



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

TEMA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO MAYOR CON
HIPERPLASIA PROSTÁTICA**

AUTOR

KARLA MISHHELL AVEROS CANDO

TUTOR

LIC. ROSA ERLINDA BUSTAMANTE CRUZ

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2023

DEDICATORIA

Con todo mi afecto, dedico este estudio de caso a Dios quien ha sido mi guía constante a lo largo de mi carrera universitaria y mi fortaleza en los momentos de debilidad.

A mi querida madre quien con su amor, paciencia y esfuerzo me ha apoyado durante toda mi vida académica, fruto de su constante esfuerzo y sacrificio me ha permitido cumplir esta meta, la más anhelada de mi vida.

Estimado padre, no puedo manifestar con palabras lo agradecida que estoy por tu amor incondicional. Tus virtudes y valores han sido la inspiración para que yo obtenga cada uno de mis objetivos.

A mi novio quien ha sido mi apoyo incondicional, guiando mi camino con sus consejos, amor y tolerancia, gracias por ayudarme a finalizar este importante logro.

Finalmente, dedico este estudio de caso a toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí, una mejor persona.

Con amor, Karla.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mis padres por su apoyo inquebrantable y por ser mi inspiración para alcanzar este objetivo. Su amor, perseverancia y buenos valores han sido indispensable para proyectar mi camino y alcanzar mis metas.

Quiero agradecer de manera especial a la Lic. Rosa Bustamante, quien con su experiencia, conocimientos y motivación me guio y persevero conmigo como mi tutora durante todo el tiempo que me llevó completar este estudio de caso.

Concluye una etapa que ha sido maravillosa, cada una de las enseñanzas que me han brindado las llevare siempre en mi mente y a cada uno de ustedes en mi corazón.

Con inmensa gratitud, Karla.

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	VIII
CONCEPTUALIZACIÓN	1
Planteamiento del problema.....	1
Justificación	2
Objetivos.....	3
Objetivo General.....	3
Objetivos Específicos	3
Línea de investigación.....	3
DESARROLLO	4
Marco conceptual.....	4
Marco teórico.....	5
Antecedentes y bases teóricas.....	5
Marco metodológico.	11
Discusión de resultados.....	15
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	19
Conclusiones.....	19
Recomendaciones	19
REFERENCIAS Y ANEXOS	20
Referencias.....	20
Anexos.....	21

TÍTULO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE MASCULINO DE
68 AÑOS DE EDAD CON HIPERPLASIA PROSTÁTICA**

RESUMEN

La hiperplasia prostática es el tumor más común en los hombres de avanzada edad entre los 65 a 80 años de edad, es la segunda causa de resoluciones quirúrgicas y la primera en las consultas de urología. La prevalencia y el crecimiento de la hiperplasia prostática en relación con la edad, se ha analizado que existen alrededor del 8% de prostatitis patológica en la última década; además empero, en el 50% de la población masculina donde se hace prevalente en las edades entre 51 a 60 años.

Se aplicó un proceso de atención de enfermería en un paciente de sexo masculino de 68 años de edad con cuadro sintomatológico característico de la enfermedad por medio del examen físico como el dolor abdominal y la anuria, además por medio del modelo de Marjorie Gordon se evidenció los patrones funcionales afectados que permitieron identificar las necesidades en salud del paciente.

Para la realización de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería se aplicaron las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, los cuales permitieron mejorar los cuidados y mejorar la calidad de vida del paciente durante su estancia hospitalaria.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, hiperplasia prostática, adulto mayor, cuidados, Marjorie Gordon.

ABSTRACT

Prostatic hyperplasia is the most common tumor in elderly men between 65 and 80 years of age, it is the second cause of surgical resolutions and the first in urology consultations. The prevalence and growth of prostatic hyperplasia in relation to age, it has been analyzed that there are around 8% of pathological prostatitis in the last decade; In addition, however, in 50% of the male population where it becomes prevalent in the ages between 51 and 60 years.

A nursing care process was applied to a 68-year-old male patient with a characteristic symptomatic picture of the disease through physical examination such as abdominal pain and anuria, in addition, through the Marjorie Gordon model, the symptoms were evidenced. affected functional patterns that allowed the identification of the patient's health needs.

To carry out the diagnoses, results and nursing interventions, the NANDA, NOC and NIC taxonomies were applied, which allowed to improve care and improve the quality of life of the patient during his hospital stay.

Keywords: Nursing care process, prostatic hyperplasia, older adults, care, Marjorie Gordon.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia prostática es el tumor más común en los hombres de avanzada edad entre los 65 a 80 años de edad, es la segunda causa de resoluciones quirúrgicas y la primera en las consultas de urología (Valle et al, 2023).

A nivel internacional la prevalencia y el crecimiento de la hiperplasia prostática en relación con la edad, es del 8%, siendo la prostatitis patológica la más frecuente en la última década; además con el pasar de los años esta enfermedad empeoró su cifra alcanzando el 50% de casos en la población masculina donde se hace prevalente las edades de 51 a 60 años. La tasa de esta enfermedad avanza con la edad; en algunos casos llega alcanzar el 4% de la población en edades superiores a los 70 años, el tiempo de crecimiento del peso tumoral es de aproximadamente 4,5 años en edades avanzadas (Luque et al, 2019).

El proceso de atención de enfermería aplica el método científico de manera transversal y sistematizada, aplicado 5 fases en el estudio de investigación valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, de la misma manera se emplea las taxonomías NANDA para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, NOC Y NIC para los resultados e intervenciones respetivamente.

El proceso patológico despertó la necesidad de brindar cuidados de enfermería para satisfacer las necesidades presentes en el individuo es por esto, que este proceso se emplea como guía metodológica para el abordaje en este estudio de caso clínico, a su vez mediante el modelo de atención de Maryorie Gordon se detectará dichas necesidades con el objetivo de mejorar, contribuir y resolver cada problema en salud durante la estancia hospitalaria.

