



Manejo em estomia intestinal de alto débito

Management of high-output bowel stomach

Manejo de la estomía intestinal de alto rendimiento

Ronivaldo Pinto Ferreira¹, Déborah Regina Pereira de Sousa², Miriam Maia¹, Zilka dos Santos de Freitas Ribeiro³, Gustavo Henrique Pereira Pinto⁴, Marlene Ferreira de Souza¹, Renata Gonçalves Paulino¹, Maria das Dores Lopes de França¹, Heloísa Geovana dos Santos Pinto⁵.

RESUMO

Objetivo: Identificar possibilidades de manejo de pacientes com estomia de alto débito. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados PubMed, *Cochrane Library* e BVS entre junho e agosto de 2024, por meio da estratégia de busca “High Output Stoma” AND “Management”. Foram incluídos artigos de texto completo, redigidos em português, inglês ou espanhol no período entre 2014 a 2024. **Resultados:** Foram identificados 104 estudos nas bases de dados. Após a avaliação e os refinamentos dos trabalhos por intermédio dos critérios estabelecidos, obteve-se um total de 13 estudos para análise. Foram estabelecidas três categorias temáticas para sintetizar a revisão: “uso de medicações”, “terapia nutricional” e “acompanhamento nutricional”. **Considerações finais:** Os dados sugerem que o acompanhamento nutricional precoce desde a internação e principalmente no pós-alta, o uso de loperamida, a oferta de dieta do tipo elementar/semi-elementar, a hidratação oral isotônica, o uso de espessantes, a criação de fluxos institucionais e a assistência de enfermagem capacitada são possibilidades de manejo em pacientes com estomia de alto débito.

Palavras-chave: Estomas de alto débito, Desnutrição, Desidratação, Estomia.

ABSTRACT

Objective: To identify management possibilities for patients with high-output stoma. **Methods:** Integrative literature review conducted in the PubMed, Cochrane Library, and BVS databases between June and August 2024, using the search strategy “High Output Stoma” AND “Management”. Full-text articles written in Portuguese, English, or Spanish between 2014 and 2024 were included. **Results:** A total of 104 studies were identified in the databases. After evaluation and refinement of the studies using the established criteria, a total of 13 studies were obtained for analysis. Three thematic categories were established to summarize the review: “use of medications,” “nutritional therapy,” and “nutritional monitoring.” **Final considerations:** The data suggest that early nutritional monitoring from admission and especially after discharge, the use of

¹Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília - DF.

²Programa Coloplast Ativa, Brasília - DF.

³Instituto Federal de Goiás, Águas Lindas - GO.

⁴Centro Universitário Unieuro, Brasília - DF.

⁵Centro Universitário ICESP, Brasília - DF.

loperamide, the provision of an elementary/semi-elemental diet, isotonic oral hydration, the use of thickeners, the creation of institutional flows and qualified nursing care are management possibilities for patients with high-output stoma.

Keywords: High-output stomas, Malnutrition, Dehydration, Ostomy.

RESUMEN

Objetivo: Identificar possibilidades para el manejo de pacientes con ostomías de alto gasto. **Métodos:** Revisión integrativa de la literatura realizada en las bases de datos PubMed, *Cochrane Library* y BVS entre junio y agosto de 2024, utilizando la estrategia de búsqueda “*High Output Stoma*” AND “*Management*”. Se incluyeron artículos en texto completo escritos en portugués, inglés o español entre 2014 y 2024. **Resultados:** se identificaron 104 estudios en las bases de datos. Luego de evaluar y perfeccionar el trabajo utilizando los criterios establecidos, se obtuvo un total de 13 estudios para su análisis. Se establecieron tres categorías temáticas para resumir la revisión: “uso de medicamentos”, “terapia nutricional” y “monitoreo nutricional”. **Consideraciones finales:** Los datos sugieren que el seguimiento nutricional temprano desde la hospitalización y especialmente después del alta, el uso de loperamida, la provisión de una dieta elemental/semielemental, la hidratación oral isotónica, el uso de espesantes, la creación de flujos institucionales y enfermería calificada La atención médica son posibilidades de manejo para pacientes con estoma de alto gasto.

