



OKANA

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Κύηση και Χρήση Ουσιών

Αθήνα 2013



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Κύηση και Χρήση Ουσιών

Επιμέλεια-επεξεργασία κειμένου:

Δρ. Χαρίκλεια Τσατσαρώνη, *Επιστημονική Συνεργάτις του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών*

Σχεδιασμός:

Νικολάου Πάνος, www.pndesign.gr

Αθήνα 2013

Εισαγωγικό Σημείωμα

Αγαπητοί συνάδελφοι, εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας, φίλες και φίλοι,

Με την ευκαιρία της Παγκόσμιας Ημέρας για τα Ναρκωτικά, στις 26 Ιουνίου, η οποία για το 2013 είναι αφιερωμένη στις γυναίκες, ο ΟΚΑΝΑ αποφάσισε να προχωρήσει στην έκδοση του εγχειριδίου που κρατάτε στα χέρια σας.

Ο οδηγός αυτός συνιστά ένα βασικό ενημερωτικό έντυπο για την κατανόηση και την ορθή διαχείριση των προκλήσεων και των ειδικών προβλημάτων που συνδέονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό στις περιπτώσεις χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Μέσα από τον οδηγό αυτό, όλοι εμείς στον ΟΚΑΝΑ θα θέλαμε:

- Να επιβεβαιώσουμε τη δέσμευσή μας, πρωτίστως προς τις γυναίκες χρήστες, για εμπεριστατωμένη ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών κατά την κύηση και τις διαθέσιμες επιλογές, ώστε να συμβάλλουμε σε μια υπεύθυνη και βιώσιμη εξατομικευμένη (θεραπευτική) απόφαση,
- Να αναλάβουμε την ευθύνη που μας αναλογεί να εκπαιδεύσουμε το θεραπευτικό μας δυναμικό, ώστε να συνεχίσει να προσφέρει τις διεθνώς αναγνωρισμένες βέλτιστες πρακτικές και υπηρεσίες στις έγκυες γυναίκες χρήστες, διατηρώντας τα υψηλά επίπεδα ποιότητας και εξειδικεύοντας κατά περίπτωση τη φροντίδα για ολιστική κάλυψη των αναγκών τους,

- Να ενισχύσουμε την απόφασή μας να εργαστούμε στην κατεύθυνση της λειτουργικής μας διασύνδεσης με όλες τις δομές και τους φορείς υγείας, ειδικότερα με τους συναδέλφους γυναικολόγους, μαιευτήρες, νεογνολόγους και παιδιάτρους, οι οποίοι συμμετέχουν στην παροχή προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας στην έγκυο, στο νεογνό, στη μητέρα, αλλά κυρίως

- Να επιμείνουμε στο συνεχιζόμενο αγώνα μας να διευρύνουμε την πρόσβαση σε υπηρεσίες φαρμακευτικής θεραπείας για κάθε άτομο με εξάρτηση που τις έχει ανάγκη, με ισότητα, γεωγραφική, κοινωνική, οικονομική, και χωρίς προσκόμματα, ακόμη και υπό καθεστώς αυστηρότατων δημοσιονομικών περιορισμών.

Για μας, όλα τα παραπάνω, είναι πρωτίστως ζήτημα σεβασμού της αξιοπρέπειας της μητέρας, κάθε μητέρας, χρήστη ουσιών ή μη, και προστασίας του νεογέννητου παιδιού της. Τον σκοπό αυτό άλλωστε ο ΟΚΑΝΑ υπηρετεί εδώ και χρόνια μέσα από την κάθε του δράση.

Η Πρόεδρος Δ.Σ. ΟΚΑΝΑ

Μένη Μαλλιώρα

Αν. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Πρόλογος

Η χρήση ουσιών αποτελεί ένα πολύπλοκο, πολυδιάστατο πρόβλημα με δυσμενείς συνήθως συνέπειες για το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Ιδιαίτερα, η κατάχρηση ουσιών κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού επισύρει σοβαρούς κινδύνους για την έγκυο, το έμβρυο και το νεογνό τόσο κατά την προγεννητική, περιγεννητική και μεταγεννητική περίοδο όσο και μετέπειτα στη ζωή του βρέφους, το οποίο εμφανίζει συχνά αναπτυξιακές δυσκολίες.

Στόχος του παρόντος κειμένου είναι να παρουσιαστούν συνοπτικά οι προγεννητικές, περιγεννητικές και μεταγεννητικές δυσκολίες, τις οποίες αντιμετωπίζει η έγκυος, που κάνει χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της κύησης, οι επιπτώσεις

της χρήσης για το έμβρυο και το βρέφος, καθώς και οι κατευθύνσεις για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των δυσκολιών αυτών. Η συγγραφή του κειμένου στηρίχθηκε σε πληροφορίες που αντλήθηκαν από σχετική βιβλιογραφία προερχόμενη από σημαντικούς διεθνείς φορείς, όπως το European Motoring Centre for Drugs and Drug Addiction, το Department of Health (England) and the Devolved Administrations (the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive), το National Institute for Health and Clinical Excellence (U.K.), το New Zealand Ministry of Health και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καθώς και εθνικούς φορείς υγείας, όπως ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.

Συνομογραφίες

ACMD: Advisory Council for the Misuse of Drugs (U.K.)

DHDA: Department of Health (England) and the Devolved Administrations (the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive).

EMCDDA: European Motoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence (U.K.).

NZMH: New Zealand Ministry of Health.

WHO: World Health Organization.



Εισαγωγή

Οι περισσότεροι χρήστες είναι νέοι άνθρωποι στην αναπαραγωγική τους ηλικία. Συγκεκριμένα, ερευνητικά δεδομένα, που αφορούν στη θεραπεία της χρήσης ουσιών στην Ευρώπη, αναφέρουν ότι σχεδόν ένας στους δέκα χρήστες σε θεραπεία ζει με ένα τουλάχιστον παιδί (European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction, 2012). Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2%-3% των παιδιών κάτω των 16 ετών ζουν με κάποιο γονέα, ο οποίος κάνει προβληματική χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ (Advisory Council for the Misuse of Drugs, 2003). Η πλειοψηφία των γονιών αυτών κάνει πολλαπλή χρήση ουσιών.

Αν και οι κίνδυνοι από τη χρήση ουσιών έχουν εκτενώς μελετηθεί, δεν είναι βέβαιο ότι όλες οι έγκυες γυναίκες, που κάνουν χρήση ουσιών, θα αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα κατά την κύηση (EMCDDA, 2012). Επίσης, παρά την ύπαρξη μιας σειράς υποστηρικτών προγραμμάτων για τις εγκύους χρήστες, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει σαφής πληροφόρηση για την έκταση των προβλημάτων λόγω της χρήσης ουσιών κατά την κύηση, καθώς και για την ενιαία αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Αν και υπάρχει σχετική πληροφόρηση από τα διάφορα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συχνά οι πηγές αυτής της πληροφόρησης αφορούν μεμονωμένες έρευνες, οι οποίες δεν χρησιμοποιούν την ίδια μεθοδολογία ως προς τη συγκέντρωση των δεδομένων, δυσχεραίνοντας τη σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων τους (EMCDDA, 2012).