Es así como se presenta un proceso de atención en enfermería en paciente de 68 años de edad con hiperplasia prostática, realizado cada etapa, de igual manera se emplean las taxonomías NANDA NOC Y NIC para la creación de los diagnósticos, resultados e intervenciones respetivamente.

I. CONCEPTUALIZACIÓN

1. Planteamiento del problema

Descripción del problema

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad, que ingresa al área de emergencia hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado anuria más dolor abdominal de localización hipogástrica, intensa valorado en 8/10 por Eva, más globo vesical, en el servicio de emergencia se le realiza un ecosonografía evidenciando calcificaciones parenquimatosas regulares y definidas con un peso aproximado de 60 gramos, concluyendo con el diagnóstico de hiperplasia prostática grado II. Se canaliza un acceso venoso periférico permeable pasando plan de hidratación a 42 ml/hr, omeprazol 1 ampolla de 40 miligramos y cefazolina 1 ampolla de 1000 miligramos inmediatamente, se coloca medidas anti embolicas. A las 14:03 hrs es ingresado al servicio de cirugía general, bajo normas de asepsia y anestesia raquídea para resolución quirúrgica por prostatectomía transvesical sin complicaciones, obteniendo producto bilobular de aproximadamente 60 gramos. Egres a al postoperatorio bajo condiciones de sedo analgesia realiza fiebre cuantificada de 38 grados centígrados más eritema y dolor de la herida quirúrgica de moderada intensidad con presencia de apósitos con secreción sanguinolenta cuantificado en cantidad de 150 ml aproximadamente.

Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 1.

Hemograma

	<i>Resultados</i>
Leucocitos	5800 UI
Hemoglobina	16 g/dl
Hematocrito	40%
VCM	86.1

HCMC	31.9
Plaquetas	215000 UI

Nota. Fuente: Historia clínica.

Tabla 2.

Bioquímica sanguínea

	Resultados
Glucosa	90.2 m/dl
Urea	22.8 mg/dl
Creatinina	1.09 mg/ dl
BUM	11
Ácido úrico	6.1 mg/dl
Plaquetas	215000 UI

Nota. Fuente: Historia clínica.

Reporte del Eco sonograma

Vejiga con bordes irregulares, no se evidencia la presencia de paredes engrosadas, riñones de dimensiones anatómicas y ecogenicidad normal, próstata heterogénea, ecogenicidad con presencia de calcificaciones en el parénquima, con contornos definidos y regulares, de + - 4,8 cm de longitud, y 4,3 cm de espesor y 4,7 transverso, su peso aproximadamente es de 53 g, se concluye con el diagnóstico de hipertrofia prostática de II grado más cistitis.

2. JUSTIFICACIÓN

La hiperplasia prostática es una patología del sistema genitourinario categorizada con una alta prevalencia, en la actualidad recientes estudios demuestran el incremento en la población masculina de edades entre los 30 a 65 años de edad. Según INEC (instituto ecuatoriano de estadísticas y censos) refiere que esta enfermedad se asocia altos índices de morbilidad en el Ecuador con un número de 31.533 ingresos hospitalarios en el año 2020, también es la segunda causa de morbilidad del género masculino por debajo de las infecciones de transmisión sexual y urinarias con un total de 28.157 ingresos hospitalarios reportados. Hoy en día se sabe que es una enfermedad prevalente en la población adulta mayor. La hiperplasia prostática es una patología considerada un problema de interés para la salud pública, debido a que genera salida del capital económico al estado.

El modelo de Marjory Gordon proporciona múltiples ventajas al desarrollo del estudio de caso, porque por medio de los patrones se emplean cuidados de enfermería de manera independiente brindados en el paciente, además este modelo se acopla de manera eficaz a la atención hospitalaria, permitiendo de manera organizada realizar la valoración, a nivel individual, comunitario o familiar durante el periodo post quirúrgico, ya que una de las complicaciones más comunes en esta etapa son las infecciones nosocomiales; a través de esto el modelo de Marjory Gordon permite la detección factores de riesgos presentes en el paciente, evita complicaciones futuras y de igual manera agiliza la formulación de los diagnósticos de enfermería y los manejos en cada una de las clasificaciones taxonómicas.

Por tal motivo el estudio es relevante, ya que aporta conocimientos sobre los cuidados de enfermería que se deben brindar para prevenir y mejorar la salud de los pacientes que padecen esta enfermedad, además el estudio beneficiará a futuros profesionales de enfermería en formación académica, enfermeros profesionales y público en general que porte interés sobre como valorar

diagnosticar, planificar y ejecutar los cuidados por medio del PAE y de las taxonomías NANDA, NOC y NIC se pudo emplear en método científico para la toma de decisiones basadas en criterios prácticos efectivos para la resolución de problemas y así contribuir a la pronta recuperación del estado de salud del usuario.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Aplicar un proceso de atención de enfermería en un paciente masculino de 68 años de edad con hiperplasia prostática en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón periodo Julio – Octubre, 2023.

Objetivos específicos

- Identificar los patrones disfuncionales a través de la visión holística de la enfermera Marjorie Gordon
- Formular diagnósticos de enfermería en base a los problemas de salud detectados en relación a las taxonomías NANDA, NOC Y NIC para la creación de planes de cuidados.
- Crear un plan de cuidados de enfermería encaminados a la resolución de necesidades y respuestas humanas en salud durante el desarrollo de su enfermedad.