Palabras clave: Estoma de alto rendimiento, Desnutrición, Deshidración, Estomía.

INTRODUÇÃO

Estomia é uma abertura, criada cirurgicamente, que conecta uma parte da cavidade corporal ao ambiente externo. Os estomas formados a partir do intestino são nomeados em relação à sua localização dentro do trato gastrointestinal. Um estoma formado a partir do intestino delgado proximal (menos de 200 cm restantes do intestino delgado) é chamado de jejunostomia; um formado a partir do intestino delgado distal, uma ileostomia, e se formado a partir do cólon, uma colostomia (MOUNTFORD CG, et al., 2014).

A cirurgia de confecção da estomia pode ser resultante de inúmeros fatores, entre eles obstrução intestinal, doenças inflamatórias, traumas e doenças congênitas, tais como Crohn, retocolite ulcerativa e diverticulite, além de neoplasias malignas (QUEIROZ ST, et al., 2022). O câncer colorretal é um dos tipos de maior prevalência no Brasil e no mundo, em ambos os sexos, e um dos principais geradores da confecção de uma estomia (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR, 2019).

Complicações após cirurgia de ostomia são prevalentes e influenciam negativamente a saúde física e a qualidade de vida relacionada à saúde de uma pessoa com estomia de eliminação. Fatores que podem contribuir para complicações incluem tipo de cirurgia, tempo de internação, educação inadequada do paciente/família e falta de marcação pré-operatória do local do estoma. Complicações do estoma e pele periestomal também estão associadas ao aumento da morbidade, probabilidade de readmissão hospitalar e utilização de cuidados de saúde (SCHOTT LL, et al., 2022).

Dentre essas complicações temos os estomas de alto débito, que são definidos quando apresentam um efluente de mais de 1000–2000 ml/24h. No entanto, provavelmente será clinicamente significativo quando esse débito exceder 2000 ml/24h, causando depleção de água, sódio e magnésio, com a desnutrição e desidratação ocorrendo como uma complicação tardia e lesão renal. Na prática, um estoma de alto débito é visto mais comumente em pacientes com ileostomia ou jejunostomia e é improvável que ocorra naqueles com uma colostomia com intestino delgado retido. Isso se deve à grande capacidade de reabsorção de água no cólon remanescente de pacientes com colostomia (MOUNTFORD CG, et al., 2014; URIBE AA, et al., 2021).

As ileostomias são desvios temporários ou permanentes, comumente criadas para proteger uma anastomose distal com alto risco de vazamento anastomótico. Esse tipo de estoma, quando recentemente formado, pode produzir uma média de 1.200 ml de fezes aquosas por dia, enquanto a produção de uma ileostomia estabelecida (mais de 1 ano) varia entre 600 e 800 ml por dia. A perda excessiva de fluidos através do estoma e a incapacidade do intestino delgado de preservar sódio, cloreto e bicarbonato podem resultar em complicações fatais, como desidratação aguda, desequilíbrio eletrolítico e distúrbio ácido-base. Além disso, a perda de quantidades excessivas de sódio nas fezes contribui para a depleção crônica de sódio e desidratação com hiperaldosteronismo secundário como adaptação compensatória pós-ileostomia. Por outro lado, pacientes com ileostomias de longa duração frequentemente apresentam hipomagnesemia, diminuição da absorção de ácido fólico e vitamina B-12 (GOODEY A e COLMAN S, 2016; URIBE AA, et al., 2021).

Dentre as causas mais comuns desse efluente com alto débito podemos incluir, ressecção intestinal (resultando em menos de 200 cm de intestino), obstrução intestinal parcial, disfunção intestinal crônica (distúrbios de dismotilidade, enterite por radiação), sepse intra-abdominal, suspensão repentina de esteroides ou opiáceos após cirurgia para doença inflamatória intestinal, administração de medicamentos procinéticos (por exemplo, metoclopramida) e infecção por *Clostridium difficile* (MOUNTFORD CG, et al., 2014; URIBE AA, et al., 2021).

