

**16.2.3. CĂILE DE ADMINISTRARE A MEDICAMENTELOR**

Diferitelor medicamente le sunt proprii, urătoarele căi de administrare:

- *Calea digestivă*, pe care se administrează pilulele, comprimatele, soluțiile, casetele, drajeurile, supozitoarele și clismele. Ultimele două sunt introduse prin rect; tot pe cale digestivă, se practică diferite tehnici diagnostice sau terapeutice (spălătura gastrică, tubajul gastric, duodenal sau intestinal etc.).

- *Calea orală* este cea mai comodă, atât pentru bolnav, cât și pentru personalul de îngrijire. Pe cale sublinguală se administrează unii hormoni, nitroglicerina sub formă de comprimate sau de soluție.

Medicamentele care trebuie să reziste sucului gastric și de la care se urmărește obținerea unui efect rapid, trebuie ingerate pe stomacul gol, deci înaintea meselor (de exemplu Penicilina V). Medicamentele cu acțiune iritantă asupra mucoasei gastrice, se administrează în timpul mesei, pentru a fi amestecate cu alimente (ex: unele antibiotice și chi-mioterapice: tetraciline, nitrofurani etc.).

- *calea respiratorie*, pe care se administrează diferite substanțe narcotice (eter, cloroform, clorură de etil), unele substanțe antiastmatice (prin inhalare sau pulverizare), unele substanțe (antibiotice, antialergice, bronhodilatatoare, fibrinolitice) sub formă de aerosoli (amestec de gaz cu medicamente fin dispersate), oxigenul. Oxigenul se administrează în edemul pulmonar acut, pneumotoraxul spontan, bronhopneumonie, diferite forme de insuficiență respiratorie, insuficiența circulatorie și în insuficiența cardiacă. Modalitățile de administrare sunt: aspirarea directă din balon, administrarea intranasală printr-o sondă Nelaton, masca sau cortul de oxigen.

- *Calea percutană*: fricționare, comprese, ionoforeză (cu ajutorul curentului galvanic), badijonări, emplastre, băi medicinale.

- *Calea parenterală*: antipiretice, injecții, perfuzii, transfuzii, puncții.

**1.16.2.4. REACȚIILE ADVERSE ALE MEDICAMENTELOR**

Acestea, trebuie de asemenea, bine cunoscute de asistenta medicală, pentru a putea interveni la timp. Astăzi, intoleranța medicamentoasă este foarte frecventă, chiar la antibiotice. Dacă nu se iau anumite precauții, sunt de temut reacțiile alergice. Sunt cunoscute medicamentele care pot duce la asemenea accidente; uneori pot apărea și accidente grave, generale: agranulocitoză (Aminofenazonă), anemii, șocuri anafilactice (seruri, antibiotice etc.). Alteori, în special în cursul tratamentelor cu antibiotice, pot apărea dezechilibre biologice, prin modificarea florei microbiene. Prin distrugerea florei patogene, unele microorganisme care parazitează în mod normal organismul, se dezvoltă mai intens și devin mai virulente. Astfel, pot apărea micoze sau infecții cu stafilococi rezistenți la antibiotice.

Trebuie ținut seama și de faptul că numeroase produse (antibiotice, corticoizi) pot masca semnele unei boli, fără a o vindeca complet, dacă nu sunt prescrise în doze și pe o durată suficientă.

**1.16.2.5. TERAPIA PRIN ȘOC**

Acest gen de terapie grupează un număr de metode, aplicate spre a provoca în organism anumite reacții, care, când sunt foarte puternice, se manifestă prin tabloul clinic al șocului. Agenții terapeutici folosiți sunt:

- substanțe organice: lapte de vacă sterilizat, peptonă, sânge și seruri, autohemoterapia (se prelevează de la bolnav 10 - 20 ml sânge venș și se reinjectează profund i.m.);

118 MANUAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

- proteine microbiene;

- malarioterapie, folosită în special în sifilisul nervos.

Reacțiile care pot apărea sunt: generale (hipertermie, frison, hipertensiune) și de focar (exacerbarea proceselor inflamatorii cronice, latente), locale (eritem, sensibilitatea locală,

ușoară tumefiere).

**Indicațiile** acestei terapii sunt: astmul bronșic, reumatismele cronice, unele nefroze, colita ulceroasă, iar **contraindicațiile**: tuberculoza pulmonară, insuficiența cardiacă, diabetul zaharat, scleroza renală, hepatitele etc.

