



REUNIÓN PROVINCIAL ICTUS

Atención prehospitalaria al Ictus

GRUPO DE TRABAJO PIO ICTUS JAÉN

Grupo de trabajo ICTUS SUAP DS Jaén- Jaén Sur

José Miguel Cerón Machado

Cristóbal Navarrete Espinosa

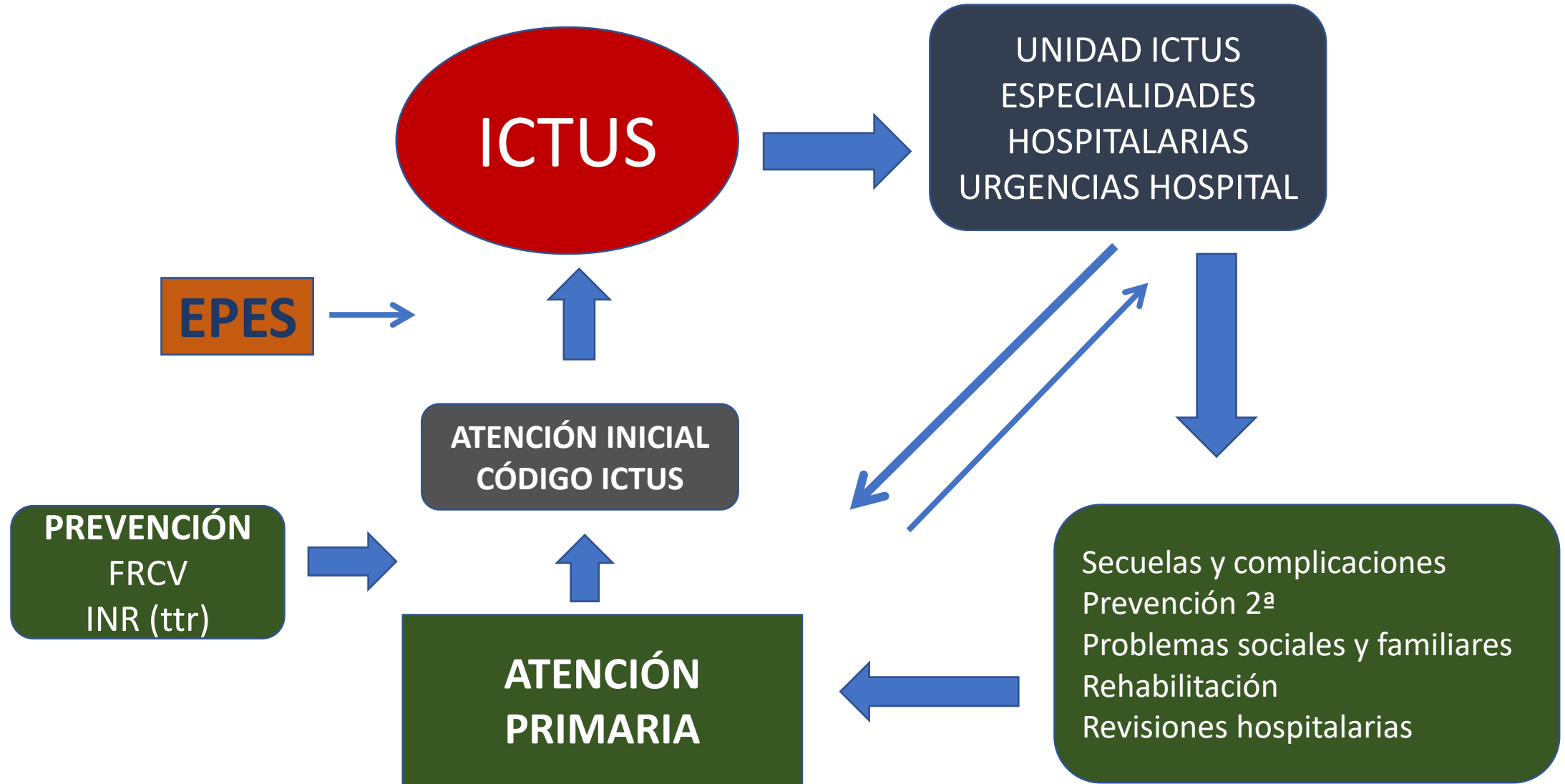
Jesús Morente Herrador

María Navas Avellaneda

Coordinadora Provincial PIO ICTUS JAÉN

Diana Vidal de Francisco

MANEJO DEL ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA





PLAN INTEGRAL Atención ICTUS:

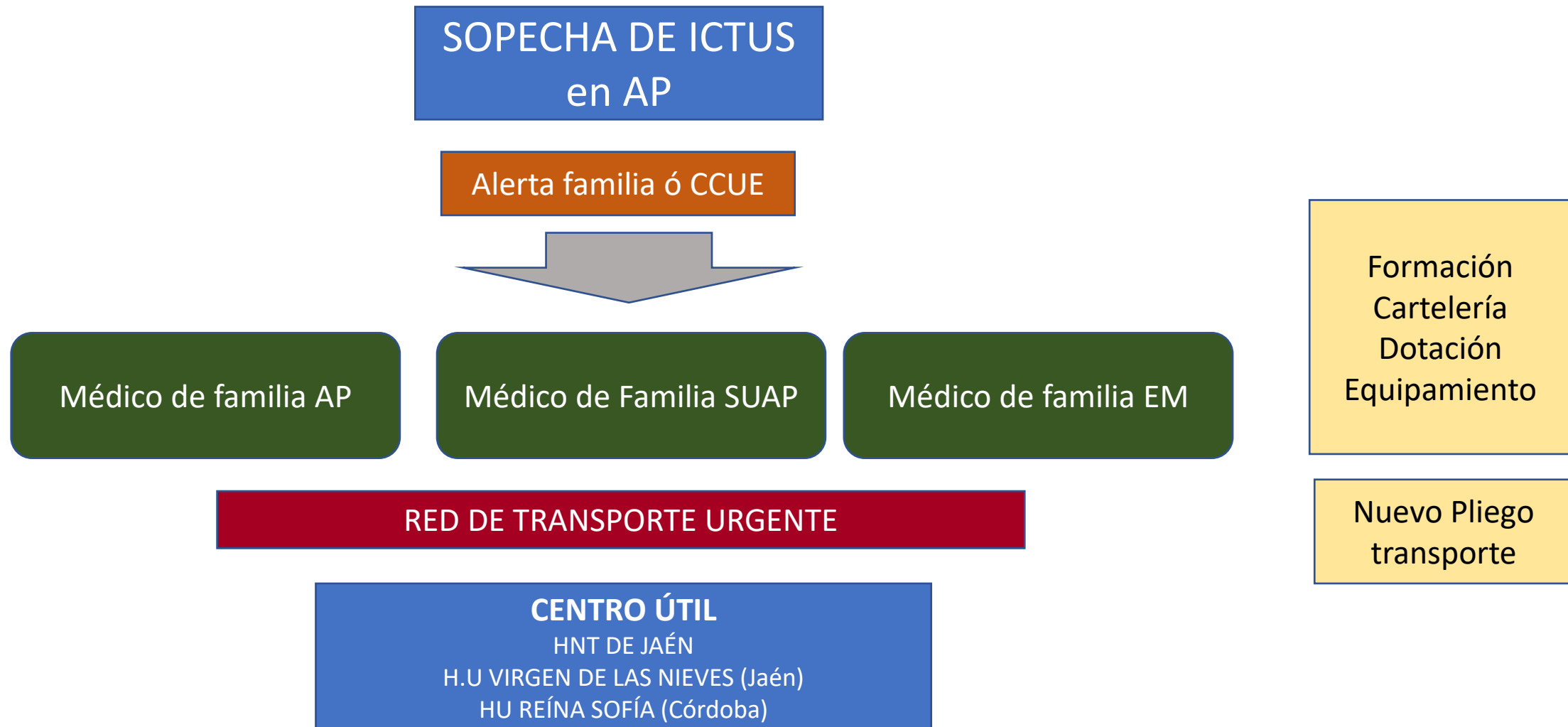
Manejo del paciente extrahospitalario y
la continuidad asistencial

Districtos Sanitarios Jaén, Jaén-Sur y
Complejo Hospitalario de Jaén.



