



Anestesia e Manejo da Dor em Cirurgias Bariátricas

Elis Miranda Mau Godinho, Ana Beatriz Tavares Santana, Thayná Campagnolo Muniz, Leandro Aparecido Irrazabal, Bruno Marinho Gonçalves, Neldy Gollub Gomes Miranda, Otávio Margon, Rafaella Luizetto Davanço, Thiago Maio Bandeira, Mariana Alves Vasconcelos dos Santos, Aline Cristina da Silva Duarte, Vitória Alagia Ripari, Murilo Rezende Paula, Bárbara Cirilo de Sá Coscia

REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Introdução: O manejo adequado da anestesia e da dor em cirurgias bariátricas é fundamental para o sucesso do procedimento e o bem-estar do paciente. Estas cirurgias, destinadas ao tratamento da obesidade mórbida, apresentam desafios específicos devido às características dos pacientes, que frequentemente possuem comorbidades associadas. Portanto, uma abordagem anestésica cuidadosa e uma estratégia eficaz de controle da dor são essenciais para minimizar riscos intraoperatórios e complicações pós-operatórias, promover uma recuperação mais rápida e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. **Objetivo:** Identificar as melhores práticas anestésicas e de controle da dor para melhorar a segurança, eficácia e resultados clínicos em pacientes submetidos a cirurgias bariátricas. **Metodologia:** Foram utilizadas as bases de dados Cochrane, Scielo e Medline, buscando artigos publicados entre os anos de 2018 e 2024, nos idiomas Português ou Inglês. **Considerações Finais:** O manejo da anestesia e da dor em cirurgias bariátricas é vital para a segurança e o conforto dos pacientes. Portanto, a combinação de anestesia geral com bloqueios regionais pode diminuir os riscos respiratórios e cardiovasculares. Além disso, um controle eficiente da dor pós-operatória, através do uso combinado de analgésicos opioides e não opioides, acelera a recuperação e reduz complicações. Assim, personalizar essas abordagens de acordo com as características individuais dos pacientes é crucial para otimizar os resultados e melhorar a qualidade de vida no pós-operatório.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica, Anestesia, Dor.

Anesthesia and Pain Management in Bariatric Surgeries

ABSTRACT

Introduction: Proper management of anesthesia and pain in bariatric surgeries is essential for the success of the procedure and the patient's well-being. These surgeries, aimed at treating morbid obesity, present specific challenges due to the characteristics of the patients, who often have associated comorbidities. Therefore, a careful anesthetic approach and an effective pain control strategy are essential to minimize intraoperative risks and postoperative complications, promote faster recovery, and improve patients' quality of life. **Objective:** Identify best anesthetic and pain control practices to improve safety, efficacy and clinical outcomes in patients undergoing bariatric surgery. **Methodology:** The Cochrane, Scielo and Medline databases were used, searching for articles published between 2018 and 2024, in Portuguese or English. **Final Considerations:** Anesthesia and pain management in bariatric surgeries is vital for patient safety and comfort. Therefore, the combination of general anesthesia with regional blocks can reduce respiratory and cardiovascular risks. Furthermore, efficient postoperative pain control, through the combined use of opioid and non-opioid analgesics, accelerates recovery and reduces complications. Therefore, customizing these approaches according to patients' individual characteristics is crucial to optimize results and improve quality of life postoperatively.

Keywords: Bariatric Surgery, Anesthesia, Pain.

Dados da publicação: Artigo recebido em 30 de Maio e publicado em 20 de Julho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p1910-1926>

Autor correspondente: Elis Miranda Mau Godinho

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica é uma intervenção cirúrgica destinada ao tratamento da obesidade mórbida e de suas comorbidades associadas, como diabetes tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Dessa forma, existem várias técnicas cirúrgicas disponíveis, incluindo o bypass gástrico, a gastrectomia vertical (sleeve gastrectomy), e a banda gástrica ajustável. Ambas as técnicas demonstram eficácia significativa na perda de peso e na melhoria das condições metabólicas associadas à obesidade^{5,9}.

