



'ACOG Diyor ki!'

TRAVAY VE DOĞUM SIRASINDA MÜDAHALENİN SINIRLANDIRILMASINA YÖNELİK YAKLAŞIMLAR

(ACOG komite görüşü No:766 Şubat 2019 (687 numaralı görüşün yerini almıştır).)

Özeti Yapan: Dr. Mehmet Tunç Canda

Özet: Doğum hekimleri, ebeler, hemşireler, hastalar ve travay sırasında destek verenler ile birlikte işbirliği içinde, minimum müdahale gerektiren teknikleri kullanarak kadınların travay ve doğum hedeflerini yüksek hasta memnuniyeti ile gerçekleştirmelerine yardımcı olabilirler. Yaygın olan birçok obstetrik uygulama, spontan doğum yapan düşük riskli kadınlar için sınırlı ya da belirsiz bir fayda sağlamaktadır. Latent fazda olan ve travay ünitesine alınmayan gebelere, öz bakım faaliyetleri ve başa çıkma tekniklerini öğretmek ve uygulamak amacıyla bir plan oluşturmak için ortak bir karar verme süreci önerilmektedir. Gebelerin doğum eyleminin latent evresinde izlem odasına kabul edilmesi, ağrı yönetimi veya anne yorgunluğu da dahil olmak üzere çeşitli nedenlerle gerekli olabilir. Kanıtlar, düzenli hemşirelik bakımına ek olarak, doğum destekçisi (doula) gibi destek personeli tarafından sağlanan bire bir duygusal desteğin, travaydaki kadınlar için iyileştirilmiş sonuçlarla birlikte olduğunu göstermektedir. Mevcut veriler normal ilerleyen doğum eylemi olan ve fetal sıkıntı bulgusu olmayan kadınlar için, fetal izlemi kolaylaştırma dışında rutin amniyotomi yapılmasının gerekmediğini göstermektedir. Sürekli elektronik fetal izlemin yaygın kullanımının, düşük riskli gebeliği olan kadınlar için kullanıldığında perinatal ölüm ve serebral palsy gibi sonuçları önemli ölçüde etkilemediği gösterilmiştir. Gebelerin, doğum sancısıyla baş etmelerine yardımcı olmak için farmakolojik ve farmakolojik olmayan birçok teknik kullanılabilir. Kendiliğinden ilerleyen doğum eyleminde olan kadınlar, intravenöz sıvıların rutin sürekli infüzyonuna ihtiyaç duymayabilirler. Gebelerin çoğu için, hiçbir pozisyonun zorunlu olması veya yasaklanması gerekmez. Doğum hekimleri ve diğer obstetrik bakım sağlayıcıları, spontan doğumdaki düşük riskli kadınların intrapartum yönetimi için uygun olduğunda basit girişimsel yaklaşımları bilmeli ve kullanmayı düşünmelidir. Doğum birimleri, aksi takdirde rutin bakım olarak kabul edilmeyen ve mevcut çevresel kaynaklar ve personel modelleri göz önüne alındığında, güvenle sunulabilen, aile merkezli olan girişimleri eklemeyi dikkatlice düşünmelidir. Bu aile merkezli müdahaleler, doğum şekli ne olursa olsun, birçok kadın ve aileleri için doğum sürecine katılımın değeri kabul edilerek uygulanmalıdır. Bu Komite Görüşü,

bu tekniklerin birçoğunun riskleri ve yararları için yeni kanıtları dahil etmek ve konuya giderek artan bir ilgi gösterilerek sezaryen doğumuna aile merkezli bir yaklaşımla ilgili bilgileri eklemek için revize edilmiştir.

Öneriler ve Sonuçlar

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji (ACOG) aşağıdaki önerileri ve sonuçları sunar:

- Termde olan, travayı spontan başlamış ve baş ile gelen bir fetusu olan bir gebede, travay yönetimi (maternal ve fetal duruma ve risklere bağlı olarak) aralıklı oskültasyon ve farmakolojik olmayan ağrı kesici yöntemleri içerecek şekilde bireyselleştirilebilir.
- Doğumun latent fazında olan gebelerin, travay takibi ve doğum için hastaneye kabul edilmeleri, kendilerinin ve fetüslerinin durumları güvence altında ise geciktirilebilir. Gebelere farmakolojik olmayan ağrı yönetimi önlemlerinin yanı sıra sık iletişim kurularak destek önerilebilir.
- Latent doğum eyleminde izlenen yada başvuran gebelerde ağrı veya yorgunluk gözlemlendiğinde, eğitim ve destek, oral hidrasyon, rahat pozisyonlar ve masaj veya ılık su havuzuna girme gibi farmakolojik olmayan ağrı yönetimi teknikleri yararlı olabilir.
- Doğum hekimleri ve diğer obstetrik bakım sağlayıcıları, termde travay öncesinde su kesesi açılan (erken membran rüptürü olarak da adlandırılır) (PROM) ve vaginal doğum için aday olan gebe kadınlara doğum indüksiyonu önermelidir, bununla birlikte, sınırlı bir süre için bekleme yönetimi tercihi de uygun danışmadan sonra düşünülebilir.
- Doğum hekimleri ve diğer obstetrik bakım sağlayıcıları, termde PROM gelişen bekleme yönetimini doğum indüksiyonuna tercih eden hamile kadınları, bekleme yöntemiyle ilişkili potansiyel riskler ve mevcut verilerin sınırlılığı hakkında bilgilendirmelidir. Uygun şekilde bilgilendirilmiş gebelere, kişisel tercihlerine uygunsa ve doğumu hızlandırmak için başka maternal veya fetal nedenler yoksa, bekleme yönetimi seçimi 12 ila 24 saat için önerilebilir. Grup B streptokok (GBS) pozitif olan kadınlara, GBS profilaksisi için antibiyotik uygulaması, doğum beklenirken ertelenmemelidir. Bu gibi durumlarda, birçok doğum hekimi ve diğer obstetrik bakım sağlayıcıları acil doğum indüksiyonu tercih edebilir.

