



Mi Universidad

P.A.E

NOMBRE DEL ALUMNO: Nelva María Lucas Rueda

NOMBRE DEL TEMA: realización de una historia clínica general de paciente en estado crítico y proceso de atención en enfermería

PARCIAL: segundo

NOMBRE DE LA MATERIA: práctica clínica de enfermería II

NOMBRE DEL PROFESOR: Alfonso Velázquez Ramírez

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: licenciatura en enfermería

CUATRIMESTRE: 7mo

FECHA DE ENTREGA: 18 de octubre del 2022, pichucalco, Chiapas

Introducción.

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en un adulto maduro con diagnóstico de evento cerebrovascular del hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. El evento cerebro vascular isquémico causa afecciones que comprometen la vida de la persona. Los profesionales de Enfermería deben estar altamente capacitados en bases científicas y prácticas capaces de emitir juicios críticos para valorar, tratar y ejecutar las intervenciones inocuas con una visión holística a fin de garantizar el bienestar del paciente.

Los profesionales de Enfermería juegan un papel importante en el restablecimiento del enfermo; incorporan el conocimiento acumulado a través de métodos científicos para describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de Enfermería óptimos y vincularse con la persona en el contexto holístico para lograr su completo bienestar.

Objetivos.

- 1.-Describir la definición, epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y tratamiento del evento cerebrovascular.
- 2.- Ejecutar el Proceso de Atención de Enfermería con el fin de identificar las necesidades y/o problemas de salud del paciente con evento cerebrovascular, mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- 3.- Establecer y priorizar los diagnósticos de Enfermería mediante el lenguaje enfermero con la aplicación de la taxonomía NANDA-NOC-NIC, enfatizado en los problemas y/o necesidades de salud encontrados en el paciente.

Marco teórico.

Se conoce como enfermedad vascular cerebral (EVC) a una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente.

Se clasifica en 2 subtipos: isquémica y hemorrágica: **Isquémica cerebral transitoria:** Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo. Los síntomas duran unos pocos minutos y el paciente se recupera totalmente en menos de 24 horas. Es considerada como una urgencia médica. **Infarto Cerebral:** Aparece cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por una obstrucción, que puede ser por causada por grasa o sangre, en un vaso sanguíneo. **Hemorragia:** Se presenta cuando un vaso sanguíneo se rompe, causando un sangrado dentro del cerebro.

La severidad de la enfermedad depende de los defectos. De los campos visuales: Hemianopsia homónima, pérdida de la visión periférica, diplopía. Defectos motores: Hemiparesia, hemiplejía, ataxia, disartria, disfagia. Déficit sensitivo: Parestesias. Defectos verbales: Afasia de expresión, afasia de recepción, afasia global o mixta. Déficits cognitivos: Pérdida de la memoria a corto y largo plazo, disminución de la capacidad para mantener la atención, deterioro de la capacidad para concentrarse, razonamiento abstracto pobre, alteración del juicio. Déficits emocionales: Pérdida del autocontrol, labilidad emocional, disminución de la tolerancia a las situaciones que generan estrés, depresión, retraimiento, miedo, hostilidad e ira, sentimientos de aislamiento.

Sin embargo, existen factores que influyen directamente como son los factores socioeconómicos, culturales, antecedentes patológicos familiares y/o personales, malos hábitos de salud, abuso de sustancias como alcohol y drogas y patologías de base como: ataque isquémico transitorio, fibrilación auricular, enfermedad arterial coronaria y la enfermedad estenótica de la válvula mitral.

