formas: conducción, convección, radiación y evaporación.

Saturación preductal y posductal. La saturación **preductal** se mide con el sensor en la **muñeca, la mano o el dedo derecho**, territorio irrigado antes de la salida del conducto arterioso ^{F10}. En la hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, el cortocircuito de derecha a izquierda por el conducto arterioso lleva sangre desaturada a la aorta descendente, de modo que la saturación de la mitad inferior del cuerpo (**posductal**) es menor que la de la mitad superior (preductal) ^{F11}. Por eso **comparar la saturación preductal con la posductal orienta sobre la causa de la hipoxemia** del recién nacido ^{F11}. La pulsioximetría forma parte, además, del cribado de **cardiopatías congénitas críticas** de la cartera común del SNS, preferiblemente en los primeros días de vida ^{F17}.

Saturación preductal y postductal

En pediatría, en referencia al término de “saturación de oxígeno arterial preductal” medida por pulsioximetría, indique la respuesta correcta:

1. Se trata de la saturación de oxígeno arterial medida en el miembro inferior derecho.
2. La medición de la saturación de oxígeno preductal en el recién nacido nos da información sobre la hipercapnia en el momento del parto.
3. En el paciente pediátrico, la medición mediante pulsioximetría de la saturación de oxígeno arterial preductal no tiene indicación.
4. La interpretación de la medición de saturación arterial preductal con respecto a la saturación postductal, proporciona indicios importantes acerca de la causa de la hipoxemia en el recién nacido.

3. Valoración inmediata: test de Apgar y dificultad respiratoria

El **test de Apgar** se puntúa al **minuto 1 y a los 5 minutos** del nacimiento y valora **cinco parámetros**, cada uno de 0 a 2 puntos: **frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, respuesta refleja (irritabilidad) y color** ^{F6}. No incluye peso, talla, temperatura ni perímetros ^{F6}.

Parámetro	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Respiración	Ausente	Irregular, lenta	Buena, llanto ^{F6}
Tono muscular	Flácido	Cierta flexión de las extremidades	Activo
Respuesta refleja (sonda nasal o estímulo táctil)	Ninguna	Gesticulación	Estornudo, tos
Color	Completamente azulado, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules	Completamente rosado

Tabla de la puntuación de Apgar según el Manual MSD ^{F6}. La puntuación máxima es **10** ^{F6}. A los 5 minutos, **7-10 es normal**, **4-6 intermedia** y **0-3 baja** ^{F6}; el ACOG y la AAP llaman a 7-10 «tranquilizadora», a 4-6 «moderadamente anormal» y a 0-3 «baja» ^{F12}. Si a los 5 minutos la puntuación es **menor de 7**, se sigue registrando cada 5 minutos **hasta los 20 minutos** ^{F12}. El Apgar por sí solo **no demuestra asfixia** ^{F12}.

EIR2014-149: los datos suman 10

En **EIR2014-149** el recién nacido tiene 130 lpm (2), respira con armonía (2), movimientos espontáneos (tono activo, 2), color **sonrosado** (2) y buena respuesta al estímulo (2): con la tabla del Manual MSD suma **10** ^{F6}. 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 una puntuación de 7-10 es **normal** ^{F6,F12}. La respuesta no se corrige.

EIR 2009 · 84

P38 · respuesta en el solucionario

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 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.

Signos de dificultad respiratoria. Los signos de trabajo respiratorio del neonato son la **taquipnea, el quejido espiratorio, el aleteo nasal, las retracciones** (subcostales, subxifoideas, intercostales y supraesternales) y el uso de músculos accesorios; StatPearls añade la **cianosis** a esa lista ^{F14}. En español, el Manual MSD resume: «los gruñidos, el aleteo nasal y la retracción costal son signos de dificultad respiratoria» ^{F5}.

El **test de Silverman-Andersen** (Respiratory Severity Score) mide la **dificultad respiratoria del neonato**: evalúa **cinco parámetros de trabajo respiratorio** y da una puntuación global de **0** (respira cómodamente) a **10** (dificultad respiratoria grave) ^{F13}. Al revés que en el Apgar, **una puntuación alta es peor** ^{F13}. Cada parámetro se puntúa de 0 a 2 ^{F13,F60}.

Signo	0	1	2
Disociación tórax-abdomen	Expansión en inspiración	Hundimiento	Discordancia ^{F60}
Retracción xifoidea	Ausente	Hundimiento de la punta	Hundimiento del cuerpo ^{F60}
Quejido espiratorio	Ausente	Audible con fonendo	Audible sin fonendo ^{F60}
Aleteo nasal	Ausente	Dilatación	Aleteo ^{F60}
Tiraje	Ausente	Débil (intercostal)	Acusado (intercostal y subcostal) ^{F60}

Tabla del Manual clínico del Hospital Universitario Virgen del Rocío ^{F60}; la figura del artículo de Hedstrom recoge los mismos cinco signos (movimiento torácico superior, retracciones torácicas inferiores, retracción xifoidea, dilatación de las narinas y quejido espiratorio) ^{F13}. **La cianosis no es uno de ellos** ^{F13,F60}. No hay un punto de corte único de gravedad: según Hedstrom, muchos centros, sobre todo en entornos con pocos recursos, usan umbrales de **3 a 6** para aumentar el soporte respiratorio, umbrales que no se han validado ^{F13}.

EIR2016-166: la cianosis como signo de dificultad respiratoria

La respuesta oficial de **EIR2016-166** es que la **cianosis** NO es un signo de dificultad respiratoria del neonato; las otras opciones (aleteo nasal, quejido espiratorio y disociación toracoabdominal) sí lo son. El criterio del examen es el de los signos de **trabajo respiratorio**: el Manual MSD enumera como signos de dificultad respiratoria «los gruñidos, el aleteo nasal y la retracción costal», sin la cianosis ^{F5}, y el test de Silverman-Andersen, que puntúa el trabajo respiratorio, tampoco la incluye ^{F13,F60}. Pero StatPearls, en su revisión vigente del síndrome de dificultad respiratoria neonatal, **incluye la cianosis** en la lista de signos ^{F14}, así que la pregunta no es exacta frente a esa fuente. La respuesta oficial no se corrige.

EIR 2004 · 2

P29 · respuesta en el solucionario

Test de Silverman-Andersen: dificultad respiratoria neonatal

En la valoración a través de la puntuación de Silverman-Andersen, se mide:

1. La dificultad cardíaca del neonato.
2. La dificultad respiratoria del neonato.
3. La dificultad miccional del lactante.
4. El crecimiento puberal del adolescente.
5. La dificultad de coordinación del lactante.

EIR 2016 · 166

P17 · respuesta en el solucionario

Signos de dificultad respiratoria neonatal

¿Cuál NO es un signo de dificultad respiratoria en el neonato?:

1. Aleteo nasal.
2. Cianosis.
3. Quejido espiratorio.
4. Disociación toraco-abdominal.

4. Cuidados del recién nacido sano: profilaxis, cribado y dolor

Profilaxis de la enfermedad hemorrágica. La administración profiláctica de vitamina K **más eficaz y rentable es la intramuscular: 1 mg en dosis única** en los recién nacidos sanos a término, independientemente del peso (recomendación A de la SENEo) ^{F15}. El Manual MSD precisa 1 mg IM si el peso es > 1.500 g y 0,3-0,5 mg/kg IM si es ≤ 1.500 g, en las primeras 6 horas ^{F6}. Si los padres rechazan la vía IM, se les informa de la **vía oral**, que requiere **dosis repetidas** (por ejemplo, 1 mg al nacer y después 25 µg al día o 1 mg semanal durante 3 meses en lactancia materna exclusiva) y se ha relacionado con **fallos en su administración** y, por tanto, con riesgo de enfermedad hemorrágica ^{F15}.

EIR 2016 · 164

P18 · respuesta en el solucionario

Enfermedad hemorrágica del RN: vitamina K 1 mg IM

¿Cuál es la medida más eficaz para la prevención de la enfermedad hemorrágica neonatal?:

1. Realizar el test de Coombs con la sangre del cordón umbilical al nacimiento.
2. Vacunación de la madre con anticuerpos antes del parto.
3. Administración de 1 mg de vitamina K por vía intramuscular al recién nacido.
4. Administración de 1 mg de vitamina K por vía oral y repetir la dosis al cabo de 1 semana.

Profilaxis ocular. Se aplica pomada de **eritromicina al 0,5 %** o **tetraciclina al 1 %** para prevenir la conjuntivitis neonatal ^{F6}.