4. Línea de investigación

La presente investigación esta basa en un paciente masculino de 68 años de edad afectado por diabetes, conforme a los lineamientos institucionales investigativos dictaminados por el ente rector de mi formación académica, la Universidad Técnica de Babahoyo, de la facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, permite elaborar el estudio de investigación en base a reglamentos, éticas y normas reguladoras que permiten la creación responsable del estudio de caso modalidad completiva mencionados a continuación:

- **Línea de investigación de la universidad técnica de Babahoyo**
Salud pública
- **Línea de investigación de la facultad ciencias de la salud**
Servicios en salud
- **Sub línea por área de investigación**
Investigación aplicada a pacientes, poblaciones y servicios

II. DESARROLLO

5. MARCO CONCEPTUAL

La hiperplasia de próstata es un aumento de la glándula prostática y determina la obstrucción del flujo urinario generando signos y síntomas en el tracto urinario inferior (Rosas, 2020).

La hiperplasia de próstata es el tumor de mayor prevalencia en los hombres y clínicamente está directamente relacionado con la edad, sus factores de riesgo son desconocidos (Hernández, 2018).

La hiperplasia protática se define como el crecimiento de la próstata a través de la hiperplasia de sus estroma y células, esto ocurre progresivamente, los síntomas se hacen evidentes en el tracto urinario inferior y se asocian eventualmente a la obstrucción. (Naranjo, 2021).

Epidemiología

A nivel internacional la prevalencia de la hiperplasia prostática radica en hombres de edades entre 55 a 74 años y la prevalencia de los casos sin cáncer es del 18%. Si se considera los criterios de velocidad máxima de flujo urinario inferior a 10 mililitros/segundo con volumen residual post micción superior a 50 mililitros la prevalencia es del 5%. Según estudios post mortem la prevalencia de la hiperplasia prostática aumenta en un 9% en hombres de edades entre 31 a 40 años hasta un 39 a 52% en los de 50 a 62 años y superiores al 80% en edad de 80 años en adelante (Solano, 2021).

Un estudio realizado en Santa Ana – Venezuela, reporta una tasa de crecimiento de la hiperplasia prostática en relación a la edad, hace un análisis de datos de 10 estudios con un grupo de más de 1000 próstatas se determinó que la prevalencia de hiperplasia prostática patológica es del 8%, pasado 4 décadas fue del 50% de la población masculina en edades de 51 a 60 años de edad (Zurita et al, 2019).

Fisiopatología

La fisiopatología de la hiperplasia prostática está asociada a las alteraciones de la función del sistema nervioso, la disfunción del músculo detrusor,

presencia de polaquiuria. La hiperplasia prostática se origina en la próstata, se produce transición periuretral, esta con relación a la edad irá incrementando su tamaño. La hiperplasia prostática de origen benigno tiene afinidad por las zonas periféricas mientras que el cáncer de próstata maligno obstruye zonas aledañas debido a metástasis agresiva en los tejidos circundantes (Sánchez, 2019).

Etiología

En la etiología de la hiperplasia prostática están implicados diferentes factores tales como factores

Tabla 2.

Etiologías de la hiperplasia prostática.

Edad avanzada: 85% de los casos, los hombres de avanzada edad tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer.	Dieta hombres en estado de obesidad se observa una relación con el cáncer de próstata agresivo
Historial Familiar: Los hombres con familiares en I grado con cáncer de próstata tienen un riesgo de 3 veces mayor, y los de II grado tienen entre 1 a 2 veces más riesgo en relación a la población general	Etnia: En hombres con ascendencia africana cuentan con mayor incidencia de cáncer de próstata en todo el mundo. Su riesgo es 1,8 veces mayor en comparación de la etnia blanca.

Nota. Fuente: (Delgado, 2019).

Clasificación

Clasificación de la hiperplasia prostática.

Obstructivas: Generan disuria, estranguria, micción intermitente, sensación de micción o vaciado incompleto y goteo postmiccional

Irritativas: Producen polaquiuria, nicturia, micción imperiosa y dolor supra púbico

Nota. Fuente: (Valle et al., 2023).

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de origen obstructivo son las más frecuentes, pero las de origen irritativo interfieren en las actividades cotidianas y calidad de

vida. Estas manifestaciones se acompañan se signos y síntomas como: hematuria, insuficiencia renal, infección urinaria, incontinencia urinaria y litiasis vesical.

La hematuria se produce por la ruptura de capilares sanguíneos en relación a cambios morfológicos producidos en la vejiga; y por lo consiguiente formación de coágulos y por último la retención aguda de orina. Por otro lado, la litiasis de la vesícula produce dolor al movimiento y, por ende, la presencia de polaquiuria, esta normalmente es de inicio nocturno, es el síntoma más frecuente, seguido por la disuria (Fernández et al, 2022).

Diagnóstico

La sociedad americana de cáncer recomienda realizar antígeno prostático específico con o sin examen digital rectal empezando en la edad de los 50 años. La asociación americana de urología recomienda efectuar el estudio a partir de los 40 años y hace referencia a emplear biopsia en pacientes con antígeno prostático específico igual o superior a 4 ng/ml (Rodríguez et al, 2019).

Tacto rectal

El estudio diagnóstico clínico puede identificar las alteraciones en el tamaño, uniformidad o consistencia de la próstata de la región periférica (alrededor del 60% de sus localizaciones) (Rodríguez et al, 2019).

Antígeno prostático específico

En personas diagnosticadas de cáncer de próstata los niveles de antígeno prostático, pueden indicar su exacerbación:

- ✓ 10 ng/mL en el 50% de los casos.
- ✓ Superiores a los 20 ng/mL en el 36% de casos con inflamación de ganglios linfáticos pélvicos
- ✓ 4 ng/dl la enfermedad se localiza en la glándula (prevalencia en el 80% de los casos)

Biopsia prostática

Es la prueba diagnóstica confirmatoria de cáncer de próstata. Sus complicaciones están relacionadas con infecciones del tracto urinario, orquitis,

epididimitis, sangrado rectal, prostatitis, hematuria, disuria y hematospermia (Rodríguez et al, 2019).