O impacto metabólico da cirurgia, particularmente no bypass gástrico, pode levar à remissão do diabetes tipo 2, muitas vezes antes mesmo da perda de peso significativa. No entanto, a cirurgia bariátrica não está isenta de riscos e complicações, incluindo deficiências nutricionais, obstruções intestinais e necessidade de intervenções cirúrgicas adicionais. Assim, a seleção cuidadosa dos pacientes e o seguimento multidisciplinar pós-operatório são cruciais para maximizar os benefícios e minimizar os riscos associados a essas intervenções^{1,7}.

A anestesia na cirurgia bariátrica é desafiadora devido às características dos pacientes, que podem dificultar a intubação, exigindo técnicas avançadas como videolaringoscopias para garantir a segurança. Dessa forma, a anestesia regional, combinada com a geral, pode fornecer analgesia eficaz e reduzir o uso de opioides, minimizando o risco de depressão respiratória, bem como a monitorização hemodinâmica é crucial para evitar complicações cardiovasculares^{4,7,9}.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é identificar as melhores práticas anestésicas e de controle da dor para melhorar a segurança, eficácia e resultados clínicos em pacientes submetidos a cirurgias bariátricas, garantindo uma recuperação mais rápida e qualidade de vida no pós-operatório.

METODOLOGIA

Este trabalho parte de uma Revisão Integrativa da literatura, que determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, a partir da temática: “Anestesia e Manejo da Dor em Cirurgias Bariátricas”.

Foram utilizados as bases de dados Cochrane, Scielo e Medline, além do operador booleano OR, utilizado para associar os termos das pesquisas nas referidas bases. Utilizaram-se termos de buscas relacionados a cirurgias bariátricas, com a utilização do DeCs (descritores de saúde): “Bariatric Surgery”, “Pain Management”, “Anesthesia”.

Os artigos tiveram seus resumos lidos e foram selecionados aqueles que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: Ensaios Clínicos Randomizados, Estudos Prospectivos e Estudo Retrospectivo, publicados entre os anos de 2018 a 2024, nos idiomas Português ou Inglês. Como critérios de exclusão foram utilizados: revisões sistemáticas e/ou integrativas, artigos de revisão e estudos duplicados.

Assim, o intuito deste estudo é fornecer uma análise robusta do assunto escolhido, revisando a literatura e examinando detalhadamente os textos. Esse método aumenta a credibilidade do trabalho e enriquece a gama de informações sobre resultados cirúrgicos em bariátricas e o manejo anestésico.

RESULTADOS

Na sequência, a partir da busca realizada com a utilização dos descritores e operadores booleanos, obtivemos 421 estudos dispostos nas bases de dados. Dessa forma, 72 trabalhos foram filtrados com base nos anos escolhidos. Após isso, com os critérios de exclusão, foram separados 45 estudos para uma análise mais detalhada. Em síntese, 5 estudos foram selecionados para compor a mostra final desse estudo.

Figura 1. Fluxograma (Análise detalhada dos resultados da revisão).