Από την άλλη μεριά, οι γυναίκες χρήστες έχουν συνήθως δυσκολίες στο να λάβουν την αναγκαία γυναικολογική φρο-

ντίδα κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό, καθώς και την απαραίτητη παιδιατρική φροντίδα για το βρέφος λόγω μη έγκαιρης αναζήτησης των παρεχόμενων υπηρεσιών ή/και δυσκολίας παρακολούθησης των σχετικών συναντήσεων, με αρνητικές συνήθως συνέπειες για τις ίδιες και το νεογνό (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010). Επίσης, είναι πιθανό οι έγκυες χρήστες να ανησυχούν για τις στάσεις του ιατρικού προσωπικού απέναντί τους, για το ρόλο των κοινωνικών υπηρεσιών ή να μην μπορούν να διαχειριστούν την εμπλοκή διαφορετικών υπηρεσιών (NICE, 2010). Για τους λόγους αυτούς είναι αναγκαία η επαρκής στήριξη τους ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό, με την παροχή συντονισμένης φροντίδας που θα μεγιστοποιεί τη δυνατότητα πρόσβασής τους σε υπηρεσίες προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας, ακολουθώντας ένα εξατομικευμένο σχέδιο αντιμετώπισης των δυσκολιών τους.

Λαμβάνοντας υπόψη σχετική βιβλιογραφία προερχόμενη από διεθνείς και εθνικούς φορείς (π.χ., Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας), στόχος του παρόντος κειμένου είναι η συνοπτική παρουσίαση (α) των προγεννητικών, περιγεννητικών και μεταγεννητικών κινδύνων, τους οποίους διαισθάνεται η έγκυος χρήστης κατά τη διάρκεια της κύησης, (β) των συνεπειών της χρήσης ουσιών κατά την κύηση για το έμβρυο και το νεογνό, και (γ) των θεραπευτικών προσεγγίσεων για την καλύτερη αντιμετώπιση των κινδύνων προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά.

Προβλήματα και θεραπευτική αντιμετώπιση Κίνδυνοι κατά την κύηση από τη χρήση ουσιών

Σύμφωνα με το EMCDDA (2012), όλες οι ψυχοτρόπες ουσίες, συμπεριλαμβανομένων του αλκοόλ, του καπνού και κάποιων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην έγκυο, το έμβρυο και το νεογνό. Ωστόσο, διαφορετικές ουσίες επιδρούν με διαφορετικό τρόπο.

Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται και σε άλλους παράγοντες πέρα από τη χρήση κάποιας ουσίας, όπως στη γενικά κακή κατάσταση της υγείας της εγκύου, την κακή διατροφή, καθώς και στο πόσο συχνή είναι η χρήση ουσιών κατά την κύηση. Αναλυτικότερα:

Χρήση κάνναβης

Αρκετές έρευνες (Ολλανδία), οι οποίες έχουν εξετάσει τόσο τις βραχυπρόθεσμες όσο και τις μακροχρόνιες επιδράσεις της χρήσης κάνναβης κατά την κύηση, αναφέρουν ότι η χρήση της κάνναβης κατά την κύηση μπορεί να συντελέσει σε (α) αποβολή, (β) χαμηλό βάρος του νεογνού, (γ) νοσηρότητα

του εμβρύου (π.χ. μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου, μικρότερο μέγεθος του κρανίου του, μειώσεις στον πλακούντα και καρδιακές δυσλειτουργίες) και (δ) αναπτυξιακά προβλήματα κατά την παιδική ηλικία (π.χ. επιθετικότητα και προβλήματα προσοχής) (EMCDDA, 2012).

Χρήση κοκαΐνης και αμφεταμινών

Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη χρήση της κοκαΐνης και των αμφεταμινών κατά τη διάρκεια της κύησης παρουσιάζουν τις αρνητικές επιδράσεις από τη χρήση των ουσιών αυτών (Γερμανία, Βέλγιο) (EMCDDA, 2012). Αυτές αναφέρονται σε μειωμένη επάρκεια αίματος στην περιοχή του πλακούντα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης καθώς και σε αποκόλληση του πλακούντα,

ενδομήτριο θάνατο και πρόωρο τοκετό κατά το τρίτο τρίμηνο. Επίσης, έχει παρατηρηθεί καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου και μειωμένη περίμετρος εγκεφάλου, αύξηση των περιπτώσεων του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (sudden infant death syndrome), καθώς και κάποιες διαταραχές συμπεριφοράς κατά τα δύο πρώτα έτη ζωής του βρέφους.

Χρήση οπιοειδών

Αποτελέσματα ερευνών (Γερμανία, Αυστρία) αναφέρουν ότι η πιθανότητα τερατογενέσεων, λόγω χρήσης οπιοειδών, είναι μικρότερη σε σχέση με ανάλογες επιπτώσεις, που μπορεί να προκαλέσει η χρήση αλκοόλ ή καπνού (EMCDDA, 2012). Δυσμενείς επιπτώσεις κατά την κύηση και τον τοκετό από τη χρήση οπιοειδών περιλαμβάνουν (α) την ανεπαρκή ανάπτυξη του εμβρύου και ειδικότερα του σκελετού του εμβρύου (π.χ. προγεννητική δυστροφία και μικροεγκεφαλία), (β) τον ενδομήτριο θάνατο, (γ) τον πρόωρο τοκετό, (δ) τις ανωμαλίες στις αντανεκαστικές κινήσεις, (ε) τα αναπνευστικά προβλήματα και (στ) το νεογνικό στερητικό σύνδρομο (neonatal opioids withdrawal syndrome ή αλλιώς neonatal abstinence syndrome). Επίσης, έχουν παρατηρηθεί αυξημένες πιθανότητες συνδρόμου αιφνιδίου βρεφικού θανάτου και καθυστέρηση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης του βρέφους κατά το πρώτο έτος ζωής. Η ύπαρξη μικροεγκεφαλίας κατά τη γέννηση μπορεί να παραμείνει σε μερικά παιδιά και μετέπειτα στη ζωή τους και να συντελέσει στην ύπαρξη ήπιας νοητικής υστέρησης. Οι έγκυες που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών έχουν με-

γαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από κάποια ασθένεια, η οποία μεταδίδεται μέσω του αίματος, καθώς και να μεταδώσουν την ασθένεια αυτή στο έμβryo (Gyarmathy, Giraudon, Hedrich, Montanari, Guarita, & Wiessing, 2009). Ο ιός της ηπατίτιδας C (hepatitis C virus-HCV) μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί κατά την κύηση και τον τοκετό, αλλά όχι και μέσω του θηλασμού (EMCDDA, 2012). Επίσης, μετά από συστηματική παρατήρηση σε παγκόσμιο επίπεδο της μεταδοτικότητάς του από τη μητέρα στο νεογνό αναφέρεται ότι αυτή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία του ιού της ηπατίτιδας C στο αίμα της μητέρας, καθώς και από το αν η μητέρα έχει επίσης προσβληθεί από τον ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV - Human Immunodeficiency Virus) (Thomas, Newell, Peckham, Ades, & Hall, 1998). Για παράδειγμα, στις εγκύους που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV και τον ιό της ηπατίτιδας C, η πιθανότητα μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C μπορεί να φτάσει και το 41%, ενώ η πιθανότητα μετάδοσης του ιού HIV είναι επίσης μεγάλη.

Χρήση αλκοόλ και καπνού

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει συνδεθεί ερευνητικά με μια πληθώρα πιθανών προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τη γέννηση του μωρού. Οι αρνητικές επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ αφορούν επιπλοκές όπως (α) χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση, (β) αποβολή, (γ) περιγεννητική θνησιμότητα, (δ) εμβρυϊκή νοσηρότητα, (ε) πρόωρο το-

κετό, (στ) αναπτυξιακή ανεπάρκεια του εμβρύου, (ζ) νεογνικό στερητικό σύνδρομο και (η) αναπτυξιακές δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία. Επίσης, η κατάχρηση καπνού από την εγκυμονούσα μητέρα μπορεί να συντελέσει σε διάφορες επιπλοκές, όπως αποβολή, περιγεννητική θνησιμότητα και χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση (EMCDDA, 2012).