Después de sufrir una EVC, una de cada 3 personas presenta algún grado de discapacidad, debido a que el cerebro es el responsable de generar los movimientos, sensaciones y acciones que realiza el cuerpo. Dependiendo del área del cerebro afectada, las secuelas pueden ser: Deficiencias motoras: Parálisis en una o varias extremidades, dificultad para caminar, falta de equilibrio, espasticidad (rigidez y/o tensión muscular). Esto provoca limitaciones para realizar actividades cotidianas. Alteraciones de la sensibilidad: Temperatura, tacto y dolor. Alteraciones en el lenguaje: Dificultad para hablar, vocalizar y/o entender. Alteraciones en la deglución: Para beber o comer. Alteraciones en la visión: Disminución de la vista y/o campo visual. Alteraciones neuropsicológicas: Dificultad para recordar, razonar y/o concentrarse. Alteraciones en las emociones: Problemas para controlar emociones y/o sentimientos. Dolor: Picor, hormigueo y/o ardor en una o varias partes del cuerpo.

Métodos diagnósticos. La tomografía axial computarizada (TAC) cerebral simple es la imagen recomendada por la Asociación Americana del Corazón (AHA) para la evaluación inicial y toma de decisiones sobre el manejo del paciente, esta se debe realizar dentro de los 25 minutos desde el momento del ingreso del paciente para determinar si el evento es isquémico o hemorrágico, ya que de ello determinará el tratamiento. Los estudios diagnósticos adicionales son: el electrocardiograma, angiografía por TAC, resonancia magnética (RM), angiografía por resonancia magnética de los vasos cerebrales y del cuello, estudios de flujo Doppler transcraneal, ecocardiografía transtorácica o transesofágica, TAC con xenón y TAC por emisión de fotón único.

Tratamiento: Para disminuir las secuelas, es importante la rehabilitación física que debe iniciarse lo más rápido posible. Se recomienda que sea multidisciplinaria y constante, de 3 a 6 meses después de la enfermedad vascular cerebral. Los servicios de rehabilitación pueden incluir: terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y auditiva, terapia, recreacional, grupos de apoyo.

El tiempo de recuperación en cada persona es diferente y depende de factores como: tamaño de la zona dañada, lugar del cuerpo afectado, restablecimiento del flujo sanguíneo, estado de salud previo.

Para evitar una recaída es importante seguir las recomendaciones del médico en cuanto a: Una dieta más sana, realizar ejercicio regularmente, evitar el consumo de alcohol y tabaco, en caso de padecer hipertensión o cualquier otra enfermedad, seguir el tratamiento indicado por el médico.

Es importante que las personas que vayan a cuidar al paciente, tomen en cuenta los siguientes consejos: Ayuda al paciente a realizar flexiones de brazos y piernas de manera constante, Cámbialo de posición cada 2 horas, durante el día. Báñalo o ayúdale a que se mantenga limpio. Lubrica su piel constantemente. En caso de ser necesario, cámbiale el pañal frecuentemente. Mantenlo con ropa limpia y cómoda. Cambia la ropa de capa diariamente y evita que se le hagan pliegues. Realiza ejercicios de reeducación del lenguaje: pídele que lea direcciones o que repita frases sencillas. Pon un timbre o campana cerca del paciente para que se pueda comunicar. Vigila que respete la dieta indicada por el médico. Procura que tome líquidos de manera abundante durante el día. Vigila que orine y defeca diariamente. En caso de tener el paciente con sonda urinaria, vigila que drene continuamente. En caso de contar con sonda para alimentación, fíjate que no esté tapada y que esté bien colocada. Toma medidas de precaución para evitar caídas. Procura que tome sus medicamentos en el horario indicado por el médico. Por ningún motivo deben suspender sus medicamentos, a menos que así lo indique su médico. Recuerda que seguir el tratamiento es fundamental para la mejoría del paciente. La probabilidad de que la EVC se repita en la persona en un lapso de 2 años, es del 10 al 22%.

Se recomienda el soporte de la vía aérea y asistencia ventilatoria como parte del manejo en pacientes con evento cerebrovascular isquémico, que presenten alteración del estado de conciencia o disfunción bulbar que afecte la vía aérea. Además, se recomienda lograr saturaciones de oxígeno mayores a 94%, aun si esto implica el uso de oxígeno suplementario. La temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ debe tratarse con antipiréticos. Se recomiendan niveles de glicemia entre 140 y 180 mg/dL y evitar la hipoglucemia, la cual debe tratarse cuando sea < 60 mg/dL.

