

Treba li dojenje prekidati zbog primjene lijekova i kada

JELENA DIMNJAKOVIĆ¹, DAMIR IVANKOVIĆ²

¹ PrimeVigilance Ltd., Oreškovićeve 20a, 10000 Zagreb

² Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za medicinsku informatiku i biostatistiku, Rockefellerova 7, 10000 Zagreb

Sažetak

Mnoge žene u vrijeme dojenja imaju potrebu za uzimanjem lijekova. Većina često korištenih lijekova ne šteti dojenčetu. No ipak, upravo zbog potrebe za farmakoterapijom, mnoge majke prekidaju dojenje ili ga ni ne započinju. Velik utjecaj na to imaju zdravstveni djelatnici koji ne posjeduju dovoljno znanja o ovoj temi. Često konzervativno preporučuju prekid dojenja u slučaju potrebe za farmakoterapijom u dojilje. Donošenje preporuke zasnovane na dokazima, zdravstvenim djelatnicima otežavaju neusklađeni izvori informacija o primjeni lijeka u vrijeme dojenja. Uпитno je i koliko su liječnicima ti izvori informacija uopće poznati. Potrebna su daljnja istraživanja na ovu temu.

Ključne riječi: dojenje, lijekovi, prestanak dojenja

Prema Svjetskoj Zdravstvenoj Organizaciji (SZO), dojenje ima veći utjecaj na smanjenje smrtnosti u dječjoj dobi od svih ostalih preventivnih mjera zajedno. SZO zato preporučuje isključivo dojenje do 6 mjeseca života, a poželjno je nastaviti do kraja 2 godine, ili ukoliko majka i dijete to žele, duže(1). Zbog dobrobiti koje ima za dijete i za majku, dojenje je važna javnozdravstvena tema(2).

Prema podacima sistematskih pregleda dojenčadi 2013. godine u Hrvatskoj, 67,1% dojenčadi u dobi od 0 do 2 mjeseca isključivo su hranjena majčinim mlijekom. U skupini od 3 do 6 mjeseci, taj udio pada na 46,9%, a u dobi od 6 do 11 mjeseci na 12,3%(3).

Razlozi za globalno nisku stopu dojenja su višestruki. SZO kao najznačajnije razloge navodi društveno vjerovanje da je majčino mlijeko nedovoljno hranjivo i da postoji potreba za nadoknadom, bolničke prakse koje ne podupiru dojenje, nedostatak znanja i vještina zdravstvenih djelatnika, agresivna promocija formule, neadekvatna radna legislativa koja ne podupire dojenje nakon povratka majke na posao, neznanje o opasnostima nedojenja, kao i neznanje o pravilnim tehnikama dojenja majki te zdravstvenih djelatnika(1).

Jedan od značajnih razloga za nezapočinjanje ili odustajanje od dojenja je i neadekvatna informiranost majki i zdravstvenih djelatnika o primjeni lijekova u vrijeme dojenja(4). Usprkos tome što se dojenje aktivno promiče, tema primjene lijekova u vrijeme dojenja ne zadobiva dovoljno pažnje(4).

U postpartalnom razdoblju, mnoge majke se suoče sa stanjima kao što su prehlada, glavobolja, bolovi u leđima, migrene, hipertenzija, mastitis, depresija i potrebni su im lijekovi(4). Literatura pokazuje da oko 50% majki ima potrebu za uzimanjem lijeka tokom dojenja(4). S obzirom na nepostojanje uniformnog sustava praćenja korištenja

lijekova u dojenju, podaci o udjelu žena koje koriste lijekove tokom dojenja variraju od 34% do 100%(4).

Srećom, većina često korištenih lijekova je sigurna za primjenu tokom dojenja i utjecaj na dojenče je rijedak ili minimalan(5-9). No, usprkos tome, 28% majki uopće neće započeti s dojenjem upravo zbog potrebe za farmakoterapijom(10), a 13.2% ih odustaje od već uspostavljenog dojenja zbog istog razloga(11). Saha i sur. u sistematičnom pregledu 18 studija zaključuju kako lijekovi imaju negativan utjecaj na uspostavu i održavanje dojenja(4).

Literatura ukazuje da među općom populacijom prevladava mišljenje da bi trudnice I dojilje trebale izbjegavati sve lijekove radi eventualnog štetnog učinka lijeka na fetus tj dojenče(12, 13). Isti stav dijele i medicinski djelatnici(12, 13). Ovim razmišljanjem mnoge se majke zakidaju za potrebnu terapiju ili se dijete zakida za poželjne učinke dojenja(14).