Συνοψίζοντας αναφορικά με τους κινδύνους από τη χρήση ουσιών τόσο για την έγκυο όσο και για το έμβρυο/βρέφος, παρατηρείται ότι, αν και κάποιες περίοδοι στη ζωή των χρηστών, όπως η περίοδος της κύησης, θεωρούνται καταλυτικές για την αλλαγή των συμπεριφορών χρήσης, οι έγκυες γυναίκες χρήστες είναι πιθανό να μην αναζητήσουν ιατρική φροντίδα στα πρώιμα στάδια της κύησης με πιθανές επιπτώσεις για τις ίδιες και το έμβρυο (Department of Health and the Devolved Administrations, 2007). Από την άλλη μεριά, οι έγκυες, οι οποίες εισάγονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ακόμα και αν λαμβάνουν μεθαδόνη κατά την κύηση, έχουν καλύτερα μακροπρόθεσμα οφέλη για τις ίδιες και για τα νεογνά τους, λαμβάνουν καλύτερη προγεννητική φροντίδα και παρουσιάζουν συνολικά καλύτερη υγεία. Συνεπώς, η άμεση, κατά προτεραιότητα, εισαγωγή των εγκύων χρηστών σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα κρίνεται απαραίτητη για την καλύτερη διαχείριση της κατάστασης (New Zealand Ministry of Health, 2008).

Άγνωστη ή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή τερματισμός εγκυμοσύνης

Μερικές γυναίκες χρήστες μπορεί να μη γνωρίζουν ότι είναι έγκυες, καθώς η αμηνόρροια είναι συνήθης επί χρήσης οπιοειδών και η αποχή από τη χρήση μιμείται συχνά τα συμπτώματα της κύησης στα πρώιμα στάδιά της (DHDA, 2007).

Ακόμα και όταν ο εμμηνορροϊκός κύκλος των γυναικών χρηστών δεν είναι κανονικός και/ή δεν έχουν εμμηνορροια, είναι δυνατόν αυτές να μείνουν έγκυοι (NZMH, 2008). Συνεπώς, όλες οι γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία και έχουν πρόσφατο ιστορικό χρήσης θα πρέπει να κάνουν τεστ εγκυμοσύνης κατά την εισαγωγή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Διαχείριση της εγκυμοσύνης από ομάδα ειδικών

Η διαχείριση του προβλήματος της χρήσης ουσιών κατά την κύηση συνιστάται να γίνεται από μια ομάδα ειδικών διαφόρων ειδικοτήτων, ενώ οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις τοπικές ανάγκες, τον αριθμό των εγκύων χρηστών, οι οποίες αναζητούν βοήθεια, την εξειδίκευση των γυναικολογικών υπηρεσιών και τη διαθεσιμότητα κάποιου ειδικού (DHDA, 2007).

Συγκεκριμένα, είναι αναγκαίο οι μαίες να διαθέτουν δεξιότητες για την αξιολόγηση και τη διαχείριση εγκύων χρηστών (DHDA, 2007). Τα γυναικολογικά τμήματα θα πρέπει να συνεργάζονται με τους ειδικούς στη χρήση ουσιών σε τοπικό επίπεδο, καθώς και με τις ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Οι εμπλεκόμενες με τη χρήση ουσιών υπηρεσίες είναι αναγκαίο να έχουν μια γραπτή πολιτική διαχείρισης των κυήσεων επί χρήσης ουσιών, λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη για άμεση αντιμετώπιση και προγραμματισμό στα πρώτα στάδια της κύησης. Η παρουσία ενός σαφούς και ευέλικτου θεραπευτικού πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, τα

οποία συνδέονται με τη χρήση ουσιών κατά την κύηση, κρίνεται αναγκαία για την επίτευξη μιας εξατομικευμένης προσέγγισης των αναγκών κάθε ασθενούς, η οποία θα παρέχει σαφείς διόδους επικοινωνίας και συνεργασίας ανάμεσα στη θεραπευτική μονάδα υποκατάστασης, στην ομάδα προγεννητικής φροντίδας και στην ομάδα μεταγεννητικής φροντίδας (NZMH, 2008).

Επίσης, κάποιες γυναίκες μπορεί να γνωρίζουν ή να υποψιάζονται ότι είναι έγκυες αλλά να μην αναζητούν προγεννητική φροντίδα, με αποτέλεσμα να μη γνωρίζουν σε ποιο στάδιο κύησης βρίσκονται. Τέλος, αν μια έγκυος γυναίκα εξαρτημένη από οπιοειδή σκέφτεται να τερματίσει την κύηση ή την τερματίζει ή αποβάλλει, συνιστάται πολύ περισσότερο να διατηρήσει την αναγκαία χορηγούμενη σε αυτήν θεραπεία υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της χρήσης μέχρι να αναρρώσει πλήρως, παρά να προβεί σε κάποια αλλαγή αναφορικά με τη θεραπεία της (DHDA, 2007).

Προγεννητική φροντίδα

Οι στόχοι της προγεννητικής φροντίδας αφορούν στη διασφάλιση της φαρμακολογικής, κοινωνικής, ιατρικής και ψυχολογικής σταθερότητας. Δέσμευση στη θεραπεία και συνεχής εποπτεία κατά την προγεννητική φάση είναι ιδιαίτερα σημαντικές ενέργειες για την επίτευξη της σταθερότητας (DHDA, 2007).

Ο καλός συντονισμός μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών είναι αναγκαίος προκειμένου να αξιολογηθούν από μια ομάδα ειδικών οι κίνδυνοι και οι ανάγκες της εγκύου κατά τα πρώτα στάδια της κύησης, να τεθούν στόχοι και να δημιουργηθεί ένα δίκτυο υποστήριξης για την έγκυο (DHDA, 2007). Η αξιολόγηση των κινδύνων και των αναγκών θα πρέπει να προέρχεται από μια ομάδα ειδικών διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ., ιατρικό προσωπικό μαιευτικών υπηρεσιών, υπηρεσίες αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης, κοινωνικές υπηρεσίες) (NICE, 2010). Οι υπηρεσίες κρίνεται αναγκαίο να πραγματοποιούν συναντήσεις, προκειμένου να διαμορφώσουν ένα εξατομικευμένο στις ανάγκες της κάθε εγκύου σχέδιο φροντίδας και υποστήριξης, καθώς και να αξιολογούν συνεχώς την ομαλή ή μη πορεία των εμβρύων, ιδιαίτερα εάν διαφαίνονται σημαντικοί κίνδυνοι, τους οποίους θα αντιμετωπίσουν τα νεογνά κατά τη γέννησή τους. Οι επαγγελματί-

ες υγείας είναι σκόπιμο να λαμβάνουν εκπαίδευση σχετική με τις κοινωνικές ανάγκες των εγκύων χρηστών. Επίσης, το μη-θεραπευτικό/μη-ιατρικό προσωπικό των εμπλεκόμενων υπηρεσιών (π.χ., οι υπάλληλοι στην υποδοχή) θα πρέπει να εκπαιδεύεται σε θέματα επικοινωνίας με τις εγκύους χρήστες (NICE, 2010).

Οι μελλοντικοί γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται για όλες τις συναντήσεις και να προσκαλούνται να συμμετάσχουν σε αυτές, παρέχοντάς τους όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Για παράδειγμα, είναι απαραίτητο να προσφέρονται στην έγκυο πληροφορίες σχετικά με (α) τους πιθανούς κινδύνους για το έμβρυο και το νεογνό από τη χρήση ουσιών, (β) τα θέματα, τα οποία θα αντιμετωπίσει μόλις γεννηθεί το μωρό (π.χ., την ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης του νεογνού), (γ) τις εμπλεκόμενες ιατρικές υπηρεσίες και (δ) την πιθανή εμπλοκή των κοινωνικών υπηρεσιών (NICE, 2010). Επίσης, είναι πρωταρχικής σημασίας η επαρκής αντιμετώπιση πιθανών φόβων της εγκύου σχετικά με την εμπλοκή των κοινωνικών υπηρεσιών όσον αφορά στο νεογνό και στην πιθανότητα απομάκρυνσής του, καθώς και των πιθανών συναισθημάτων ενοχής της εγκύου αναφορικά με τη χρήση ουσιών και των συνεπειών της χρήσης στο βρέφος (NICE, 2010).

