



Quando potrei aver bisogno di un taglio cesareo?

Circa un bambino su quattro nasce con taglio cesareo. I due terzi di questi cesarei sono imprevedibili. Se il tuo taglio cesareo viene programmato in anticipo, si tratta di un taglio cesareo elettivo. Il tuo ginecologo (il medico che lavora con le ostetriche per prendersi cura delle donne incinte e per far nascere i bambini) può consigliarti di sottoposti a un taglio cesareo elettivo nel caso in cui pensi che potresti avere alcune difficoltà con un parto naturale, per esempio se il tuo bambino si trova in una posizione inusuale negli ultimi stadi della gravidanza. In alcuni casi, il tuo ginecologo può consigliare un taglio cesareo d'urgenza, solitamente quando sei già in travaglio. Si tratta in questo caso di un cesareo d'urgenza. Potrebbero consigliartelo quando il tuo travaglio è troppo lento, nel caso in cui le condizioni del bambino peggiorino o nel caso in cui si verificano entrambe le situazioni. Il tuo ginecologo discuterà con te le ragioni per cui pensa che il cesareo sia necessario e dovrà prima ottenere il tuo consenso.

Che tipo di anestesie sono disponibili per i tagli cesarei?

Esistono due tipi principali di anestesie. Puoi essere sveglia (anestesia locale) o addormentata (anestesia generale). Solitamente, se vieni sottoposta a un taglio cesareo, ti sarà somministrata un'anestesia locale. Ciò vuol dire che sarai sveglia ma non avvertirai alcuna sensazione nella parte inferiore del tuo corpo. Generalmente è più sicura per te e per il tuo bambino e consente a te e al tuo compagno di condividere il momento della nascita. Esistono tre forme di anestesia locale: spinale, epidurale e spinale-epidurale combinata.

L'anestesia spinale è il metodo più utilizzato. Può essere praticata durante cesarei pianificati o d'urgenza. I nervi che ti fanno avvertire le sensazioni nella parte inferiore del tuo corpo sono contenuti in una sacca di fluido nella spina dorsale. L'anestesista inietterà l'anestetico locale all'interno di tale sacca utilizzando un ago molto sottile. Questo metodo agisce rapidamente e necessita di una piccola dose di anestetico.

L'anestesia epidurale viene somministrata posizionando un tubicino di plastica o un catetere vicino ai nervi della spina dorsale, nel quale, quando necessario, saranno introdotti i medicinali per addormentare i tuoi nervi. L'epidurale è spesso utilizzata per controllare i dolori del travaglio usando soluzioni anestetiche locali. Se devi essere sottoposta a un taglio cesareo, l'anestesista può integrare l'epidurale somministrandoti una soluzione anestetica locale più forte. Un'epidurale necessita di una dose maggiore di anestetico locale rispetto a una spinale e agisce più lentamente.

L'anestesia spinale-epidurale combinata o CSE è una combinazione di tali anestesi. La spinale ti anestetizza più rapidamente prima di un taglio cesareo. L'epidurale può essere utilizzata per somministrarti più anestetico se necessario e farmaci antidolorifici dopo l'operazione.

Con un'anestesia generale sarai addormentata mentre il ginecologo esegue il taglio cesareo. Al giorno d'oggi, l'anestesia generale è utilizzata raramente. Può essere necessaria per alcune urgenze, se sussistono dei motivi per cui un'anestesia locale non è adatta a te o se preferisci essere addormentata.

Cosa succede se mi viene prenotato un cesareo elettivo (pianificato)?