Tri su bitna faktora u donošenju odluke o primjeni lijeka u vrijeme dojenja i nastavka ili prekida dojenja:

1. Stav i znanje majke
2. Stav i znanje liječnika
3. Izvori informacija dostupni liječniku

1 Stav i znanje majki

Nije u potpunosti utvrđeno kako majke donose odluke hoće li ili ne koristiti lijek za vrijeme dojenja i koji su faktori koji utječu na te odluke (15-19). Postoje ispitivanja koja ukazuju da majke traže savjet od zdravstvenih djelatnika, no na kraju često same odluče ne uzimati lijek ili uzimati lijek i prekinuti dojenje zbog straha za dijete i osjećaja krivnje bez obzira na dobiveni savjet(16, 17, 19). No, daljnje istraživanje ove teme neizostavno je(4, 15, 20).

Znanje majki o primjeni lijekova u vrijeme dojenja je nisko, no one imaju želju naučiti više te smatraju da od medicinskih djelatnika često ne dobivaju željene informacije(2).

Glavni izazov je spriječiti prekid dojenja te educirati majke kako donijeti informiranu odluku(18).

Također, nejasno je da li žene prekidaju dojenje ili ga ni ne započinju. Nejasno je i da li dojenje prekidaju zbog straha (njih samih ili liječnika), ili zbog objektivnih problema koje ipak imaju zbog lijeka(4). Bolje razumijevanje primjene lijekova u vrijeme dojenja bi dovelo do prakse zasnovane na dokazima i smanjilo dileme oko dojenja i lijekova(4).

2 Stav i znanje liječnika

Bitnu ulogu u utjecaju lijeka na ishod dojenja ima i činjenica da mnogi zdravstveni djelatnici nemaju potrebna znanja o primjeni lijekova u vrijeme dojenja. Zbog toga, savjetuju ženama prestanak dojenja tokom uzimanja lijeka (21-25). Saha i sur. u svom preglednom članku 18 studija, opisuju kako trećina liječnika opće prakse i farmaceuta nije svjesna da je ibuprofen siguran za primjenu u dojilja, 50% liječnika ne znada su

antiepileptici kompatibilni s dojenjem, a 39% liječnika misli da je dojenje kontraindicirano kod primjene antidepresiva(4).

Hussainy i sur.opisuju kako liječnici imaju ograničeno znanje o primjeni lijekova u vrijeme dojenja, ali i da imaju pozitivan stav. Također opisuju da se liječnici u odlukama o propisivanju lijekova u vrijeme dojenja većinom vode osobnim iskustvom. Majkama najčešće ne ostavljaju prostor za odluke, već im najčešće kažu da prestanu dojit dok uzimaju lijek. To dovodi do nezadovoljstva majki koje često same donose odluke o neuzimanju lijeka(15).

3 Izvori informacija o primjeni lijekova u vrijeme dojenja dostupni liječniku

Kada govorimo o stavovima i znanju hrvatskih liječnika o primjeni lijekova u vrijeme dojenja, bitno je naglasiti da pretragom literature nisu pronađene specifični algoritmi korištenja lijekova u vrijeme dojenja (npr. algoritmi društava Hrvatskog liječničkog zbora ili pojedinih bolnica). Tako bi glavni izvor informacija liječnicima mogao biti sažetak opisa svojstava lijeka (SPC - od engl. Summary of Product Characteristics) dostupan na stranicama Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED). Lokalno dostupni SPC-evi su osnovni izvor informacija o lijekovima liječnicima u npr. Australiji, Kanadi, SAD-u i Nizozemskoj(14).

Osim SPC-a, liječnici na raspolaganju imaju dokument SZO „Breastfeeding and maternal medication – recommendations for drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs“ koji izdaje Odjel za zdravlje i razvoj djece i adolescenata SZO, na engleskom jeziku te javno dostupnu bazu LACTMED, također na engleskom jeziku.

Baza LACTMED pruža informacije o razinama lijekova u majčinom mlijeku i krvi dojenčeta, o mogućim nuspojavama u dojenčeta te o mogućim zamjenskim lijekovima ukoliko izabrani lijek nije kompatibilan s dojenjem. Svi podaci u bazi su referencirani i podvrgnuti peer review procesu. Dio je TOXNET baze kojom upravlja „The US National Library of Medicine“.

Međutim, upitno je koliko su liječnici u Hrvatskoj upoznati s navedenim izvorima informacija.

