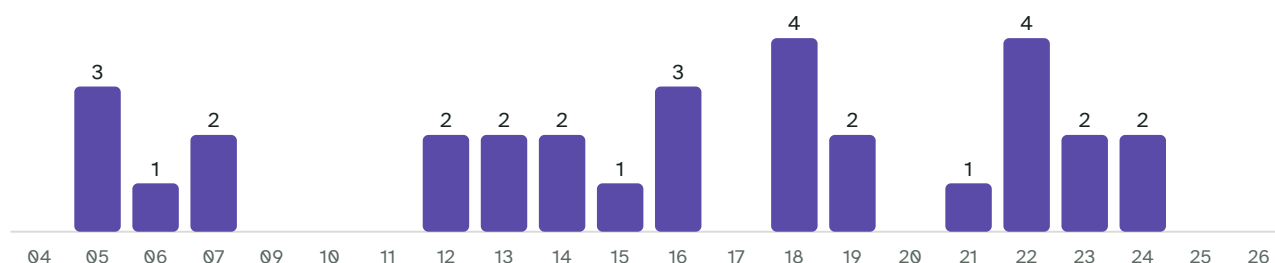


Crecimiento, desarrollo y niño sano

El programa de salud infantil vigila el crecimiento y el desarrollo del niño sano y aplica cribados y consejos preventivos en cada visita. En el EIR lo que más cae son los estadios de Piaget (sensoriomotor y preoperacional), la posición supina frente a la muerte súbita del lactante, los hitos y signos de alarma del desarrollo psicomotor, las gráficas de crecimiento (percentiles y puntuación Z), las recomendaciones de actividad física de la OMS y la seguridad vial infantil.

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



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

Lo más repetido

- Piaget: periodo sensoriomotor de 0 a 2 años (2 exámenes)
- Prevención de muerte súbita del lactante: posición supina (2 exámenes)
- Transferencia de objetos de mano a mano: 7-8 meses (su ausencia a los 12 meses es alarma) (2 exámenes)
- Piaget: periodo preoperacional (egocentrismo, 2-7 años) (2 exámenes)
- Signos de alarma del desarrollo a los 4 años (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Crecimiento físico: parámetros, percentiles y puntuación Z	7
2. Obesidad infantil y actividad física	11
3. Desarrollo psicomotor: hitos por edades	14
4. Signos de alarma y herramientas de cribado del desarrollo	17
5. Teorías del desarrollo: Piaget, Freud y Erikson	22
6. Cribados en la consulta: visión, escoliosis, salud bucodental y calzado	26
7. Muerte súbita del lactante y alimentación del lactante	29
8. Lesiones no intencionales y seguridad vial infantil	31
Todas las preguntas del tema (35)	35
Preguntas que también podrían ser de este tema (5)	45
Solucionario	47
Fuentes	49

Resumen para repasar

1. Crecimiento físico: parámetros, percentiles y puntuación Z

- **Peso, talla y perímetro craneal** en todos los controles hasta los 2 años; talla en **supino** hasta los 2 años; pubertad con **Tanner** ^{F2}.
- Desde los 2 años: peso, talla e **IMC** en gráficas de percentiles ^{F1}.
- El **perímetro abdominal** no está entre los parámetros de monitorización sistemática ^{F2}.
- Percentil = porcentaje de la población de referencia que el niño **igual o supera**: en el P35, el **65 %** restante le supera ^{F3}.
- OMS 2006: **Z entre -1 y -2 = normal**; bajo peso < -2; bajo peso severo < -3; sobre la línea, categoría menos grave ^{F4}.
- Recién nacido: pierde **7-10 %** en 5 días, recupera a las **2 semanas**, gana **150-250 g/semana** el primer mes ^{F5}.
- Peso: **x2 a los 5 meses, x3 al año, x4 a los 2 años** ^{F6}.
- Dientes: primeros entre **6 y 12 meses** (incisivos inferiores), completos **antes de los 3 años** ^{F7}.
- Pubertad precoz: **antes de 8 años en niñas y de 9 en niños** ^{F8}.

2. Obesidad infantil y actividad física

- Obesidad $\geq$ **P95** (o P97) y sobrepeso $\geq$ **P85** (o P90); riesgo si el IMC sube $\geq$ **2 unidades/año** ^{F9}.
- **Rebote adiposo antes de los 5 años** = más riesgo de obesidad adulta ^{F9}.
- Prevención: fruta **entera** mejor que zumo, **agua** en vez de zumos o refrescos, comer **en familia sin pantallas**, 4-5 comidas para evitar el **picoteo** ^{F54,F55}.
- OMS 2019: 3-4 años, **180 min/día** con **60 moderada-vigorosa**, no más de **1 h seguida** sujeto y pantallas $\leq$ **1 h**; menores de 1 año, sin pantallas ^{F11}.
- OMS 2020, 5-17 años: **60 min/día** moderada-vigorosa, sobre todo **aeróbica**; vigorosa y fortalecimiento **3 días/semana** ^{F10}.

3. Desarrollo psicomotor: hitos por edades

- Hitos CDC fijados donde los logra el **75 %** de los niños, no en la mediana ^{F13}.
- Sostén cefálico **4 m**, sedestación, transferencia y miedo a extraños **9 m**, pinza **12 m**, anda solo **18 m**, corre **24 m** ^{F12,F13}.
- Ansiedad ante extraños: **6-8 meses** en StatPearls y Open RN; hacia los **8-9 meses** en PrevInfad y la GPC de TEA ^{F14,F15,F46,F47}.
- Transferencia: **6-7 meses** en PrevInfad (edad límite, 6) frente a **9 meses** en el CDC (75 %) ^{F13,F46}.

4. Signos de alarma y herramientas de cribado del desarrollo

- Herramientas: **Denver II** o **Haizea-Llevant** (la más usada, no validada) ^{F1,F16}.
- Alertas PrevInfad: no sostén cefálico a los 3 m, **Moro persistente a los 6 m**, sin bipedestación a los 12 m, no corre a los 2 años ^{F1}.
- A cualquier edad, la **pérdida o regresión** de hitos de comunicación y lenguaje es signo de alarma; también ecolalias e inquietud motora ^{F17}.
- A los 3-4 años, **repetir preguntas en lugar de contestarlas** es signo de alerta ^{F46}.
- Denver II: **personal-social, motor fino, lenguaje y motor grueso** ^{F19}.
- **Bayley**: desarrollo cognitivo, lenguaje y motor, no agudeza visual ^{F20}.
- TEA: **M-CHAT-R/F** a los 16-30 meses en población de riesgo; el **CHAT** tiene baja sensibilidad ^{F16,F21}.
- **Dislalia**: articulación funcional; **disglosia**: orgánica; disfemia: fluidez; disfonía: voz ^{F17}.

5. Teorías del desarrollo: Piaget, Freud y Erikson

- Piaget: **sensoriomotor 0-2, preoperacional 2-7** (egocentrismo), concretas 7-11, formales 12+ ^{F23}.
- Permanencia del objeto plena a los **18-24 meses**; el cucú y la ansiedad de separación se explican por ella ^{F23}.
- Freud: oral 0-1, anal 1-3, fálica 3-6, **latencia 6-12**, genital 13-18 ^{F24}.
- Erikson: confianza, autonomía, iniciativa, laboriosidad, identidad ^{F15}.
- Juego terapéutico: dibujos y **muñecos** para explicar procedimientos en la primera infancia (**3-6 años**) ^{F50}.

6. Cribados en la consulta: visión, escoliosis, salud bucodental y calzado

- Cribado visual a los **3-5 años**; estrabismo con **Hirschberg** o cover test ^{F40,F25}.
- Hirschberg: **reflejo corneal simétrico** con luz a unos 40 cm ^{F25}.
- Optotipos: **LEA y HOTV** en menores de 5 años; Snellen y Allen menos precisos ^{F25}.
- **Adams**: flexión **hacia delante**; giba = **rotación del tronco**, posible escoliosis; subjetivo ^{F26}.
- Menores de 2 años: cepillan los padres, **1000 ppm** en cantidad de **raspado** ^{F27}.
- Calzado AEP: **flexible en los dedos**, antideslizante, no grueso ni rígido, sujeta el talón ^{F28}.

7. Muerte súbita del lactante y alimentación del lactante

- La postura es el principal factor modificable del SMSL: **supino** (recomendación principal) ^{F29}.
- Protegen: lactancia materna, **cuna en la habitación de los padres**, no tabaco, colchón firme, no sobrecalentar ^{F29}.
- Leche materna: **menos proteínas** (0,9 g/100 ml) y caseína que la de vaca ^{F30}; la de vaca tiene más sodio, calcio y fósforo y menos lactosa ^{F56}.
- **Miel** no antes de los 12 meses: **botulismo infantil** ^{F31}.

8. Lesiones no intencionales y seguridad vial infantil

- INE 2021: 1-14 años, primero **tumores** (32,2 %) y luego **causas externas** (23,2 %) ^{F32}; en 2004 era al revés (286 frente a 187) ^{F53}.
- Las **caídas** son las lesiones más frecuentes en niños ^{F34}.
- **Andadores**: recomendación fuerte en contra ^{F35}.
- SRI obligatorio y asiento trasero hasta **135 cm**; **grupo I = 9-18 kg** ^{F37,F38}.
- Taxi en ciudad: SRI **recomendable, no obligatorio**; bus con carrito a **contramarcha y frenado**; avión < 2 años en el regazo con arnés ^{F39}.

Puntos clave

- 1 Piaget: **sensoriomotor 0-2 años** (permanencia del objeto), **preoperacional 2-7** (egocentrismo), operaciones concretas 7-11, formales desde los 12 ^{F23}.
- 2 SMSL: la postura en la cuna es el principal factor modificable; dormir **en supino** es la recomendación principal; el prono se evita durante el sueño ^{F29}.
- 3 Percentil = porcentaje de la población de referencia que el niño **igual o supera**; P35 → el 65 % restante le supera ^{F3}.
- 4 OMS: **Z entre -1 y -2 es normal**; bajo peso por debajo de -2 ^{F4}.
- 5 Hitos CDC (≥ 75 %): transferencia de objetos y miedo a extraños **9 meses**, andar solo 18 meses, **correr 24 meses** ^{F12,F13}.
- 6 Signo de alarma a cualquier edad: **pérdida o regresión** de hitos de comunicación y lenguaje ^{F17}.
- 7 Denver II: **personal-social, motor fino-adaptativo, lenguaje y motor grueso** ^{F19}.
- 8 TEA: hoy **M-CHAT-R/F** en niños de riesgo de 16-30 meses; el CHAT original tiene baja sensibilidad ^{F16,F21}.
- 9 Actividad física OMS: **3-4 años 180 min** (60 moderada-vigorosa), pantallas ≤ 1 h; **5-17 años 60 min/día** moderada-vigorosa ^{F10,F11}.
- 10 Obesidad: riesgo si **rebote adiposo antes de los 5 años**; obesidad IMC $\geq P95$ (P97), sobrepeso $\geq P85$ (P90) ^{F9}.
- 11 Hirschberg = **simetría del reflejo corneal** (luz a unos 40 cm); Adams positivo = **rotación del tronco**, posible escoliosis ^{F25,F26}.
- 12 SRI: grupo I **9-18 kg**; detrás hasta **135 cm**; taxi en ciudad, SRI recomendable pero no obligatorio ^{F37,F38,F39}.
- 13 Miel prohibida en menores de 12 meses por **botulismo infantil** ^{F31}; andadores **desaconsejados** ^{F35}.

1. Crecimiento físico: parámetros, percentiles y puntuación Z

PrevInfad recomienda **monitorizar el peso, la talla y el perímetro craneal (PC) en todos los niños y en todos los controles de salud desde el nacimiento hasta los dos años**, con la talla medida **en decúbito supino hasta los 2 años**; el **desarrollo puberal** se valora con las **escalas de Tanner** ^{F2}. A partir de los 2 años se mide peso y talla, se calcula el **IMC** y los tres datos se registran en sus gráficas de percentiles ^{F1}.

- Parámetros clínicos más importantes: **peso, talla, perímetros cefálico y braquial y pliegues grasos subescapular y tricipital** (estos para mayores de 2 años) ^{F2}.
- El **peso** es el parámetro que más tempranamente se altera en situaciones de subnutrición ^{F2}.
- El **perímetro cefálico** indica si ha habido malnutrición fetal y es, además, indicador del **desarrollo cerebral** ^{F2}.
- La **maduración ósea** es un elemento importante de valoración del desarrollo físico y debe guardar una cierta armonía con el resto de los parámetros: peso, talla, **caracteres sexuales** ^{F2}.

El perímetro abdominal no está en la lista

Entre los parámetros de monitorización sistemática del crecimiento que enumera PrevInfad (peso, talla, perímetro craneal, perímetro braquial, pliegues, Tanner) **no figura el perímetro abdominal** ^{F2}.

EIR 2012 · 88

P26 · respuesta en el solucionario

Parámetros de monitorización del crecimiento (no perímetro abdominal)

De los parámetros que se enuncian a continuación, cuál **NO** se corresponde con los que deben constituir la monitorización sistemática para la valoración del crecimiento del niño:

1. Aparición de caracteres sexuales secundarios.
2. Perímetro craneal.
3. Desarrollo dental.
4. Peso.
5. Perímetro abdominal.