Ecografía transrectal

Evalúa las zonas de lesiones tumorales localizadas en la glándula prostática, así como su metástasis, en cambio gammagrafía ósea detecta la enfermedad metastásica diseminada a huesos (Rodríguez et al, 2019).

Tratamiento farmacológico y quirúrgico

Bloqueadores de los receptores α -1

Su función la realizan a nivel de los receptores α -1, de tipos A y B; relajan el músculo liso prostático, facilitan la micción y disminuyen la resistencia uretral, sin disminuir su contractilidad (Medina et al, 2018).

Inhibidores de la 5-alfa-reductasa (5-ARI)

La 5- α -reductasa almacena dihidrotestosterona prostática en bajas concentraciones. Estos disminuyen la proliferación celular por medio de la inhibición directa convertida de testosterona en el tejido prostático (Medina et al, 2018).

Anticolinérgicos

Se emplean en incontinencia urinaria de urgencia originadas por la hiperactividad vesical post obstructiva del conducto urinario (Medina et al, 2018).

La cirugía general, cirugía laparoscópica, láser y la resección transuretral de próstata son uno de los abordajes más elegidos (Romero et al., 2020).

Adenomectomía abierta

Es la técnica quirúrgica de enucleación del tejido hiperplásico retroúbica transcapsular - adenomectomía transvesical.

Resección transuretral de la próstata

Es la técnica quirúrgica más empleada en todo el mundo se realiza con energía bipolar o monopolar. La monopolar emplea suero fisiológico y requiere de instrumental específico; ya que, a mayor volumen se tendrá mayor sangrado con esto complicaciones como hiponatremia; en cambio en la bipolar el riesgo es nulo o muy bajo (Zambrano & Palma, 2018).

Complicaciones de la hiperplasia prostática

Las complicaciones producto del agrandamiento prostático incluyen los siguientes aspectos:

- ✓ Retención urinaria
- ✓ Infecciones de las vías urinarias
- ✓ Cálculos en la vejiga
- ✓ Daño en la vejiga
- ✓ Daño renal

Cuidados de enfermería en la prostatectomía

Preoperatorio

- Informar al paciente y familiares la fisiopatología de la enfermedad, plan quirúrgico y resoluciones a esperar posterior a la intervención
- Realizar control de diuresis y características de la orina
- Identificar la presencia de globo vesical
- Afeitado púbico
- Coordinar con banco de sangre para procedimiento quirúrgico
- Verificar que se realicen las terapias respiratorias y exámenes de laboratorio
- En los adultos mayores verificar la realización de radiografías de torax y electrocardiograma
- Administración de antibióticos profilácticos prescritos
- Colocar vendaje anti embólico
- Valorar la permeabilidad de la sonda vesical
- Instruir al paciente a la dieta NPO
- Retirar prótesis, joyería, objetos de valor y entregarle al familiar

Postoperatorio

- Control de signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora, después 1 vez cada hora
- Control de ingresos y eliminación de líquidos
- Valorar la integridad de la piel y la herida quirúrgica
- Valoración cefalocaudal

- En resolución quirúrgica suprapúbica se coloca una sonda vesical de dos lúmenes para irrigación e inflación del balón, se debe registrar los drenajes por separados
- En pacientes complicados valorar la permeabilidad de la sonda nasogástrica y la existencia de náuseas y vómitos
- Valorar signos clínicos de hiponatremia e hipopotasemia
- Transfusión sanguínea si el caso lo amerita
- Valorar el nivel del dolor y brindar medicación analgésica prescrita
- Vigilar la incontinencia urinaria y signos de retención

Proceso de atención de enfermería

Es un conjunto de planificaciones y herramientas indispensables para la ejecución de los cuidados de enfermería, este proceso está compuesto de cinco etapas como son:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

El proceso de atención de enfermería configura un número de etapas sucesivas que están relacionadas entre sí, aunque el estudio de cada una de ellas se realiza por separado, este tiene un carácter metodológico, durante la práctica clínica cada una de estas etapas se superponen.

Modelo de Marjory Gordon

Los patrones funcionales fueron desarrollados por Marjory Gordon durante la década de 1970 con el propósito de sistematizar la evaluación de los pacientes. Se define patrón funcional a la configuración de comportamientos y características propias de cada persona, que contribuye a su salud, calidad de vida y a la realización del potencial humano, y que se produce de forma secuencial en el tiempo. Los patrones funcionales de Marjory Gordon son:

1. Percepción-manejo de la salud
2. Nutricional metabólico

3. Eliminación e intercambio
4. Actividad y ejercicio
5. Sueño descanso
6. Cognitivo perceptual
7. Auto percepción – autoconcepto
8. Rol – relaciones
9. Sexualidad – Reproducción
10. Adaptación – tolerancia al estrés
11. Valores – creencias

6. MARCO METODOLÓGICO

Metodología

Es transversal, porque se desarrolla en una línea de tiempo determinada, observacional porque registrará los datos sin intervenir en el proceso. Es descriptiva porque explica, fundamenta y describe los fenómenos derivados del estudio. Es retrospectiva porque analiza resultados en periodos pasados, trascendentales para su realización.

Examen físico.

Presión arterial de 106/68 mmHg, frecuencia cardiaca 79 Lpm, frecuencia respiratoria 19 Rpm, temperatura 38 grados centígrados.

Paciente consciente, orientado, tiempo, espacio y persona, febril, saturando oxígeno aire ambiente, a la valoración física se observa:

Cabeza: Normocefálica, sin alopecia ni descamación.

Ojos: Movimientos oculares conservados, apertura ocular espontánea, pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz.

Nariz: Forma, implantación, tamaño normal, permeables ambas fosas nasales.

Oídos: Tamaño, formación del pabellón normal, conducto auditivo externo permeable.