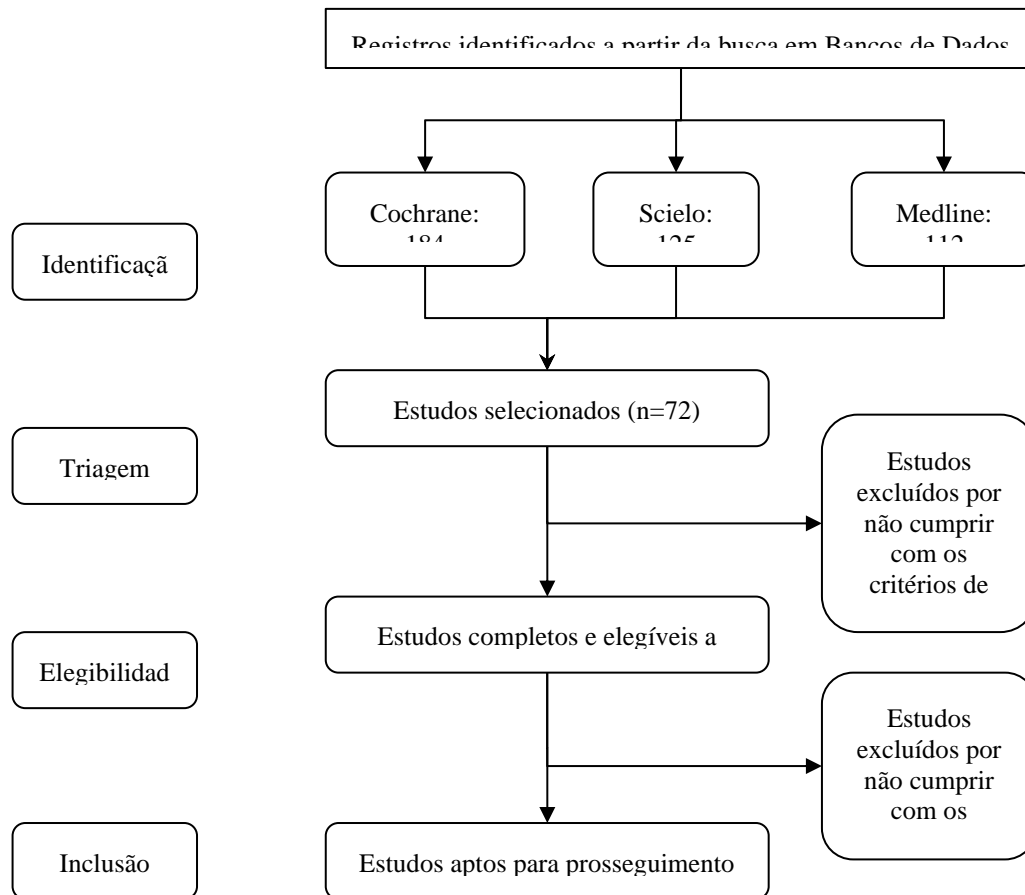


Tabela 1: Estudos dispostos em ordem crescente dos anos.

AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONCLUSÃO
SILVA, Leopoldo et al., 2018.	Estudo Observacional Analítico Retrospectivo	Comparar técnicas de anestesia com sufentanil e infusão intraoperatória de remifentanil ou dexmedetomidina e analisar suas associações com a incidência de dor e outras complicações na unidade de	120 pacientes foram selecionados aleatoriamente. Quatro grupos de 30 pacientes foram estabelecidos: G1 - indução com 0,5 µg.kg ⁻¹ de sufentanil associado à infusão contínua de remifentanil; G2 - indução com 0,7 µg.kg ⁻¹ de sufentanil associado à infusão contínua de remifentanil;	O uso de dexmedetomidina mostrou-se melhor para analgesia na sala de recuperação pós-anestésica e não aumentou o risco de complicações respiratórias quando comparado à infusão contínua de remifentanil, independentemente da

		recuperação pós-anestésica.	G3 - indução com 0,5 $\mu\text{g.kg}^{-1}$ de sufentanil associado à infusão contínua de dexmedetomidina; e G4 - indução com 0,7 $\mu\text{g.kg}^{-1}$ de sufentanil associado à infusão contínua de dexmedetomidina.	dose de sufentanil utilizada para indução.
MAOMÉ, Fathi et al., 2020.	Ensaio clínico controlado randomizado simples-cego com dois braços paralelos.	Avaliar os efeitos do doxapram nos resultados da anestesia geral após procedimentos cirúrgicos bariátricos em obesos mórbidos.	100 pacientes (69 mulheres) com obesidade pelo menos grau dois foram incluídos em dois grupos de tamanhos iguais e submetidos à cirurgia bariátrica. Ambos os grupos foram submetidos à anestesia geral. O grupo de intervenção recebeu uma dose única de doxapram 1 mg kg peso corporal ideal, imediatamente após a reversão do bloqueio neuromuscular e após a descontinuação de todos os anestésicos.	O uso pós-operatório de doxapram melhora a taxa de pico de fluxo expiratório e diminui as complicações respiratórias da anestesia durante a recuperação em obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica. O doxapram é bem tolerado em pacientes jovens, classe de estado físico ASA 1 a 2, obesos mórbidos; no entanto, o anestesiológico deve avaliar cuidadosamente os sinais vitais por pelo menos meia hora após a administração de doxapram.