ATENCIÓN AL CÓDIGO ICTUS EN AP

Dificultades



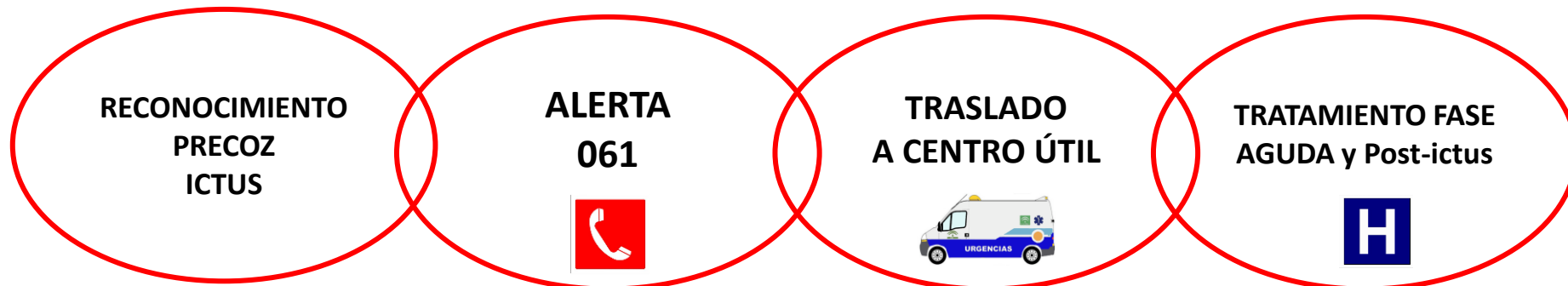
Atención al Ictus

OBJETIVOS

- Identificar a los pacientes que han sufrido un ICTUS en atención primaria y en los servicios de urgencias de atención primaria es fundamental para que el paciente se beneficie del mejor tratamiento y disminuir así la morbimortalidad y la discapacidad. Es la 1ª causa de muerte en mujeres.
- **Conocer los criterios de activación del CÓDIGO ICTUS**, que no son iguales a los criterios de fibrinólisis
- Trasladar al paciente que ha sufrido un CÓDIGO ICTUS, lo antes posible al centro hospitalario de referencia, con las medidas generales y específicas indicadas, **pero sin demorar el traslado.**

CÓDIGO ICTUS

Es la denominación por la que se activan todos los componentes de la **“Cadena ICTUS”** de una forma coordinada para una valoración urgente y precoz para el tratamiento en la fase aguda del Ictus.



Emergencias extrahospitalarias, médicos de urgencias/UCI y atención primaria, neurología, radiología, medicina interna, enfermería, auxiliares, celadores y operadoras

CÓDIGO ICTUS

RECONOCIMIENTO PRECOZ ICTUS

Criterios de activación CÓDIGO ICTUS:

1. **PACIENTE INDEPENDIENTE** ($mRS \leq 2^*$ capaz de caminar, vestirse y asearse)
2. Tiempo de inicio de los síntomas **igual o inferior a 22 horas**, Ictus del despertar, o Ictus de hora de inicio desconocida. Si arteria Basilar se amplía a 48h.
3. Focalidad neurológica aguda de etiología vascular y que persiste en el momento de la evaluación médica, por ejemplo:
 1. Déficit sensitivo y/o motor de 1 o 2 extremidades con o sin afectación facial
 2. Dificultad para hablar o entender
 3. Cefalea intensa asociada a náuseas y vómitos con síntomas neurológicos no atribuible a otra causa
 4. Dificultad para caminar por mareo sin giro de objetos/pérdida de coordinación, náuseas/vómitos.
4. **NO ACTIVAR EN CASO DE DEMENCIA GRAVE O ENFERMEDAD CON PRONOSTICO VITAL ≤ 6 MESES**

***ANTE LA DUDA UN $mRS \leq 3$ que cumpla criterios de ICTUS, también debe activarse.**

CÓDIGO ICTUS

ALERTA

061



Llamada a 061:

Tras reconocer un posible código ICTUS, por parte del sanitario o del familiar, se llamará a 061 para que el CCUE coordine y active el recurso necesario (**Prioridad 1**) para iniciar la asistencia y el traslado del paciente al centro útil más cercano, previamente prealertado.

Allí se reevaluará al paciente y realización del protocolo de neuroimagen.

El recurso de traslado podrá ser terrestre o aéreo.

Teléfono corporativo: **231119/ 953362119**

CÓDIGO ICTUS

TRASLADO A CENTRO ÚTIL



Traslado al Centro Útil:

Si el Código Ictus se da en el Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur (incluido el CHARE de Alcaudete), el paciente será trasladado al Hospital Neurotraumatológico de Jaén.

