

**AUTORI PRINCIPALI**

Profesor doctor docent

**DUMITRU DOBRESCU**

Medic primar

Prof. dr.

**SIMONA NEREȘ**

Farm. primar

**COAUTORI**

Medic primar

**LILIANA DOBRESCU**

Dr. șt. nat. farm.

**RUXANDRA McKINNON**

# MEMOMED 2026

## MEMORATOR DE FARMACOLOGIE

**EDIȚIA A TREIZECIȘIDOUA**



**EDITURA UNIVERSITARĂ  
BUCUREȘTI, 2026**

## C U P R I N S

In memoriam Acad. Prof. Dr. Doc. Dumitru Dobrescu ...	4
Prefață la ediția a treizecișidoua .....	5
Aderența la tratament în patologia cardiovasculară. Aderența la tratamentul antihipertensiv - <i>Simona Negreș, Ciprian Pușcașu</i> .....	6
Utilizarea Memoratorului .....	14
Prescurtări și semne folosite .....	15
<b>A.</b> Tractul digestiv și metabolism - <i>D. Dobrescu,     Simona Negreș, Corina Andrei</i> .....	17
<b>B.</b> Sânge și organe hematopoetice - <i>D. Dobrescu,     Simona Negreș, Dora Mihaela Stoica</i> .....	161
<b>C.</b> Sistemul cardiovascular - <i>D. Dobrescu, Simona     Negreș, Cristina Elena Zbârcea, Cristian Daniel     Marineci</i> .....	253
<b>D.</b> Preparate dermatologice - <i>D. Dobrescu, Simona     Negreș, Nicoleta Mirela Blebea</i> .....	380
<b>G.</b> Aparatul genito-urinar și hormoni sexuali - <i>Simona     Negreș, D. Dobrescu, Ciprian Pușcașu, Corina     Andrei</i> .....	425
<b>H.</b> Preparate hormonale sistemice (exclusiv hormonii sexuali) - <i>Simona Negreș, D. Dobrescu, Dragoș     Paul Mihai</i> .....	490
<b>J.</b> Antiinfecțioase de uz sistemic - <i>Simona Negreș,     D. Dobrescu, Oana Cristina Șeremet</i> .....	523
<b>L.</b> Antineoplazice și imunomodulatoare - <i>D. Dobrescu,     Simona Negreș, Cristina Elena Zbârcea</i> .....	686
<b>M.</b> Sistemul musculo-scheletic - <i>Simona Negreș,     D. Dobrescu, Oana Cristina Șeremet</i> .....	873
<b>N.</b> Sistemul nervos - <i>D. Dobrescu, Simona Negreș,     Cornel Chiriță</i> .....	933
<b>P.</b> Produse antiparazitare - <i>Simona Negreș,     D. Dobrescu, Dragoș Paul Mihai</i> .....	1056
<b>R.</b> Aparatul respirator - <i>Simona Negreș, D. Dobrescu,     Emil Ștefănescu</i> .....	1068
<b>S.</b> Organe senzitive - <i>Simona Negreș, D. Dobrescu,     Emil Ștefănescu</i> .....	1136
<b>V.</b> Varia - <i>D. Dobrescu, Simona Negreș, Andrei     Văleanu</i> .....	1167
<b>X.</b> Produse fitoterapice, apiterapice și homeopate, <i>Andrei Văleanu</i> .....	1210
Homeopatia - fenomen natural în domeniul fiziopatologiei - <i>D. Dobrescu, Gențiana Ciubuc</i> .....	1216
Reforma terapiei cu medicamente. Ajutor sigur contra pandemiei - <i>D. Dobrescu, Gențiana Ciubuc</i> .....	1220
Index alfabetic (denumiri comune internaționale - D.C.I. și denumiri comerciale - ®) .....	1276

## **ADERENȚA LA TRATAMENT ÎN PATOLOGIA CARDIOVASCULARĂ. ADERENȚA LA TRATAMENTUL ANTIHIPERTENSIV**

*Simona Negreș, Ciprian Pușcașu*

### **Introducere**

Hipertensiunea arterială este cea mai prevalentă boală cardiovasculară la nivel global, afectând 1,13 miliarde de persoane [1]. Până în 2025, se estimează că numărul persoanelor care suferă de hipertensiune arterială va crește cu 15–20%, ajungând la aproape 1,5 miliarde [2]. În Europa, prevalența hipertensiunii arteriale (60%) este mai mare decât în SUA (46%) și Canada (32–46%) [3]. Această afecțiune reprezintă un factor major de risc pentru complicații cardiovasculare, fiind responsabilă de aproximativ 25% dintre cazurile de infarct miocardic și de 42% dintre decesele anuale din Europa [4].

