

**EFFECTIVIDAD DEL NAPROXENO SODICO Vs NIMESULIDE EN EXODONCIA
DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS INTRAOSEOS**

**GLORIA ARIZA ROJAS
SONIA PIRAJAN OVALLE
ANGELA RIVEROS MORALES
CONSUELO QUINTERO BUITRAGO**

**Asesor Científico
RAFAEL PALENCIA DIAZ
Odontólogo, Especialista en farmacología**

**Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.
Odontóloga, Magister en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.**

2001

**EFFECTIVIDAD DEL NAPROXENO SODICO Vs NIMESULIDE EN EXODONCIA
DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS INTRAOSEOS**

**GLORIA ARIZA ROJAS
SONIA PIRAJAN OVALLE
ANGELA RIVEROS MORALES
CONSUELO QUINTERO BUITRAGO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el Titulo de
Odontólogo**

**Asesor Científico
RAFAEL PALENCIA DIAZ
Odontólogo, Especialista en farmacología**

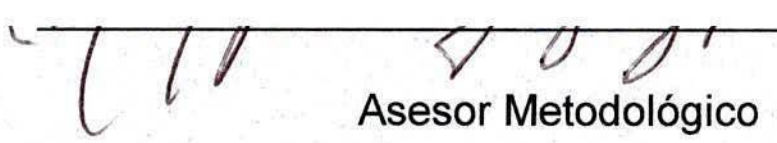
**Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.
Odontóloga, Magister en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.**

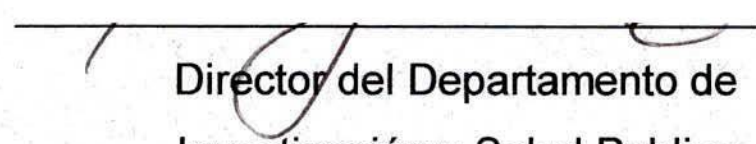
2001

Trabajo de grado **EFFECTIVIDAD DEL NAPROXENO SODICO Vs NIMESULIDE EN EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS INTRAOSEOS**, elaborado por **GLORIA ARIZA ROJAS, SONIA PIRAJAN OVALLE, ANGELA RIVEROS MORALES y CONSUELO QUINTERO BUITRAGO**, ha sido aprobado como requisito de grado parcial para optar él titulo de Odontólogo.

Asesor Científico



Asesor Metodológico



**Director del Departamento de
Investigación y Salud Publica**

Bogotá, D.C., Abril de 2001

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 JUSTIFICACION	2
1.3 PROPOSITO	3
1.4. MARCO TEORICO	3
1.4.1. AINES	3
1.4.2. Nimesulide	11
1.4.3. Naproxeno sódico	17
1.5. OBJETIVOS	19
1.5.1. Generales	19
1.5.2. Especifico	19
1.6. HIPOTESIS	19
1.6.1. Hipotesis nula	19
1.6.2 Hipótesis alternativa	19
2. MÉTODO	20
2.1 TIPO DE ESTUDIO	20
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	20
2.3. POBLACION DE ESTUDIO	20
2.4. VARIABLES	21
2.4.1. Grado de dolor	21
2.4.2. Tiempo de observación	21
2.4.3. Efectos colaterales	21
2.5. INSTRUMENTOS	21
2.6 PROCEDIMIENTOS	21
2.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	22

3. RESULTADOS	23
4. DISCUSIÓN	34.
5. CONCLUSIONES	36
6. RECOMENDACIONES	37
ANEXOS	
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCIÓN

En los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que han sido tomados para analizar su efectividad, inhiben la actividad de cicloxigenasa 1 (COX – 1) constitutiva y cicloxigenasa 2 (COX-2) e induce la síntesis de prostaglandina.

Se presentó una opción la cual se dio la oportunidad de elegir entre dos medicamentos como son el Nimesulide y el Naproxeno Sodico los cuales poseen propiedades analgésicas y antiinflamatorias.

En algunas formas de dolor postoperatorio los antiinflamatorios de esta categoría pueden ser mejor que los analgésicos opiodes y son eficaces en situaciones en que la inflamación ha sensibilizado a los receptores del dolor, estimulo mecánicos o químicos que normalmente son indolores

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La realización de exodoncias de terceros molares incluidos intra óseos se busca manejar el trauma postoperatorio, controlando el dolor y la inflamación y así mismo manejar el funcionamiento del sistema estomatognático por lo cual es necesario una efectividad en la terapia farmacológica y se llevó a la búsqueda de nuevas alternativas a los pacientes que han sido sometidos a ese tipo de cirugías.

Es necesario saber, ¿cuál de estos medicamentos Naproxeno Sódico MK y Nimesulide, Scaflam[®] presenta una mayor eficacia en el trauma postoperatorio?, Cómo también ¿cuál de estos, Naproxeno Sódico MK y Nimesulide, Scaflam[®] presenta menos efectos colaterales y adversos?. Y tener en cuenta la facilidad económica para los pacientes. Por esta razón cabe preguntar: ¿cuál medicamento es eficaz para controlar el dolor y la inflamación en exodoncias de terceros molares incluidos intra óseos entre Naproxeno Sódico MK y el Nimesulide, Scaflam[®] ?.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La importancia de este estudio es verificar la eficacia analgésica y antiinflamatoria entre el Naproxeno Sódico MK y el Nimesulide, Scaflam[®] en exodoncias de

terceros molares incluidos intra óseos y así presentarle a los pacientes otra alternativa de tratamiento en cuanto al trauma postoperatorio.

1.3 PROPOSITO

La investigación pretende el conocimiento de otros mecanismos que se encuentran en el mercado que son poco utilizados en el área de la odontología como es el Nimesulide, como también las ventajas y desventajas posibles frente a los analgésicos no esteroides y la evaluación de los resultados después de la terapia analgésica.

1.4 MARCO TEORICO

1.4.1 AINES

Antiinflamatorios no esteroides (AINES), son también llamados ácidos antiflogísticos, analgésicos no narcóticos ó medicamentos del tipo de la Aspirina. Todos esos nombres indican algunas de sus propiedades básicas y comunes a todo el grupo. Las principales de las cuales son comportarse como antiinflamatorios no específicos; su estructura química es variable, pero todos son ácidos orgánicos débiles y no son de naturaleza, ni enzimáticas, ni proteica; pertenecen todos al grupo de los antitermo-analgésicos no narcóticos, aunque algunos de ese grupo como los derivados de la anilina y la salicilamida tienen poco o ninguna acción antiinflamatoria y no son usados como tales. (Sebastián G., Priscila C. Bourfault, 1994.

Como ya se ha indicado son antiinflamatorios no específicos, es decir actúan sobre las distintas inflamaciones en general y sobre las causas particulares de algún tipo de ellas. Esto los diferencia de otros medicamentos que son capaces de actuar específicamente sobre las causas inmediatas de la inflamación, como la colchicina, en la gota; los antihistamínicos en las reacciones alérgicas; o los antibióticos en las infecciones. Estos medicamentos en cambio interfieren con diversos mecanismos, no bien determinados del proceso inflamatorio. (Sebastián G., Priscila C. Bourgault, 1994.)