Cribado neonatal (prueba del talón). El programa de la cartera común del SNS se llama hoy **Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas en prueba de talón** (antes, «de enfermedades endocrino-metabólicas») ^{F16}. La muestra se toma a **todos los recién nacidos entre las 24 y las 72 horas de vida** ^{F18}. La lista vigente, tras la **Orden SND/356/2026**, es esta ^{F16,F17}:

Incorporación	Enfermedades
Antes de 2026 (12)	Hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística , deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCADD), deficiencia de 3-hidroxi-acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHADD), acidemia glutárica tipo 1 y anemia falciforme ^{F16} ; enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, deficiencia de biotinidasa, hiperplasia suprarrenal congénita, homocistinuria y tirosinemia tipo 1 ^{F16}
Orden SND/356/2026 (10)	Acidemia metilmalónica aislada, acidemia metilmalónica combinada con homocistinuria, acidemia propiónica, deficiencia primaria de carnitina, deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga, acidemia isovalérica, aciduria 3-hidroxi-3-metilglutárica, inmunodeficiencia combinada grave, atrofia muscular espinal y adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X ^{F16,F17}

El programa criba enfermedades **congénitas detectables en sangre** del talón; no incluye trastornos del neurodesarrollo como el **autismo**, que no figura en la lista ^{F16}. Las comunidades autónomas pueden añadir otras enfermedades en su cartera complementaria ^{F16}.

Cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas

¿Cuál de las siguientes enfermedades no está incluida en el Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud?:

1. Hipotiroidismo congénito.
2. Autismo.
3. Fenilcetonuria.
4. Anemia falciforme.

Dolor en procedimientos. La guía del Ministerio *Cuidados desde el nacimiento* considera que la **sacarosa oral** es **segura y efectiva** para el control del dolor en procedimientos aislados como la **punción de talón** o la venopunción; se recomienda (grado A) **sacarosa al 20 % (0,2-0,5 ml) dos minutos antes** del procedimiento, y su efecto es máximo si se combina con **succión no nutritiva** ^{F19}. La guía la incluye en la **analgesia no farmacológica**, medidas que reducen el dolor **sin administrar medicación**; sirven para el dolor de intensidad baja-media y, en el dolor más intenso, complementan a las medidas farmacológicas ^{F19}.

Analgesia en punción de talón: sacarosa oral

Tiene que repetir las pruebas metabólicas a un recién nacido de 20 días de vida. Para la punción del talón emplearía como analgésico:

1. Ibuprofeno oral.
2. Sacarosa oral.
3. Paracetamol intravenoso.
4. Fentanilo intravenoso.

5. Exploración física: reflejos, hallazgos normales y signos de alarma

Reflejos primitivos. Surgen durante la gestación, están plenamente establecidos en el recién nacido a término y el sistema nervioso central los inhibe gradualmente **entre los 4 y los 6 meses** ^{F20}. No todos siguen esa regla: la marcha automática desaparece antes (2-3 meses), la prensión plantar a los 9-12 meses y el **Babinski es normal hasta los 24 meses** ^{F20}. Su persistencia más allá de los 4-6 meses se asocia fuertemente a trastornos del neurodesarrollo, sobre todo la **parálisis cerebral** y los trastornos del espectro autista ^{F20}.

Reflejo	Cómo se provoca y respuesta	Aparición y desaparición
Moro	Se extiende bruscamente la cabeza hacia atrás (unos 30°) sujetando el cuerpo, o se hace un ruido fuerte: extiende y abduce los brazos con las manos abiertas y, en 1-2 segundos, los flexiona y aduce sobre el pecho («abrazo»); puede llorar ^{F20} . El Manual MSD lo provoca traccionando levemente de los brazos para levantarlos de la cama y soltándolos bruscamente ^{F5}	Presente ya a las 28 semanas de gestación ^{F20} (MSD: semanas 28-32, bien establecido en la 37 ^{F21}); persiste hasta los 4-6 meses , y más allá de los 6 meses es anormal ^{F20} . Su ausencia completa puede indicar una depresión grave del SNC ^{F20}
Tónico cervical asimétrico («fencing position» en StatPearls)	Con el niño en supino y tranquilo, se gira la cabeza a un lado: extiende el brazo y la pierna del lado de la cara y flexiona los contrarios ^{F20}	Aparece hacia la semana 35 de gestación ^{F20,F21} , es más prominente al mes del término ^{F21} y se integra hacia los 3-4 meses ^{F20}
Prensión palmar	Al presionar la palma con un dedo, flexiona todos los dedos ^{F20}	Desde la semana 28; desaparece hacia los 4-6 meses ^{F20}
Prensión plantar	Al presionar la planta justo por detrás de los dedos, estos se flexionan alrededor del estímulo ^{F20}	Presente ya a las 28 semanas; desaparece entre los 9 y los 12 meses , más tarde que la palmar ^{F20}
Búsqueda u orientación	Al tocar la comisura de la boca, gira la cabeza hacia el estímulo y abre la boca ^{F20} ; el Manual MSD lo llama «reflejo de orientación o búsqueda» ^{F5}	Desde la semana 28 aproximadamente; desaparece hacia los 4-6 meses ^{F20}

Reflejo	Cómo se provoca y respuesta	Aparición y desaparición
Succión	Movimientos rítmicos de succión al estimular el paladar duro o la parte posterior de la lengua ^{F20}	Aparece a las 32-35 semanas y madura hacia la 37, cuando se coordinan succión, deglución y respiración ^{F20} . F20 no da edad de desaparición; la succión primitiva y descoordinada que persiste más allá de los 6 meses dificulta las habilidades orales maduras ^{F20}
Babinski	Al frotar el borde lateral de la planta, del talón a los dedos: dorsiflexión del dedo gordo y abanico de los demás ^{F20}	Presente al nacer; desaparece entre los 12 y los 24 meses ^{F20}
Marcha automática	Sujeto en vertical por las axilas con los pies apoyados, al inclinarlo hacia delante hace pasos alternos ^{F20}	Aparece al nacer; desaparece hacia los 2-3 meses ^{F20}
Galant (incurvación del tronco)	En suspensión ventral, al frotar la espalda a 1 cm de la columna, del hombro a la nalga, flexiona el tronco hacia el lado estimulado ^{F20}	Presente ya a las 32 semanas; desaparece hacia los 4-6 meses ^{F20}

EIR2004-007: ¿cuándo desaparece el Moro?

La respuesta (reconstruida por un tercero) de **EIR2004-007** es que el reflejo de Moro desaparece **de uno a tres meses**. No hay en el tema ninguna fuente de la época que dé ese intervalo, y ninguna fuente vigente consultada lo da: StatPearls dice que **empieza a desaparecer hacia las 12 semanas** y desaparece del todo **hacia los 6 meses** ^{F61}, MedlinePlus que normalmente desaparece **después de 3 o 4 meses** ^{F62}, y la revisión de StatPearls sobre los reflejos primitivos, que persiste hasta los 4-6 meses y que más allá de los 6 meses es anormal ^{F20}. Ninguna opción coincide con esas cifras; la más próxima es «de cuatro a cinco meses». La respuesta no se corrige.

EIR2021-007: el tónico cervical asimétrico, ¿presente al nacer?

La respuesta oficial de **EIR2021-007** considera INCORRECTO que el reflejo tónico cervical asimétrico «esté presente desde el nacimiento»; da por correctas las demás opciones: que es el tónico cervical asimétrico, que se explora en supino girando la cabeza y que se llama reflejo o respuesta del esgrimista. StatPearls respalda la maniobra (en supino, girando la cabeza) y llama a la postura «fencing position» ^{F20}. Pero las fuentes no apoyan que falte al nacer: StatPearls dice que el Moro y el tónico cervical asimétrico **surgen al final de la gestación**, hacia la **semana 35** en el caso del tónico, y que los reflejos primitivos están presentes al nacer ^{F20}; el Manual MSD también sitúa su comienzo en la semana 35 y dice que es **más prominente al mes del término** ^{F21}. La clave choca con esas fuentes. La respuesta oficial no se corrige.

EIR 2004 · 7

P28 · respuesta en el solucionario

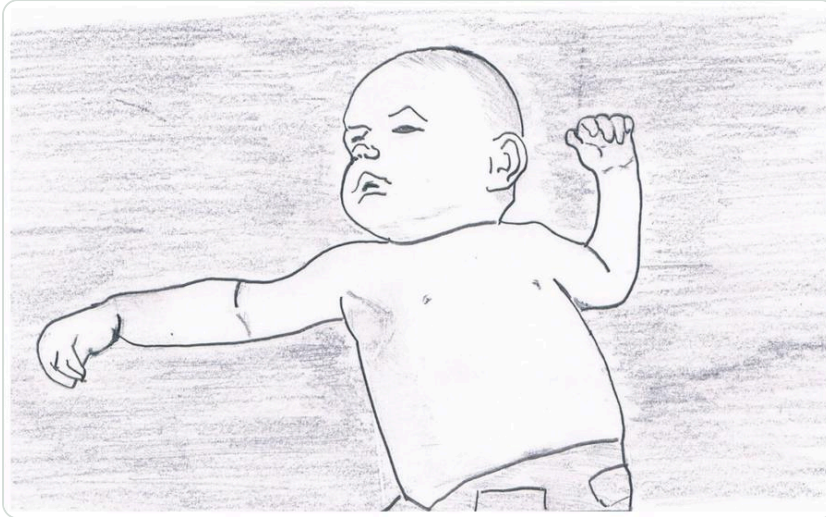
Reflejo de Moro: desaparición

El reflejo de Moro está presente en el momento del nacimiento y desaparece hacia:

1. De uno a tres meses.
2. De cuatro a cinco meses.
3. De seis a ocho meses.
4. De nueve a diez meses.
5. Al año de vida.