- Kanıtlar, düzenli hemşirelik bakımına ek olarak, doğum destekçisi (doula) gibi yardımcı personel tarafından sağlanan bire bir duygusal desteğin, travaydaki gebeler için iyileştirilmiş sonuçlarla birlikte olduğunu göstermektedir.
- Normal olarak ilerleyen doğum eyleminde olan ve fetal bozulma kanıtı olmayan gebeler için, (fetal kafa derisine elektrot takarak) izlemi kolaylaştırmak gerekmedikçe rutin amniyotomi yapılmasına gerek yoktur.
- Aralıklı oskültasyon seçeneğini kolaylaştırmak için, doğum hekimleri ve diğer obstetrik bakım sağlayıcıları ve merkezleri, doğum sırasında bu tür izlem isteyen düşük riskli gebeler için fetal kalp atımlarını izlemek amacıyla elde tutulan bir Doppler cihazı kullanmak için eğitilmiş personel kullanmayı ve bu amaca yönelik protokolleri kabul etmeyi düşünmelidir.
- Ağrı ile başa çıkma ölçeğinin, farmakolojik ve farmakolojik olmayan farklı ağrı yönetimi teknikleriyle birlikte kullanılması, doğum hekimlerinin ve diğer obstetrik bakım sağlayıcılarının her bir kadının ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacak müdahaleleri uyarlamasına yardımcı olabilir.
- Doğum sırasında annenin rahatlığını arttırmak ve en uygun fetal pozisyonlandırmayı teşvik etmek için sık sık pozisyon değişiklikleri, kabul edilen pozisyonların anne ve fetusun uygun şekilde izlenmesine ve tedavilerine izin verdiği ve maternal tıbbi veya obstetrik komplikasyonlar yönünden kontrendike olmadığı sürece desteklenebilir.
- Belirli bir şekilde nefes almak için yönlendirilmediklerinde, kadınlar açık bir gırtlak ile ıknırlar. Kendiliğinden valsalvayla itmenin üstünlüğüyle ilgili sınırlı veriler göz önüne alındığında, her kadının tercih ettiği ve en etkin yaptığı tekniği kullanması teşvik edilmelidir.
- Toplu olarak ve özellikle son zamanlardaki yüksek kaliteli çalışma bulguları ışığında, mevcut veriler, nöroaksiyal analjezi alan nullipar kadınlar için doğumun ikinci aşamasının başlangıcında ıknımayı desteklemektedir. ıknımayı geciktirmenin vajinal doğum olasılığını önemli ölçüde artırmadığı gösterilmiştir ve ıknımayı geciktirmenin enfeksiyon, kanama ve neonatal asidemiyi de içeren riskleri, bu tür bir yaklaşımı düşünen nöroaksiyal analjezi alan nullipar kadınlarla paylaşılmalıdır.
- Doğum birimleri, rutin bakım olarak kabul edilmeyen ve mevcut çevresel kaynaklar ve personel özellikleri göz önüne alındığında, güvenle sunulabilen aile merkezli yaklaşımları (örneğin sezaryen doğumunda örtülerin temiz ve alçak örtülerin kullanılması gibi) eklemeyi dikkatlice düşünmelidir.

Bu aile merkezli müdahaleler, doğum şekli ne olursa olsun, birçok kadın ve aileleri için doğum sürecine katılımın değerine saygı duyularak sağlanmalıdır.

Giriş

Bu Komite Görüşü, fizyolojik bir doğum sürecini kolaylaştıran doğum uygulamaları için kanıtları gözden geçirmekte ve termde spontan travayda olan kadınlar için müdahaleyi en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Travay ve doğum sırasındaki gereksiz müdahalelerden kaçınma niyeti sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve hamileler arasında paylaşılmaktadır. Doğum hekimleri, kadınların travay ve doğum hedeflerini gerçekleştirmelerine minimum müdahale gerektiren ve hasta memnuniyetinin yüksek olduğu teknikleri kullanarak ebeler, hemşireler, gebeler ve doğum destekçileri ile işbirliği yaparak, yardımcı olabilir. Bu Komite Görüşü, bu tekniklerin birçoğunun riskleri ve yararları için yeni kanıtları dahil etmek ve konuya artan ilgi gösterilerek sezaryen doğumuna aile merkezli bir yaklaşımla ilgili bilgileri eklemek için revize edilmiştir.

Bu komite görüşünde “düşük riskli” tanımı, tıbbi bir müdahale ile bariz bir faydanın sağlanamayacağı klinik bir senaryoyu gösterir. Bu nedenle düşük risk oluşturan şey, bireysel koşullara ve önerilen müdahaleye bağlı olarak değişecektir. Örneğin, oksitosin indüksiyonu gerektiren bir kadının sürekli elektronik fetal izlemeye (EFİ) ihtiyacı olacak ve bu nedenle aralıklı oskültasyon için uygunluk açısından düşük riskli olmayacaktır. Bu komite görüşünün amacı, travaydaki kadınları düşük veya yüksek riskli olarak sınıflandırmak yerine, doğum hekimleri ve diğer doğum destekçilerinin, klinik gereklilikler ile gebenin bireysel tercihlerini karşılamak için travaya müdahalelerini dikkatlice seçmesini ve düzenlemesini sağlamaktır.