Solitamente, prima di essere sottoposte a un taglio cesareo, ci si reca all'ospedale. L'ostetrica ti visiterà ed eseguirà un prelievo del sangue per controllare i valori dell'emoglobina (HB), per accertarsi che tu non sia anemica e per confermare il tuo gruppo sanguigno nel caso in cui sia necessaria una trasfusione di sangue dopo l'operazione. Controllerà inoltre che tu non abbia lo stafilococco aureo (SAMR) prelevando alcuni campioni della tua pelle con un tampone. Si tratta di controlli di routine. La maggior parte delle donne torna a casa dopo la valutazione e ritorna in ospedale il giorno del cesareo ma sarà probabilmente necessario che tu venga ricoverata la notte precedente l'operazione. L'ostetrica ti darà alcune pastiglie da prendere prima del cesareo per ridurre l'acidità di stomaco e per aiutarti a prevenire la nausea, che dovranno essere assunte la notte prima del cesareo e la mattina dell'operazione. Prima dell'operazione, devi evitare di mangiare e bere per un certo periodo di tempo. Ciò al fine di evitare la nausea durante l'intervento e ridurre al minimo le complicazioni. La tua ostetrica ti spiegherà tutto...

Prima del cesareo, dovrai essere visitata da un anestesista, che valuterà la tua anamnesi e ti chiederà se in passato ti è stato somministrato qualche anestetico. Potrai essere sottoposta a un esame o a ulteriori test. L'anestesista ti parlerà inoltre dei differenti tipi di anestesia ai quali potrai essere sottoposta e risponderà alle tue domande.

Il giorno del cesareo, l'ostetrica controllerà se hai preso le tue pastiglie. La tua linea del bikini dovrà essere rasata. Intorno al polso o alla caviglia ti sarà messo un braccialetto con il tuo nome. L'ostetrica potrà aiutarti a indossare dei collant stretti speciali (chiamati collant TED) per ridurre il rischio che si formino coaguli di sangue nelle gambe. Ti sarà chiesto di indossare il camice chirurgico. Il tuo compagno, se presente, potrà starti accanto durante il cesareo. Un'ostetrica gli fornirà indumenti speciali per accedere alla sala operatoria.

In sala operatoria saranno presenti diverse persone.

- L'**ostetrica** si prenderà cura di te e del tuo bambino.
- L'**anestesista** avrà un **assistente**.
- Il **ginecologo** avrà un **assistente** e un/a **infermiere/a strumentista**.
- Sarà presente un altro/un'altra **infermiere/a** responsabile di fornire strumenti extra. Saranno quindi presente almeno **sette membri dello staff**.
- Se necessario, sarà presente anche un pediatra.

Cosa succede in caso di anestesia locale?

In sala operatoria, sarai collegata ad alcune attrezzature che misurano la pressione sanguigna, il battito cardiaco e la quantità di ossigeno presente nel tuo sangue. Tutto ciò non ti darà alcun dolore. L'anestesista posizionerà una cannula (un tubicino di plastica) in una vena della tua mano o del tuo braccio e ti metterà una flebo per somministrarti i liquidi. Successivamente l'anestesista comincerà l'anestesia.

Ti sarà chiesto di sederti o di sdraiarti su un fianco incurvando la schiena. L'anestesista ti spalmerà o ti spruzzerà della soluzione sterilizzante sulla schiena, che ti farà avvertire una sensazione di freddo. Poi cercherà un punto adatto a metà della parte inferiore della schiena ed eseguirà un'iniezione con un po' di anestetico locale per addormentare la pelle. Sentirai un po' di bruciore. Successivamente, in caso di anestesia spinale, ti sarà posizionato un ago nella schiena. Mentre l'ago entra, potrai avvertire un formicolio scendere lungo la gamba, come una piccola scossa elettrica. Se ciò avviene, comunicalo all'anestesista ma è importante che tu rimanga ferma mentre l'anestesista esegue l'iniezione spinale. Quando l'ago si trova nella posizione esatta, ti sarà iniettato dell'anestetico locale e un farmaco antidolorifico, poi l'ago verrà rimosso. Tutto questo avviene solitamente in pochi minuti ma, nel caso in cui sia difficile trovare il punto adatto per inserire l'ago, potrà durare di più.