Reflejo primitivo de la imagen

Pregunta asociada a la imagen 7. Indique la respuesta INCORRECTA con relación al reflejo primitivo de la imagen:



1. Se trata del reflejo cervical tónico asimétrico.
2. Se explora con el paciente en supino y girando la cabeza hacia un lado.
3. Se denomina reflejo o respuesta del esgrimista.
4. Está presente desde el nacimiento.

Hallazgos benignos de la piel y la boca. El **eritema tóxico** es un **exantema benigno** con base eritematosa y una pápula blanca o amarilla; puede aparecer a las 24 horas del parto, afecta de forma difusa a todo el cuerpo y **puede persistir hasta 2 semanas** ^{F5}. Es una afección **benigna y autolimitada**: el diagnóstico es clínico, **no requiere tratamiento específico** porque se resuelve sola y **no se asocia a manifestaciones sistémicas** ^{F54}. La **anquiloglosia** («frenillo corto») es la limitación del movimiento de la lengua por un **frenillo lingual restrictivo**; no hay una definición estándar consensuada y su principal repercusión es sobre la **lactancia materna** ^{F22}.

Eritema tóxico del RN

Con respecto al Eritema Tóxico del Recién Nacido, ¿cuál de las siguientes opciones es correcta?:

1. Se trata con antisépticos tópicos.
2. Se trata con antibióticos tópicos.
3. Presenta manifestaciones sistémicas.
4. Se trata de una erupción autolimitada benigna.

Anquiloglosia

Pregunta asociada a la imagen 7. ¿Cómo se denomina la anomalía pediátrica de partes blandas identificada en la imagen?:



1. Diastema.
2. Anquiloglosia.
3. Fibromatosis gingival.
4. Ránula.

Crisis genital o hormonal (normal). Las secreciones vaginales mucoides o serosanguinolentas (**seudomenstruación**) son normales y se deben a la exposición intrauterina a hormonas maternas y a su privación tras el parto ^{F5}. El **aumento de tamaño de las mamas** en recién nacidos de ambos sexos durante las primeras semanas es también habitual, por el paso de hormonas maternas ^{F28}.

Traumatismos del parto. La **fractura de clavícula** (medioclavicular) es la **más frecuente durante el nacimiento**; se produce en la distocia de hombro y también en partos normales ^{F23}. El niño puede no mover el brazo afectado, ni espontáneamente ni en el reflejo de Moro; la mayoría son en tallo verde y consolidan rápidamente y sin complicaciones ^{F23}.

Fractura más frecuente en el RN: clavícula

La fractura más frecuente en el Recién nacido es la de:

1. Fémur.
2. Húmero.
3. Tibia.
4. Clavícula.
5. Radio.

Pie equinovaro (zambo). Se caracteriza por **flexión plantar** (equino), **inclinación hacia dentro del talón** respecto de la línea media de la pierna (varo) y **aducción del antepié**; se debe a una malformación del

astrágalo, afecta a unos 2 de cada 1.000 nacidos vivos, es bilateral hasta en el 50 % y **puede aparecer aislado o como parte de un síndrome**; hay que distinguirlo de deformidades similares debidas a la **posición intrauterina** ^{F24}. La Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria describe el pie zambo como una anomalía congénita que **combina cuatro deformidades: cavo, aducto, varo y equino** ^{F47}; el **pie cavo** consiste en una **elevación del arco longitudinal plantar** ^{F49}.

EIR2022-073: en el pie zambo el arco sí está elevado

La respuesta oficial de **EIR2022-073** da por **incorrecta** que el pie zambo «da lugar a una elevación del arco longitudinal medial del pie». Las fuentes actuales incluyen precisamente el **cavo** (elevación del arco longitudinal plantar) entre sus cuatro componentes ^{F47,F49}. Las demás opciones coinciden con las fuentes: flexión plantar y aducción del antepié, nombre de pie equinovaro y aparición aislada, sindrómica o parecida a deformidades posturales ^{F24}. La respuesta oficial no se corrige.

EIR 2022 · 73

P31 · respuesta en el solucionario

Pie zambo

¿Cuál es la opción INCORRECTA respecto al pie zambo?:

1. Da lugar a una elevación del arco longitudinal del medial del pie.
2. Puede ser postural, congénito o asociado a una displasia del tejido musculoesquelético.
3. Existe flexión plantar y aducción del antepie/mediopie respecto al retropié.
4. También se denomina pie equinovaro.

Signos de alarma. En el recién nacido son signos de alarma, entre otros ^{F25,F26,F27}:

- **Vómito bilioso:** en un niño menor de un año obliga a sospechar de inmediato una lesión obstructiva, incluida la **malrotación con vólvulo** ^{F26}.
- **Secreción ocular purulenta:** la secreción purulenta con edema y eritema de párpados e hiperemia conjuntival sugiere **conjuntivitis neonatal**; la gonocócica da una secreción purulenta abundante ^{F25}.
- **Retraso en la eliminación de meconio:** no expulsarlo en las primeras **48 horas** aparece en hasta el 90 % de los pacientes con **enfermedad de Hirschsprung**, aunque también hasta un 40 % de los niños sanos lo retrasan ^{F27}.

EIR 2011 · 88

P20 · respuesta en el solucionario

Signo de alarma en el RN: vómito bilioso

Es un signo de alarma en un recién nacido:

1. El vómito bilioso.
2. La diarrea prandial.
3. El infarto úrico.
4. La hemorragia vaginal.
5. La ingurgitación mamaria.

Signo de alarma ocular en el RN: secreción purulenta

¿Qué signo de la exploración ocular es indicativo de alarma en un recién nacido?:

1. Edema palpebral.
2. Esclerótica blanca.
3. Ausencia de lágrimas.
4. Estrabismo.
5. Secreción purulenta.

Retraso en la emisión de meconio: enfermedad de Hirschsprung

¿De qué problema puede ser indicativo un retraso en la emisión del meconio (más tarde de 24 horas de vida)?:

1. Gastrosquisis.
2. Enfermedad de Hirschprung.
3. Divertículo de Meckel.
4. Síndrome de Beckwith-Wiedemann.

6. Patología neonatal frecuente

Ictericia. Casi toda la hiperbilirrubinemia del periodo neonatal inmediato es **no conjugada**, también llamada **indirecta** ^{F29}. En la ictericia fisiológica las cifras suben durante los **3-4 primeros días** y luego descienden; algo más de la mitad de los recién nacidos tiene ictericia visible en la primera semana ^{F29}. Es sospechosa de patología la que aparece en las **primeras 24 horas**, después de la primera semana o persiste más de 2 semanas ^{F29}. La **fototerapia** fotoisomeriza la bilirrubina no conjugada y **no está indicada en la hiperbilirrubinemia conjugada** ^{F29}. Durante la fototerapia se da al niño **protección ocular** y cuidado rutinario de los ojos, y se vigila la hidratación con el peso diario y los pañales mojados ^{F30}. El protocolo de enfermería de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete (SESCAM, 2022) concreta: **desnudar al niño dejando solo el pañal** (que también se retira en la fototerapia intensiva) y **retirar los restos de cremas**; colocar suavemente las gafas **cerciorándose de que los ojos estén cerrados**; comprobar a menudo su colocación para evitar la **lesión de la retina** y la apnea obstructiva o asfixia **si tapan las fosas nasales**; y **no aplicar sustancias oleosas** durante la fototerapia ^{F57}.

EIR 2023 · 171

P7 · respuesta en el solucionario

Ictericia fisiológica: bilirrubina no conjugada

En la ictericia fisiológica observaremos una hiperbilirrubinemia del recién nacido con un aumento de:

1. Bilirrubina no conjugada indirecta.
2. Bilirrubina conjugada directa.
3. Bilirrubina conjugada indirecta.
4. Metabilirrubina.

EIR 2010 · 86

P22 · respuesta en el solucionario

Fototerapia: protección ocular

Para un bebé que presenta hiperbilirrubinemia y es tratado con fototerapia ¿qué precauciones son las adecuadas?:

1. Cubrir el rostro con una máscara protectora.
2. Exponer al bebé al tratamiento vestido para proteger la piel.
3. Impregnar el cuerpo de crema protectora.
4. Antes de colocar la máscara, cerrar suavemente los ojos del bebé para evitar lesiones en las córneas.
5. Todas son precauciones recomendables.

Encefalopatía hipóxico-isquémica. La guía de estándares auspiciada por la SENEo recomienda un enfriamiento **corporal total o selectivo de la cabeza**, iniciado precozmente, **antes de las 6 horas de vida**, y mantenido **72 horas** ^{F31}. El **recalentamiento debe ser lento**, en 6-12 horas, a 0,2-0,5 °C por hora ^{F31}.

★ Hipotermia terapéutica: 6 – 72 – lento

Inicio **antes de las 6 h** (no de las 24 h), duración **72 h**, recalentamiento **lento** (0,2-0,5 °C/h), corporal total o selectiva de cabeza ^{F31}.

