Journal of Pre-Hospital - Hastane Öncesi Dergisi

JPH, December 2025, 10(3), 375-386

Review -Derleme ***DOI; 10.54409/hod.1495935***

HASTANE ÖNCESİ OBSTETRİK ACİLLER

Yeter ÇUVADAR BAŞ[1]

ÖZ

Acil ambulans çağrılarının önemli bir kısmını oluşturan hastane öncesi obstetrik vakalar, paramediklerin karşılaştığı en zorlu durumlardan biri olarak öne çıkmaktadır. Obstetrik acil durumlar, paramedik ekiplerin yüksek dikkat ve beceri gerektiren alanlarından biridir. Obstetrik acil bakım, çeşitli durumları kapsar. Bunlar; evden acil kabuller, evde doğum sırasında karşılaşılan problemlerin yönetimi, obstetrik acil bakım sağlayamayan merkezlerden güvenli obstetrik birimlere transferler ve neonatal yoğun bakım imkanlarına sahip üçüncü basamak merkezlere transferler yer alır. Doğum hizmetlerinin merkezileşmesi ve yeniden yapılandırılması, hastane öncesi acil obstetrik bakımın risklerini artırmıştır. Paramediklerin doğum sırasında ve sonrasında klinik destek sağladığı vurgulanmıştır. Ancak, doğum başlamadan önce gebe kadınların ambulans hizmetlerinden yararlanma durumuyla ilgili çok az veri bulunmaktadır. Bu nedenle bu derleme makale, paramediklere ve paramedik öğrencilerine hastane öncesi sık karşılaşılan obstetrik acil durumlar ve bu durumların riskleri konusunda bilgi sağlamak amacıyla kaleme alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane Öncesi, Paramedik, Obstetrik Acil

PRE-HOSPITAL OBSTETRIC EMERGENCIES

ABSTRACT

Prehospital obstetric cases, which constitute a significant portion of emergency ambulance calls, stand out as one of the most challenging situations encountered by paramedics. Obstetric emergencies are among the areas that require high attention and skills from paramedic teams. Obstetric emergency care encompasses various scenarios, including emergency admissions from home, management of problems encountered during home births, transfers from centers unable to provide obstetric emergency care to secure obstetric units, and transfers to tertiary centers with neonatal intensive care facilities. The centralization and restructuring of maternity services have increased the risks associated with pre-hospital emergency obstetric care. It has been emphasized that paramedics provide clinical support during and after childbirth. However, there is very little data on the utilization of ambulance services by pregnant women before the onset of

[1]Corresponding Author /Sorumlu Yazar, Gedik Üniversitesi, Geik Meslek Yüksek Okulu, İstanbul, Türkiye, yetercuvadar1@outlook.com

Makale Geliş Tarihi/Submission Date; 04.06.2024 Kabul Tarihi/ Accepted Date; 13.09.2024

labor. Therefore, this review article is written to provide paramedics and paramedic students with information on the frequently encountered pre-hospital obstetric emergencies and the associated risks.
Keywords: Pre-hospital, Paramedic, Obstetric Emergency