In caso di epidurale (o spinale-epidurale combinata), l'anestesista utilizzerà un ago più grande per poter posizionare il catetere (tubo) epidurale nello spazio vicino ai nervi della spina dorsale. Come la spinale, ciò potrà farti avvertire un formicolio o una piccola scossa elettrica lungo la gamba. È importante che tu rimanga ferma mentre l'anestesista esegue l'epidurale ma, una volta posizionato il catetere, l'ago verrà rimosso e non sarai più obbligata a stare ferma.

Quando la spinale o l'epidurale comincerà a fare effetto, le tue gambe diventeranno molto pesanti e calde. Potranno anche cominciare a formicolare. Il tuo corpo si addormenterà gradatamente. Prima di iniziare il cesareo, l'anestesista controllerà che tu sia addormentata fino al petto. A volte è necessario che tu cambi posizione per consentire all'anestetico di fare effetto correttamente. L'équipe medica controllerà spesso la tua pressione sanguigna.

Una volta che l'anestesista finisce di somministrare la spinale, l'epidurale o la spinale-epidurale combinata, ti faranno sdraiare in posizione supina e inclinata verso sinistra. Se avverti la nausea in qualsiasi momento, comunicalo all'anestesista. La sensazione di nausea è spesso causata da un calo della pressione sanguigna. L'anestesista ti somministrerà qualcosa per alleviare tale sensazione. Mentre l'anestesia fa effetto, un'ostetrica ti inserirà un tubicino (un catetere vescicale) nella vescica per mantenerla vuota durante l'operazione. Non dovrebbe darti fastidio. Solitamente, il catetere vescicale viene rimosso quando sarai in grado di camminare e almeno 12 ore dopo l'ultima "dose di supporto" (una dose di farmaco anestetico per spinale o epidurale somministrata per mantenere gli effetti dell'anestesia). Ciò vuol dire che non dovrai preoccuparti di essere in grado di urinare. L'ostetrica monitorerà il battito cardiaco del tuo bambino prima dell'inizio dell'operazione.

Il mio compagno potrà essere al mio fianco durante il cesareo quando sono sveglia?

Se ti sarà somministrata un'anestesia regionale, il tuo compagno potrà essere al tuo fianco in sala operatoria. Gli sarà chiesto di sedersi e di evitare alcune aree della sala. Ciò al fine di ridurre il rischio di contaminare gli strumenti sterili utilizzati durante l'operazione. (Se sarà necessario somministrarti un'anestesia generale, al tuo compagno sarà chiesto di aspettare in un'altra stanza).

Cosa succede durante il cesareo mentre sono sveglia?

Appena prima dell'inizio del cesareo, un membro del team della sala operatoria confermerà il tuo nome, la tua data di nascita e il numero dell'ospedale per garantire che tu sia il paziente corretto.

Sarà posizionato un divisorio tra te e il tuo compagno e la parte inferiore del tuo corpo dove sarà eseguita l'operazione. L'anestesista sarà al tuo fianco in qualsiasi momento. Potrai sentire in sottofondo molti preparativi. Questo perché i ginecologi lavorano con un team di ostetriche e con lo staff della sala operatoria.

Solitamente, il taglio ti sarà praticato appena sotto la linea del bikini. Quando il cesareo è in corso, sentirai il suono degli strumenti e l'aspirazione di fluidi intorno al tuo bambino.

Se mi viene somministrata l'anestesia regionale, durante il cesareo sentirò qualcosa?

Durante il cesareo potrai sentire tirare ed esercitare della pressione ma non dovresti sentire dolore. Alcune donne hanno descritto questo momento come una sensazione di "qualcuno che lava i panni nella mia pancia". L'anestesista parlerà con te durante l'operazione e, se necessario, potrà somministrarti ulteriori antidolorifici. Occasionalmente, potrà essere necessario somministrarti un'anestesia generale ma ciò avviene raramente.

Quanto tempo dura il cesareo?

Solitamente, il bambino nasce dopo circa 10 minuti dall'inizio dell'operazione. Il ginecologo avrà bisogno di un'altra mezz'ora per completare l'operazione. Tuttavia, dato che ogni cesareo è differente, potrebbe volerci più tempo.