Boca: Mucosas húmedas, orofaringe no congestiva, piezas dentales conservadas.

Cuello: No ingurgitación yugular, no adenopatías.

Tórax: Simétrico, sin lesiones, no fistulas, no cicatrices, respiración rítmica, expansibilidad torácica conservada.

Pulmones: No se auscultan ruidos sobreañadidos, murmullo vesicular conservado

Corazón: Rítmico, no soplos.

Abdomen: Depresible, suave, doloroso a la palpación superficial u profunda en localización hipogástrica, no visceromegalias, ruidos hidroaéreos conservados.

Región genitourinaria: Herida quirúrgica con presencia de eritema

Extremidades superiores e inferiores: Simétricos, no edema, pulsos distales presentes.

Neurológica: orientado, Glasgow 15/15.

Valoración de enfermería por patrones funcionales según el modelo de Marjory Gordon

Patrón 1. Percepción manejo de la salud

Antecedente patológico quirúrgicos: Hemorroidectomía, alergias no refiere antecedente patológico familiar no refiere.

Patrón 2. Nutricional / Metabólico

Peso 70 kg, talla 165 cm, imc 25.71, afirma comer 3 veces, dieta con poca fuente de proteínas, ingesta de líquido entre 2 a 3 litros de agua/día, presencia de fiebre cuantificada en 38 grados.

Patrón 3. Eliminación e intercambio

Realiza deposiciones 2 veces/día, eliminación de diuresis por medio de sonda vesical cuantificada en 1600 cc en 8 horas gasto urinario actual de 2.4/kg/hr.

Patrón 4. Actividad / Ejercicio

Inactivo físicamente, su estado de salud actual le imposibilita la marcha.

Patrón 5. Sueño / Descanso

Refiere dormir 6 horas diarias, no ingiere hipnóticos u ansiolíticos

Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo

Orientado en 4 esferas, con Glasgow obteniendo 15/15, refiere dolor a la palpación abdominal hipogástrica con escala de EVA 5/10.

Patrón 7. Autopercepción / auto concepto

No refiere.

Patrón 8. Rol / Relaciones

Casado, refiere buena relación familiar.

Patrón 9. Sexualidad / Reproducción

Sexualmente inactivo, VRDL no reactivo, con herida quirúrgica secundaria a prostatectomía vesical.

Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Sin antecedentes de crisis u lapsus nerviosos, no emplea anti psicóticos.

Patrón 11. Valores / Creencias

No refiere.

Patrones funcionales alterados

- Eliminación e intercambio
- Cognitivo/perceptivo
- Sexualidad/reproducción

Formulación del diagnóstico presuntivo y definitivo.

- Diagnóstico presuntivo: hipertrofia uretral
- Diagnóstico definitivo: Hipertrofia prostática benigna
- Diagnóstico de enfermería: Retención urinaria, dolor agudo.

NANDA: 00132

NOC: 1847

NIC: 1400

DOLOR AGUDO

00132

R/C: Presencia de herida quirúrgica

E/P: Eritema, presencia de líquido sanguinolento

M
E
T
A
S

Dominio (V): Salud percibida

Clase (V): Sintomatología

Etiqueta: Nivel del dolor (2102)

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo I: Fisiológico básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Signos y síntomas del dolor		X		X	
Causas y factores del dolor		X			X
Nivel del dolor		X		X	

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización dolor, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Control de ingreso y eliminación de líquidos según corresponda
- Registrar color, consistencia, olor de la orina según corresponda
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Adoptar posiciones que contribuyan al alivio del dolor
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes según corresponda
- Control de signos vitales antes durante y después de la administración de medicamentos
- Registrar las actividades realizadas en las notas de enfermería

NANDA: 00023

NOC: 0590

NIC: 0503

RETENCIÓN URINARIA 00023

R/C: Obstrucción del tracto urinario

E/P: Anuria, disuria

Dominio (II): Salud fisiológica

Clase (F): Eliminación

Etiqueta: Eliminación urinaria (2102)

Campo I: Fisiológico básico

Clase B: Control de la eliminación

Etiqueta 0590: Manejo de la eliminación urinaria

INDICADORES	1	2	3	4	5
Anuria		x			x
Disuria			x		x
Textura		x			x

ACTIVIDADES

- Valorar las características, tiempo e irradiación del dolor.
- Vigilar signos y síntomas de retención urinaria.
- Anotar hora de la última eliminación, si procede.
- Colocación de sonda vesical si procede.
- Control de ingesta y eliminación de líquidos según corresponda.
- Restringir los líquidos, si procede.

Formulación del diagnóstico presuntivo y definitivo

Diagnóstico presuntivo

Hiperplasia prostática obstructiva, cistitis crónica, infección de vías urinarias.

Diagnóstico definitivo

Hiperplasia prostática benigna obstructiva.

Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

A través del proceso de atención de enfermería, se logró mejorar la prestación de los servicios en salud brindada al paciente, a su vez; identificar los cuidados y de esta manera garantizar que las intervenciones de enfermería sean efectivas para lograr recuperar la pronta mejoría de su estado de salud. Los patrones alterados durante el desarrollo del estudio de caso se identificaron por medio del modelo de Marjory Gordon.

Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Analgésicos

La administración de analgésicos contribuirá a inhibir la ciclo-oxigenasa y erradicar la creación de prostaglandinas eliminando el dolor, durante el postoperatorio recibió terapia del dolor en una solución de cloruro de sodio al 0.9% 250 mililitros de cloruro de sodio, 3 ampollas de tramadol y 2 ampollas de metoclopramida a 5 ml/hr y paracetamol 1000 miligramos intravenoso cada 8 horas.

Control de signos vitales

Controlar los signos vitales antes, durante y después de la administración de sedo analgesia en busca de sobredosificación por terapia del dolor (tramadol y metoclopramida) para detectar posibles estado depleción respiratoria.