GİRİŞ

Hastane öncesi obstetrik aciller, acil sağlık hizmetlerine yapılan çağrıların önemli bir bölümünü oluştururken, obstetrik acil durumlar, paramediklerin karşılaştığı en zorlu durumlardan biridir (Eaton & Renshaw, 2019). Obstetrik acil bakım, evden acil kabulleri, evde doğum sırasında sorunlarla karşılaşan kadınların transferini, obstetrik acil müdahale olanaklarına sahip olmayan kadınların güvenli obstetrik birimlere transferini ve neonatal yoğun bakım olanaklarına sahip üçüncü basamak merkezlere transferini kapsar. Doğum hizmetlerinin merkezileşmesi ve yeniden yapılandırılması, hastane öncesi acil obstetrik bakımın risklerini de gündeme getirmiştir (Argent, 2010). Obstetrik acil durumlarla ilişkilendirilen mortalite oranları, son yıllarda artan obstetrik eğitim, cerrahi gelişmeler ve gelişmiş maternal bakım sayesinde önemli ölçüde azalmıştır. Birleşik Krallık'ta geliştirilen Maternal ve Çocuk Sağlığı Gizli Araştırması (CEMACH) sub-optimal uygulama kalıplarını belirleyerek, gebe hastalara sunulan doğum hizmetlerini ve obstetrik acil bakımı iyileştirme önerileri sunmuştur. Raporun en etkili önerilerden biri, obstetrik acil durumlarda temel ve ileri yaşam desteği eğitiminin iyileştirilmesi gerekliliği olmuştur (Maurin ve ark., 2018). Son çalışmalar (Singh ve ark., 2016; Maurin ve ark., 2018), paramediklerin doğum sırasında ve sonrasında gebeye klinik destek sağladıklarını vurgulamıştır. Ancak, doğum başlamadan önce gebe kadınların ambulans hizmetlerinden yararlanma durumu hakkında çok az veri bulunmaktadır. Londra'da gerçekleştirilmiş bir çalışmada, ambulans servisi vaka yükünün %5'inin obstetrik/jinekolojik sorunlar yaşayan kadınlarla ilgili olduğu ve tüm obstetrik vakaların %12'sinin doğumla ilgili olduğu açıklanmıştır (McLelland ve ark., 2016) Paramediklerin obstetrik acillerle karşılaştığını ve transfer ettiğini doğrulayan bu çalışmalar (McLelland ve ark., 2016; Singh ve ark., 2016; Maurin ve ark., 2018) gebe kadınlar için ambulans hizmetlerinin kullanımının klinik profilini ve teşviklerini tanımlamada başarısız olmuştur. Bu durum da, obstetrik acillerin, paramedik müfredatının zorunlu unsurları haline gelmesine neden olmaktadır. Bu derleme makalede, hastane öncesi sık karşılaşılan obstetrik acil durumlar ve riskler tartışılacaktır.

1. SIK GÖRÜLEN OBSTETRİK ACİLLER

1.1. Doğum (Term veya Preterm)

Her doğumun sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesi beklenemez (Mamuk, 2019). Doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrasında anne veya bebeğin bir yerden başka bir yere taşınmasını gerektiren risk faktörlerinin gelişmesi durumunda transfer gerekli olabilir (Woollard et al., 2010). Doğum yapacak kadın hedeflenen zamanda hastaneye ulaşamadığında ve doğum eylemi başladığında paramedik yardımı gerekebilir. Buna ek olarak, paramediklerden ev doğumlarını da devralması istenebilir (Hill ve ark., 2022). Hastane öncesi doğum deneyimini tanımlayan kadınlar, vücut sinyallerini yanlış yorumladıklarını ve hala erken doğum aşamasında olduklarını hissettiklerini veya sağlık sistemine ne zaman başvuracaklarını karıştırdıklarını açıklamışlardır (Persson ve ark., 2019). Çok doğum yapmış olmak veya doğumun ikinci evresinin kısa olması, hastane öncesi doğum riskini artırmaktadır. Çünkü bu hastaların ağrıları azalmış ve kasılmaları daha az sık olabilir (Persson ve ark., 2019). Gebe bir kadının mümkünse bir sağlık kuruluşunda doğum yapması sağlanmalıdır. Ancak; doğumun birkaç dakika içinde gerçekleşmesi bekleniyorsa ve doğal felaket veya trafik kazası gibi nedenler ile gebe sağlık kuruluşuna ulaştırılamıyorsa doğum olduğu yerde gerçekleştirilir (Mamuk, 2019). Paramediklerin hastane öncesinde sadece taçlanmış vajina durumlarında müdahale etme yetkileri vardır. Ambulans içinde bulunan doğum setleri ile normal doğum eylemine yardımcı olabilirler (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Hastane Öncesi Doğum Eylemi Basamakları

