

**1. Señala la respuesta falsa sobre los signos clínicos asociados al Síndrome Confusional Agudo:**

- a) El SCA asocia capacidad reducida para mantener la atención, además de cambios en el nivel de alerta.
- b) Desarrollo del cuadro en horas o días con un curso fluctuante durante el día.
- c) No existen alteraciones en el sueño.
- d) Se producen cambios en el comportamiento y en la velocidad y claridad del pensamiento.

RESPUESTA c)

El SCA asocia como característica frecuente alteración en la duración y arquitectura del sueño.

**2. Una cefalea de aparición súbita, “como un palo en la cabeza”, generalizada y acompañada de vómitos sin fiebre, hay que pensar en primer lugar en:**

- a) Otitis.
- b) Procesos expansivos intracraneales.
- c) Ictus.
- d) HSA.

RESPUESTA d).

Las cefaleas generalizadas son del máximo interés en la medicina de urgencias. La aparición de cefalea súbita, generalizada, acompañada de vómitos y sin fiebre hay que considerar como primera posibilidad una hemorragia subaracnoidea.

**3. En la exploración y manifestaciones del síndrome de HTIC, todo lo siguiente es característico salvo una de las opciones:**

- a) Paresia IV par craneal.
- b) Cefalea global.
- c) Cefalea de predominio nocturno.
- d) Vómitos con o sin náuseas.

RESPUESTA a)

El síndrome de HTIC en su forma característica se manifiesta por: cefalea global, no pulsátil, expansiva, de predominio nocturno al principio y después continua. Vómitos con o sin náuseas, edema de papila y paresia del VI par craneal.

**4. Mujer obesa con alteraciones menstruales, que presenta una cefalea global de carácter moderado que se acompaña de diplopía es típico de:**

- a) Trombosis venosa cerebral.
- b) HTIC benigna.
- c) Hidrocefalia.
- d) Proceso expansivo intracerebral.

RESPUESTA b)

Pseudotumor cerebral (HTIC benigna), el paciente tipo es una mujer obesa con alteraciones menstruales, que presenta cefalea global de carácter moderado acompañado de diplopía. Hay que investigar la toma de vitamina A, tetraciclinas y ácido nalidíxico, así como la existencia de ferropenia.

**5. ¿Cuál de los siguientes tipos de nistagmos no es patológico?**

- a) Nistagmo a la mirada extrema.
- b) Nistagmo espontáneo.
- c) Nistagmo vertical.
- d) Nistagmo rotatorio.

RESPUESTA a)

El nistagmo espontáneo indica un proceso patológico, excepto cuando ocurre en la mirada extrema, y se agota si esta se mantiene durante algún tiempo (nistagmo de esfuerzo). Los nistagmos vertical, rotatorio y mixto sugieren un origen central. Mientras que los nistagmos horizontal y horizontal-rotatorio apuntan hacia un origen periférico.

**6. En cuanto a las alucinaciones y la exploración de la percepción en la entrevista psicopatológica en Urgencias, ¿cuál de las siguientes respuestas es falsa?**

- a) Si la alucinación es de origen visual puede ser indicativo de un proceso orgánico subyacente (cuadros confusionales o delirium).
- b) En la alucinosis (origen orgánico) es característica la gran riqueza sensorial (percepciones muy vividas bien definidas).
- c) En la alucinación propia de la psicosis (origen psiquiátrico) es característico que el paciente las identifique como falsas o irreales.
- d) Es de gran importancia una correcta exploración psicopatológica sobre la percepción para poder filiarla de manera adecuada.

RESPUESTA c)

Las alucinosis (delirium, cuadros confusionales, tóxicos...) se caracterizan por su gran riqueza sensorial (muy vividas, bien delimitadas) llegando incluso a interactuar con ellas (apartarse insectos de encima o hablar con una persona no presente) pero sin convicción de realidad ("estoy alucinando, veo bichos" "ayúdeme, oigo voces") mientras que las alucinaciones (psiquiátricas) son peor definidas y descritas por parte del paciente debido a una menor riqueza sensorial así como la característica convicción de realidad en cuando a lo experimentado, siendo esta última irrefutable a la lógica ("mi hermano me habla dentro de mi cabeza").

**7. Son signos característicos de los cuadros confusionales los siguientes salvo:**

- a) Inestabilidad emocional (disforia, irritabilidad) y fluctuaciones en el nivel de conciencia.
- b) Fallos en la atención y dificultades para el pensamiento abstracto.