Medidas de reposo físico

Las medidas de confort que permiten mejorar el estado hemodinámico y permite disminuir y controlar la ansiedad

7. RESULTADOS

Seguimiento

12-08-2023 - 12:33 pm

Evolución en el Servicio de Emergencia

T/A: 130/68 mmHg Pulso: 78 T°: 37°C glicemia: 98 mg/dl. Frecuencia respiratoria: 22 x min Saturación de oxígeno: 97%.

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad se encuentra en el área de emergencia del hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón por presentar cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado anuria más dolor abdominal de localización hipogástrica, intensa valorado en 8/10 por Eva, más globo vesical, orientado en tiempo, espacio y persona con antecedentes patológicos de hipertensión arterial controlada ingresa con signos de deshidratación, cuello simétrico, móvil sin adenopatías, tórax simétrico bilateral, abdomen blando, depresible, miembros superiores simétricos. Se brinda cuidados de enfermería, se monitoriza los signos vitales, se canaliza una vía periférica permeable pasando plan de hidratación y medicación prescrita por médico, se coloca sonda vesical, se valora frecuencia, consistencia, volumen y color, y se registra eliminación urinaria de aspecto amarillo ámbar cuantificada en 700 mililitros con balance hídrico en 400 mililitros de ingreso positivo, se brinda confort.

15:09 pm

Paciente es preparado para resolución quirúrgica se administra medicación con cefazolina 1000 miligramos y omeprazol 40 miligramos prescrita con plan de hidratación cloruro de sodio al 0.9% 1000 mililitros a 42ml/hr, se coloca medidas anti embolicas, se realiza depilación de vellos en región pubiana, se entregan pertenencias a sus familiares, es trasladado en camilla a las 16:02 hrs.

Evolución Servicio de Cirugía 16:05 pm

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad con diagnóstico de hiperplasia prostática grado II ingresa al servicio de cirugía general, para resolución quirúrgica por prostatectomía transvesical, consciente orientado en tiempo espacio persona y

con vía periférica permeable en extremidad superior izquierda pasando plan de hidratación con cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml a 42ml/hr, con sonda vesical funcional eliminando diuresis clara.

Postoperatorio 7:09 pm

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad en el área de postoperatorio por intervención quirúrgica prostatectomía transversal, con signos vitales PA 98/60, FC: 68, FR 18, SATO2 95% al aire ambiente, bajo efectos de analgesia, con vía periférica permeable pasando plan de hidratación con cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml a 42 mililitros/hora + terapia del dolor 300 miligramos de tramadol 20 miligramos de metoclopramida diluidos en una solución de 100 mililitros de cloruro de sodio al 0.9% infundido a una velocidad de 10 mililitros por hora, se evidencia apósitos secos en la herida quirúrgica, médico indica balance electrolítico por 24 horas, control de signos por monitorización cada 15 minutos por 1 hora, se brinda confort, queda en su unidad descansado a espera de nuevas indicaciones

13-08-2023 - 07:22 am

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad en el área de postoperatorio por resolución quirúrgica con prostatectomía transversal, se controlan constantes vitales obteniendo PA 100/78, FC: 72, FR 19, SATO2 96% al aire ambiente, fiebre cuantificada en 38°C y dolor del sitio quirúrgico de moderada intensidad, se verifica apósitos y se evidencia secreción hemática en 150 ml aproximadamente, se procede a realizar limpieza y curación y se deja apósitos limpios y secos, además se administra esquema antibiótico prescrito con ciprofloxacino 500 miligramos cada 12 horas y tratamiento para el dolor con paracetamol 500 miligramos cada 8 horas.

14-08-2023 - 12:32 pm

T/A: 122/64 mmHg Pulso: 81 T°: 36.8°C glicemia: 113 mg/dl. Frecuencia respiratoria: 20 x min Saturación de oxígeno: 98%.

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad cursa segundo día de hospitalización en el área de postoperatorio del hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón consciente orientado en tiempo espacio y persona, afebril, hemo dinámicamente estable, con apósitos limpios y secos en la herida quirúrgica con vía periférica permeable pasando con cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml a 42

mililitros/hora + terapia del dolor 300 miligramos de tramadol + 20 miligramos de metoclopramida diluidos en una solución de 100 mililitros de cloruro de sodio al 0.9% infundido a una velocidad de 5 mililitros por hora, con sonda vesical permeable eliminando diuresis, a las 13:12 paciente recibe pase al área de medicina interna a las 13:08 pm.

Servicio de Medicina Interna – 13:12 pm

P/A: 120/68 mmHg Pulso: 79 T°: 36.6°C glicemia: 113 mg/dl. Frecuencia respiratoria: 18 x min Saturación de oxígeno: 98%.

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad ingresa al servicio de medicina interna del hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón con diagnóstico médico hiperplasia prostática grado II tratada por resolución quirúrgica de prostatectomía transvesical, a la valoración consciente orientado en tiempo espacio y persona, afebril, con signos vitales dentro de los parámetros normales se evidencia apósitos secos en sitio quirúrgico, se re canaliza vía periférica y se cambia circuitos, se administra plan de hidratación con cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml a una velocidad de infusión de 63 ml/hr con terapia del dolor a 4 ml/h, con sonda vesical permeable eliminando diuresis de aspecto amarillo ámbar, se administra medicación prescrita con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas y ácido tranexámico 500 mg cada 8 horas además omeprazol 40 miligramos cada 24 horas, se brindan cuidados de enfermería y confort

Día 5 - 08:32 am

P/A: 110/68 mmHg Pulso: 67 T°: 36°C glicemia: 110 mg/dl. Frecuencia respiratoria: 19 x min Saturación de oxígeno: 98%.