Προβλήματα υγείας της εγκύου

Υπάρχει ένας αριθμός προβλημάτων υγείας κατά την κύηση, τα οποία θα πρέπει να συζητούνται με την έγκυο στην αρχή της εγκυμοσύνης, αλλά και κατά τη διάρκεια αυτής (DHDA, 2007). Τα προβλήματα αυτά αφορούν την έγκυο και σχετίζονται με τη διατροφή της, τους κινδύνους από μια πιθανή αναιμία, την κατανάλωση αλκοόλ και νικοτίνης, την υγιεινή του στόματος και τις επιπλοκές που σχετίζονται με χρόνιες μολύνσεις από τη χρήση συριγγών. Όλοι αυτοί οι κίνδυνοι

μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση των γυναικολογικών επιπλοκών και σε πρόωρο τοκετό. Είναι επίσης αναγκαίο να διερευνώνται επιπλέον παράγοντες επικινδυνότητας, οι οποίοι σχετίζονται με τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες του περιβάλλοντος της εγκύου και την ύπαρξη βίας στο σπίτι, καθώς και με τον υψηλό κίνδυνο που διατρέχουν οι τοξικοεξαρτημένες να παρουσιάσουν προβλήματα ψυχικής υγείας πριν και μετά τη γέννηση του παιδιού τους.

Συνέπειες της χρήσης ουσιών για το έμβρυο και το νεογνό

Είναι σημαντικό για το ιατρικό προσωπικό να γνωρίζει ότι μερικές από τις επιδράσεις της χρήσης κάποιων ναρκωτικών ουσιών κατά την κύηση παρουσιάζουν ομοιότητες μεταξύ τους και σε μεγάλο βαθμό δεν αποτελούν αποκλειστικό γνώρισμα μιας συγκεκριμένης ουσίας. Για παράδειγμα, ενδομήτρια αναπτυξιακή καθυστέρηση και πρόωρος τοκετός συμβάλλουν στην αύξηση της έλλειψης βάρους κατά τη γέννηση και την αύξηση των ποσοστών της περιγεννητικής θνησιμότητας. Οι συνέπειες αυτές είναι πιθανό να οφείλονται σε πολλαπλούς παράγοντες σχετιζόμενους με δυσμενείς κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, συμπεριλαμβανομένου και του καπνίσματος (Kaltenbach & Finnegan, 1997).

Όπως προαναφέρθηκε, μεγάλες πιθανότητες διακοπής της κύησης κατά τα πρώιμα στάδια αυτής, καθώς και ρήξη του πλακούντα κατά το τρίτο εξάμηνο εμφανίζονται ως σημαντικές επιπλοκές της χρήσης κοκαΐνης από τη μητέρα. Αυξημένες τιμές θνησιγένειας (stillbirth), νεογνικού θανάτου και βρεφικού συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου έχουν βρεθεί σε

εγκύους που κάνουν χρήση κοκαΐνης. Οι μητέρες που κάνουν χρήση ηρωίνης έχουν υψηλότερες πιθανότητες να γεννήσουν μικρόσωμα μωρά και να γεννήσουν πρόωρα, ακόμα και όταν συνεκτιμώνται άλλοι πιθανοί παράγοντες, οι οποίοι συντελούν σε αυτές τις περιπτώσεις.

Επίσης, η χρήση κοκαΐνης, οπιοειδών και πιθανώς και άλλων ναρκωτικών ουσιών κατά την κύηση, μπορεί συχνά να οδηγήσει σε στερητικό σύνδρομο από οπιοειδή των νεογνών (EMCDDA, 2012). Για παράδειγμα, έρευνες στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι το 68% των βρεφών, τα οποία γεννήθηκαν από μητέρες, οι οποίες έκαναν χρήση οπιοειδών κατά την εγκυμοσύνη, παρουσιάζουν νεογνικό στερητικό σύνδρομο από οπιοειδή (Scottish Executive, 2006). Τα συμπτώματα στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή στα νεογνά χαρακτηρίζονται από σημάδια ευερεθιστότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος, γαστρεντερικές δυσλειτουργίες, αναπνευστικά προβλήματα και άλλα πιο γενικευμένα συμπτώματα, όπως φτέρνισμα και πυρετός.

Χορήγηση υποκατάστατων οπιοειδών κατά την εγκυμοσύνη

Η χορήγηση υποκατάστατων μπορεί να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε στιγμή κατά την κύηση και ενέχει χαμηλότερο ρίσκο από τη συνέχιση της χρήσης ουσιών (DHDA, 2007). Έχει το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει την αναγνώριση και διαχείριση των κοινωνικών και ιατρικών αναγκών της εγκύου. Επίσης, προσφέρει τη δυνατότητα βραχέων παρεμβάσεων και παροχής συμβουλών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της κύησης.

Η θεραπεία υποκατάστασης θεωρείται ότι μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της κύησης για τις γυναίκες, οι οποίες είναι εξαρτημένες από οπιοειδή. Μια πιθανή βελτίωση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων, όπως: (α) σταθεροποίηση της χρήσης (αποφεύγοντας κύκλους τοξίκωσης και στέρσης), (β) διευκόλυνση της εγκύου όσον αφορά την πρόσβασή της σε υπηρεσίες προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας και υποστήριξης, και (γ) βελτίωση της διατροφής και της πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες σύμφωνα με τις ανάγκες της (EMCDDA, 2012 – NZMH, 2008).

Είναι σημαντικό για τις εγκύους χρήστες να διατηρούν τα επίπεδα οπιοειδών στο αίμα όσο το δυνατόν πιο σταθερά, ώστε να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι για τη μπτέρα και το έμβρυο (NZMH, 2008). Η θεραπεία των οπιοειδών για τις εγκύους ακολουθεί τις ίδιες γενικές αρχές με εκείνες για τους υπόλοιπους χρήστες. Η συντήρηση σε μια δόση, η οποία σταματά ή ελαχιστοποιεί τη συνέχιση της χρήσης, είναι η πιο ενδεδειγμένη προσέγγιση για να διασφαλιστεί η καλή διαχείριση της θεραπείας κατά την κύηση και μετά τον τοκετό.

Πολλές μπτέρες ζητούν να αποτοξινωθούν. Το πρώτο τρίμηνο, η ασθενής θα πρέπει πρωτίστως να σταθεροποιηθεί, καθώς υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για αποβολή. Κίνδυνος

για πρόωρο τοκετό λόγω αποτοξίνωσης είναι υπαρκτός κατά το τρίτο τρίμηνο (World Health Organization, 2009). Η αποτοξίνωση κατά το δεύτερο τρίμηνο μπορεί να δρομολογηθεί με μικρή συχνή μείωση—για παράδειγμα 2-3 mg μεθαδόνη κάθε 3-5 ημέρες—εφόσον η χρήση οπιοειδών δεν συνεχίζεται (NICE, 2010). Στην περίπτωση που η έγκυος επιθυμεί να αποτοξινωθεί θα πρέπει να είναι πλήρως ενήμερη για τους κινδύνους, τους οποίους διατρέχει το έμβρυο από την παραμονή της εγκύου στη θεραπεία υποκαταστάτων σε σύγκριση με τους κινδύνους, οι οποίοι προκύπτουν από μια πιθανή επιστροφή της μπτέρας στη χρήση οπιοειδών λόγω πιθανής αποτυχίας να αποτοξινωθεί (NZMH, 2008).