- c) Alteraciones del ritmo sueño-vigilia, con marcado empeoramiento por las noches.
- d) Delirios muy estructurados y ricos en detalles, con frecuencia megalomaniacos o persecutorios.

RESPUESTA d)

Los delirios propios de los cuadros confusionales son difusos, cambiantes y poco estructurados debido a la limitación de las funciones superiores y suelen ser de contenido paranoide con mayor frecuencia.

**8. En el tratamiento del cuadro confusional agudo ¿qué es falso?**

- a) Tratar el proceso etiológico subyacente es el abordaje primordial.
- b) Es clave favorecer la orientación del paciente (preservar el ritmo sueño-vigilia, acompañamiento por familiares, facilitar un reloj y poder ver la luz del día a través de una ventana).
- c) El tratamiento farmacológico con antipsicóticos debe mantenerse durante varias semanas tras haber remitido la clínica por precaución.
- d) Los antipsicóticos de primera y segunda generación son de primera elección.

RESPUESTA c)

El tratamiento psicofarmacológico debe administrarse únicamente si es necesario y durante el menor tiempo posible, siendo los antipsicóticos de primera y segunda generación de primera elección, evitando siempre en todo momento las benzodiazepinas salvo en casos de epilepsia o en el tratamiento del delirium tremens por abstinencia de alcohol.

**9. ¿Cuál de las siguientes características no corresponde a un líquido ceforraquídeo normal de un adulto?**

- a) El LCR contiene entre 15-45 mg/dl de proteínas.
- b) Tiene una presión de apertura entre 25-30 cm H<sub>2</sub>O.
- c) Contiene un máximo de 5 células/mm<sup>3</sup>.
- d) La proporción de glucorraquia respecto a la glucemia capilar es del 60-80%.

RESPUESTA b)

La presión de apertura del LCR normal es de 5-20 cm H<sub>2</sub>O. En los apuntes pone 8-180 mmH<sub>2</sub>O o lo que es lo mismo 8-18 cmH<sub>2</sub>O que redondeando es 5-20 cmH<sub>2</sub>O.

**10. Señala la respuesta falsa sobre la meningitis bacteriana aguda (MBA) en adultos:**

- a) *S. pneumoniae*, *Listeria monocytogenes* y *N. meningitidis* constituyen hoy las principales causas de MBA.
- b) *N. meningitidis*, *S. Pneumoniae* y *H. influenzae* tipo B son la causa más frecuente en jóvenes y adultos < 50 años.

- c) *L. monocytogenes* debe considerarse la causa de la meningitis en pacientes con déficit de complemento.
- d) En pacientes neutropénicos los microorganismos que causan la meningitis suelen ser enterobacterias, *Pseudomonas* y anaerobios.

RESPUESTA c).

La *L. monocytogenes* debe considerarse en pacientes con edades extremas, enfermedades crónicas, inmunodeprimidos, embarazo, puerperio y alcoholismo.

**11. Selecciona la respuesta correcta sobre al patogenicidad y los focos de origen de la MBA en adultos:**

- a) Con frecuencia la meningitis causada por *L. monocytogenes* se precede o acompaña de un proceso catarral.
- b) Las lesiones cutáneas de tipo maculopetequial, petequial o equimótico son características del *H. influenzae* tipo B.
- c) La existencia de fístula pericraneal provoca meningitis por *S. pneumoniae*.
- d) La sinusitis aguda puede provocar meningitis meningocócica por contigüidad.

RESPUESTA c)

La existencia de fístula pericraneal con rinoencefalorraquia, es la causa más frecuente de meningitis bacteriana recurrente, en general por *S. pneumoniae* y, a veces por *H. influenzae*, *N. meningitidis* o *S. viridans*.

**12. Sobre el diagnóstico de la meningitis aguda en urgencias en adultos, señala la respuesta incorrecta:**

- a) La punción lumbar es la prueba más importante ante la sospecha de meningitis, debe valorarse la presión de apertura, aspecto, citobioquímica y tinción de Gram urgente.
- b) La realización de TAC craneal antes de la punción lumbar es imprescindible en pacientes con disminución del nivel de conciencia, focalidad neurológica, crisis comiciales o signos de hipertensión intracraneal.
- c) Nunca debe administrarse terapia antibiótica en un paciente con sospecha de meningitis previa a la realización de las pruebas complementarias (TAC y punción lumbar).
- d) Antes de realizar la punción lumbar se debe disponer de estudio de coagulación y hemograma.

RESPUESTA c).