El nombre de este grupo de fármacos refleja el interés en su actividad antiinflamatoria y los diferencia de los esteroides. En la actualidad tienen el mismo espectro de actividad que los salicilatos, son analgésicos, antiinflamatorios y afectan a las plaquetas. Al igual que los salicilatos, casi todos los AINES también son eficaces como antipiréticos, pero la administración de drogas y alimentos solo ha aprobado el ibuprofén con este fin. Se utiliza para tratar dolor e inflamación de cualquier causa, esto incluye el dolor y la inflamación posquirúrgico ó los que resultan de enfermedades inflamatorias, como artritis y gota. Además son útiles en el tratamiento de la dismenorrea. (Pablo Bazerque, 1997)

No se ha determinado el mecanismo exacto de acción de los fármacos; todos inhiben la ciclooxigenasa y disminuyen la síntesis de prostaglandinas. Sin embargo pueden variar en otras acciones; por ejemplo la aspirina disminuye la respuesta a la badicinina; La indometacina no, pero al inhibir a la enzima fosfolipasa A_2 , evita la síntesis de ácido araquidónico, precursor de las

prostaglandinas, en tanto que el ácido fénamico disminuye la actividad de éstas en los receptores. Además, los compuestos varían en su capacidad para inhibir la síntesis de prostaglandinas en tejidos diversos. (Pablo Bazerque, 1997)

Es más probable que se utilicen los menos tóxicos para efectos analgésicos y antiinflamatorios a corto plazo, en tanto que los más tóxicos tal vez se necesiten para enfermedades inflamatorias graves. Es necesario tener precaución cuando se utilizan nuevos AINES, ya que es posible que no se conozca bien su eficacia y su toxicidad. (Pablo Bazerque, 1997).

Entre los problemas inesperados que han ocurrido se encuentran reacciones alérgicas graves con Zomepirac (suspendido del mercado), y dolor en el flanco relacionado con disminución de la función renal con el Suprofén.

Derivados del ácido Propiónico: Se probaron para uso analgésico el ibuprofén (motrin) Fenoprofén (Nalfon) y Naproxen (Naprosyn. Hay estudios que indican que pueden ser mejores que la aspirina sola ó que la combinación de ésta con propoxifeno o codeína, para combatir el dolor después de terceros molares. No se sabe con seguridad si alguno de los derivados del ácido Propiónico es superior a cualquier otro en efectos analgésicos o antiinflamatorios. Estos fármacos se utilizan en el postoperatorio y para tratar de dismenorrea, enfermedades inflamatorias y dolor leve a moderado. (Pablo Bazerque, 1997)

Estos fármacos tienen muchos de los efectos de la aspirina. Su efecto de disminución de la agregación plaquetaria es reversible y ocurre en menor grado y por menos tiempo que el que se observa con la aspirina. No obstante, no deben usarse en pacientes con úlcera gástrica, tendencias hemorrágicas y en quienes reciben tratamiento anticoagulante porque pueden causar hemorragia gástrica. Al igual que la aspirina, el fenoprofén también aumenta las concentraciones sanguíneas de los anticoagulantes bucales. (Pablo Bazerque, 1997.)

Estos fármacos muestran intolerancia cruzada a la aspirina pero no a los otros fármacos que contienen ácidos salicílicos. Al igual que la aspirina, pueden inducir a ataque asmático y otras reacciones tipo alérgicas en pacientes que padecen asma, urticaria, pólipos nasales y con antecedentes de reacciones alérgicas a otros fármacos. No deben usarse con salicilatos ya que no hay alivio adicional y aumenta la frecuencia de efectos gastrointestinales. (Pablo Bazerque, 1997.)

La frecuencia de efectos secundarios de estos fármacos varía. Las molestias más usuales son problemas gástricos, náuseas, vómitos, dolor epigástrico y exantema. Un estudio reciente indica que el peligro de hemorragia gastrointestinal difiere con estos tres fármacos. El fenoprofén tiene menor riesgo, el ibuprofén se acompaña de un riesgo un poco mayor y el naproxen tiene un riesgo alto importante. Se ha señalado una mayor frecuencia y menos tipos de efectos secundarios con ibuprofén comparado con aspirina, fenoprofén y naproxen. (Pablo Bazerque, 1997).

Los efectos secundarios menos frecuentes con ibuprofén incluyen cefalea, nerviosismo, tinitus, pérdida del apetito, estreñimiento, diarrea y retención de líquidos. (Pablo Bazerque, 1997.

Los que ocurren rara vez incluyen problemas con la visión, audición y la función renal hepática, urticaria, somnolencia, insomnio, confusión, depresión, discrasias sanguíneas, faringitis y resequedad bucal, heces alquitranadas (hemorragia) y latidos cardiacos intensos.

El fenoprofén es similar al ibuprofén, pero es más común que haya mas de los efectos secundarios que incluyen náuseas, vómitos, indigestión, estreñimiento, prurito, tinitus, mareos, cefalea, nerviosismo, debilidad muscular y latidos cardiacos intensos.

Los efectos colaterales menos frecuentes incluyen dolor de estomago, erupción cutánea, vesícula, trastornos visuales y auditivos, confusión mental, dificultad respiratoria y melena.

Son pocos comunes los problemas hepáticos y renales, depresión mental, discrasias sanguíneas y retención de liquido.

Los efectos colaterales más frecuentes del Naproxeno incluyen prurito, dificultades respiratorias, tinnitus, retención de liquido indigestión, dolor estomacal, estreñimiento, mareos, somnolencia, cefalea, nausea y vomito.

Con menos frecuencia hay trastornos visuales, auditivos y diarrea. Los efectos colaterales raros incluyen escalofríos y fiebre, vesículas, erupción cutánea, problemas hepáticos y renales, debilidad muscular, dolor de boca y melena. (Pablo Bazerque, 1997).

Otros derivados del ácido Propiónico que se han valorado para analgesia dental y han mostrado ser superiores al placebo incluyen flubiprofén, fenbufén y indoprofén. El flubiprofén se encontrará pronto disponible como Ansiad pero los otros dos aún no están en Estados Unidos de América. Pruebas recientes indican que el uso prolongado de flubiprofén disminuye la pérdida ósea en enfermedades periodontales.

Derivados del ácido fénamico: el ácido mefenámico se aprueba como analgésico, sin embargo, por sus efectos colaterales graves no es recomendable en odontología. La dosis bucal en adultos es de 500 Mg al inicio. De 250 mg Cada seis horas, según se requiera.

Los salicilatos y AINES se utilizan para tratar osteoartritis. También se emplean para la artritis reumatoide y otras enfermedades artríticas. Sin embargo no suprimen las enfermedades.

Quizá se requieren otros fármacos más tóxicos, para tratar la artritis reumatoide grave o con evolución rápida y otras enfermedades inflamatorias graves. Se comprende mal el mecanismo de acción de estos fármacos, sin embargo, se piensa que todos suprimen los procesos inmunológicos.

Los odontólogos deben recordar que ello puede causar infecciones bucales microbianas, mala cicatrización de heridas y hemorragia gingival. Si se sospecha la presencia de discrasias sanguíneas, hay que valorar a los pacientes y retrasar el trabajo dental hasta asegurar su estado normal. (Pablo Bazerque, 1997).

Los AINES también se utilizan para la artritis gotosa. Actúan como la aspirina inhibiendo la absorción de urato por los túbulos renales y disminuyendo la respuesta inflamatoria causada por el depósito de cristales de urato en las articulaciones.

El tratamiento farmacológico del dolor dental, origen inflamatorio periférico, se dirige a bloquear el impulso nociceptivo en el receptor a lo largo del nervio periférico por lo cual los analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINES) son los mas apropiados, puesto que ejercen su acción a nivel del nocioreceptor. Los AINES inhiben la generación de la señal dolorosa y la sensibilización del nocioreceptor producida por la PGE₂, puesto que estos fármacos inhiben la síntesis de todas las prostaglandinas. (Goodman y Gillman, 1996).

El efecto analgésico de los AINES tiene un techo máximo (eficacia máxima) a partir de la cual el incremento de la dosis del medicamento no produce mayor analgesia, aunque sin mayores efectos indeseables. (Goodman y Gillman, 1996)

El efecto techo probablemente la existencia de otros mediadores de la inflamación que no son bloqueados por estas sustancias racionalmente, ya que son muchos los factores que influyen en su prescripción. (Goodman y Gillman, 1996).

