



BÖLÜM | 6

Gebelerde İleri Yaşam Desteği Uygulamaları

Leman ACUN DELEN¹

Giriş

Koroner arter hastalığı (KAH), erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da yaygın olarak görülür ve halen dünya genelindeki ölüm nedenlerinin başında gelir (1). Her kadın hayatının bir evresinde gebe kalma ihtimalinin yüksek olması nedeniyle gebelerde bulunan KAH hem anne hem de bebek için oldukça önem arz etmektedir. Gebe kadınlarda görülen KAH'ın iki nedeni vardır. İlki mevcut olan doğumsal kalp hastalıkları ya da ileri yaş hamilelikleridir. İkinci neden ise gebelik sırasında meydana gelen çeşitli fizyolojik değişikliklerin KAH'a veya diğer kalp hastalıklarına neden olmasıdır. İleri yaşta hamile kalan kadınlarda diyabet, hipertansiyon ve obezite gibi çeşitli risk faktörlerinin daha fazla görülmesi KAH'a yatkınlığa neden olur (2). Tüm bu risk faktörlerine rağmen gebelerin yalnızca %2'sinde ciddi KAH bulunmaktadır.

Gebelerdeki fizyolojik değişikliklerin en önemlisi kardiyovasküler sistemde meydana gelir. Bunlar; özellikle 2. trimesterde artan ve hamilelik süresince yüksek kalan kan plazma hacmi, kalp hızı, venöz basınç ve koagülasyondaki artıştır. Yine gebeliğin 6. haftasından sonra vasküler direnç azalması ve düşük kan basıncı bir diğer fizyolojik değişimdir. Ayrıca gebeliğin ilerleyen dönemlerinde, uterusun genişlemesi sonucunda aorta bası yaparak hipotansiyon ve bradikardiye yol açar (2,3).

Gebelik süresince meydana gelen değişikliklerin yanı sıra doğum esnasında da birçok hemodinamik olay meydana gelir. Örneğin, uterus kontraksiyonları esnasında kardiyak output artar, önemli bir miktar kan dolaşıma ekstrasından katılır ve bu da tansiyonda ani bir yükselmeye yol açar. Bu durum özellikle doğum sırasında çok daha fazladır (3). Gerek normal gerekse sezer-

¹ Uzm. Dr., Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, lmdelen@hotmail.com

Sıvılar

Yalnızca hipvolemi varsa ya da hipovolemiden şüpheleniyorsa sıvı takviyesi yapılmalıdır.

Peri-posmortem sezaryen

KPR'nun başarısız olması durumunda acil sezaryen planlanmalıdır. Sezaryen hem fütüsün canlı doğmasına hemde KPR başarı şansının artırmasına neden olmaktadır. Sezaryen ilk 4 dakikada KPR'den sonuç alınamaz ise uygulanmalıdır. İlk 5. dakika içiresinde sezaryen yapılan 25 haftalık fetüslerin hayatta kalma şansı oldukça yüksektir. Sezaryen sonrası vena kava üzerindeki basınç ortadan kalkar ve kalbe gelen venöz dönüş artar. Sezaryen endikasyonunda uterustaki fetüsün büyüklüğü önemlidir yeterince büyük fetüs hipotansiyon ve bradikardiye neden olur. Bu durum, KPR'nin başarı şansını oldukça düşürür (3).

Sonuç

Gebeler, KPR açısından özel hasta grubunu oluşturmaktadır. KPR esnasında hem annenin hemde fetüsün hayati fonksiyonlarını yakından takip etmek ve bu esnanda güncel algoritmaları etkin bir biçimde uygulamak oldukça önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. Emily P, Claire D. Treatment of Coronary Artery Disease in Women. *Methodist Deakey Cardiovasc. J.* 2007; 13:201-8.
2. Yağmur, A (2020). Gebelikte Kardiyak Aciller ve Kardiyopulmoner Resusitasyon. Engin Yıldırım, Ercan Kahraman (Ed). *Gebelikte Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları içinde* (s173-194). Ankara: Akademisyen yayınevi,
3. Soar J, Nolan JP, Bottiger BW, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation.* 2015;95:100-47.
4. Vasdev GM, Harrison BA, Keegan MT, et al. Management of the difficult and failed airway in obstetric anesthesia. *J Anesth.* 2008; 22:38-48.
5. American Heart Association. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 10.8: Cardiac Arrest Associated With Pregnancy. 2005:150-153.
6. Jeejeebhoy FM, Zelop CM, Lipman S, et al. On behalf of the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Cardiovascular Diseases in the Young, and Council on Clinical Cardiology. Cardiac arrest in pregnancy: a scientific statement from the American Heart Associations. *Circulation.* 2005;132:1747-1773.
7. Vanden TL, Morrison LJ, Shuster M, et al. Part 12: cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation.* 2012; 122:S829-S861.

8. Pavěk P, Cecková M, Staud F. Variations of drug kinetics in pregnancy. *Curr Drug Metab.* 2009; 10:520–529.
9. Finn J, Jacobs I, Williams TA, et al. Adrenaline and vasopressin for cardiac arrest. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;1:CD003179.