Reflejar en historia nombre, sexo, edad, antecedentes médicos y escala Rankin previa (mRS). **HORA INICIO SÍNTOMAS**

Realizar Historia clínica y exploración neurológica con NIHSS (SUAP tablet) ó Cincinnati (AP)

Constantes: TA, FC, SaO₂, Temperatura, Glucemia capilar, INR si AO

EKG, Analítica básica con coagulación (bajo la denominación "Código Ictus")



Tratamiento farmacológico:

Si T^a ≥ 37,5°C: Paracetamol 1gr IV o Metamizol 2gr. IV

Si TAS > 180 o TAD > 105 mmHg Labetalol bolo lento 10- 20 mg cada 5-10 min. 2^o opción Urapidilo

Si Sat O₂ < 94%: O₂ 2-4 l en gafas o mascarilla

Glucemia capilar Tratamiento médico siempre que la glicemia <50 ó > 400 mg/dl
Valores de neuroprotección (140-180 mg/dl)

CÓDIGO ICTUS

TRATAMIENTO FASE
AGUDA y Post-ictus



Protocolo neuroimagen:

- Si en TAC sc no hay hemorragia realizar AngioTAC TSA y PW.

Tratamiento:

1. Fibrinólisis, rTPA (Alteplasa/Actilyse®): dosis de 0,9mg/kg peso, 10% en bolo resto en infusión, en observación Urgencias →UCI 24h

- Criterios:

- >18 años sin límite de edad. Si > 85 años individualizar riesgo/beneficio
- Ictus isquémico
- < 4,5 horas de evolución
- Síntomas de ICTUS establecido al menos 30 minutos
- Si obstrucción a. Basilar, hasta 12 h o 48h sin síntomas fluctuantes, siempre que no haya lesión extensa.

2. Trombectomía en HU Reina Sofía

- Déficit neurológico con NIHSS ≥ 6 puntos + TAC Craneal basal con ASPECTS ≥ 5 .
- Ictus isquémico producido por la oclusión demostrada con Angio TAC de TSA/PW
- Síntomas ≤ 22 horas. Si a. Basilar hasta 24h o 48h.
- Cumpliendo los puntos anteriores y que esté contraindicada la fibrinólisis

TRATAMIENTO Y CUIDADOS UNIDAD ICTUS



CÓDIGO ICTUS

RECONOCIMIENTO PRECOZ ICTUS

ALERTA 061



TRASLADO A CENTRO ÚTIL



TRATAMIENTO FASE AGUDA y Post-ictus



Criterios de activación CÓDIGO ICTUS:

- PACIENTE INDEPENDIENTE** (mRS \leq 2* capaz de caminar, vestirse y asearse)
- Tiempo de inicio de los síntomas **igual o inferior a 22 horas**, Ictus del despertar, o Ictus de hora de inicio desconocida. Si arteria Basilar se amplía a 48h.
- Focalidad neurológica aguda de etiología vascular y que persiste en el momento de la evaluación médica, por ejemplo: a) déficit sensitivo y/o motor de 1 o 2 extremidades con o sin afectación facial b) Dificultad para hablar o entender 3) Cefalea intensa asociada a náuseas y vómitos con síntomas neurológicos no atribuible a otra causa c) Dificultad para caminar por mareo sin giro de objetos/pérdida de coordinación, náuseas/vómitos.
- NO ACTIVAR EN CASO DE DEMENCIA GRAVE O ENFERMEDAD CON PRONOSTICO VITAL \leq 6 MESES

*ANTE LA DUDA UN mRS \leq 3 que cumpla criterios de ICTUS, también debe activarse.

Llamada a 061:

Tras reconocer un posible código ICTUS, por parte del sanitario o del familiar, se llamará a 061 para que el CCUE coordine y active el recurso necesario (**Prioridad 1**) para iniciar la asistencia y el traslado del paciente al centro útil más cercano, previamente prealertado.

Allí se reevaluará al paciente y realización del protocolo de neuroimagen.

El recurso de traslado podrá ser **terrestre o aéreo**.

Teléfono corporativo: **231119/953362119**

Traslado al Centro Útil:

Si el Código Ictus se da en el Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur (incluido el CHARE de Alcaudete), el paciente será trasladado al Hospital Neurotraumatológico de Jaén.