Cosa succede al mio bambino dopo la nascita mentre sono sveglia?

Immediatamente dopo la nascita del tuo bambino, l'ostetrica lo asciuga e lo esamina, eventualmente affiancata da un pediatra. Successivamente, se sono concordi sulla buona salute del tuo bambino, tu e il tuo compagno potrete coccolarlo e, in alcuni casi, avere un contatto pelle a pelle.

Mi verranno somministrate altre medicine durante il cesareo?

Prima dell'inizio del cesareo, ti sarà somministrato un antibiotico tramite flebo per ridurre il rischio di contrarre un'infezione. Dopo la nascita del bambino, ti sarà invece somministrato, sempre tramite

flebo, un farmaco chiamato ossitocina, per aiutarti a far restringere l'utero e per arrestare la perdita di sangue. Se avvertirai la nausea, potrebbero somministrarti delle medicine per eliminare questa sensazione o per non farti vomitare. Se avvertirai qualsiasi altro tipo di disturbo, l'anestesista potrà aiutarti con dei farmaci e, talvolta, praticare l'anestesia generale. Al termine del cesareo, potrà esserti inserita una supposta antidolorifica per alleviare il dolore una volta esaurito l'effetto dell'anestesia.

Cosa succede quando il cesareo termina mentre sono sveglia?

Dopo l'operazione, sarai portata nella sala post-operatoria dove la tua pressione sanguigna continuerà a essere monitorata. Probabilmente sia il tuo compagno che il tuo bambino saranno con te. Il tuo bambino sarà pesato, se non è già stato fatto in sala operatoria e, se vorrai, potrai cominciare ad allattarlo. Nella sala post-parto la tua anestesia svanirà lentamente e potrai avvertire una sensazione di formicolio o di prurito. IN un paio d'ore sarai nuovamente in grado di muovere le gambe.

Perché potrei aver bisogno di un'anestesia generale durante il cesareo?

Esistono svariati motivi per i quali un'anestesia generale è necessaria.

- Se sussistono alcune condizioni a causa delle quali il sangue non si coagula correttamente, è meglio non somministrarti un'anestesia spinale o epidurale.
- Se devi essere sottoposta a un cesareo d'urgenza, l'anestesia spinale o epidurale potrebbe non avere abbastanza tempo per fare effetto.
- Alcune anomalie della tua schiena potrebbero rendere un'anestesia regionale difficile o impossibile.
- Occasionalmente, un'anestesia spinale o epidurale non può essere eseguita nel posto giusto o può non funzionare correttamente.

Il mio compagno potrà essere presente quando mi verrà somministrata l'anestesia generale?

Sfortunatamente, il tuo compagno non potrà essere con te in sala operatoria. Tuttavia, si troverà lì vicino e potrà vedere il bambino appena nato.

Che cosa accade quando arrivo in sala operatoria per l'anestesia generale?

La maggior parte dei preparativi è simile a quelli posti in atto per un'anestesia locale. In sala operatoria, ti verranno collegati dei macchinari per misurare la pressione arteriosa, il battito cardiaco e la quantità di ossigeno presente nel tuo corpo. Tutto ciò non ti causerà alcun dolore. L'anestesista inserirà una cannula (un sottile tubicino di plastica) in una delle vene della mano o del braccio e attraverso questa cannula ti verrà infuso un liquido per idratarti. L'anestesista inizierà a somministrare l'anestetico. Verrai fatta sdraiare sul tavolo operatorio sul lato sinistro.

Ti verrà somministrato un anti-acido da bere (per ridurre l'acido nel tuo stomaco) e un'ostetrica ti potrà inserire un catetere nella vescica prima dell'anestesia generale.

Come sarà somministrato l'anestetico?