În România, prevalența hipertensiunii arteriale în rândul populației adulte a fost estimată, în 2018, la 44,1%, ceea ce înseamnă că aproximativ 7,5 milioane de români sufereau de hipertensiune arterială în anul 2016. Doar 81% dintre aceștia erau conștienți de afecțiunea lor, conform Studiului privind Prevalența Hipertensiunii Arteriale și Evaluarea Riscului Cardiovascular în România, care plasează România pe primul loc pe harta riscului cardiovascular din Europa [5].

Hipertensiunea arterială necesită o abordare complexă pentru a fi ținută sub control. Aceasta include modificarea stilului de viață, adoptarea unui regim alimentar adecvat și respectarea tratamentului medicamentos. Cu toate că tratamentele moderne sunt mai eficiente ca niciodată, rata pacienților care reușesc să își mențină tensiunea arterială sub control rămâne scăzută. Studiile arată că aproximativ jumătate dintre pacienți renunță la tratament în primul an, iar dintre cei care continuă, doar 50–66% respectă în totalitate prescripțiile. Astfel, mai puțin de o treime dintre persoanele cu hipertensiune arterială obțin un control adecvat al valorilor tensiunii [6].

Lipsa aderenței la tratament este o problemă răspândită, mai ales în cazul bolilor cronice. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, în țările dezvoltate, doar 50% dintre pacienți urmează tratamentele pentru boli cronice pe termen lung, iar în țările în curs de dezvoltare, aceste procente sunt și mai mici. Din acest motiv, neconformitatea cu tratamentele cronice și impactul lor asupra sănătății publice și economiei reprezintă o preocupare majoră [7].

Nu există un tipar de personalitate bine definit pentru pacienții cu aderență scăzută la tratamente medicale. De asemenea,

non-aderența este dificil de anticipat, iar opiniile exprimate de profesioniștii din domeniul sănătății nu prezic cu acuratețe comportamentul real al pacienților. Potrivit studiilor, această predicție nu este mai precisă decât o estimare întâmplătoare [8]. Pacienții cu hipertensiune arterială se confruntă cu factori care descurajează respectarea tratamentului prescris. Urmarea recomandărilor medicale devine complicată mai ales în cazul bolilor cronice, care sunt adesea asimptomatice. Lipsa simptomelor evidente îngreunează conștientizarea necesității unui tratament pe termen lung. Principalii factori predictivi ai non-aderenței la tratamente pot fi clasificați în funcție de elementele dependente de pacient și de tratament:

**Factori dependenți de pacient:**

- Boală asimptomatică
- Lipsa cunoștințelor pacientului despre boală
- Lipsa încrederii pacientului în beneficiile tratamentului
- Neprezentarea la programările medicale
- Prezența problemelor psihologice
- Tulburări cognitive
- Izolarea socială

**Factori dependenți de tratament:**

- Complexitatea sau durata îndelungată a tratamentului
- Efectele adverse ale medicației
- Relație inadecvată între pacient și medic
- Atenție fragmentată: lipsa coordonării între furnizorii de servicii medicale
- Absența programărilor periodice planificate
- Costurile ridicate ale medicației

Un diagnostic de hipertensiune arterială primit la vârsta de 40 de ani poate fi perceput ca o pierdere a energiei și vitalității de către pacient. Această percepție poate genera reacții de negare și poate reprezenta o povară economică și socială, care complică acceptarea tratamentului [7]. Un aspect interesant este că aderența la tratamentul medicamentos nu este influențată de schimbarea stilului de viață. De exemplu, decizia de a renunța la fumat nu crește probabilitatea ca pacienții să respecte prescripțiile medicale. Pacienții simt nevoia să știe de ce este necesar să ia medicația, care sunt beneficiile și posibilele efecte secundare, cât îi va costa tratamentul și ce riscuri implică nerespectarea recomandărilor terapeutice. Cu toate acestea, comunicarea dintre profesioniștii din domeniul sănătății și pacienți este adesea deficitară, iar informațiile furnizate despre prescripțiile medicale sunt insuficiente. Această lipsă de dialog poate afecta în mod negativ înțelegerea și acceptarea tratamentului de către pacienți [9].