Los factores que influyen en prescripción de los AINES son dar al paciente a escoger el medicamento basándose en experiencias anteriores. Se le otorga total credibilidad a la información comercial de los productos analgésicos sin hacer un estudio cuidadoso de esta. El gran numero de analgésicos disponibles en el mercado, dificulta la elección del medicamento más apropiado. La falta de un criterio de selección basado en el balance riesgo – beneficio. (Goodman y Gillman, 1996)

A pesar que la tradicional clasificación química de los AINES es importante para conocer su origen e identificar las características generales del grupo químico, en la actualidad se le da mayor importancia a la clasificación que tiene en cuenta sus principales características farmacocinéticas, ya que estas si tiene verdadera importancia clínica, cuando la analgesia es el objetivo principal y especialmente si el tratamiento es de corta duración, la característica fundamental del agente debe ser la acción rápida del efecto. Cuando se utilizan fármacos cuyo inicio de acción es mas lento es recomendable prescribir dosis de impregnación o carga; por lo contrario la utilización de fármacos de acción rápida no requiere el uso de dosis de impregnación. Cuando no hay alivio adecuado del dolor, se pueden incrementar las dosis, sin embargo a diferencia de los analgésicos opióides de AINES solo produce efectos mas prolongados pero no necesariamente analgésica superior. (Goodman y Gillman, 1996).

1.4.2Nimesulide

Analgésico, antiinflamatorio y antipirético, cada tableta contiene 100 mg de nimesulida; es un eficaz agente antiinflamatorio con actividad analgésica y antipirética, que permite un efectivo control de los procesos inflamatorios y dolorosos osteoarticulares y de diversa naturaleza (respiratorios, óticos, genitourinarios, tejidos blandos, etcétera), con mejor tolerancia gástrica en comparación con otros AINES. (Vademécum PLM, 1997).

En cuanto a su mecanismo de acción, a diferencia de otros AINES, los cuales poseen grupos carboxílicos o enólicos, Nimesulide posee un grupo sufonalidina que le confiere características en cuanto a su mecanismo de acción, estas son: inhibición selectiva de síntesis de prostaglandinas y actividad antirradicales libres.

La inhibición selectiva de la síntesis de prostaglandina (PGE₂, PGE₁, PG₁₂) en los tejidos por inhibición de la ciclooxigenasa en la cascada del ácido araquidónico, controlando los signos y síntomas de la inflamación debido a las anotadas prostaglandinas. A diferencia de otros AINES, dicha inhibición ocurre selectivamente en el sitio de la inflamación y no en la mucosa gástrica, en donde las prostaglandinas ejercen una actividad citoprotectora por incrementar la síntesis y viscosidad del moco y estimular la secreción de bicarbonato, componentes vitales de la barrera protectora gástrica, que la defienden de la acción agresiva de la pepsina y del ácido clorhídrico.

Esta propiedad de no inhibir las prostaglandinas citoprotectoras de la mucosa gástrica esta relacionada con la constante de disociación (PKA) del Nimesulide en

el medio ácido gástrico, por lo que carece de efectos gastrolesivos. (Vademécum PLM, 1997).

Actividad antirradicales libres. Nimesulide posee una acción antirradicales libres, los que al estar anormalmente incrementados en el proceso inflamatorio, ocasionan daño a las membranas celulares y por tanto lesiones tisulares. Esto sucede particularmente en infecciones inflamatorias de naturaleza crónica, tales como osteoartritis, artritis reumatoidea, etcétera.

Esta actividad antirradicales libres de Nimesulide se ejerce en dos formas inhibiendo la producción de radicales oxigenados (anión superóxido: O_2^-). Al reducir la fosforilación o activación de la enzima NADPH oxigenasa a nivel de membrana celular de los polimorfonucleares, el Nimesulide evita la fosforilación o activación de esta enzima mediante dos mecanismos: bloqueando la unión de la proteína kinasa C con el ATP en el citoplasma de los polimorfosnucleares (PMN), evitando la liberación de radicales fosfatos activadores y bloqueando la activación o fosforilación de la NADPH oxigenasa a nivel, de la membrana celular del PMN por los radicales fosfatos liberados.

Barriendo o captando los radicales libres oxigenados (Efecto Scavenger) formados en la cascada del ácido araquidónico en los tejidos inflamados. (Vademécum PLM; 1997).

Sus características farmacocinéticas, la absorción por vía rápida y casi completamente a nivel del tracto gastrointestinal. Mediante la administración oral

de 100 mg en comprimidos a voluntarios sanos se logró una máxima concentración sérica de 34,2 mcg/ml al cabo de 3 horas y 15 minutos. (Vademécum PLM, 1997)

Con la administración de la misma dosis (100 mg) pero con forma pulverizada, se lograron picos séricos más elevados y una mayor área bajo la curva de las concentraciones séricas que con la administración de comprimidos. La absorción es mayor al administrarse con los alimentos. (Vademécum PLM, 1997)

Los efectos sobre el tracto gastrointestinal, Nimesulide ha demostrado carecer virtualmente de potencial ulcerogénico o gastrolesivo en comparación con otros AINES, tales como endometacina, diclofenac sódico, piroxicam, naproxen, lentibutazona, ibuprofén, y ácido mafenámico. (Vademécum PLM, 1997)

Los efectos sobre los polimorfonucleares (PMN): el Nimesulide disminuye además la migración de PMN hacia el foco inflamatorio y por lo tanto la liberación de enzimas lisosomales y el consiguiente daño tisular. Este efecto es debido a que el Nimesulide disminuye la liberación de histamina (factor quimiotáctico) por parte de los mastocitos o células cebadas, al aumentar las concentraciones de AMPC en dichas células por inhibición de las fosfodiesterasa evitando su degranulación. (Vademécum PLM, 1997)

Los efectos inmunológicos del Nimesulide inhiben in Vitro la explosión respiratoria de los PMN neutrófilos en procesos de fagocitosis, disminuyendo la producción de

aniones superóxido (radicales libres), reduciendo por lo tanto, el daño a los tejidos y el proceso inflamatorio sin afectar su respuesta fagocitaria.

In Vitro demostró reducir aproximadamente en un 36% a las 24 horas, la acumulación de polimorfonucleares en el infiltrado. (Vademécum PLM, 1997)

En cuanto a los efectos sobre la función renal, los AINES, al inhibir la síntesis de prostaglandinas a nivel renal pueden disminuir sus efectos fisiológicos con las siguientes consecuencias: vasoconstricción a nivel local con disminución de la perfusión renal y de la fracción de filtración glomerular, aumento de la actividad de la hormona antidiurética, con la retención de sodio y agua (Vademécum PLM, 1997).

Estos efectos son irrelevantes en circunstancias normales, pero adquieren gran importancia en pacientes ancianos sobre todo si son diabéticos o hipertensos, y en todas las situaciones en que existía hipovolemia o cuanto la función renal depende principalmente de la acción reguladora de las prostaglandinas sintetizadas in situ. Nimesulide, Scaflam® por su mecanismo de acción selectivo y a diferencia de otros AINES no inhibe la síntesis de prostaglandinas a nivel renal, por lo que no disminuye la función renal ni ocasiona retención hidrosalina pudiendo administrarse con mayor seguridad sobre todo a pacientes ancianos diabéticos e hipertensos. (Vademécum PLM, 1997).

Como coadyuvante en tratamiento de procesos infecciosos o inflamatorios de las vías respiratorias altas (amigdalitis, sinusitis, otitis, faringitis, síndrome gripal,

laringotraqueitis, bronquitis y bronconeumonía). Procesos inflamatorios acompañados o no de dolor y/o fiebre de diversa naturaleza como: artritis reumatoidea, osteoartritis, artrosis de la columna, espondilitis anquilosante, fibrosis, bursitis tendinitis, tenosinovitis, reumática o traumática; inflamaciones postraumáticas como esguines, torsiones, distensiones, luxaciones, fracturas; inflamaciones del tractogenitourinarios como dismenorrea, vaginitis, cervicitis, endometritis, anesitis, uretritis, cistitis y pielonefritis.