DEMIREL, Ismael et al., 2021.	Estudo prospectivo, duplo-cego e randomizado controlado	Avaliar os efeitos do monitoramento do Patient State Index (PSI) na recuperação da anestesia e a incidência de quaisquer complicações pós-operatórias entre pacientes submetidos à cirurgia bariátrica com anestesia intravenosa total (TIVA) e anestesia inalatória.	120 pacientes com obesidade mórbida foram divididos aleatoriamente em quatro grupos; grupo P-PSI (n = 30): TIVA com monitoramento de PSI; grupo P (n = 30): TIVA sem monitoramento de PSI; grupo D-PSI (n = 30): desflurano com monitoramento de PSI; e grupo D (n = 30): desflurano sem monitoramento de PSI.	Embora a TIVA e a anestesia inalatória possam ser usadas com segurança para pacientes obesos, o monitoramento intraoperatório da PSI pode diminuir o tempo de alta da SRPA e reduzir a incidência de náusea e vômito pós-operatórios causados por anestésicos inalatórios.
BRITO, Roger et al., 2022.	Estudo prospectivo, comparativo e duplo-cego	Demonstrar por meio de estudo controlado se o uso do ácido tranexâmico em cirurgias bariátricas é eficaz no controle do sangramento.	Pacientes de 18 a 65 anos submetidos à cirurgia bariátrica. Os pacientes selecionados receberam ácido tranexâmico (TXA) venoso durante a indução anestésica ou não (GC).	O uso do ácido tranexâmico foi eficaz na redução das taxas de sangramento e do tempo de internação hospitalar, além de demonstrar a segurança clínica do seu uso, por não ter sido associado a nenhum evento tromboembólico.
PEREZ, Josiah et al., 2024.	Ensaio Clínico Controlado	Analisar se um anestésico sem	Os indivíduos que se apresentaram para	Um protocolo OFA usando

	Randomizado	opioides usando lidocaína, cetamina e dexmedetomidina resultaria em uma redução clinicamente significativa no consumo de opioides no pós-operatório de 24 horas quando comparado a uma técnica inclusiva de opioides.	cirurgia bariátrica laparoscópica ou robótica foram randomizados em uma proporção de 11 para receber anestesia padrão inclusiva de opioides (grupo A controle) ou OFA (grupo B OFA).	dexmedetomidina, cetamina e lidocaína para cirurgia bariátrica laparoscópica ou robótica não foi associado a uma redução no consumo de opioides no pós-operatório de 24 horas quando comparado com uma técnica inclusiva de opioides usando fentanil.
--	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Autores, 2024.

A avaliação clínica detalhada dos pacientes obesos antes de uma cirurgia bariátrica é essencial para identificar e gerenciar as comorbidades associadas. Exames laboratoriais e de imagem detalhados também são realizados para avaliar a função cardiovascular, respiratória e metabólica, permitindo um planejamento anestésico personalizado que leve em consideração os riscos específicos de cada paciente^{6,7}.

Além da avaliação médica, o planejamento pré-operatório também inclui a otimização do estado físico e nutricional do paciente. Isso pode envolver a perda de peso pré-operatória para reduzir os riscos cirúrgicos, a correção de deficiências nutricionais e o tratamento de condições como a apneia do sono. É importante também, o conhecimento do paciente acerca do procedimento, os riscos associados e o manejo pós-operatório^{2,7}.