Hipotermia en encefalopatía hipóxico-isquémica: inicio

La hipotermia moderada como tratamiento para los recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal es una opción eficaz en la reducción de la mortalidad y la discapacidad mayor asociada. En cuanto a la aplicación de este tratamiento, ¿cuál de las siguientes es INCORRECTA?:

1. Existen dos formas de aplicación de la hipotermia con efecto protector: la corporal total y la selectiva de la cabeza.
2. La hipotermia debe ser iniciada antes de las primeras 24 horas de vida.
3. Se mantiene durante 72 horas.
4. El recalentamiento debe ser lento y progresivo.

Síndrome de abstinencia neonatal. El hijo de una madre que consume opioides de forma crónica se observa en busca de abstinencia, que aparece generalmente en las **primeras 72 horas** ^{F32}. Sus signos característicos son **irritabilidad, temblor, hipertonia, vómitos y/o diarrea, sudoración (diaforesis), convulsiones** e hiperventilación con alcalosis respiratoria ^{F32}. Los signos digestivos de la lista son **vómitos y/o diarrea**; el estreñimiento no figura en ella ^{F32}.

Síndrome de abstinencia neonatal: signos

Señale cuál NO es un signo/síntoma propio del síndrome de abstinencia neonatal:

1. Escoriaciones en áreas específicas.
2. Estreñimiento.
3. Congestión nasal.
4. Diaforesis.

Defectos de la pared abdominal. La **gastrosquisis** es la protrusión de las vísceras a través de un defecto **paraumbilical**, en general **a la derecha** de la inserción del cordón, y, a diferencia del onfalocele, **sin membrana que las cubra** ^{F33}. En el **onfalocele** las vísceras herniadas **están cubiertas por una membrana** y el defecto está en la base del ombligo ^{F34}. Al nacer, las vísceras expuestas se cubren de inmediato con apósitos **estériles, húmedos y no adherentes** ^{F33}.

	Gastrosquisis	Onfalocele
Localización	Paraumbilical, a la derecha del cordón ^{F33}	En la base del ombligo ^{F34}
Membrana	No ^{F33}	Sí ^{F34}

Gastrosquisis

Al defecto congénito de la pared abdominal, habitualmente localizado a la derecha del cordón umbilical, con exposición del intestino y sin membrana de recubrimiento se le denomina:

1. Gastrosquisis.
2. Onfalitis.
3. Onfalocele.
4. Hernia umbilical.

Enterocolitis necrosante. Es la **urgencia digestiva más frecuente** en los recién nacidos ^{F35}. Además de la **prematuridad**, sus factores de riesgo son la rotura prolongada de membranas con amnionitis, la asfixia al nacer, ser pequeño para la edad gestacional, la **cardiopatía congénita**, la anemia, las exanguinotransfusiones, la disbiosis intestinal y la **alimentación con leche no humana** ^{F35}. El líquido amniótico meconial no figura en esa lista ^{F35}.

Enterocolitis necrosante: factores de riesgo

La enterocolitis necrosante es la urgencia digestiva más frecuente en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Entre sus factores de riesgo NO encontramos:

1. Prematuridad y/o bajo peso al nacer.
2. Líquido amniótico meconial durante el parto.
3. Alimentación con leche y/o preparados para lactantes.
4. Cardiopatía congénita.

Síndrome de muerte súbita del lactante. Según PrevInfad (AEPap), son factores de riesgo el **tabaquismo materno** en el embarazo, la **prematuridad y el bajo peso** (asociación inversa con el peso, sobre todo por debajo de 2.500 g), el **sexo masculino** («hay un predominio del sexo masculino en la mayoría de los estudios»), el **decúbito prono** (principal factor de riesgo modificable) y el **colecho**, cuyo riesgo aumenta si los padres fuman, han bebido alcohol o se duerme en un sofá ^{F36}. Ser mujer no es un factor de riesgo ^{F36}.

Muerte súbita del lactante: factores de riesgo

Con respecto al síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), indique cuál de las siguientes opciones NO CONSTITUYE un factor de riesgo:

1. Hábito tabáquico materno.
2. Prematuridad y bajo peso.
3. Ser varón.
4. Ser mujer.

7. Infecciones congénitas y perinatales

Citomegalovirus congénito. Según los CDC, el CMV es la **causa infecciosa más frecuente de defectos congénitos** en EE. UU.; alrededor de 1 de cada 5 niños con CMV congénito tendrá defectos o problemas a largo plazo, y la **hipoacusia es frecuente**: puede estar presente al nacer o aparecer después, incluso en niños que pasaron el cribado auditivo neonatal ^{F37}. Por eso los niños con CMV congénito necesitan controles auditivos periódicos ^{F37}. StatPearls lo define como **la principal causa de hipoacusia neurosensorial no hereditaria en los niños** ^{F55}, y la guía de la Sociedad Brasileña de Otología, como **la principal causa no genética de hipoacusia congénita** en los países de renta alta ^{F56}.

EIR 2021 · 66

P32 · respuesta en el solucionario

Hipoacusia congénita no genética: citomegalovirus

¿Cuál es la principal causa no genética de hipoacusia congénita?:

1. Encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal.
2. Infección congénita por citomegalovirus.
3. Toxoplasmosis congénita.
4. Infección por estreptococo del grupo B.

Rubéola congénita. Norman Gregg describió en 1941 la relación entre la rubéola materna y las **cataratas congénitas** ^{F40}. El síndrome de rubéola congénita incluye **sordera**, anomalías oculares (**cataratas**, glaucoma, retinopatía, microftalmía) y **cardiopatía congénita**; el riesgo es máximo si la infección ocurre en las **primeras 12 semanas** ^{F38,F39}. Las cardiopatías típicas son el **conducto arterioso permeable** y la estenosis de la arteria pulmonar, y también son frecuentes la microcefalia y la meningoencefalitis ^{F38}. **La hipoacusia es el defecto aislado más frecuente** («Hearing impairment is the most common single defect») ^{F39}.

EIR 2026 · 105

P30 · respuesta en el solucionario

Tétrada de Gregg: hipoacusia

De entre las siguientes opciones, ¿cuál es la complicación más frecuente de la tetrada de Gregg?:

1. Hipoacusia.
2. Cataratas.
3. Ductus arterioso persistente.
4. Microcefalia.

Varicela perinatal. Tienen riesgo de **varicela grave** los recién nacidos cuya madre presenta la varicela **entre 5 días antes y 2 días después del parto** ^{F41}: el niño se infecta sin haber recibido todavía anticuerpos maternos protectores ^{F41}.

Varicela: «-5 / +2»

Madre con exantema de **5 días antes a 2 días después** del parto: riesgo de varicela neonatal grave ^{F41}.

Varicela neonatal grave: momento de la infección materna

Si la madre presenta infección por varicela durante la gestación ¿Cuándo existe un riesgo mayor de que el niño desarrolle una varicela fulminante?:

1. Cuando la infección se presenta entre el primer y segundo trimestre de gestación.
2. Cuando la infección se presenta entre el segundo trimestre y los 21 días anteriores al parto.
3. Cuando la infección se presenta entre los 20 y los 6 días anteriores al parto.
4. Cuando la infección se presenta entre los 5 días anteriores al parto y los 2 días posteriores al mismo.

Púrpura fulminante. StatPearls distingue tres formas: **neonatal**, asociada a un déficit hereditario de proteína C, proteína S o antitrombina III; **idiopática**, un trastorno autoinmune postinfeccioso atribuido a un déficit relativo de **proteína S**; y **infecciosa aguda** ^{F58}. La idiopática aparece unos 7-10 días después de una infección, **generalmente varicela** o escarlatina, y en la infecciosa aguda **la varicela es el desencadenante vírico más frecuente** ^{F58}. La forma neonatal de StatPearls es la hereditaria ^{F58}; la relación de la varicela con el feto la recoge Anales de Pediatría: la púrpura fulminante posvaricelosa se asocia a anticuerpos contra la proteína S y puede **afectar al feto** en el transcurso de una infección prenatal por varicela ^{F59}.

Púrpura fulminante neonatal: varicela

¿Cuál de las siguientes infecciones víricas se asocia con el desarrollo de la púrpura fulminante en el neonato?:

1. Citomegalovirus.
2. Hepatitis B.
3. Varicela-Zoster.
4. Sarampión.

8. El recién nacido prematuro

Síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de membrana hialina). Lo causan la **inmadurez pulmonar y el déficit de surfactante**, con insuficiencia respiratoria desde poco después del nacimiento ^{F42}. Los **corticoides prenatales** (betametasona o dexametasona entre las 24 y las 34 semanas) inducen la producción de surfactante fetal y **reducen** el riesgo o la gravedad del síndrome ^{F46}; previenen, no causan la enfermedad ^{F46}. El **surfactante exógeno** se administra por **vía intratraqueal** con un tubo endotraqueal, o por un catéter fino introducido en la tráquea (técnica menos invasiva, LISA) ^{F46,F42}.