**Conceptul de aderență**

Aderența se referă la măsura în care pacientul își aliniază comportamentul – inclusiv administrarea medicamentelor,

respectarea unei diete sau adoptarea unui stil de viață recomandat – la prescripțiile și sfaturile medicale. Grupul de Lucru al Societății Spaniole de Hipertensiune definește aderența ca fiind măsura în care pacientul respectă regulile sau recomandările oferite de medic sau de un profesionist din domeniul sănătății, atât în ceea ce privește schimbările stilului de viață, cât și tratamentul farmacologic recomandat. Aceasta reflectă gradul de concordanță între sfaturile oferite de specialist și respectarea acestora de către pacient, ca urmare a unei decizii bine informate și raționale [7]

### **Tipuri de non-aderență**

Non-aderența este un concept dinamic care poate influența toate etapele procesului clinic, de la primul contact cu medicul până la finalizarea tratamentului. În literatura de specialitate există un consens conform căruia pacienții care iau cel puțin 80% din comprimatele prescrise sunt considerați aderenți.

Pe baza Sistemului de Monitorizare a Evenimentelor Medicamentoase (Medication Event Monitoring System - MEMS), au fost descrise mai multe tipuri de aderență și non-aderență [15]:

#### *A. Tipuri de aderență*

1. Aderenți absoluți - Persoane care iau 100% din medicația prescrisă, respectând în totalitate regimul recomandat.

2. Aderenți mascați - Persoane care iau mai mult de 80% din medicația prescrisă, fiind considerate aderențe din punct de vedere clinic, dar fără a atinge perfecțiunea.

3. Eșec sporadic - Pacienți care nu respectă tratamentul de una până la șase ori pe lună, având o aderență variabilă.

4. Aderenți excesivi - Persoane care iau mai mult de 100% din medicația prescrisă, fie din neînțelegere, fie din dorința de a accelera efectele tratamentului, ceea ce poate duce la riscuri suplimentare.

#### *B. Tipuri de non-aderență*

1. Non-aderență absolută - Persoane care iau mai puțin de 50% din medicația prescrisă, ceea ce reflectă o neconformitate severă față de tratament.

2. Non-aderență parțială - Persoane care iau între 50% și 80% din medicația prescrisă, ceea ce indică o respectare parțială a regimului terapeutică

3. **Abandonarea medicației** - se referă la situațiile în care pacienții încetează definitiv administrarea tratamentului prescris.

Barierile frecvente în aderența la tratament includ caracteristicile pacientului și ale bolii, precum uitarea, necunoașterea bolii cronice, lipsa sprijinului familial sau social, pensionarea, și decizia personală de a renunța [16]. De asemenea, tratamentul poate fi dificil de urmat din cauza efectelor secundare, terapiei pe termen lung, costurilor, sau unei comunicări inadecvate [17]. Vârșnicii sunt mai predispuși la non-aderență din cauza polimedicației,

problemelor cognitive, comorbidităților și izolării [18]. Un studiu calitativ arată că pacienții hipertensivi leagă stresul de simptome, justificând abandonarea tratamentului când percep o reducere a stresului sau simptomelor. De asemenea, teama de efecte secundare sau dependență contribuie la non-aderență [19]. Relația pacient-medic este crucială, alături de sprijinul socio-familial. Familia poate motiva și reaminti pacientului să urmeze tratamentul. Succesul depinde de colaborarea dintre medic, care trebuie să folosească tehnici bune de comunicare, și pacient.

### **Prevalența aderenței la tratament**

Prevalența non-aderenței la tratamentul hipertensiunii arteriale este, în medie, de 30% la nivel global, iar aderența variază între 40% și 90%, în funcție de metodele de evaluare [20]. Factori precum polimedicația, efectele adverse și comorbiditățile reduc aderența, în special la pacienții cu boli severe [21]. „Medicina minim invazivă” propune o abordare centrată pe pacient, prioritizând autonomia și sarcina terapeutică acceptabilă [22].

Ratele de aderență sunt mai scăzute în țările neindustrializate (40%) decât în cele dezvoltate (67,47% în 20 de ani de monitorizare) [23]. Factori individuali și sistemici contribuie la variațiile aderenței, subliniind importanța personalizării tratamentului.

### **Consecințele non-aderenței la tratament**

Rezultatele studiilor privind aderența la tratament arată clar impactul acesteia asupra sănătății și costurilor. Un studiu amplu, care a implicat peste 18.000 de pacienți monitorizați timp de 4,6 ani, a demonstrat că o aderență ridicată la tratamentul anti-hipertensiv reduce semnificativ riscul de morbiditate și mortalitate [10].

Pe de altă parte, lipsa aderenței are consecințe economice semnificative. Aceasta duce la creșterea frecvenței spitalizărilor, a vizitelor la centrele ambulatorii și la departamentele de urgență, la necesitatea ajustării dozelor, schimbării prescripțiilor și utilizării unor teste diagnostice mai complexe și invazive. Toate aceste intervenții suplimentare contribuie la creșterea costurilor asociate cu gestionarea pacienților care nu respectă tratamentul prescris. Acest fapt evidențiază importanța îmbunătățirii aderenței la tratamente pentru a reduce atât povara asupra pacienților, cât și asupra sistemului de sănătate [11]. În Statele Unite, non-aderența la tratamente are un impact major asupra sănătății publice și economiei. Se estimează că această problemă contribuie la aproximativ 125.000 de decese anual și este responsabilă pentru 33–69% dintre internările în spital. Pe lângă consecințele asupra sănătății pacienților, costurile economice asociate cu non-aderența sunt uriașe, ridicându-se la aproximativ 100 de miliarde de dolari anual [12].