L'anestesista ti farà respirare ossigeno per mezzo di una maschera aderente che verrà collocata sul tuo viso per qualche minuto. Quando l'ostetrica e tutta l'équipe saranno pronti, l'anestesista metterà l'anestetico nella flebo e ti farà addormentare. Non appena ti sarai addormentata, l'assistente dell'anestesista eserciterà una leggera pressione sul tuo collo. Ciò serve a evitare che i fluidi presenti nel tuo stomaco possano raggiungere i polmoni. L'anestetico fa effetto molto rapidamente.

Quando sarai addormentata, l'anestesista inserirà un tubo nella tua trachea per permettere a una macchina di respirare per te e anche per evitare che i fluidi presenti nello stomaco possano risalire verso i polmoni. L'anestesista continuerà a somministrarti l'anestetico per mantenerti addormentata e per permettere all'ostetrica di far nascere il tuo bambino in tutta sicurezza. Ma tu non saprai nulla di tutto ciò. L'anestesista o l'ostetrica ti somministreranno anche dell'anestetico locale per sedare il dolore in seguito. Al termine dell'operazione, ti potrà essere data una supposta (rettale) per attenuare il dolore che potresti sentire al risveglio.

Che cosa accade quando mi sveglio dall'anestesia generale?

Quando ti svegli, potresti avvertire un fastidio alla gola a causa del tubo e potresti sentirti un po' dolorante in seguito all'operazione. Se hai male, nella sala di risveglio ti verranno dati degli altri farmaci per alleviare il dolore. Ti potresti sentire insonnolita e potresti avere un po' di nausea, ma in breve tempo dovresti tornare alla normalità. Verrai portata in corsia, dove potrai stare con il tuo bambino e con il tuo partner. In caso il tuo bambino abbia avuto bisogno di assistenza neonatale al momento del parto, potrebbe essere stato portato al reparto di patologia neonatale per essere assistito. Ti sarà possibile vederlo nel reparto di neonatologia non appena ti sentirai meglio.

Che cos'è un cesareo di emergenza?

Un cesareo di emergenza è un parto cesareo che non è stato programmato con almeno uno o due giorni in anticipo. Quanto sia urgente è un dato che può variare molto. Un cesareo non programmato ma meno urgente può essere praticato più o meno allo stesso modo di un cesareo programmato. D'altro lato, alcuni cesarei possono aver bisogno di essere praticati molto velocemente. Ciò può significare entro un'ora dal momento in cui viene presa la decisione oppure, più raramente, il più presto possibile. La causa principale per un cesareo molto urgente è un improvviso abbassamento della frequenza cardiaca del bambino (a volte chiamata "sofferenza fetale").

Che differenza c'è tra la preparazione per un cesareo d'emergenza e un cesareo programmato?

Se hai bisogno di un cesareo molto urgente, la preparazione che normalmente viene fatta, può essere cambiata e alcuni passi possono venire tralasciati. Ti verrà inserita una cannula (un tubicino di plastica) in una vena della mano o del braccio se non ti è stata già applicata. Ti potrà essere somministrato un farmaco anti-acido per ridurre l'acido nel tuo stomaco per mezzo della cannula invece che per via orale.

Mi verrà somministrata l'anestesia generale per un cesareo d'urgenza o posso essere sveglia?

Non è sempre necessario ricevere l'anestesia generale per un cesareo d'urgenza. Nel caso ti sia già stata praticata un'epidurale per farti passare il dolore durante il travaglio e se è efficace, l'anestesista potrebbe tentare di aumentare la dose di anestetico per via epidurale in modo che ti possa essere praticato il cesareo d'urgenza. Ti sarà somministrato anche un anestetico locale in modo che il blocco del dolore sia sufficientemente efficace per un intervento chirurgico. Un'altra possibilità è quella di farti l'anestesia spinale.

L'anestesista giudicherà se c'è tempo sufficiente per fare un rabbocco dell'epidurale o se praticare un'anestesia spinale se non è già stata precedentemente praticata un'epidurale o se l'epidurale non sta fornendo un sufficiente sollievo dal dolore. Se non c'è tempo sufficiente per procedere in questo modo allora sarà necessario somministrare un'anestesia generale. Se hai precedentemente comunicato all'anestesista che preferiresti avere l'anestesia locale, le probabilità di ricevere l'anestesia generale per il cesareo sono, per la maggior parte delle donne, molto basse. Solamente circa un cesareo su 10 è molto urgente.