Un **percentil** indica la posición de un niño señalando **qué porcentaje de la población de referencia (mismo sexo y edad) iguala o supera** con su medida ^{F3}. Estar en el **percentil 35 de peso** significa que su peso iguala o supera al del 35 % de los niños de su sexo y edad; por tanto, el **65 % restante** pesa más que él ^{F3}.

EIR 2022 · 81

P8 · respuesta en el solucionario

Interpretación de percentiles

Al afirmar que un paciente pediátrico se encuentra en el percentil 35 de peso, entendemos que:

1. El 65% de los niños de su sexo y edad están igual o por encima de ese peso.
2. El 35% de los niños de su sexo y edad están igual o por encima de su peso.
3. El 65% de los niños de su sexo y edad están por debajo de ese peso.
4. El 35% de los niños de su sexo y edad mantienen igual peso.

Los **patrones de crecimiento de la OMS (2006)** expresan la medida en **puntuación Z** (desviaciones estándar respecto a la mediana). En la tabla de interpretación de la OMS, las medidas de la franja sombreada son **normales**, y un valor **por debajo de -1 pero no de -2 está en rango normal** en todos los indicadores ^{F4}. Si el punto cae **justo sobre una línea**, se clasifica en la categoría **menos grave** ^{F4}.

Puntuación Z ^{F4}	Talla/longitud para la edad	Peso para la edad	Peso para la talla	IMC para la edad
Por encima de 3	Ver nota 1 (muy alto)	Ver nota 2	Obesidad	Obesidad
Por encima de 2	Normal	Ver nota 2	Sobrepeso	Sobrepeso
Por encima de 1	Normal	Ver nota 2	Posible riesgo de sobrepeso (nota 3)	Posible riesgo de sobrepeso (nota 3)
0 (mediana)	Normal	Normal	Normal	Normal
Por debajo de -1	Normal	Normal	Normal	Normal
Por debajo de -2	Talla baja (nota 4)	Bajo peso	Emaciación	Emaciación
Por debajo de -3	Talla baja severa (nota 4)	Bajo peso severo (nota 5)	Emaciación severa	Emaciación severa

- Nota 1: un niño en esta franja es muy alto; rara vez es un problema, salvo que sea tan excesivo que sugiera un trastorno endocrino ^{F4}.
- Nota 2: un peso para la edad en esta franja puede indicar un problema de crecimiento, pero se valora mejor con el peso para la talla o el IMC para la edad ^{F4}.
- Nota 3: un punto por encima de 1 indica posible riesgo; la tendencia hacia la línea de 2 indica riesgo definido ^{F4}.
- Nota 4: un niño con talla baja o talla baja severa puede llegar a tener sobrepeso ^{F4}.
- Nota 5: en los módulos AIEPI se llama «peso muy bajo» ^{F4}.



Z entre -1 y -2 = normal

Una niña con **peso para la edad de Z -1,25** está en la franja **normal** de la OMS: no tiene desnutrición ni sobrepeso. El **bajo peso** empieza **por debajo de -2** y el **bajo peso severo** por debajo de -3 ^{F4}.

Estándares OMS: interpretación del Z-score

La valoración antropométrica de una niña de 19 meses presenta un Z-Score en el peso para la edad de -1,25 desviaciones estándar. Según los estándares de crecimiento infantil de la OMS del 2006, ¿qué le ocurre a esta niña?:

1. Desnutrición severa crónica.
2. Desnutrición leve aguda.
3. Nada.
4. Sobrepeso.

Peso del recién nacido: en los primeros cinco días muchos recién nacidos pueden llegar a perder **entre el 7 y el 10 %** del peso al nacer, y generalmente lo **recuperan a las dos semanas** ^{F5}. Lo normal es ganar **alrededor de 150-250 g a la semana durante el primer mes** (unos 20 g al día) ^{F5}. Son señal de alarma la pérdida de peso que se prolonga **más de 4 días** o no haber recuperado el peso del nacimiento **a los 14 días** ^{F5}. Después, el peso al nacer **se duplica a los 5 meses, se triplica al año y se cuadriplica a los dos años** ^{F6}. En los patrones de velocidad de crecimiento de la OMS, la mediana del incremento de peso **de los 15 a los 18 meses** es de **602 g en los niños y 629 g en las niñas** en esos tres meses, frente a 2989 g y 2604 g de 0 a 3 meses ^{F52}.



Primer mes: 150-250 g por semana

Perder hasta un **10 %** en la primera semana y pesar **igual que al nacer a los 10 días** es normal; ganar solo **100 g en una semana con 1 mes** está por debajo de lo esperado (150-250 g/semana) y obliga a consultar ^{F5}.

Ganancia de peso normal en el primer mes

Tras informar a los padres de un recién nacido sobre la evolución normal del peso en las primeras semanas de vida y comprobar que lo han comprendido, ¿en qué situación consultarán al equipo de salud infantil si su hijo pesó al nacer 3.300 g?:

1. A los 5 días de vida pesa 3.050 g.
2. A los 7 días pesa 3.200 g.
3. A los 10 días pesa igual que al nacer.
4. Con 1 mes de edad, el aumento de peso en una semana es de 100 g.
5. Con dos meses de edad, el aumento de peso en una semana es de 200 g.

Dentición temporal: los primeros dientes suelen salir **entre los 6 y los 12 meses**, casi siempre los **incisivos inferiores**, y la erupción de la dentición infantil suele completarse **antes de los 3 años** ^{F7}.

Cronología de la dentición temporal

En la valoración del índice de mineralización ósea por el estado de los dientes, indica que éste es bueno cuando la dentición comienza:

1. A los 4 meses y a los 18 se ha completado la dentición caduca.
2. A los 5 meses y a los 3 años se ha completado la dentición caduca.
3. A los 6 meses y a los 2 años y medio se ha completado la dentición caduca.
4. A los 7 meses y a los 3 años se haya completado la dentición caduca.
5. A los 8 meses y a los 3 años y medio se haya completado la dentición caduca.

Pubertad precoz: aparición de caracteres sexuales secundarios a una edad no fisiológica (2,5 DE antes de la edad de referencia); en población caucásica de países desarrollados, **antes de los 8 años en las niñas y antes de los 9 en los niños**^{F8}. Se llama **pubertad adelantada** al inicio entre los 8-9 años en niñas y 9-10 años en niños^{F8}.

8 y 9

Pubertad precoz: **niña antes de 8, niño antes de 9** (el niño, un año más tarde).

Pubertad precoz: antes de 8 años en niñas y 9 en niños

¿A qué edad aparecen signos puberales de pubertad precoz, desarrollo mamario en niñas y desarrollo testicular en niños?:

1. Antes de los 6 años en niñas y de los 7 años en niños.
2. Antes de los 7 años en niñas y de los 7 años en niños.
3. Antes de los 8 años en niñas y de los 7 años en niños.
4. Antes de los 8 años en niñas y de los 9 años en niños.

2. Obesidad infantil y actividad física

PrevInfad recoge un consenso razonable en definir la **obesidad con el P95** y el **sobrepeso con el P85** del IMC para cribado clínico, aunque algunos comités mantienen, de forma pragmática, el **P97 para obesidad y el P90 para sobrepeso** ^{F9}. Un **incremento anual de 2 o más unidades de IMC** identifica un rápido aumento de la grasa corporal ^{F9}.

El **rebote adiposo** es el momento en que el IMC, tras descender en la primera infancia, vuelve a subir. Cuando se produce **precozmente, antes de los 5 años**, conduce a una elevación más rápida del IMC y se asocia a **mayor riesgo de obesidad en la edad adulta**; PrevInfad recomienda **valorar la precocidad del rebote adiposo (< 5 años)** ^{F9}.



Hallazgos de riesgo a partir de los 2 años

Rebote adiposo antes de los 5 años e incremento del IMC ≥ 2 unidades/año. Obesidad = **IMC $\geq$ P95** (o P97 según otros comités); el **P85** (o P90) marca el **sobrepeso**, no la obesidad ^{F9}.

EIR 2018 · 189

P14 · respuesta en el solucionario

Obesidad infantil: rebote adiposo precoz

En las revisiones de salud del niño a partir de los 2 años, ¿qué hallazgos debemos considerar de riesgo en relación a la obesidad infantil?:

1. Incremento del IMC menor o igual a 2 unidades / año.
2. Rebote adiposo antes de los 5 años.
3. El índice de masa corporal mayor o igual al percentil 85 es indicador de obesidad.
4. El índice de masa corporal mayor o igual al percentil 90 es indicador de obesidad.

Consejos de alimentación para prevenir la obesidad. La AEP aconseja consumir **frutas y verduras a diario**, tomar la fruta **entera mejor que en zumo**, **beber siempre agua en lugar de zumos o refrescos**, hacer comidas regulares, con horario, para evitar comer a todas horas, y **comer en familia, evitando hacerlo frente a las pantallas** (televisión, tablet) ^{F54}. La guía para las familias de los Ministerios de Sanidad y de Educación recomienda hacer 4 o 5 comidas al día, poco copiosas, con lo que «se evita el "picoteo" entre horas», y, como picoteo entre comidas, consumir fruta; señala además que comer mientras se hace otra cosa, como ver la televisión, dificulta darse cuenta de que ya se está saciado ^{F55}.

Alimentación del escolar para prevenir la obesidad

De las siguientes sugerencias a la familia sobre la alimentación del escolar para la prevención de la obesidad, señale cual NO es recomendable:

1. Evitar la goma de mascar (chicle), aunque sea sin azúcar, pues se acostumbra a tener la boca llena entre comidas.
2. Aumentar la ingesta de alimentos frescos, verduras y frutas.
3. Comer en familia, acompañado, al menos alguna comida principal de las 5 que se recomiendan al día.
4. Picar entre comidas para evitar tener mucha hambre en las comidas principales. Se recomiendan zumos enriquecidos.
5. Procurar no comer viendo la televisión, pues la distracción impide disfrutar de la comida y saber lo que se come.

OMS 2019, menores de 5 años ^{F11}. Los **menores de 1 año** deben estar activos varias veces al día, sobre todo con juego interactivo en el suelo, incluidos **al menos 30 minutos en prono** (boca abajo, despiertos) si aún no se desplazan. Los niños de **1-2 años** deben dedicar **al menos 180 minutos** diarios a actividades físicas de cualquier intensidad, incluida actividad moderada-vigorosa. Los de **3-4 años, al menos 180 minutos** de actividades de cualquier intensidad, **de los cuales al menos 60 minutos de intensidad moderada a vigorosa**, repartidos a lo largo del día ^{F11}.

Edad	Actividad física	Tiempo sujeto o sedentario	Pantallas ^{F11}
< 1 año	Varias veces al día; ≥ 30 min en prono si aún no se desplaza	No más de 1 hora seguida sujeto (carrito, trona, a la espalda)	No se recomiendan
1-2 años	≥ 180 min /día, cualquier intensidad, incluida moderada-vigorosa	No más de 1 hora seguida sujeto ni sentado mucho tiempo	1 año: no se recomiendan; 2 años: no más de 1 hora
3-4 años	≥ 180 min /día, de ellos ≥ 60 min moderada-vigorosa	No más de 1 hora seguida sujeto ni sentado mucho tiempo	No más de 1 hora ; menos es mejor

Actividad física en menores de 5 años: 180 minutos diarios y límite de pantallas

Un niño de 4 años acude a revisión del niño sano acompañado de su padre. ¿Cuál de las siguientes es una de las recomendaciones de actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla que dará la Enfermera al padre?:

1. Promover que sea físicamente activo durante al menos 180 minutos al día distribuidos a lo largo del día, no dedicar más de 1 hora seguida, cuando esté despierto, a actividades sedentarias y no pasar más de 1 hora al día delante de una pantalla.
2. Promover que sea físicamente activo durante al menos 120 minutos al día distribuidos a lo largo del día, no dedicar más de 30 minutos seguidos, cuando esté despierto, a actividades sedentarias y no pasar tiempo delante de una pantalla.
3. Promover que sea físicamente activo durante al menos 150 minutos al día distribuidos a lo largo del día, no dedicar más de 120 minutos, cuando esté despierto, a actividades sedentarias y no pasar más de 30 minutos delante de una pantalla.
4. Promover que sea físicamente activo durante al menos 60 minutos al día distribuidos a lo largo del día, no dedicar más de 60 minutos seguidos, cuando esté despierto, a actividades sedentarias y no pasar más de 60 minutos al día delante de una pantalla.

OMS 2020, de 5 a 17 años ^{F10}: al menos **una media de 60 minutos diarios** de actividad física **principalmente aeróbica, de intensidad moderada a vigorosa**; deben incorporarse **actividades aeróbicas vigorosas y de fortalecimiento de músculos y huesos al menos tres días a la semana**, y hay que **limitar el tiempo sedentario**, sobre todo el ocio frente a pantallas ^{F10}. Hacer algo de actividad física es mejor que no hacer nada ^{F10}.

Tres días, no dos; aeróbica, no anaeróbica

Para 5-17 años: **60 min/día moderada-vigorosa**, en su mayor parte **aeróbica**, y fortalecimiento muscular y óseo **al menos 3 días/semana ^{F10}**. Para 3-4 años, en cambio, se habla de **180 min diarios ^{F11}**.