Pacienții cu afecțiuni cardiovasculare care nu respectă tratamentul au un risc semnificativ crescut de deces, cu o probabilitate de 80% mai mare în primele 120 de zile după un infarct miocardic acut [13]. De asemenea, la pacienții hipertensivi, non-aderența crește riscul de deces prin accident vascular cerebral de 3,81 ori [14].

Un alt studiu arată că aderența scăzută este asociată cu rate mai mari de spitalizare. Diabeticii neaderenți au o rată de spitalizare de 30%, comparativ cu 13% pentru cei cu aderență bună, iar în cazul hipertensiunii, ratele sunt de 28% față de 19% [7].

### **Strategii de îmbunătățire a aderenței la tratament**

#### **A. Relația medic-pacient**

1. Stilul de comunicare centrat pe pacient este esențial pentru îmbunătățirea aderenței. Este util să explorăm înțelegerea pacientului despre boală prin întrebări precum: „Ce știți despre hipertensiune? Ce organe pot fi afectate? Credeți că o puteți controla?”. Aceasta permite identificarea așteptărilor și temerilor pacientului, cum ar fi teama de a lua mai multe medicamente sau dependența de tratament. Comunicarea trebuie să fie empatică și adaptată la valorile pacientului.

2. Decizia comună (Shared Decision Making - SDM) implică integrarea pacientului în alegerea tratamentului. Studii arată că SDM îmbunătățește aderența și controlul hipertensiunii, mai ales în colaborare cu medici, farmaciști, asistenți medicali și dieteticieni.

3. Interviu motivațional, bazat pe modelul stadiilor de schimbare, îmbunătățește stilul de viață și aderența la tratament. Meta-analize arată beneficii semnificative, mai ales pentru pierderea în greutate, reducerea consumului de alcool și tutun, și monitorizarea tratamentului.

#### **B. Factori asociați cu boala și tratamentul**

##### **1. Educația pacienților și profesioniștilor**

Educația poate motiva pacienții, dar studiile arată efecte limitate asupra reducerii tensiunii arteriale. Materialele informative distribuite în farmacii și clinici pot îmbunătăți motivația pacienților.

##### **2. Sisteme de reamintire**

Reamintirile prin SMS, apeluri telefonice sau feedback computerizat îmbunătățesc urmărirea tratamentului.

##### **3. Simplificarea tratamentului**

Regimurile simplificate (ex.: o doză pe zi) cresc aderența, iar medicamentele combinate (polypills) reduc rata abandonului, fiind utile mai ales în țările cu venituri mici.

##### **4. Asistența farmaciștilor și asistenților medicali**

Echipele multidisciplinare care includ farmaciști și asistenți medicali îmbunătățesc aderența prin educație și consiliere.

##### **5. Auto-monitorizarea**

Auto-monitorizarea tensiunii arteriale este asociată cu reduceri moderate ale tensiunii arteriale. Tele-monitorizarea îmbunătățește aderența și controlul hipertensiunii.

### *C. Factori asociați cu sistemul de sănătate*

#### 1. Costurile

Medicamentele generice îmbunătățesc aderența și reduc evenimentele vasculare. Costurile ridicate pot duce la omisiunea dozelor sau abandonarea tratamentului .

#### 2. Suportul social

Sprejrinul familial și comunitar este crucial pentru îmbunătățirea aderenței, mai ales pentru pacienții cu boli cronice. Grupurile de pacienți oferă motivație și reduc povara asupra profesioniștilor din sănătate [7].

### **Recomandările ghidurilor clinice**

Ghidurile Societății Europene de Hipertensiune (ESH/ESC) subliniază importanța scăderii aderenței la tratament, mai ales în rândul pacienților vârstnici și săraci, datorită impactului asupra prognosticului și costurilor medicale. Non-aderența este considerată principala cauză a controlului slab al tensiunii arteriale, iar identificarea acesteia în practica clinică este dificilă din cauza informațiilor inexacte furnizate de pacienți și a lipsei unor metode obiective aplicabile zilnic [1].