Doğumun Latent Fazı: Doğum Yönetimi ve Kabul Zamanlaması

Gözlemsel çalışmalar, gebenin travayın latent evresinde kabulünün travayın daha fazla duraksaması ile ve daha fazla oksitosin kullanımı, intrauterin basınç kateteri ve antibiyotik uygulanması (intrapartum ateş) sonucu travayın aktif fazında daha fazla sezaryen doğum ile birlikte olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, bu çalışmalar bu sonuçların hastane ortamına daha erken ve daha uzun maruz kalma ile ilgili müdahaleleri veya latent fazda doğum için başvuran kadınlar arasında disfonksiyonel travay eğilimini yansıtmadığını belirleyememiştir. Travayın başlaması ile birlikte travay ünitesine hemen kabul edilme ile (erken başvuru), aktif travay sırasında kabul edilmeyi (geç başvuru) karşılaştıran randomize kontrollü bir çalışma (RKÇ), geç başvuru grubunda daha düşük oranlarda epidural kullanımı ve travay



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

indüksiyonu, daha büyük bir hasta memnuniyet olduğunu ve travay ve doğum biriminde daha az zaman harcadığını göstermiştir. Çalışma grupları arasında operatif vajinal doğumlar, sezaryen doğumlar veya yenidoğan sonuçların da anlamlı farklılıklar olmamasına rağmen, bu sonuçları değerlendirmek için çalışmanın gücü yeterli bulunmamıştır.

Güvenli Doğum Konsorsiyumu'ndan gelen son önemli veriler ile latent ve aktif travay için tanımları güncellendi. Öngörülen 4 cm'lik eşiğin aksine, birçok kadın için aktif doğum eyleminin başlangıcı 5-6 cm'ye kadar gerçekleşmeyebilir. Bu veriler, bekleme tedavisinin 4-6 cm dilatasyondaki kadınlar için makul olduğunu ve maternal ve fetal durum güven verici olduğu sürece latent doğum eyleminde olduklarının kabul edilmeleri gerektiğini göstermektedir. Latent fazda olan ve doğum ünitesine alınmayan gebeler için, kişisel bakım faaliyetleri ve başa çıkma tekniklerini de içeren bir plan dahilinde ortak bir karar verme süreci önerilmektedir. Her görüşmede yeniden değerlendirme için kararlaştırılan bir zaman belirlenmelidir. Latent fazdaki gebelerin bakımı, onların dinlenebileceği alternatif bir birimde arttırılabilir ve böylece travay ve doğum ünitesine alınmadan önce destek teknikleri sunulabilir.

Gebelerin doğum eyleminin latent evresinde yatırılmaları, ağrı yönetimi veya anne yorgunluğu gibi çeşitli nedenlerle gerekli olabilir. Latent doğum eylemindeki gebelerde, ağrı veya yorgunluk gözlemlendiğinde veya bu nedenle travaya kabul edildiklerinde, eğitim, destek, oral hidrasyon, rahat pozisyonlar, masaj veya ılık su havuzuna girme gibi farmakolojik olmayan ağrı yönetimi teknikleri yararlı olabilir.

Termde Membranların Doğum öncesi Ruptürü

Membranlar termde travay başlamadan önce yırtıldığında, kadınların yaklaşık % 77-79'u 12 saat içinde, % 95'i ise 24-28 saat içinde kendiliğinden travaya girecektir. Termde membran ruptürün de doğum indüksiyonu ile bekleme yönteminin karşılaştırıldığı bir RKK olan TERMPROM çalışmasında, bekleme yöntemiyle takip edilen kadınlarda doğuma kadar geçen ortalama süre 33 saattir; % 95'i membran yırtılmasından 94-107 saat sonra doğum yapmıştır. Acil indüksiyon ile bekleme tedavisini karşılaştıran bir 2017 Cochrane derlemesinde, bunlar arasında sezaryen doğum veya kesin erken-başlangıçlı neonatal sepsis yönünden bir fark bulunamamıştır, ancak indüksiyon grubunda korioamniyonit, endometrit veya her ikisinde (göreceli risk [RR], 0.49; 95 % CI, 0.33-0.72), kesin veya muhtemel erken-başlangıçlı yenidoğan sepsisi riskinde (RR, 0.73;% 95 CI, 0.58-0.92) ve özel veya yoğun bakım ünitesine yenidoğan kabulünde azalmış bir risk bulunmuştur (RR 0.75;% 95 CI, 0.66-0.85). Cochrane yazarları, azalan anne ve muhtemel yenidoğan enfeksiyon riskini destekleyen kanıtların kalitesinin düşük kaldığını ve "37. gebelik



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

Türkiye

haftasında veya daha sonra PROM olgularında planlı erken doğum ile bekleme yöntemi arasında bilinçli bir seçim yapmak için kadınların uygun şekilde danışmanlık almaları gerektiğini" belirtmişlerdir. Bununla birlikte, mevcut kanıtlar göz önüne alındığında, doğum hekimleri ve diğer doğum destekçileri, vajinal doğum için aday olan termde PROM gebelere doğum indüksiyonunu önermek zorundadırlar; ancak, uygun danışmanlık sonrası sınırlı bir süre için bekleme yönetimi tercihi düşünülebilir.

Termde PROM gelişen gebelere yönelik RKÇ'ler, 10 saat ile 4 gün arasında değişen bekleme bakım aralıklarını içermektedir. Enfeksiyon riski uzun süredir yırtılmış membranlarda artar. **Bununla birlikte bekleme yönetimi için, enfeksiyon riskini en aza indiren, spontan travaya başlama olasılığını en üst düzeye çıkaran optimal süre belirlenmemiştir.** Term PROM'dan sonra gebelerin büyük bir kısmının 12 ila 24 saat içinde kendiliğinden spontan travaya gireceği bilgisine rağmen, doğum hekimleri ve diğer doğum destekçileri, termde PROM olup doğum indüksiyonunu, bekleme yönetimi lehine, reddeden gebeleri bekleme yönetimi ile ilgili potansiyel riskler ve mevcut verilerin kısıtlılığı hakkında bilgilendirmelidir. Uygun şekilde bilgilendirilmiş gebelere, kendi tercihleri ile uyumluysa ve doğumu hızlandırmak için başka maternal veya fetal nedenler yoksa, 12-24 saat boyunca bekleme yönetimi tercihi önerilebilir. Bununla birlikte doğum beklenirken, GBS (Grup B Streptokok) pozitif olan gebeler için antibiyotik verilmesi ertelenmemelidir. Bu gibi durumlarda birçok gebe, doğum hekimi veya doğum destekçisi acil indüksiyonu tercih edebilir.