Αν η χρήση οπιοειδών συνεχίζεται, θα πρέπει να γίνονται εντατικές προσπάθειες σταθεροποίησης της ασθενούς σε ένα υποκατάστατο. Αυτό μπορεί να σημαίνει αύξηση της δόσης του υποκαταστάτου. Περαιτέρω, αποτοξίνωση γενικά δεν θα πρέπει να δρομολογείται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, καθώς υπάρχουν δεδομένα ότι ένα στερπητικό σύνδρομο της μπτέρας, ακόμα και ήπιο, μπορεί να προκαλέσει εμβρυϊκό στρες, δυσκολία στο έμβρυο και θνησιγένεια (NICE, 2010). Παρόλα αυτά, αργές, προσεκτικές και ελεγχόμενες μειώσεις στη δόση του υποκαταστάτου μπορούν ασφαλώς να συνεχιστούν, εφόσον δεν υπάρχουν γυναικολογικές επιπλοκές ή επανέναρξη της λήψης κάποιας ναρκωτικής ουσίας. Σε κάθε περίπτωση, οι αρμόδιες υπηρεσίες σχετικά με τη χορήγηση υποκαταστάτων θα πρέπει να τηρούν λεπτομερή αρχεία σχετικά με τις συμβουλές, τις οποίες έλαβε η έγκυος αναφορικά με τους πιθανούς κινδύνους που συνδέονται με την αποτοξίνωση (για παράδειγμα ακούσια αποβολή).

Χορήγηση μεθαδόνης

Η χορήγηση της μεθαδόνης ως υποκατάστατου της χρήσης οπιοειδών είναι ευρέως διαδεδομένη στον ευρωπαϊκό χώρο, αν και σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες είναι πιθανή η χορήγηση βουπρενορφίνης καθώς και της βραδείας αποδέσμευσης από του στόματος μορφίνης (EMCDDA, 2012). Για παράδειγμα, σε χώρες όπως η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Λετονία, η Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο η μεθαδόνη είναι το βασικό υποκατάστατο για εγκύους, ενώ στην Εσθονία και στη Νορβηγία η βουπρενορφίνη θεωρείται πρώτη επιλογή κατά την εγκυμοσύνη.

Ο μεταβολισμός της μεθαδόνης μπορεί να αλλάξει σημαντικά κατά την εγκυμοσύνη, οδηγώντας σε χαμηλότερα επίπεδα συγκέντρωσης μεθαδόνης στο αίμα και συμπτώματα στεφανιαίου συνδρόμου. Ωστόσο, οι μεταβολές αυτές μπορεί να ποικίλλουν σημαντικά. Για παράδειγμα, ο μεταβολισμός της μεθαδόνης αυξάνεται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης και μπορεί να είναι περιστασιακά αναγκαίο να αυξηθεί η δόση του υποκαταστάτου ή να μοιραστεί, από χορήγηση μια φορά την ημέρα σε χορήγηση δύο φορές την ημέρα, ή και τα δύο (DHDA, 2007 – NZMH, 2008).

Οι δόσεις της μεθαδόνης θα πρέπει να ελέγχονται τις πρώτες ημέρες και/ή εβδομάδες μετά τον τοκετό, καθώς είναι πιθανό να χρειάζονται αναπροσαρμογή (NZMH, 2008). Αν η έγκυος, στην οποία χορηγείται μεθαδόνη, έχει συχνούς εμετούς, τότε το θεραπευτικό της πλάνο χρήζει διαφοροποίησης και εξατομίκευσης, ώστε να είναι δυνατή η λήψη αντι-εμετικής αγωγής με στόχο τη σταθεροποίηση του επιπέδου οπιοειδών στο αίμα. Αν προταθούν μειώσεις της δόσης της μεθαδόνης, αυτό θα πρέπει να γίνει κατά το δεύτερο τρίμηνο, σε μικρές ποσότητες και μόνο όταν η κύηση είναι σταθεροποιημένη, καθώς είναι σημαντικό να αποφεύγονται συμπτώματα στέρησης στην έγκυο, τα οποία μπορούν

να διαταράξουν το έμβρυο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει ευελιξία όσον αφορά την ποσότητα και συχνότητα των μειώσεων του υποκαταστάτου και οι μειώσεις αυτές θα πρέπει να ανταποκρίνονται εξατομικευμένα στα συμπτώματα της εγκύου (NZMH, 2008).

Δεν υπάρχουν δεδομένα, τα οποία συνδέουν τη θεραπεία μεθαδόνης με τερατογεννέσεις (NZMH, 2008). Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στη δόση της μεθαδόνης και στη σοβαρότητα του νεογνικού στεφανιαίου συνδρόμου (Archie, 1998). Αν και η χορήγηση της μεθαδόνης είναι ευρέως διαδεδομένη θεραπεία με υποκατάστατα στην Ευρώπη, μία από τις παρενέργειες αυτής είναι το νεογνικό στεφανιαίο σύνδρομο (EMCDDA, 2012). Διάφορες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει τη σύνδεση ανάμεσα στη χορήγηση της μεθαδόνης και την εμφάνιση στεφανιαίου συνδρόμου σε νεογνά (π.χ., Binder & Vavrinkova, 2008; Clearly, et al., 2011). Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη χορήγηση μεθαδόνης κατά τον τοκετό σε μητέρες φανερώνουν ότι το 28% των βρεφών, τα οποία γεννήθηκαν από μητέρες, οι οποίες έλαβαν μικρές δόσεις μεθαδόνης (5-30 mg), παρουσίασε νεογνικό στεφανιαίο σύνδρομο, ενώ το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 43% των βρεφών με μητέρες, οι οποίες ελάμβαναν μέτριες δόσεις μεθαδόνης (31-50 mg) και στο 71% για μεγάλες δόσεις χορηγούμενης μεθαδόνης (51-95 mg) (Scully, Geoghegan, Corcoran, Tiernan, & Keenan, 2004). Η εμφάνιση και η σοβαρότητα του νεογνικού στεφανιαίου συνδρόμου φαίνεται να σχετίζεται και με άλλους παράγοντες, οι οποίοι δεν αφορούν φαρμακολογικές συνέπειες από τη χρήση υποκαταστάτων κατά τη διάρκεια της κύησης. Για παράδειγμα, σχετικά ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι, μετά τον τοκετό και κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, τα νεογνά που παρέμειναν στο ίδιο δωμάτιο με τις μητέρες τους και

όχι στη νεογνική μονάδα εντατικής φροντίδας χρειάστηκαν σε μικρότερο ποσοστό θεραπεία για το νεογνικό στερητικό σύνδρομο, παρέμειναν μικρότερο χρονικό διάστημα στο μαιευτήριο μετά τον τοκετό και είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να επιστρέψουν σπίτι με τις μητέρες τους (Newman, et al., 2013).

