

Estado de la publicación: El preprint ha sido publicado como artículo en una revista  
DOI del artículo publicado: <https://doi.org/10.20453/rmh.v36i4.6162>

## Caso Clínico Perforación Gástrica por AINES

Julio Caleb Arrieta Navarro, Nataly Acosta Alava, Fiorella Ester Apaéstegui Reátegui, Cesar  
Alonso Arpasi Sinti, Milka Malena Prentice Mori, Heriberto Arévalo Ramírez

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.9506>

Enviado en: 2024-07-24

Postado en: 2024-08-06 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

## Caso clínico de perforación gástrica por AINES

### Arrieta Navarro Julio Caleb

Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, San Martín, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6100-2356>

### Acosta Alava Nataly

Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, San Martín, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7517-2876>

### Apáestegui Reátegui Fiorella Ester

Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, San Martín, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0284-7155>

### Arpasi Sinti César Alonso

Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, San Martín, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3191-8570>

### Prentice Mori Milka Malena

Docente de Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, San Martín, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3868-5661>

### Arévalo Ramírez Heriberto

Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, San Martín, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3252-6301> .Investigador Renacyt: CÓDIGO RENACYT: [P0020532](https://orcid.org/0000-0002-3252-6301)

## ABSTRACTO

La perforación gástrica es una complicación grave y potencialmente mortal que puede resultar del uso prolongado o inapropiado de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Los AINEs son medicamentos comúnmente prescritos para el alivio del dolor y la inflamación en diversas condiciones médicas, incluyendo artritis y lesiones musculoesqueléticas. Aunque son efectivos, su uso está asociado con una serie de efectos secundarios gastrointestinales, siendo la perforación gástrica una de las más severas. Este evento ocurre debido a la capacidad de los AINEs de inhibir la síntesis de prostaglandinas, que desempeñan un papel crucial en la protección de la mucosa gástrica. La falta de prostaglandinas conduce a una reducción de la barrera mucosa, incrementando la susceptibilidad del estómago a la acción corrosiva del ácido gástrico, lo que eventualmente puede resultar en ulceración y perforación. Los pacientes con perforación gástrica por AINEs suelen presentar un dolor abdominal agudo y de inicio súbito, y requieren una intervención médica urgente para evitar complicaciones como la peritonitis y el shock séptico.

**Palabras clave:** Perforación gástrica, AINEs, Úlcera péptica, Efectos secundarios gastrointestinales

*Preimpresiones SciELO - preprints.scielo.org*

## *Caso Clínico Perforación Gástrica por AINES- Clinical Case of Gastric Perforation by NSAIDs*

### **ABSTRACT**

Gastric perforation is a serious and life-threatening complication that can result from prolonged or inappropriate use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). NSAIDs are medications commonly prescribed for the relief of pain and inflammation in various medical conditions, including arthritis and musculoskeletal injuries. Although they are effective, their use is associated with a number of gastrointestinal side effects, with gastric perforation being one of the most severe. This event occurs due to the ability of NSAIDs to inhibit the synthesis of prostaglandins, which play a crucial role in the protection of the gastric mucosa. The lack of prostaglandins leads to a reduction of the mucosal barrier, increasing the susceptibility of the stomach to the corrosive action of gastric acid, which can eventually result in ulceration and perforation. Patients with gastric perforation due to NSAIDs usually present with acute, sudden-onset abdominal pain and require urgent medical intervention to avoid complications such as peritonitis and septic shock.

**Keywords:** Gastric perforation, NSAIDs, Peptic ulcer, Gastrointestinal side effects

### **Contribución de los autores declaración**

- Arrieta Navarro Julio Caleb: Conceptualización , análisis de datos , Análisis formal, investigación , Escritura-borrador original , Redacción: revisión y edición.
- Acosta Alava Nataly: Conceptualización, análisis de datos, Análisis formal, investigación, Escritura-borrador original, Redacción: revisión y edición.
- Apaéstegui Reátegui Fiorella Ester: Conceptualización, análisis de datos, Análisis formal, investigación, Escritura-borrador original, Redacción: revisión y edición.
- Arpasi Sinti César Alonso: Conceptualización, análisis de datos, Análisis formal, investigación, Escritura-borrador original, Redacción: revisión y edición.
- Prentice Mori Milka Malena: Participación en la Concepción de la Idea de caso y escritura y revision del manuscrito
- Heriberto Arévalo Ramírez: Participación en la Concepción de la Idea de caso y escritura y revision del manuscrito

Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.