Travay Sırasına Sürekli Destek

Mevcut kanıtlar, düzenli hemşirelik bakımına ek olarak, doğum destekçisi gibi destek personeli tarafından sağlanan bire-bir duygusal desteğin, travaydaki kadınlar için iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Randomize çalışmalarda açıklanan faydalar arasında kısalmış travay, analjezi ihtiyacının azalması, daha az operatif doğum ve doğum deneyimi ile ilgili daha az memnuniyetsizlik raporları sayılabilir. Bir Cochrane kanıt derlemesine göre, sürekli destek alan bir kadının sezaryen ile doğum yapma olasılığı (RR, 0.75; % 95 CI, 0.64-0.88) veya düşük 5. dakika Apgar skoruna sahip bir yenidoğan doğurma olasılığı daha düşük bulunmuştur (RR, 0.62; % 95 CI, 0.46-0.85). Travaydaki bir gebeye, tıbbi olmayan bir kişi tarafından verilen kesintisiz destek bile, doğum süresinin kısalmasında (ortalama fark 20.69 saat; % 95 CI, 21.04 ila 20.34) ve spontan vajinal doğum oranının iyileştirilmesinde orta derecede bir olumlu etki yapmıştır (RR, 1.08;% 95 CI, 1.04-1.12).

Ayrıca, doğum-destek tekniklerini bir arkadaşınıza veya aile üyesine öğretmek de etkili olabilir. Bu yaklaşım, rastgele seçilmiş düşük gelirli, düşük riskli 600 nullipar gebeyi içeren bir çalışmada test edildi ve bu yöntem, anlamlı olarak daha kısa doğum

süresi ve daha yüksek 1. dakika ve 5. dakikada Apgar skorları ile sonuçlandı. Sürekli doğum desteği aynı zamanda düşük sezaryen oranına bağlı olarak daha düşük maliyetli olabilir. Bunu inceleyen bir analiz, bu tür personel için ödeme yapmanın yılda önemli miktarda maliyet tasarrufu sağlayabileceğini göstermiştir. Bu faydalar ve kanıtlanabilir risklerin olmadığı göz önüne alındığında, doğum hekimleri ve diğer doğum destekçileri ve sağlık bakım kuruluşları, gebelere bire bir sürekli duygusal destek sağlamak için eğitilmiş destek personelini intrapartum bakım ortamına entegre edecek programlar ve politikalar geliştirmek isteyebilirler.

Rutin Amniyotomi

Amniyotomi doğum eyleminde uygulanan yaygın bir müdahaledir ve fetal veya intrauterin basınç izlemesini kolaylaştırmak için kullanılabilir. Amniyotomi, yavaş ilerleyen travayın tedavisinde tek başına veya oksitosin ile kombinasyon halinde kullanılabilir. Ancak, belirli bir endikasyon olmadan yapılan elektif amniyotominin gebelerde faydalı olup olmadığı tartışılmaktadır. 15 çalışmanın incelendiği bir Cochrane derlemesinde, spontan travayda olan gebelere tek başına uygulanan amniyotominin, spontan doğum süresini kısaltmadığı (ortalama fark, -20.43 dakika; % 95 CI, -95.93 ile 55.06) ve sezaryen doğum sıklığını düşürmediği bulunmuştur. Benzer şekilde, amniyotomi yapılanlarda, amniyotomi yapılmayan gebelerle kıyaslandığında, hasta memnuniyeti oranları, 5 dakikalık Apgar skorlarının 7'den küçük olması, göbek kordonu sarkması ve anormal fetal kalp hızı pateni oranları benzerdi. Bir başka çalışmada, erken amniyotominin oksitosin ile kombinasyonu, spontan travayda olan gebelerde veya doğum eyleminde hafif gecikmesi olan gebelerde ortak bir müdahale olarak değerlendirmiştir. 14 çalışmanın bu meta-analizinde, oksitosin ile birlikte amniyotominin bekleme yönetimine göre, doğum eyleminin ilk evresinde orta düzeyde bir kısalma (ortalama fark, -1.11 saat; % 95 CI, 21.82 ile 20.41) ve sezaryen doğum oranlarında orta düzeyde bir azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (RR, 0.87; % 95 CI, 0.77-0.95). **Genel olarak, bu veriler spontan ilerleyen doğum eylemi olan ve fetal bozulma kanıtı olmayan gebelerde, fetal skalp elektrodu ile internal monitorizasyon yaparak izlemi kolaylaştırmak dışında rutin amniyotomi yapılmasının gerekmediğini göstermektedir.**

Aralıklı Oskültasyon

Sürekli elektronik fetal monitorizasyon (EFM), perinatal ölüm ve serebral palsy insidansını azaltmak için aralıklı oskültasyon uygulamasına alternatif olarak kullanıma girmiştir. Bununla birlikte, sürekli EFM'nin yaygın kullanımının, düşük riskli gebeliği olanlar için kullanıldığında perinatal ölüm ve serebral palsy gibi sonuçları önemli ölçüde etkilemediği gösterilmiştir. Bu bağlamda düşük risk