Actividad física de 5 a 17 años: 60 minutos diarios (OMS)

¿Qué recomendación dicta la Organización Mundial de la Salud referente a la Actividad Física para la Salud en edades comprendidas entre 5 a 17 años?:

1. Una Actividad Física durante mínimo 60 minutos diarios de intensidad moderada a vigorosa.
2. La actividad Física media diaria debería ser, en su mayor parte, anaeróbica.
3. Convendría incorporar actividades vigorosas, en particular para fortalecer los músculos y los huesos, como mínimo dos veces a la semana.
4. Una Actividad Física durante mínimo 120 minutos diarios de intensidad leve a moderada.

3. Desarrollo psicomotor: hitos por edades

Los hitos de los CDC (revisión de 2022) se fijan en la edad a la que **al menos el 75 % de los niños** los ha alcanzado, no en la edad media ^{F13}. Los expertos rechazaron las edades medianas (percentil 50) porque invitan a «esperar y ver», ya que la mitad de los niños aún no ha logrado el hito a esa edad; por eso, de los hitos que cambiaron de edad, dos tercios se trasladaron **a edades mayores** ^{F13}.

Edad (≥ 75 % de los niños)	Hito motor o social ^{F12,F13}
2 meses	Levanta la cabeza boca abajo
4 meses	Sostiene la cabeza sin apoyo cuando se le sujeta en brazos
6 meses	Se apoya en las manos para sostenerse sentado
9 meses	Se sienta sin apoyo; pasa objetos de una mano a la otra ; es tímido, se aferra o tiene miedo ante los extraños
12 meses	Pinza (coge cosas entre el pulgar y el índice); anda agarrado a los muebles
15 meses	Da unos pasos solo
18 meses	Anda sin agarrarse a nada ni a nadie
24 meses	Corre

Otras fuentes dan edades medias más tempranas: StatPearls sitúa la **ansiedad ante extraños a los 6 meses** y la sedestación sin apoyo y la pinza a los 9 meses ^{F14}, y Open RN afirma que entre los **6 y los 8 meses** los lactantes suelen desarrollar **ansiedad ante extraños y de separación** ^{F15}. Las fuentes españolas lo sitúan hacia los **8-9 meses**: PrevInfad explica «la aparición hacia el 8.º mes de la angustia ante el extraño» y considera signo de alerta la «ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños alrededor del 8.º-9.º mes» ^{F46}; la guía de práctica clínica de TEA del SNS da como señal de alerta la «falta de ansiedad ante los extraños sobre los 9 meses» ^{F47}, y el programa de salud infantil de Andalucía pone el «llanto y/o timidez ante extraños» a los **8 meses** ^{F48}.

EIR 2016 · 37

P19 · respuesta en el solucionario

Miedo a los extraños: 7-9 meses

El miedo a los extraños suele aparecer:

1. Alrededor de los 3 meses.
2. Es innato.
3. En el último subestadio sensoriomotor.
4. Alrededor de los 7-9 meses.

Transferencia de objetos: 7-8 meses frente a 9 meses

En **EIR2005-058** la respuesta (reconstruida por un tercero) sitúa la transferencia de objetos de una mano a otra en la mayoría de los lactantes a los **7-8 meses**. Ninguna fuente consultada da esa franja. PrevInfad (2009), en su información para padres, pone a los **6-7 meses** que «se cambia los objetos de manos», y en su tabla de signos de alerta pone a los **6 meses**, como edad límite por encima de la cual hay que evaluar más a fondo, que «coge voluntariamente un objeto y se lo pasa de una mano a otra» ^{F46}. La lista anterior de los CDC ponía a los **6 meses** el hito «**empieza** a pasar cosas de una mano a otra»; la revisión de 2022 eliminó términos vagos como «empieza» y lo sustituyó por «pasa cosas de una mano a la otra» a los **9 meses**, edad a la que lo ha logrado al menos el 75 % de los niños ^{F12,F13}. La franja de **7-8 meses** queda entre esas edades (de 6-7 a 9 meses); las de 9-10 meses o más tardías empiezan cuando ya lo hace el 75 % según los CDC, o después ^{F13,F46}.

EIR 2005 · 58

P35 · respuesta en el solucionario

Transferencia de objetos de mano a mano: 7-8 meses (su ausencia a los 12 meses es alarma)

Un porcentaje mayoritario de los lactantes pueden pasar un objeto de una mano a otra a partir de:

1. 7-8 meses.
2. 9-10 meses.
3. 10-12 meses.
4. 13-15 meses.
5. 16-18 meses.

En el primer año, los hitos motores siguen una secuencia **cefalocaudal**: sostén cefálico (hacia los 4 meses), sedestación, bipedestación con apoyo, primeros pasos solo (15 meses en el CDC) y marcha autónoma (18 meses como hito del 75 %); **correr es un hito de los 2 años**, no del primer año ^{F12,F13}. La ausencia de sostén cefálico a los 3 meses y la **ausencia de bipedestación a los 12 meses** son signos de alerta de PrevInfad, y a los 2 años lo es **no correr** ^{F1}. Las edades de alerta de PrevInfad (2014) no coinciden con los cortes de los CDC (2022): el CDC pone a los 4 meses sostener la cabeza **firme y sin apoyo** en brazos, y a los 18 meses andar sin agarrarse, mientras que PrevInfad alerta si no hay sostén cefálico a los 3 meses o si no camina solo a los 15 meses; son criterios distintos ^{F1,F12}.



Correr: 2 años

Correr a los **12 meses** no es la norma: el CDC lo sitúa a los **24 meses**, y PrevInfad considera signo de alerta **no correr a los 2 años** ^{F1,F12}.

Desarrollo motor en el primer año

Señale cuál de las siguientes opciones NO supone una respuesta normal del desarrollo motor del niño en su primer año de vida:

1. Hacia los 3 meses, es capaz de sostener la cabeza cuando se le incorpora.
2. Hacia los 4 meses, el tronco empieza a enderezarse aunque el equilibrio es todavía inmaduro.
3. Hacia los 8 meses, domina la posición de sentado y libera sus manos para sostener objetos manteniendo el equilibrio.
4. Hacia los 10 meses, inicia algunos pasos.
5. Hacia los 12 meses, aparece el acto de correr.

4. Signos de alarma y herramientas de cribado del desarrollo

PrevInfad propone vigilar el desarrollo con el **test de Denver (DDST-II)** o la **escala Haizea-Llevant**, y preguntar a los padres por sus preocupaciones en cada visita ^{F1,F16}. La Haizea-Llevant es la más utilizada en nuestro medio aunque **no está formalmente validada** ^{F16}. La AEP cita la Haizea-Llevant y el Denver II como las herramientas habituales de cribado en atención primaria ^{F17}.

Visita	Signos de alerta del desarrollo (PrevInfad) ^{F1}
1 mes	Irritabilidad persistente; trastornos de la succión; no fija la mirada momentáneamente; no reacciona con los ruidos
2 meses	Persistencia de irritabilidad; sobresalto exagerado ante el ruido; aducción del pulgar; ausencia de sonrisa social
3 meses	Asimetría de actividad con las manos; no sigue con la mirada; no responde a los sonidos; no sostén cefálico
4 meses	Pasividad excesiva; manos cerradas; no emite risas sonoras; hipertonía de aductores (ángulo < 90°); no se orienta hacia la voz
6 meses	Hipertonía de miembros e hipotonía de cuello y tronco; no se rota sobre sí mismo; persistencia de reacción de Moro ; no sedestación con apoyo; ausencia de prensión voluntaria; no balbucea ni gorjea
12 meses	Ausencia de bipedestación; reflejos anormales; no vocabulario de dos palabras con significado; no entiende órdenes sencillas
15 meses	No camina solo; ausencia de pinza superior; no arroja objetos; no tiene un vocabulario de 3-4 palabras; pasa ininterrumpidamente de una actividad a otra
18 meses	No sube escaleras; no tiene un vocabulario de 7-10 palabras; no conoce partes del cuerpo; no garabatea; no bebe de un vaso; no hace una torre de dos cubos
2 años	No corre; no construye torres de 3 o 6 cubos; no asocia dos palabras; no utiliza la palabra «no»; estereotipias verbales; incapacidad para el juego simbólico

La **reacción de Moro** es un signo de alerta cuando **persiste a los 6 meses**; PrevInfad no la incluye entre los signos de alerta de los 2 meses ^{F1}. Muchos recién nacidos pueden llegar a perder **entre el 7 y el 10 %** del peso en los primeros cinco días ^{F5}, y entre los 15 y los 18 meses la mediana de la OMS es de unos 600 g en tres meses (602 g en niños, 629 g en niñas) ^{F52}. En cambio, si a los **12 meses** el niño **no pasa objetos de una mano a otra**, no ha alcanzado un hito que los CDC esperan ya a los **9 meses** en al menos el 75 % de los niños, y eso sí es un signo de alarma ^{F12,F13}; PrevInfad pone la edad límite de ese hito a los 6 meses ^{F46}.

Transferencia de objetos de mano a mano: 7-8 meses (su ausencia a los 12 meses es alarma)

Sobre el crecimiento y desarrollo de un niño sano en los primeros 18 meses de vida. ¿Cuál de los siguientes hallazgos consideraría como un signo de alarma?:

1. Pérdida del 10% del peso al nacimiento durante la primera semana de vida.
2. Persistencia del reflejo de Moro a los 2 meses.
3. Ausencia de transferencia contralateral de objetos a los 12 meses.
4. Ganancia ponderal mensual inferior a 300 g entre los 15 y 18 meses.

La AEP añade que es signo de alerta, **a cualquier edad, la pérdida o regresión en los hitos** del desarrollo de la comunicación y del lenguaje; es decir, que el niño deje de adquirir habilidades o pierda las ya adquiridas ^{F17}. Entre los signos de alerta del lenguaje y la comunicación a partir de los 30-36 meses figuran las **ecolalias** («repite demasiado lo que se le dice»), los problemas para responder a estructuras interrogativas básicas y los **problemas de autorregulación: atención mantenida insuficiente, impulsividad, inquietud motora** ^{F17}. PrevInfad considera signo de alerta, ya a los 15 meses, que el niño **pase ininterrumpidamente de una actividad a otra** ^{F1}. En su programa de salud infantil, PrevInfad da como signo de alerta del lenguaje a los **3-4 años** que el niño «**repite preguntas en lugar de contestarlas**», y también «cualquier pérdida de lenguaje a cualquier edad» ^{F46}. El programa de salud infantil de Andalucía incluye, **a cualquier edad**, la «**pérdida de hitos conseguidos en etapas anteriores**», y a los **4 años** la «incapacidad de prestar atención cinco minutos mientras se le lee un cuento» ^{F48}. Entre las señales de alerta de TEA a partir de los 36 meses, la guía de práctica clínica del SNS recoge las «**relaciones extrañas con personas adultas desde una excesiva intensidad a una llamativa indiferencia**» ^{F47}.



Niño de 4 años: todo suma como alarma

Son signos de alerta la **pérdida de hitos ya conseguidos** (a cualquier edad) ^{F17,F48}, la **inquietud motora, la impulsividad y la atención mantenida insuficiente** ^{F17}, **repetir preguntas en lugar de contestarlas** (3-4 años) ^{F46} y, como señal de alerta de TEA desde los 36 meses, las relaciones con adultos de **excesiva intensidad** o de llamativa indiferencia ^{F47}. La suma de varios identificadores indicaría un mayor riesgo o necesidad de derivar ^{F17}. Marcharse con cualquiera o «no saber entretenerse solo» no aparecen con esas palabras en estas fuentes ^{F17,F46,F47,F48}.

Signos de alarma del desarrollo a los 4 años

Al explorar el desarrollo psicomotor y el área del lenguaje y la sociabilidad en un niño/a de cuatro años, ¿cuál de los siguientes hallazgos se puede considerar signo de alarma en el proceso de maduración?:

1. Detención brusca de la adquisición de habilidades o pérdida de algunas ya adquiridas.
2. Hiperactividad. No sabe entretenerse solo y necesita vigilancia continua.
3. Excesiva sociabilidad. Se marcha con cualquiera de manera indiscriminada.
4. Repite preguntas en lugar de responderlas.
5. Todas estas situaciones son signos de alarma.

Signos de alarma del desarrollo a los 4 años

En cuanto a la exploración del desarrollo psicomotor, del área del lenguaje y de la sociabilidad en un niño de cuatro años ¿cuál de los siguientes hallazgos se puede considerar un signo de alarma en el proceso de maduración?:

1. Detención brusca de la adquisición de habilidades o pérdida de algunas ya adquiridas.
2. Hiperactividad. No sabe entretenerse solo, necesita vigilancia continua.
3. Excesiva sociabilidad; se marcha con cualquiera de manera indiscriminada.
4. Repite preguntas en lugar de responderlas.
5. Todas estas situaciones son signos de alarma.

El **Denver II** (revisión y reestandarización de 1992 del Denver Developmental Screening Test) aumentó un 86 % los ítems de lenguaje y añadió dos de articulación ^{F18}. Sus ítems se agrupan en **cuatro áreas: personal-social, motora fina (motor fino-adaptativo), lenguaje y motora gruesa** ^{F19}. La guía NICE NG72 (2017), al resumir un estudio hecho con el Denver II, llama a esa área «**fine motor-adaptive**» (motora fina-adaptativa) ^{F57}.