;**b v-ftnJ- ■' :-:■.:••■'■ ■ . .in»ni:->.;i ;;;:■- ,v» . .i i I' ' • '■^'■'' °q- .saiinyî**

### 1.16.2.6. TRATAMENTUL DURERII

Acest tratament reprezintă cel mai convingător exemplu de justificare a tratamentului simptomatic. Totuși, recunoașterea cauzei durerii are o mare importanță, deoarece în lipsa diagnosticului, tratamentul este uneori inutil și adeseori periculos. De exemplu, este contraindicat să se administreze vreun analgezic unui bolnav suspect de apendicită. În combaterea durerii se întrebuițează de obicei:

- opiul și alcaloizii săi (morfină, papaverină), cu indicație în infarctul miocardic, dar și în edemul pulmonar acut;
- grupul cocainei, utilizat în afecțiuni O.R.L., oftalmologice, stomatologice etc.;
- grupul atropinei (atropină, tinctura de beladonă), întrebuițat mai ales în spasmele și durerile gastrointestinale, durerile veziculare, renale, diverse vărsături etc.
- grupul pentacinum (Fortral); Piafen; Tromadolum (Tramal)
- grupul acidului salicilic (salicilatul de sodiu, acidul acetilsalicilic, Aminofenazona (întrebuițate în nevralgii, cefalagii, dureri reumatice, viscerale etc.);
- revulsivele sunt mijloace de tratament local (aplicațiile locale de frig și căldură, fricțiunile, revulsivele medicamentoase - băile și compresele de muștar), care combat durerea prin aplicații asupra regiunii dureroase. Revulsivele influențează starea și funcția organelor prin derivarea sângelui, determinând o puternică vasodilatație a tegumentelor, cu descongestionarea organelor interne. Dintre acestea, căldura se aplică local, sub formă de comprese umede, calde, termofor electric, și se întrebuițează în dureri gastrice și intestinale, colici nefretice și hepatice, procese inflamatorii cronice ale organelor abdominale și pelviene; punga cu gheață sau compresele reci, calmează durerile datorate inflamației peritoneale, apendiculare, colecistice, durerile din pericardite, meningite. Se mai întrebuițează și în hemoragiile gastrointestinale. Cataplasmele acționează prin căldură și umiditate, având aceleași indicații ca și căldura umedă: (bolile pulmonare și pleurale); calmează nu numai durerea, dar și tușea și dispneea.

Principalele boli însoțite de dureri sunt:

- infarctul miocardic, embolia pulmonară, edemul pulmonar acut, pericardita, pleu-rezia, pneumotoraxul spontan - *durerea toracică*;
- apendicita, perforația unui ulcer gastroduodenal sau a veziculei biliare, ocluzia intestinală, pancreatita acută, sarcina extrauterină, urgențe chirurgicale, colica hepatică, nefretică, intestinală (urgențe medicale) - *dureri abdominale*;
- fracturi, artrite, nevrite, arterite, flebite - *dureri ale unui membru*;
- boli renale, discopatia lombară etc. - *dureri lombare*.

O regulă elementară în tratamentul durerii o constituie aplicarea acestuia, numai după cunoașterea cauzei. Nerespectarea acestui principiu comportă riscul de a masca o urgență. O altă regulă este aceea de a nu se prescrie opiacee, fără a fi cunoscute contraindicațiile.

INTRODUCERE ÎN MEDICINA INTERNĂ 119

### 1.16.3. TRATAMENTUL PRIN AGENȚI FIZICI

•

Acesta cuprinde un grup larg de agenți terapeutici, care modifică reactivitatea organismului, restabilind unele funcții deficitare și combătând durerea. Acești agenți pot fi grupați în:

- aplicații calde și reci (pungă cu gheață), fricțiuni, împachetări, băi curative, termo-foare etc.;
- electroterapie, prin intermediul galvanoterapiei (curentul continuu), faradoterapiei (curentul

18.3.7.1. **INFECȚIILE URINARE**, sunt bolile cele mai frecvent întâlnite la persoanele vârstnice (20% dintre femei și 10% dintre bărbați, după 65 ani). Adeseori sunt latente, asimptomatice. O alterare inexplicabilă a stării generale, tulburări digestive sau o febră izolată, la un vârstnic atrag atenția asupra bolii. Golirea incompletă a vezicii se poate datora unei vezici neurologice, unui prolaps vezical la femeie, unei hipertrofii de prostată la bărbat.

Imobilizarea la pat, deteriorarea psihică și incontinența urinară contribuie la apariția acestei boli. Incontinența urinară este frecvent însoțită de incontinența anală după cum s-a mai spus, fenomen care favorizează infecția perineului. Contribuie la bătrâni și scăderea diurezei, a apărării imunitare, diabetul (glicozuria este un mediu de cultură prielnic infecțiilor urinare), concentrarea urinei, prezența unei sonde vezicale etc. Escheri-chia coli este cel mai des germen întâlnit în infecțiile urinare la vârstnici. Dintre ceilalți germeni proteus, Klebsiella, Enterobacter, Pseudomonas și Enterococul.

Ca simptome apar rareori arsuri vezicale, de obicei apare febră, dureri lombare, alterarea stării generale. Urocultura, cu prezența a peste 100 000 germeni pe mm, în urina matinală, certifică infecția urinară. Purtătorii de sonde, prezintă aproape obligatoriu infecție urinară, de obicei polimicrobiană.

Există și forme asimptomatice. Tratamentul se bazează pe antibio-terapie cu spectru larg și cu difuziune la toate nivelele aparatului urinar expuse infecției: vezică, prostată, rinichi. Antibioticele se administrează obligatoriu după antibiogramă.