No entanto, se não forem adequadamente preparados e monitorados, os pacientes com alto débito prolongado correm o risco de complicações que podem aumentar o tempo de internação e retornos frequentes aos serviços de urgência/emergência. Dessa forma, percebe-se a importância do gerenciamento pela equipe de saúde na educação, monitoramento e melhoria dos resultados a curto e longo prazo (GOODEY A e COLMAN S, 2016). Portanto objetivou-se com esse artigo identificar possibilidades de manejo de pacientes com estomia de alto débito.

MÉTODOS

Estudo do tipo revisão integrativa da literatura, que teve por objetivo reunir e sintetizar as evidências dos resultados de pesquisas sobre as intervenções clínicas em indivíduos com estomia de alto débito.

Para realização do estudo foram implementadas as seguintes etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão / síntese do conhecimento (MENDES KDS, et al., 2008).

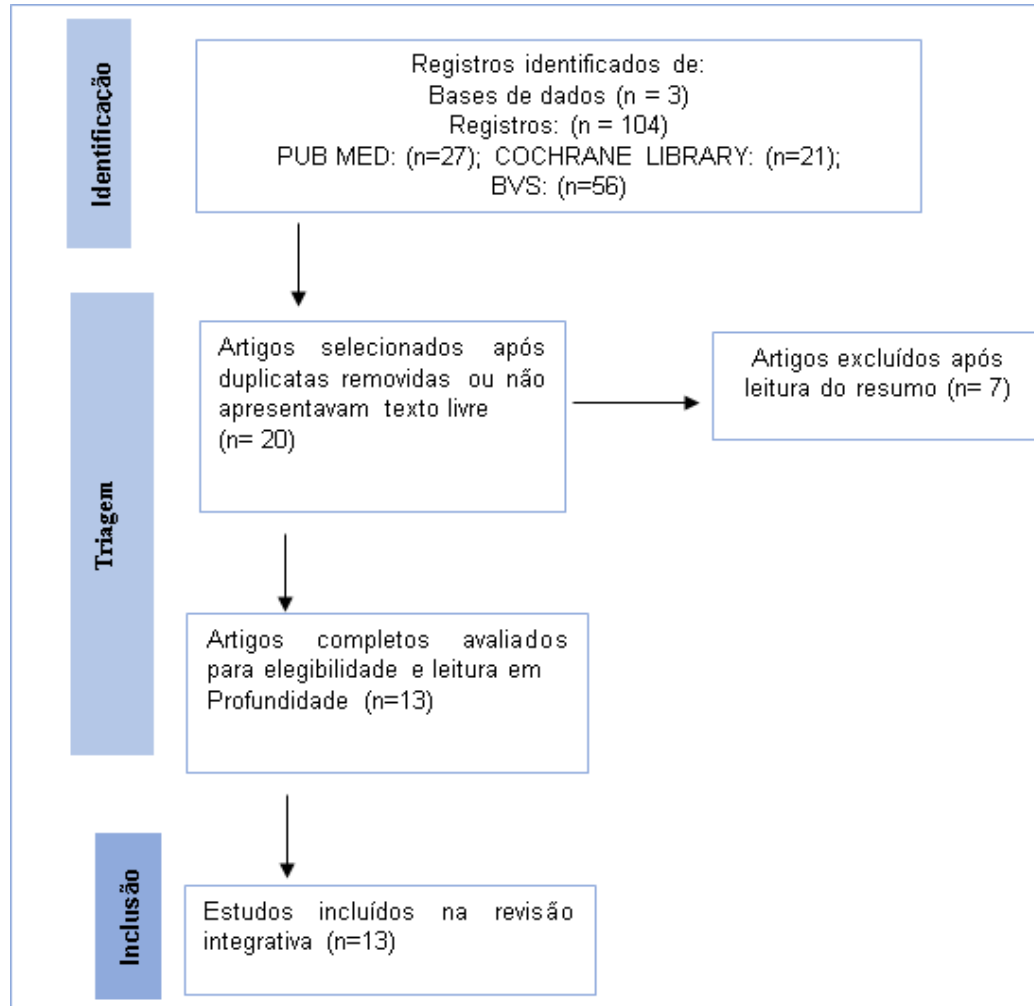
A pergunta de pesquisa foi elaborada de acordo com o acrônimo PICO, um conceito que possibilita de forma direcionada a construção da pergunta de pesquisa (SANTOS CM, et al., 2007), no qual P (população/pacientes): indivíduos adultos que apresentam estomia de alto débito; I (intervenção): manejo clínico; C (comparação/controle): não se aplica; e O (desfecho/outcome): controle do efluente. Portanto a pesquisa foi desenvolvida com base na pergunta norteadora: “*Como gerenciar um estoma intestinal de alto débito em adultos?*”