Se deben usar antihipertensivos cuando las cifras de tensión arterial sean iguales o mayores a 220/120 mm Hg, sin descensos menores al 15% en las primeras 24 horas. Los pacientes candidatos a terapias de reperfusión deben mantener una presión arterial menor a 185/110 mm Hg, y los pacientes que ya han sido llevados a terapia de reperfusión deben mantener una tensión menor a 180/105 mm Hg, durante las primeras 24 horas después del tratamiento.

Las terapias de reperfusión en evento cerebrovascular isquémico agudo son: Trombosis intravenosa (IV). Trombosis intraarterial (IA). Trombectomía mecánica. Se recomienda la administración de antiagregantes plaquetarios para el manejo del evento cerebrovascular isquémico agudo como prevención secundaria. El uso de estatinas reduce la incidencia de evento cerebrovascular en hasta el 41% con atorvastatina, debido a la reducción de los niveles séricos de colesterol de baja densidad (LDL) y a los efectos pleiotrópicos de las estatinas, que incluyen efectos antiinflamatorios, antioxidantes y neuroprotectores.

Evento cerebrovascular isquémico, hemiplejía derecha, tratamiento: Nada por vía oral. Alimentación con dieta blanda líquida por sonda nasogástrica cada 4 horas. Oxigenoterapia por razones necesarias. Monitorizar saturación arterial de oxígeno. Control de signos vitales cada hora más valoración de escala de Glasgow. Control de fuerza, tono muscular y sensibilidad. Vigilar la función pupilar, diámetro, tamaño y reacción pupilar. Valoración de pares craneales. Mantener posición decúbito dorsal con la cabecera elevada a 30°. Control y valoración de ingesta y eliminación, más balance hídrico estricto. Reposo absoluto más cambios de posición. Valoración de existencia de vómitos en escopetazo. Fluido terapia con Solución Salina al 0,9% de 1000 ml a 30 gotas por minuto.

Farmacoterapia: Enoxaparina 40 mg cada día (QD) subcutánea (SC). Omeprazol 40 mg cada 12 horas vía intravenosa (IV). Simvastatina 10 mg cada día (QD) vía oral por sonda nasogástrica.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en021e.pdf>

<https://revistamedica.com/pae-evento-cerebrovascular-isquemico/#RESUMEN>

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Ficha de identificación:

Nombre: J.G.L

Dirección actual: Avenida Mórelos calle 23 colonias las ranas

Fecha de nacimiento: 20 de mayo de 1984

Sexo: M Edad: 38

Ocupación: se desempeña como empleado del transporte público (maneja un microbús).

Motivo de la Consulta: acudió a servicios de urgencias por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por cefalea pulsátil de moderada intensidad (4/10), de predominio occipital.

Antecedentes Personales Patológicos:

Cardiovasculares NO Pulmonares NO Digestivos NO Diabetes NO

Renales NO Quirúrgicos NO Alérgicos NO Transfusiones NO

Medicamentos paracetamol y aspirina Desde cuando lo Padece, Especifique: la esposa menciona que desde hace varios meses el paciente ha estado mencionando que le da dolores de cabeza de manera frecuente

Antecedentes Personales No Patológicos:

Alcohol: NO

Tabaquismo: NO

Drogas: NO

Inmunizaciones: NO

Otros: vive en casa rentada con pareja estable y tiene 3 hijos, el mayor de 10 años, la menor de 6 años y el de en medio 8 años de edad, visita a sus padres frecuentemente y come un día a la semana con ellos, generalmente el fin de semana. La casa que renta cuenta con todos los servicios públicos, se comunica Vía telefónica con amigos y familiares; aunque es una casa pequeña, cuenta con dos cuartos en las cuales los niños duermen juntos, y tiene 1y medio baño para el

aseo personal. Refiere contar con mascotas un perro de raza pequeña y un perico de la especie de los loros, así como 2 periquitos australianos. Menciona que no hay animales que se pudieran considerar como fauna nociva, únicamente cucarachas que son difíciles de controlar. Los hábitos dietéticos del paciente son, desde que lo conoce ,consumir los alimentos agregando un poco más de sal sin antes haberlos probado y en su casa se acostumbra de esa manera ya que casi toda la familia lo hace, con excepción de su hermana mayor y de su hermano menor.