Tratamentul se face în general trei săptămâni, se repetă urocultura cu antibiogramă și eventual se reia tratamentul. Întotdeauna trebuie scurte obstacolele care întrețin infecția.

#### 18.3.14. **ULCERUL DE DECUBIT (Ulcerul ischemic de presiune - Escara)**

Escara nu trebuie considerată o simplă leziune a pielii și tratată ca atare. Frecvența sa este în creștere. 70% din bolnavii cu escara au peste 70 de ani. Frecvente înainte în spitalele de neurologie, de geriatrie și în căminele spital, escarele în prezent sunt tot mai des întâlnite în spitalele de ortopedie, de acuți, de chirurgie, traumatologie, reanimare.

Escara este o nevroză ischemică a țesuturilor cuprinsă între planul osos și structura de susținere și planul de compresiune (planul dur al patului sau fotoliului). Factorul ische-mogen acționează din afară, prin intermediul presiunii (ulcer ischemic de presiune). Ar putea fi deci încadrat în patologia vasculară ischemică.

Nevroza se datorește ischemiei prelungite, provocate de compresie prin imobilizare prelungită. Zona cea mai afectată este proeminența sacrală în poziția culcat pe spate, trohanterul mare în poziția culcat pe o parte și tuberozitatea ischionului în poziția șezândă. Mai afectează și călcâile, maleolele, spinele iliace și rotula în poziția de decubit ventral. În timpul somnului, la omul normal, apar perioade de imobilitate pe intervale mai lungi și totuși nu apar escare, datorită mecanismului reflex de apărare (mai mult de 10 schimbări de poziție pe oră), care permite în câteva secunde aportul normal de oxigen.

Escarele sunt deci provocate de lipsa de oxigen, datorită presiunii prelungite. Intervin și alți factori favorizanți: Imobilizări prelungite prin boli grave mai ales neurologice; imobilizări prin terapii cu neuroleptice și tranchilizante; aparate ghipsate, anestezice; factori care diminuează presiunea arterială și împiedică aportul de oxigen (hipotensiune, hipovolumie, colaps), stări hipoxemice, șocul, anemia, febra, insuficiența cardiacă gravă etc. Nu se poate ignora factorul vârstă care scade

regenerarea tisulară. În mod obișnuit escarele apar în caz de paralizii, demență senilă, cașexie canceroasă, sedative puternice, temperaturi mari la bolnavul vârstnic, etc.

Simptomatologie, semnalul este "placa eritematoasă" care evoluează rapid către leziune dermoepidermică, leziuni cutanate, pentru ca în final să cuprindă toate țesuturile inclusiv periostul.

Escara cu evoluție supraacută (galopantă), este o formă clinică care evoluează în câteva ore (1 - 6 ore). Apare la vârstnicii cu afecțiuni neuropsihice, la care se declanșează imediat criza de adaptare, sau la bolnavii cu accidente vasculare cerebrale repetate. Probabil că intervin și modificări neurodistrofice rapide și profunde. Leziunea evoluează rapid în profunzime, pe orizontală și verticală, și nu răspunde tratamentului. În orice es-cară prognosticul este sumbru.

Profilaxia, vizează calitatea lenjeriei, menținerea acestuia uscată prin schimbare frecventă, îndepărtarea cutelor și firimiturilor de pâine, igiena riguroasă a pielii, alimentație corectă. Se combate imobilismul absolut, se impune schimbarea de poziție la 2 - 3 ore, și protejarea reliefulor dure, prin utilizarea de colaci de cauciuc, perne sau saltea extra-moale.

Concomitent se îngrijește meticolos pielea, tegumentele se spală de mai multe ori pe zi cu săpun și apă caldă, și se usucă. Se aplică creme sau loțiuni, se pune pudră fină de talc în zonele umede, după uscare etc. O atenție specială se acordă incontinenței urinare și anale, prin spălare periodică cu săpun și apă și uscare. Se practică zilnic frecții și masajе ușoare.

Alimentația va fi completă. Se adaugă transfuzii, vitamine, anitanemice, anabolizante. Fundamental în profilaxia și tratamentul escarelor rămâne "programul rotației continue", care presupune îngrijire continuă cu participarea întregului personal (medic, asistente, infirmiere).

*Tratamentul* curativ al escarelor este descurajant. El urmărește:

- diminuarea presiunii planurilor dure
- îndepărtarea detritusurilor necrotice
- combaterea infecției cu sterilizare (Proteul și Piocianicul sunt rezistente), cu soluții 1% alcoolică sau apoasă de violet de gențiană sau cristal violet, rivanol 1%, fenosept, raze ultraviolete, pansarea moale a plăgii cu pomezi, pudră, soluții (clorură de sodiu), îndepărtarea puroiului, administrarea de gentamicină.
- stimularea locală a epitalizării (jeczinc, cutaden, insulina, pantotenat de sodiu, anabolizante, vitamina A).

În concluzie apariția escarelor reprezintă o catastrofa la bolnavul vârstnic.