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

genellikle doğumdan önce veya ilk başvuruda herhangi bir mekonyum boyanması, intrapartum kanama veya anormal yada belirsiz fetal test sonuçları olmayan gebeleri; doğum sırasında fetal asidemi gelişme riski olmayanları (ör, konjenital anomaliler, intrauterin büyüme kısıtlaması); fetal iyilik halini etkileyebilecek maternal durumu olmayanları (ör, önceki sezaryen skarı, diyabet, hipertansif hastalık) ve oksitosin indüksiyonuna veya travayın hızlandırılmasına ihtiyaç duymayanları içerir. 13 RKÇ'yi içeren bir Cochrane derlemesinde, travayın başlangıcında değişen derecelerde önceden belirlenmiş fetal asidemi riski olan gebeler incelenmiştir. Bu meta-analiz, aralıklı oskültasyona kıyasla sürekli EFM'nin sezaryen doğumlarında (RR, 1.63; % 95 CI, 1.29-2.07; n=18.861, 11 RKÇ) ve operatif vajinal doğum oranındaki bir artışla ilişkili olduğunu göstermiştir (RR, 1.15; % 95 CI, 1.01-1.33; n=18,615, 10 RKÇ). Bununla birlikte, sürekli EFM, erken neonatal nöbet oranının yarıya indirilmesiyle ilişkilendirilmiştir (RR, 0.50; % 95 CI, 0.31-0.80, n=32,386, dokuz çalışma, EFM için % 0.15, aralıklı oskültasyon grubu için % 0.29), fakat yazarlar perinatal ölüm veya serebral palsy oranları arasında aralıklı oskültasyona kıyasla anlamlı bir fark bulamamışlardır. Yürütülen en geniş RKÇ'de erken başlangıçlı nöbet geçiren grupta, neonatal ölüm oranları EFM ya da aralıklı oskültasyona ayrılanlarda benzerdi. Ayrıca, 4 yaşında, serebral palsy oranları arasında bir fark yoktu (EFM grubunda 1.000'de 1.8, aralıklı oskültasyon grubunda 1.000'de 1.5).

Aralıklı oskültasyon seçeneğini kolaylaştırmak için, doğum hekimleri ve doğum destekçileri ve tesisleri, doğum sırasında bu tür izleme isteyen düşük riskli kadınlar için elde tutulan bir Doppler cihazı kullanmak için protokoller ve eğitim personeli kullanmayı düşünmelidir. Aralıklı oskültasyon ve sürekli EFM'nin göreceli faydaları göz önüne alındığında, doğum hekimleri ve diğer doğum destekçileri, her bir yaklaşımın teknik gereksinimlerinin bir kadının doğum deneyimini nasıl etkileyebileceğini değerlendirmelidir; aralıklı oskültasyon bazı kadınların tercih ettiği hareket özgürlüğüne izin verebilir. Ek olarak bu uygulamaların personel alımı üzerindeki etkisi de önemli bir husustur. Aralıklı oskültasyon için kılavuzlar, endikasyonlar ve protokoller yayınlanmıştır.

Doğum Ağrısı ile Başa Çıkma Teknikleri

Kadınların doğum sancısıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için çok sayıda farmakolojik olmayan ve farmakolojik teknikler kullanılabilir. Bu teknikler sırayla veya kombinasyon halinde kullanılabilir. Bazı farmakolojik olmayan yöntemler, kadınların doğrudan ağrıyı hafifletmek yerine doğum sancısıyla başa çıkmalarına yardımcı oluyor gibi görünmektedir. Buna karşılık, farmakolojik yöntemler ağrıyı hafifletirken, endişe veya acıyı rahatlatmayabilir. Farmakolojik olmayan tekniklerin göreceli etkinliği hakkındaki veriler sınırlıdır, çünkü doğum sancısı değerlendirmesi,

bazılarının bu değerlendirme için yetersiz olduğunu iddia ettiği 1-10 sayısal ağrı skalasının kullanımına dayanmaktadır. Alternatif olarak, ortak bir komisyon tarafından bir başa çıkma ölçeği geliştirilmiş ve onaylanmıştır. Başa çıkma ölçeği "1'den 10'a kadar bir ölçekte, şu anda doğumla ne kadar iyi başa çıkıyorsunuz?" diye sorar. Başa çıkma ölçeğinin, farmakolojik olmayan ve farmakolojik farklı ağrı yönetimi teknikleriyle birlikte kullanılması, doğum hekimlerinin her bir gebeye ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacak müdahaleleri uygulamasına yardımcı olabilir. Gebelerin çoğuna çeşitli farmakolojik olmayan teknikler sunulabilir. Farmakolojik olmayan tekniklerin hiçbirinin gebeyi, fetusu veya doğumun ilerlemesini olumsuz yönde etkilemediği, ancak çok azının net veya göreceli etkinliği belirlemek için yeterince araştırıldığı görülmüştür. Doğum eyleminin ilk evresinde, suya girilmesinin, ağrı skorlarını zarar verici bir kanıt olmadan azalttığı bulunmuştur. Bir çok çalışmada, intradermal steril su enjeksiyonları, gevşeme teknikleri, akupunktur ve masaj uygulamalarının ağrıda bir azalmaya neden olabileceği gösterilmiştir, ancak ağrıyı derecelendirmek için kullanılan metodolojiler ve bu teknikleri uygulama biçimleri farklılık gösterir; bu nedenle, en etkili teknikler belirlenmemiştir. Doğum eğitimi, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu, aromaterapi veya sesle analjezi gibi diğer teknikler, gebelerin doğumla başa çıkmalarına ağrı skorlarını doğrudan etkilemeden daha fazla yardımcı olabilir. Farmakolojik analjezi ya da epidural anesteziye kaçınma veya istemek bireysel hasta değerleri ve tıbbi durumlar ile değişecektir. Hastane ortamında, ilaç isteyen travaydaki tüm kadınlar için farmakolojik analjezi mevcut olmalıdır.