En los casos de evolución hiperaguda (horas) si la realización de la prueba de imagen va a retrasar la realización de la punción lumbar, debe extraerse un hemocultivo en primer lugar y luego administrar la primera dosis de antibioterapia empírica previo a la realización del TAC y la punción lumbar.

**13. En relación con la aproximación diagnóstica de la meningitis aguda en adultos, señala la respuesta falsa:**

- a) Si existe plaquetopenia  $< 50.000$  células/mm<sup>3</sup> es conveniente la transfusión de plaquetas previa a la realización de la punción lumbar.
- b) En caso de sospecha de hipertensión intracraneal (bajo nivel de consciencia, afectación de pares craneales, crisis epilépticas, etc) es fundamental realizar una prueba de imagen craneal para descartar lesiones ocupantes de espacio que conlleven riesgo de herniación al realizar la punción lumbar.
- c) Los signos de Kerning y Brudzinski indican irritación meníngea y son patognomónicos de la MBA.
- d) En la meningitis viral aguda el curso suele ser benigno con recuperación rápida y sin secuelas en pocos días.

RESPUESTA c)

Los signos de Kerning y Brudzinski indican irritación meníngea pero no son patognomónicos de la MBA, pues pueden aparecer en la hemorragia subaracnoidea, carcinomatosis meníngea o meningitis por fármacos.

**14. Señala la respuesta correcta sobre los perfiles patológicos del LCR en la meningitis de adultos:**

- a) El perfil linfocitario (aumento de células con predominio mononuclear) con fluororraquia baja se asocia a meningitis aguda viral.
- b) El perfil purulento o bacteriano se caracteriza por pleiocitosis con aumento de células de predominio polimorfonuclear, glucorraquia disminuida.
- c) El perfil linfocitario con fluororraquia normal se presenta en la meningitis tuberculosa.
- d) El perfil purulento o bacteriano no asocia aumento de proteínas.

RESPUESTA b)

El perfil purulento o bacteriano se caracteriza por pleocitosis con aumento de células de predominio polimorfonuclear, glucorraquia disminuida y aumento de proteínas. Lo más probable es un meningitis aguda bacteriana.

**15. Señala la respuesta falsa sobre las características del LCR en adultos:**

- a) La meningitis vírica asocia LCR con presión de apertura normal o alta, patrón linfocitario con  $< 300$  mononucleares/mm<sup>3</sup>, proteinorraquia entre 40-100 mg/dl y glucorraquia normal.
- b) La meningitis causada por *L. monocytogenes* asocia un patrón bacteriano clásico.
- c) La meningitis tuberculosa asocia LCR con presión de apertura alta, patrón linfocitario con 50-300 mononucleares/mm<sup>3</sup>, proteinorraquia entre 60-700 mg/dl y glucorraquia baja.
- d) La meningitis bacteriana asocia entre 100-10.000 PMN/mm<sup>3</sup>, entre 100-1000 mg/dl de proteínas y glucorraquia muy baja.

## RESPUESTA b)

La meningitis causada por *Listeria spp*, suele constituir una notable excepción, que lo habitual es que el LCR sea claro o ligeramente opalescente con  $< 500$  células/mm<sup>3</sup> y, en un porcentaje significativo de casos de predominio linfocítico.

**16. En relación con el manejo de la meningitis aguda en adultos en urgencias, señala la respuesta incorrecta:**

- a) El tratamiento sintomático (hidratación, control de la cefalea, fiebre y monitorización de constantes y evolución neurológica) se aplica a todas las meningitis independientemente de su etiología.
- b) Ante la sospecha de MBA se debe iniciar tratamiento antibiótico empírico lo antes posible, incluso antes de la realización de pruebas si es necesario (TAC cráneo, punción lumbar).
- c) El tratamiento antibiótico se debe instaurar en los primeros 90 minutos de estancia en el servicio de urgencias ante la sospecha de MBA.
- d) La administración de antimicrobianos en la MBA nunca debe ser previa a la extracción de hemocultivos.

## RESPUESTA c)

EL tratamiento antibiótico se debe instaurar en los 30 minutos siguientes a la realización de la punción lumbar y en los primeros 60 minutos tras la llegada a urgencias del paciente, pues dicha administración precoz disminuye el riesgo de progresión clínica a sepsis y mejora el pronóstico del paciente.