Antecedentes Familiares:

Padre: Vivo Sí No

Enfermedades que padece: sin patologías aparentes

Madre: Viva Sí No

Enfermedades que padece: hipertensa conocida desde hace algunos años

Hermanos: ¿Cuántos? 8 **Vivos**

Enfermedades que padecen y desde cuándo?: ninguno

Otros: _____

Antecedentes Gineco -obstétricos:

Menarquia _____ **Ritmo** _____ **F.U.M.** _____

G _____ **P** _____ **A** _____ **C** _____ **I.V.S.** _____

Uso de Métodos Anticonceptivos: Sí _____ No _____ **¿Cuál (es)? Y Tiempo de Uso?** _____

Padecimiento actual: cefalea súbita muy intensa (10/10) acompañada de náusea y acúfenos por lo que acude a valoración con especialista que le indicó antihipertensivo calcio antagonista y ketorolaco y 2 horas antes de acudir a urgencias presento escotoma durante 20 minutos, desviación de la boca a la derecha, disartria, hemiparesia derecha y marcha atáxicas.

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

<p>Aparato digestivo: halitosis, boca seca, masticación, disfagia (odinofagia), pirosis, náusea, vómito, (hematemesis), dolor abdominal. Meteorismo y flatulencias, constipación, diarrea, rectorragia, melenas, pujo y tenesmo, ictericia, coluria y acolia, prurito cutáneo, hemorragias.</p>	<p>Nausea y disfagia paciente tiene problemas para deglutir y pasaje de líquido sólido en todo el trayecto del esófago hasta el cardias.</p>
<p>Aparato cardiovascular: disnea, tos (seca, productiva), hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis edema y manifestaciones periféricas (acufenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, etc.)</p>	<p>Manifestaciones periféricas (acufenos) percepción de ruidos en los oídos y la cabeza sin que exista una fuente exterior de sonido.</p>
<p>Aparato Respiratorio: tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, cianosis, vómica, alteraciones de la voz.</p>	<p>Disnea y dolor torácico presente entre ratos punzante agudo que se irradia hacia el cuello.</p>
<p>Aparato Urinario: alteraciones de la micción (poliuria, anuria, polaquiuria, oliguria, nicturia, opsiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro, enuresis, incontinencia) caracteres de la orina (volumen, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema renal, hipertensión arterial, datos clínicos de anemia.</p>	<p>Alteraciones de la micción (polaquiuria) necesidad de orinar muchas veces durante la noche</p>
<p>Aparato Genital: criptorquidia, fimosis, función sexual, sangrado genital, flujo o leucorrea, dolor ginecológico, prurito bulbar.</p>	<p>Preguntado y negado</p>
<p>Aparato Hematológico: datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.</p>	<p>Preguntado y negado</p>
<p>Sistema Endócrino: bocio, letargia, bradipsiquia (lalia), intolerancia calor/frío, nerviosismo, hiperquinesis, características sexuales, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, obesidad.</p>	<p>Preguntado y negado</p>

Sistema Osteomuscular: ganglios, foto sensibilidad artralgias/mialgias, Raynaud.	Preguntado y negado
Sistema Nervioso: cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vértigo, confusión y obnubilación, vigilia/sueño, parálisis, marcha y equilibrio, sensibilidad.	Marcha atáxica
Sistema Sensorial: visión, agudeza, borrosa, diplopía, fosfenos, dolor ocular, fotofobia, xeroftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea y otorragia, hipoacusia, tinnitus, olfacción, epistaxis, secreción, geusis, garganta (dolor) Fonación	Dilatación pupilar sin respuesta a la luz, ausencia de reflejos vestibulares
Psicosomático: personalidad, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.	Preguntado y negado