Travayda Hidrasyon ve Oral Beslenme

Spontan ilerleyen doğum eyleminde olanlar, intravenöz sıvıların rutin sürekli infüzyonunu ihtiyaç duymayabilir. İntravenöz hidrasyon, güvenli olmasına rağmen, hareket özgürlüğünü sınırlayacağından gerekli olmayabilir. Oral hidrasyon, sıvı ihtiyacı ve kalorik ihtiyaçları karşılamak için özendirilebilir. Travay sırasında oral alımın sınırlandırılması ile ilgili tartışmaların merkezinde aspirasyon ve sekelleri ile ilgili endişeler yer alır. Mevcut kılavuzlar, travayda komplike olmayan gebelerin orta düzeyde berrak sıvıları oral alımını desteklemektedir. Ancak, partikül içeren sıvılar ve katı yiyeceklerden kaçınılmalıdır. Bu kısıtlamalar son zamanlarda sorgulanmakta olup, mevcut obstetrik anestezi teknikleriyle aspirasyon sıklığının düşük olduğu vurgulanmaktadır. Bu bilgi, travay sırasında oral alım ile ilgili önerilerin sürekli olarak gözden geçirilmesini sağlayabilir. İdrar çıkışının gözlenmesi ve ketonüri (varlığı veya yokluğu) değerlendirilmesi hidrasyonu izlemek için kullanılabilir. Eğer böyle bir izlem endişeye işaret ediyorsa, gerektiğinde intravenöz sıvılar uygulanabilir. İntravenöz sıvı gerekliyse, çözelti ve infüzyon hızı, bireysel klinik ihtiyaç ve öngörülen travay süresine göre belirlenmelidir. Dekstroz içeren solüsyonların kullanımına



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

ilişkin tarihi kaygılara ve bu solüsyonların neonatal hipoglisemiye neden olabileceği ihtimaline rağmen, son zamanlarda yapılan RKÇ'larda normal salin içinde % 5 dekstrozun sürekli uygulanmasından sonra düşük göbek kordonu pH değerleri veya artmış neonatal hipoglisemi oranları bulunamamıştır.

Travay Sırasında Annenin Pozisyonu

Doğum sırasındaki maternal pozisyonu inceleyen gözlemsel çalışmalar, gebelerin kendiliğinden birçok farklı pozisyon aldıklarını tespit etmiştir. Herhangi bir pozisyonun daha iyi olduğuna dair yeterli kanıt yoktur. Ayrıca, doğum sırasında geleneksel yatar pozisyonun yol açtığı supin hipotansiyon ve fetal kalp hızı deselerasyonları gibi olumsuz etkiler bilinmektedir. Bu nedenle, çoğu gebe için, önerilmesi veya yasaklanması gereken tek bir pozisyon yoktur.

Araştırma çalışmalarında, pozisyonun travayın ilerlemesi üzerindeki bağımsız etkisinin izole edilmesi zor olmuştur. Gebelerin çalışma süresince tek bir pozisyonda kalmaları pek mümkün değildir ve böyle bir şey yapmaları da beklenemez. Yine de, doğumun ilk aşamasında dik durma (yürüme, oturma, ayakta durma ve diz çökme dahil), ambulasyon veya her ikisini, yaslanmış, yan veya sırtüstü pozisyonlarla karşılaştıran yeni bir meta-analiz, dik durma pozisyonunun doğumun ilk aşamasını yaklaşık 1 saat 22 dakika kadar kısalttığını bulmuştur (ortalama fark, -1.36; % 95 CI, -2.22 ile -0.51), bu oksitosin ile amniyotominin etkisini aşan ortalama bir fark yaratmaktadır (ortalama fark, -1.11 saat). Dik pozisyonda olan kadınların sezaryenle doğum yapma olasılıkları da daha düşük bulunmuştur (RR, 0.71; % 95 CI, 0.54-0.94). Doğum eyleminin ikinci aşamasında pozisyonun etkisini inceleyen RKÇ'lerin ikinci bir Cochrane meta analizi, sırtüstü pozisyonlarla karşılaştırıldığında dik veya lateral pozisyonların daha az "anormal" fetal kalp hızı paterni ile ilişkili olduğunu (RR, 0.46; % 95 CI, 0.22-0.93), epizyotomilerde (RR, 0.75; % 95 CI, 0.61-0.92) ve operatif vajinal doğum insidansında da azalma olduğunu göstermiştir (RR, 0.75; % 95 CI, 0.66-0.86). Bununla birlikte, bu analizde dik pozisyonlar, ikinci derece perine yırtıklarında olası bir artışla (RR, 1.20; % 95 CI, 1.00-1.41) ve tahmini 500 ml'den daha fazla kan kaybıyla ilişkilendirilmiştir (RR, 1.48; % 95 CI, 1.10-1.98). 2017 yılında yapılan ve düşük doz epidural uygulanmış nullipar gebelerde doğum eyleminin ikinci aşaması sırasında yatar pozisyonla dik duruş pozisyonunu karşılaştıran bir RKÇ'da, dik pozisyondaki kadınlar arasında daha az sayıda spontan vajinal doğum meydana geldiği gösterilmiştir (düzeltilmiş risk oranı 0.86, % 95 CI, 0.78-0.94). **Doğum sırasında annenin rahatlığını arttırmak ve en uygun fetal pozisyonlandırmayı teşvik etmek için sık sık pozisyon değişiklikleri, kabul edilen pozisyonların anne ve fetusun uygun şekilde izlenmesine ve tedavilerine izin verdiği ve**



maternal tıbbi veya obstetrik komplikasyonlar yönünden kontrendike olmadığı sürece desteklenebilir.