EIR 2005 · 59

P27 · respuesta en el solucionario

Surfactante exógeno: vía endotraqueal

El problema principal del distress respiratorio del niño prematuro es el déficit de surfactante, desde hace años se administras surfactante exógeno. Su administración se realiza por via:

1. Endovenosa.
2. Intramuscular.
3. Endotraqueal.
4. Rectal.
5. Enteral.

Saturación objetivo. El consenso europeo vigente sobre el síndrome de dificultad respiratoria (2022) recomienda en el prematuro con oxígeno una **saturación objetivo entre el 90 y el 94 %**, con límites de alarma en el 89 y el 95 % ^{F42}. Apuntar a saturaciones más bajas (85-89 % frente a 91-95 %) reduce la retinopatía grave pero **aumenta la mortalidad** ^{F42}. La SENEo, en 2009, fijaba los límites de alarma en el **85-93 % para los menores de 32 semanas** (85-95 % para los mayores) y pedía evitar grandes oscilaciones y periodos por encima del 93-95 % ^{F43}.

EIR2006-084: saturación del gran prematuro

La respuesta (reconstruida por un tercero) de **EIR2006-084** es mantener la saturación del gran prematuro en el **88-92 %**, un rango que **no aparece** en ninguna fuente oficial consultada. Las cifras de las fuentes son: SENEo 2009, límites de alarma del **85 al 93 %** en los menores de 32 semanas, evitando periodos por encima del 93-95 % ^{F43}; consenso europeo vigente (2022), saturación objetivo **entre el 90 y el 94 %**, con alarmas en el 89 y el 95 % ^{F42}. Ambas descartan el 100 % y el 92-100 % (hiperoxia) y el 70-80 % o 68-72 % (hipoxemia) ^{F42,F43}. La respuesta no se corrige.

Gran prematuro: saturación objetivo 88-92%

Uno de los cuidados que requiere un recién nacido considerado como gran prematuro es la monitorización continua de la saturación de oxígeno, que debe mantenerse durante los primeros días de vida en unos valores de:

1. 100%.
2. 92% - 100%.
3. 88% - 92%.
4. 70% - 80%.
5. 68% - 72%.

Retinopatía del prematuro. El riesgo aumenta a **mayor prematuridad y menor peso al nacer**, y con la **oxigenoterapia excesiva**, sobre todo prolongada ^{F44}. La SENEo asocia además a la retinopatía grave la oxigenoterapia incontrolada (la **hiperoxia**), las **transfusiones** de hematíes y la eritropoyetina, y algunas guías incluyen entre los criterios de cribado el oxígeno suplementario, el retraso del crecimiento intrauterino, las transfusiones y la sepsis ^{F43}. En España se criban los recién nacidos de ≤ 1.500 g o ≤ 32 semanas, además de los que tienen un curso clínico inestable ^{F43}.

EIR2025-142: ¿la hipoxia es factor de riesgo de retinopatía?

La respuesta oficial de **EIR2025-142** es que la **hipoxia NO** es factor de riesgo de retinopatía del prematuro (sí lo son el bajo peso, la edad gestacional y la hemorragia intracraneal). El criterio del examen es el clásico: la retinopatía se asocia al **exceso de oxígeno** (hiperoxia) ^{F43,F44}. Pero el Manual MSD vigente dice que el oxígeno suplementario debe indicarse evitando las oscilaciones, «ya que **tanto la hiperoxia como la hipoxia aumentan el riesgo** de retinopatía del prematuro» ^{F44}. Frente a esa fuente, la hipoxia también es factor de riesgo. La respuesta oficial no se corrige.

Retinopatía del prematuro: factores de riesgo

De entre las siguientes opciones, cuál NO es un factor de riesgo en la aparición de la retinopatía del prematuro:

1. Bajo peso al nacer.
2. Hipoxia.
3. Hemorragia intracraneal.
4. Edad gestacional.

Otros problemas precoces del prematuro de muy bajo peso. ^{F21,F42}

- **Hemorragia intraventricular:** la matriz germinal periventricular es proclive a sangrar, y contribuyen la **hipotensión**, la perfusión cerebral inadecuada o inestable y los **picos de presión arterial** (por ejemplo, al administrar líquidos IV de forma rápida) ^{F21}. La hipotensión se asocia a **hipoxia cerebral**, y cuanto más dura

la hipoxia, mayor el riesgo de hemorragia intraventricular ^{F42}. Entre las causas principales de hemorragia intracraneal del recién nacido, el Manual MSD cita la **hipoxia-isquemia** y las **variaciones en la tensión arterial** ^{F23}.

- **Conducto arterioso persistente:** el cortocircuito es de **izquierda a derecha** (de la aorta a la arteria pulmonar), con pulsos saltones y precordio hiperdinámico en el prematuro ^{F45}.
- **Hipotensión:** la **hipovolemia probablemente se sobrediagnostica** y los bolos de suero salino se asocian a peores resultados; el tratamiento depende de la causa (hipovolemia, cortocircuito ductal o mala contractilidad) ^{F42}.
- **Enfermedad de membrana hialina:** la causan la inmadurez pulmonar y el déficit de surfactante; los corticoides prenatales reducen su riesgo o su gravedad ^{F42,F46}.

EIR 2016 · 186

P15 · respuesta en el solucionario

Prematuro de muy bajo peso: problemas clínicos precoces

En relación a los problemas clínicos que con mayor prevalencia pueden presentar los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer en los primeros días de vida. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La causa principal de las alteraciones que se presentan en la función respiratoria del recién nacido prematuro (enfermedad de la membrana hialina) es la administración prenatal tardía de corticoides.
2. La depleción de volumen intravascular es la causa más frecuente de hipotensión en prematuros de muy bajo peso, siendo la expansión con coloides (albumina al 5% diluida al medio) la terapia de elección.
3. La persistencia del conducto arterioso (ductus) produce las manifestaciones clínicas típicas de cortocircuito derecha-izquierda.
4. La vulnerabilidad del neonato prematuro a la hipoxia e hipertensión arterial se asocian a un mayor riesgo de presentación de hemorragia intraventricular.

Cuidados centrados en el desarrollo. Reúnen las prácticas que buscan favorecer el desarrollo neurológico y emocional del recién nacido enfermo y **disminuir su estrés** ^{F19}. El **método canguro** (contacto piel con piel entre la madre o el padre y el recién nacido) es parte esencial de estos cuidados ^{F19}. La sobrecarga sensorial de la UCIN expone al prematuro a un gran riesgo de **desorganización de su desarrollo** ^{F19}.

Todas las preguntas del tema (29)

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

EIR 2026 · 210

P1 · respuesta en el solucionario

Con respecto al Eritema Tóxico del Recién Nacido, ¿cuál de las siguientes opciones es correcta?:

1. Se trata con antisépticos tópicos.
2. Se trata con antibióticos tópicos.
3. Presenta manifestaciones sistémicas.
4. Se trata de una erupción autolimitada benigna.

EIR 2026 · 106

P2 · respuesta en el solucionario

Con respecto al síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), indique cuál de las siguientes opciones NO CONSTITUYE un factor de riesgo:

1. Hábito tabáquico materno.
2. Prematuridad y bajo peso.
3. Ser varón.
4. Ser mujer.

EIR 2025 · 142

P3 · respuesta en el solucionario

De entre las siguientes opciones, cuál NO es un factor de riesgo en la aparición de la retinopatía del prematuro:

1. Bajo peso al nacer.
2. Hipoxia.
3. Hemorragia intracraneal.
4. Edad gestacional.

Pregunta asociada a la imagen 7. ¿Cómo se denomina la anomalía pediátrica de partes blandas identificada en la imagen?:



1. Diastema.
2. Anquiloglosia.
3. Fibromatosis gingival.
4. Ránula.

¿Cuál de las siguientes enfermedades no está incluida en el Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud?:

1. Hipotiroidismo congénito.
2. Autismo.
3. Fenilcetonuria.
4. Anemia falciforme.

De entre las siguientes respuestas, ¿cuál NO es una estructura cardiovascular exclusiva de la circulación fetal?:

1. Conducto venoso.
2. Coartación de aorta.
3. Agujero oval.
4. Conducto arterioso.

En la ictericia fisiológica observaremos una hiperbilirrubinemia del recién nacido con un aumento de:

1. Bilirrubina no conjugada indirecta.
2. Bilirrubina conjugada directa.
3. Bilirrubina conjugada indirecta.
4. Metabilirrubina.

Señale cuál NO es un signo/síntoma propio del síndrome de abstinencia neonatal:

1. Escoriaciones en áreas específicas.
2. Estreñimiento.
3. Congestión nasal.
4. Diaforesis.

Al defecto congénito de la pared abdominal, habitualmente localizado a la derecha del cordón umbilical, con exposición del intestino y sin membrana de recubrimiento se le denomina:

1. Gastrosquisis.
2. Onfalitis.
3. Onfalocele.
4. Hernia umbilical.

Pregunta asociada a la imagen 7. Indique la respuesta INCORRECTA con relación al reflejo primitivo de la imagen:



1. Se trata del reflejo cervical tónico asimétrico.
2. Se explora con el paciente en supino y girando la cabeza hacia un lado.
3. Se denomina reflejo o respuesta del esgrimista.
4. Está presente desde el nacimiento.