**17. Sobre el tratamiento antimicrobiano en la MBA en adultos señala la respuesta falsa:**

- a) En pacientes previamente sanos y con más de 50 años hay que instaurar un tratamiento empírico que cubra *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae* y gram negativos y sobretodo *L. monocytogenes*.
- b) En caso de pacientes neutropénicos, independientemente del origen de la neutropenia, hay que ampliar la cobertura habitual a los gram negativos y *L. monocytogenes*, eligiendo además cefalosporinas con actividad anti-pseudomonas.
- c) En los esplenectomizados no es necesario cubrir *L. monocytogenes*.
- d) En pacientes con neurocirugía reciente, traumas, fístulas craneales tendremos que asegurar un tratamiento frente a *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Pseudomonas spp*, gram negativos o *S. pneumoniae*.

## RESPUESTA c)

En los pacientes esplenectomizados no debe faltar la ceftriaxona como fármaco de elección ante el neumococo y gérmenes encapsulados, cubriendo siempre *L. monocytogenes*.

**18. Señala la respuesta incorrecta en relación con el tratamiento antibiótico empírico de la MBA en adultos:**

- a) Paciente de cualquier edad sin inmunodepresión → cefalosporina de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona).
- b) Paciente inmunodeprimido → Meropenem asociado a ampicilina y vancomicina.
- c) TCE, intervención neuroquirúrgica o derivación LCR → cefalosporina de tercera generación.
- d) Paciente > 65 años con alcoholismo crónico → cefalosporina de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona) + ampicilina.

RESPUESTA c)

En pacientes con TCE, intervención neuroquirúrgica o derivación LCR: se debe administrar Meropenem + Linezolid o Vancomicina + Cefepime para cubrir bacilos gram negativos, Staphylococcus y neumococo.

**19. ¿Cuál de las siguientes medidas no se realizan en caso de complicaciones asociadas a la MBA en adultos?.**

- a) El tratamiento de la hipertensión intracraneal incluye cabecero de la cama elevado 30° y agentes hiperosmolares como el manitol al 20%.
- b) En caso de crisis comiciales, el fármaco de elección es la fenitoína.
- c) El tratamiento con corticoides está contraindicado en adultos, sobre todo en la meningitis por neumococo.
- d) Para el control de la hipertensión intracraneal, puede usarse la hiperventilación como medida, manteniendo el PCO<sub>2</sub> entre 25-30 mmHg.

RESPUESTA c).

En adultos, el tratamiento con dexametasona 8-10 mg/6h iv durante 2-4 días (comenzando inmediatamente antes o al mismo tiempo que la primera dosis de antibiótico), ha demostrado mejorar la evolución y disminuir la mortalidad en la meningitis por *S. pneumoniae*. Por este motivo, se recomienda la administración empírica de dexametasona ante la sospecha de MBA extrahospitalaria en Urgencias.

**20. En relación con la quimioprofilaxis de los contactos en la meningitis meningocócica en adultos, señala la respuesta incorrecta:**

- a) Se debe avisar a Sanidad y al servicio de Preventiva quienes estudiarán el caso y tomarán las medidas oportunas.
- b) Está indicada la profilaxis en contactos íntimos o diarios estrechos del paciente.
- c) La quimioprofilaxis está indicada en todo el personal sanitario del área de urgencias independientemente de si ha tenido contacto o no con el paciente.
- d) Se debe administrar profilaxis en los no convivientes que hayan tenido contacto muy próximo y repetido (más de 4h/día, haber dormido en la misma habitación en los 10 días antes).

RESPUESTA c)

Se debe realizar quimioprofilaxis al personal sanitario que haya tenido contacto con secreciones nasofaríngeas del enfermo, con el LCR del paciente en la punción o durante su manipulación; no es necesario que todo el personal de urgencias tome la profilaxis si no ha estado en contacto con el paciente.

**21. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la encefalitis aguda en adultos es falsa?:**

- a) Los principales agentes causales son los virus herpes simple (VHS) tipo 1 y tipo 2; este último en neonatos.
- b) La clínica se presenta con fiebre, alteración del nivel de conciencia, trastorno de la conducta y focalidad neurológica, pudiendo asociar trastornos en la regulación térmica y diabetes insípida.
- c) La afectación preferente es en los lóbulos parietales.
- d) Las alteraciones en la LCR son similares a las meningitis virales con pleiocitosis mononuclear moderada, glucosa normal o levemente disminuida y aumento leve- moderado de proteínas.

RESPUESTA c)

La afectación preferente es en el lóbulo temporal uni o bilateral.