Καθώς οι πιθανότητες παρουσίασης στερητικού συνδρόμου σε βρέφη, των οποίων οι μητέρες έλαβαν μεθαδόνη κατά την κύηση είναι μεγάλες, έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν διαφορετικές θεραπείες υποκατάστασης (EMCDDA, 2012). Για παράδειγμα, έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε γυναίκες, οι οποίες έλαβαν διαφορετικά υποκατάστατα κατά την κύηση, έδειξε ότι το 79% των νεογνών, των οποίων οι μητέρες είχαν λάβει βουπρενορφίνη συγκρινόμενο με το 32% των βρεφών, των οποίων οι μητέρες έλαβαν μεθαδόνη και το 18% των βρεφών, των οποίων

οι μητέρες έλαβαν βραδείας αποδέσμευσης μορφίνη, δεν χρειάστηκαν θεραπεία για στερητικό σύνδρομο (Ebner et al., 2007). Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Φαρμάκων (2009) αναφέρει ότι, αν και συνιστάται η χορήγηση της μεθαδόνης λόγω της μακράς ασφαλούς χρήσης του συγκεκριμένου υποκατάστατου σε εγκύους, υπάρχουν έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι η χορήγηση της βουπρενορφίνης συγκρινόμενη με τη χορήγηση μεθαδόνης μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης νεογνικού στερητικού συνδρόμου. Αν και κρίνεται αναγκαία η συνέχιση των ερευνών προκειμένου να γίνουν σαφέστερα τα δεδομένα για τη χορήγηση υποκατάστατων σε εγκύους και την εμφάνιση στερητικού συνδρόμου στα νεογνά τους, αρκετοί ερευνητές συνιστούν τη χορήγηση βουπρενορφίνης και όχι μεθαδόνης σε εγκύους (Binder & Vavrinkova, 2008, Kakko, Heilig, & Sarman, 2008).

Χορήγηση μεθαδόνης και θηλασμός

Η μεθαδόνη μπορεί να περάσει μέσα στο μητρικό γάλα σε μικρές ποσότητες και για το λόγο αυτό οι μητέρες, στις οποίες χορηγείται μεθαδόνη και επιθυμούν να θηλάσουν, πρέπει να ενθαρρύνονται, όπου αυτό είναι δυνατό, με εξαίρεση τις σπάνιες περιπτώσεις κατά τις οποίες ο θηλασμός μπορεί να προσβάλει το βρέφος με κάποια μεταδιδόμενη ασθένεια της μητέρας, όπως πχ HIV/AIDS. Επίσης, θα πρέπει να παρέχονται έγκυρες ιατρικές συμβουλές στις νέες μητέρες σχετικά

με την πιθανότητα να περάσουν στο μητρικό γάλα άλλες ουσίες, νόμιμες ή παράνομες, καθώς και για τις πιθανές συνέπειες της χρήσης τους. Για παράδειγμα, τα κατασταλτικά φάρμακα μπορούν να δράσουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και να έχουν επικίνδυνες επιπτώσεις στο νεογνό, όπως να του προκαλέσουν επικίνδυνη ύπνωση και αναπνευστικά προβλήματα (NZMH, 2008).

Χορήγηση βουπρενορφίνης

Η μεθαδόνη έχει χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια στις εγκύους για πολλά χρόνια. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, δεν υπάρχουν επί του παρόντος επαρκή ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν με σαφήνεια ότι η χορήγηση της βουπρενορφίνης κατά την κύηση είναι ασφαλής, επαρκής και αποτελεσματική. Για παράδειγμα, η χορήγηση βουπρενορφίνης σε εγκύους και θηλάζουσες μητέρες παραμένει υπό εξέταση και σε άλλες χώρες εκτός Ευρωπαϊκού χώρου, όπως η Νέα Ζηλανδία, αν και ολοένα αυξάνονται τα δεδομένα, τα οποία συνηγορούν υπέρ της ασφαλούς χρήσης της από τις έγκυες και τις θηλάζουσες μητέρες (NZMH, 2008).

Από την άλλη, αν και οι κλινικές μελέτες για τη βουπρενορφίνη δεν έχουν εξετάσει επαρκώς τους πιθανούς κινδύνους κατά την κύηση, επί του παρόντος τα διαθέσιμα στοιχεία συγκλίνουν στην άποψη ότι οι κίνδυνοι από τη χορήγηση βουπρενορφίνης είναι πολύ μικρότεροι συγκρινόμενοι με τους κινδύνους που συνδέονται με την κατάχρηση οπιοειδών από την έγκυο. Επίσης, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία η λήψη βουπρενορφίνης κατά την κύηση δεν παρουσιάζει αρνητικές επιδράσεις στην κύηση ή στα νεογνά, όπως η εμφάνιση στερητικού συνδρόμου στα βρέφη

(Johnson, Jones, & Fischer 2003). Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρείται ένας αυξανόμενος αριθμός γυναικών, οι οποίες έχουν σταθεροποιηθεί στη λήψη βουπρενορφίνης και έχουν αποκτήσει παιδιά.

Συνεπώς, οι γυναίκες, οι οποίες επιθυμούν να παραμείνουν στη χορήγηση της βουπρενορφίνης κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού, είναι σημαντικό να γνωρίζουν ότι η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της βουπρενορφίνης δεν έχει αξιολογηθεί πλήρως μέχρι σήμερα. Μια έγκυος, η οποία είναι σταθεροποιημένη στη βουπρενορφίνη και ενημερωμένη για τους κινδύνους, συστήνεται να παραμείνει στη χορηγούμενη δόση βουπρενορφίνης παρά να της χορηγηθεί μεθαδόνη με τον κίνδυνο του στερητικού συνδρόμου για το έμβρυο (DHDA, 2007). Ωστόσο, αν αποφασισθεί να χορηγηθεί βουπρενορφίνη σε κάποια έγκυο ή θηλάζουσα μητέρα, συνιστάται η χορήγηση βουπρενορφίνης χωρίς τη χρήση ναλοξόνης (δηλ. δεν συνιστάται η χρήση του συνδυαστικού προϊόντος Suboxone®), καθώς δεν είναι γνωστές οι επιδράσεις στο έμβρυο από τη μακρόχρονη έκθεσή του στη ναλοξόνη κατά τη διάρκεια της κύησης.

Κοκαΐνη

Οι γυναίκες, οι οποίες χρησιμοποιούν κοκαΐνη κατά την κύηση, θα πρέπει να καθοδηγηθούν προς το να σταματήσουν εντελώς τη χρήση, καθώς δεν υπάρχει κάποιο ασφαλές υποκατάστατο. Σε αυτές θα πρέπει να προσφέρεται πρόσβαση σε ψυχολογική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών παρεμβάσεων (DHDA, 2007).

Βενζοδιαζεπίνες

Οι γυναίκες, οι οποίες είναι εξαρτημένες από τις βενζοδιαζεπίνες, θα πρέπει αρχικά να σταθεροποιούνται στη διαζεπάμη και στη συνέχεια να ακολουθούν πρόγραμμα μείωσης της δόσης, όπου αυτό είναι εφικτό, χωρίς να ξαναρχίσει η χρήση παράνομων ουσιών. Για τις εγκύους, στις οποίες χορηγείται μεθαδόνη, θα πρέπει η δόση της μεθαδόνης να παραμένει σταθερή κατά τη μείωση των βενζοδιαζεπινών (DHDA, 2007).

Νικοτίνη

Προγράμματα για την παύση του καπνίσματος κατά την κύηση μειώνουν την πιθανότητα για χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση καθώς και για πρόωρο τοκετό και συνεπώς θα πρέπει να συστήνονται στις έγκυες γυναίκες (DHDA, 2007).

Αλκοόλ

Στις έγκυες γυναίκες ή στις γυναίκες, οι οποίες προσπαθούν να συλλάβουν, συνιστάται η πλήρης αποφυγή του αλκοόλ. Αν, ωστόσο, επιλέξουν να κάνουν χρήση αλκοόλ, δεν θα πρέπει να καταναλώνουν περισσότερες από μία με δύο δόσεις αλκοόλ μία με δύο φορές την εβδομάδα και θα πρέπει να αποφεύγουν τυχόν μέθη, προκειμένου να μειωθούν οι κίνδυνοι για το έμβρυο (DHDA, 2007).