Otros procesos como flebitis, tromboflebitis, así como inflamaciones postoperatorias en cirugía oral, dolor de articulación temporomaxilar, dolor postextractivo, gingivitis y dolor músculo esquelético. Etc.

Se debe adaptarse las debidas precauciones en las siguientes condiciones antecedentes de ulcera gastroduodenal, de alteraciones oculares (sobretudo si han sido relacionadas con AINES) y de enfermedades hemorrágicas. Con anticoagulantes o otros fármacos inhibidores de la agregación plaquetaria.

En pacientes bajo tratamientos con fármacos de limitada tolerancia gástrica. En insuficiencia renal o hepática, debe evitarse el consumo del alcohol. Deberá administrarse cautelosamente en pacientes ancianos especialmente si padecen de estreñimiento. (Vademécum PLM, 1997).

Los efectos secundarios en comparación con otros AINES, Nimesulide posee una excelente tolerancia sobre todo gastrointestinal, con baja incidencia de efectos secundarios; pudiendo presentarse gastralgia, náuseas, vómitos y diarrea. En

hipersensibles pueden aparecer erupciones cutáneas y prurito. (Vademécum PLP, 1997)

Pueden presentarse disminución de la agregación plaquetaria pero sin afectar los factores de coagulación, habiéndose también reportado granulosis y disminución de la velocidad de sedimentación eritrocitaria.

La administración concomitante de Nimesulide y sales de litio provoca un aumento en los niveles plasmáticos de éste. Debido al alto porcentaje de unión del Nimesulide a las proteínas plasmáticas, debe vigilarse estrictamente a los pacientes que reciben simultáneamente hidantoínas y sulfamídicos. (Vademécum PLP, 1997)

La administración en adultos y menores mayores de 12 años es de 100 Mg dos veces al día (B.i.d.) pudiéndose iniciarse con 50 Mg dos veces al día (B.i.d) y aumentarse progresivamente hasta 200 Mg (B.i.d. Se recomienda administrarlo encima de las comidas en los casos de pacientes ancianos se deberá establecer un régimen del tratamiento con reducción de la dosificación. (Vademécum PLP, 1997).

Niños 5 mg/Kg./día dividido en 2 dosis en caso de usarse como Antiinflamatorio y en tres dosis en caso de usarse como antipirético. (Vademécum PLP, 1997).

1.4.3 NAPROXENO SÓDICO

Antiinflamatorio analgésico y antipirético cada cápsula contiene 500 Mg de Naproxeno Sódico, es un AINES y nivela prostaglandinas sintetasa, esta acción contribuye a explicar en parte su mecanismo de acción, no es depresor del Sistema Nervioso Central y no induce enzimas metabólicas. (Vademécum PLP, 1997)

Antiinflamatorio y antiexudativo en procesos inflamatorios y dolorosos de diversa etiología. Naproxeno Sódico solo o asociado, proporciona una disminución rápida y efectiva de la inflamación y el dolor, puede ser utilizada en lesiones periarticulares y músculo esqueléticas, analgesia en bursitis, tendinitis, sinovitis, tenosinovitis y lumbago.

Odontología y traumatología: efecto analgésico después de torceduras, distensiones, manipulaciones ortopédicas, exodoncias, cirugías. (Vademécum PLP, 1997)

Sus contraindicaciones son la hipersensibilidad al Naproxeno o Naproxeno Sódico, no se debe administrar en pacientes que previamente han manifestado reacciones alérgicas con aspirinas u otros AINES. (Vademécum PLP, 1997)

Sus precauciones y advertencias, debido a que los estudios de seguridad y eficacia no han sido completados, no se recomiendan el uso del Naproxeno Sódico en niños menores de 1 año. (Vademécum PLP, 1997)

Existen diversas reacciones como: cefalea, dolor epigástrico, náusea, edema periférico, malestar abdominal, tinnitus y vértigo. Entre otros.

Los casos raros reportados han sido anafilaxia, angioedema, ictericia, meningitis aséptica, anemia aplásica, anemia hemolítica, convulsiones, estomatitis ulcerativa, fotosensibilización, falla renal, granulocitopenia, hematuria, hepatitis fatal (1 caso), nefritis intersticial, necrosis epidérmica, rash cutáneo, síndrome nefrótico, sangrado y/o perforación gastrointestinal, síndrome de Stevens, trombocitopenia . (Vademécum PLP, 1997)

En caso de sobredosis podemos encontrar somnolencia, vómito náuseas, dispepsia o precordalgia; en algunos casos se han presentado convulsiones, pero no está claro si se relacionaron directamente con la sobre dosis de Naproxeno. No se conoce que dosis pudiera comprometer la vida del paciente. (Vademécum PLP, 1997)

Se debe inducir vaciamiento gástrico y aplicar medida de soporte, estudios en animales indican que la pronta utilización de carbón vegetal (Charcoal) en cantidad adecuada reduce la absorción del fármaco.

La hemodiálisis no disminuye la concentración plasmática del Naproxeno por su alta unión a proteínas. (Vademécum PLP, 1997)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 GENERAL

Determinar la eficacia analgésica entre el Naproxeno sódico MK y el Nimesulide en el manejo del trauma postoperatorio de terceros molares incluidos intra óseos.

1.5.2 ESPECÍFICOS

- Determinar el grado de analgesia entre el Naproxeno sódico MK y el Nimesulide, Scaflam® .
- Establecer el tiempo de analgesia entre el Naproxeno sódico MK y el Nimesulide, Scaflam® .
- Determinar los efectos adversos del Naproxeno sódico MK y el Nimesulide, Scaflam®

1.6 HIPÓTESIS

1.6.1 Hipótesis Nula (Ho)

La eficacia analgésica del Nimesulide, es igual a la eficacia analgésica del Naproxeno sódico.

1.6.2 Hipótesis Alternativa (H1)

La eficacia analgésica del Nimesulide es diferente a la eficacia analgésica del Naproxeno sódico.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo de cohorte doble ciego.

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Naproxeno sódico MK y Nimesulide Scaflam®

2.3 POBLACION DE ESTUDIO

Se realizó una muestra intencional de personal que asistían a la clínica de cirugía ambulatoria del Colegio Universitario Colombiano (sede Centro), y la clínica adscrita (sede Chapinero), que aceptaron y cumplieron con los siguientes requisitos de inclusión: que no hayan tomado medicamentos durante los quince días anteriores, no presentaran ulcera gástrica, terapia analgésica previa, no fueran alérgicos al ácido salicílico, ni a otros AINES. Pacientes sometidos a dos exodoncias de terceros, molares incluidos intra óseos. Pacientes que quieran participar en el estudio.

2.4 VARIABLES

2.4.1 Grado de dolor

Se midió en la escala visual análoga 1 – 1.

2.4.2 Tiempo de observación: 1, 6, 12, 24

2.4.3 Efectos colaterales

Se valoraron por medio de un cuestionario

2.5 INSTRUMENTOS

Para efectos de este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

1. Aceptación voluntaria paciente
2. Grado de dolor
3. Efectos colaterales

2.6 PROCEDIMIENTO

El estudio se realizó en la sala de cirugía ambulatoria del Colegio Universitario Colombiano (sede centro) y la Clínica Adscrita (Chapinero), en donde los investigadores con pleno conocimiento de los cirujanos escogieron los pacientes los cuales llegaron a esta sala por el requerimiento de la cirugía de exodoncias de terceros molares incluidos intra óseos, pacientes a quienes se les explicó el estudio que se iba a realizar, cada paciente a su vez decidió si deseaba o no

participar y firmó un formato de consentimiento, donde se les solicitaba el número telefónico y el investigador llamaría preguntando si se le presentaron efectos adversos y la hora a la cual se le había presentado algún tipo de dolor. Las llamadas se realizaron a la primera hora, a la sexta hora, hora doce y a las veinticuatro horas después de la cirugía.