Recomandări pentru îmbunătățirea aderenței:

- Simplificarea regimului medicamentos: utilizarea combinațiilor fixe de două doze antihipertensive într-un singur comprimat.
- Monitorizarea tensiunii arteriale acasă.
- Identificarea cauzelor tensiunii ridicate, cum ar fi non-aderența, efectul halatului alb sau consumul de substanțe care cresc tensiunea arterială.
- Intervenții multifactoriale: Implicarea asistenților medicali în prevenirea cardiovasculară și îmbunătățirea percepției sănătății pacienților, mai ales în prevenția secundară.
- Echipe multidisciplinare: Participarea farmaciștilor și asistenților medicali pentru a îmbunătăți aderența și a reduce tensiunea arterială.
- Utilizarea telemedicinii și continuitatea îngrijirii.

### **Concluzii**

Non-aderența la tratamentul hipertensiunii este frecventă, afectând în special pacienții vârstnici, cu comorbidități sau vulnerabilități sociale. Abordările trebuie să fie colaborative, centrate pe pacient și să includă simplificarea tratamentului, auto-monitorizarea, reamintiri și sprijin din partea echipelor multidisciplinare.

### **Bibliografie**

1. Williams, B.; Mancia, G.; Spiering, W.; Agabiti Rosei, E.; Azizi, M.; Burnier, M.; Clement, D.L.; Coca, A.; de Simone, G.; Dominiczak, A.; et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the

Management of Arterial Hypertension. *Eur. Heart J.* 2018, 39, 3021–3104, doi:10.1093/eurheartj/ehy339.

2. Kearney, P.M.; Whelton, M.; Reynolds, K.; Muntner, P.; Whelton, P.K.; He, J. Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data. *Lancet* 2005, 365, 217–223, doi:10.1016/S0140-6736(05)17741-1.

3. Wolf-Maier, K. Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003, 289, 2363, doi:10.1001/jama.289.18.2363.

4. Yusuf, S.; Hawken, S.; Őunpuu, S.; Dans, T.; Avezum, A.; Lanas, F.; McQueen, M.; Budaj, A.; Pais, P.; Varigos, J.; et al. Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated with Myocardial Infarction in 52 Countries (the INTERHEART Study): Case-Control Study. *Lancet* 2004, 364, 937–952, doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9.

5. Dorobanțu, M.; Darabont, R.; Ghiorghe, S.; Arsenescu-Georgescu, C.; Macarie, C.; Mitu, F.; Lighezan, D.; Musetescu, R.; Pop, C.; Ardeleanu, E.; et al. Hypertension Prevalence and Control in Romania at a Seven-Year Interval. Comparison of SEPHAR I and II Surveys. *J. Hypertens.* 2014, 32, 39–47, doi:10.1097/01.hjh.0000434937.62412.24.

6. Morris, A.B.; Li, J.; Kroenke, K.; Bruner-England, T.E.; Young, J.M.; Murray, M.D. Factors Associated with Drug Adherence and Blood Pressure Control in Patients with Hypertension. *Pharmacotherapy* 2006, 26, 483–492, doi:10.1592/phco.26.4.483.

7. Villalva, C.M.; Alvarez-Muiño, X.L.L.; Mondelo, T.G.; Fachado, A.A.; Fernández, J.C. Adherence to Treatment in Hypertension. In; 2016; pp. 129–147.

8. Meddings, J.; Kerr, E.A.; Heisler, M.; Hofer, T.P. Physician Assessments of Medication Adherence and Decisions to Intensify Medications for Patients with Uncontrolled Blood Pressure: Still No Better than a Coin Toss. *BMC Health Serv. Res.* 2012, 12, 270, doi:10.1186/1472-6963-12-270.

9. Fuster, V. Un Problema Alarmante En Prevención Secundaria: Bajo Cumplimiento (Estilo de Vida) y Baja Adherencia (Farmacológica). *Rev. Española Cardiol.* 2012, 65, 10–16, doi:10.1016/j.recesp.2012.07.005.

10. Mazzaglia, G.; Ambrosioni, E.; Alacqua, M.; Filippi, A.; Sessa, E.; Immordino, V.; Borghi, C.; Brignoli, O.; Caputi, A.P.; Cricelli, C.; et al. Adherence to Antihypertensive Medications and Cardiovascular Morbidity Among Newly Diagnosed Hypertensive Patients. *Circulation* 2009, 120, 1598–1605, doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.830299.

11. Hughes, D.A.; Bagust, A.; Haycox, A.; Walley, T. Accounting for Noncompliance in Pharmacoeconomic Evaluations. *Pharmacoeconomics* 2001, 19, 1185–1197, doi:10.2165/00019053-200119120-00001.

