

Taglio Cesareo: la scelta dell'anestesia

Circa un bambino su cinque nasce con **taglio cesareo** e due volte su tre l'intervento è imprevisto; quindi un'occhiata a questo opuscolo le può essere utile, anche se non pensa di aver bisogno di un taglio cesareo.

Avere un bambino è un'esperienza indimenticabile

Un parto con taglio cesareo può dare altrettanta gioia di un parto per via vaginale, e se sarà necessario non dovrà per questo essere considerato come una sconfitta. La cosa più importante è la sicurezza della mamma e del bambino, un parto con taglio cesareo può essere il modo migliore per garantirle entrambe. Esistono diversi tipi di anestesia per il taglio cesareo.

Questo opuscolo descrive le possibili scelte che lei potrà discutere con il suo anestesista. Gli anestesisti ostetrici sono medici specialisti che si occupano dell'anestesia e della buona salute delle donne gravide e dei loro bambini. Il suo parto con taglio cesareo può essere stato programmato in anticipo e in questo caso si chiama *taglio cesareo d'elezione*. Questo può essere consigliabile quando il parto per via vaginale lascia prevedere un rischio aumentato di complicazioni: per esempio se alla fine della gravidanza il bambino si trova in una posizione diversa da quella abituale. A volte il taglio cesareo può essere consigliato all'ultimo momento, di solito quando il travaglio è già cominciato; in questo caso è un *taglio cesareo d'urgenza*. Può essere consigliato perché il travaglio va avanti troppo lentamente, oppure perché le condizioni del bambino non sono buone, oppure per questi due motivi insieme. Il suo ostetrico discuterà con lei le ragioni dell'eventuale taglio cesareo e le chiederà di dare il consenso all'intervento.

Tipi di anestesia

Ci sono due tipi principali di anestesia: lei potrà rimanere sveglia o dormire. La maggior parte dei cesarei vengono eseguiti in anestesia regionale: ciò significa che lei sarà sveglia, ma la metà inferiore del suo corpo sarà insensibile e quindi non sentirà alcun dolore. Di solito è un'anestesia più sicura per la madre e il bambino; inoltre permetterà a lei e al suo partner di vivere insieme l'esperienza della nascita.

Ci sono tre tipi di anestesia regionale:

1. *Spinale* - è il metodo più comunemente usato, sia nel taglio cesareo d'urgenza che in quello di elezione. I nervi e il midollo spinale, che trasportano le sensazioni provenienti dalla parte inferiore del corpo (e i segnali che fanno muovere i muscoli) sono contenuti in una membrana piena di liquido all'interno della colonna vertebrale. L'anestetico locale

viene iniettato all'interno di questa membrana mediante un sottilissimo ago. L'anestesia spinale agisce rapidamente e con una piccola dose di anestetico.

2. *Epidurale* - Un sottile tubicino di plastica, detto catetere, viene inserito all'esterno della membrana piena di liquido, vicino ai nervi che trasportano il dolore proveniente dall'utero. L'epidurale è spesso usata per alleviare il dolore del travaglio mediante soluzioni diluite di anestetico locale. Se è necessario fare un taglio cesareo, viene somministrata una soluzione più forte di anestetico locale. Nell'epidurale è necessaria una dose di anestetico locale maggiore che nella spinale; inoltre l'epidurale impiega più tempo per fare effetto. In caso di necessità è possibile aggiungere una dose supplementare di anestetico locale.

3. *Anestesia combinata spinale-epidurale* - è una combinazione dei due tipi di anestesia.

Anestesia generale - Con l'anestesia generale lei sarà addormentata durante il taglio cesareo. Oggi l'anestesia generale viene usata meno che in passato. Può essere necessaria in certe condizioni d'urgenza; se per qualche motivo non si può fare l'anestesia regionale oppure se lei preferisce dormire durante l'intervento. I vantaggi e gli svantaggi di ciascun tipo di anestesia verranno discussi più avanti in questo opuscolo. Prima di tutto è utile che lei sappia che cosa succede quando viene programmato un parto con taglio cesareo e viene fissata la data dell'intervento.