Com relação a intubação dos pacientes obesos, há desafios específicos devido à anatomia alterada e à fisiologia complexa desses indivíduos, já que a obesidade pode dificultar a visualização das cordas vocais durante a laringoscopia, aumentando o risco de complicações como intubação difícil e falha na via aérea. Para mitigar esses riscos, o uso de dispositivos avançados como videolaringoscopias tem se tornado uma prática padrão, pois esses dispositivos fornecem uma visão melhor das estruturas da via aérea e

umentam a taxa de sucesso na primeira tentativa de intubação^{4,6}.

Outras estratégias para prevenir complicações respiratórias, como o posicionamento adequado do paciente e a elevação da cabeça e do pescoço, pode melhorar a exposição das vias aéreas e facilitar a inserção do tubo endotraqueal. O pré-oxigenação eficiente é crucial para prolongar o tempo de apneia segura e evitar a dessaturação rápida de oxigênio. Além disso, o uso de ventilação com pressão positiva contínua (CPAP) ou pressão positiva ao final da expiração (PEEP) antes da indução anestésica pode melhorar a oxigenação e reduzir o risco de atelectasias^{7,9}.

A cirurgia bariátrica engloba diversas técnicas cirúrgicas, onde cada uma possui suas características, benefícios e riscos específicos, e a escolha do procedimento é baseada em fatores como a saúde geral do paciente, suas preferências e a experiência do cirurgião^{2,10}.

1. Bypass Gástrico (Roux-en-Y):

Descrição: O bypass gástrico envolve a criação de um pequeno reservatório gástrico (bolsa) que é conectado diretamente ao intestino delgado, desviando a maior parte do estômago e uma parte do intestino delgado. Esse desvio reduz a absorção de calorias e nutrientes².

Benefícios: Resulta em perda de peso substancial e rápida, com melhora significativa em condições como diabetes tipo 2 e hipertensão. O procedimento também pode levar a uma rápida sensação de saciedade².

Riscos: Pode haver complicações como síndrome de dumping, deficiências nutricionais, e risco de obstruções intestinais. Requer acompanhamento nutricional rigoroso para evitar deficiências vitamínicas e minerais².

2. Gastrectomia Vertical (Sleeve Gastrectomy):

Descrição: A gastrectomia vertical consiste na remoção de aproximadamente 80% do estômago, deixando um tubo gástrico estreito. Essa redução do estômago limita a capacidade de ingestão e reduz a produção de grelina, um hormônio associado à fome^{3,9}.

Benefícios: Menos invasiva comparada ao bypass gástrico e oferece perda de peso

significativa com menor risco de síndrome de dumping. Geralmente apresenta um tempo de recuperação mais rápido³.

Riscos: Possíveis complicações incluem refluxo gastroesofágico, deficiências nutricionais a longo prazo e complicações cirúrgicas como vazamentos na linha de sutura⁹.

3. Banda Gástrica Ajustável:

Descrição: Consiste na colocação de um anel ajustável ao redor da parte superior do estômago para criar uma pequena bolsa. O anel pode ser ajustado através de um port local para regular a restrição da ingestão alimentar^{6,7}.

Benefícios: Técnica menos invasiva com possibilidade de reversão e ajuste. Permite um controle mais personalizado da restrição alimentar⁷.

Riscos: Possui uma taxa mais alta de complicações relacionadas ao dispositivo, como erosão da banda e migração. A perda de peso pode ser menos pronunciada em comparação com outras técnicas^{2,7}.

4. Derivação Biliar-Pancreática com Switch Duodenal (BPD/DS):

Descrição: Esta técnica combina uma gastrectomia vertical com um desvio significativo do trânsito intestinal. O estômago é reduzido e o intestino delgado é dividido, com a parte distal conectada ao estômago, reduzindo a absorção de nutrientes^{1,3}.