Test de Denver: áreas evaluadas

La “Prueba del cribado de Denver” o “Test de Denver” (DDST II) es una herramienta utilizada en el seguimiento del niño sano en la consulta de enfermería. ¿Qué áreas evaluaremos según la aplicación de dicho test?:

1. Psicomotricidad, agilidad, lenguaje y auto- nomía.
2. Lenguaje, desarrollo muscular, desarrollo motory agilidadmental.
3. Desarrollo personal, desarrollo social, agilidad perceptiva y lenguaje.
4. Lenguaje, motor grueso, motorfino adaptativo y personal-social.

Las **escalas de Bayley** (Bayley-III) son una evaluación individual **del desarrollo** que da puntuaciones normalizadas por edad en los dominios **cognitivo, de lenguaje y motor** ^{F20}; no miden la agudeza visual. Los instrumentos de agudeza visual son los **optotipos** (Snellen, Allen, símbolos LEA, HOTV; ver sección 6) ^{F25}.

Test de agudeza visual pediátrica (el de Bayley no lo es)

A la hora de evaluar la agudeza visual en nuestra consulta de enfermería pediátrica, se pueden utilizar las siguientes herramientas y test. Indique la respuesta INCORRECTA:

1. Test de Bayley.
2. Cartilla Snellen.
3. Test de Allen.
4. Tabla de símbolos LEA.

Trastorno del espectro autista (TEA). El **CHAT** (Checklist for Autism in Toddlers; Baron-Cohen, 1992) fue el primer instrumento para detectar autismo a los **18 meses**, aplicado por médicos de familia o visitadoras de salud y centrado en el juego simulado, el señalamiento protodeclarativo, la atención conjunta, el interés social y el juego social ^{F22}. Su sucesor, el **M-CHAT**, es el que se usa hoy: PrevInfad se refiere preferentemente al **M-CHAT-R/F**, cuestionario de 20 preguntas para padres más una entrevista de seguimiento, **validado en España entre los 16 y los 30 meses**, pensado para el **cribado, no para el diagnóstico** ^{F21}. La Haizea-Llevant, en cambio, recoge los **hitos generales del desarrollo**, no es específica del autismo ^{F16}.

- Se recomienda la **supervisión del desarrollo** en población general de 0 a 36 meses ^{F21}.
- Se recomienda el cribado con **M-CHAT-R/F** en niños de **16 a 30 meses con riesgo de TEA** ^{F21}.
- No hay pruebas de buena calidad para recomendar ni para desaconsejar el cribado universal con M-CHAT-R/F; en población sin riesgo, su valor predictivo positivo no llega a superar el 50 % ^{F21}.
- Ante sospecha, **derivación lo más precoz posible a atención temprana** ^{F21}.

CHAT frente a M-CHAT-R/F

En **EIR2023-175** la respuesta oficial da el **CHAT** como instrumento recomendado para el riesgo de TEA «por su sensibilidad y especificidad adecuadas»; entre las opciones es el único instrumento específico de autismo. PrevInfad advierte, sin embargo, que la escala CHAT, precedente del M-CHAT, está **mucho menos utilizada hoy por su baja sensibilidad**, y la herramienta que recomienda actualmente es el **M-CHAT-R/F** en población de riesgo de 16 a 30 meses ^{F16,F21}.

Cribado de TEA: CHAT

De los siguientes instrumentos ¿cuál es el recomendado para identificar el riesgo de presentar trastorno de espectro autista –TEA– en la etapa infantil, por tener una sensibilidad y especificidad adecuadas?

1. Haizea-Llevant.
2. ITPA.
3. CHAT.
4. Brunet Lézine Revisado.

Trastornos del habla según la AEP ^{F17}: la **dislalia** (trastorno fonético) es la dificultad para **articular adecuadamente los sonidos** esperables para la edad y la AEP la clasifica aparte de las alteraciones de base orgánica y de la disartria, por lo que es el trastorno de articulación **funcional**; la **disglosia** es la alteración de la articulación **de base orgánica** por anomalías anatómicas de los órganos del habla (labio leporino, fisura palatina, macroglosia); la **disfemia** es el trastorno de la **fluidez** (tartamudez); la **disfonía**, la alteración de la **voz** (intensidad, tono, timbre); y la **disartria**, la alteración articulatoria por afectación de las **vías motoras** centrales, nervios craneales o musculatura bucofaringea ^{F17}.

Término	Qué se altera ^{F17}
Dislalia	Articulación de fonemas, sin causa orgánica (funcional)
Disglosia	Articulación por anomalía anatómica de labios, lengua o paladar
Disartria	Articulación por lesión de vías motoras, nervios o músculos
Disfemia	Fluidez (tartamudez)
Disfonía	Voz

EIR 2009 · 22

P39 · respuesta en el solucionario

Dislalias: definición

Los trastornos del habla por incapacidad funcional que se manifiestan como problemas en la articulación de los fonemas, se denominan:

1. Disfonías.
2. Disfemias.
3. Disglosias.
4. Afasias.
5. Dislalias.

5. Teorías del desarrollo: Piaget, Freud y Erikson

Piaget dividió el desarrollo cognitivo en **cuatro estadios** ^{F15,F23}:

Estadio	Edad	Rasgos ^{F23}
Sensoriomotor	0 a 2 años	Domina la causalidad y la permanencia del objeto
Preoperacional	2 a 7 años	Pensamiento simbólico y lenguaje; egocentrismo (no percibe que otros piensan distinto)
Operaciones concretas	7 a 11 años	Operaciones lógicas, conservación , razonamiento inductivo
Operaciones formales	12 años en adelante	Operaciones lógicas con abstracciones

El periodo **sensoriomotor** va **de los 0 a los 2 años**: a los 6 meses el niño busca objetos parcialmente ocultos, a los 9 meses busca y destapa objetos totalmente escondidos (juegos tipo **cucú**), y entre los 18 meses y los 2 años la **permanencia del objeto** queda plenamente establecida ^{F23}. Open RN sitúa la adquisición del concepto de permanencia del objeto hacia los **9 meses** ^{F15}.

EIR 2010 · 108

P28 · respuesta en el solucionario

Piaget: periodo sensoriomotor de 0 a 2 años

Según las teorías de Piaget, el desarrollo del pensamiento sensomotor se produce a la edad de:

1. 0 a 2 años.
2. 2 a 3 años.
3. 3 a 4 años.
4. 4 a 5 años.
5. 5 a 6 años.

EIR 2018 · 58

P16 · respuesta en el solucionario

Piaget: periodo sensoriomotor de 0 a 2 años

¿A qué edad corresponde la fase senso-motora (o sensorimotora) descrita por Piaget?:

1. De 3 a 5 años.
2. De 1 a 4 años.
3. De 6 a 11 años.
4. Desde el nacimiento a los 18/24 meses.

El estadio **preoperacional (2 a 7 años)** se caracteriza por el **egocentrismo**: el niño es incapaz de percibir que los demás pueden pensar de forma diferente, y todo, bueno o malo, lo relaciona consigo mismo ^{F23}. Un niño de **5 años** está, por tanto, en el periodo **preoperacional** ^{F23}.

0-2-7-12

Piaget: **Sensoriomotor** 0-2, **Preoperacional** 2-7 (egocentrismo), **Concretas** 7-11 (conservación), **Formales** 12+ (abstracción).

EIR 2005 · 77

P34 · respuesta en el solucionario

Piaget: periodo preoperacional (egocentrismo, 2-7 años)

Según Piaget de qué período es típico el fenómeno del egocentrismo:

1. Sensoriomotor.
2. Preoperatorio.
3. Operaciones concretas.
4. Operaciones formales.
5. Posoperatorio.

EIR 2016 · 169

P17 · respuesta en el solucionario

Piaget: periodo preoperacional (egocentrismo, 2-7 años)

Según la Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget, un niño de 5 años de edad se encuentra en:

1. Periodo de operaciones formales.
2. Periodo sensorio-motor.
3. Periodo de operaciones concretas.
4. Periodo preoperacional.

La permanencia del objeto explica el **juego del cucú o el escondite**: el lactante de 9 meses busca lo escondido y juega al cucú, y la **ansiedad de separación y ante extraños** aparece cuando entiende que lo que no ve sigue existiendo ^{F23}. Los niños pequeños disfrutan del escondite porque dominan la permanencia del objeto y recuerdan y buscan a las personas escondidas ^{F15}. El NHS, en su página sobre la **ansiedad de separación** (frecuente entre los 6 meses y los 3 años), aconseja jugar al **cucú** como una buena forma de mostrar al bebé que **siempre vuelves** ^{F49}.

Juego a los 2 años para aceptar la separación: cucú-escondite

Entre las estrategias que utiliza la enfermera en el cuidado de niños de 2 años, se encuentra el juego. Señale cuál de los que se describe a continuación favorece la aceptación de la ausencia temporal de la familia:

1. Correpassillos.
2. Los dibujos.
3. Variaciones del cucú o escondite detrás de una cortina.
4. Las muñecas y los peluches.
5. Todos ellos son útiles para el juego terapéutico en esta edad.

Juego terapéutico. Entre las funciones de los especialistas en vida infantil (*child life specialists*), Open RN cita emplear el juego terapéutico para ayudar a los niños a expresar sus sentimientos, reducir el trauma y **aumentar su conocimiento de los diagnósticos y procedimientos médicos** ^{F50}. Para los **niños pequeños (1-3 años)** propone distraerles con pompas de jabón, libros, juguetes o peluches, no explicarles un procedimiento hasta el día anterior y dejarles ver el material antes de usarlo; para la **primera infancia (3-6 años)**, usar cuentos o **dibujos** al enseñar o al hacer intervenciones, fomentar el juego terapéutico y de rol con **muñecos o peluches** y hacer demostraciones de los procedimientos con ellos ^{F50}.

Siluetas y muñecos: ¿2 años o 3-6?

En **EIR2014-151** la respuesta (reconstruida por un tercero) da las **siluetas corporales para pintar o los muñecos para señalar** como el juego que favorece la comprensión de la enfermedad y la terapia **a los 2 años**. Open RN coloca el dibujo y los muñecos para explicar los procedimientos en la **primera infancia (3-6 años)**, y para los niños de 1 a 3 años no menciona el dibujo ni los muñecos para explicar procedimientos (propone, entre otras cosas, distraerles con juguetes o peluches, no explicarles el procedimiento hasta el día anterior y dejarles ver el material) ^{F50}. De los juegos de la pregunta, dibujos y muñecos son los únicos que la fuente relaciona con explicar los procedimientos médicos; no cita para ello correpassillos, cucú, consolas ni móvil ^{F50}.

Juego a los 2 años para comprender la enfermedad: siluetas y muñecos

Entre las estrategias que utiliza la enfermera en el cuidado de los niños de 2 años se encuentra el juego. Señale cuál de los que se enuncian a continuación favorece la comprensión del proceso de enfermedad y la terapia:

1. Correpassillos.
2. Variaciones del cu-cu o escondite.
3. Siluetas corporales para pintar o muñecos para señalar.
4. Consolas de juegos electrónicos.
5. El teléfono móvil.

Freud, etapas psicosexuales ^{F24}: **oral (0-1 año)**, **anal (1-3 años)**, control de esfínteres; **fálica (3-6 años)**; **latencia (6-12 años)**, con la libido relativamente reprimida o sublimada; y **genital (13-18 años)** ^{F24}. Open RN describe la latencia **de los 6 años a la pubertad**, con el interés puesto en los compañeros del colegio y las aficiones ^{F15}. Un niño de **7 años** está en la etapa de **latencia** ^{F24}.

EIR 2005 · 79

P33 · respuesta en el solucionario

Freud: etapa de latencia

Según Freud, un niño de 7 años estaría, en relación a su desarrollo psicosexual en la etapa:

1. Oral.
2. Anal.
3. Fálica.
4. Latente.
5. Genital.

Erikson dividió la vida en **ocho estadios**, desde el nacimiento hasta la vejez; los de la infancia son: **confianza frente a desconfianza** (0-1 año), **autonomía frente a vergüenza y duda** (1-2 años), **iniciativa frente a culpa** (3-5 años), **laboriosidad frente a inferioridad** (6-11 años) e **identidad frente a confusión de roles** (adolescencia) ^{F15}.

6. Cribados en la consulta: visión, escoliosis, salud bucodental y calzado

Visión. El PAPPS recomienda el cribado de ambliopía, estrabismo y errores de refracción **a los 3-5 años** ^{F40}. La agudeza visual se explora con **optotipos**; el estrabismo con la **prueba de Hirschberg** o el **cover test** (tapar-destapar); la visión binocular con pruebas de estereopsis ^{F25}. A los 6 meses se comprueba el reflejo rojo y la ausencia de estrabismo (Brückner, Hirschberg); el estrabismo fijo a cualquier edad y cualquier estrabismo a partir de los 6 meses es significativo ^{F1}.

La **prueba de Hirschberg** detecta el estrabismo observando el **reflejo luminoso corneal** de una luz situada **a unos 40 cm** del ojo, con el paciente mirando a la luz: si el reflejo es **simétrico** y centrado en la pupila no hay desviación; en el estrabismo es **asimétrico** y descentrado en el ojo desviado ^{F25}. No es un test de agudeza visual ^{F25}.