El investigador encargado preguntó al paciente: ¿en este momento qué tan fuerte, es el dolor que siente?, Califique el dolor en una escala de 0 a 10, donde 0 es no tener ningún dolor y 10 tener un dolor insoportable.

Al finalizar el tratamiento se preguntó al paciente si volvería a usar el medicamento suministrado y si tuvo algún efecto adverso.

Se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central del tipo de frecuencia y porcentajes para cada una de las variables aplicando y/o basándose en la prueba Kruskal Wallis para la prueba de hipótesis.

2.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se realizó estadística descriptiva de tipo de tendencia central como frecuencias, porcentajes y promedio para cada uno de las variables y además estadística analítica del tipo para la prueba de hipótesis

3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos con respecto a la eficacia analgésica que se dieron en los 40 pacientes que participaron voluntariamente en el estudio fueron los siguientes:

4 pacientes con Naproxeno Sódico MK reportaron a la primera hora un grado de dolor cero, lo que equivale a un 20 % de la población objeto de estudio, con el mismo grado de dolor reportaron 3 pacientes a los cuales se les suministró Nimesulide, Scaflam® lo cual equivale a un 15%, 7 pacientes demostraron un grado de dolor uno, con el medicamento Naproxeno Sódico MK lo que corresponde a un 35%, contrario a los que se les suministró Nimesulide, Scaflam® los cuales fueron 4 pacientes indicando un 20% de ellos, 4 pacientes reportaron un grado de dolor dos, correspondiente a un 20% con el medicamento Naproxeno Sódico MK, mientras que con el medicamento Nimesulide, Scaflam® se reportaron 5 pacientes, correspondiente a un 25%, 2 pacientes mostraron un Grado de dolor tres, con el medicamento Naproxeno Sódico MK lo cual equivale a un 10%, mientras que con el Nimesulide, Scaflam® se informaron 5 Pacientes correspondiente a un 25 %. (Tabla 1).

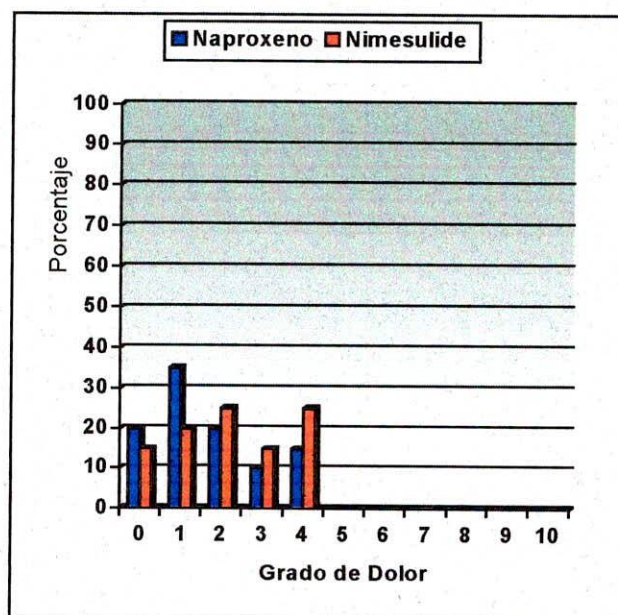
Tabla1.

Frecuencia y Porcentaje de Pacientes según grado de Dolor
Medicamento suministrado Naproxeno Sódico MK vs. Nimesulide
Scaflam® (Hora 1)

GRADO DE DOLOR	PACIENTES NAPROXENO	%	PACIENTES NIMESULIDE	%
0	4	20.00	3	15.00
1	7	35.00	4	20.00
2	4	20.00	5	25.00
3	2	10.00	3	15.00
4	3	15.00	5	25.00
5	0	0.00	0	0.00
6	0	0.00	0	0.00
7	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00
9	0	0.00	0	0.00
10	0	0.00	0	0.00
TOTAL	20	100.00	20	100.00

GRÁFICO 1.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GRADO DE DOLOR HORA 1



A la sexta hora, 9 pacientes con el medicamento Naproxeno Sódico MK demostraron un grado de dolor cero lo cual equivale a un 45%, mientras que a los que se le suministro Nimesulide, Scaflam[®] sólo 2 reportaron sentir este tipo de grado de dolor, esto correspondiente a un 10%, 7 pacientes mostraron un grado de dolor uno, correspondiente a un 35% esto con el medicamento Naproxeno sódico MK, mientras que con el Nimesulide, Scaflam[®] se presentaron 4 pacientes lo cual equivale a un 20% de esta muestra.

Un paciente mostró grado de dolor dos, demostrado en un 5% de la población a los que se les suministro Naproxeno Sódico MK, y en lo que corresponde al Nimesulide, Scaflam[®] 6 pacientes reportaron este tipo de nivel, lo que corresponde a un 30%, 2 pacientes reportaron un Grado tres equivalente a un 10% (Naproxeno Sódico MK), mientras que con el Nimesulide, Scaflam[®] esta cantidad fue mayor un 30% equivalente a 6 Personas.

Finalmente en este tiempo 1 paciente demostró un grado de dolor 4 suministrándole medicamento Naproxeno Sódico MK, equivalente a un 5%, duplicándosele a los que se les recetó Nimesulide, Scaflam[®] lo cual dos pacientes sintieron este tipo de dolor, representado en un 10%. (tabla 2).

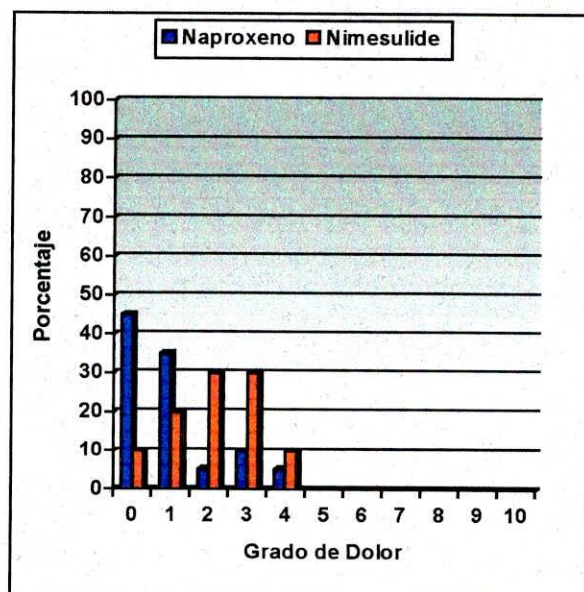
Tabla 2.

Frecuencia y Porcentaje de Pacientes según grado de Dolor
Medicamento suministrado Naproxeno Sódico MK vs. Nimesulide
Scaflam® (Hora 6)

GRADO DE DOLOR	PACIENTES NAPROXENO	%	PACIENTES NIMESULIDE	%
0	9	45.00	2	10.00
1	7	35.00	4	20.00
2	1	5.00	6	30.00
3	2	10.00	6	30.00
4	1	5.00	2	10.00
5	0	0.00	0	0.00
6	0	0.00	0	0.00
7	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00
9	0	0.00	0	0.00
10	0	0.00	0	0.00
TOTAL	20	100.00	20	100.00

GRÁFICA 2.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GRADO DE DOLOR HORA 6



A las doce horas, 14 pacientes reportaron un grado de dolor cero, correspondiente a un 70% estos aplicándoseles Naproxeno Sódico MK, mientras que a los que se le suministró Nimesulide, Scaflam® sólo 12 personas sintieron este tipo de dolor presentándoseles a un 60%.