Οι έγκυες γυναίκες, που καταναλώνουν αλκοόλ σε βλαπτικά και επικίνδυνα επίπεδα, παρουσιάζουν συννοσηρότητα και κοινωνικά προβλήματα. Επίσης, ενώ τα νεογνά των μητέρων, οι οποίες πίνουν πάρα πολύ, είναι πολύ πιθανό να υποφέρουν από το πολύ γνωστό σύνδρομο του νεογνικού αλκοολισμού (fetal alcohol syndrome), τα μωρά εκείνων των μητέρων, που παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ, μπορούν εξίσου να αντιμετωπίσουν σημαντικούς κινδύνους από σχετικά προβλήματα (όπως αυτά περιγράφονται από τα συμπτώματα της διαταραχής του φάσματος εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου). Για τις έγκυες γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ θα πρέπει να υπάρχουν βραχύ-χρονες και, αν κρίνεται σκόπιμο, μακρόχρονες παρεμβάσεις για τη μείωση της λήψης αλκοόλ σε χαμηλότερα επίπεδα ή για την πλήρη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ.

Φροντίδα κατά τον τοκετό

Η διαχείριση του τοκετού για τις εγκύους χρήστες είναι παρόμοια με εκείνη οποιασδήποτε γυναίκας. Ωστόσο, συνιστάται οι έγκυες, που λαμβάνουν υποκατάστατα, να γεννούν τα μωρά τους στο μαιευτήριο, όπου είναι δυνατό να τους παρασχεθεί καλύτερη φροντίδα από εξειδικευμένους παιδιάτρους. Επίσης, η ανακούφιση του πόνου κατά τον τοκετό χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας και προσοχής, καθώς οι πλήρεις οπιοειδείς αγωνιστές, όπως η διαμορφίνη και η μεθαδόνη και οι μερικοί αγωνιστές, όπως η βουπρενορφίνη, θα καθορίσουν την επιλογή της αναλγησίας για κάθε έγκυο. Συ-

νεπώς, θα πρέπει να υπάρχει ένα χαμηλό όριο για τη χρήση επισκληριδίου, ξεκάθαρη καθοδήγηση σχετικά με τη δράση των αγωνιστών τόσο προς τη μητέρα όσο και προς τις ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και μελλοντικός σχεδιασμός για την καλύτερη διαχείριση της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει αυξημένη επίπτωση ανεπάρκειας πλακούντα κατά την κύηση για τη συγκεκριμένη ομάδα εγκύων, ανεπάρκεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο υποξίας κατά τον τοκετό, εμβρυϊκή κόπωση και χρώση μηκνίου.

Νεογνική φροντίδα και στερητικό σύνδρομο

Πολλά νεογνά δεν θα χρειαστούν παιδιατρικές παρεμβάσεις, αλλά είναι σημαντικό να υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης σε εξειδικευμένη νεογνική παιδιατρική φροντίδα. Η χορηγούμενη στη μητέρα μεθαδόνη μπορεί να διαπεράσει τον πλακούντα και συνεπώς το νεογνό, το οποίο έχει εκτεθεί στη μεθαδόνη κατά την κύηση, μπορεί να χρειαστεί ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα για την αντιμετώπιση στερητικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά χρήζουν θεραπείας καθώς, αν είναι έντονα, μπορεί να απειλήσουν ακόμα και τη ζωή του νεογνού. Ωστόσο, παρά τη σοβαρότητα του συγκεκριμένου συνδρόμου και την αναγκαιότητα για άμεση θεραπευτική παρέμβαση, σε σχετική επιστολή επιφανών επιστημόνων από όλο τον κόσμο προς τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τους φορείς χάραξης κοινωνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά (Newman, et al., 2013) επισημαίνεται ότι (α) η χρήση υποκαταστάτων κατά την κύηση είναι ασφαλής και μπορεί να βο-

ηθήσει τις εγκύους να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, (β) τα νεογνά που γεννιούνται με νεογνικό στερητικό σύνδρομο δεν «γεννιούνται εθισμένα», χαρακτηρισμός που τους αποδίδεται συχνά από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επισύροντας αρνητικές ιατρικές και κοινωνικές συνέπειες για το νεογέννητο και (γ) το νεογνικό στερητικό σύνδρομο μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά χωρίς να υπάρξουν μακροχρόνιες αρνητικές επιδράσεις για το νεογνό.

Τα σημάδια του στερητικού συνδρόμου στα νεογνά λόγω της χρήσης οπιοειδών από τη μητέρα είναι πολλαπλά και ασαφή και τείνουν να παρουσιάζονται 24-72 ώρες μετά τον τοκετό. Περιλαμβάνουν ένα φάσμα συμπτωμάτων, όπως υψίσυχνο κλάμα, ταχεία αναπνοή, πεινασμένο αλλά αναποτελεσματικό θηλασμό και εκτεταμένη εγρήγορση/αϋπνία. Στην άλλη άκρη του φάσματος, κάποια από τα συμπτώματα (αν και όχι συνήθη) παρουσιάζονται με τη μορφή υπερτονικότητας και

συσπάσεων. Το νεογνικό στερητικό σύνδρομο μπορεί να καθυστερήσει μέχρι και 7-10 ημέρες, αν η μητέρα κάνει χρήση μεθαδόνης σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνες. Επίσης, η λήψη βενζοδιαζεπινών από τη μητέρα μπορεί να προκαλέσει πιο παρατεταμένα συμπτώματα στο νεογνό, συμπεριλαμβανομένων και των αναπνευστικών προβλημάτων.

Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή στα νεογνά συνιστάται ο έλεγχος της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας του βρέφους, η παρακολούθηση του θερμιδικού και ηλεκτρολυτικού ισοζυγίου, καθώς και γενικές υποστηρικτικές ενέργειες (Λιάππας, Παπαρρηγόπουλος, Μουσσάς, Μέλλος, & Καραϊσκος, 2012). Ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων θα πρέπει να χορηγούνται στο νεογνό 2-5 σταγόνες βάμματος οπίου, 0,1-0,5 mg μεθαδόνης, και 8 mg φαινοβαρβιτάλης (Λιάππας, Παπαρρηγόπουλος, Μουσσάς, Μέλλος, & Καραϊσκος, 2012).



Φροντίδα μετά τον τοκετό

Η φροντίδα της εγκύου χρήστη και ο ασφαλής τοκετός είναι η αρχή μόνο μιας σειράς ενεργειών, οι οποίες απαιτούνται για την υποστήριξη της εγκύου και του βρέφους. Εάν το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι η παραμονή της μητέρας με το παιδί, θα πρέπει να παρέχεται προς τη μητέρα συνεχής στήριξη, όπως παροχή συμβουλευτικής, εκμάθηση δεξιοτήτων και συμβουλές ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά στη μετάδοση κάποιας ασθένειας από τη μητέρα προς το βρέφος κατά την κύηση και τη γέννηση, έχει παρατηρηθεί ότι για την πρόληψη της μετάδοσης του ιού HIV και της ηπατίτιδας C δεν υπάρχει αποτελεσματική και ασφαλής μέθοδος. Σημαντικό είναι, όμως, να αναφερθεί ότι η θεραπεία για τον ιό HIV σε γυναίκες, οι οποίες παρουσιάζουν συννοσηρότητα με τον ιό της ηπατίτιδας C, φαίνεται να μειώνει κατά κάποιο τρόπο την πιθανότητα μετάδοσης και των δύο ιών (Gyarmathy et al., 2009 - EMCDDA, 2012). Η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας B από τη μητέρα προς το παιδί μπορεί να αποφευχθεί με τη χορήγηση ενός συνδυασμού ανοσοσφαιρίνης ενάντια στην ηπατίτιδα B και μιας σειράς εμβολίων κατά της ηπατίτιδας B (EMCDDA, 2012). Επίσης,

υπάρχουν ενδείξεις ότι οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες βακτηριακές λοιμώξεις (για παράδειγμα η σύφιλη, η γονόρροια και τα χλαμύδια) μπορούν επιτυχώς να θεραπευτούν με αντιβιοτικά και η θεραπεία αυτή μπορεί να αποτρέψει και τη μετάδοση των ασθενειών αυτών από τη μητέρα στο νεογνό (EMCDDA, 2012).