Valutazione preoperatoria

Prima del ricovero per l'intervento è prevista una visita. L'ostetrica la visiterà e le farà un prelievo di sangue per gli esami prima dell'operazione. Le spiegherà anche tutto quello che succederà. Dopo questa valutazione la maggior parte delle pazienti torna a casa e rientra in ospedale il giorno dell'intervento; può darsi però che lei debba ricoverarsi la sera precedente. Può darsi che le diano delle compresse per ridurre l'acidità dello stomaco e per prevenire la nausea: lei dovrà prenderne una la sera prima dell'operazione e una il mattino stesso dell'intervento, come le verrà spiegato.

La visita dell'anestesista

Prima del taglio cesareo dovrebbe essere visitata da un anestesista, che discuterà con lei la sua storia medica e le eventuali anestesie precedenti. Può darsi che l'anestesista debba richiedere degli altri esami. L'anestesista discuterà con lei le tecniche di anestesia disponibili e risponderà alle sue domande.

Il giorno dell'intervento

L'ostetrica le darà conferma dell'ora prevista per l'intervento e si accerterà che lei abbia preso le pastiglie. È probabile che sia necessaria la rasatura del pube. Una fascetta con il suo nome le verrà fissata al polso o alla caviglia. L'ostetrica l'aiuterà a indossare calze particolarmente aderenti (dette calze TED), per prevenire la formazione di coaguli di sangue nelle vene delle gambe. Le verrà dato un camice da sala operatoria; il suo partner potrà accompagnarla assieme all'ostetrica e anche a lui verranno forniti indumenti da sala operatoria. In sala operatoria le verranno applicate, senza alcun dolore, apparecchiature per misurare la pressione del sangue, la frequenza cardiaca e la quantità di ossigeno presente nel sangue. L'anestesista, dopo una piccola anestesia locale per rendere

insensibile la pelle, le applicherà una fleboclisi per infondere liquidi endovena. Quindi inizierà l'anestesia.

Cosa succede con l'anestesia regionale?

Le sarà chiesto di mettersi a sedere oppure di stendersi sul fianco, e di incurvare la schiena. L'anestesista le dipingerà la schiena con una soluzione disinfettante che le darà una sensazione di fresco. Dopo aver trovato un punto adatto al centro della parte bassa della schiena, le farà una piccola iniezione di anestetico locale per rendere insensibile la pelle. Questa iniezione può provocare un dolore pungente di brevissima durata. Nel caso dell'anestesia spinale, un sottile ago verrà inserito, di regola senza alcun dolore, nella schiena. È possibile che mentre l'ago viene introdotto lei avverta un formicolio lungo la gamba, simile a una piccola scossa elettrica. Se questo succede, lo dica all'anestesista; ma è importante che rimanga ferma mentre l'ago viene inserito. Quando l'ago sarà nella giusta posizione, verranno iniettati l'anestetico e un farmaco antidolorifico; quindi l'ago verrà tolto. Di solito il tutto dura pochi minuti, ma se ci fosse qualche difficoltà, è possibile che si prolunghi un po'.

Nel caso dell'epidurale è necessario usare un ago più grosso, per inserire il catetere nello spazio epidurale. Anche in questo caso, come per la spinale, lei potrebbe sentire un formicolio o una piccola scossa elettrica lungo la gamba. Mentre l'anestesista inserisce il catetere, è importante che lei rimanga ferma; ma quando il catetere è a posto, l'ago viene tolto e non è più necessario che lei rimanga immobile. Se era già stato posizionato un catetere epidurale per l'analgesia durante il travaglio, tutto quello che l'anestesista dovrà fare sarà iniettare attraverso il catetere una dose più forte di anestetico locale, sufficiente per il taglio cesareo. Se il cesareo è urgente, è probabile che non ci sia tempo sufficiente per aspettare che l'anestesia epidurale faccia effetto; in questo caso può darsi che le venga consigliato un altro tipo di anestesia. Lei si accorgerà che la spinale, o l'epidurale, fa effetto, perché comincerà a sentire le gambe pesanti e calde. È possibile che comincino a formicolare. Un po' alla volta un senso di torpore risalirà dalle gambe lungo il corpo. L'anestesista controllerà fino a che punto è salita l'anestesia, per decidere quando sia possibile iniziare l'intervento. A volte è necessario cambiare posizione per permettere all'anestesia di agire meglio. Le verrà misurata spesso la pressione. Mentre l'anestesia inizia ad agire, l'ostetrica le introdurrà un tubicino (catetere vescicale) nella vescica per mantenerla vuota durante l'intervento. Questo non dovrebbe provocarle alcun fastidio. Il catetere verrà lasciato in vescica fino al mattino seguente, così non dovrà preoccuparsi di riuscire ad urinare.