Tres personas reportaron un grado de dolor uno, medicamento suministrado Naproxeno Sódico MK lo que equivale a un 15 %, para los que se le suministró Nimesulide, 4 personas en total reportaron este mismo grado de dolor lo que equivale a un 20% de la muestra, 2 personas reportaron grado de dolor dos, equivalente a un 10% (Naproxeno Sódico MK), en este mismo grado a los que se les suministró Nimesulide, Scaflam®, 3 personas reportaron dolor lo que equivale a un 15%.

Lo que corresponde al grado de dolor tres 1 persona reportó dolor equivalente a un 5%, suministrándole Naproxeno Sódico MK, en este mismo grado de dolor el Nimesulide, Scaflam® no presentó ningún paciente y finalmente para el grado de dolor cuatro solo 1 paciente reportó dolor, utilizando el Nimesulide, Scaflam®, lo que le corresponde un 5%.

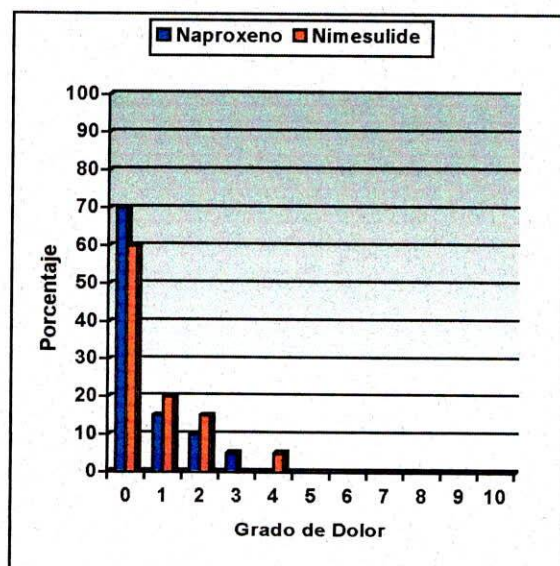
Tabla 3.

***Frecuencia y Porcentaje de Pacientes según grado de Dolor
Medicamento suministrado Naproxeno Sódico MK vs. Nimesulide
Scaflam® (Hora 12)***

GRADO DE DOLOR	PACIENTES NAPROXENO	%	PACIENTES NIMESULIDE	%
0	14	70.00	12	60.00
1	3	15.00	4	20.00
2	2	10.00	3	15.00
3	1	5.00	0	0.00
4	0	0.00	1	5.00
5	0	0.00	0	0.00
6	0	0.00	0	0.00
7	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00
9	0	0.00	0	0.00
10	0	0.00	0	0.00
TOTAL	20	100.00	20	100.00

GRÁFICA 3.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GRADO DE DOLOR HORA 12



A las 24 horas, 14 personas reportaron dolor nivel cero, utilizando Naproxeno Sódico MK lo que corresponde a un 70 %, igual ocurrió con el

Nimesulide, Scaflam[®] 4 personas reportaron un nivel uno suministrándosele Naproxeno Sódico MK lo que equivale a un 20 %, en este mismo grado 3 personas reportaron dolor con el Nimesulide, Scaflam[®] informando un 15%, 1 paciente reportó grado de dolor dos con el Naproxeno Sódico MK, lo que equivale a un 5%, mientras que con el Nimesulide, Scaflam[®] se presentó el mismo caso y cantidad, y finalmente, 1 persona informó un grado de dolor tres (Naproxeno Sódico MK), correspondiente a un 5%, el Nimesulide, Scaflam[®] reporto 2 pacientes con este mismo grado de dolor, correspondiente a un 10% de Este estudio. Los siguientes grados no reportaron ninguna variedad para el estudio. (tabla 4)

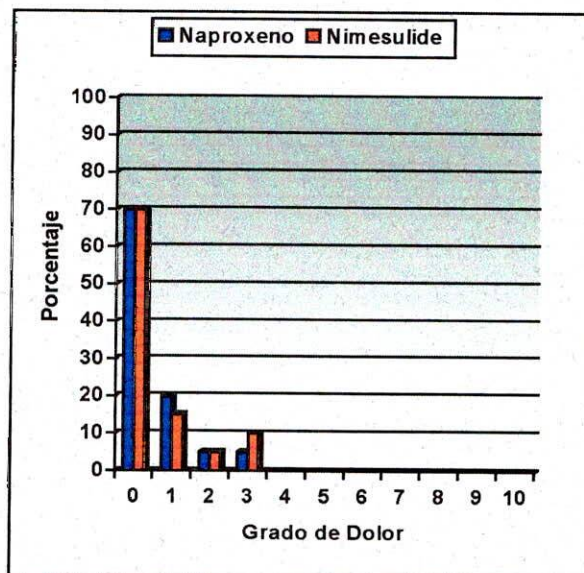
Tabla 4.

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN GRADO DE DOLOR

**Medicamento suministrado Naproxeno Sódico MK vs. Nimesulide Scaflam[®]
(Hora 24)**

GRADO DE DOLOR	PACIENTES NAPROXENO	%	PACIENTES NIMESULIDE	%
0	14	70.00	14	70.00
1	4	20.00	3	15.00
2	1	5.00	1	5.00
3	1	5.00	2	10.00
4	0	0.00	0	0.00
5	0	0.00	0	0.00
6	0	0.00	0	0.00
7	0	0.00	0	0.00
8	0	0.00	0	0.00
9	0	0.00	0	0.00
10	0	0.00	0	0.00
TOTAL	20	100.00	20	100.00

GRÁFICA 4.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GRADO DE DOLOR HORA 24



El análisis para la variable de grado de dolor se basó en la prueba de Kruskal - Wallis y se encontró que son iguales las cantidades de grado de dolor para los pacientes que se les suministro Naproxeno Sódico MK y Nimesulide Scaflam[®] a la sexta y doceava hora.

Mientras que a la primera hora los pacientes demostraron sentir un grado de dolor 0 utilizando Naproxeno Sódico MK, mostrando un 20%, contra 10% de pacientes con grado de dolor 0 que se le suministró el Nimesulide Scaflam[®] lo cual demuestra un nivel significativo de diferencia y eficiencia del Naproxeno Sódico MK contra el Nimesulide, Scaflam[®] del 10%.

Con respecto a los efectos colaterales se obtuvieron los siguientes resultados. (Tabla 5)

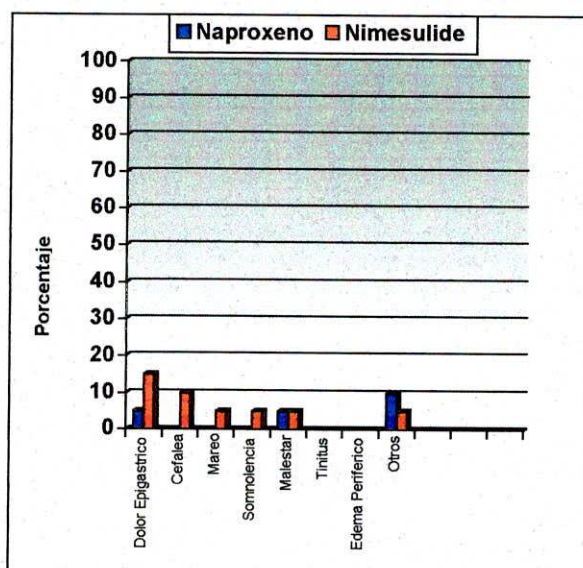
TABLA 5.
EFFECTOS COLATERALES

Naproxeno Sódico MK vs. Nimesulide Scaflam®

	NAPROXENO SÓDICO MK		NIMESULIDE SCAFLAM®	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Dolor Epigástrico	1	5.00	3	15.00
Cefalea	0	0.00	2	10.00
Mareo	0	0.00	1	5.00
Somnolencia	0	0.00	1	5.00
Malestar Abdominal	1	5.00	1	5.00
Tinnitus	0	0.00	0	0.00
Edema Periférico	0	0.00	0	0.00
Otros	2	10.00	1	5.00
TOTAL	4	20.00	9	45.00