- Gebe litotomi pozisyonuna getirilerek, mahremiyeti sağlanır.
- Doğum seti ve yenidoğan resüsitasyonu için gerekli malzemeler hazırlanır.
- Gebenin her sancısı olduğunda başını öne eğerek ıkınması istenir. Çünkü kontraksiyonların sonunda vajinaya yerleşen baş, her kontraksiyonla daha fazla dışarıya itilir.
- Baş göründüğü anda (ekstansiyon), perine alttan steril kompresle desteklenir.
- Çene ve baş doğar doğmaz ağız ve burun aspire edilir.
- Fetüs kardinal hareketlerinden dış rotasyonu da tamamladıktan sonra, bebeğin yüzüne ve fontanellerine temas etmeden hafifçe aşağı çekilerek önce üst omzun, daha sonra yukarı kaldırılarak alt omzun doğması sağlanır.
- Omuzlar doğarken baş ve üst gövde desteklenir.
- Daha sonra karın ve kalçalar doğar. Yenidoğan kaygan olacağından femur başından sıkı ve nazik bir şekilde tutulur.
- Hiperbilirubinemi ve anemiyi önlemek için anne vajinasıyla aynı seviyede tutulur.

- Umblikal kord en erken 2 dakika içerisinde klemplenir ve kesilir.
- Gebede kalan kordon çekilmez, plasenta doğurtulmaya çalışılmaz (Sağlık Bakanlığı, 2018; Gürlek, 2021).

Doğumun fizyolojik bir olay olduğu, başlamış bir doğum eyleminin yavaşlatılamayacağı veya durdurulamayacağı unutulmamalıdır (Mamuk, 2019). Ancak hastane öncesi doğumların komplikasyonlarla birlikte gelebileceği durumlar vardır (Flanagan ve ark., 2017; Hill ve ark., 2022). Bunlar;

Prematüre doğum; başlı başına bir komplikasyon olarak kabul edilir ve dünya genelinde anneye ve yenidoğana yönelik önemli ölçüde artan morbidite ve mortaliteye katkıda bulunur (Lammertink ve ark., 2021; Hill ve ark., 2022). Ancak, fetüsün yetersiz gelişmiş olması durumunda ek komplikasyonlarla ilişkilendirilebilir. Eğer anne ≥37 haftalık gebelik süresinin altındaysa, yenidoğan doğduktan sonra pulmoner surfaktan eksikliğinden dolayı solunum sıkıntısı yaşayabilir. Ayrıca, daha küçük fetüsün pelvise henüz oturmamış olabileceği düşünülerek, miadında bir gebelikten daha sık olarak makat prezentasyon, transvers duruş veya kordon prolapsusu gibi non-sefalik komplikasyonlar görülür. Preterm doğumlarla birlikte postpartum kanama daha sık görülebilir, bu durum da hastalar ve paramedikler için yüksek stres ve yüksek riskli bir durum oluşturur (Hill ve ark., 2022).

Baş Pelvis Uyumsuzluğu; yenidoğanın başının doğum kanalına göre çok büyük olması veya anne pelvisinin fetal başa göre dar olması durumudur (Zegarra ve ark., 2023).

Kordon Prolapsusu; amniyotik membranlar rüptür olduktan sonra kordonun vajenden gelmesidir. Kordon gelen kısımla pelvis arasında sıkışır ve fetüse giden kan akımı ve oksijen azalır (Battaloğlu & Porter, 2016).

Plasenta Previa; plasentanın serviksi ve doğum yolunu kapatması olarak tanımlanır. Bu durum, doğumu imkansızlaştırır ve çok ciddi kanama riski ile ilişkilidir (Battaloğlu & Porter, 2016). Acil sıvı tedavisine başlanarak (16-18 nolu kanülle damar yolunu açarak (Ringer Laktat veya Serum Fizyolojik), hızla nakil sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Plasenta Dekolmanı; normal implante olmuş plasentanın uterus duvarından doğumdan önce ayrılması durumu olup hem anne hem de bebek için hayatı tehtid eden önemli bir gebelik komplikasyonudur (Battaloğlu & Porter, 2016). Genellikle hastane öncesinde maternal travmayı takiben karşımıza çıkar. Çalışmalar ciddi travmatik yaralanmalara sahip gebelerin %50'sinin ve hafif ve orta yaralanmalara sahip gebelerin %5'inin plasenta ablasyonu yaşayabileceğini göstermektedir (Battaloğlu & Porter, 2016; Sağlam, 2022).