Durante l'intervento lei sarà stesa sulla schiena, un po' inclinata dal lato sinistro. Se sentisse nausea lo dica all'anestesista; spesso la nausea è causata da un abbassamento della pressione del sangue, e in tal caso l'anestesista potrà subito rimediare. Fino al momento della nascita del bambino è possibile che le venga somministrato ossigeno attraverso una mascherina di plastica trasparente, per essere sicuri che, prima di nascere, il bambino riceva tutto l'ossigeno necessario.

L'operazione

Un telo sterile separerà lei e il suo compagno dall'area dell'operazione. L'anestesista le starà vicino per tutto il tempo. Lei sentirà tutti i rumori di preparazione dell'intervento, perché i chirurghi ostetrici lavorano con un'équipe di ostetriche e di infermiere di sala operatoria. La pelle viene di solito incisa un po' al di sotto della linea del bikini. Una volta

iniziato l'intervento, lei potrà sentire tirare e spingere, ma non sentirà male. Alcune donne hanno descritto questa sensazione come "se qualcuno lavasse la biancheria dentro la mia pancia".

L'anestesista controllerà l'andamento dell'anestesia per tutto l'intervento, e, al bisogno, le somministrerà una dose aggiuntiva di farmaci antidolorifici. Per quanto accada raramente, a volte è necessario passare all'anestesia generale.

Dall'inizio dell'operazione fino alla nascita passano di regola 10 minuti. Appena nato, il bambino viene asciugato e visitato da un'ostetrica. Anche un pediatra è di solito presente per controllare il bambino. Poi il bambino le verrà portato, così lei e il suo compagno potrete coccolarlo. Dopo la nascita verrà messo nella fleboclisi un farmaco chiamato Sintocinon, che serve a far contrarre l'utero e a far staccare la placenta. Nella fleboclisi verrà introdotto anche un antibiotico, per ridurre il rischio di infezioni. L'ostetrico impiega di solito un'altra mezz'ora per finire l'operazione.

Alla fine dell'operazione

Verrà aiutata a sollevarsi in posizione semiseduta e poi verrà trasportata nella sala di risveglio, dove rimarrà in osservazione per un po' di tempo. Il suo partner e il bambino potranno probabilmente starle accanto. Il bambino verrà pesato, e poi, se vorrà, potrà cominciare ad allattarlo. Nella sala di risveglio l'anestesia scomparirà un po' alla volta ed è probabile che lei senta un formicolio alle gambe. Entro un paio d'ore sarà di nuovo in grado di muoverle. I farmaci antidolorifici che erano stati somministrati con la spinale o con l'epidurale continueranno a fare effetto per alcune ore. Se sentisse di averne bisogno, potrà chiedere all'ostetrica altri antidolorifici.

Cosa succede con l'anestesia generale?

Prima dell'anestesia generale le verrà dato da bere un antiacido e verrà inserito un catetere vescicale. L'anestesista le chiederà di respirare ossigeno con una maschera per alcuni minuti. Quando l'ostetrico e i suoi collaboratori saranno pronti, l'anestesista inietterà l'anestetico attraverso il tubicino della fleboclisi per farla addormentare. Immediatamente prima che lei si addormenti, l'assistente dell'anestesista premerà leggermente sul collo. Questo serve ad impedire che liquido dallo stomaco entri nei polmoni. L'anestesia farà effetto molto rapidamente.