Indique la respuesta INCORRECTA en cuanto a los mecanismos de adaptación del recién nacido a la vida extrauterina:

1. La adaptación se caracteriza por el inicio de una respiración vigorosa gracias a varios estímulos como son el pinzamiento de cordón y la estimulación térmica y táctil.
2. En su adaptación respiratoria, se produce una reabsorción del líquido pulmonar con disminución del surfactante pulmonar.
3. Al nacer, las resistencias vasculares pulmonares disminuyen rápidamente.
4. Los intercambios térmicos entre el recién nacido y el ambiente se realizan de cuatro formas: conducción, convección, radiación y evaporación.

En pediatría, en referencia al término de “saturación de oxígeno arterial preductal” medida por pulsioximetría, indique la respuesta correcta:

1. Se trata de la saturación de oxígeno arterial medida en el miembro inferior derecho.
2. La medición de la saturación de oxígeno preductal en el recién nacido nos da información sobre la hipercapnia en el momento del parto.
3. En el paciente pediátrico, la medición mediante pulsioximetría de la saturación de oxígeno arterial preductal no tiene indicación.
4. La interpretación de la medición de saturación arterial preductal con respecto a la saturación postductal, proporciona indicios importantes acerca de la causa de la hipoxemia en el recién nacido.

La hipotermia moderada como tratamiento para los recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal es una opción eficaz en la reducción de la mortalidad y la discapacidad mayor asociada. En cuanto a la aplicación de este tratamiento, ¿cuál de las siguientes es INCORRECTA?:

1. Existen dos formas de aplicación de la hipotermia con efecto protector: la corporal total y la selectiva de la cabeza.
2. La hipotermia debe ser iniciada antes de las primeras 24 horas de vida.
3. Se mantiene durante 72 horas.
4. El recalentamiento debe ser lento y progresivo.

¿De qué problema puede ser indicativo un retraso en la emisión del meconio (más tarde de 24 horas de vida)?:

1. Gastrosquisis.
2. Enfermedad de Hirschprung.
3. Divertículo de Meckel.
4. Síndrome de Beckwith-Wiedemann.

En relación a los problemas clínicos que con mayor prevalencia pueden presentar los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer en los primeros días de vida. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La causa principal de las alteraciones que se presentan en la función respiratoria del recién nacido prematuro (enfermedad de la membrana hialina) es la administración prenatal tardía de corticoides.
2. La depleción de volumen intravascular es la causa más frecuente de hipotensión en prematuros de muy bajo peso, siendo la expansión con coloides (albumina al 5% diluida al medio) la terapia de elección.
3. La persistencia del conducto arterioso (ductus) produce las manifestaciones clínicas típicas de cortocircuito derecha-izquierda.
4. La vulnerabilidad del neonato prematuro a la hipoxia e hipertensión arterial se asocian a un mayor riesgo de presentación de hemorragia intraventricular.

Tiene que repetir las pruebas metabólicas a un recién nacido de 20 días de vida. Para la punción del talón emplearía como analgésico:

1. Ibuprofeno oral.
2. Sacarosa oral.
3. Paracetamol intravenoso.
4. Fentanilo intravenoso.

¿Cuál NO es un signo de dificultad respiratoria en el neonato?:

1. Aleteo nasal.
2. Cianosis.
3. Quejido espiratorio.
4. Disociación toraco-abdominal.

¿Cuál es la medida más eficaz para la prevención de la enfermedad hemorrágica neonatal?:

1. Realizar el test de Coombs con la sangre del cordón umbilical al nacimiento.
2. Vacunación de la madre con anticuerpos antes del parto.
3. Administración de 1 mg de vitamina K por vía intramuscular al recién nacido.
4. Administración de 1 mg de vitamina K por vía oral y repetir la dosis al cabo de 1 semana.

Respecto al recién nacido, señale la afirmación correcta:

1. Prematuro inmaduro es aquel cuyo su peso al nacer oscila entre 2.000 y 2.500 gr. y tiene una edad gestacional inferior a 37 semanas.
2. Recién nacido de bajo peso es el que pesa al nacer menos a 2.500 gr. y su edad gestacional es entre 37 y 42 semanas.
3. Recién nacido seudotérmino es el que pesa menos de 2.500 gr. y su edad gestacional es superior a 37 semanas.
4. Prematuros son los recién nacidos con un peso menor a 2.500 gr.
5. Recién nacido posttérmino es el que tiene una edad gestacional superior a 40 semanas.

Es un signo de alarma en un recién nacido:

1. El vómito bilioso.
2. La diarrea prandial.
3. El infarto úrico.
4. La hemorragia vaginal.
5. La ingurgitación mamaria.

La frecuencia respiratoria de un recién nacido se puede considerar normal cuando oscila entre:

1. 10-15 respiraciones por minuto.
2. 16-20 respiraciones por minuto.
3. 21-25 respiraciones por minuto.
4. 26-35 respiraciones por minuto.
5. 36-60 respiraciones por minuto.

Para un bebé que presenta hiperbilirrubinemia y es tratado con fototerapia ¿qué precauciones son las adecuadas?:

1. Cubrir el rostro con una máscara protectora.
2. Exponer al bebé al tratamiento vestido para proteger la piel.
3. Impregnar el cuerpo de crema protectora.
4. Antes de colocar la máscara, cerrar suavemente los ojos del bebé para evitar lesiones en las córneas.
5. Todas son precauciones recomendables.

¿Qué signo de la exploración ocular es indicativo de alarma en un recién nacido?:

1. Edema palpebral.
2. Esclerótica blanca.
3. Ausencia de lágrimas.
4. Estrabismo.
5. Secreción purulenta.

El peso adecuado para un recién nacido a término oscila entre:

1. 1.500-2.500 gramos.
2. 1.500-3.000 gramos.
3. 2.000-3.000 gramos.
4. 2.500-4.000 gramos.
5. 2.500-5.000 gramos.

Uno de los cuidados que requiere un recién nacido considerado como gran prematuro es la monitorización continua de la saturación de oxígeno, que debe mantenerse durante los primeros días de vida en unos valores de:

1. 100%.
2. 92% - 100%.
3. 88% - 92%.
4. 70% - 80%.
5. 68% - 72%.

La fractura más frecuente en el Recién nacido es la de:

1. Fémur.
2. Húmero.
3. Tibia.
4. Clavícula.
5. Radio.

El problema principal del distress respiratorio del niño prematuro es el déficit de surfactante, desde hace años se administras surfactante exógeno. Su administración se realiza por via:

1. Endovenosa.
2. Intramuscular.
3. Endotraqueal.
4. Rectal.
5. Enteral.

El reflejo de Moro está presente en el momento del nacimiento y desaparece hacia:

1. De uno a tres meses.
2. De cuatro a cinco meses.
3. De seis a ocho meses.
4. De nueve a diez meses.
5. Al año de vida.

En la valoración a través de la puntuación de Silverman-Andersen, se mide:

1. La dificultad cardiaca del neonato.
2. La dificultad respiratoria del neonato.
3. La dificultad miccional del lactante.
4. El crecimiento puberal del adolescente.
5. La dificultad de coordinación del lactante.

Preguntas que también podrían ser de este tema (9)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 105

P30 · respuesta en el solucionario

De entre las siguientes opciones, ¿cuál es la complicación más frecuente de la tétrada de Gregg?:

1. Hipoacusia.
2. Cataratas.
3. Ductus arterioso persistente.
4. Microcefalia.

EIR 2022 · 73

P31 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es la opción INCORRECTA respecto al pie zambo?:

1. Da lugar a una elevación del arco longitudinal del medial del pie.
2. Puede ser postural, congénito o asociado a una displasia del tejido musculoesquelético.
3. Existe flexión plantar y aducción del antepie/mediopie respecto al retropié.
4. También se denomina pie equinovaro.

EIR 2021 · 66

P32 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es la principal causa no genética de hipoacusia congénita?:

1. Encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal.
2. Infección congénita por citomegalovirus.
3. Toxoplasmosis congénita.
4. Infección por estreptococo del grupo B.

EIR 2020 · 113

P33 · respuesta en el solucionario

La enterocolitis necrosante es la urgencia digestiva más frecuente en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Entre sus factores de riesgo NO encontramos:

1. Prematuridad y/o bajo peso al nacer.
2. Líquido amniótico meconial durante el parto.
3. Alimentación con leche y/o preparados para lactantes.
4. Cardiopatía congénita.

Si la madre presenta infección por varicela durante la gestación ¿Cuándo existe un riesgo mayor de que el niño desarrolle una varicela fulminante?:

1. Cuando la infección se presenta entre el primer y segundo trimestre de gestación.
2. Cuando la infección se presenta entre el segundo trimestre y los 21 días anteriores al parto.
3. Cuando la infección se presenta entre los 20 y los 6 días anteriores al parto.
4. Cuando la infección se presenta entre los 5 días anteriores al parto y los 2 días posteriores al mismo.