### **Conflicto de interés declaración**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### **Objetivos de la Investigación**

1. Identificar los síntomas y hallazgos clínicos característicos de la perforación gástrica
2. Discutir los factores de riesgo asociados con la perforación gástrica
3. Analizar la importancia del uso de AINES en la patogénesis de la perforación gástrica
4. Revisar los métodos de diagnóstico utilizados en el caso
5. Plantear el enfoque terapéutico y manejo inicial

### **Disponibilidad de datos de investigación declaración**

\*Autor para correspondencia. Correo electrónico: [juarrietan@alumno.unsm.edu.pe](mailto:juarrietan@alumno.unsm.edu.pe) (Julio Caleb Arrieta Navarro).

## *Caso Clínico Perforación Gástrica por AINES- Clinical Case of Gastric Perforation by NSAIDs*

### **Declaración de Aprobación del Comité de Ética**

Se indica que la investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de la institución de investigación.

### **Introducción**

La perforación gástrica es una emergencia médica que puede surgir debido a múltiples causas, siendo una de las más importantes el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Los AINEs, ampliamente utilizados para tratar el dolor y la inflamación, actúan inhibiendo la ciclooxigenasa, una enzima crucial en la producción de prostaglandinas. Estas prostaglandinas desempeñan un papel vital en la protección de la mucosa gástrica mediante la promoción de la secreción de moco y bicarbonato y la regulación del flujo sanguíneo mucoso. La inhibición de las prostaglandinas por los AINEs compromete estas funciones protectoras, lo que puede llevar a la formación de úlceras gástricas y, en casos severos, a la perforación de la pared gástrica.

### **Historia Clínica**

Hombre mestizo de 30 años agricultor, casado, primaria completa, de lenguaje castellano, evangélico, grupo sanguíneo O+, natural de Cajamarca, procedente de Picota – Buenos Aires, San Martín, persona responsable esposa, fecha de ingreso al hospital II-2 Tarapoto Lunes 22-04-2024 hora 2.00 am; Fecha de Historia clínica 26-04-2024

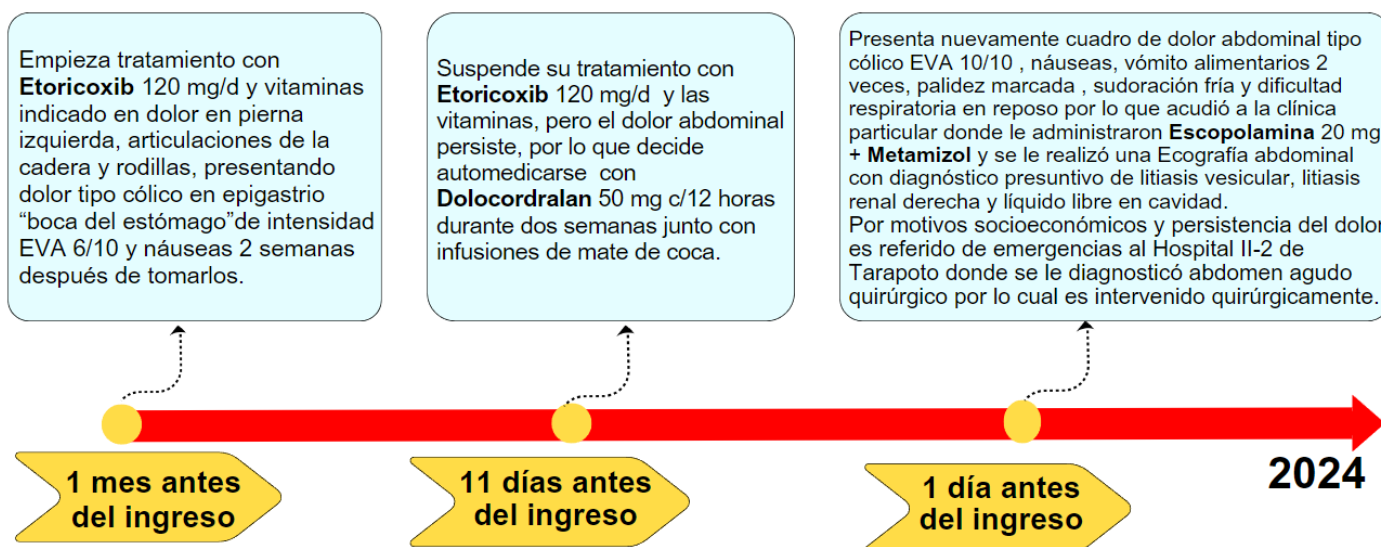
En su enfermedad actual presenta malestar principal: dolor abdominal, náuseas, vómitos. Tiempo de enfermedad: 1 mes. Forma de inicio: Insidioso. Curso : Progresivo.