**22. En relación con el manejo terapéutico de la encefalitis en adultos, ¿qué afirmación es incorrecta?:**

- a) Ante la sospecha clínica de encefalitis, se debe iniciar tratamiento empírico con Aciclovir a dosis de 10-12,5 mg/kg cada 8h por vía iv durante 14-21 días (adultos y niños).
- b) El Aciclovir no necesita ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal.
- c) En caso de dudas respecto a la posible etiología bacteriana de la encefalitis, puede realizarse tratamiento empírico asociando ampicilina y doxiciclina.
- d) El foscarnet constituye una alternativa en presencia de cepas de VHS tipo 1 resistentes a Aciclovir.

REPUESTA b)

El Aciclovir tiene eliminación renal y necesita administrarse manteniendo una adecuada hidratación del paciente y una infusión lenta del fármaco, ya que puede ocurrir precipitación del fármaco en los túbulos renales si el medicamento es administrado en inyección en bolo. Por ello, en un paciente renal, es necesario el ajuste de dosis.

**23. En relación con el absceso cerebral en adultos, señala la respuesta verdadera:**

- a) El diagnóstico se basa en la realización de la punción lumbar, al igual que la meningitis bacteriana.
- b) Hasta en un 20-30% de los casos, no se identifica un foco primario de infección.
- c) El tratamiento antibiótico puede administrarse vía oral si el paciente tiene buen nivel de conciencia durante 6-8 semanas.

- d) La imagen de captación en anillo tras administración de contraste en el TAC o RMN de cráneo es patognomónico de esta entidad.

RESPUESTA b)

Es un proceso supurativo focalizado en el parénquima cerebral. Puede originarse por: a) propagación desde el foco contiguo (sinusitis, otitis media, mastoiditis, infección dental); b) inoculación directa por TCE o intervención neuroquirúrgica y c) diseminación hematogena desde foco a distancia. En raras ocasiones surge como complicación de una MB. En el 20-30% de los casos no se consigue identificar foco primario de infección (absceso criptogénico).

**24. Si tenemos un niño de 2 años que presenta: fiebre alta, rigidez de nuca y síntomas respiratorios, con aspecto de gravedad, iniciaremos el tratamiento de forma precoz para:**

- a) Meningitis vírica.
- b) Meningitis bacteriana.
- c) Encefalitis.
- d) Meningocele.

RESPUESTA b)

La meningitis, ya sea vírica o bacteriana, se inicia con sintomatología de infección clásica: fiebre, mialgia, alteraciones digestivas y respiratorias.

El diagnóstico se realiza mediante punción lumbar donde buscaremos recuento de células, proteínas y glucosa.

La meningitis bacteriana es una infección grave con una morbimortalidad elevada, si el paciente tiene aspecto de gravedad se debe iniciar un tratamiento de sostén y contra la meningitis bacteriana, en caso de ser vírica quedará suspendido y en caso de ser bacteriana ganaremos tiempo y mejoraremos los factores residuales.

**25. El tratamiento fundamental de una meningitis vírica pediátrica es:**

- a) Medidas de sostén.
- b) Aciclovir.
- c) Agentes retrovirales.
- d) Todos los anteriores.

RESPUESTA a)

La mayoría de las meningitis víricas se suelen resolver de forma natural en unas semanas o meses, es el caso de las meningitis del Nilo occidental.

El tratamiento fundamental es de sostén e iremos añadiendo medicación en función del diagnóstico final: Aciclovir, si está producida por un herpes o tratamiento antirretroviral si es secundaria al virus VIH.

**26. Entre los patógenos predominantes de la meningitis bacteriana neonatal no encontramos:**

- a) Listeria monocytogenes.
- b) Estreptococo B
- c) Escherichia coli.
- d) Klebsiella.

RESPUESTA d)

Entre los patógenos predominantes de la meningitis bacteriana encontramos: estreptococo B, principalmente del tipo III, Escherichia coli, principalmente las que contienen el polisacárido K1 y la Listeria monocytogenes, aunque pueden haber otros menos comunes como: enterococos, los estreptococos de grupo D no entéricos, los estrptococos  $\alpha$ -hemolíticos y otros microorganismos entéricos gramnegativos.

Los cuadros se suelen originar a partir de sepsis, a mayor número de colonias, mayor posibilidad de riesgo. También se producen a partir de lesiones en el cuello cabelludo, sobre todo cuando hay malformaciones con comunicación entre las superficie cutánea y el espacio subaracnoideo, que predispone a tromboflebitis de las venas diploicas.

En neonatos es muy difícil ver que la causa es por contigüidad como otitis media.