¿Cuál de las siguientes infecciones víricas se asocia con el desarrollo de la púrpura fulminante en el neonato?:

1. Citomegalovirus.
2. Hepatitis B.
3. Varicela-Zoster.
4. Sarampión.

Se acerca a valorar a un recién nacido de 28 semanas de edad gestacional y observa que presenta taquicardia, piel grisácea, llanto difícil de calmar, dedos de las manos y piernas extendidas. Estos síntomas son característicos de que diagnóstico de enfermería:

1. Apnea.
2. Dolor crónico.
3. Conducta desorganizada del lactante.
4. Ansiedad.

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

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 210	4	
P2	EIR 2026 · 106	4	
P3	EIR 2025 · 142	2	
P4	EIR 2025 · 7	2	
P5	EIR 2024 · 173	2	
P6	EIR 2023 · 172	2	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2023 · 171	1	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2021 · 71	2	
P9	EIR 2021 · 70	1	
P10	EIR 2021 · 7	4	
P11	EIR 2020 · 118	2	
P12	EIR 2020 · 112	4	
P13	EIR 2019 · 90	2	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2018 · 57	2	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2016 · 186	4	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2016 · 182	2	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2016 · 166	2	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2016 · 164	3	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2014 · 188	2	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2011 · 88	1	
P21	EIR 2011 · 87	5	
P22	EIR 2010 · 86	4	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2009 · 87	5	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2006 · 87	4	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2006 · 84	3	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2005 · 64	4	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2005 · 59	3	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2004 · 7	1	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2004 · 2	2	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2026 · 105	1	
P31	EIR 2022 · 73	1	
P32	EIR 2021 · 66	2	
P33	EIR 2020 · 113	2	
P34	EIR 2016 · 187	4	hoja del archivo oficial
P35	EIR 2016 · 184	3	hoja del archivo oficial
P36	EIR 2016 · 173	3	hoja del archivo oficial
P37	EIR 2014 · 149	3	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2009 · 84	2	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Organización Mundial de la Salud. Preterm birth. Nota descriptiva, 10 de mayo de 2023. · <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> · consultada 2026-09-27
- **F2** Organización Mundial de la Salud. Low birth weight. Nutrition Landscape Information System (NLIS). Página vigente en 2026. · <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight> · consultada 2026-09-27
- **F3** American College of Obstetricians and Gynecologists y Society for Maternal-Fetal Medicine. Committee Opinion n.º 579: Definition of Term Pregnancy. Noviembre de 2013. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2026-09-27), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy> · consultada 2026-09-27
- **F4** Manual MSD, versión para profesionales. Recién nacido grande para la edad gestacional. 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacido-grande-para-la-edad-gestacional> · consultada 2026-09-27
- **F5** Manual MSD, versión para profesionales. Examen físico del recién nacido. Actualización de diciembre de 2024. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/el-cuidado-de-los-reci%C3%A9n-nacidos-y-los-lactantes/examen-f%C3%ADsico-del-reci%C3%A9n-nacido> · consultada 2026-09-27
- **F6** Manual MSD, versión para profesionales. Evaluación inicial del recién nacido normal (tabla «Puntuación de Apgar»). Revisión de septiembre de 2023, actualización de noviembre de 2024. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/el-cuidado-de-los-reci%C3%A9n-nacidos-y-los-lactantes/evaluaci%C3%B3n-inicial-del-reci%C3%A9n-nacido-normal> · consultada 2026-09-27
- **F7** Manual MSD, versión para profesionales. Fisiología perinatal. Revisión de marzo de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/fisiolog%C3%ADa-perinatal/fisiolog%C3%ADa-perinatal> · consultada 2026-09-27
- **F8** StatPearls (NCBI Bookshelf). Physiology, Fetal Circulation. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2026-09-27), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539710/> · consultada 2026-09-27
- **F9** Manual MSD, versión para profesionales. Hipotermia en recién nacidos. Página vigente en 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/hipotermia-en-reci%C3%A9n-nacidos> · consultada 2026-09-27
- **F10** Manual MSD, versión para profesionales. Reanimación neonatal. Página vigente en 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reanimaci%C3%B3n-neonatal> · consultada 2026-09-27
- **F11** Manual MSD, versión para profesionales. Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. Página vigente en 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/hipertensi%C3%B3n-pulmonar-persistente-del-reci%C3%A9n-nacido> · consultada 2026-09-27
- **F12** 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 (reafirmado en 2025). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2026-09-27), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/10/the-apgar-score> · consultada 2026-09-27

- **F13** Hedstrom AB, Gove NE, Mayock DE, Batra M. Performance of the Silverman Andersen Respiratory Severity Score in predicting PCO2 and respiratory support in newborns: a prospective cohort study. J Perinatol 2018;38(5):505-511. Texto completo y figura 1 leídos mediante la API pública de Europe PMC (PMC5998375). · <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0049-3> · consultada 2026-09-27
- **F14** StatPearls (NCBI Bookshelf). Neonatal Respiratory Distress Syndrome. Actualizada el 17-02-2026. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2026-09-27), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560779/> · consultada 2026-09-27
- **F15** Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (Sánchez Luna M et al.). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc) 2009;71:349-61. · <https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-el-cuidado-atencion-del-articulo-S1695403309004378> · consultada 2026-09-27
- **F16** Ministerio de Sanidad. Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas en prueba de talón. Página vigente en 2026, actualizada con la Orden SND/356/2026. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoNeonatal/enfermedadesEndocrinoMetabolicas/home.htm> · consultada 2026-09-27
- **F17** Boletín Oficial del Estado. Orden SND/356/2026, de 13 de abril, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006 (cribados prenatales, neonatales y de cáncer colorrectal), BOE-A-2026-8592; y Orden SND/454/2025, de 9 de mayo (cribado de cardiopatías congénitas críticas por pulsioximetría), BOE-A-2025-9277. La Orden SND/454/2025 está en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-9277. · <https://www.boe.es/boe/dias/2026/04/20/pdfs/BOE-A-2026-8592.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F18** Ministerio de Sanidad. Programa de cribado neonatal. Protocolo general para el procedimiento de obtención de muestras. Documento vigente en 2026. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoNeonatal/enfermedadesEndocrinoMetabolicas/docs/CribadoNeonatal_EnfEndocrinometabolicas.pdf · consultada 2026-09-27
- **F19** Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid, 2010. · <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F20** Chamarthi VS, Gunasekaran V, Daley SF. Primitive Reflexes: Comprehensive Neurological Assessment Across the Lifespan. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 17-06-2026. Texto leído en el FTP oficial de acceso abierto de NCBI (paquete statpearls_NBK430685.tar.gz). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554606/> · consultada 2026-09-29
- **F21** Manual MSD, versión para profesionales. Recién nacidos prematuros. Revisión de febrero de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros> · consultada 2026-09-27
- **F22** StatPearls (NCBI Bookshelf). Ankyloglossia (Tongue-Tie). Actualizado el 9-06-2023. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2026-09-27), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482295/> · consultada 2026-09-27
- **F23** Manual MSD, versión para profesionales. Lesiones obstétricas. Revisión de febrero de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/lesiones-obst%C3%A9tricas> · consultada 2026-09-27
- **F24** Manual MSD, versión para profesionales. Pie equinovaro (zambo) y otras anomalías congénitas del pie. Última actualización: noviembre de 2024. ·

<https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-musculoesquel%C3%A9ticas-cong%C3%A9nitas/pie-equinovaro-zambo-y-otras-anomal%C3%ADas-cong%C3%A9nitas-del-pie> · consultada 2026-09-27

- **F25** StatPearls (NCBI Bookshelf). Neonatal Conjunctivitis. Versión de 2023. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2026-09-27), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441840/> · consultada 2026-09-27
- **F26** StatPearls (NCBI Bookshelf). Midgut Malrotation. Versión de 2024. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2026-09-27), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560888/> · consultada 2026-09-27
- **F27** StatPearls (NCBI Bookshelf). Hirschsprung Disease. Versión de 2024. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2026-09-27), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562142/> · consultada 2026-09-27
- **F28** Asociación Española de Pediatría, En Familia. Quiralte Paredes I. Cosas normales en los recién nacidos. Página divulgativa vigente en 2026. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/cosas-normales-en-recien-nacidos> · consultada 2026-09-27
- **F29** Manual MSD, versión para profesionales. Hiperbilirrubinemia neonatal. Última actualización: junio de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-metab%C3%B3licos-electrol%C3%ADticos-y-t%C3%B3xicos-en-reci%C3%A9n-nacidos/hiperbilirrubinemia-neonatal> · consultada 2026-09-27
- **F30** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Jaundice in newborn babies under 28 days. Clinical guideline CG98, 2010, actualizada el 31-10-2023 (recomendación 1.4.13 y siguientes). · <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-27
- **F31** Blanco D, García-Alix A, Valverde E, Tenorio V, Vento M, Cabañas F; Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. An Pediatr (Barc) 2011;75:341.e1-e20. · <https://www.analesdepediatría.org/es-neuroproteccion-con-hipotermia-el-recien-articulo-S169540331100381X> · consultada 2026-09-27
- **F32** Manual MSD, versión para profesionales. Exposición prenatal a fármacos (apartado Opioides). Página vigente en 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-metab%C3%B3licos-electrol%C3%ADticos-y-t%C3%B3xicos-en-reci%C3%A9n-nacidos/exposici%C3%B3n-prenatal-a-f%C3%A1rmacos> · consultada 2026-09-27
- **F33** Manual MSD, versión para profesionales. Gastrosquisis. Última actualización: agosto de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-digestivas-cong%C3%A9nitas/gastrosquisis> · consultada 2026-09-27
- **F34** Manual MSD, versión para profesionales. Onfalocele. Última actualización: agosto de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-digestivas-cong%C3%A9nitas/onfalocele> · consultada 2026-09-27
- **F35** Manual MSD, versión para profesionales. Enterocolitis necrosante. Última actualización: agosto de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-gastrointestinales-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/enterocolitis-necrosante> · consultada 2026-09-27
- **F36** PrevInfad (AEPap) / PAPPs. Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. Actualizado el 21-12-2016. · <https://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante> · consultada 2026-09-27