### **Relato de la enfermedad actual**

Paciente masculino de 30 años refiere que hace 1 mes presenta dolor en pierna izquierda, articulaciones de la cadera y rodillas, en la clínica le indican tratamiento con Etoricoxib 120 mg/d y vitaminas. Hace 15 días presenta dolor abdominal tipo cólico, intensidad EVA 6/10 en epigastrio “boca del estómago” acompañado de náuseas que no cede al reposo, posterior a ello deja de tomar este fármaco y se auto medica con Dolocordralan 50 mg 2 veces al día , durante 2 semanas para aliviar sus síntomas.

Un día antes de su ingreso, el dolor se agrava con una intensidad EVA 10/10 que se exacerba con la ingesta de alimentos y/o líquidos, con el movimiento , tos o estornudos , además mostraba un abdomen distendido y globoso

acompañado de náuseas, vómitos alimenticios en dos ocasiones de aspecto amarillento y sabor amargo, palidez marcada, sudoración fría y dificultad respiratoria en reposo , lo cual lo llevó a buscar atención en una clínica particular administrándole Escopolamina 20 mg + Metamizol y se le realizaron estudios complementarios, incluida una ecografía abdominal con diagnóstico presuntivo de litiasis vesicular, litiasis renal derecha y presencia de líquido en cavidad , al no obtener alivio de sus síntomas y por motivos socioeconómicos decidió buscar atención médica por emergencias en el Hospital II-2 de Tarapoto .

**Caso Clínico Perforación Gástrica por AINES- Clinical Case of Gastric Perforation by NSAIDs****Figura 1. Línea del Tiempo****Examen Físico**

T: 36,4 °C; FC: 83 ppm; FR: 20 rpm; PA: 106/71 mmHg; SatO<sub>2</sub>: 98%

Apreciación general: Paciente lúcido, afebril, ventilando espontánea-mente, en decúbito supino preferencial, con fascie dolorosa, nauseoso y con vómitos a repetición, diaforético.

**Exámenes Por Regiones:**

- Piel: Normotérmica, normocrómica, llenado capilar <2 segundos, no edemas, elástica e hidratada.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, sin lesiones aparentes, orofaringe no congestiva.
- Tórax: Amplexación conservada y simétrica, buen paso de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no soplos, no frémitos.
- Abdomen:
  - Inspección: Abdomen distendido y globoso.
  - Auscultación: Ruidos hidroaéreos (+).
  - Percusión: Timpanismo presente aumentado.
  - Palpación: Blumberg positivo, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha que se intensifica en epigastrio.
- Genitourinario: Leve dolor al miccionar.
- Sistema nervioso: Despierto, orientado en las 3 esferas, pupilas fotoactivas.
- Aparato locomotor: Tono y fuerza conservada.

**Análisis del Caso**

- **Uso de AINES y Patogénesis:** El uso de **AINES**, específicamente **Etoricoxib** y **Dolocordralan**, es un factor clave en este caso. Los **AINES** inhiben las prostaglandinas, que son esenciales para mantener la integridad de la mucosa gástrica. Esto puede llevar a la formación de úlceras y, en casos severos, a la perforación gástrica.
- **Diferenciación de Diagnósticos:** Es importante considerar y descartar otras causas de perforación gástrica, como la infección por *Helicobacter pylori* o el consumo de vegetales concentrados. En este caso, la historia del paciente sugiere una fuerte correlación con el uso prolongado y automedicado de **AINES**.