**27. Un neonato que presenta meningitis bacteriana tendrá las fontanelas:**

- a) Con protusión.
- b) Con supuración.
- c) Con petequias residuales.
- d) Las fontanelas de los neonatos no se alteran en una meningitis bacteriana.

RESPUESTA a).

Una meningitis bacteriana neonatal es la inflamación de las meninges secundaria a una invasión bacteriana. Los signos son los de sepsis, irritación del SNC (p.ej., letargo, convulsiones, vómitos, irritabilidad – en particular, irritabilidad paradójica -, irigidez de nuca, protrusión o tensión de fontanelas) y alteraciones de los nervios craneales.

**28. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la meningitis no infecciosa es falsa?**

- a) Pueden estar originadas por originadas por fármacos o vacunas.
- b) Su sintomatología es similar a las otras meningitis.
- c) En el LCR podemos encontrar pleocitosis linfocítica.
- d) La mayoría de los casos son agudos y mortales.

RESPUESTA d)

La meningitis no vírica es un cuadro de irritación meníngea sin causa microbiológica, su etiología puede ser por fármacos, vacunas, metástasis...

La sintomatología es similar al resto de las meningitis pero su pronóstico suele ser mejor, el diagnóstico se basará en el estudio del LCR y neuroimagen si sospechamos la presencia de una masa.

**29. Ante una cefalea, señale cuál no se considera criterio de gravedad:**

- a) Comienzo progresivo e intenso.
- b) Acompañada de crisis epiléptica.
- c) Fiebre.
- d) Cefalea precipitada por el esfuerzo físico, tos o cambio postural.

RESPUESTA a).

Criterios de gravedad de una cefalea
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefalea intensa de comienzo súbito.</li> <li>- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica.</li> <li>- Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente.</li> <li>- Localización unilateral, siempre en el mismo lado (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística o continua, neuralgia occipital del trigémino, y otras cefaleas primarias unilaterales).</li> <li>- Manifestaciones acompañantes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>· Alteración psíquica progresiva.</li> <li>· Crisis epiléptica.</li> <li>· Alteración neurológica focal.</li> <li>· Papiledema.</li> <li>· Fiebre.</li> <li>· Náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria, ni por una enfermedad sistémica.</li> <li>· Presencia de signos meníngeos</li> </ul> </li> <li>- Cefalea precipita por esfuerzo físico, tos o cambio postural.</li> </ul>

**30. Son criterios clínicos de Migraña sin aura:**

- a) 4-72h de duración (no tratada o tratada sin éxito).
- b) Al menos dos de los siguientes: unilateral, pulsátil, moderada a grave y agravada por el movimiento.
- c) Al menos un síntoma asociado: náuseas o vómitos, fotofobia y sonofobia.
- d) Todos son criterios diagnósticos de Migraña sin aura.

RESPUESTA d).

Criterios diagnósticos de M. sin aura:

Al menos 5 episodios, cumpliendo los siguientes criterios:

- Duración del episodio de 4-72h (sin tratamiento o tratada sin éxito).
- Al menos 2 de los siguientes datos:
  - Unilateral (30-40% son bilaterales).
  - Pulsátil (50% de los casos son no pulsátiles).
  - Moderada a grave (interfiriendo o evitando las tareas cotidianas).
  - Agravada por el movimiento (caminar o subir escaleras).

- Al menos un síntoma asociado:
  - Náuseas o vómitos.
  - Fotofobia.
  - Sonofobia.
- El dolor no se atribuye a otra enfermedad.

**31. Respecto al estatus migrañoso, señale lo correcto:**

- a) Se define como crisis de migraña con una duración de más de 72h a pesar de un tratamiento correcto (puede existir periodos de tiempo sin cefalea, siempre y cuando éstos no superen las 4h)
- b) Se define como crisis de migraña con una duración de más de 48h a pesar de un tratamiento correcto.
- c) Puede existir periodos de tiempo sin cefalea, siempre y cuando éstos no superen las 8h.
- d) Ninguna es correcta.

RESPUESTA a).

Si la crisis persiste a pesar de un tratamiento correcto podemos estar ante un **ESTATUS MIGRAÑOSO**: se define como crisis de migraña con una duración de más de 72h a pesar de un tratamiento correcto (puede existir periodos de tiempo sin cefalea, siempre y cuando éstos no superen las 4h). Debemos realizar un diagnóstico correcto, excluyendo el abuso de medicación y las causas secundarias de cefalea.