- **F37** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CMV in Newborns. 17 de enero de 2025. · <https://www.cdc.gov/cytomegalovirus/congenital-infection/index.html> · consultada 2026-09-27
- **F38** Manual MSD, versión para profesionales. Rubéola congénita. Última actualización: mayo de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/rub%C3%A9ola-cong%C3%A9nita> · consultada 2026-09-27
- **F39** Maine Center for Disease Control and Prevention (Department of Health and Human Services). Congenital Rubella Syndrome. Revisado el 13-10-2022. · <https://www.maine.gov/dhhs/mecdc/sites/maine.gov.dhhs.mecdc/files/epi/Congenital-Rubella-Syndrome-SHM.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F40** Gregg NM. Congenital cataract following German measles in the mother. Trans Ophthalmol Soc Aust 1941;3:35-46 (ficha en PubMed de la reedición de sus resúmenes, PMID 3907670). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3907670/> · consultada 2026-09-27
- **F41** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chickenpox (Varicella): Clinical Overview. Página vigente en 2026; y Manual MSD, versión para profesionales, Varicela. · <https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/clinical-overview/index.html> · consultada 2026-09-27
- **F42** Sweet DG, Carnielli VP, Greisen G, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. Neonatology 2023;120(1):3-23. · <https://doi.org/10.1159/000528914> · consultada 2026-09-27
- **F43** Castro Conde JR, Echaniz Urcelay I, Botet Mussons F, Pallás Alonso CR, Narbona E, Sánchez Luna M; Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Retinopatía de la prematuridad. Recomendaciones para la prevención, el cribado y el tratamiento. An Pediatr (Barc) 2009;71(6):514-523. · <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.07.006> · consultada 2026-09-27
- **F44** Manual MSD, versión para profesionales. Retinopatía de la prematuridad (fibroplasia retrolental). Revisión de abril de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/defectos-y-enfermedades-oculares-en-los-ni%C3%B1os/retinopat%C3%ADa-de-la-prematuridad> · consultada 2026-09-27
- **F45** Manual MSD, versión para profesionales. Conducto arterioso permeable (CAP). Revisión de abril de 2023. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/conducto-arterioso-permeable-cap> · consultada 2026-09-27
- **F46** Manual MSD, versión para profesionales. Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. Revisión de septiembre de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-en-reci%C3%A9n-nacidos> · consultada 2026-09-27
- **F48** Manual MSD, versión para profesionales. Recién nacido pequeño para la edad gestacional. Febrero de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacido-peque%C3%B1o-para-la-edad-gestacional> · consultada 2026-09-27
- **F47** Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Garlito Díaz H, et al. Pie plano y otras alteraciones del pie. Pediatría Integral, junio de 2024. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2024-06/pie-plano-y-otras-alteraciones-del-pie/> · consultada 2026-09-27
- **F49** Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Riera Campillo M. El pie normal y su patología. Pediatría Integral, junio de 2019. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-06/el-pie-normal-y-su-patologia/> · consultada 2026-09-27

- **F50** Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Kirchschräger Nieto SB, Guerra Vilches E. Examen y valoración del recién nacido. *Pediatría Integral* 2024;XXVIII(3):143-152. · <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2024-05/examen-y-valoracion-del-recien-nacido/> · consultada 2026-09-29
- **F51** Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory. Low birthweight (prevalence): ficha del indicador. Página vigente en 2026. · [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/low-birth-weight-prevalence-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/low-birth-weight-prevalence-(-)) · consultada 2026-09-29
- **F52** Organización Mundial de la Salud. Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief (WHO/NMH/NHD/14.5). Ginebra, 2014. PDF leído mediante la API oficial del repositorio IRIS de la OMS. · <https://iris.who.int/handle/10665/149020> · consultada 2026-09-29
- **F53** Elshazzly M, Anekar AA, Shumway KR, Caban O. Physiology, Newborn. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 4-09-2023. Texto leído en el FTP oficial de acceso abierto de NCBI (paquete statpearls_NBK430685.tar.gz). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499951/> · consultada 2026-09-29
- **F54** Roques E, Ward R, Syed HA, Mendez MD. Erythema Toxicum. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 20-01-2025. Texto leído en el FTP oficial de acceso abierto de NCBI (paquete statpearls_NBK430685.tar.gz). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470222/> · consultada 2026-09-29
- **F55** Ziebold C, Pillarisetty LS. Congenital Cytomegalovirus Infection. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 2-08-2025. Texto leído en el FTP oficial de acceso abierto de NCBI (paquete statpearls_NBK430685.tar.gz). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541003/> · consultada 2026-09-29
- **F56** Sociedad Brasileña de Otorología. Silva VAR, Pauna HF, Lavinsky J, et al. Task force Guideline of Brazilian Society of Otolaryngology - hearing loss in children - Part I - Evaluation. *Braz J Otorhinolaryngol* 2023;89(1):159-189. · <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2022.11.002> · consultada 2026-09-29
- **F57** Gerencia de Atención Integrada de Albacete (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha). Sánchez González C, Ossorio Martínez RM, Molina Masso D, Martínez Jarabo C. Protocolo fototerapia en el neonato. Código FMO-CCGC05, versión 01, 25-04-2022. · <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c13f1ae823520e0ba6350e11a5fae8d6.pdf> · consultada 2026-09-29
- **F58** Perera TB, Murphy-Lavoie HM. Purpura Fulminans. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 17-07-2023. Texto leído en el FTP oficial de acceso abierto de NCBI (paquete statpearls_NBK430685.tar.gz). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532865/> · consultada 2026-09-29
- **F59** Hernández Blanco A, González Montero R, Urán Moreno MM, Caturla Martínez-Moratalla J, Moya Benavent M. Púrpura fulminante posvaricelosa: potencialmente mortal. *An Pediatr (Barc)* 2009;70(4):379-82. · <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2008.11.018> · consultada 2026-09-29
- **F60** Servicio Andaluz de Salud, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Bueno Rodríguez I, Bermejo Fernández C, García Rodríguez E. Insuficiencia respiratoria aguda en el neonato. Criterios de ventilación mecánica (tabla «Escala de Silverman»). *Manuales clínicos, Urgencias de Pediatría*. Página vigente en 2026. · <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-pediatria/neonatalogia/insuficiencia-respiratoria-aguda-en-el-neonato-criterios-de-ventilacion-mecanica/> · consultada 2026-09-29
- **F61** Pattnaik P, Al Khalili Y. Moro Reflex. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 2-08-2025. Texto leído en el FTP oficial de acceso abierto de NCBI (paquete statpearls_NBK430685.tar.gz). · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542173/> · consultada 2026-09-29
- **F62** MedlinePlus, enciclopedia médica (National Library of Medicine). Reflejo de Moro. Revisado el 7-10-2025. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003293.htm> · consultada 2026-09-29

Pendiente de verificar

- Diagnóstico NANDA 00116 «Conducta desorganizada del lactante» y sus características definitorias: la taxonomía es de pago (Thieme) y nanda.org no la publica (remite al libro); en el refuerzo del 29-09-2026 solo aparecieron blogs, academias, apuntes y TFG, y ningún plan de cuidados de un servicio de salud público. EIR2016-173 no se intercala.
- Rango de saturación 88-92 % para el gran prematuro (respuesta de EIR2006-084): no aparece en ninguna fuente válida. Refuerzo del 29-09-2026: la SENEo 2009 da 85-93 %; Sola et al. (An Pediatr 2005) y el grupo SIBEN (2011) usan 88-93 %, y SIBEN 2014 propone 87-94 % u 88-94 %; el informe de la AAP de 2016 da 403 (Cloudflare) y los protocolos de la AEP no son accesibles desde su web.
- Reflejo de Moro: el intervalo clásico de desaparición «1-3 meses» (EIR2004-007) no aparece en ninguna fuente vigente consultada (refuerzo del 29-09-2026: StatPearls «empieza a desaparecer hacia las 12 semanas» y del todo a los 6 meses; MedlinePlus, después de 3 o 4 meses; MSD, «varios meses»).
- Test de Silverman-Andersen: los puntos de corte de gravedad (leve, moderada, grave) no están en ninguna fuente válida; Hedstrom dice que muchos centros, sobre todo con pocos recursos, usan umbrales de 3 a 6 no validados. El artículo original (Pediatrics 1956) da 403 (Cloudflare).