**Caso Clínico Perforación Gástrica por AINES- Clinical Case of Gastric Perforation by NSAIDs**

- **Automedicación:** La automedicación del paciente con **Dolocordralan** exacerbó su condición. Este comportamiento resalta la necesidad de una supervisión médica adecuada al prescribir **AINES** y la educación del paciente sobre los riesgos asociados.
- **Tratamiento Ambulatorio:** El tratamiento inicial con **Etoricoxib** fue indicado por la clínica para el dolor articular. Sin embargo, la falta de seguimiento y la automedicación posterior llevaron a una complicación severa. Es crucial investigar quién refirió el tratamiento y asegurar que los pacientes comprendan las instrucciones médicas.

**Diagnóstico de problemas**

1. Dolor abdominal agudo quirúrgico
2. Abdomen distendido
3. Irritación peritoneal (Blumberg positivo)
4. Náuseas y vómitos
5. Mucosas orales y lengua seca
6. Dolor articular de cadera y rodilla
7. Uso de AINES

**Diagnóstico presuntivo**

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. Perforación de víscera hueca
  - a) Perforación gástrica
  - b) Perforación colónica
  - c) Perforación Intestinal
3. Úlcera Gástrica
4. Úlcera Duodenal
5. Divertículo de Meckel
6. Apendicitis
7. Peritonitis

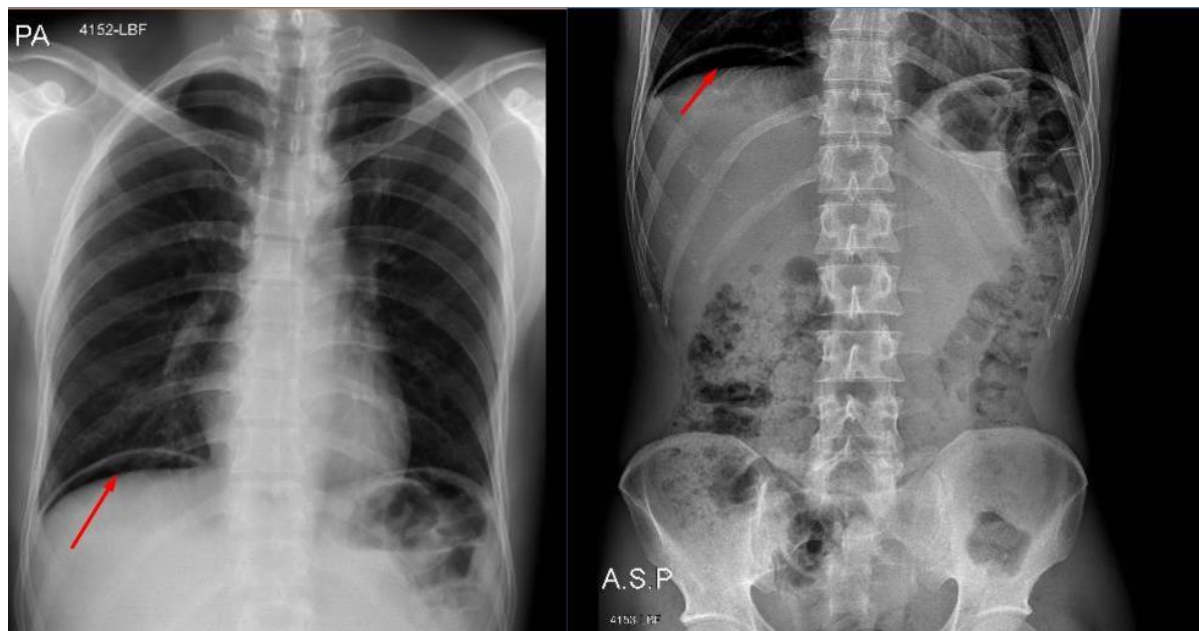
**Esquema 1. Plan Diagnóstico propuesto por los autores**