Tablo 1: Plasenta Dekolmanı Evreleri

Evre 0: Asemptomatik
Evre 1: Vajinal kanama, maternal şok ve fetal distres yok
Evre 2: Vajinal kanama, fetal distres belirtisi var, maternal şok yok
Evre 3: Eksternal kanama, belirgin uterus tetanisi, sürekli karın ağrısı, maternal şok ve/veya fetal ölüm; vakaların %30'unda koagülopati var

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2022 verilerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

Tablo 2: Plasenta Dekolmanında Evreye Göre Yönetim

Evre 1: Kanama var, Maternal şok ve fetal distres yok	Bekleme Tedavisi için Nakil
Evre 2 Kanama ve fetal distres var Maternal şok yok	Bishop uygun ve hızlı doğurabilecekse vajinal doğum mümkün değilse Sezaryen için Nakil
Evre 3 Koagülopati durumu değerlendirilir	Hızlı Nakil

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2022 verilerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

Prezentasyon Anomalileri; Makat geliş (saf, tam, tam olmayan makat gelişi), - Transvers ve oblik gelişler, Bileşik gelişler (el ve ayağın başla gelmesi, kordonun önde gelmesi ve kordon sarkması) olarak sıralanabilir (Eaton & Renshaw, 2019). Komplikasyon durumlarında, eğer doğum makat geliş ise ya da baş 4-8 dakika içerisinde doğmamışsa, paramedik bir elini vajina içine yerleştirerek, fetüs için havalanma sağlayıp, en kısa sürede transportu sağlamalıdır. Ekstremite gelişlerde, hastane dışı doğum yaptırmaya teşebbüs edilmez ve hızlıca transport sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Hem hastalar ve yakınları hem de paramedikler, hastane öncesi doğum eylemini genellikle travmatik bir deneyim olarak tanımlamışlar ve sonrasında psikolojik destek gerektiğini belirtmişlerdir (Persson ve ark., 2019). Hastane dışında doğum yapan anne ve yenidoğan hastanede gerçekleşen doğumlar ile karşılaştırıldığında daha fazla olumsuz durumla karşılaşabilir. En sık görülen maternal durumlar, uzamış bir üçüncü evre ve postpartum kanama olup, bu durumlar bazen kan transfüzyonu da gerektirebilir (Vagle ve ark., 2019). Yenidoğan için, hipotermi sık görülen komplikasyondur ve hipotermiye bağlı neonatal mortalite oranları, hastane öncesi doğumlar için önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur (Yalın İmamlıoğlu, 2019). Paramedik eğitimi sırasında obstetrik durumlarla karşılaşma oranı genellikle sınırlıdır. Hem eğitim hem de meslekleri süresince paramediklerin doğumla ve doğum komplikasyonlarına

maruz kalma oranının düşük olması nedeniyle, obstetrik acil durumlar için hazırlıksız hissettiklerini ifade etmişler, bilgi ve becerilerinde güven eksikliği yaşadıklarını belirtmişlerdir (McLelland ve ark., 2014; Vagle ve ark., 2019).

1.2. Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Kanama

Menstrüal siklus dışında olan kanamalara anormal uterin kanamalar denir (Songur Dağlı, 2016). Gebelikte vajinal kanama ve lekelenme epizodları yaygındır ve gebelerin yaklaşık %27'sini etkilemektedir. Kanamalar ciddi bir soruna işaret edebilirken, sağlıklı gebeliklerde de meydana gelebilir (McAllister ve ark., 2021). Acil tedavi gerektiren durumlar arasında intraperitoneal kanama nedeniyle hemodinamik instabilite (patlamış ektopik gebelik), tamamlanmamış düşük nedeniyle kanama ve septik düşük yer alır. Diğer nedenler genellikle güvenli bir şekilde yönetilebilir (Hoffman ve ark., 2016).