Exploración física:

<p>1.- FC: 50 latidos por minuto</p> <p>2.- TA: 150/90 mmHg</p> <p>3.- FR: 35 respiraciones por minuto</p> <p>4.- Temperatura: 37 °c</p>	<p>5.- Peso actual: 59 kilos</p> <p>6.- Peso anterior: 60 kilos</p> <p>7.- Peso ideal: IMC 23.63</p> <p>8.- Talla: 1.58</p>
--	---

Cabeza	No hay deformidades óseas, lesiones o cicatrices, es de un tamaño y forma adecuada, el cuero cabelludo es móvil y no presenta lesiones. Cara: no facies de dolor, cejas pobladas, simétrica y bien implantadas, a la palpación no hay crepitos óseos ni dolor, no dolor a la palpación de los senos frontales y maxilares, no presenta edema. Ojos: no signos de irritación en esclera, campimetría conservada, fondo de ojos sin anomalías. Oídos: tamaño de las orejas acordes a la morfología del paciente, con buena implantación del pabellón auricular y sin lesiones. Nariz: simétrica sin lesiones o deformidades, narinas simétricas, con adecuada expansión a la inspiración, tabique nasal recto entre la línea media, la mucosa nasal es rosada, no hay irritación. Boca y faringe: amígdalas hipertróficas grado 2, coloración normal, sin secreciones, no se visualizan lesiones en carrillos, lengua de un tamaño normal.
Cuello	Movilidad conservada en cuello, hay ingurgitación yugular bilateral, no adenomegalias, tráquea bien centrada y móvil, cartílagos cricoides y tiroides palpables, tiroides no palpables.
Tórax	Tórax simétrico, a la palpación se hallan espacios intercostales conservados, frémito táctico y vocal conservado, no presenta ningún punto doloroso, no hay desviaciones ni deformidades, hay resonancia en todos puntos de percusión, a la auscultación hay leve disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, roncus generalizado y un soplo grado 4/6 en los focos mitral y tricúspideo.
Abdomen	Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación, a la percusión se halla hepatomegalia 5 cm por debajo del reborde costal derecho.
Miembros	Extremidades superiores e inferiores con piel normal, integra, bien hidratada, adecuada coloración, tono muscular y fuerza adecuados, arcos de movimientos completos, reflejos osteotendinosos normales, simétricas, pulsos presentes, de igual intensidad en todos los trayectos arteriales.
Genitales	Diferidos.

Paciente J.G.L, masculino de 38 años de edad, sin antecedentes previos de patología. Acude a servicio de urgencias por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por cefalea pulsátil de moderada intensidad (4/10), de predominio occipital, que se controló parcialmente con paracetamol. 24 horas antes de su ingreso cursa con nuevo evento de cefalea súbita muy intensa (10/10) acompañada de náusea y acufenos, por lo acude a valoración con especialista quién detectó TA: 180/100 mmHg, le indicó antihipertensivo calcio antagonista y ketorolaco. 2 horas antes acudir a Urgencias presentó escotoma durante 20 minutos, desviación de la boca a la derecha, disartria, hemiparesia derecha y marcha atáxica. Valorado por servicio de UTI se le haya: TA: 150/90 mmHg, FC: 50 X´, FR: 35 X´, consiente, orientado, con respiración irregular, discreta disartria, parecía Facio corporal derecha, resto de nervios craneales normales, sensibilidad normal, reflejos miotáticos simétricos, Babinski bilateral.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Desarrollo de una percepción negativa personal sobre la capacidad del paciente.	Baja autoestima situacional R/C deterioro funcional M/P tristeza, frustración e impotencia.	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)		
		DOMIO: 6 auto percepción		CLASE: 2 autoestima
		CRITERIO DE RESULTADO: autoestima		
		INDICADOR: 1205- autoestima 1215- conciencia de uno mismo	PUNTUACIÓN INICIAL*: 1-gravemente comprometido	PUNTUACIÓN DIANA*: Mantener a: 2 Aumentar a: 6
INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima del paciente.	Lograr una mayor disposición de aceptar que ciertas capacidades se encuentran disminuidas o perdidas, y estimular otras en desarrollo que le permita estar mejor consigo mismo. La importancia es lograr un alto nivel en su autoestima aumentando su calidad de vida.	CRITERIO DE RESULTADO: Juicio personal sobre la capacidad de uno el mismo		
Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad.	Informar al paciente sobre su enfermedad y de cómo se consigue que sea capaz de dominar algunas habilidades y adoptar determinadas conductas.	INDICADOR: 120501- verbalizaciones de auto aceptación 120511- nivel de confianza	PUNTUACIÓN FINAL: 4-levemente comprometido	
Realizar afirmaciones positivas del paciente	-aumentar la expectativa de vida del paciente. -niveles más bajos de sufrimiento emocional y dolor.			