Reflejar en historia nombre, sexo, edad, antecedentes médicos y escala Rankin previa (mRS). **HORA INICIO SÍNTOMAS**

Realizar Historia clínica y exploración neurológica con NIHSS (SUAP tablet) ó Cincinnati (AP)

Constantes: TA, FC, SaO₂, Temperatura, Glucemia capilar, INR si AO

EKG, Analítica básica con coagulación (bajo la denominación "Código Ictus")

Tratamiento farmacológico:

Si T^a \geq 37,5°C: Paracetamol 1gr IV o Metamizol 2gr. IV

Si TAS > 180 o TAD > 105 mmHg Labetalol bolo lento 10- 20 mg cada 5-10 min. 2^º opción Urapidilo

Si Sat O₂ < 94%: O₂ 2-4 l en gafas o mascarilla

Glucemia capilar Tratamiento médico

siempre que la glicemia <50 ó > 400 mg/dl)

Valores de neuroprotección (140-180 mg/dl)

Protocolo neuroimagen:

- Si en TAC sc no hay hemorragia realizar AngioTAC TSA y PW.

Tratamiento:

1. Fibrinolisis, rTPA (Alteplasa/Actilyse®): dosis de 0,9mg/kg peso, 10% en bolo resto en infusión, en observación Urgencias →UCI 24h

- Criterios:

- >18 años sin límite de edad. Si > 85 años individualizar riesgo/beneficio
- Ictus isquémico
- < 4,5 horas de evolución
- Síntomas de ICTUS establecido al menos 30 minutos
- Si obstrucción a. Basilar, hasta 12 h o 48h sin síntomas fluctuantes, siempre que no haya lesión extensa.

2. Trombectomía en HU Reina Sofía

- Déficit neurológico con NIHSS \geq 6 puntos + TAC Craneal basal con ASPECTS \geq 5.
- Ictus isquémico producido por la oclusión demostrada con Angio TAC de TSA/PW
- Síntomas \leq 22 horas. Si a. Basilar hasta 24h o 48h.
- Cumpliendo los puntos anteriores y que esté contraindicada la fibrinolisis

TRATAMIENTO Y CUIDADOS UNIDAD ICTUS

ALGORITMO MANEJO PREHOSPITALARIO DEL CÓDIGO ICTUS DS JAÉN-JAÉN SUR

SOPECHA DE ICTUS
AP/ SUAP

**CRITERIOS DE ACTIVACIÓN
CÓDIGO ICTUS**

- PACIENTE INDEPENDIENTE** Escala Rankin (mRS) ≤ 2 puntos, si duda mRS ≤ 3 también activar
- Síntomas de ICTUS
- Duración ≤ 22 horas

SI

Llamar 061
(Corp. 231119) **Prioridad 1**

Prealerta
Urgencias
hospital /UCI

TRASLADO A CENTRO ÚTIL
Medio terrestre o aéreo

HOSPITAL
NEUROTRATUMATOLÓGICO
DE JAÉN



No demorar el traslado
Anamnesis e INICIO DE SÍNTOMAS
Exploración física:
TA/Fc/Tª/Glucemia/Sat O2/INR si AO
Escala NIHSS (Tablet HCDM) ó Cincinnati
ECG

Tratar:

- Si Tª $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$: Paracetamol 1gr IV o Metamizol 2gr. IV
- Si TAS > 180 o TAD > 105 mmHg Labetalol bolo lento (2 ó 3 min) 10 – 20 mg cada 5-10 min min. 2ª opción Urapidilo
- Si Sat O2 $< 94\%$: O2 2-4 l en gafas o mascarilla
- **Glucemia capilar** tratamiento médico adecuado de la glucemia **siempre** que sea < 50 mg/dl o > 400 mg/dl
- El rango de glicemia 140 a 180 mg/dl se considera una medida de neuroprotección, evitando cifras superiores a 155 mg/dl.