EIR 2023 · 174

P4 · respuesta en el solucionario

Test de Hirschberg: simetría del reflejo corneal

Dentro de las actividades preventivas para la detección precoz de anomalías visuales en pediatría, se utiliza el test o método de Hirschberg. Indique la respuesta correcta en relación a dicho test:

1. Se trata de un test de agudeza visual utilizado en edad escolar.
2. El paciente se fija en una fuente de luz a no más de 20 cm de distancia.
3. La sala de exploración debe estar a oscuras.
4. Se valora la simetría del reflejo corneal de la luz.

Para menores de 5 años los optotipos más adecuados son los **HOTV y los símbolos LEA** ^{F25}. Los optotipos no estandarizados, como **Snellen** o las **figuras de Allen**, están muy extendidos pero son menos precisos ^{F25}. La ambliopía se define como una diferencia de **dos o más líneas** de agudeza visual entre ambos ojos; la agudeza se aproxima a la del adulto a los **5-6 años** ^{F25}.

Escoliosis. Test de Adams: es el test de cribado más empleado en atención primaria; valora la **asimetría del tronco desde detrás, con el niño flexionado hacia delante**, con la mirada del observador alineada con las escápulas ^{F26}. Es positivo cuando el torso **no está completamente paralelo al suelo** y aparece una **giba dorsal o lumbar**; un Adams positivo significa que hay una **rotación del tronco y una posible escoliosis** ^{F26}. Es simple y seguro, pero es una **apreciación subjetiva** cuya precisión depende de la formación del explorador ^{F26}. Con el escoliómetro, el punto de corte es un ángulo de inclinación del tronco (AIT) de **7°** (5° si IMC > P85), y una curva es significativa si supera los **10° de Cobb** con rotación vertebral ^{F26}.

Adams: hacia delante y subjetivo

El niño se flexiona **hacia delante**, no hacia un lado; la giba aparece cuando el torso **no** queda paralelo al suelo; y la apreciación es **subjetiva**, no objetiva ^{F26}.

Test de Adams para la escoliosis

El test de Adams, es un test de cribado de la escoliosis comúnmente utilizado en la consulta de atención primaria. ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta en relación al test?:

1. Valora la asimetría del tronco desde atrás, con el niño flexionado hacia un lado.
2. Se considera positivo cuando el torso del niño estando completamente paralelo al suelo, presenta una giba a nivel dorsal o una deformidad lumbar.
3. El test de Adams positivo significa que el paciente presenta una rotación en el tronco y una posible escoliosis.
4. Es un test simple y seguro con una apreciación objetiva.

Salud bucodental. En menores de 2 años el cepillado lo hacen los padres, con pasta de 1000 ppm de flúor en cantidad de un «raspado o mancha» sobre el cepillo; entre 2 y 6 años, pasta de 1000-1450 ppm en cantidad similar a un guisante ^{F27}. La página vigente de la AEP, escrita por una autora de PrevInfad, indica en cambio pasta de 1000 ppm entre 0 y 3 años en cantidad de un grano de arroz o una pequeña mancha, y un guisante a partir de los 3 años ^{F7}. El flúor oral a partir de los 6 meses solo se suplementa en niños con riesgo de caries y según el agua de bebida ^{F1}.

Calzado infantil (AEP). Un buen calzado es flexible: la suela debe doblarse con facilidad, especialmente en la zona de los dedos; debe ser antideslizante, con buen agarre, pero no excesivamente gruesa ni rígida; debe sujetar bien el pie y el talón y dejar aproximadamente 1 cm entre el dedo más largo y la punta ^{F28}. Hay que evitar las suelas muy gruesas que impiden notar el terreno, el calzado que no sujeta el talón y los zapatos grandes «para que duren»; un niño sano no necesita zapatos rígidos ni correctores ^{F28}.

Calzado: la cifra de 3 mm y la adherencia

En EIR2024-091 la respuesta oficial, que la pregunta atribuye a la «Sociedad Española de Pediatría», es la suela plana (no más de 3 mm), no muy blanda y muy flexible en la zona de los dedos. Coincide con el texto actual de la AEP en la flexibilidad en los dedos y en evitar suelas gruesas y rígidas, pero la página vigente de la AEP no da ninguna cifra de grosor y, al contrario de lo que da a entender la opción de la «adherencia fuerte» como incorrecta, pide una suela antideslizante con buen agarre ^{F28}. La frase de la respuesta aparece casi literal en una revisión de *Acta Pediátrica de México* (2018) para el calzado de los principiantes (1,5-3 años): «la suela debe ser plana (no más de 3 mm). No debe ser muy blanda pero sí muy flexible en la zona de los dedos y con características moderadas de fricción»; la misma revisión pide una puntera cerrada con un refuerzo de cierta rigidez para proteger los dedos ^{F51}.

Calzado infantil ideal

Según la Sociedad Española de Pediatría, las recomendaciones sobre el calzado ideal para los niños incluyen:

1. La suela debe ser de adherencia fuerte, para que no se resbale y el niño se sujete al suelo.
2. Los zapatos deben ser ligeros, sin necesidad de tener protecciones en la puntera y talón, así el niño se siente mejor.
3. La puntera no debe tener refuerzos para evitar la rigidez sobre los dedos.
4. La suela debe ser plana (no más de 3mm), no debe ser muy blanda, pero sí muy flexible en la zona de los dedos.

7. Muerte súbita del lactante y alimentación del lactante

La **postura del lactante en la cuna es el principal factor de riesgo modificable** del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) ^{F29}. PrevInfad recomienda evitar el **prono** durante el sueño desde el periodo neonatal hasta el año, sobre todo hasta los 6 meses: la posición más adecuada es el **decúbito supino**, y el **lateral** es inestable (muchos acaban en prono) y tiene 6,57 veces más riesgo que el supino; «ésta es la recomendación principal» (grado A) ^{F29}. Las campañas contra el prono reducen un **30-50 %** la mortalidad por SMSL ^{F29}.

- **Lactancia materna** al menos los seis primeros meses, como factor protector (grado A) ^{F29}.
- **Compartir habitación sin compartir cama**: la cuna, en la habitación de los padres, cerca de su cama (grado B) ^{F29}.
- Desaconsejar fuertemente el **tabaco**, sobre todo el de la madre desde la gestación ^{F29}; en las madres que amamantan, el consumo de tabaco neutraliza el efecto protector de la lactancia materna frente al SMSL ^{F44}.
- **Colchón firme**, que mantenga su forma con las sábanas ^{F29}.
- Temperatura de 20-22 °C; **evitar el sobrecalentamiento** y que la cabeza quede cubierta ^{F29}.
- El **chupete** para dormir durante el primer año es prudente; con lactancia materna, retrasarlo al mes de vida ^{F29}.
- El supino aumenta la **plagiocefalia postural** ^{F29}.



Boca arriba

Dormir **en supino** es la **recomendación principal** frente al SMSL, porque la postura es su principal factor de riesgo modificable; el **prono** se evita durante el sueño ^{F29}.

EIR 2007 · 83

P30 · respuesta en el solucionario

Prevención de muerte súbita del lactante: posición supina

Entre las siguientes medidas de prevención de muerte súbita del lactante, señale la que se ha mostrado más eficaz:

1. Promoción de la lactancia materna.
2. Posición supina para dormir.
3. Uso de colchones duros.
4. Eliminar la inhalación pasiva de humo de tabaco.
5. Evitar el exceso de abrigo.

Prevención de muerte súbita del lactante: posición supina

En las revisiones de salud entre los 2 y 6 meses de vida, la enfermera aconseja a los padres en relación con el síndrome de muerte súbita del lactante. De las siguientes recomendaciones, señale la INCORRECTA:

1. Recomendar la posición prono durante el sueño como la postura más segura para dormir.
2. Recomendar la lactancia materna a demanda.
3. Desaconsejar el tabaquismo de los padres, y no permitir que nadie fume delante del bebé.
4. La cuna en la habitación de los padres constituye el lugar más seguro.

Leche materna frente a leche de vaca (OMS). La concentración de **proteínas** de la leche materna, unos **0,9 g/100 ml**, es **menor que la de la mayoría de las leches animales**; tiene menos **caseína**, que en la leche de vaca forma cuajos duros y difíciles de digerir, y el exceso de proteínas de la leche animal sobrecarga el riñón inmaduro del lactante ^{F30}. La lactosa es el principal hidrato de carbono de la leche materna (**unos 7 g/100 ml**) ^{F30}. La tabla comparativa del protocolo de la AEP da, por 100 ml de leche humana frente a 100 ml de leche de vaca: **proteínas 0,9-1 g frente a 3,5 g**; lactosa 6,5 g frente a 5,0 g; hidratos de carbono 7,1 g frente a 6,1 g; sodio 16 mg frente a 95 mg; calcio 29-34 mg frente a 120 mg; y fósforo 14 mg frente a 92 mg ^{F56}. La AEP indica que la leche de vaca no debe introducirse antes de los **12 meses** ^{F41}.

Leche de vaca frente a leche materna: más proteínas

La leche de vaca, utilizada en las leches de fórmula para lactantes, comparada con la leche materna es:

1. Más rica en proteínas.
2. Más rica en lactosa.
3. Más pobre en calcio y sodio.
4. Más pobre en fósforo.
5. Más azucarada.

Miel. El **botulismo infantil** suele afectar a menores de seis meses y, aunque a menudo no se identifica el alimento, el más frecuente ha sido la **miel**; para reducir el riesgo, se debe evitar que los **menores de 12 meses** tomen miel o infusiones de especies vegetales ^{F31}.

Miel en menores de un año: botulismo

¿Por qué debemos recomendar evitar el consumo de miel en niños menores de un año?:

1. Causa obesidad en edades tempranas.
2. Es considerado un alimento muy alergénico.
3. Está relacionada con casos de botulismo infantil.
4. Se trata de un alimento de escaso valor nutricional.

8. Lesiones no intencionales y seguridad vial infantil

Según el INE, en 2021 los **tumores** fueron la principal causa de muerte entre **1 y 14 años** (32,2 %), seguidos de las **causas externas** (23,2 %) ^{F32}. El Ministerio de Sanidad señala que las lesiones son la primera causa de muerte global de 1 a 39 años; en 2010, en el grupo de **1 a 4 años** las causas externas superaban a los tumores ^{F33}.

¿Accidentes o tumores?

En **EIR2006-086** la respuesta (reconstruida por un tercero) da los **accidentes** como principal causa de muerte entre 1 y 14 años. Los datos oficiales recientes del INE ponen en primer lugar los **tumores** (32,2 %) y en segundo las **causas externas** (23,2 %) en ese grupo de edad; las lesiones (causas externas) solo encabezaban en 2010 la mortalidad de 1 a 4 años y, en conjunto, la de 1 a 39 años ^{F32,F33}. En la época de la pregunta era al revés: en las tablas del INE de **2004**, entre 1 y 14 años murieron **286** niños por **causas externas** (97 de 1 a 4 años, 70 de 5 a 9 y 119 de 10 a 14) y **187** por **tumores** (55, 66 y 66); de las muertes por causas externas, 254 fueron por accidentes (tráfico, otros transportes, caídas, ahogamiento y sofocación, fuego, envenenamientos y otros accidentes), y las malformaciones congénitas sumaron 116 ^{F53}. En 2010 los tumores ya superaban a las causas externas en ese tramo (216 frente a 178 muertes) ^{F33}.

EIR 2006 · 86

P32 · respuesta en el solucionario

Principal causa de muerte entre 1 y 14 años: accidentes

La principal causa de muerte en la infancia entre 1 y 14 años es:

1. Anomalías congénitas.
2. Cáncer.
3. Enfermedades respiratorias.
4. Cardiopatías.
5. Accidentes.

Las **caídas** son la **causa más común de lesiones en los niños** y la primera causa de hospitalización por accidente en menores de 19 años en la UE ^{F34}. En España, según el informe DADO 2007 del Instituto Nacional del Consumo, los accidentes domésticos y de ocio más frecuentes en el conjunto de la población son los causados por caídas (41,4 %) ^{F33}.

Caídas: las más frecuentes, no las más mortales

Las **caídas** son las lesiones **más frecuentes**; entre las causas de **muerte** por lesiones no intencionales pesan más el tráfico y los ahogamientos ^{F33,F34}.

Accidentes infantiles: las caídas son la primera causa

En relación a los accidentes durante la infancia ¿cuál de las afirmaciones siguientes es correcta?:

1. Los accidentes de tráfico son los que más han disminuido.
2. Los niños de 10 a 14 años son los que con mayor frecuencia se accidentan.
3. Las caídas son la primera causa de accidente en todos los grupos de edad.
4. La escuela es el lugar donde se producen el mayor número de accidentes y a menudo en presencia de adultos.
5. Los accidentes son más frecuentes por la mañana.

Andadores. PrevInfad (2025) **recomienda no utilizarlos** (evidencia alta, recomendación fuerte en contra) por las caídas, golpes y atrapamientos que producen ^{F35}; en los controles del primer año debe **desaconsejarse** su uso ^{F1}. Los niños que usan andador inician la marcha autónoma más tarde, aunque el retraso se iguala a los 15 meses, y el andador no favorece el desarrollo psicomotor ^{F36}. En la misma guía, PrevInfad recoge el cepillado por los padres con 1000 ppm en menores de 2 años, la valoración del desarrollo con Denver II o Haizea-Llevant y los consejos de alimentación en cada visita ^{F1}.