Benefícios: Oferece uma das maiores taxas de perda de peso e melhorias nas comorbidades associadas à obesidade³.

Riscos: Alta taxa de complicações nutricionais e necessidade de suplementação vitalícia de vitaminas e minerais. Também apresenta um risco elevado de complicações cirúrgicas e metabólicas^{1,2}.

Na cirurgia bariátrica, a escolha entre anestesia geral e regional é fundamental e deve ser adaptada às necessidades e condições específicas do paciente. Dessa forma, a anestesia geral proporciona um controle abrangente das vias aéreas, permitindo uma imobilidade completa do paciente durante o procedimento. No entanto, devido aos riscos

associados à obesidade, como dificuldades na intubação e complicações respiratórias, é crucial uma indução anestésica meticulosa e o uso de técnicas avançadas de ventilação para garantir a segurança do paciente^{3,6,9}.

Já a anestesia regional, como a epidural ou espinal, pode ser utilizada isoladamente ou em combinação com a anestesia geral. A combinação dessas técnicas pode oferecer benefícios significativos, incluindo uma melhor analgesia pós-operatória, redução na necessidade de opioides e suas complicações associadas, como depressão respiratória e constipação, bem como pode melhorar a recuperação pós-cirúrgica, promovendo uma mobilização mais precoce e reduzindo o risco de trombose venosa profunda. Entretanto, a administração de anestesia regional em pacientes obesos requer habilidade e experiência, devido à dificuldade potencial na identificação dos espaços anatômicos corretos^{4,7,8}.

O manejo eficaz da dor pós-operatória na cirurgia bariátrica é crucial para a recuperação do paciente e para a minimização das complicações associadas. A abordagem geralmente envolve uma combinação de métodos farmacológicos e não farmacológicos, visando proporcionar alívio adequado da dor e promover a mobilização precoce^{1,8}.

Farmacológicos:

- 1. Analgesia Multimodal:** O uso de uma combinação de analgésicos, como opioides, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), e analgésicos adjuvantes (por exemplo, anticonvulsivantes e antidepressivos) ajuda a atingir um controle mais eficaz da dor. Essa abordagem reduz a necessidade de opioides, que podem causar efeitos colaterais como depressão respiratória e constipação^{6,7,10}.
- 2. Anestesia Regional:** A administração de anestesia regional, como bloqueios epidurais ou espinais, pode oferecer analgesia contínua no pós-operatório. Esse método reduz significativamente a dor e melhora a recuperação precoce, diminuindo a necessidade de medicamentos opioides^{4,8}.
- 3. Analgésicos Locais:** A infiltração de anestésicos locais nas áreas cirúrgicas durante o procedimento pode proporcionar alívio adicional da dor nas primeiras horas pós-operatórias⁴.

Não Farmacológicos:

- 1. Terapias Complementares:** Técnicas como a terapia de calor ou frio, acupuntura,

e massagens suaves podem ajudar a aliviar a dor e promover o conforto do paciente. Essas terapias são geralmente utilizadas como adjuvantes ao tratamento farmacológico^{6,9}.

2. Mobilização Precoce: Incentivar a mobilização precoce é fundamental para prevenir complicações associadas à imobilidade, como trombose venosa profunda e atrofia muscular. A mobilização também ajuda a reduzir a dor, melhorando a circulação e a função gastrointestinal^{6,9}.

3. Educação do Paciente: A orientação sobre o uso adequado dos analgésicos, o reconhecimento de sinais de alerta para complicações, e técnicas de controle da dor são essenciais para a autogestão do paciente e para melhorar a adesão ao plano de tratamento^{8,9}.

Na cirurgia bariátrica, as complicações anestésicas podem ser variadas e complexas, devido às características dos pacientes obesos e à natureza dos procedimentos. É crucial que a equipe anestésica esteja bem preparada para identificar e gerenciar essas complicações para garantir a segurança do paciente e o sucesso da cirurgia^{2,10}.