Medidas terapéuticas y cuidados código ICTUS

Medidas generales

- Vigilar nivel de conciencia. Glasgow
 - ABC. Vía permeable
 - Hora de inicio de los síntomas
 - Decúbito supino, cabecera a 30º
 - Control de constantes cada 15 min:
 - TA; Tª, FC Sat O2 y glucemia
 - INR si AO antivitK
-
- Si vía aérea no permeable: Guedel. Mascarilla laríngea. IOT
 - Canalizar vía venosa periférica, en extremidad no parética (hemograma, coagulación y bioquímica)
 - Vía con S. Fisiológico. NO glucosado, salvo hipoglucemia
 - ECG 12 derivaciones y monitorización
 - NO punción arterial ni vía central
 - Sondaje vesical si hay globo
 - NO administrar antiagregantes ni anticoagulantes

Medidas específicas

- O2 si Sat < 94%
- Paracetamol 1 gr IV en 10-15 min si Tª 37,5°C. O Metamizol 2gr/ 6 horas
- Si TAS > 220 o TAD > 120mmHg Labetalol bolo 25 mg cada 30 min. Si no hay respuesta en perfusión. 2º opción Urapidilo bolos de 10-50 mg lento. Repetir cada 5 min. Contraindicado en estenosis aórtica, ajustar en ins. Hepática grave.
- **Glucemia**, no administrar sueros glucosados salvo hipoglucemia
 - Glucemia 180- 250: 4 UI insulina rápida
 - Glucemia 250-300: 6 UI insulina rápida
 - Glucemia > 300: 8 UI insulina rápida
- **Crisis comiciales**: si es necesario tratamiento con diazepam y/o fenitoína. NO de forma profiláctica.
 - Diluir 1 ampolla de diazepam 10 mg/2 ml en 8 ml de s fisiológico y administrar a un ritmo de 2 mg/minuto. Hasta un total de 40 mg si no hay respuesta.
- **Tratar el dolor**

Anexos

1. Escala Rankin Modificada (mRS) Activo CODIGO ICTUS Si es ≤ 2 puntos

Clasificación de Rankin Modificada	
0	Sin síntomas
1	Sin incapacidad importante. Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales
2	Incapacidad leve. Incapaz de realizar alguna de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda
3	Incapacidad moderada. Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p.e. necesita alguna ayuda)
4	Incapacidad moderadamente grave. Síntomas que impiden claramente su subsistencia independientemente, aunque sin necesidad de atención continua (p.e., incapaz de atender sus necesidades personales sin ayuda)
5	Incapacidad grave. Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche
6	Muerte

2. Escala de Cincinnati

Paresia Facial (intente sonreír)	
Movimiento simétrico bilateral	0
Asimetría	1
Paresia Braquial (levante los brazos)	
Brazos extendidos no caen	0
Un brazo cae	1
Lenguaje (preguntar por su nombre)	
Palabras y habla adecuada	0
Palabras inadecuada, incorrecta o no habla	1
Total	

Si suma 1 punto la probabilidad de enfermedad vascular cerebral es del 72%

Si 3 puntos, la probabilidad es superior al 85%

3. Escala NIHSS

Escala NIHSS
(National Institutes
of Health Stroke
Scale) de
Valoración del Ictus
Isquémico.

Evaluación	Respuesta	Puntaje	Evaluación	Respuesta	Puntaje
1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	6a. Motor miembro inferior	Sin caída	0
	Somnoliento	1		Caída	1
	Estuporoso	2		No resiste la gravedad	2
	Coma	3		No ofrece resistencia	3
1b. Preguntas (mes, edad)	Ambas correctas	0	6b. Motor miembro inferior	No movimiento	4
	1 rpta. Correcta	1		Amputación/artrodes.	NE
	Ambas incorrectas	2		Sin caída	0
				Caída	1
1c. Ordenes (abra y cierre los ojos, haga puño y suelte)	Obedece ambas	0	7. Ataxia de miembros	No resiste la gravedad	2
	Obedece 1 orden	1		No ofrece resistencia	3
	No obedece ninguna	2		No movimiento	4
2. Mirada (sigue dedo/ examinador)	Normal	0		Amputación/artrodesis	NE
	Parálisis parcial	1	Ausente		0
	Desviación forzada	2	Presente en 1 miembro		1
3. Visión (presente estímulos/amenazas visuales a 4 campos)	Visión normal	0	8. Sensibilidad	Presente en 2 miembro	2
	Hemianopsia par	1		Normal	0
	Hemianop. Comp	2		Hipoestesia leve-mod	1
	Hemianop. Bilat.	3	Hipoestesia mod-sev	2	
4. Parálisis facial	Normal	0	9. Lenguaje	Normal	0
	Leve	1		Afasia leve	1
	Moderada	2		Afasia moderada	2
	Severa	3		Afasia global	3
5a. Motor miembro superior	Sin caída	0	10. Disartria	Normal	0
	Caída	1		Disartria leve – mod.	1
	No resiste gravedad	2		Disartria mod – severa	2
	No ofrece resistencia	3		Paciente intubado	NE
	No movimiento	4	11. Extensión e inatención evaluar desatención / estimulación doble simultán	No desatención	0
Amputación/artro	NT	Desatención parcial		1	
5b. Motor miembro superior	Sin caída	0		Desatención completa	2
	Caída	1			
	No resiste gravedad	2			
	No ofrece resistencia	3			
	No movimiento	4			
Amputación/artro	NT				