A volte, se c'è molta fretta, l'équipe (medici e infermieri) non ha il tempo per spiegare completamente a te o al tuo partner ciò che sta accadendo. Il tuo partner potrebbe essere lasciato in sala parto a aspettare mentre ti viene praticato il cesareo. Ciò ti potrebbe preoccupare o innervosire. In ogni caso, gli operatori parleranno con te dopo l'intervento per spiegarti ciò che è accaduto e perché.

Che cosa accade per quanto riguarda il sollievo dal dolore dopo il cesareo?

Ci sono vari modi per sedare il dolore dopo un cesareo.

Al termine di un taglio cesareo ti potrà essere data una supposta (rettale) per calmare il dolore quando termina l'effetto dell'anestetico. Se ti è stata praticata un'anestesia locale, l'analgésico che ti è stato somministrato assieme alla spinale o all'epidurale dovrebbe continuare a darti sollievo dal dolore per qualche ora. In alcuni ospedali il catetere epidurale viene lasciato inserito in modo che ti possa venire somministrato un farmaco anche più tardi. Se hai avuto un'anestesia generale, ti potrà essere somministrato un anestetico locale per rendere insensibili alcuni nervi della pancia oppure ti potrà essere fatta un'iniezione di morfina o di un analgesico simile. In alcuni ospedali ti potrà essere applicata una flebo contenente morfina o un anestetico simile. Puoi controllare da sola la dose di analgesico; questa pratica viene chiamata analgesia controllata dal paziente o ACP.

Un'ostetrica ti potrà somministrare compresse contenenti diclofenac o ibuprofene, paracetamolo o oramorph. È consigliabile assumere anti-dolorifici in modo regolare quando vengono proposti dal personale infermieristico o medico piuttosto che attendere fino a quando si manifesta il dolore ... I farmaci ti potrebbero dare sonnolenza. A volte se stai allattando anche il tuo bambino potrebbe manifestare gli effetti dei farmaci anti-dolorifici ed essere un po' assonnato.

Quali sono i vantaggi e gli svantaggi dell'anestesia locale rispetto all'anestesia generale?

- La spinale e l'epidurale sono generalmente più sicure per te e per il tuo bambino.
- Permettono a te e al tuo partner di partecipare alla nascita.
- Ti senti meno assonnata dopo il parto.
- Potrai allattare e abbracciare il tuo bambino il più presto possibile.
- Generalmente avrai una migliore sedazione del dolore dopo.
- Il tuo bambino sarà più vigile alla nascita.
- Nausea e vomito minori dopo l'intervento chirurgico.

Quali sono gli svantaggi dell'anestesia locale rispetto all'anestesia generale?

- La spinale e l'epidurale possono causare un abbassamento di pressione, anche se questo problema è facile da risolvere.
- Generalmente impiega più tempo a fare effetto e per questo motivo ci vorrà più tempo per prepararti all'operazione di quanto sarebbe necessario in caso di un'anestesia generale.
- Raramente possono causare tremore.
- Raramente non funzionano completamente e l'anestesista può in questo caso dover far ricorso a un'anestesia generale.
- Ti potrà capitare di avere una zona dolente nel punto in cui è stato inserito l'ago.
- Potresti avere mal di testa in seguito all'iniezione epidurale (vedi più sotto al punto che parla dei rischi e degli effetti indesiderati dell'anestesia loco-regionale per il taglio cesareo)

Quali sono i rischi e gli effetti collaterali associati all'anestesia loco-regionale in caso di taglio cesareo?

I rischi associati all'anestesia loco-regionale sono illustrati nella tabella riportata qui sotto. Le informazioni sono ricavate da documenti pubblicati. Le cifre riportate nella tabella sono delle stime e potrebbero differire da ospedale a ospedale.