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad ingresa al servicio de medicina interna del hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón con diagnóstico médico hiperplasia prostática grado II tratada por resolución quirúrgica de prostatectomía transvesical, a la valoración consciente orientado en tiempo espacio y persona, afebril, con signos vitales dentro de los parámetros normales se evidencia apósitos secos en sitio quirúrgico, con vía periférica y plan de hidratación con cloruro de sodio al 0.9% 1000 ml a una velocidad de infusión de 63 mililitros por hora, médico suspende la terapia de dolor y prescribe medicación con paracetamol 1000

miligramos por vía intravenosa cada 8 horas, además realiza cambio en esquema antibiótico por lo que se administra amikacina 1000 miligramos cada 12 horas por vía intravenosa por 5 días, se brindan cuidados de enfermería y confort al paciente.

Día 7 – 13: 12 pm

Es trasladado por medio de camilla al área de hospitalización, se informa a sus familiares, del piso y habitación otorgada.

Servicio de Hospitalización – 14:18 pm

P/A: 112/71 mmHg Pulso: 62 T°: 36.2°C glicemia: 101 mg/dl. Frecuencia respiratoria: 17 x min Saturación de oxígeno: 99%.

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad ingresa al servicio de hospitalización con diagnóstico médico hiperplasia prostática grado II tratada por resolución quirúrgica de prostatectomía transvesical, a la valoración consciente orientado en tiempo espacio y persona, afebril, con signos vitales dentro de los parámetros normales se evidencia apósitos secos en sitio quirúrgico, con plan de hidratación por prescripción médica a 63 mililitros por hora con sonda vesical permeable eliminando diuresis clara, se administra medicación prescrita se controlan signos vitales se brindan cuidados de enfermería y confort

Día 9 - 09:13 am

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad evoluciona favorablemente, por lo que médico indica egreso hospitalario a los 9 días por resolución de prostatectomía transvesical completando esquema de antibiótico se indica a los familiares acudir a unidad operativa más cercana para la limpieza de la herida y se motiva a seguir plan terapéutico indicado.

8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez realizadas las intervenciones de enfermería, objetivos y metodología aplicadas en el paciente masculino de 68 años de edad con hiperplasia prostática, se determina cada acción proporcionada en el plan de cuidado.

Durante las estrategias para el desarrollo del estudio se pudo evaluar la necesidad de la administración de analgésicos con el fin de disminuir el nivel del dolor.

Transcurridos los días de evolución en el postoperatorio durante el control de signos vitales y valoración cefalocaudal se evidencio 2 signos de alarma que de no ser identificados podría haber generado complicaciones en el paciente estos signos fueron: la fiebre de 38 grados centígrados y la presencia del dolor en el sitio quirúrgico para esto se realizaron las siguientes actividades: Limpieza bajo medidas de asepsia y antisepsia con solución antimicrobiana clorhexidina, administración de antipiréticos con paracetamol 500 miligramos cada 8 horas por vía intravenoso.

Los exámenes de laboratorio evidenciaron un proceso infeccioso por lo que se administró esquema antibiótico.

Como medidas generales aplicadas durante la necesidad postquirúrgica prostática se realizo irrigación vesical, administración de planes de hidratación, glucometría, control de ingresos y eliminación – balance hídrico.

9. CONCLUSIONES

Como resultado de la evaluación realizada en el paciente se identificó los patrones funcionales alterados mediante el modelo de Marjory Gordon los cuales fueron el patrón eliminación e intercambio, patrón cognitivo/perceptivo y patrón sexualidad/reproducción, los mismos que permitieron detectar las necesidades del paciente y evitar el desarrollo de complicaciones crónicas que puedan influenciar de forma negativa en el estilo de vida y actividades de la vida diaria del paciente.

Se formularon diagnósticos de enfermería en base a los problemas derivados de los resultados obtenidos de la valoración por los patrones funcionales estos diagnósticos fueron: la retención urinaria y el dolor agudo se lo realizaron en base a las taxonomías NANDA NOC Y NIC para formular los planes de cuidados

Se creó un plan de cuidados de enfermería que permitió resolver, las necesidades y factores de riesgo implicados durante la hospitalización del paciente y que brindaron respuestas a las necesidades humanas en salud durante el proceso de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

El proceso de atención de enfermería es una herramienta útil para valorar, diagnosticar intervenir en los pacientes con hiperplasia prostática benigna ya que por medio del mismo se aborda precozmente las necesidades en salud por lo que se recomienda el empleo de esta herramienta científica que por medio de la misma contribuirá a la mejora de la salud del paciente y evitar futuras complicaciones producidas del proceso patológico.

10. REFERENCIAS Y ANEXOS

Delgado. (2019). *cáncer de próstata: etiología, diagnóstico y tratamiento*. 2(5), 707-710.

Fernando Veiga Fernández, Rocío Malfeito Jiménez, & Casiano López Pineiro. (2022). hiperplasia benigna de próstata. En *Tratado de geriatría para residentes* (Vol. 2, pp. 643-653).

Hernández, B. (2018). *hiperplasia prostática benigna*. 2(8), 11-16.

Hiperplasia prostática benigna - Trastornos urogenitales. (2021). Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-urogenitales/enfermedad-prost%C3%A1tica-benigna/hiperplasia-prost%C3%A1tica-benigna-hpb>

Luque Zurita, D., Pérez Valverde, Á., Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa – Perú, Lizárraga Vargas, L., Ministerio Público, Arequipa – Perú, Campos Beltrán, S., Clínica SERMEDIAL, Arequipa – Perú, Lazo Neira, P., & Clínica SERMEDIAL, Arequipa – Perú. (2019). epidemiología de la hiperplasia prostática benigna (bph). *scientiarvm*, 1(1), 27-34. <https://doi.org/10.26696/sci.epg.0127>

Medina-Rico, M., López-Ramos, H., Bastidas, D., & Lara, B. (2018). Tratamiento farmacológico de la hiperplasia prostática benigna. Revisión de la bibliografía. *Revista Mexicana de Urología*, 78(4), Article 4. <https://doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologa.v78i4.96>

Naranjo, E. R. (2021). hiperplasia prostática benigna. 1(4), 269-272.