Birinci Trimester Kanamaları:

- İmplantasyon kanaması
- Ektopik gebelik
- Missed abortus
- Abortus imminens
- Abortus incipiens
- Septik Abortus
- Servikal, vajinal ve uterin patolojiler

İkinci ve Üçüncü Trimester Kanamaları:

- Plasenta previa
- Plasenta ablasyo
- Vasa previa
- Uterus rüptürü

Avustralya'da bir yıl boyunca hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine başvuran gebe kadınların profillerinin incelendiği bir çalışmada, yarısından fazlasının (%54.2) başvuru nedeni gebelikle ilişkilendirilmiştir. Vajinal kanama, en çok karşılaşılan başvuru nedeni olarak belirlenmiştir (%84.8), kanamaların %60'ından fazlası ilk trimesterdeyken görülmüştür. Vajinal kanama yaşayan kadınların %15.8'i ikinci trimesterde ve %17.3'ü üçüncü trimesterde ortaya çıkmıştır (McLennand ve ark., 2016).

Postpartum kanamalar: Obstetrik acil bir durumdur. Maternal ölümlerin önemli nedenlerinden biridir. Nedeni; atoni kanaması, travma, koagülopati, kanamaya eğilim, plasentanın bir parçasının uterus içerisinde kalması olabilir (Gürlek, 2021). Postpartum kanama durumunda, hemodinamik stabiliteye göre sıvı uygulaması, fundus masajı ve emzirme uygulanabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

1.3. Ektopik (Dış) Gebelik

Ektopik gebelik, döllenmiş yumurtanın rahim boşluğunun dışında herhangi bir yerde yerleşmesi durumudur (Çuvadar Baş, 2023). Endometrial doku fetüs büyüdükçe genişleyebilen bir dokuyken, diğer dokular gebeliğin büyümesine uygun değildir (Songur Dağlı, 2016). Özellikle ektopik gebeliğin en sık görüldüğü yer olan tuba uterinalarda gelişmeye çalışan bir fetüs tüplerin yırtılmasına neden olarak şok tablosu gelişmesine neden olabilir (Çuvadar Baş, 2023). Geçmişte ektopik gebeliği rüptüre olmadan teşhis etmek neredeyse imkansızken, günümüzde transvajinal ultrasonografi ve Beta-HCG seviyelerinin düzenli ölçümünün yaygın kullanımı, ektopik gebeliklerde daha erken teşhisi (rüptüre olmadan önce) sağlamaktadır (Turan ve ark., 2018). Ektopik gebelik genellikle semptomsuz seyreden bir durum olmasına rağmen (Kahveci& Kavlak, 2022); alt kadran ağrısı, anormal vajinal kanama veya lekelenme, adet gecikmesi ve geç dönemde şok tablosuyla ortaya çıkabilmektedir (Çuvadar Baş, 2023). Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendirilir. Şok indeksi hesaplanır. Damar yolu açılarak (şok durumu varsa 16-18G kanülle damar yolu açarak Ringer Laktat veya Serum Fizyolojik hızlı infüzyon olacak şekilde tedaviye başlanır) hızlıca nakil sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2018; Gürlek, 2021).

1.4. Preeklampsi/Eklampsi/HELLP

Preeklampsi; daha önce normotif bir kadında tipik olarak 20 haftalık gebeliğin ardından gelişen hipertansiyon, proteinüri veya hipertansif duruma eşlik eden end-organ disfonksiyonu olmasıdır (Gürlek, 2021). İnsan gebeliğine özgü bir durumdur. Etiyopatogenezinde yetersiz plasentasyon, maternal vasküler disfonksiyon, genetik yatkınlık ve çevresel faktörler olduğu düşünülmektedir. Olguların %90'ı geç preterm, term veya postpartum dönemde ortaya çıkmaktadır (August & Sibai, 2020).

Eklampsi; preeklampsili bir kadında grand mal nöbet meydana gelmesi durumudur. Santral sinir sistemi tutulumunun bulgularından biridir. Gebe kadın nöbet öyküsü ile başvuruyorsa öncelikle dışlanması gereken tanıdır (Gürlek, 2021).