<p><b>ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal agudo quirúrgico</li> <li>• Abdomen distendido</li> <li>• Irritación peritoneal (Blumberg positivo)</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> <li>• Mucosas orales y boca seca</li> </ul>	<p><b>PLAN DIAGNÓSTICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de tórax antero posterior en bipedestación</li> <li>• Endoscopia digestiva alta</li> </ul>	<p><b>ÚLCERA GÁSTRICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal agudo quirúrgico</li> <li>• Abdomen distendido</li> <li>• Irritación peritoneal</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> </ul>	<p><b>PLAN DIAGNÓSTICO</b></p> <p><b>Endoscopia de vías digestivas altas</b></p>
<p><b>PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal agudo quirúrgico</li> <li>• Abdomen distendido</li> <li>• Irritación peritoneal (Blumberg positivo)</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> <li>• Uso de AINES</li> </ul>	<p><b>PLAN DIAGNÓSTICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de tórax antero posterior en bipedestación</li> <li>• Endoscopia digestiva alta</li> </ul>	<p><b>ÚLCERA DUODENAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal agudo quirúrgico</li> <li>• Abdomen distendido</li> <li>• Irritación peritoneal</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> <li>• Uso de AINES</li> </ul>	<p><b>PLAN DIAGNÓSTICO</b></p> <p><b>Endoscopia de vías digestivas altas</b></p>
<p><b>DIVERTÍCULO DE MECKEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal agudo quirúrgico</li> <li>• Abdomen distendido</li> <li>• Irritación peritoneal</li> </ul>		<p><b>PLAN DIAGNÓSTICO</b></p> <p><b>Ultrasonido abdominal</b></p>	
<p><b>APENDICITIS Y PERITONITIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal agudo quirúrgico</li> <li>• Abdomen distendido</li> <li>• Irritación peritoneal (Blumberg positivo)</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> </ul>		<p><b>PLAN DIAGNÓSTICO</b></p> <p><b>Ultrasonido abdominal</b></p>	

**Caso Clínico Perforación Gástrica por AINES- Clinical Case of Gastric Perforation by NSAIDs**  
**Figura 2. Tratamiento para cada diagnostico presuntivo**

TRATAMIENTO PARA CADA DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO		
PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECAS: PERFORACIÓN GÁSTRICA, PERFORACIÓN COLÓNICA, PERFORACIÓN INTESTINAL	ÚLCERA GÁSTRICA Y ÚLCERA DUODENAL	DIVERTÍCULO DE MECKEL
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Tratamiento:</b> Todos estos casos suelen requerir cirugía de emergencia para reparar la perforación. Además, se administran antibióticos para prevenir o tratar infecciones asociadas.</li> <li><b>Dosis y terapéutica de antibióticos:</b> Por ejemplo, una combinación de Ceftriaxona 1-2 gramos IV cada 24 horas, Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas, y Gentamicina 5 mg/kg IV cada 24 horas podría ser utilizada como una opción de tratamiento empírico.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Tratamiento:</b> Se inicia con medicamentos para reducir la producción de ácido y proteger la mucosa gástrica. Esto incluye inhibidores de la bomba de protones (IBP) y agentes protectores de la mucosa.</li> <li><b>Dosis y terapéutica:</b> Por ejemplo, Omeprazol 20-40 mg oral una vez al día o Ranitidina 150 mg oral dos veces al día podrían ser usados como IBP o antagonistas de los receptores H2, respectivamente.</li> <li><b>Erradicar el H. Pylori:</b> Esto puede incluir una triple terapia con un IBP y dos antibióticos como Claritromicina y Amoxicilina o Metronidazol, durante 10-14 días.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Tratamiento:</b> Si el divertículo se vuelve sintomático o se presenta con complicaciones como sangrado o perforación, se requiere cirugía para su extirpación.</li> <li><b>Dosis y terapéutica postoperatoria:</b> Después de la cirugía, se administran analgésicos como Paracetamol 1 g oral cada 6 horas para controlar el dolor y se sigue un régimen de antibióticos como Cefazolina 1-2 gramos IV cada 8 horas para prevenir infecciones.</li> </ol>
APENDICITIS AGUDA		PERITONITIS
<ol style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento: Quirúrgico (Abierta o Cerrada)</li> <li>Cubierta ATB según fase del apéndice:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>AA Catarral: Solo ATB profilaxis</li> <li>AA supurada: ATB por 1 día</li> <li>AA Gangrenada: ATB por 3 a 5 días</li> <li>AA es perforada + peritonitis: 7 a 10 días</li> </ul> </li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Cirugía de Emergencia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la peritonitis es secundaria a una perforación intestinal, apendicitis complicada u otra causa quirúrgica, se realiza una cirugía de emergencia para reparar la perforación, drenar abscesos y eliminar el tejido necrótico.</li> <li>Se pueden utilizar técnicas quirúrgicas como el lavado peritoneal, drenaje de abscesos y resección de tejido afectado.</li> </ul> </li> <li><b>Analgésia y Control del Dolor:</b> Tramadol 50-100 mg IV cada 4-6 horas según sea necesario para el control del dolor agudo.</li> <li><b>Antibióticos de Amplio Espectro</b> Dosis y Terapéutica:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Ceftriaxona 1 gramo IV cada 24 horas.</li> <li>Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.</li> </ul>                             Duración del Tratamiento: 7 a 14 días, ajustado según la respuesta clínica y los resultados de los cultivos.                         </li> </ol>