Rischi ed effetti collaterali dell'anestesia loco-regionale	
Possibile problema	Quanto è comune il problema?
Prurito	Comune – circa 1 su da 3 a 10 persone, a seconda del farmaco impiegato e dal dosaggio
Abbassamento significativo della pressione sanguigna	Spinale: Comune – circa 1 su 5 Epidurale: Occasionale – circa 1 su 50
Epidurale somministrata durante il travaglio e non sufficiente per essere rabboccata così che un altro anestetico è necessario per il taglio cesareo Anestetico non efficace e necessità di somministrare più farmaco per lenire il dolore durante l'intervento	Comune – circa 1 su da 8 a 10 Spinale: Occasionale – circa 1 su 20 Epidurale: Comune – circa 1 su 7

<p>Anestesia loco-regionale non sufficientemente efficace per il taglio cesareo e necessità di somministrare l'anestesia generale</p>	<p>Spinale: Occasionale – circa 1 su 50</p> <p>Epidurale: Occasionale – circa 1 su 20</p>
<p>Mal di testa forte – vedere il volantino (http://www.labourpains.com/ui/content/content.aspx?id=45)</p>	<p>Epidurale: Raro – circa 1 su 100</p> <p>Spinale: Raro – circa 1 su 500</p>
<p>Danni neurologici (Per esempio, zone insensibili a una gamba o a un piede, indebolimento di una gamba)</p>	<p>Effetti di durata inferiore ai sei mesi: Piuttosto raro – circa 1 su da 1,000 a 2,000</p> <p>Effetti di durata superiore ai sei mesi: Rari – circa 1 su 24,000</p>
<p>Meningite</p>	<p>Molto raro – circa 1 su 100,000</p>
<p>Ascesso (infezione) alla colonna vertebrale nel punto in cui è stata praticata la spinale o l'epidurale</p>	<p>Molto raro – circa 1 su 50,000</p>

<p>Ematoma (coagulo di sangue) nella spina dorsale nel punto in cui è stata praticata la spinale o l'epidurale</p> <p>Ascesso o ematoma che causa un danno grave, compresa la paralisi (paraplegia)</p>	<p>Molto raro – circa 1 su 168,000</p> <p>Molto raro – circa 1 su 100,000</p>
<p>Con un'epidurale:</p> <p>Una dose elevata di anestetico locale iniettata accidentalmente in una vena nella spina dorsale</p> <p>Una dose elevata di anestetico locale iniettata accidentalmente nel liquido spinale, che può causare difficoltà respiratorie e, molto raramente, perdita dei sensi</p>	<p>Molto raro – circa 1 su 100,000</p> <p>Piuttosto raro – circa 1 su 2,000</p>

Non sono disponibili dati precisi per tutti questi rischi ed effetti indesiderati. Cifre e stime possono variare da ospedale a ospedale.

Quali sono i rischi e gli effetti collaterali associati all'anestesia generale in caso di taglio cesareo?

Rischi ed effetti collaterali dell'anestesia generale	
Possibile problema	Quanto è comune il problema?
Brivido	Comune – circa 1 persona su 3
Mal di gola	Comune – circa 1 persona su 2
Nausea	Comune – circa 1 persona su 10
Dolori muscolari	Comune – circa 1 persona su 3
Tagli o escoriazioni sulle labbra o sulla lingua	Occasionale – circa 1 persona su 20
Danni ai denti	Piuttosto raro – circa 1 persona su 4.500
L'anestesista non riesce a inserire il tubo respiratorio mentre sei addormentata	Infrequente – circa 1 persona su 250
Infezione alle vie respiratorie	Frequente – circa 1 persona su 100 – ma la maggior parte delle infezioni non sono gravi

Acido dallo stomaco che raggiunge i polmoni	Piuttosto raro – circa 1 persona su 1.000
Stato di coscienza (essere in grado di ricordare una parte del tempo in anestesia)	Infrequente – circa 1 persona su 670
Reazione allergica grave	Raro – circa 1 persona su 10.000
Morte o danno cerebrale	<p>Morte: Molto raro – meno di 1 persona su 100.000 (1 o 2 persone all’anno nel Regno Unito)</p> <p>Danno cerebrale: Molto raro – non si conoscono dati certi.</p>

Non sono disponibili dati certi su questi rischi e sugli effetti indesiderati. I dati sono delle stime e possono variare da ospedale a ospedale. Se hai delle domande, discutine col tuo anestesista.