Os dados foram levantados a partir das bases de dados: *National Library of Medicine* (PubMed), *Cochrane Library* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As buscas foram realizadas no mês de julho de 2024, utilizando como estratégia a combinação entre descritores com o operador booleano AND: (*High Output Stoma*) AND (*Management*).

Os artigos foram submetidos a leitura dos títulos e resumos, sendo incluídos estudos originais em texto completo, publicados no período entre 2014-2024, redigidos em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os estudos que não envolvia indivíduos adultos ou não respondiam à pergunta da pesquisa. Foi utilizado o fluxograma adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Análises* (PRISMA) para descrever informações constantes em cada etapa da busca e seleção dos estudos (**Figura**

1). Cabe ressaltar que embora caracteriza-se como uma ferramenta destinada a revisões sistemáticas, também tem sido empregada para nortear a escrita de revisões integrativas (PAGE MJ, et al., 2020).

Figura 1 - Fluxograma PRISMA demonstrando a seleção dos artigos.



Fonte: Ferreira RP, et al., 2025.

RESULTADOS

Após análise foram selecionados 13 estudos que indicavam como gerenciar um estoma de alto débito em adultos.

Aplicou-se a classificação dos estudos inclusos nesta revisão de acordo com seu nível de evidências, que compreendem: Nível 1: estudos clínicos controlados ou randomizados; Nível 2: evidências de estudos com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudo com delineamento quase-experimental; Nível 4: evidências de estudos não experimentais ou de abordagem qualitativa; Nível 5: evidências resultantes de relatos de casos ou de experiência; Nível 6: evidências advindas de opiniões de especialistas (GALVÃO CM, 2006).

Os dados foram organizados em tabelas que contemplam caracterização dos estudos (**Quadro 1**) e principais resultados (**Quadro 2**).

Quadro 1 - Caracterização dos artigos revisados: autor/ano, base de dados, título, delineamento metodológico e nível de evidência (NE).

Autor/ano	Base	Delineamento metodológico	NE
McDonald A (2014).	BVS	Relato de experiência	Nível 5
Arenas Villafranca JJ, et al. (2015b).	PubMed	Estudo prospectivo e analítico	Nível 2
Mackowski A, et al. (2015).	PubMed	Relato de casos	Nível 5
Rostami K e Al Dulaimi D. (2015).	PubMed	Relato de caso	Nível 5
Kristensen K e Qvist N. (2017).	Cochrane	Estudo randomizado, duplo-cego, controlado.	Nível 1
Cuyle PJ, et al. (2018).	PubMed	Relato de casos	Nível 5
Lee YJ, et al. (2019).	PubMed	Relato de caso	Nível 5
Ahmad SJ, et al. (2019).	PubMed	Relato de caso	Nível 5
Santamaría MM, et al. (2021).	PubMed	Estudo de coorte	Nível 2
Zaczek Z, et al. (2022).	PubMed	Estudo observacional retrospectivo	Nível 2
Ho CY, et al. (2022).	Cochrane	Estudo transversal	Nível 2
Bouloubasi Z, et al. (2024).	BVS	Relato de caso	Nível 5
Westfall KM, et al. (2024).	BVS	Estudo retrospectivo	Nível 2

Fonte: Ferreira RP, et al., 2025.

Quadro 2 - Caracterização dos artigos revisados: objetivo do estudo e principais resultados encontrados.