Doğumun İkinci Aşaması: İkinma Tekniği

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki doğum hekimleri ve diğer doğuma destek sağlayanlar, doğum sırasında kadınları her kasılma sırasında uzun süreli, kapalı bir glottis çabasıyla (ör, Valsalva manevrası) ıkmaya teşvik ederler. Bununla birlikte, belirli bir şekilde nefes almak için hazırlanmadıklarında, kadınlar açık bir glottis ile de ıknabilirler. Doğum eyleminin ikinci evresinde spontan ıknma ile Valsalva yöntemiyle ıknmayı karşılaştıran sekiz RKÇ'yı içeren bir Cochrane derlemesinde, doğumun ikinci evresinin süresi, spontan vajinal doğum, epizyotomi, perineal laserasyonlar, 5. dakika Apgar skorunun 7'den az olması veya neonatal yoğun bakıma alınma açısından veya itmenin süresi açısından belirgin bir farklılık bulunamamıştır. Epidural anestezi uygulanmayan 36 hafta veya üzeri düşük riskli nulliparları inceleyen üç RKÇ'nin meta-analizinde de, operatif vajinal doğum, sezaryen doğum, epizyotomi veya perineal laserasyon oranları açısından bir fark bulunamamıştır. Bununla birlikte, çalışma güven aralıkları biraz geniş olsada, Valsalvayla itmede doğumun ikinci aşaması biraz daha kısa bulmuştur (ortalama fark -18.59 dakika; % 95 CI, -0.46 ve - 36.75). Bu RKÇ'lerden bir tanesi Valsalva ile ıknmanın doğumdan 3 ay sonra artmış anormal ürodinami sıklığı ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Bu bulgunun uzun dönem klinik önemi belirsizdir. Ancak, spontan ve Valsalvayla ıknmanın üstünlüğüyle ilgili sınırlı veriler göz önüne alındığında, **her kadının tercih ettiği ve kendisinin en etkili uyguladığı tekniği kullanması teşvik edilmelidir.**

Epidural Analjezi Alan Nullipar Kadınlarda İknmanın Hemen Başlatılması yada Geciktirilmesi

Epidural analjezi alan nullipar kadınlara 10 cmlik dilatasyonda ıknmadan önce bir dinlenme periyodu verilmesi, bu dinlenme periyodunun fetüsün pasif olarak dönmesine ve inmesine izin verdiği ve bu sırada kadının enerjisini ıknma için koruduğu teorisine dayanır. Bu uygulamaya ıknmanın geciktirilmesi, ıknmanın ertelenmesi ya da pasif iniş denir. **Doğumun ikinci evresi iki aşamalıdır: 1) fetusun maternal pelvis içinde pasif inişi ve 2) annenin ıknmasının aktif aşaması.** Maternal ve neonatal risklerin artışı ile ilişkili gösterilen ikinci evrenin süresinin uzaması ile ilgili çalışmalar genellikle bu pasif ve aktif fazların süresini hesaba katmamaktadır.

İknmanın hemen başlatıldığı veya ıknmanın geciktirildiği gebelerde maternal ve neonatal sonuçları karşılaştıran RKÇ'ların, iki meta-analizi yayınlanmıştır. Her iki

çalışmada da ıkmmanın 1-2 saatlik ertelenmesinin doğumun ikinci evresinin süresini ortalama yaklaşık 1 saat uzattığı ve gebenin aktif ıkmma süresinin yaklaşık 20 dakika kadar daha kısa olduğu bulunmuştur. Her iki rapor da, spontan doğumun anlamlı oranda arttığına işaret etmesine rağmen, analizin yüksek kaliteli RKÇ'larla sınırlandırılması durumunda bu fark artık anlamlı değildi (RR, 1.07;% 95 CI, 0.98-1.6). Bununla birlikte, yakın zamanda yapılan büyük bir retrospektif analizde, ıkmmayı 60 dakika veya daha fazla bir süre geciktirme durumunda, sezaryen doğumunda ([AOR], 1.86;% 95 CI, 1.63-2.12), operatif vajinal doğum (AOR, 1.26 ;% 95 CI, 1.14-1.40), doğum sonrası kanama (AOR, 1.43;% 95 CI, 1.05-1.95) ve transfüzyonda orta dereceli bir artış (AOR, 1.51;% 95 CI, 1.04-2.17) saptanmış, olumsuz yenidoğan sonuçlarında artış saptanmamıştır. Çalışma tasarımı nedensellik belirlemeden ve doğumun ikinci aşamasının başlangıcında ıkmmanın geciktirilmesi veya fetal seviye gibi önemli değişkenleri hesaba katmamıştır.

2018 yılında yapılan, epidural analjezi alan, 2.400'den fazla nullipar kadını içeren yeni bir çok merkezli RKÇ, ıkmma dürtüsü veya sağlık hizmeti sağlayıcısının önerisi daha erken ıkmmaya neden olmadıysa, katılımcıları doğumun ikinci aşamasının başlangıcında ıkmmaya başlamaya veya 60 dakika boyunca ıkmmayı geciktirmeye göre ayırdı. Çalışma, ıkmmanın geciktirildiği gruptaki aşırı morbidite endişesi nedeniyle, hedeflenen sayı tamamlamadan önce durduruldu. Fetal seviye ve baş pozisyonu değerlendirildikten sonra bile, spontan vajinal doğum oranlarında bir fark görülmedi. İkinci evrenin başında itmeye başlayan kadınlarda daha düşük korioamniyonit (RR, 0.7;% 95 CI, 0.6 - 0.9) ve doğum sonrası kanama oranları (RR, 0.6;% 95 CI, 0.3-0.9) ve yenidoğanlarda daha düşük asidemi riski saptandı (toplam risk% 0.8 ve% 1.2, RR, 0.7;% 95 CI, 0.6-0.9). Son zamanlardaki yüksek kaliteli çalışma bulguları, nöroaksiyel analjezi alan nullipar gebeler için doğum eyleminin ikinci aşamasının başlangıcında ıkmmayı desteklemektedir. ıkmmayı geciktirmenin vajinal doğum olasılığını önemli ölçüde artırmadığı gösterilmiştir ve ıkmmayı geciktirmenin enfeksiyon, kanama ve neonatal asidemi dahil riskleri, bu tür bir yaklaşımı düşünen nöroaksiyel analjezi alan nullipar gebelerle paylaşılmalıdır.