3. Escala NIHSS

1.a. Nivel de conciencia (valorar respuesta espontánea, a la voz o al dolor)			
0	Normal: Ojos abiertos espontáneamente		<input type="checkbox"/>
1	Estupor: Abre ojos a voz o dolor		
2	Coma Superficial: Abre ojos al dolor, respuesta no refleja (localiza)	<i>Pasar Glasgow. Puntuará 2 en lenguaje, 1 en sensibilidad y 0 disartria</i>	
3	Coma profundo: No abre ojos, respuesta ausente o refleja (decorticación, descerebración)	<i>Pasar Glasgow. Puntuará 2 en lenguaje, 2 en sensibilidad y 0 disartria</i>	
1.b. Nivel de conciencia: orientación. 1º.- Mes actual. / 2º Edad			
0	Ambas correctas		<input type="checkbox"/>
1	Una correcta	<i>Si disartria grave, o intubado, 1</i>	
2	Ninguna correcta	<i>Si afasia o coma, también 2</i>	
1.c. Nivel de conciencia: órdenes. 1º - Abrir y cerrar ojos / 2º - Apretar la mano (no parética)			
0	Obedece ambas	<i>Puede ayudarse de imitación en afásicos.</i>	<input type="checkbox"/>
1	Obedece una sola	<i>Si amputaciones, otra (sacar lengua, p.ej.)</i>	
2	No obedece ninguna	<i>Si afasia que ni imita o coma, 2</i>	
2. Mirada horizontal (postura espontánea y seguimiento ocular)			
0	Normal: seguimiento voluntario.	<i>Si afasia, moverse alrededor o estímulos sonoros</i>	<input type="checkbox"/>
1	Paresia parcial: desviación ocular que corrige	<i>Mirada desviada fija, corrige al seguimiento o con reflejos oculocéfálicos (ROC)</i>	
2	Paresia total, versión ocular forzada	<i>No corrige con ROC</i>	
3. Campos visuales (confrontación por cuadrantes superiores e inferiores)			
0	Normal. Ve normal en 4 cuadrantes	<i>Si ojo único, explorar los 4 cuadrantes de ese ojo.</i>	<input type="checkbox"/>
1	Hemicuadrantapnosia (Hemianopsia parcial)	<i>Estimular cada lado y simultáneamente, si hay extinción visual, puntúa 1 y el resultado valdrá para ítem 11 (negligencia/extinción)</i>	
2	Hemianopsia		
3	Ceguera	<i>Incluye cegueras de cualquier causa</i>	
4. Parálisis facial (mostrar dientes, cerrar ojos, elevar cejas)			
0	Ninguna	<i>En afásicos puede usarse imitación</i> <i>En coma o no colaboradores, estimular</i>	<input type="checkbox"/>
1	Parálisis mínima	<i>Borramiento del surco nasogeniano, asimetría leve la sonreír</i>	
2	Parálisis parcial (= paresia facial inferior, tipo central)	<i>Paresia evidente que sólo afecta musculatura inferior.</i>	
3	Parálisis total (= paresia facial sup. e inf., tipo periférico)	<i>No importa la gravedad, sino que sea a la vez superior e inferior</i>	
5. Fuerza en MMSS (cada miembro por separado; brazo extendido, palmas abajo, 90º si sentado, 45º si supino. Contar 10'')			
0	Normal: resiste 10 segundos en la postura	<i>Si afasia, se les estimula con tono de voz impositivo, por signos, y con imitación, pero sin hacer daño.</i>	5.a. MSI
1	Cae lentamente antes de 10 segundos		<input type="checkbox"/>
2	Esfuerzo contra gravedad	<i>Capaz de levantar del plano; equivale a una fuerza 3/5 de la exploración habitual</i>	5.b. MSD
3	Movimiento a favor de gravedad	<i>Mueve sobre el plano pero es incapaz de levantarlo; equivale a una fuerza 2/5</i>	
4	Ausencia de movimiento		
X	No se puede valorar	<i>Sólo en el caso de amputación o de fusión articular en el hombro (anotar explicación).</i>	<input type="checkbox"/>