Prevención en salud infantil: desaconsejar andadores

En relación a las actividades de prevención que deben realizar las enfermeras en los programas de salud infantil, señale la respuesta INCORRECTA:

1. En niños menores de 2 años, el cepillado deben realizarlo los padres, con una pasta de dientes con 1.000 ppm de Flúor y la cantidad similar a un “raspado o mancha” sobre el cepillo dental.
2. En los controles de salud del primer año de vida debe aconsejarse el uso de andadores.
3. Debe valorarse el desarrollo psicomotor del niño a través del test de Denver o Denver Developmental Screening Test-II (DDST-II).
4. Realizar recomendaciones dietéticas sistemáticamente en los controles de salud de todos los niños de 2 a 18 años.

Sistemas de retención infantil (SRI). Los menores de **135 cm o menos** deben usar SRI y **sentarse detrás**; solo excepcionalmente pueden ir delante (sin asientos traseros, traseros ocupados por otros menores o imposibilidad de instalar los SRI), y un SRI a contramarcha delante exige **desactivar el airbag** ^{F37}. La DGT recomienda elegir el SRI por **peso y talla, no por edad** ^{F38}.

Grupo (R44)	Peso	Notas ^{F38}
Grupo 0	0-10 kg	Capazos (transversales en el asiento trasero)
Grupo 0+	0-13 kg	Siempre detrás y a contramarcha
Grupo I	9-18 kg	Siguiente etapa tras el grupo 0/0+
Grupos II y III	15-36 kg	Asientos y cojines elevadores
≥ 135 cm	—	Pueden usar el cinturón del vehículo (art. 117 RGC) ^{F37}

La norma **i-Size (R129)** clasifica por **altura** y obliga a viajar a contramarcha al menos hasta los **15 meses** ^{F43}; la venta de sillas R44 se prohíbe desde el 1 de septiembre de 2024 ^{F42,F43}. Un niño de **14 kg** corresponde al **grupo I** (9-18 kg) ^{F38}.

EIR 2020 · 176

P10 · respuesta en el solucionario

Sistemas de retención infantil: grupo 1

Teniendo en cuenta la importancia del abordaje de la seguridad y lesiones no intencionales en la consulta del niño sano por parte de la Enfermera de Atención Primaria, identifique qué tipo de sistema de retención infantil en vehículos les indicaría a los padres de un niño de 14 kg:

1. Grupo 1.
2. Grupo 2.
3. Grupo 3.
4. Grupo 4.

Otros transportes (Ministerio de Sanidad, 0-5 años) ^{F39}: en el coche, **hasta que midan 1,35 m** deben sentarse siempre detrás; en **taxi, en ciudad**, el SRI es **recomendable aunque no obligatorio** (fuera de la ciudad es obligatorio) ^{F39}; la norma exige en ese caso que el niño ocupe un **asiento trasero** ^{F45}; en el **autobús urbano**, el carrito en la zona habilitada, **en sentido contrario a la marcha y con el freno activado**; en **avión**, los **menores de 2 años** viajan **en el regazo** del adulto con un arnés sujeto al adulto ^{F39}.



1,35 m, no 1,50

La altura que marca el uso de SRI y el asiento trasero es **135 cm** ^{F37,F39}.

Seguridad vial infantil: recomendaciones

Teniendo en cuenta que las lesiones provocadas por los siniestros viales son un problema de salud pública, es primordial fomentar la seguridad vial. ¿Cuál NO sería una de las recomendaciones en la infancia?:

1. En el coche hasta que los niños midan 1,50 metros deben sentarse siempre en los asientos traseros del vehículo.
2. En otros medios de transporte público como el taxi, en la ciudad es recomendable el uso de sistema de retención infantil aunque no es obligatorio.
3. En el autobús urbano ubicar la silla o el carrito en las zonas habilitadas a tal efecto y usar las fijaciones disponibles. No olvidar colocar el carrito en sentido contrario a la marcha y con el freno activado.
4. En el avión, cuando tienen menos de 2 años, deben viajar en el regazo de la persona a cargo, con un arnés que se sujeta a la persona adulta.

Todas las preguntas del tema (35)

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

EIR 2024 · 168

P1 · respuesta en el solucionario

La valoración antropométrica de una niña de 19 meses presenta un Z-Score en el peso para la edad de -1,25 desviaciones estándar. Según los estándares de crecimiento infantil de la OMS del 2006, ¿qué le ocurre a esta niña?:

1. Desnutrición severa crónica.
2. Desnutrición leve aguda.
3. Nada.
4. Sobrepeso.

EIR 2024 · 91

P2 · respuesta en el solucionario

Según la Sociedad Española de Pediatría, las recomendaciones sobre el calzado ideal para los niños incluyen:

1. La suela debe ser de adherencia fuerte, para que no se resbale y el niño se sujete al suelo.
2. Los zapatos deben ser ligeros, sin necesidad de tener protecciones en la puntera y talón, así el niño se siente mejor.
3. La puntera no debe tener refuerzos para evitar la rigidez sobre los dedos.
4. La suela debe ser plana (no más de 3mm), no debe ser muy blanda, pero sí muy flexible en la zona de los dedos.

EIR 2023 · 175

P3 · respuesta en el solucionario

De los siguientes instrumentos ¿cuál es el recomendado para identificar el riesgo de presentar trastorno de espectro autista –TEA– en la etapa infantil, por tener una sensibilidad y especificidad adecuadas?

1. Haizea-Llevant.
2. ITPA.
3. CHAT.
4. Brunet Lézine Revisado.

EIR 2023 · 174

P4 · respuesta en el solucionario

Dentro de las actividades preventivas para la detección precoz de anomalías visuales en pediatría, se utiliza el test o método de Hirschberg. Indique la respuesta correcta en relación a dicho test:

1. Se trata de un test de agudeza visual utilizado en edad escolar.
2. El paciente se fija en una fuente de luz a no más de 20 cm de distancia.
3. La sala de exploración debe estar a oscuras.
4. Se valora la simetría del reflejo corneal de la luz.

Teniendo en cuenta que las lesiones provocadas por los siniestros viales son un problema de salud pública, es primordial fomentar la seguridad vial. ¿Cuál NO sería una de las recomendaciones en la infancia?:

1. En el coche hasta que los niños midan 1,50 metros deben sentarse siempre en los asientos traseros del vehículo.
2. En otros medios de transporte público como el taxi, en la ciudad es recomendable el uso de sistema de retención infantil aunque no es obligatorio.
3. En el autobús urbano ubicar la silla o el carrito en las zonas habilitadas a tal efecto y usar las fijaciones disponibles. No olvidar colocar el carrito en sentido contrario a la marcha y con el freno activado.
4. En el avión, cuando tienen menos de 2 años, deben viajar en el regazo de la persona a cargo, con un arnés que se sujeta a la persona adulta.

Un niño de 4 años acude a revisión del niño sano acompañado de su padre. ¿Cuál de las siguientes es una de las recomendaciones de actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla que dará la Enfermera al padre?:

1. Promover que sea físicamente activo durante al menos 180 minutos al día distribuidos a lo largo del día, no dedicar más de 1 hora seguida, cuando esté despierto, a actividades sedentarias y no pasar más de 1 hora al día delante de una pantalla.
2. Promover que sea físicamente activo durante al menos 120 minutos al día distribuidos a lo largo del día, no dedicar más de 30 minutos seguidos, cuando esté despierto, a actividades sedentarias y no pasar tiempo delante de una pantalla.
3. Promover que sea físicamente activo durante al menos 150 minutos al día distribuidos a lo largo del día, no dedicar más de 120 minutos, cuando esté despierto, a actividades sedentarias y no pasar más de 30 minutos delante de una pantalla.
4. Promover que sea físicamente activo durante al menos 60 minutos al día distribuidos a lo largo del día, no dedicar más de 60 minutos seguidos, cuando esté despierto, a actividades sedentarias y no pasar más de 60 minutos al día delante de una pantalla.

A la hora de evaluar la agudeza visual en nuestra consulta de enfermería pediátrica, se pueden utilizar las siguientes herramientas y test. Indique la respuesta INCORRECTA:

1. Test de Bayley.
2. Cartilla Snellen.
3. Test de Allen.
4. Tabla de símbolos LEA.

Al afirmar que un paciente pediátrico se encuentra en el percentil 35 de peso, entendemos que:

1. El 65% de los niños de su sexo y edad están igual o por encima de ese peso.
2. El 35% de los niños de su sexo y edad están igual o por encima de su peso.
3. El 65% de los niños de su sexo y edad están por debajo de ese peso.
4. El 35% de los niños de su sexo y edad mantienen igual peso.

¿Por qué debemos recomendar evitar el consumo de miel en niños menores de un año?:

1. Causa obesidad en edades tempranas.
2. Es considerado un alimento muy alergénico.
3. Está relacionada con casos de botulismo infantil.
4. Se trata de un alimento de escaso valor nutricional.

Teniendo en cuenta la importancia del abordaje de la seguridad y lesiones no intencionales en la consulta del niño sano por parte de la Enfermera de Atención Primaria, identifique qué tipo de sistema de retención infantil en vehículos les indicaría a los padres de un niño de 14 kg:

1. Grupo 1.
2. Grupo 2.
3. Grupo 3.
4. Grupo 4.

El test de Adams, es un test de cribado de la escoliosis comúnmente utilizado en la consulta de atención primaria. ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta en relación al test?:

1. Valora la asimetría del tronco desde atrás, con el niño flexionado hacia un lado.
2. Se considera positivo cuando el torso del niño estando completamente paralelo al suelo, presenta una giba a nivel dorsal o una deformidad lumbar.
3. El test de Adams positivo significa que el paciente presenta una rotación en el tronco y una posible escoliosis.
4. Es un test simple y seguro con una apreciación objetiva.

La “Prueba del cribado de Denver” o “Test de Denver” (DDST II) es una herramienta utilizada en el seguimiento del niño sano en la consulta de enfermería. ¿Qué áreas evaluaremos según la aplicación de dicho test?:

1. Psicomotricidad, agilidad, lenguaje y auto- nomía.
2. Lenguaje, desarrollo muscular, desarrollo motory agilidadmental.
3. Desarrollo personal, desarrollo social, agilidad perceptiva y lenguaje.
4. Lenguaje, motor grueso, motorfino adaptativo y personal-social.

En relación a las actividades de prevención que deben realizar las enfermeras en los programas de salud infantil, señale la respuesta INCORRECTA:

1. En niños menores de 2 años, el cepillado deben realizarlo los padres, con una pasta de dientes con 1.000 ppm de Flúor y la cantidad similar a un “raspado o mancha” sobre el cepillo dental.
2. En los controles de salud del primer año de vida debe aconsejarse el uso de andadores.
3. Debe valorarse el desarrollo psicomotor del niño a través del test de Denver o Denver Developmental Screening Test-II (DDST-II).
4. Realizar recomendaciones dietéticas sistemáticamente en los controles de salud de todos los niños de 2 a 18 años.

En las revisiones de salud del niño a partir de los 2 años, ¿qué hallazgos debemos considerar de riesgo en relación a la obesidad infantil?:

1. Incremento del IMC menor o igual a 2 unidades / año.
2. Rebote adiposo antes de los 5 años.
3. El índice de masa corporal mayor o igual al percentil 85 es indicador de obesidad.
4. El índice de masa corporal mayor o igual al percentil 90 es indicador de obesidad.

En las revisiones de salud entre los 2 y 6 meses de vida, la enfermera aconseja a los padres en relación con el síndrome de muerte súbita del lactante. De las siguientes recomendaciones, señale la INCORRECTA:

1. Recomendar la posición prono durante el sueño como la postura más segura para dormir.
2. Recomendar la lactancia materna a demanda.
3. Desaconsejar el tabaquismo de los padres, y no permitir que nadie fume delante del bebé.
4. La cuna en la habitación de los padres constituye el lugar más seguro.

¿A qué edad corresponde la fase senso-motora (o sensorimotora) descrita por Piaget?:

1. De 3 a 5 años.
2. De 1 a 4 años.
3. De 6 a 11 años.
4. Desde el nacimiento a los 18/24 meses.

Según la Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget, un niño de 5 años de edad se encuentra en:

1. Periodo de operaciones formales.
2. Periodo sensorio-motor.
3. Periodo de operaciones concretas.
4. Periodo preoperacional.

Sobre el crecimiento y desarrollo de un niño sano en los primeros 18 meses de vida. ¿Cuál de los siguientes hallazgos consideraría como un signo de alarma?:

1. Pérdida del 10% del peso al nacimiento durante la primera semana de vida.
2. Persistencia del reflejo de Moro a los 2 meses.
3. Ausencia de transferencia contralateral de objetos a los 12 meses.
4. Ganancia ponderal mensual inferior a 300 g entre los 15 y 18 meses.