GRÁFICA 5.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EFECTOS COLATERALES



De la tabla anterior se demuestra que solo 1 persona a la cual se le suministró el medicamento Naproxeno Sódico MK, reportó la sintomatología de dolor epigástrico equivalente a un 5% de la población observada, mientras que para los pacientes que se les suministró Nimesulide, Scaflam[®] 3 de ellos reportaron este mismo dolor, indicando un 15% de la población, ningún paciente reportó síntomas de cefalea, suministrándole Naproxeno Sódico MK, contrario a los pacientes del grupo de estudio del Nimesulide, Scaflam[®] que 2 de ellos reportaron sentirlo, lo que equivale a un 10% poblacional, ningún paciente indicó sentir mareo utilizando el Naproxeno Sódico MK, contrario a los pacientes del Nimesulide, Scaflam[®] donde 1 de

ellos reportó sentir este tipo de síntomas, indicándose en un 5% de ellos, cero pacientes informó sentir somnolencia, utilizando el medicamento Naproxeno Sódico MK, para el grupo de pacientes del Nimesulide, Scaflam® 1 indicó sentir este síntoma, lo que equivale a un 5% de la población en estudio, 1 paciente reportó sentir efectos de malestar abdominal suministrándole Naproxeno Sódico MK, indicando un 5%, igual cantidad y porcentaje para el grupo de pacientes a los cuales se les suministró Nimesulide, Scaflam®, para la siguiente clasificación de efectos (tinitus y edema periférico) ninguno de los dos medicamentos reportó, algún paciente indicando sentirlo, mientras que hubo pacientes que reportaron sentir otro tipo de malestar no clasificado en la tabla, para el Naproxeno Sódico MK, 2 pacientes lo sintieron, lo que equivale a un 10% de la población de este grupo, y para el Nimesulide, 1 paciente indicó otro tipo de síntomas, lo que equivale a un 5% de la población.

4. DISCUSIÓN

Según Cooper y Col. 1997, después de la extracción de los terceros molares incluidos, el dolor alcanza una intensidad entre moderada y severa a las cinco horas y el máximo edema se presenta entre las veinticuatro y cuarenta y ocho horas. Lo que difiere con los hallazgos que se obtuvieron en la comparación de la eficacia analgésica del Naproxeno Sódico MK y el Nimesulide, Scaflam[®], en el tratamiento postquirúrgico de terceros molares incluidos intra óseos, en la cual la intensidad de grado de dolor entre moderado y severo se dio a la primera y sexta hora.

El Naproxeno Sódico MK posee propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias, su mecanismo de acción corresponde al bloqueo de síntesis de prostaglandinas por inhibición reversible de la ciclooxigenasa. Se ha podido mostrar el alivio adecuado del dolor en diferentes procedimientos odontológicos. (Goodman y Gillman 1996). Lo que corrobora los hallazgos de la eficacia analgésica del Naproxeno Sódico MK, en el tratamiento postquirúrgico de terceros molares incluidos intra óseos en este estudio.

Los hallazgos encontrados en la eficacia analgésica del Naproxeno Sódico MK con el Nimesulide, Scaflam[®], mostró que el Naproxeno Sódico MK fue de mejor

acción analgésica a las 24 horas, lo que corrobora J.A. Wojtulewski en 1995 encontró que el Naproxeno Sódico MK fue de acción analgésica más eficaz.

5. CONCLUSIONES

Al realizar la comparación con respecto a la efectividad entre en Naproxeno sódico MK y el Nimesulide, Scaflam® en el postoperatorio de exodoncias de terceros molares intra óseos se logro comprobar importantes diferencias para este estudio; se observó que fue mayor el reporte de pacientes a los cuales se les suministro Naproxeno Sódico MK, informando un grado de dolor cero a cualquier hora del estudio (1,6,12,24), mientras que a los que se les suministró Nimesulide, Scaflam® fue muy reducida esta cantidad lográndose demostrar una mayor eficacia analgésica del Naproxeno Sódico MK.

El mayor numero de efectos colaterales se presentó con el Nimesulide, Scaflam® siendo este el dolor epigástrico, la cefalea, el mareo, la somnolencia y otros.

El Naproxeno Sódico tuvo menores efectos adversos entre ellos el dolor epigástrico.

6. RECOMENDACIONES

Se sugiere la realización de mas estudios que aseguren la efectividad del Naproxeno Sódico MK, y por lo tanto introducirlo en el área de odontología y tener nuevas alternativas de tratamiento.

ANEXOS

TABLA 1.

***DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE DOLOR PARA LAS HORAS 1,6,12,24
MEDICAMENTO SUMINISTRADO NAPROXENO SÓDICO MK.***

GRADO DE DOLOR	GRADO DE DOLOR	GRADO DE DOLOR	GRADO DE DOLOR
HORA 1	HORA 6	HORA 12	HORA 24
1	1	0	0
0	1	0	0
0	1	1	0
1	0	0	0
2	0	1	0
0	3	2	2
1	0	0	1
2	2	0	0
1	1	0	0
4	3	0	0
0	4	3	3
1	0	0	0
1	0	0	1
2	1	0	0
4	0	1	0
3	1	2	0
4	0	0	0
2	0	0	1
1	0	0	1
3	1	0	0
33	19	10	9

TABLA 2.

***DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE DOLOR PARA LAS HORAS 1,6,12,24
MEDICAMENTO SUMINISTRADO NIMESULIDE SCAFLAM®.***

GRADO DE DOLOR	GRADO DE DOLOR	GRADO DE DOLOR	GRADO DE DOLOR
HORA 1	HORA 6	HORA 12	HORA 24
4	3	0	0
2	2	0	1
4	2	0	0
3	1	0	0
1	3	0	0
1	3	0	0
2	1	0	0
2	4	0	0
0	3	2	1
3	1	0	0
1	4	0	0
4	2	1	2
0	0	1	3
2	2	1	0
4	3	0	0
1	2	2	0
3	3	0	0
2	1	1	1
4	2	2	0
0	0	4	3
43	42	14	11

TABLA 3.

PRUEBA KRUSKAL – WALLIS, PARA LOS DATOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO, CON LOS MEDICAMENTOS NAPROXENO SÓDICO MK Y EL NIMESULIDE SCAFLAM® PARA LA HORA 1.

Kruskal-Wallis Naproxeno Sódico		Kruskal-Wallis Nimesulide, Scaflam®	
GRADO DE DOLOR		GRADO DE DOLOR	
HORA 1	RANGOS	HORA 1	RANGOS
1	13	4	36.5
0	4	2	23
0	4	4	36.5
1	13	3	30
2	23	1	13
0	4	1	13
1	13	2	23
2	23	2	23
1	13	0	4
4	3	3	30
0	4	1	13
1	13	4	36.5
1	13	0	4
2	23	2	23
4	36.5	4	36.5
3	30	1	13
4	36.5	3	30
2	23	2	23
1	13	4	36.5
3	30	0	4
33	335.00	43	451.5
	112225		203852.25
	5611.25		10192.6125
	15803.8625		
	123		
	- 7.3619817		

Kruskal-Wallis	0
JI-CUADRADA 0.10	2.706
JI-CUADRADA 0.05	3.841
JI-CUADRADA 0.02	5.412
JI-CUADRADA 0.10	6.635

CONCLUSIÓN

SON IGUALES LAS DISTRIBUCIONES DE LAS PUNTUACIONES SOBRE EL DOLOR PARA LAS POBLACIONES DE PACIENTES

TABLA 4.

PRUEBA KRUSKAL – WALLIS, PARA LOS DATOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO, CON LOS MEDICAMENTOS NAPROXENO SÓDICO MK Y EL NIMESULIDE SCAFLAM® PARA LA HORA 6.