1. Dificuldades na Intubação e Manejo das Vias Aéreas:

- **Dificuldades de Intubação:** Pacientes obesos frequentemente têm dificuldades na intubação devido a uma anatomia alterada e a um maior risco de apneia. A intubação difícil pode levar a uma hipoxemia e a uma ventilação inadequada^{1,9}.
- **Estratégias de Manejo:** O uso de videolaringoscopias e dispositivos auxiliares pode melhorar a visualização das vias aéreas. Preparar-se para alternativas de manejo das vias aéreas é essencial em caso de falha na intubação^{1,9}.

2. Complicações Respiratórias:

- **Atelectasia e Hipoxemia:** A ventilação mecânica pode ser prejudicada devido à compressão do pulmão e à dificuldade na expansão completa dos pulmões. Isso aumenta o risco de atelectasia e hipoxemia⁹.
- **Manejo:** A pré-oxigenação adequada e a monitorização contínua da oxigenação e ventilação são fundamentais. Técnicas de ventilação não invasiva, como CPAP ou PEEP, podem ser utilizadas para melhorar a oxigenação⁹.

3. Complicações Cardiovasculares:

- **Arritmias e Insuficiência Cardíaca:** A obesidade e o estresse cirúrgico podem aumentar o risco de arritmias e insuficiência cardíaca. A monitorização hemodinâmica rigorosa é necessária para detectar e tratar rapidamente quaisquer alterações^{3,9}.
- **Manejo:** Ajustes na anestesia e fluidoterapia adequada, bem como a administração de medicamentos para estabilizar a função cardíaca, são necessários^{3,4}.

4. Complicações Relacionadas à Anestesia Regional:

- **Hematomas e Lesões Nervosas:** A colocação de bloqueios epidurais ou espinhais pode causar hematomas ou lesões nervosas, especialmente em pacientes com dificuldades anatômicas⁴.
- **Manejo:** Monitorar os sinais de complicações e estar preparado para tratar qualquer efeito adverso imediatamente é crucial. A técnica deve ser realizada com precisão para minimizar riscos⁴.

5. Complicações Pós-Operatórias:

- **Náuseas e Vômitos:** A anestesia geral, especialmente com o uso de opioides, pode causar náuseas e vômitos no pós-operatório, o que pode complicar a recuperação^{5,9}.
- **Manejo:** O uso de antieméticos e a aplicação de técnicas de analgesia multimodal para reduzir a necessidade de opioides podem ajudar a minimizar esses sintomas^{2,10}.

6. Reações Alérgicas e Efeitos Adversos dos Medicamentos:

- **Reações Alérgicas:** Reações alérgicas a anestésicos ou outros medicamentos administrados durante a cirurgia podem ocorrer^{7,8}.
- **Manejo:** A triagem pré-operatória para alergias e a disponibilidade de medicamentos para tratar reações alérgicas são essenciais para lidar com essas situações rapidamente^{7,8}.

Após a cirurgia bariátrica, os cuidados pós-anestésicos são fundamentais para garantir uma recuperação segura e confortável. A recuperação imediata ocorre geralmente em uma unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), onde a equipe realiza uma monitorização intensiva dos sinais vitais do paciente. O objetivo é identificar

precocemente qualquer complicação relacionada à anestesia, como depressão respiratória, instabilidade hemodinâmica ou reações adversas a medicamentos. Portanto, a monitorização inclui a avaliação contínua da oxigenação, ventilação, e níveis de consciência, além da administração de fluidos e medicamentos conforme necessário^{2,5,8,9}.