Rafaela Rosas, M. (2020). Hiperplasia benigna de próstata. *Offarm*, 25(8), 102-108.

Robles Rodríguez, A., Garibay Huarte, T. R., Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Medicina, Departamento de Integración de Ciencias Médicas, Ciudad de México, Acosta Arreguín, E., Morales López, S. (2019). La próstata: Generalidades y patologías más frecuentes. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(4), 41-54. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.4.07>

Romero, C., Munesa, L., Munesa, S., & Meneses, N. (2020). Tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. 2(123), 32-39.

Sánchez, R. (2019). *hiperplasia prostática benigna (hpb)*. 7(1), 3-9.

Trejo, G. (2020). *Proceso de Atención de Enfermería en paciente masculino de 63 años de edad con hipertrofia prostática benigna*.

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8649/E-UTB-FCS-ENF-000384.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Troya, M. (2021). *proceso atención de enfermería en paciente adulto mayor con hiperplasia prostática e infección de las vías urinarias*. [Descriptiva, Universidad técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10445/E-UTB-FCS-ENF-000579.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valle, M. B., García, A. T., & Muñoz, V. L. (2023). *Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata*. *Atcat.uación Atención Primaria-Especializada*. 13(3), 133-142.

Zambrano, N., & Palma, C. (2018). Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y de la disfunción eréctil por el médico general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(2), 180-192. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.003>

ANEXOS



IRE: Karla Averos Cando realizando verificación cruzada



IRE: Karla Averos Cando - canalización de vía periférica



IRE: Karla Averos Cando administrando medicación prescrita



IRE: Karla Averos Cando administrando terapia del dolor

Prostatectomía transvesical – hiperplasia prostática.



Extracción de próstata por medio de incisión supra púbica



Producto extraído posterior a resolución quirúrgica

Formulario de ingreso

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		DSG. 00	DIRECCIÓN			N° HISTORIA CLÍNICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		HOSPITAL GENERAL ALFREDO ROSA MONTENEGRO		INDI	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
					GUARANDA	GUARANDA	SOLTAPE	02043208
1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN								
APELLIDOS Y NOMBRES					CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN			
LLANTAS DE LA JOSÉ					02043208			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y N° - MANZANA Y CASA)		BARRIO	PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	ZONA SUR	N° TELÉFONO	
GUARANDA		FEDEJA BUJUE	GUARANDA	GUARANDA	SOLTAPE	URBANA	98508812	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (PAIS)	GRUPO CULTURAL	ESTADO CIVIL	ESTADO LABORAL	SEXO	ESTADO CIVIL (ULTIMO ANO/APRO.)
1974-05-28		SOLTAPE/GUARANDA/GUARANDA	ECUADOR	EUROPEO	VIU	ACTIVO	MASC	VIU
FECHA DE ADMISIÓN		OCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA		TIPO DE SEGURO SOCIAL		MÉTODO DE	
2023-11-02 09:18:27		No aplica			No aplica		NO RETIENE	
EN CASO NECESARIO LLAMAR A:			PARENTESCO - AFINIDAD		DIRECCIÓN		N° TELÉFONO	
MAM LUISANTAS			Padre		GUARANDA		98508812	
FORMA DE LLEGADA		FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTITUCIÓN O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE		N° TELÉFONO		Administración	
Ambulatorio							SI	
2 BRICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO								
HORA		2023-11-02 09:45:16	CAUSA	CAUSA CLÍNICA			GRUPO SANGUÍNEO Y FACTORES	
NOTIFICACIÓN A LA POLICIA		SI		DOLOR ABDOMINAL				

Tratamiento

MEDICO	DESCRIPCION
MERINO AMAN KLEBER ANDRÉS	O. DIETA HIPOGRASA BLANDA + LIQUIDOS I. CLORURO SODICO 0.9% 1000ML IV A 30ML/H M. TRAMADOL 50 MG + 50ML SS 0.9% IV CADA 8 HORAS N. BUTILESCOPOLAMINA 20 MG IV CADA 8 HORAS METOCLOPRAMIDA 10 MG IV PRN E. L. C. O. NOVEDADES
GUARMA BONILLA LUCIA NATALY	D. DIETA HIPOGRASA BLANDA - LIQUIDOS I. CLORURO SODIO 0.9% 1000ML IV A 30ML/H M. TRAMADOL 50 MG + 50ML SS 0.9% IV CADA 8 HORAS N. BUTILESCOPOLAMINA 20 MG IV CADA 8 HORAS METOCLOPRAMIDA 10 MG IV PRN E. L. C. O. NOVEDADES
DOMINGUEZ FREIRE NERVO DAVID	E. DIGN Y SUS CUIDADOS M. CIPROFLOXACINA 400MG IV CADA 12H (0) N. BUTILESCOPOLAMINA 20 MG IV CADA 8 HORAS METOCLOPRAMIDA 10 MG IV PRN E. L. C. O. NOVEDADES

Registro de medicación

Medicamento	11-11-2019			12-11-2019			13-11-2019		
	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia
Paracetamol 500mg	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día
Amoxicilina 500mg	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día
Clonazepam 0.5mg	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día
Paracetamol 500mg	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día
Amoxicilina 500mg	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día
Clonazepam 0.5mg	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día
Paracetamol 500mg	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día
Amoxicilina 500mg	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día
Clonazepam 0.5mg	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día
Paracetamol 500mg	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día
Amoxicilina 500mg	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día	500mg	1 comprimido	3 veces al día
Clonazepam 0.5mg	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día	0.5mg	1 comprimido	2 veces al día