3. Escala NIHSS

6. Fuerza en MMII (cada miembro por separado; pierna extendida a 30° en supino, contar 5'')			
0	Normal: resiste 5 segundos en la postura	Si afasia, se les estimula con tono de voz impositivo, por signos, y con imitación, pero sin hacer daño.	6.a. MII <input type="checkbox"/>
1	Cae lentamente antes de 5 segundos		
2	Esfuerzo contra gravedad	Capaz de levantar del plano; equivale a una fuerza 3/5 de la exploración habitual	6.b. MID <input type="checkbox"/>
3	Movimiento a favor de gravedad	Mueve sobre el plano pero es incapaz de levantarlo; equivale a una fuerza 2/5	
4	Ausencia de movimiento		
X	No se puede valorar	Sólo en el caso de amputación o de fusión articular en cadera (anotar explicación).	
7. Ataxia de extremidades (ojos abiertos, dedo-nariz y talón-rodilla en ambos lados)			
0	No hay ataxia o no es demostrable	Sólo puntúa si es claramente demostrable. En caso de paresia leve, sólo si es desproporcionada a la debilidad. En caso de paresia grave o afasia, no es demostrable.	<input type="checkbox"/>
1	Ataxia en una extremidad		
2	Ataxia en dos extremidades		
8. Sensibilidad (pinchazo en brazo, pierna, tronco, cara en ambos lados; no manos ni pies)			
0	Normal	Se valora la verbalización y en afásicos, el gesto de dolor. Los déficits previos deben excluirse, por ello se evitan mano y pie (neuropatía).	<input type="checkbox"/>
1	Déficit leve	Estimular cada lado y simultáneamente, si hay extinción sensitiva, puntúa 1 y el resultado valdrá para el ítem 11. Estuporoso o afásicos con déficit hemicorporal pero sin explicitar grado, 1	
2	Déficit total o bilateral o coma	Sólo si: anestesia hemicorporal explícita, déficit bilateral (de cualquier grado) o paciente en coma	
9. Lenguaje (Valorar pruebas previas; si dudas: describir lámina, denominar, repetir y leer)			
0	Normal	Considerarlo si ha obedecido todas las instrucciones y puede explicar fluidamente lo que le ocurre. Los intubados pueden ayudarse escribiendo.	<input type="checkbox"/>
1	Afasia leve	Dificultad para comprender alguna orden, producción de lenguaje escaso o agramatical, pero comunicación fácil.	
2	Afasia grave	Comprende mal órdenes, aunque es capaz de imitar. No emite lenguaje, aunque es capaz de reconocer objetos con ayuda o de escribir. Comunicación difícil pero posible.	
3	Afasia total, mutismo o coma	No puede hablar ni obedecer nada, ni siquiera imitando o escribiendo.	
10. Disartria (Valorar pruebas previa; si dudas: repetir o leer lista de palabras)			
0	No disartria o no valorable por afasia motora, mutismo o coma.	En afásicos, si existe alguna producción, se valora la claridad de articulación. Si la afasia no produce palabras o en coma, 0	<input type="checkbox"/>
1	Disartria leve.	Articulación deficiente, pero comprensible	
2	Disartria grave	Incomprensible.	
X	Barrera física	Sólo si está intubado, laringectomizado o tiene otra barrera física	
11. Negligencia/extinción. (Resultados ítems 3 y 8, y presencia de heminegligencia espacial, anosognosia, asomatognosia)			
0	Normal	Si ceguera, valorar sólo táctil	<input type="checkbox"/>
1	Extinción sensitiva en una modalidad	Extinción visual o táctil.	
2	Extinción sensitiva en más de una modalidad o heminegligencia	Extinción visual y táctil o bien negligencia espacial, anosognosia o asomatognosia.	