U svijetu također postoji veliki problem neujednačenosti dostupnih informacija(4, 13, 14, 23, 26). Brown i sur. usporedili su dostupne izvore u Australiji (SPC-eva, bazu LACTMED te algoritme pojedinih bolnica i ustanova). Pronašli su da je SPC najkonzervativniji izvor informacija te da su i ostali izvori međusobno neusklađeni(14). Postoje i drugi dokazi da su SPC-evi nepouzdan izvor informacija kad se radi o dojenju jer su prekonzervativni(13). Rezultati norveške studije pokazali su da se skoro 50% SPC-eva u savjetima vezanih za primjenu u vrijeme dojenja različito od preporuka norveških centara za informacije o lijekovima. SPC-evi su puno konzervativniji(27).

Neujednačenost informacija problem je i u Hrvatskoj. Na primjer, lijek ibuprofen 400 mg dostupan je od više nositelja odobrenja za stavljanje lijeka u promet. Tako je informacija o dojenju dostupna u 18 različitih SPC-eva od kojih 6 SPC-eva tvrdi da se lijek ne smije koristiti u vrijeme dojenja, 6 da se smije, a 6 je neodređeno(28).

Za ibuprofen, LACTMED baza tvrdi da je lijek izbora za kratkotrajnu terapiju u dojilja. Prethodno navedeni dokument SZO navodi da je kompatibilan s dojenjem te da, uz paracetamol, ima najbolje dokumentiran sigurnosni profil u dojilja. Preporučuje nastavak dojenja(29).

Preporuke SZO i LACTMED-a su međusobno usklađene, a i 6 hrvatskih SPC-eva je također u skladu sa njima. No, zabrinjavajuć je nesklad između SPC-eva različitih nositelja odobrenja za stavljanje lijeka u promet. Taj nesklad dovodi do zaključka da će pacijenticama liječenima lijekom s konzervativnijim SPC-em, biti savjetovan prestanak dojenja dok drugima neće.

Kod majki, ova inkonzistencija u preporukama dovodi do nepovjerenja u liječnike te nezadovoljstva(15).

Može se zaključiti i da je liječnicima u Hrvatskoj teško donijeti informiranu odluku smije li se određeni lijek primjenjivati u vrijeme dojenja ili ne.

Čini se da sudbina dojenja kod pojedine žene ovisi o osobnoj motiviranosti liječnika za pronalaženjem alternativnih izvora informacija ukoliko inicijalno naiđe na pretjerano konzervativan SPC. Iako su zdravstveni djelatnici dužni aktivno tražiti dostupne informacije te adekvatno informirati majku o sigurnosti primjene lijeka u vrijeme dojenja, kao i rizicima nedojenja(15), zanimljivo bi bilo ispitati kolika je stvarna motivacija liječnika da pomognu majci da započne ili očuva dojenje.

Čini se da većina zdravstvenih djelatnika ipak bira konzervativni pristup te savjetuju prekid dojenja što zakida majku i dojenče za sve dobrobiti koje majčino mlijeko ima(15).

Nameće se zaključak da bi konkretna pomoć liječnicima u praksi te bitan korak u potpori dojenju, bila izrada smjernica o primjeni lijekova u vrijeme dojenja. Također, potreban je aktivan trening liječnika na temu spomenutih smjernica kao i dojenja općenito(15).

Usprkos svim poteškoćama vezanim za propisivanje lijeka u vrijeme dojenja, određene studije pak pokazuju i da se i liječnici i farmaceuti osjećaju sigurnima pri propisivanju lijekova u vrijeme dojenja (15). Pronađeno neslaganje u dostupnim informacijama (s jedne strane, imaju samopouzdanja, s druge nemaju znanja ni pouzdane izvore) je pokazatelj da postoji potreba za daljnjim istraživanjima u ovom području.

Obzirom na važnost dojenja, nedostatak i nekonzistentnost informacija kao i nepostojanje stručnih smjernica o primjeni lijekova u vrijeme dojenja u Hrvatskoj, potrebno je provođenje daljnjih istraživanja u cilju utvrđivanja snage, slabosti, prilika i prijetnji koje predstavlja primjena pojedinih lijekova u dojilja odnosno stavu i znanju majki i liječnika o navedenoj tematici te daljnjeg planiranja javnozdravstvenih intervencija u navedenom području.