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Evacuación involuntaria de heces.	Incontinencia fecal R/C lesión de los nervios motores interiores (secundario de percibir las señales de evacuación) M/P incapacidad para reconocer la urgencia de defecar.	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)		
		DOMIO: 3 eliminación e intercambio		CLASE: 2 función gastrointestinal
		CRITERIO DE RESULTADO: eliminación intestinal		
		INDICADOR: 500-continencia intestinal 501-eliminación intestinal 1015-función gastrointestinal	PUNTUACIÓN INICIAL*: 2 raramente demostrado	PUNTUACIÓN DIANA*: Mantener a : 5 Aumentar a : 15
INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
Colocar pañal de sechable, vigilar características de heces fecales.	Se tiene que mantener, dentro de lo posible, la zona completamente seca e hidratada para que la piel del paciente esté protegida y en perfectas condiciones.	CRITERIO DE RESULTADO: Control de la eliminación de heces procedentes del intestino.		
Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.	- mantener la higiene del paciente y prevenir infecciones -prevenir de lesiones en la piel del paciente	INDICADOR: 50001- evacuacion de heces predecible 50008-identifica la urgencia para defecar	PUNTUACIÓN FINAL: 4frecuentemente demostrado	
Mantener la cama y ropa de cama limpia	Para proporcionar un ambiente limpio y cómodo para que el paciente duerma, descansa y se recupere, logrando comodidad y seguridad al paciente durante su utilización.			

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
Limitación del movimiento independiente del paciente.	Deterioro de la movilidad R/C hemiparecia y aumento del tono muscular M/P limitación de las actividades motoras gruesa y/o finas y en amplitud de movimientos	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)		
		DOMIO: 4 actividad/ reposo		CLASE: 2 actividad/ ejercicio
		CRITERIO DE RESULTADO: movimiento coordinado		
		INDICADOR: 212- movimiento coordinado 1006- peso: masa corporal	PUNTUACIÓN INICIAL*: 1-Gravemente comprometido	PUNTUACIÓN DIANA*: Mantener a: 3 Aumentar a: 7
INTERVENCIONES (NIC)/GPC*	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
Colaborar con fisioterapeuta en el desarrollo de programas de ejercicio	Valorar los avances y decidir si se modifica el ejercicio o si el paciente debe seguir realizándolo.	CRITERIO DE RESULTADO: Capacidad de los músculos para trabajar juntos voluntariamente con propósitos de movimientos		
Enseñar al cuidador una buena postura y la mecánica corporal	Es importante mover al paciente siguiendo normas para evitar riesgos y favorecer su comodidad, con una buena mecánica corporal se puede prevenir lesiones.	INDICADOR: 21204- suavidad del movimiento 21207- movimiento equilibrado.	PUNTUACIÓN FINAL: 4- levemente comprometido	
Proporcionar un apoyo positivo a los esfuerzos del paciente en la actividad física y en los ejercicios.	Garantiza la relación de actividad física prolongada, contribuyendo a mejorar cambios favorables sobre la condición neurológica y funcional del paciente.			