Aile Merkezli Sezaryen İle Doğum

Düşük riskli kadınların çoğunda doğum hedefi vajinal doğum olmasına rağmen, obstetrik endikasyonlar veya anne isteğine bağlı, sezaryen ile doğum gerçekleşebilir. Son zamanlarda, ailenin sezaryen prosedürün içine daha fazla dahil edilmesini teşvik etmek için ameliyathanede tekniklerin tanımlanması ve uygulanmasına daha fazla önem verilmektedir. 2008 yılında yapılan bir çalışmada "doğal sezaryen" tanımlanmıştır. Ameliyathanenin loş ışıklandırılması ve minimum dış sesle hazırlanması, gebelerin doğumdan sonra yenidoğana erişimine en iyi şekilde izin



Maternal - Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye

verecek şekilde konumlandırılması (örneğin, üst ekstremiteleri kol tahtalarına sabitlemeyen, nabız oksimetresi problemlerini dominant olmayan ellere ya da el parmaklarından ziyade ayak parmaklarına yerleştiren), gebelerin ve eşlerinin doğumu izlemesine izin verilmesi (perdeleri düşürerek veya özel olarak tasarlanmış görüntüleme pencereyi perdeler kullanarak), yenidoğanın histerotomi yoluyla yavaşlatılmış doğumu ve otoresusitasyonuna müsaade ederek, gecikmeli göbek kordonu klemplenmesi ve erken ten tene temas gibi prensipleri içeren çeşitli kurumsal protokoller benimsenmiştir. Gecikmiş umbilikal kord klemplenmesinin ve erken ten tene temasın avantajları başka yerlerde detaylı bir şekilde gözden geçirilmiş olsa da, bu tekniklerin etkinliğini destekleyen, her biri kendi başına veya bir arada olsun, geniş bir kanıt yoktur. Bir dizi aile merkezli sezaryen doğum müdahalesinin randomize bir denemesi, müdahale grubunda daha fazla ebeveyn memnuniyeti göstermiştir; Müdahaleye katılan kadınların % 72'sinde ten-tene bakım sağlanmış ve bu müdahale geleneksel sezaryen grubundan daha yüksek emzirme oranları ile ilişkili bulunmuştur.

ABD' de 2013 yılında bir akademik tıp merkezinde, aile merkezli sezaryen doğum tanıtıldı. Bu çabalar sonucunda ameliyathanede ten-tene bakım % 13'den % 39'a yükselirken, sezaryen ile doğan yenidoğanlarda hemen emzirme oranları % 35'ten % 64'e yükselmiştir. Ameliyathanelerde ortam sıcaklıkları ile ilgili duyulan teorik bir endişe, ten-tene bakım ile ortadan kaldırılmış ve yenidoğan hipotermisinde bir artış görülmemiştir. Aile merkezli sezaryen doğumun başlamasından sonra sezaryen ile doğum yapan kadınları, geleneksel kontrollerle karşılaştıran bir kohort çalışmasında, solunum morbiditesi veya hipotermide artış olmadan planlanmamış yenidoğan bakımına kabulde artış bulunmuştur (geleneksel kontrollerin % 7'si ile karşılaştırıldığında, çalışma döneminde % 21 oranında planlanmamış kabul).

Bu müdahalelerin yararına ya da zararlarına dair daha iyi kalitede kanıtlar bulunmadığı takdirde, doğum birimleri, henüz rutin bakım olarak kabul edilmeyen ancak güvenli bir şekilde sunulabilen, (sezaryen doğumunda alçaltılmış veya açık perdeler gibi) aile merkezli müdahaleleri mevcut çevresel kaynaklar ve personel modelleri ile birlikte sunmayı dikkatlice düşünmelidir. Bu aile merkezli müdahaleler, doğum şekli ne olursa olsun, birçok kadın ve aileleri için doğum sürecine katılımın değeri hatırlanarak sağlanmalıdır.

Sonuç

Birçok yaygın obstetrik uygulama, spontan doğum yapan düşük riskli kadınlar için sınırlı ya da belirsiz bir fayda sağlamaktadır. Ek olarak, bazı kadınlar travay ve doğum sırasındaki tıbbi müdahalelerin azaltmasını isteyebilirler. Kişinin doğum deneyiminden memnuniyeti, ayrıca kişisel beklentiler, doğum destekçilerinden alınan

destek, gebe-doğum destekçisi ilişkisinin kalitesi ve hastanın karar alma sürecine katılımı ile de ilgilidir. Bu nedenle, doğum hekimleri ve diğer doğum bakımı verenler, spontan doğumda düşük riskli kadınların intrapartum yönetimi için uygun olduğunda en az girişimsel yaklaşımı kullanmayı bilmeli ve düşünmelidir.

KAYNAK:

1. Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion No. 766. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2019;133. DOI: 10.1097/ AOG.0000000000003074. Epub 2018 December 20.

Daha Fazla Bilgi İçin

Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Birliği, bu belge ile ilgili olarak, kadın doğumcular, diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar için yararlı olabilecek konular hakkında ek kaynaklar belirlemiştir. Bu kaynakları www.acog.org/More-Info/LimitInterventionDuringLabor adresinde görebilirsiniz.

Bu kaynaklar yalnızca bilgi amaçlıdır ve kapsamlı olmaları amaçlanmamıştır. Bu kaynaklara atıfta bulunmak, Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Birliği'nin, örgütün, örgütün web sitesinin veya kaynağın içeriğinin onaylandığı anlamına gelmez. Kaynaklar haber verilmeksizin değiştirilebilir.