HELLP Sendromu (Hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri, trombositopeni); Bir preeklampsi alt tipidir. Hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri ve trombositopeninin, hipertansiyondan daha baskın olduğu bir durumdur (Gürlek, 2021).

Hipertansif durumlar gebelikten önce başlayabileceği gibi gebelikten kaynaklanan patolojik değişikliklerin etkisi ile gebelik sürecinde de başlayabilir (Gürlek, 2021). Eklampsi ve pre-eklampsi gibi gebelikte hipertansiyon da dahil olmak üzere, kronik hastalıklar maternal morbiditeyi altı katına kadar artırabilir. (McLennand ve ark., 2016). Hipertansif durumlara zamanında yapılan doğru teşhis ve müdahale kararlarının alınması maternal ve fetal prognozun iyileştirilmesine önemli katkı sağlar (Gürlek, 2021). Bu nedenle, gebelikte hipertansif durumları tanıyabilmenin yanı sıra, paramedikler potansiyel komplikasyonları izlemek için dikkatli olmalıdır (McLennand ve ark., 2016).

Brezilya'da gebe kadınların hastane öncesi acil bakım gerektiren obstetrik durumlarının tanımlandığı bir çalışmada, obstetrik durumlar doğum ve diğerleri olarak gruplandırılmış ve en çok acil bakım ihtiyacı olunan durumlar arasında eklampsi ve preeklampsi belirtilmiştir (Alves de Freitas ve ark., 2020). Avustralya'da ise bir yıl boyunca hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine başvuran kadınların profillerinin incelendiği bir çalışmada, 100 kadından 19'una preeklampsi tanısı konmuş ve yine 100 kadından daha önce hiç nöbet geçirmemiş olan ve eklampsi şüphesi bulunan 19 kadın olduğu açıklanmıştır (McLennand ve ark., 2016).

1.5. Kardiyak Arrest

Gebeliğin 20. haftasından itibaren uterus büyük venler ve aorta baskı yapar. Kanın göllenmesiyle kalp debisinin azalmasına neden olur. Bu durum da altta yatan başka bir hastalığı olan gebede şok ve hipotansiyona, dolayısıyla da arreste yatkınlık oluşturmaktadır. Gebe hastada kardiyak arrest yönetimi güncel kılavuzlara göre yapılmaktadır. Şoklanabilir ritimlerde hasta defibrile edilmelidir. Fakat gebelikte meme dokusunun büyümesine bağlı apikal defibrilasyon kaşığının yerleşimin zorlaşabileceği unutulmamalıdır (Özkay ve ark., 2021). Gebe kadında kardiyak arrest yönetimi sırasında hassas havayolunun korunması amacıyla erken entübasyon önemlidir. Gebenin entübasyonu sırasında daha küçük bir boyutta endotrakeal tüp kullanımı önerilmektedir. Aortakaval baskının azaltılması için kadının supin pozisyonda 15-30° yan yatırılması veya manuel olarak sol üst tarafa doğru itilmesi gerekmektedir. Kardiyak kompresyonlar, doğru şekilde yapıldığında yaklaşık olarak %30 kalp debisi oluşturur (Battaloğlu & Porter, 2016). Gebe hastada ilaç dozları standart dozlarla aynı olarak uygulanır (Fisher & Burns, 2020).

Gebe Hastada Kardiyak Arrest Yönetimi Sıralaması;

- Hassas havayolunun korunması amacıyla erken entübasyon
- Aort ve büyük venlerdeki baskının azaltılması için hastanın 15-30° yan yatırılması
- Göğüs kompresyonlarına başlanması
- İntravenöz yol açılması
- Yetişkin hasta ileri yaşam desteği basamaklarının uygulanması
- Gebelik haftası 20 haftadan fazlaysa, uterus umblikus düzeyi ve üzerindeyse maternal arrestten sonraki 5. Dakikda perimortem sezaryen operasyonu planlanması için transport sağlanması şeklindedir (Fisher & Burns, 2020).