Além da monitorização, o manejo eficaz da dor é uma prioridade no período pós-operatório imediato. Os pacientes são avaliados regularmente para ajustar o regime analgésico e garantir um controle adequado da dor, o que é crucial para a mobilização precoce e a recuperação. Além disso, a educação do paciente também desempenha um papel importante, envolvendo orientações sobre a administração de medicamentos, sinais de alerta para complicações e técnicas para lidar com o desconforto. Assim, a equipe deve estar preparada para fornecer suporte e responder a quaisquer preocupações ou sintomas reportados pelo paciente, assegurando uma transição segura do ambiente pós-anestésico para o ambiente de recuperação geral^{7,10}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os fatos supramencionados, podemos afirmar que o manejo da anestesia e da dor em cirurgias bariátricas é crucial para garantir a segurança e o conforto dos pacientes durante e após o procedimento. Dessa forma, a escolha adequada de técnicas anestésicas, como a anestesia geral combinada com bloqueios regionais, pode minimizar os riscos de complicações respiratórias e cardiovasculares, frequentemente associadas a pacientes obesos. Além disso, o manejo eficaz da dor pós-operatória, utilizando uma abordagem multimodal que inclua analgésicos opioides e não opioides, contribui para uma recuperação mais rápida, reduz a incidência de complicações e melhora a satisfação do paciente. Assim, a personalização das estratégias anestésicas e analgésicas, levando em consideração as características individuais dos pacientes, é essencial para otimizar os resultados cirúrgicos e a qualidade de vida no período pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. BRITO, R. M. DE et al. Tranexamic acid effects in postoperative bleeding outcomes in laparoscopic sleeve gastrectomy: a controlled study. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v. 37, n. 7, 2022.

2. DEMIREL, I. et al. Effect of Patient State Index Monitoring on the Recovery Characteristics in Morbidly Obese Patients: Comparison of Inhalation Anesthesia and Total Intravenous Anesthesia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, v. 36, n. 1, p. 69–74, fev. 2021.
3. FATHI, M. et al. The effects of doxapram on time to tracheal extubation and early recovery in young morbidly obese patients scheduled for bariatric surgery. *European Journal of Anaesthesiology*, v. Publish Ahead of Print, 12 dez. 2019.
4. FARANAK ROKHTABNAK et al. Comparison of the Onset of Action, Maintenance, and Recovery of Three Weight-based Dosing of Cisatracurium in Patients with Morbid Obesity in Laparoscopic Bariatric Surgery: A Randomized Clinical Trial. *PubMed*, v. 48, n. 6, p. 563–571, 1 nov. 2023.
5. FREIRE, L. et al. Intraoperative, sociodemographic, and postoperative parameters in individuals undergoing bariatric surgery. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, v. 69, n. 11, 1 jan. 2023.
6. MOWAFI, M. M.; MARWA A. K. ELBEIALY; RASHA GAMAL ABUSINNA. Effect of magnesium sulfate on oxygenation and lung mechanics in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery: a prospective double-blind randomized clinical trial. *Korean journal of anesthesiology*, v. 76, n. 6, p. 617–626, 1 dez. 2023.
7. PEREZ, J. J. et al. Effect of an opioid-free anesthetic on postoperative opioid consumption after laparoscopic bariatric surgery: a prospective, single-blinded, randomized controlled trial. *Reg Anesth Pain Med*, 2024.
8. ŞÜKRÜ ÜMIT YAŞAR; ASLI METE YILDIZ. Comparison of opioid and opioid-free anesthesia in bariatric surgery. *The annals of clinical and analytical medicine*, v. 14, n. 09, p. 825–829, 1 jan. 2023.
9. SILVA, L. M. DA et al. Comparative analysis of remifentanil versus dexmedetomidine in the incidence of pain in a post-anesthesia care unit after bariatric surgery. *Brazilian*



Journal Of Pain, v. 1, n. 3, 2018.

10. YANG, T. et al. The effects of esketamine on blood pressure and hypotension incidence during induction of bariatric surgery: A randomized controlled trial. *Medicine*, v. 102, n. 51, p. e36754–e36754, 22 dez. 2023.