El miedo a los extraños suele aparecer:

1. Alrededor de los 3 meses.
2. Es innato.
3. En el último subestadio sensoriomotor.
4. Alrededor de los 7-9 meses.

En cuanto a la exploración del desarrollo psicomotor, del área del lenguaje y de la sociabilidad en un niño de cuatro años ¿cuál de los siguientes hallazgos se puede considerar un signo de alarma en el proceso de maduración?:

1. Detención brusca de la adquisición de habilidades o pérdida de algunas ya adquiridas.
2. Hiperactividad. No sabe entretenerse solo, necesita vigilancia continua.
3. Excesiva sociabilidad; se marcha con cualquiera de manera indiscriminada.
4. Repite preguntas en lugar de responderlas.
5. Todas estas situaciones son signos de alarma.

Señale cuál de las siguientes opciones NO supone una respuesta normal del desarrollo motor del niño en su primer año de vida:

1. Hacia los 3 meses, es capaz de sostener la cabeza cuando se le incorpora.
2. Hacia los 4 meses, el tronco empieza a enderezarse aunque el equilibrio es todavía inmaduro.
3. Hacia los 8 meses, domina la posición de sentado y libera sus manos para sostener objetos manteniendo el equilibrio.
4. Hacia los 10 meses, inicia algunos pasos.
5. Hacia los 12 meses, aparece el acto de correr.

De las siguientes sugerencias a la familia sobre la alimentación del escolar para la prevención de la obesidad, señale cual NO es recomendable:

1. Evitar la goma de mascar (chicle), aunque sea sin azúcar, pues se acostumbra a tener la boca llena entre comidas.
2. Aumentar la ingesta de alimentos frescos, verduras y frutas.
3. Comer en familia, acompañado, al menos alguna comida principal de las 5 que se recomiendan al día.
4. Picar entre comidas para evitar tener mucha hambre en las comidas principales. Se recomiendan zumos enriquecidos.
5. Procurar no comer viendo la televisión, pues la distracción impide disfrutar de la comida y saber lo que se come.

Al explorar el desarrollo psicomotor y el área del lenguaje y la sociabilidad en un niño/a de cuatro años, ¿cuál de los siguientes hallazgos se puede considerar signo de alarma en el proceso de maduración?:

1. Detención brusca de la adquisición de habilidades o pérdida de algunas ya adquiridas.
2. Hiperactividad. No sabe entretenerse solo y necesita vigilancia continua.
3. Excesiva sociabilidad. Se marcha con cualquiera de manera indiscriminada.
4. Repite preguntas en lugar de responderlas.
5. Todas estas situaciones son signos de alarma.

Entre las estrategias que utiliza la enfermera en el cuidado de niños de 2 años, se encuentra el juego. Señale cuál de los que se describe a continuación favorece la aceptación de la ausencia temporal de la familia:

1. Correpasillos.
2. Los dibujos.
3. Variaciones del cucú o escondite detrás de una cortina.
4. Las muñecas y los peluches.
5. Todos ellos son útiles para el juego terapéutico en esta edad.

En relación a los accidentes durante la infancia ¿cuál de las afirmaciones siguientes es correcta?:

1. Los accidentes de tráfico son los que más han disminuido.
2. Los niños de 10 a 14 años son los que con mayor frecuencia se accidentan.
3. Las caídas son la primera causa de accidente en todos los grupos de edad.
4. La escuela es el lugar donde se producen el mayor número de accidentes y a menudo en presencia de adultos.
5. Los accidentes son más frecuentes por la mañana.

De los parámetros que se enuncian a continuación, cuál NO se corresponde con los que deben constituir la motorización sistemática para la valoración del crecimiento del niño:

1. Aparición de caracteres sexuales secundarios.
2. Perímetro craneal.
3. Desarrollo dental.
4. Peso.
5. Perímetro abdominal.

La leche de vaca, utilizada en las leches de fórmula para lactantes, comparada con la leche materna es:

1. Más rica en proteínas.
2. Más rica en lactosa.
3. Más pobre en calcio y sodio.
4. Más pobre en fósforo.
5. Más azucarada.

Según las teorías de Piaget, el desarrollo del pensamiento sensomotor se produce a la edad de:

1. 0 a 2 años.
2. 2 a 3 años.
3. 3 a 4 años.
4. 4 a 5 años.
5. 5 a 6 años.

En la valoración del índice de mineralización ósea por el estado de los dientes, indica que éste es bueno cuando la dentición comienza:

1. A los 4 meses y a los 18 se ha completado la dentición caduca.
2. A los 5 meses y a los 3 años se ha completado la dentición caduca.
3. A los 6 meses y a los 2 años y medio se ha completado la dentición caduca.
4. A los 7 meses y a los 3 años se haya completado la dentición caduca.
5. A los 8 meses y a los 3 años y medio se haya completado la dentición caduca.

Entre las siguientes medidas de prevención de muerte súbita del lactante, señale la que se ha mostrado más eficaz:

1. Promoción de la lactancia materna.
2. Posición supina para dormir.
3. Uso de colchones duros.
4. Eliminar la inhalación pasiva de humo de tabaco.
5. Evitar el exceso de abrigo.

Tras informar a los padres de un recién nacido sobre la evolución normal del peso en las primeras semanas de vida y comprobar que lo han comprendido, ¿en qué situación consultarán al equipo de salud infantil si su hijo pesó al nacer 3.300 g?:

1. A los 5 días de vida pesa 3.050 g.
2. A los 7 días pesa 3.200 g.
3. A los 10 días pesa igual que al nacer.
4. Con 1 mes de edad, el aumento de peso en una semana es de 100 g.
5. Con dos meses de edad, el aumento de peso en una semana es de 200 g.

La principal causa de muerte en la infancia entre 1 y 14 años es:

1. Anomalías congénitas.
2. Cáncer.
3. Enfermedades respiratorias.
4. Cardiopatías.
5. Accidentes.

Según Freud, un niño de 7 años estaría, en relación a su desarrollo psicosexual en la etapa:

1. Oral.
2. Anal.
3. Fálica.
4. Latente.
5. Genital.

Según Piaget de qué período es típico el fenómeno del egocentrismo:

1. Sensoriomotor.
2. Preoperatorio.
3. Operaciones concretas.
4. Operaciones formales.
5. Posoperatorio.

Un porcentaje mayoritario de los lactantes pueden pasar un objeto de una mano a otra a partir de:

1. 7-8 meses.
2. 9-10 meses.
3. 10-12 meses.
4. 13-15 meses.
5. 16-18 meses.

Preguntas que también podrían ser de este tema (5)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 103

P36 · respuesta en el solucionario

¿A qué edad aparecen signos puberales de pubertad precoz, desarrollo mamario en niñas y desarrollo testicular en niños?:

1. Antes de los 6 años en niñas y de los 7 años en niños.
2. Antes de los 7 años en niñas y de los 7 años en niños.
3. Antes de los 8 años en niñas y de los 7 años en niños.
4. Antes de los 8 años en niñas y de los 9 años en niños.

EIR 2021 · 153

P37 · respuesta en el solucionario

¿Qué recomendación dicta la Organización Mundial de la Salud referente a la Actividad Física para la Salud en edades comprendidas entre 5 a 17 años?:

1. Una Actividad Física durante mínimo 60 minutos diarios de intensidad moderada a vigorosa.
2. La actividad Física media diaria debería ser, en su mayor parte, anaeróbica.
3. Convendría incorporar actividades vigorosas, en particular para fortalecer los músculos y los huesos, como mínimo dos veces a la semana.
4. Una Actividad Física durante mínimo 120 minutos diarios de intensidad leve a moderada.

EIR 2014 · 151

P38 · respuesta en el solucionario

Entre las estrategias que utiliza la enfermera en el cuidado de los niños de 2 años se encuentra el juego. Señale cuál de los que se enuncian a continuación favorece la comprensión del proceso de enfermedad y la terapia:

1. Correpasillos.
2. Variaciones del cu-cu o escondite.
3. Siluetas corporales para pintar o muñecos para señalar.
4. Consolas de juegos electrónicos.
5. El teléfono móvil.

Los trastornos del habla por incapacidad funcional que se manifiestan como problemas en la articulación de los fonemas, se denominan:

1. Disfonías.
2. Disfemias.
3. Disglosias.
4. Afasias.
5. Dislalias.

Según Sullivan, en qué estadio del desarrollo interpersonal, el niño aprende la subordinación social a las figuras de autoridad:

1. Preadolescencia.
2. Adolescencia.
3. Juvenil.
4. Niñez.
5. Adolescencia tardía.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2024 · 168	3	
P2	EIR 2024 · 91	4	
P3	EIR 2023 · 175	3	hoja del archivo oficial
P4	EIR 2023 · 174	4	hoja del archivo oficial
P5	EIR 2022 · 200	1	
P6	EIR 2022 · 179	1	
P7	EIR 2022 · 82	1	
P8	EIR 2022 · 81	1	
P9	EIR 2021 · 68	3	
P10	EIR 2020 · 176	1	
P11	EIR 2019 · 91	3	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2019 · 86	4	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2018 · 197	2	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2018 · 189	2	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2018 · 188	1	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2018 · 58	4	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2016 · 169	4	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2016 · 167	3	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2016 · 37	4	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2015 · 168	5	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2014 · 150	5	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2014 · 146	4	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2013 · 142	5	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2013 · 138	3	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2012 · 108	3	reconstruida por un tercero

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2012 · 88	5	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2012 · 29	1	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2010 · 108	1	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2009 · 109	3	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2007 · 83	2	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2007 · 79	4	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2006 · 86	5	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2005 · 79	4	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2005 · 77	2	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2005 · 58	1	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2026 · 103	4	
P37	EIR 2021 · 153	1	
P38	EIR 2014 · 151	3	reconstruida por un tercero
P39	EIR 2009 · 22	5	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2004 · 57	3	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia (AEPap). Guía de actividades preventivas por grupos de edad. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS. Actualizado en mayo de 2014. · <https://previnfad.aepap.org/recomendacion/actividades-por-edad-rec> · consultada 2026-09-26
- **F2** Galbe Sánchez-Ventura J. Supervisión del desarrollo físico. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (AEPap). Actualizado en octubre de 2003 (la web avisa de que lleva más de 5 años sin actualizar). · <https://previnfad.aepap.org/monografia/desarrollo-fisico> · consultada 2026-09-26
- **F3** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Growth Chart Training: What Are Clinical Growth Charts? 17 de junio de 2024. · <https://www.cdc.gov/growth-chart-training/hcp/overview/what-are-clinical-growth-charts.html> · consultada 2026-09-26
- **F4** Organización Mundial de la Salud. Training Course on Child Growth Assessment. WHO Child Growth Standards. Módulo C: Interpreting Growth Indicators. Ginebra: OMS; 2008 (apartado 2.1, pp. 13-14). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (21-01-2022), porque la URL oficial ya no existe (404, comprobado el 26/09/2026). · https://web.archive.org/web/20220121/https://www.who.int/childgrowth/training/module_c_interpreting_indicators.pdf · consultada 2026-09-26
- **F5** Asociación Española de Pediatría (En Familia). Lactancia materna: ¿el bebé se está alimentando bien? Versión en línea vigente. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/lactancia-materna-el-bebe-se-esta-alimentando-bien> · consultada 2026-09-26
- **F6** Asociación Española de Pediatría (En Familia). Mi niño no come. Versión en línea vigente. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/mi-nino-no-come> · consultada 2026-09-26
- **F7** Esparza Olcina MJ. Le están saliendo los dientes a mi bebé. Asociación Española de Pediatría (En Familia). Versión en línea vigente. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/le-estan-saliendo-dientes-mi-bebe> · consultada 2026-09-26
- **F8** Martínez-Aedo Ollero MJ, Godoy Molina E. Pubertad precoz y variantes de la normalidad. Protoc diagn ter pediatr. 2019;1:239-52 (AEP/SEEP), p. 240. · https://static.aeped.es/15_pubertadp_63a65d15e0.pdf · consultada 2026-09-26
- **F9** Colomer Revuelta J. Prevención de la obesidad infantil. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (AEPap). Actualizado en octubre de 2004 (la web avisa de que lleva más de 5 años sin actualizar). · <https://previnfad.aepap.org/monografia/obesidad> · consultada 2026-09-26
- **F10** Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo. Ginebra: OMS; 2020 (apartado de 5 a 17 años, p. 3 impresa, p. 9 del PDF). · <https://iris.who.int/handle/10665/337004> · consultada 2026-09-26
- **F11** World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Ginebra: OMS; 2019 (pp. 6-9). · <https://iris.who.int/handle/10665/311664> · consultada 2026-09-26
- **F12** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Learn the Signs. Act Early. Milestones by age (2, 4, 6 y 9 meses; 1 año; 15 y 18 meses; 2 años). Actualizado el 16 de mayo de 2026. · <https://www.cdc.gov/act-early/milestones/index.html> · consultada 2026-09-26
- **F13** Zubler JM, Wiggins LD, Macias MM, et al. Evidence-Informed Milestones for Developmental Surveillance Tools. Pediatrics. 2022;149(3):e2021052138. · <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052138> · consultada 2026-09-26