12. Ho, P.M.; Rumsfeld, J.S.; Masoudi, F.A.; McClure, D.L.; Plomondon, M.E.; Steiner, J.F.; Magid, D.J. Effect of Medication

Nonadherence on Hospitalization and Mortality Among Patients With Diabetes Mellitus. *Arch. Intern. Med.* 2006, 166, 1836, doi:10.1001/archinte.166.17.1836.

13. Newby, L.K.; Allen LaPointe, N.M.; Chen, A.Y.; Kramer, J.M.; Hammill, B.G.; DeLong, E.R.; Muhlbaier, L.H.; Califf, R.M. Long-Term Adherence to Evidence-Based Secondary Prevention Therapies in Coronary Artery Disease. *Circulation* 2006, 113, 203–212, doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.505636.

14. Mayor, S. Non-Adherence to Medication Increases Stroke Risk in Patients with High Blood Pressure. *BMJ* 2013, 347, f4586–f4586, doi:10.1136/bmj.f4586.

15. Márquez-Contreras, E.; de la Figuera-Von Wichmann, M.; Franch-Nadal, J.; Llisterri-Caro, J.L.; Gil-Guillén, V.; Martín-de Pablos, J.L.; Casado-Martínez, J.J.; Martell-Claros, N. ¿Los Pacientes Con Alto Riesgo Vascular Toman Correctamente La Medicación Antihipertensiva? Estudio Cumple-MEMS. *Rev. Española Cardiol.* 2012, 65, 544–550, doi:10.1016/j.recesp.2012.01.018.

16. Kivimäki, M.; Batty, G.D.; Hamer, M.; Nabi, H.; Korhonen, M.; Huupponen, R.; Pentti, J.; Oksanen, T.; Kawachi, I.; Virtanen, M.; et al. Influence of Retirement on Nonadherence to Medication for Hypertension and Diabetes. *Can. Med. Assoc. J.* 2013, 185, E784–E790, doi:10.1503/cmaj.122010.

17. Baroletti, S.; Dell'Orfano, H. Medication Adherence in Cardiovascular Disease. *Circulation* 2010, 121, 1455–1458, doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.904003.

18. Wang, W.; Lau, Y.; Loo, A.; Chow, A.; Thompson, D.R. Medication Adherence and Its Associated Factors among Chinese Community-Dwelling Older Adults with Hypertension. *Hear. Lung* 2014, 43, 278–283, doi:10.1016/j.hrtlng.2014.05.001.

19. Marshall, I.J.; Wolfe, C.D.A.; McKeivitt, C. Lay Perspectives on Hypertension and Drug Adherence: Systematic Review of Qualitative Research. *BMJ* 2012, 345, e3953–e3953, doi:10.1136/bmj.e3953.

20. Tamblyn, R.; Eguale, T.; Huang, A.; Winslade, N.; Doran, P. The Incidence and Determinants of Primary Nonadherence With Prescribed Medication in Primary Care. *Ann. Intern. Med.* 2014, 160, 441, doi:10.7326/M13-1705.

21. DiMatteo, M.R.; Haskard, K.B.; Williams, S.L. Health Beliefs, Disease Severity, and Patient Adherence. *Med. Care* 2007, 45, 521–528, doi:10.1097/MLR.0b013e318032937e.

22. May, C.; Montori, V.M.; Mair, F.S. We Need Minimally Disruptive Medicine. *BMJ* 2009, 339, b2803–b2803, doi:10.1136/bmj.b2803.

23. Choudhry, N.K.; Kronish, I.M.; Vongpatanasin, W.; Ferdinand, K.C.; Pavlik, V.N.; Egan, B.M.; Schoenthaler, A.; Houston Miller, N.; Hyman, D.J. Medication Adherence and Blood Pressure Control: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension* 2022, 79, doi:10.1161/HYP.000000000000203.

## UTILIZAREA MEMORATORULUI

O carte de genul Memoratorului trebuie să ofere posibilitatea unei informări satisfăcătoare, într-un timp cât mai scurt posibil. Consultarea poate fi făcută în două maniere diferite.

a) Dacă ne interesează să aflăm unde găsim informațiile privind un anumit medicament căutăm în Indexul alfabetic, în care sunt cuprinse atât denumirile comune internaționale (D.C.I.) cât și cele comerciale (generice sau depuse ®). Se caută imediat la pagina indicată, unde se găsesc, deja selecționate și grupate, informațiile dorite (farmacocinetica, farmacodinamie, indicații, reacții adverse, contraindicații, precauții, mod de administrare, căi, doze, durată, etc. forme farmaceutice și dozajele corespunzătoare). Descrierea acestora în paragrafe distincte permite găsirea imediată a informației dorite.

b) Dacă dorim să cunoaștem care sunt medicamentele disponibile dintr-o anumită grupă farmacologică, căutăm la Cuprins grupa anatomică corespunzătoare, apoi subgrupa și medicamentele respective. În acest fel, dacă, de exemplu, un bolnav nu suportă un anumit medicament, avem indicate toate alternativele pentru acțiunea farmacologică dorită.

c) Pentru utilizarea Index-ului farmacoterpic se va consulta textul de prezentare a acestuia.