Literatür, hastane öncesi gebelikte kardiyak arrestlerin yönetimi hakkında çok az bilgi içermektedir ve mevcut çalışmalar, sezaryen fetal doğum sürelerine ve maternal-fetal sağkalımına odaklanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990 ile 2013 yılları arasında, maternal mortalite oranı iki katına çıkmıştır. Fransa'da, morbidite ve mortalite 1998 ile 2009 yılları arasında sabit kalmış olsa da, kardiyovasküler etiyolojilere bağlı maternal ölümler artmıştır (Maurin ve ark., 2018). İngiltere'de ise kardiyak hastalıkların, 2003-2005 yılları arasında genel olarak maternal ölümlerin en yaygın nedeni olduğu ve gebelik sırasında kardiyak ölümlerin sayısı 1991'den bu yana artış gösterdiği açıklanmıştır (Jeejeebhoy ve ark., 2011).

SONUÇ

Gebelik doğal bir süreç olsa da, bu dönemde kadınların vücutlarında normal fizyolojik adaptasyonlar, çeşitli sağlık sorunlarına karşı savunmasız hale gelmelerine neden olur. Gebelik sırasında adaptasyonlar, kronik ve akut sağlık durumları da dahil olmak üzere erken bozulma ve dekompansasyonun klinik belirtilerini maskeleyebilir. Bu nedenle gebelik sırasında fetal ve maternal hayatı etkileyen birçok komplikasyon gelişebilir. Bu komplikasyonların birçoğu hastane ortamında kesin tanı konulabilen durumlardır. Maternal ölümlerin çoğu, doğumda deneyimli sağlık personelinin yardımıyla ve komplikasyonlar yaşayan kadınların zamanında kaliteli acil obstetrik bakım alabilmesi durumunda önlenebilir. Bu nedenle paramediklerin hastaneye transport süresince yaptıkları ilk müdahaleler hayati önem taşımaktadır. Hastane öncesi acil bakım sağlayan paramediklerin, her vakanın ciddiyetini tanımlamak için kriterlere dayalı obstetrik durumlarda gerçekleştirmesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkıları

YÇB.; araştırma tasarımı, veri toplama, veri analizi ve makale yazımı.

KAYNAKÇA

Alves de Freitas, V.C., Quirino, G.S., Giesta, R.P., Pinheiro, A.K.B. (2020). Clinical and obstetric situation of pregnant women who require prehospital emergency care. Rev Bras Enferm, 73(Suppl 4), e20190058, 1-7.

Argent, V.P. (2010). Pre-hospital risks of the reconfiguration of obstetric services. Clinical Risk, 16, 52–55. DOI: 10.1258/cr.2009.090060

Battaloğlu, E. & Porter, K. (2016). Management of pregnancy and obstetric complications in prehospital trauma care: faculty of prehospital care consensus guidelines. Emerg Med J, 0:1–8. doi:10.1136/emermed-2016-205978

Çuvadar Baş, Y. (2023). Nursing Care According to Rogers' Unitary Human Model in Anxiety Experienced in Ectopic Pregnancy: A Case Management. International Journal of Caring Sciences, 16(3), 1749-53.

Eaton, G. & Renshaw, J. (2019). Critique of the pre-hospital obstetric emergency training course: ALSG. Journal of Paramedic Practice, 4(11), 666-670.

Fisher, E.C. & Burns, B.D. (2020). Resuscitation in Pregnancy. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, Newyork: Mc Graw Hill.

Flanagan, B., Lord, B., Barnes, M. (2017). Is unplanned out-of- hospital birth managed by paramedics 'infrequent', 'normal' and 'uncomplicated'? BMC Pregnancy Childbirth, 17, 436.

Gürlek, B. (2021). Obstetrik Aciller ve Doğum. Altuntaş, M. Paramedik Acil Bakım İlkeleri ve Uygulamalar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 587-614.

Hill, M., Miles, A., Flanagan, B., Mills, B., Hopper, L. (2022). Out-of- hospital births and the experiences of emergency ambulance clinicians and birthing parents: a scoping review protocol. BMJ Open, 12, e062313. doi:10.1136/bmjopen-2022-062313

Hoffman, B.L., Schorge, J.O., Bradshaw, K.D., Halvorson, L.M., Schaffer, J.I., Corton, M.M. (2016). Ectopic pregnancy. Williams gynecology, 3e. New York, NY: McGraw-Hill Education.