Autor/ano	Objetivo	Resultados
McDonald A (2014).	Relatar a experiência de criação e uso de um algoritmo/fluxograma para orientar tanto os especialistas quanto a equipe de enfermagem nas evidências de manejo baseado e padronizado de pacientes com estomas de alto débito.	A equipe sabe onde, quando e a quem encaminhar, e os erros foram minimizados em relação a medicamentos, dieta, etc. Agora a equipe está garantindo a informação correta para exames de sangue, fluidos, gráficos de equilíbrio de fluidos e quaisquer outras avaliações dos pacientes. Os pacientes recebem as mesmas informações de todos os funcionários e o apoio correto está sendo dado a todos os membros da equipe. O fluxograma parece facilitar um bom atendimento baseado em evidências.
Arenas Villafranca JJ, et al. (2015b).	Identificar as possíveis causas, consequências e tratamento em estomas de alto débito.	<p>Estágio I: Tratamento inicial: redução da perda de fluidos e eletrólitos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrinja a ingestão de líquidos para 500–1000 ml/dia. Bebidas isotônicas são a melhor opção. Evite a ingestão de bebidas hipotônicas, chá, café, álcool e sucos de frutas. ▪ Realizar hidratação intravenosa. ▪ Prescrever loperamida 2 mg antes do café da manhã-almoço-jantar e à noite. ▪ Monitoramento: equilíbrio hídrico rigoroso, verificação diária do peso corporal, realização de hemograma completo, incluindo eletrólitos (magnésio, cálcio, fósforo, potássio e sódio). <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar suplementação oral ou intravenosa de eletrólitos, se necessário, de acordo com os resultados da análise. ▪ Iniciar avaliação nutricional e tratamento. ▪ Determinar os níveis de B12 em pacientes que NÃO foram operados recentemente. ▪ Determinar o débito do estoma em 48–72 h: se for resolvido, aumentar a ingestão de líquidos orais e iniciar a terapia com soro e a retirada da medicação. <p>Estágio II: Se o alto débito continuar, realize o tratamento de acompanhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continue a restrição de ingestão de líquidos e o monitoramento nutricional. Inicie a ingestão de soro oral como única fonte oral de líquidos (500–1000 ml/dia). ▪ Aumentar a dose de loperamida para 4 mg antes do café

Autor/ano	Objetivo	Resultados
		<p>da manhã-almoço-jantar e à noite (máximo 16 mg/dia).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar tratamento com omeprazol 20 mg/dia. Se já prescrito, aumentar para 40 mg/dia. ▪ Se houver má absorção de gordura, esteatorreia ou produção de bile pruriginosa, adicione colestiramina 4 g antes do café da manhã e do jantar. ▪ Continue o monitoramento e a suplementação de eletrólitos, se necessário, como no Estágio I. ▪ Se o alto débito persistir após 48–72 h, iniciar o Estágio III. <p>Estágio III. Se o alto débito persistir, avalie o tratamento e o gerenciamento do caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementação com vitaminas orais hidrossolúveis e lipossolúveis. ▪ Manter loperamida e adicionar codeína 15-60 mg, antes do café da manhã-almoço-jantar. Contraindicado se o paciente tiver CrCl <15 ml/min. ▪ Se a má absorção de gordura persistir, aumentar a dose de colestiramina para 4 g antes do café da manhã-almoço-jantar. ▪ Se o débito for > 2000 ml após duas semanas: adicione octreotida 200 mcg/dia por 3-5 dias. Se nenhuma melhora for obtida, suspenda este tratamento. ▪ Monitore a ingestão de líquidos. <p>Tratamento nutricional específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evite ingestão de líquidos durante as refeições. ▪ Pode ser aconselhável aumentar temporariamente o teor de sal dos alimentos para promover a reabsorção de líquidos. ▪ Pouco se sabe sobre o uso de fibras solúveis. Fibras insolúveis são contraindicadas devido ao risco de obstrução intestinal. ▪ O efeito dos microrganismos antidiarreicos no estoma de alto débito é desconhecido.
Mackowski A, et al. (2015).	Relatar três casos de alto débito de ileostomia em que a terapia convencional com doses regulares de loperamida foi ineficaz e a terapia com altas doses de loperamida foi bem sucedida em reduzir o débito de ileostomia.	Em casos em que as estratégias de tratamento convencionais e a dosagem de loperamida não tiveram sucesso, a titulação de loperamida para doses mais altas parece ser eficaz e relativamente segura na redução da produção do estoma. Em todos os casos relatados, os pacientes demonstraram melhora clínica sem efeitos colaterais usando doses de loperamida de até 400 mg/dia com monitoramento das funções hepática e renal.
Rostami K e Al Dulaimi D. (2015).	Descrever o caso de um paciente que foi submetido a uma colectomia subtotal para colite ulcerativa complicada por alto débito de ileostomia refratária, apesar da terapia médica padrão máxima por 12 anos.	Após iniciar a dieta elementar exclusiva, sua bolsa de ileostomia diminuiu de 8 esvaziamentos/dia e 5 esvaziamentos/noites para 3 esvaziamento/dia e não precisou ser esvaziada durante a noite. As erosões estomais, escoriações e sangramentos melhoraram e cicatrizaram em poucos dias. Em consonância com uma melhora na função da ileostomia, sua qualidade de vida e bem-estar psicossocial melhoraram.
Kristensen K e Qvist N. (2017).	Avaliar o efeito agudo da loperamida em (a) débito da	A loperamida 12 mg/dia reduziu o débito da ileostomia, mas com efeito variável entre os pacientes, e com uma mediana