**Figura 3. Rx de torax frontal y Rx de abdomen simple de pie,** (Se observa signo de alas de gaviota señalado en las flechas rojas)



**Caso Clínico Perforación Gástrica por AINES- Clinical Case of Gastric Perforation by NSAIDs**

**Figura 4. Diagnósticos Diferenciales**

<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>		
<b>Obstrucción Intestinal</b>	<b>Apendicitis Perforada</b>	<b>Úlcera Péptica Perforada</b>
Definición: Bloqueo del intestino que impide el paso normal de los alimentos y líquidos.	Definición: Inflamación del apéndice con perforación (ruptura) de su pared.	Definición: Una úlcera en el estómago o el duodeno que se ha perforado a través de la pared del órgano.
<b>Síntomas Asociados:</b>	<b>Síntomas Asociados:</b>	<b>Síntomas Asociados:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal cólico intermitente.</li> <li>• Distensión abdominal.</li> <li>• Ausencia de gases o movimientos intestinales.</li> <li>• Vómitos fecaloideos (vómito con aspecto de heces).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal inicialmente alrededor del ombligo que se desplaza hacia el lado inferior derecho del abdomen.</li> <li>• Abdomen distendido.</li> <li>• Irritación peritoneal (Blumberg positivo).</li> <li>• Náuseas y vómitos.</li> <li>• Fiebre.</li> <li>• Pérdida del apetito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal intenso y repentino.</li> <li>• Abdomen distendido.</li> <li>• Irritación peritoneal (Blumberg positivo).</li> <li>• Náuseas y vómitos.</li> <li>• Posible historia previa de úlcera péptica, dolor abdominal intermitente o uso crónico de medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINEs).</li> </ul>
<b>Pancreatitis Aguda</b>	<b>Isquemia Mesentérica</b>	<b>Peritonitis</b>
Definición: Inflamación súbita del páncreas.	Definición: Reducción del flujo sanguíneo al intestino delgado.	Definición: Inflamación del peritoneo, la membrana que recubre la cavidad abdominal y los órganos abdominales.
<b>Síntomas Asociados:</b>	<b>Síntomas Asociados:</b>	<b>Síntomas Asociados:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal severo, constante y que puede irradiarse hacia la espalda.</li> <li>• Abdomen distendido.</li> <li>• Signos de irritación peritoneal.</li> <li>• Náuseas y vómitos, a menudo persistentes.</li> <li>• Posible historia de consumo excesivo de alcohol, cálculos biliares o niveles elevados de lípidos en sangre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal súbito y severo, fuera de proporción con los hallazgos físicos.</li> <li>• Distensión abdominal.</li> <li>• Signos de irritación peritoneal.</li> <li>• Náuseas y vómitos.</li> <li>• Posibles factores de riesgo como enfermedad vascular periférica, fibrilación auricular o antecedentes de enfermedad arterial oclusiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal intenso y continuo que puede ser difuso o localizado.</li> <li>• Abdomen distendido.</li> <li>• Signos de irritación peritoneal, como sensibilidad extrema al tacto o al movimiento, rigidez abdominal (signo de defensa), y signo de rebote positivo.</li> <li>• Náuseas y vómitos.</li> <li>• Fiebre y escalofríos en casos severos.</li> </ul>

