



Orientações Pós-Operatórias

Cirurgia do Refluxo Gastroesofágico (Fundoplicatura Laparoscópica / Robótica)

1. Recuperação Inicial

É comum apresentar dor leve, disfagia leve e sensação de estufamento abdominal nos primeiros dias. Esses sintomas são geralmente transitórios e tendem a melhorar ao longo das semanas. Caminhe bastante !

2. Alimentação em Fases (Fundamental para boa evolução)

FASE 1 – DIETA LÍQUIDA (7-14 dias):

- Água, água de coco, chás, caldos coados, sucos sem polpa
- Pequenos volumes várias vezes ao dia

FASE 2 – DIETA PASTOSA (7-14 dias):

- Purês, cremes, iogurte, alimentos bem macios
- Evitar pedaços sólidos

FASE 3 – DIETA BRANDA (7-14 dias):

- Alimentos macios, bem mastigados
- Introdução progressiva de sólidos

Orientações gerais:

- Mastigar bem os alimentos
- Comer devagar
- Pequenas quantidades
- Evitar líquidos em grande volume junto às refeições

3. Disfagia e Gases

Disfagia leve é esperada nas primeiras semanas (até 2–6 semanas). Pode ocorrer dificuldade para arrotar e aumento de gases (gas-bloat). Evitar bebidas gaseificadas e alimentos fermentativos.

4. Alimentos a Evitar (Primeiras Semanas)

- Refrigerantes e bebidas gaseificadas
- Frituras e alimentos gordurosos
- Carnes duras ou mal mastigadas
- Pães secos e massas densas
- Alimentos que fermentam (feijão, repolho, brócolis em excesso)
- Bebidas alcoólicas
- Café em excesso

5. Medicações

Utilizar analgésicos conforme prescrição. Protetor gástrico pode ser mantido por período determinado pelo seu médico.

6. Atividade Física

- Deambulação precoce
- Evitar esforço físico e peso >5–10 kg por 4–6 semanas
- Retorno gradual às atividades
- Evitar exercícios intensos até liberação médica

7. Feridas Operatórias

Manter limpas e secas. Banho geralmente liberado após 48h. Observar sinais de infecção.(vermelhidão, queimadura local , secreção). Só retire curativo simples após 48 h , exceto se sujar . Os pontos não precisam ser retirados .

8. Sinais de Alerta

Procurar atendimento na emergência se apresentar:

- Vômitos persistentes
- Incapacidade de se alimentar

- Disfagia progressiva importante
- Febre
- Dor intensa
- Distensão abdominal importante

9. Consulta de Revisão

Comparecer à consulta para avaliação da evolução e progressão da dieta.

Referências Bibliográficas

1. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022;117(1):27-56. doi:10.14309/ajg.0000000000001538.
2. Stefanidis D, Hope WW, Kohn GP, Reardon PR, Richardson WS, Fanelli RD. Guidelines for Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). Surg Endosc. 2010;24(11):2647-2669. doi:10.1007/s00464-010-1267-8.
3. Roman S, Kahrilas PJ. Management of GERD: A Practical Approach. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2014;11(10):563-571. doi:10.1038/nrgastro.2014.117.
4. Brunicki FC, Andersen DK, Billiar TR, et al. Schwartz's Principles of Surgery. 11th ed. McGraw-Hill; 2019.
5. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. JAMA Surg. 2017;152(3):292-298. doi:10.1001/jamasurg.2016.4952..

Dr. Daniel Rohrs
Cirurgia do Aparelho Digestivo