Kruskal-Wallis Naproxeno Sódico		Kruskal-Wallis Nimesulide, Scaflam®	
GRADO DE DOLOR		GRADO DE DOLOR	
HORA 6	RANGOS	HORA 6	RANGOS
1	17	3	33.5
1	17	2	26
1	17	2	26
0	6	1	17
0	6	3	33.5
3	33.5	3	33.5
0	6	1	17
2	26	4	39
1	17	3	33.5
3	33.5	1	17
4	39	4	39
0	6	2	26
0	6	0	6
1	17	2	26
0	6	3	33.5
1	17	2	26
0	6	3	33.5
0	6	1	17
0	6	2	26
1	17	0	6
19	305.00	42	515.00
	93025		265225
	4651.25		13261.25
	17912.5		
	123		

Kruskal-Wallis	8.0670732
JI-CUADRADA 0.10	2.706
JI-CUADRADA 0.05	3.841
JI-CUADRADA 0.02	5.412
JI-CUADRADA 0.10	6.635

CONCLUSIÓN

NO SON IGUALES LAS DISTRIBUCIONES DE LAS PUNTUACIONES SOBRE EL DOLOR PARA LAS POBLACIONES DE PACIENTES

TABLA 5.

PRUEBA KRUSKAL – WALLIS, PARA LOS DATOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO, CON LOS MEDICAMENTOS NAPROXENO SÓDICO MK Y EL NIMESULIDE SCAFLAM® PARA LA HORA 12.

Kruskal-Wallis Naproxeno Sódico		Kruskal-Wallis Nimesulide, Scaflam®	
GRADO DE DOLOR	RANGOS	GRADO DE DOLOR	RANGOS
HORA 12		HORA 12	
0	13.5	0	13.5
0	13.5	0	13.5
1	30	0	13.5
0	13.5	0	13.5
1	30	0	13.5
2	36	0	13.5
0	13.5	0	13.5
0	13.5	0	13.5
0	13.5	0	13.5
0	13.5	2	36
3	39	0	13.5
0	13.5	0	13.5
0	13.5	1	30
0	13.5	1	30
0	13.5	1	30
1	30	0	13.5
2	36	2	36
0	13.5	0	13.5
0	13.5	1	30
0	13.5	2	36
0	13.5	4	40
10	390.00	14	430.00
	152100		184900
	7605		9245
	16850		
	123		

Kruskal-Wallis	0.2926829
JI-CUADRADA 0.10	2.706
JI-CUADRADA 0.05	3.841
JI-CUADRADA 0.02	5.412
JI-CUADRADA 0.10	6.635

CONCLUSIÓN

NO SON IGUALES LAS
DISTRIBUCIONES DE LAS
PUNTUACIONES SOBRE EL DOLOR
PARA LAS POBLACIONES DE
PACIENTES

TABLA 6.

PRUEBA KRUSKAL – WALLIS, PARA LOS DATOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO, CON LOS MEDICAMENTOS NAPROXENO SÓDICO MK Y EL NIMESULIDE SCAFLAM® PARA LA HORA 24.

Kruskal-Wallis
Naproxeno Sódico

Kruskal-Wallis
Nimesulide, Scaflam®

GRADO DE DOLOR		GRADO DE DOLOR	
HORA 24	RANGOS	HORA 24	RANGOS
0	14.5	0	14.5
0	14.5	1	32
0	14.5	0	14.5
0	14.5	0	14.5
0	14.5	0	14.5
2	37.5	0	14.5
1	32	0	14.5
0	14.5	0	14.5
0	14.5	0	14.5
0	14.5	1	32
3	39	0	14.5
0	14.5	0	14.5
1	32	2	37.5
0	14.5	3	39
0	14.5	0	14.5
0	14.5	0	14.5
0	14.5	0	14.5
0	14.5	0	14.5
1	32	1	32
1	32	0	14.5
0	14.5	3	39
9	407.5	11	414.5
	166056.25		171810.25
	8302.8125		8590.5125
	16893.325		
	123		

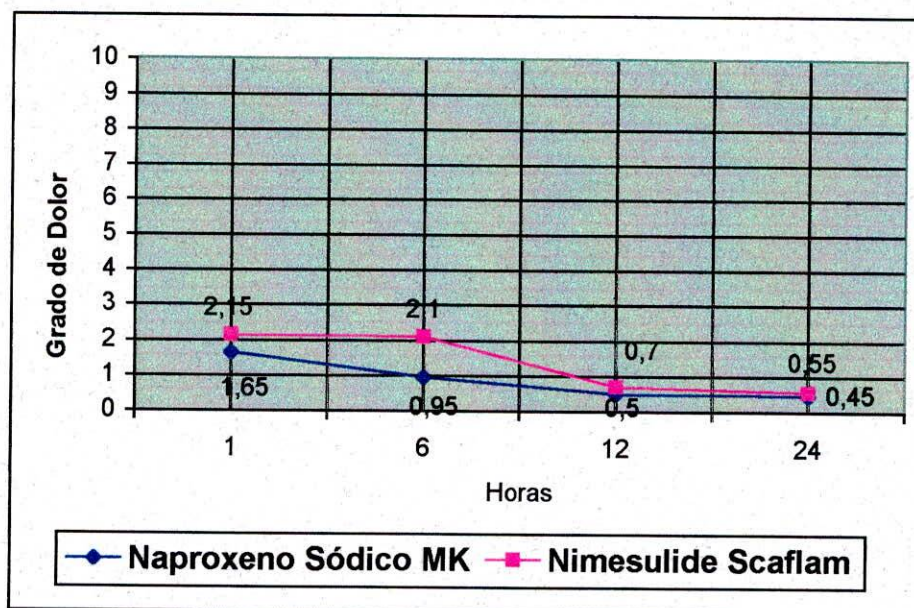
Kruskal-Wallis	0.6096951
JI-CUADRADA 0.10	2.706
JI-CUADRADA 0.05	3.841
JI-CUADRADA 0.02	5.412
JI-CUADRADA 0.10	6.635

CONCLUSIÓN

NO SON IGUALES LAS
DISTRIBUCIONES DE LAS
PUNTUACIONES SOBRE EL DOLOR
PARA LAS POBLACIONES DE
PACIENTES

GRAFICA.

**GRADO PROMEDIO DE DOLOR NAPROXENO SÓDICO MK Y EL
NIMESULIDE, SCAFLAM®**



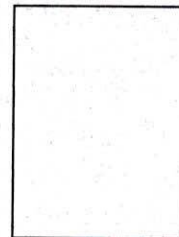
ANEXO 1
ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DEL PACIENTE

Yo _____ con C.C. No. _____ de
_____ acepto participar voluntariamente en el trabajo de
investigación sobre analgésicos y antiinflamatorio titulado: **EFFECTIVIDAD DEL
NAPROXENO SODICO Vs NIMESULIDE EN EXODONCIA DE TERCEROS
MOLARES INCLUIDOS INTRAOSEOS** elaborado por GLORIA ARIZA ROJAS,
SONIA PIRAJAN OVALLE, ANGELA RIVEROS MORALES y CONSUELO
QUINTERO BUITRAGO, que se llevará a cabo en las clínicas del Colegio
Odontológico Colombiano sede centro y Chapinero.

Firma paciente

C.C. No.

Huella digital



BIBLIOGRAFÍA

BACK C. M, Myers A.R. Ansell, B. Bernstein, R. Pereira, s. Back American Rheumatism Association. 1995.

BAZERQUE, Pablo. Farmacología Odontológica. Editorial Hundersbach. Paraguay 2001. Junin 895, Buenos Aires 1994.

Clancio, Sebastian G. Priscila Bourgauf. Farmacología Clínica para Odontólogos. Tercera edición. Editorial Manual moderno S.A. de C.V. Mexico, D.F. 1996.

GOODMAN Y GILLMAN. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Editorial Médica (Panamericana). Bogotá 1985.

VADEMECUM PLM, Edición 25 1997.