**Procedimientos**

- Laparotomía exploratoria + Rafia gástrica y parche de Graham+ drenaje Penrose (2)
- Diagnóstico pre- operatorio: Abdomen Agudo Quirúrgico.
- Diagnóstico post operatorio: Perforación gástrica + peritonitis generalizada
- Hallazgo operatorio: Orificio de 0.5 cm, en cara anterior de píloro, líquido seropurulento de 150 cc

**Figura 5. Posibles Complicaciones**

<b>Laparotomía Exploratoria</b>	- Hemorragias
	- Lesión de órganos vecinos
	- ISO
	- Adherencias
<b>Rafia Gástrica</b>	- Dehiscencia de la sutura
	- ISO
	- Obstrucción gástrica
<b>Parche de Graham</b>	- Fallo del parche
	- Hemorragia
	- Obstrucción intestinal
	- ISO
<b>Drenaje percutáneo</b>	- Obstrucción del drenaje
	- Fugas
	- Daño en la mucosa gástrica

**Caso Clínico Perforación Gástrica por AINES- Clinical Case of Gastric Perforation by NSAIDs**

**Figura 6. Terapéutica**

22/04/2024	24/04/2024	25-26/04/2024
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Nada por vía oral (NPO)</li> <li>2- NaCl 9%° (I -II)</li> <li>3- Ciprofloxacino 400 mg c/12 horas</li> <li>4- Metronidazol 500mg c/8 horas</li> <li>5- Omeprazol 40mg c/24 hrs</li> <li>6- Metamizol 1gr si temperatura mayor 38.5 °C</li> <li>7- Efectivizar cirugía.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Dieta líquida amplia</li> <li>2- Control de funciones vitales + Observar signos de alarma.</li> <li>3-Omeprazol 40 mg c/24 horas</li> <li>4- Analgésicos: Tramadol 100mg EV c/8horas</li> <li>5- Curación de herida</li> <li>6- Control de drenaje</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Dieta líquida amplia</li> <li>2- Diutin Protein 30ml c/8horas</li> <li>3- Dextrosa 100ml NaCl 20% Kcl 20%</li> <li>4- Omeprazol 40 mg EV c/24 horas</li> <li>5- Ceftriaxona 1gr EV c/12horas</li> <li>6- Metronidazol 500 mg EV c/8h</li> <li>7- Tramadol 100mg EV c/8horas</li> <li>8- Metoclopramida 10mg EV c/8h</li> <li>9- Control de drenaje</li> <li>10- Control de funciones vitales</li> <li>11- Ambulación</li> </ol>
23/04/2024	Inicia tolerancia oral. Retiro de sonda Nasogástrica y Foley.	

**Evolución**

T: 36,6 °C FC: 77 ppm. FR: 20 rpm PA: 115/76 mmHg. SatO2: 99%. FiO2: 21%. Drenaje

Penrose: 8 cc en 24 h.

Paciente varón de 30 años con diagnóstico de: Laparotomía exploratoria + rafia gástrica con Parche de Graham + drenaje Penrose por perforación gástrica + peritonitis generalizada

**Figura 7. Evolución según SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis o Apreciación y Plan)**

**S** Paciente refiere sentirse más tranquilo , no náuseas, elimina flatos.

**O** Al examen

- **Piel y anexos:** Normotérmico, normocrómico, llenado capilar <2 segundos, turgencia conservada.
- **Cabeza y cuello:** Normocéfalo, no se palpan adenopatías.
- **Aparato respiratorio:** Tórax con amplexación conservada , murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- **Aparato Circulatorio:** Ruidos cardíacos , rítmicos y regulares, no soplos
- **Abdomen:** Plano, herida operatoria en línea media de +/- 8 cm supraumbilical, +/- 3 cm infraumbilical afrontado con 18 puntos de sutura, no signos de flogosis, blando depresible, dolor leve a la palpación y contigua a la herida y el drenaje , ruidos hidroaéreos (+). Drenaje Penrose en fosa iliaca derecha de 8 cc en 24 horas de contenido serohemático.
- **Locomotor:** Tono y trofismo conservado.
- **Sistema Nervioso :** Glasgow 15/15.  
Tolera la vía oral , presenta eructos frecuentes.