- A TRACTUL DIGESTIV  
ȘI METABOLISM**
- A 01 PREPARATE STOMATOLOGICE**
- A 02 MEDICAMENTE PENTRU  
TULBURĂRI LEGATE DE ACID**
- A 03 MEDICAMENTE PENTRU TULBURĂRI  
FUNCȚIONALE GASTROINTESTINALE**
- A 04 ANTIEMETICE ȘI ANTIGREAȚĂ**
- A 05 TERAPIA BILIARĂ ȘI HEPATICĂ**
- A 06 LAXATIVE**
- A 07 ANTIDIAREICE,  
ANTIINFLAMATOARE/  
ANTIINFECȚIOASE INTESTINALE**
- A 08 MEDICAȚIA OBEZITĂȚII,  
EXCL. PRODUSE DIETETICE**
- A 09 DIGESTIVE, INCL. ENZIME**
- A 10 ANTIDIABETICE**
- A 11 VITAMINE**
- A 12 SUPLIMENTE MINERALE**
- A 13 TONICE**
- A 14 ANABOLICE SISTEMICE**
- A 16 ALTE PRODUSE PENTRU TRACTUL  
DIGESTIV ȘI METABOLISM**

\*

\* \*

**A 01 PREPARATE STOMATOLOGICE****A 01 A PREPARATE STOMATOLOGICE****A 01 AA PRODUSE PENTRU PROFILAXIA CARIEI****A 01 AB ANTIINFECȚIOASE ȘI ANTISEPTICE  
PENTRU TRATAMENT ORAL LOCAL****A 01 AC CORTICOSTEROIZI  
PENTRU TRATAMENT ORAL LOCAL****A 01 AD ALTE PREPARATE  
PENTRU TRATAMENT ORAL LOCAL**

\*

\* \*

**A 01 AA PRODUSE PENTRU PROFILAXIA CARIEI****NATRII FLUORIDUM**▶ **OTC**

**Fcin.** Absorbție bună din tubul digestiv, diminuată în prezența calciului, magneziului, aluminiului. După o doză orală de 40–100 mg/zi, concentrația serică de fluor este 5–10 mmol/l. Fixare predominantă în oase și dinți, circa jumătate din aport. Difuzează în salivă, unghii, păr, lapte, traversează placenta. Excreție prin urină, mai puțin prin fecale și secreția sudorală.

**Fdin.** Crește rezistența la mediul acid a smalțului dentar, favorizează remineralizarea, scade producerea plăcii dentare. Crește densitatea osului în osteoporoză prin stimularea osteoblaștilor și creșterea masei trabeculare.

**Ind.** Prevenirea cariilor dentare la copii sub formă de adjuvant alimentar și mai ales de preparate igienice bucale. Acțiunea topică la nivelul smalțului și plăcii este superioară efectului sistemic. Efecte nesigure la adulți și la femei însărcinate, neavând influență favorabilă asupra fătului. Suplimentarea fluorului nu este necesară în sarcină. În zonele în care apa de băut conține fluor sub 1 mg/l (o parte la un milion = 1 ppm) este utilă suplimentarea fluorului prin fluorinare artificială.

Osteoporoză primară și în postmenopauză. În prima categorie efectele pot fi favorabile, în a doua nu s-a demonstrat convingător reducerea incidenței fracturilor vertebrale.

**R.a.** Rare, dacă se respectă concentrațiile corecte în apa potabilă sau dozele orale în administrarea profilactică. În intoxicații acute apar R.a. locale, ca iritații gastrice prin acidul fluorhidric format în stomac sau tulburări metabolice și electrolitice, mai ales hipocalcemie.

**R.a.** generale: tremurături, hiperreflectivitate, paretezii, tetanie, convulsii, aritmii cardiace, șoc, turb. respiratorii. Doza toxică pentru adulți este de 1 g, cea letală de 5–10 g, decesul apărând în 2–4 ore de la ingestie. La copii doza letală 500 mg. În intoxicația cronică apar creșterea densității oaselor, dureri articulare, mai ales la nivelul membrilor inferioare, calcificarea ligamentelor, tendoanelor, inserțiilor musculare. Floroză dentară la copii, în perioada dezvoltării dinților, cu marmorarea smalțului dentar. Rareori colorația galben-brună a dinților, la depășirea dozelor.