- **F14** Misirliyan SS, Boehning AP, Shah M. Developmental Milestones. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 16-03-2023. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (26-08-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557518/> · consultada 2026-09-26
- **F15** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E, eds. Nursing Health Promotion. Chippewa Valley Technical College; 2025. Cap. 13, Nursing Care for Infancy Through Adolescence (13.2-13.4). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (20-04-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK615351/> · consultada 2026-09-26
- **F16** Galbe Sánchez-Ventura J y Grupo PrevInfad. Detección precoz de los trastornos del desarrollo. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (AEPap). Actualizado en diciembre de 2017. · <https://previnfad.aepap.org/monografia/trastornos-desarrollo> · consultada 2026-09-26
- **F17** Gortázar Díaz M, Ramos Sánchez I, Machado Casas IS, et al. Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación: desarrollo del lenguaje, signos de alerta, enfoque diagnóstico y tratamiento. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:31-42 (AEP; tabla 2 y apartado C). · https://static.aeped.es/04_e0d5a45a8f.pdf · consultada 2026-09-26
- **F18** Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. Pediatrics. 1992;89(1):91-7 (resumen). · <https://doi.org/10.1542/peds.89.1.91> · consultada 2026-09-26
- **F19** Özer et al. Neurodevelopmental outcomes in children with transient hypothyroxinemia of prematurity assessed using the Denver Developmental Screening Test II (DDST-II). Archives of Endocrinology and Metabolism. 2026 (apartado Métodos). · <https://doi.org/10.20945/2359-4292-2026-0091> · consultada 2026-09-26
- **F20** O'Kelley S, Capal J, et al. Neurodevelopmental Outcomes from the PREVeNT Trial. Pediatric Neurology. 2025 (apartado Métodos: Bayley-III). · <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2025.09.006> · consultada 2026-09-26
- **F21** Galbe Sánchez-Ventura J y Grupo PrevInfad. Cribado del trastorno del espectro autista. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (AEPap). Actualizado el 01-06-2026. · <https://previnfad.aepap.org/monografia/cribado-del-trastorno-del-espectro-autista> · consultada 2026-09-26
- **F22** Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. Br J Psychiatry. 1992;161:839-43 (resumen). · <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.839> · consultada 2026-09-26
- **F23** Malik F, Marwaha R. Cognitive Development. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 23-04-2023. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (13-04-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537095/> · consultada 2026-09-26
- **F24** Kaur J, Lantz SE, Ray S. Freud's Developmental Theory. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 26-04-2025. 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/NBK557526/> · consultada 2026-09-26
- **F25** García Aguado J y Grupo PrevInfad/PAPPS. Cribado de alteraciones visuales en la infancia. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (AEPap). Actualizado en julio de 2016. · <https://previnfad.aepap.org/monografia/vision> · consultada 2026-09-26
- **F26** Esparza Olcina MJ y Grupo PrevInfad. Cribado de la escoliosis idiopática del adolescente. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (AEPap). Actualizado el 01-07-2026. · <https://previnfad.aepap.org/monografia/escoliosis> · consultada 2026-09-26

- **F27** Vitoria Miñana I y Grupo PrevInfad/PAPPS. Promoción de la salud bucodental. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (AEPap). Actualizado en marzo de 2011. La web avisa de que han transcurrido más de 5 años desde la última actualización. · <https://previnfad.aepap.org/monografia/bucodental> · consultada 2026-09-26
- **F28** Asociación Española de Pediatría (En Familia). ¿Cómo debe ser un buen calzado infantil? Versión en línea vigente. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/como-debe-ser-buen-calzado-infantil> · consultada 2026-09-26
- **F29** Sánchez Ruiz-Cabello FJ y Grupo PrevInfad/PAPPS. Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (AEPap). Actualizado en enero de 2016 (web: 21-12-2016). · <https://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante> · consultada 2026-09-26
- **F30** Organización Mundial de la Salud. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 2.^a ed. Ginebra: OMS; 2025 (apartado 2.4, pp. 32-33). · <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113732> · consultada 2026-09-26
- **F31** Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Botulismo. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (21-04-2026), porque la página oficial ya no está disponible. · https://web.archive.org/web/20260421235557/https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subdetalle/Botulismo.htm · consultada 2026-09-30
- **F32** Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2021 (datos definitivos). Nota de prensa, 19-12-2022, p. 3. · https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf · consultada 2026-09-26
- **F33** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Lesiones en España. Análisis de la legislación sobre prevención de lesiones no intencionales. 2012 (pp. 11 y 14). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/legislacion/docs/LESIONES_Espana.pdf · consultada 2026-09-26
- **F34** Asociación Española de Pediatría (En Familia). Caídas, muy frecuentes y a veces peligrosas. Versión en línea vigente. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/caidas-muy-frecuentes-veces-peligrosas> · consultada 2026-09-26
- **F35** Martí Martí L y Grupo PrevInfad/PAPPS. Prevención de lesiones infantiles por accidentes domésticos. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS (AEPap). Actualizado en abril de 2025. · <https://previnfad.aepap.org/monografia/accidentes-domesticos> · consultada 2026-09-26
- **F36** Asociación Española de Pediatría (En Familia). ¿Cuál es el mejor andador para un bebé?... El que no se usa. Versión en línea vigente. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/cual-es-mejor-andador-para-un-bebe-que-no-se-usa> · consultada 2026-09-26
- **F37** Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, Reglamento General de Circulación, art. 117 (redacción del RD 667/2015). BOE, texto consolidado. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23514> · consultada 2026-09-26
- **F38** Dirección General de Tráfico. Con niños: tipos de SRI por peso y tamaño. Versión en línea vigente. · <https://www.dgt.es/muevete-con-seguridad/viaja-seguro/con-ninos/> · consultada 2026-09-26
- **F39** Ministerio de Sanidad. Seguridad vial 0-5 años (infografía). Septiembre de 2021. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/seguridadVial/infanciaEmbarazo/docs/Infografia_0-5anos_online.pdf · consultada 2026-09-26
- **F40** Martínez Rubio A, Cortés Rico O, Pallás Alonso CR, et al. Resumen infancia y adolescencia. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1) (tabla 4). · [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30367-6) · consultada 2026-09-26

- **F41** Asociación Española de Pediatría (En Familia). Decálogo sobre la importancia de la leche en la etapa infantil. Versión en línea vigente. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/decalogo-sobre-importancia-leche-en-etapa-infantil> · consultada 2026-09-26
- **F42** Dirección General de Tráfico. SRI: cambio de norma. Revista Tráfico y Seguridad Vial, 30 de agosto de 2024. · <https://revista.dgt.es/es/sabia-que/curiosidades/2023/1005-N267-sabia-que-nueva-norma-sri.shtml> · consultada 2026-09-26
- **F43** Asociación Española de Pediatría (En Familia). Sistemas de retención infantil: viajar a contramarcha salva vidas. Versión en línea vigente. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/sistemas-retencion-infantil-viajar-contramarcha> · consultada 2026-09-26
- **F44** Grupo PAPPS Infancia y Adolescencia (semFYC). Resumen PAPPS Infancia y Adolescencia 2022. Aten Primaria. 2022;54(Supl 1):102441 (apartado de tabaquismo). · <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102441> · consultada 2026-09-26
- **F45** Real Decreto 1428/2003, Reglamento General de Circulación, art. 119.2.a) (redacción del RD 965/2006; se mantiene en el RD 518/2026, en vigor el 01-10-2026). BOE, texto consolidado. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23514> · consultada 2026-09-26
- **F46** Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia (AEPap). Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados. En: Programa de salud infantil. AEPap; 2009. pp. 129-164 (anexo 3, pp. 137-142; anexo sobre desarrollo afectivo, p. 159; anexo 12, p. 163). · <https://www.aepap.org/sites/default/files/psicomotor.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F47** Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Atención del TEA en la Infancia en Atención Primaria (AETSA). Guía de Práctica Clínica para la Atención del TEA en la Infancia en Atención Primaria. Actualización. Guías de Práctica Clínica en el SNS; 2025. Anexo 2, «Señales de alerta» (pp. 91-92). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2025/10/gpc_652_tea_aetsa_anexo_2.pdf · consultada 2026-09-28
- **F48** Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIAA). Evaluación del desarrollo psicomotor y afectivo. Diciembre de 2024 (anexo 1, p. 11; anexo 3, p. 19). · https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/EvaluacionDesarrolloPsicomotorAfectivo_Dic24.pdf · consultada 2026-09-28
- **F49** NHS. Separation anxiety (Baby's development: behaviour). Page last reviewed: 25 June 2026. · <https://www.nhs.uk/baby/babys-development/behaviour/separation-anxiety/> · consultada 2026-09-28
- **F50** Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeyer K, Christman E, eds. Nursing Health Promotion. Chippewa Valley Technical College; 2025. Cap. 14, Planning Care for the Ill Child (Implement Developmentally Appropriate Interventions; Collaborate With Child Life Specialists). Texto leído en el paquete del FTP oficial de acceso abierto de NCBI Bookshelf (<ftp.ncbi.nlm.nih.gov/pub/litarch/>), porque la web devuelve CAPTCHA a la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK615330/> · consultada 2026-09-28
- **F51** Reyes-Cadena A. Calzado en la edad pediátrica. Acta Pediátrica de México (Instituto Nacional de Pediatría). 2018;39(2):202-207 (apartado «Calzado para principiantes (1.5-3 años)», pp. 204-205). · <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1580> · consultada 2026-09-28
- **F52** World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Growth velocity. Weight velocity: 3-month weight increments, boys and girls, birth to 24 months (percentiles). Ginebra: OMS; 2009 (tablas en PDF de la página oficial; mediana = percentil 50). · <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-velocity> · consultada 2026-09-28

- **F53** Instituto Nacional de Estadística (INEbase). Defunciones según la causa de muerte, año 2004. Tabla 01001: Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad (ambos sexos; 1-4, 5-9 y 10-14 años). Las sumas de 1 a 14 años y de los códigos de accidentes (090-097) son propias, hechas sobre la tabla. · https://www.ine.es/jaxi/files/_px/es/csv_bdsc/t15/p417/a2004/10/01001.csv_bdsc · consultada 2026-09-28
- **F54** Fernández Rodríguez M (SEEP). Obesidad: consejos para su prevención. Asociación Española de Pediatría (En Familia). Versión en línea vigente. · <https://www.aeped.es/enfamilia/salud-en-familia/obesidad-consejos-para-su-prevencion> · consultada 2026-09-28
- **F55** Ministerio de Sanidad y Consumo; Ministerio de Educación y Ciencia. Alimentación saludable. Guía para las familias. 2007 (pp. 29-30 del PDF). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/docs/alimentSaludGuiaFamilias_2007.pdf · consultada 2026-09-28
- **F56** Asociación Española de Pediatría. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría (AEP), pp. 311-320 (tabla III, «Comparación leche humana y leche para lactantes», p. 317). PDF de 2002; los protocolos AEP-SEGHN de 2023 no traen esta comparación. · https://static.aeped.es/2_alimentacion_lactante_55403b58be.pdf · consultada 2026-09-28
- **F57** National Guideline Alliance (UK). Developmental follow-up of children and young people born preterm. NICE Guideline, No. 72. Londres: NICE; 2017 (cap. 4, apartado 4.2.4.4, «Motor problems»). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (13-04-2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533201/> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Sullivan (estadios del desarrollo interpersonal; subordinación a la autoridad en el estadio juvenil): no se ha encontrado fuente oficial accesible. EIR2004-057 no se intercala. Refuerzo del 28/09/2026: NCBI Bookshelf (Clinical Methods, StatPearls) y PMC no tratan los estadios; «Conceptions of Modern Psychiatry» (1945) solo está en un escaneo de Internet Archive de copyright dudoso y dice «adjusting oneself to authority», no «social subordination»; «The Interpersonal Theory of Psychiatry» (1953) solo se presta. Buscar una edición con muestra de la editorial.
- Chicle sin azúcar como consejo frente a la obesidad (opción de EIR2014-146): ninguna fuente válida lo trata (AEP En Familia, guía de los Ministerios de 2007, PrevInfad, protocolo AEP de 2023). La pregunta se intercala por el resto de opciones.
- Signos de alarma a los 4 años «excesiva sociabilidad indiscriminada» e «hiperactividad» con esas palabras (EIR2013-142, EIR2015-168): no aparecen en PrevInfad (2009 y 2014), el protocolo AEP de lenguaje, el programa de Andalucía (2024) ni la GPC de TEA; los 13 signos de alerta de la tabla Haizea-Llevant (reproducida en la GPC de TEA de 2009) no incluyen ninguno de sociabilidad. Refuerzo del 28/09/2026: las frases exactas solo salen en webs de centros privados y blogs.
- Grosor máximo de 3 mm de la suela del calzado infantil (EIR2024-091): no figura en la página vigente de la AEP ni en AEPap, PrevInfad o el Ministerio, y la Wayback no tiene copias de esa página. Refuerzo del 28/09/2026: la frase está en una revisión de Acta Pediátrica de México (2018, F51) y, antes, en su fuente original, la guía del Instituto de Biomecánica de Valencia «El pie calzado» (p. 28, descargada de ibv.org); la atribución a la «Sociedad Española de Pediatría» sigue sin fuente.
- Denominación «motor fino-adaptativo» del Denver II en la fuente primaria (Frankenburg): la web del editor (denverii.com) ya no existe y los manuales no están publicados. Refuerzo del 28/09/2026: la guía NICE NG72 usa «fine motor-adaptive» con el Denver II (F57).

- Edad del cambio de raspado a guisante en la pasta dental (2 años según PrevInfad 2011, 3 años según la página vigente de la AEP): falta una actualización de PrevInfad.