**P** **Control de drenaje. Ambulación.**

**Figura 8. Abdomen del paciente día posoperatorio 04**



### Conclusiones

- ▢ **Perforación Gástrica por AINES:** Se sospecha que la perforación gástrica fue causada por el uso previo de Etoricoxib y Dolocordralan 2 AINEs. Esto destaca el riesgo asociado con estos medicamentos mencionados y la importancia de monitorear efectos adversos.
- ▢ **Necesidad de Abordaje Multidisciplinario:** El manejo exitoso requirió la colaboración entre diferentes especialidades médicas, desde la evaluación inicial hasta la intervención quirúrgica y los cuidados postoperatorios.
- ▢ **Educación del Paciente:** Destaca la necesidad de educar a los pacientes sobre los riesgos de los medicamentos y la importancia de buscar atención médica adecuada, no automedicarse.
- ▢ **Consideraciones Socioeconómicas:** Las barreras socioeconómicas pueden haber contribuido al retraso en la búsqueda de atención médica especializada y al uso inapropiado de medicamentos.

### Recomendaciones

- ▢ La técnica paramedial fue de gran ayuda para encontrar la etiología de la enfermedad en este caso fue una víscera hueca de perforación gástricas.
- ▢ Ambulación del paciente para una mejor recuperación y no formación de flatos.
- ▢ Acuda a su centro de salud mas cercano para su respectivo control, y retire de puntos.

### Bibliografía

1. Sánchez, M. Factores de mal pronóstico en pacientes con perforación gástrica. [Internet]. Trujillo (Perú): Universidad Privada Antenor Orrego; 2020 [03-05-24]. Disponible en: [FACTORES DE MAL PRONÓSTICO ASOCIADOS A PERFORACIÓN GASTRODUODENAL](#)
2. Rodríguez Ureta WK. Factores de riesgo asociados a la perforación gástrica en pacientes hospitalizados. [Tesis]. Lima (Perú): Universidad Privada San Juan Bautista; Preimpresiones SciELO - [preprints.scielo.org](https://preprints.scielo.org)

*Caso Clínico Perforación Gástrica por AINES- Clinical Case of Gastric Perforation by NSAIDs* 2018 [03-05-24]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3991/PI-SEPG-RODRIGUEZ%20URETA%20WILBERT%20KILL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

3. Perforación Aguda del Tubo Digestivo. Manual MSD Versión Profesional. Consultado en línea; disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BAgica/perforaci%C3%B3n-aguda-del-tubo-digestivo>. Accedido [03-05-24].

### **Agradecimiento**

Agradecemos a nuestros docentes y doctores UNSM-T, personal del Hospital II-2 Tarapoto, en especial al doctor cirujano general Carlos Javier Mego Silva y docente de la Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto que contribuyeron e hicieron posible la realización de este trabajo.

## Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que los datos, las aplicaciones y otros contenidos subyacentes al manuscrito están referenciados.
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación, cuando corresponda, se describen en el manuscrito.
- Los autores declaran que una vez que un manuscrito es postado en el servidor SciELO Preprints, sólo puede ser retirado mediante solicitud a la Secretaría Editorial deSciELO Preprints, que publicará un aviso de retracción en su lugar.
- Los autores aceptan que el manuscrito aprobado esté disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El autor que presenta el manuscrito declara que las contribuciones de todos los autores y la declaración de conflicto de intereses se incluyen explícitamente y en secciones específicas del manuscrito.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints o publicado en una revista.
- Si el manuscrito está siendo evaluado o siendo preparando para su publicación pero aún no ha sido publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.
- El autor que envía el manuscrito declara que todos los autores del mismo están de acuerdo con el envío a SciELO Preprints.