**Sarcină, alăptare.** Nu există vreun beneficiu pentru dentiția provizorie sau definitivă a copilului, să se suplimenteze mama cu fluor, în sarcină și în alăptare.

**Cind.** În regiunile unde conținutul în fluor în apa potabilă este peste 0,3 mg/l.

**Admin.** Oral. Comprimatele se sug sau se mestecă în gură, pentru a favoriza acțiunea locală directă asupra smalțului dentar. Administrare seara. Dozele trebuie stabilite în funcție de conținutul în fluoră al apei potabile, de florurile provenind din dietă și de vârsta copiilor. La un conținut în fluoră al apei potabile sub 0,3 ppm, doză zilnică este: pentru copii de 6 luni–3 ani 0,55 mg fluoră de sodiu (= 0,25 mg fluoră); pentru copii de 3–6 ani 1,1 mg (= 0,5 mg fluoră); peste 6 ani 2,2 mg fluoră de sodiu pe zi (= 1 mg fluoră). La un conținut în fluoră al apei potabile de 0,3–0,7 ppm: nu se administrează fluoră de sodiu oral la copii sub 3 ani; 3–6 ani se administrează 0,25 mg fluor zilnic. Peste 6 ani 0,50 mg fluor zilnic. Dacă apa potabilă conține peste 0,7 ppm fluoră, nu se administrează fluoră de sodiu oral.

Aplicații locale, după apariția dinților, la copii peste 6 ani, sub formă de clătire a dinților, zilnic, cu soluție de fluoră de sodiu 0,05% (10 ml), sau săptămânal sau lunar, cu soluție 0,2% (10 ml). Paste de dinți cu fluoră de sodiu. Aplicarea locală, de către personal specializat, sub formă de lac sau soluție 2%. După aplicațiile locale nu se clătesc dinții, nu se bea și nu se mănâncă cel puțin 1/4 – 1/2 oră.

Metoda cea mai simplă de profilaxie a cariilor constă în periajul dinților cu pastă de dinți pentru copii (cu cel mult 500 ppm fluoră) până la vârsta de 6 ani și cu pastă obișnuită (cu 1000–1500 ppm fluoră) la peste 6 ani.

În osteoporoza postmenopauză, oral, 50–75 mg/zi, asociată cu calciu și vitamina D.

## **A 01 AB ANTIINFECȚIOASE ȘI ANTISEPTICE PENTRU TRATAMENT ORAL LOCAL**

### **CHLORHEXIDINUM**

**► OTC**

**Fcin.** Absorbție redusă din tubul digestiv și prin piele.

**Fdin.** Bacteriostatic și bactericid față de bacterii gram pozitive (mai activ) și gram negative (mai puțin activ). *Pseudomonas* și *Proteus* puțin sensibili. Inhibă micobacterii, unii fungi și unele virusuri. Inactiv asupra sporilor. Acțiune mai mare la pH neutru și slab acid.

**Ind.** Gingivită (efecte favorabile 60–90%), tulburări periodontale la bolnavi cu insuficiență imunitară, pentru favorizarea evoluției după tratamente periodontale, prevenirea plăcii dentare, îngrijirea zilnică a dinților și gurii, igienizarea gurii înaintea intervențiilor chirurgicale. Ulcerații aftoase. Candidoza orală.

**R.a.** Iritații locale, modificarea culorii limbii, dinților, materialelor stomatologice protetice, tulburări ale gustului, senzație de arsură la nivelul limbii, inflamația parotidelor. Descuamarea limbii, care poate fi diminuată prin diluarea soluției inițiale (1/1).

**Prec.** Aplicarea locală bucală se face la cel puțin 1/2 oră distanță de utilizarea pastelor de dinți.

**Admin.** Spălături bucale cu 10 ml sol. 0,1–0,2% de 2 ori/zi, timp de un minut. După 4–10 săptămâni, pauză fără clorhexidin timp de minim 2–3 săptămâni.

---

CORSODYL MINT MOUTHWASH ® (Haleon România SRL, România)

---

Apă de gură 0,2 g/100 ml. Flac. 300 ml. Ct. × 1.

### **METRONIDAZOLUM**

**► PR**

**Ind.** Antiinfecțios pentru cavitatea bucală.

### **HEXETIDINUM**

**► OTC**

**Fdin.** Antiseptic, hemostatic, anestezic local, bactericid, fungicid.

**Ind.** Infecții locale bucale (angine, amigdalită, faringită, stomatită, afte, glosită, gingivită, parodontopatii, alveolită suprainfectată după extracții dentare, gingivoragii, micoze bucale și faringiene). Igiena cavității bucale în îmbolnăviri generale, dezodorizarea gurii.