Una ricerca a livello nazionale ha evidenziato che l’anestesia loco-regionale comporta meno rischi di danni permanenti per le donne in stato di gravidanza rispetto ad altri gruppi di pazienti. [Cook TM, Counsell D, Wildsmith JAW. Major complications of central neuraxial block: report on the third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists. British Journal of Anaesthesia 2009; 102: 179-190]

Dove posso trovare più informazioni sull’anestesia?

Puoi trovare più informazioni sull’anestesia e sui rischi a essa legati dal presso il Royal College of Anaesthetists www.youranaesthetic.info o visitando il sito OAA: www.oaformothers.info.

Puoi inoltre trovare informazioni sui protocolli messi in opera in caso di taglio cesareo nel libro: Caesarean section: Clinical Guideline (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. London: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Press, 2004).

Chi ha fornito le informazioni contenute in questo documento?

Queste domande sono state scritte dall'Information for Mothers Subcommittee of the Obstetric Anaesthetists' Association (Sottocommissione delle madri dell'associazione degli anestesisti ostetrici)

Membri della sottocommissione:

Dott. Makani Purva (presidente)

Dott. Ian Wrench (segretario)

Dott. Mary Mushambi (anestesista consulente)

Dott. Claire Candelier (rappresentante del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)

Gail Johnson (rappresentante del Royal College of Midwives)

Dott. Hilary Swales (anestesista consulente)

Dott. Sarah Griffiths (anestesista ospedaliero)

Smriti Singh (membro non specialista)

Rachel Bingham (membro non specialista)

Abbiamo cercato di fare in modo che al momento della stesura, tutti i depliant e le traduzioni fossero accurate e che tutte le informazioni fossero corrette.

Desideriamo ringraziare i membri della sottocommissione per l'impegno profuso nella realizzazione delle edizioni precedenti.

Segreteria OAA

Tel: +44 (0)020 8741 1311

E-mail: secretariat@oaa-anaes.ac.uk

Sito Web: www.labourpains.com

Numero di registrazione dell'Organizzazione Benefica 1111382

© Obstetric Anaesthetists' Association 2009

Quali fonti sono state consultate per fornire i dati qui contenuti?

- Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995 – chapter 75, pages 522–526.
- Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003 – chapter 58, pages 962–984.
- Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003 – chapter 58, pages 1114–1118.
- Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anaesthesia* 2005 – chapter 14, pages 37–42.
- Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anaesthesia* 2005 – chapter 14, pages 183–188.
- Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/ anesthesia. *Anesthesiology* 2006 – chapter 105, pages 394–399.
- Cook TM, Counsell D, Wildsmith JAW. Major complications of central neuraxial block: report on the third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists. *British Journal of Anaesthesia* 2009; 102: 179-190
- Pandit JJ, Cook TM. The 5th National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Accidental Awareness during General Anaesthesia in the United Kingdom and Ireland. September 2014.
- Soltanifar S, Tunstill S, Bhardwaj M, Russell R. The incidence of postoperative morbidity following general anaesthesia for caesarean section. *IJOA*. 2011;20(4) 365.
- Morgan BM , Aulakh JM , Barker JP et al . Anesthetic morbidity following cesarean section under epidural or general anesthesia. *Lancet* 1984;1:328-30.
- The Royal College of Anaesthetists. Anaesthesia explained. Information for patients, relatives and friends. RCoA 2008. 3rd edition. www.rcoa.ac.uk/patientinfo.