Jeejeebhoy, F.M., Zelop, C.M., Windrim, R., Carvalho, J.C.A., Dorian, P., Morrison, L.J. (2011). Management of cardiac arrest in pregnancy: A systematic review. Resuscitation, 82 (2011), 801–809.

Kahveci, M. & Kavlak, O. (2022) Adaptation of Nursing Care for Depression and Anxiety Experienced in the Case of Recurrent Ectopic Pregnancy to the Stetler Model. University of Health Sciences Journal of Nursing, 4(2), 103- 110.

Lammertink, F., Vinkers, C.H., Tataranno, M.L., Benders, M.J.N.L. (2021). Premature Birth and Developmental Programming: Mechanisms of Resilience and Vulnerability. Child and Adolescent Psychiatry, 11(2020).

Mamuk, R. (2019). Doğum Eylemi. Kuğuoğlu, S. & Yiğitbaş, Ç. Acil Hasta Bakımı III. Ankara. 39-77.

Maurin, O., Lemoine, S., Jost, D., Lanoe¨, V. et al. (2018). Maternal out-of-hospital cardiac arrest: A retrospective observational study. Resuscitation, 135(2019), 205-211.

McAllister, A., Lang, B., Flynn, A. et al. (2022). Pregnant and bleeding: A model to assess factors associated with the need for emergency care in early pregnancy. American Journal of Emergency Medicine 53 (2022) 94–98.

McLelland, G., McKenna, L., Morgans, A., Smith, K. (2016). Antenatal Emergency Care Provided by Paramedics: A One-Year Clinical Profile, Prehospital Emergency Care, 20(4), 531-538, DOI: 10.3109/10903127.2015.1128030

Özkay, İ., Sarıbaş, M.S., Aydın, İ.E. Özel Popülasyonlarda Resüsitasyon. Altuntaş, M. Paramedik Acil Bakım İlkeleri ve Uygulamalar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 255-266.

Persson, A.C., Engström, A., Burström, O., et al. (2019). Specialist ambulance nurses' experiences of births before arrival. Int Emerg Nurs, 43, 45–9.

Sağlam, E. (2022). Plasenta dekolmanı. (Çağlar, A.T. Editör). Obstetrik Kanamalar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 35-8.

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2018). Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2022). Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Ankara.

Singh, S., Doyle, P., Campbell, O.M.R., Rao, G.V.R, Murthy, G.V.S. (2016). Transport of pregnant women and obstetric emergencies in India: an analysis of the '108' ambulance service system data. BMC Pregnancy and Childbirth, 16, 318.

Songur Dağlı, S. (2016). Jinekolojik ve Obstetrik Acillere Yaklaşım. Dağlı, R., Karabulut, A., Karabeyoğlu, M. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri (Paramedik) için Temel Konular ve Tedavi Yaklaşımları. Ema Tıp Kitabevi, İstanbul. 167-171.

Turan, G., Yalcin Bahat, P., Polat, I. (2018) Threeyear analysis to determine prognostic factors affecting success in single-dose methotrexate treatment: a single-center experience. Perinatal Journal, 26(2), 87–91.

Vagle, H., Haukeland, G.T., Dahl, B., et al. (2019). Emergency medical technicians' experiences with unplanned births outside institutions: a qualitative interview study. Nurs Open, 6,1542–50.

Woollard, M., Hinshaw, K., Simpson, H., Wieteska, S. (2010). Pre-hospital Obstetric Emergency Training. Wiley Blackwell. BMJ Books, UK.

Yalın İmamlıoğlu, E. (2019). Yenidoğanda Ateş ve Hipotermiye Yaklaşım. Klinik Tıp Pediatri Dergisi, 11(4), 200-204.

Zegarra, R.R., Dall'Asta, A., Di Pasquo, E., Ghi, T. (2023). Antepartum sonographic prediction of cephalopelvic disproportion: are we getting any closer?. Am J Obstet Gynecol MFM, 5(2). DOI:https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100828