Quando sarà addormentata, le verrà messo un tubo nella trachea per prevenire il passaggio di liquido dallo stomaco ai polmoni e per farla respirare con l'aiuto di una macchina. L'anestesista continuerà l'anestesia per mantenerla addormentata e per permettere all'ostetrico di far nascere in tutta sicurezza il suo bambino. Ma lei non si renderà conto di nulla.

Al risveglio potrà sentire un po' di mal di gola a causa del tubo e si sentirà un po' dolorante per l'operazione. Per breve tempo potrà anche sentirsi assonnata e avere forse un po' di nausea. Ma in breve tutto ritornerà normale. Verrà trasportata nella sala di risveglio, dove incontrerà il bambino e il suo partner. È probabile che le venga data una macchinetta per la PCA (**P**atient **C**ontrolled **A**nalgesia = **A**nalgesia **C**ontrollata dal **P**aziente), per alleviare il dolore basta che lei preme un pulsante. Se non le verrà applicata la PCA, potrà chiedere un analgesico all'ostetrica tutte le volte in cui ne sentirà il bisogno.

Alcuni motivi per cui può essere necessaria l'anestesia generale.

- In certi casi, quando il sangue non coagula bene, è meglio evitare l'anestesia regionale.
- Quando non c'è tempo sufficiente affinché l'anestesia regionale faccia effetto.
- Una schiena molto deformata può rendere l'anestesia regionale difficile o impossibile.
- Nei rari casi in cui l'effetto della spinale o dell'epidurale è incompleto.

Analgesia dopo l'intervento

Esistono diversi modi per diminuire il dolore dopo un parto con taglio cesareo:

- Regionale: con la spinale o con l'epidurale può essere somministrato un analgesico di lunga durata.
- Epidurale: in alcuni casi il catetere epidurale viene lasciato in sede per essere usato in seguito.
- Spesso alla fine dell'intervento viene messa una supposta.
- L'ostetrica può fare un'iniezione intramuscolare di morfina o di un altro antidolorifico.
- Per via endovenosa: (morfina o un farmaco simile) lei stessa ne può controllare la dose. Questo metodo è chiamato analgesia controllata dal paziente o PCA.
- Per bocca: l'ostetrica le può dare delle compresse come il Voltaren o il paracetamolo.

Vantaggi dell'anestesia regionale rispetto all'anestesia generale.

- L'anestesia spinale ed epidurale sono di solito più sicure sia per lei che per il suo bambino.
- Permettono a lei al suo partner di condividere l'esperienza della nascita.
- Non c'è sonnolenza alla fine dell'operazione.
- Le permettono di allattare e di stare con il suo bambino più presto.
- Avrà una buona analgesia dopo l'intervento.
- Il bambino alla nascita è più sveglio.

Svantaggi dell'anestesia regionale rispetto a all'anestesia generale.

- La spinale e l'epidurale possono abbassare la pressione del sangue, ma a ciò si rimedia facilmente.
- Di regola richiedono una preparazione più lunga dell'anestesia generale.
- Qualche volta provocano brivido.
- Raramente possono avere un effetto incompleto e quindi diventa necessaria l'anestesia generale.

Possono anche causare:

- Formicolio lungo una gamba, più frequente con la spinale (in circa un caso su diecimila, questa sensazione può durare per settimane o mesi).
- Prurito sia durante che dopo l'intervento; ma quest'inconveniente può essere risolto.
- Intenso mal di testa, in meno di un caso su cento. Questa complicazione può essere curata.
- Dolore localizzato alla schiena per alcuni giorni. Questo è piuttosto frequente.

La spinale e l'epidurale non provocano mal di schiena cronico.

Sfortunatamente il mal di schiena è molto comune dopo il parto, specialmente fra le donne che ne hanno sofferto prima e durante la gravidanza, però la spinale e l'epidurale non lo rendono più frequente.

Avere un bambino con il taglio cesareo è sicuro e può essere un'esperienza molto bella; molte donne preferiscono rimanere sveglie durante l'intervento. Altre devono essere addormentate per i motivi esaminati sopra. Noi speriamo che questo opuscolo la aiuti a fare una scelta più informata in caso di parto con taglio cesareo.