Reference

1. World Health Organisation: WHA Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief

2. Spiesser-Robelet L, Rouault A, Prot-Labarthe S, Bourdon O, Oury JF, Brion F, et al. Analysis of breastfeeding mother's needs towards medication use. *Educ Ther Patient*. 2010;2(1):25–38.
3. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis, Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2014., str. 96.
4. Saha MR, Ryan K, Amir LH. Postpartum women's use of medicines and breastfeeding practices: a systematic review. *International breastfeeding journal*. 2015;10:28.
5. Anderson PO, Pochop SL, Manoguerra AS. Adverse drug reactions in breastfed infants: less than imagined. *Clinical pediatrics*. 2003;42(4):325-40.
6. Kelly LE, Poon S, Madadi P, Koren G. Neonatal benzodiazepines exposure during breastfeeding. *The Journal of pediatrics*. 2012;161(3):448-51.
7. Amir LH, Pirota MV, Raval M. Breastfeeding--evidence based guidelines for the use of medicines. *Australian family physician*. 2011;40(9):684-90.
8. Beaufreere B, Bresson JL, Briend A, Ghisolfi J, Goulet O, Navarro J, et al. [Promotion of breast feeding: it's the role of pediatricians...]. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*. 2000;7(11):1149-53.
9. Ito S. Mother and Child: Medication Use in Pregnancy and Lactation. *Clinical pharmacology and therapeutics*. 2016;100(1):8-11.
10. Declercq E, Sakala C, Corry M, Applebaum S. New mothers speak out: national survey results highlight women's postpartum experiences. New York: Childbirth Connection; 2008.
11. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 2008;122 Suppl 2:S69-76.
12. Lim JM, Sullivan E, Kennedy D. MotherSafe: review of three years of counselling by an Australian Teratology Information Service. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. 2009;49(2):168-72.
13. Akus M, Bartick M. Lactation safety recommendations and reliability compared in 10 medication resources. *The Annals of pharmacotherapy*. 2007;41(9):1352-60.
14. Brown E, Hotham E, Hotham N. Views of obstetric practitioners and hospital pharmacists on Therapeutic Goods Administration approved Product Information for pregnancy and lactation. *Aust Nz J Obstet Gyn*. 2014;54(2):184-8.
15. Hussainy SY, Dermele N. Knowledge, attitudes and practices of health professionals and women towards medication use in breastfeeding: A review. *International breastfeeding journal*. 2011;6:11.
16. Ito S, Koren G, Einarson TR. Maternal noncompliance with antibiotics during breastfeeding. *The Annals of pharmacotherapy*. 1993;27(1):40-2.
17. Ito S, Moretti M, Liao M, Koren G. Initiation and duration of breast-feeding in women receiving antiepileptics. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1995;172(3):881-6.
18. Spiesser-Robelet L, Gagnayre R. Commentary on the article "Postpartum women's use of medicines and breastfeeding practices: a systematic review". *International breastfeeding journal*. 2016;11:20.
19. Ito S, Lieu M, Chan W, Koren G. Maternal drug therapy as a risk factor shorter duration of breastfeeding. *Pediatr Perinat Drug Ther*. 1999;3(1):44–8.
20. McDonald K, Amir LH, Davey MA. Maternal bodies and medicines: a commentary on risk and decision-making of pregnant and breastfeeding women and health professionals. *BMC public health*. 2011;11 Suppl 5:S5.
21. Nice FJ, Luo AC. Medications and breast-feeding: Current concepts. *J Am Pharm Assoc*. 2012;52(1):86-94.
22. Della-Giustina K, Chow G. Medications in pregnancy and lactation. *Emerg Med Clin N Am*. 2003;21(3):585-+.
23. Ronai C, Taylor JS, Dugan E, Feller E. The Identifying and Counseling of Breastfeeding Women by Pharmacists. *Breastfeed Med*. 2009;4(2):90-5.

24. Bailey B, Ito S. Breast-feeding and maternal drug use. *Pediatr Clin N Am.* 1997;44(1):41-&.
25. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics.* 2001;108:776–89.
26. Amir LH, Pirotta MV. Medicines for breastfeeding women: a postal survey of general practitioners in Victoria. *The Medical journal of Australia.* 2009;191(2):126.
27. Frost Widnes SK, Schjott J. Advice on drug safety in pregnancy: are there differences between commonly used sources of information? *Drug safety.* 2008;31(9):799-806.
28. HALMED Baza lijekova, dostupno na: <http://www.halmed.hr/Lijekovi/Baza-lijekova/> (pristup 01 veljače 2017).
29. World Health Organisation Department of Child and Adolescent Health and Development 2002: Breastfeeding and maternal medication – recommendations for drugs in the eleventh WHO model list of essential drugs. .