Τέλος, ο θηλασμός θα πρέπει να ενθαρρύνεται, ακόμα και αν η μητέρα συνεχίζει τη χρήση ουσιών, εκτός εάν χρησιμοποιεί κοκαΐνη ή κراك κοκαΐνη ή υψηλή δόση βενζοδιαζεπινών (DHDA, 2007). Αν η μητέρα είναι θετική στον ιό HIV ή θετική στην ηπατίτιδα C, θα πρέπει να αναζητηθεί η βοήθεια των ειδικών. Η μετάδοση του ιού HIV από τη μητέρα στο νεογέννητο μέσω του μητρικού γάλακτος είναι δυνατόν να μειωθεί σε ποσοστό μικρότερο του 1% με έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της μητέρας (EMCDDA, 2012). Αν και δεν υπάρχουν αντενδείξεις για τη χρήση μεθαδόνης όσον αφορά το θηλασμό, η δόση θα πρέπει να διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και να επιδιώκεται η σταθεροποίηση της μητέρας καθώς και η συνεχής επίβλεψη του βρέφους.

Φυλακισμένες και εγκυμοσύνη

Οι γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία με πρόσφατο ιστορικό χρήσης ουσιών θα πρέπει να ενθαρρύνονται, κατά την είσοδό τους στη φυλακή, να κάνουν τεστ εγκυμοσύνης, καθώς και ουρολογικές εξετάσεις για να εξακριβωθεί τυχόν χρήση ουσιών (DHDA, 2007).

Η κλινική σταθεροποίηση για τις γυναίκες εξαρτημένες από οπιοειδή είναι σκόπιμο να γίνεται σύμφωνα με τις γενικές οδηγίες για τη διαχείριση της χρήσης ουσιών στο πλαίσιο των φυλακών.

Οι επιλογές για τις εγκύους, που κάνουν χρήση ουσιών, στη φυλακή, όσον αφορά τη φροντίδα του νεογνού, θα εξαρτηθούν από τις προτάσεις που θα προκύψουν μετά από εξέταση του βρέφους, στην οποία εμπλέκονται και οι κοινωνικές υπηρεσίες. Κατά την περίοδο μετά τον τοκετό θα πρέπει να προσφέρεται στις γυναίκες θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα οπιοειδών ικανής διάρκειας, ώστε να ανταποκρίνεται η θεραπεία στις ατομικές ανάγκες της μητέρας. Εάν η μητέρα και το μωρό φύγουν από τη φυλακή μαζί, είναι ιδιαίτερα αναγκαίο να διασφαλισθεί η επάρκεια της συνταγογραφούμενης συντήρησης, ώστε να προστατευτεί η μητέρα από το να επιστρέψει στη χρήση οπιοειδών μετά την αποφυλάκισή της. Είναι επίσης σημαντικό η συνταγογράφηση να συνεχιστεί και μετά την επιστροφή της μητέρας στην κοινότητα (DHDA, 2007).



Βιβλιογραφία

- Advisory Council for the Misuse of Drugs (ACMD) (2003). *Hidden harm: responding to the needs of children of problem drug users*. London: Advisory Council for the Misuse of Drugs.
- Archie, C. (1998). *Methadone in the management of narcotic addiction in pregnancy*. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 10, 435-440.
- Binder, T., & Vavrinkova, B. (2008). *Prospective randomized comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birthweight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department*. *Neuroendocrinology Letters*, 29(1), 80-86.
- Clearly, B. J., Donnelly, J. M., Strawbridge, J. D., Gallagher, P. J., Fahey, T. et al. (2011). *Methadone and perinatal outcomes: A retrospective cohort study*. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 204(2), 139.
- Department of Health (England) and the Devolved Administrations (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive (Διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf).
- Ebner, N., Rohrmeister, K., Winklbaur, B., Bauwert, A., Jag-sch, R. et al. (2007). *Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to opioid maintained women*. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 131-138.
- EMCDDA (2012). *Pregnancy, childcare, and the family: Key issues for Europe's response to drugs-Selected Issue 2012*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (Διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/children>).
- Gyarmathy, V. A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B., & Wiessing, L. (2009). *Drug use and pregnancy: Challenges for public health*. *EuroSurveillance*, 14(9), 33-36.
- Intergovernmental Committee on Drugs (2007). *National pharmacotherapy policy for people dependent on opioids*. Commonwealth of Australia, Intergovernmental Committee on Drugs. (Διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/content/pharmacotherapy>).
- Johnson, R. E., Jones, H. E., & Fischer, G. (2003). *Use of buprenorphine in pregnancy: Patient management and effects on the neonate*. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(2), 1;S87-S101.

Kakko, J., Heilig, M., & Sarman, I. (2008).

Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence during pregnancy: Comparison of fetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series. Drug and Alcohol Dependence, 96(1-2), 69-78.

Kaltenbach, K., & Finnegan, L. (1997).

Children of maternal substance misusers. Current Opinion in Psychiatry, 10, 220-224.

Λιάππας, Ι., Παπαρρηγόπουλος, Θ., Μουσσάς, Γ.Ι., Μέλλος, Ε., & Καραΐσκος, Δ.Α. (2012).

Θεραπευτικά πρωτόκολλα στην αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. (Διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=14016&folderId=236302&name=DLFE-1901.pdf).

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2010).

Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (Διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα <http://www.nice.org.uk/nice-media/live/13167/50822/50822.pdf>).

Newman, R.G. et al. (2013, March 11).

Open Letter to the Media and Policy Makers Regarding Alarmist and Inaccurate Reporting on Prescription Opiate Use by Pregnant Women. (Διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα http://idhdp.com/media/32950/rnewmanopenexpertletter_-_3.11.13.pdf).

New Zealand Ministry of Health (NZMH) (2008).

Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment in New Zealand 2008. Wellington: Ministry of Health. (Διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα <http://www.health.govt.nz/publication/practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-new-zealand-2008>).

Scottish Executive (2006).

Neonatal abstinence syndrome. A new intervention: A community based, structured health visitor assessment. Edinburgh: Scottish Executive.

Scully, M., Geoghegan, N., Corcoran, P., Tiernan, M., & Keenan, E. (2004).

Specialized drug liaison midwife services for pregnant opioid dependent women in Dublin, Ireland. Journal of Substance Abuse Treatment, 26 (1), 329-335.

Thomas, S. L., Newell, M. L., Peckham, C. S., Ades, A. E., & Hall, A. J. (1998).

A review of hepatitis C virus (HCV) vertical transmission: Risks of transmission to infants born to mothers with and without HCV viraemia or human immunodeficiency virus infection. International Journal of Epidemiology, 27 (1). 108-117.

World Health Organization (WHO) (2009).

Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization. (Διατίθεται σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf).

Κύνηση και Χρήση Ουσιών

Σημειώσεις

[illegible]



OKANA

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Αβέρωφ 21, 10433, ΑΘΗΝΑ
Τ: 210 8898200, FAX: 210 8253760

www.okana.gr

Με την οικονομική υποστήριξη των:



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Στο πλαίσιο του προγράμματος
Drugs and Alcohol Women Network (DAWN)

DAWN
www.unicri.it