Autor/ano	Objetivo	Resultados
	ileostomia em g/dia, (b) tempo de trânsito gastrointestinal e (c) efeitos relatados pelo paciente.	de 16,5% não atingindo os critérios de significância clínica de 20% estabelecidos por este estudo. Assim, isso sugere que o tratamento com loperamida no débito da ileostomia deve ser baseado em uma avaliação clínica individual da resposta ao tratamento de cada paciente. O tempo de trânsito foi significativamente reduzido durante o tratamento com loperamida quando os primeiros 10% do marcador radiopaco passaram pelo trato gastrointestinal.
Cuyle PJ, et al. (2018).	Relatar o tratamento com a lanreotida em estoma de alto débito.	Pacientes com ileostomia de alto débito podem ser tratados com análogos de somatostatina (lanreotida 120mg a cada 4 semanas) em combinação com recomendações dietéticas e solução eletrolítica de glicose.
Lee YJ, et al. (2019).	Relatar o caso com o manejo nutricional de um estoma de alto débito em um paciente com doença de Crohn após ter sido submetido a uma extensa ressecção do intestino delgado.	<p>Internação: nutrição parenteral (NP) personalizada para mitigar o risco de desnutrição.</p> <p>2º Dia Pós-Operatório (DPO): Nutrição Enteral (NE) continua com fórmula de baixo resíduo para diminuir a produção estomal e permitir estimulação luminal persistente.</p> <p>19º DPO: desmame de NP (Atende a 80% dos requisitos).</p> <p>33º DPO: aumento da NE para o nível calórico alvo e uso da NP suplementar para repor os nutrientes perdidos devido à estomia.</p> <p>50º DPO: dieta oral. 1ª consulta - educação sobre a necessidade de adesão às orientações nutricionais da estomia.</p> <p>54º DPO: dieta oral com baixo teor de resíduos; reavaliação nutricional. Plano de NP domiciliar após a alta para prevenir desidratação e desequilíbrios eletrolíticos.</p> <p>55º DPO: 2ª visita - aconselhar a ingestão de líquidos hipertônicos entre as refeições para garantir a hidratação.</p> <p>56º DPO: 3ª visita - aconselhar a limitar vegetais e sopas às refeições para reduzir a produção de gases.</p> <p>64º DPO: 4ª visita - aconselhar a fazer pequenas refeições frequentes (5–6 por dia) e aumentar a densidade de nutrientes para permitir o ganho de peso e melhorar a absorção.</p> <p>O manejo nutricional intensivo permitiu melhorias no estado nutricional, como ganho de peso e manutenção de hidratação adequada. Para otimizar os resultados, uma abordagem multidisciplinar (cuidados em equipe) é essencial.</p>
Ahmad SJ, et al. (2019).	Relatar o uso de dieta semi-elementar no tratamento de um caso de ileostomia de alto débito.	A dieta elementar ou semi-elementar pode ser usada como monoterapia, em pacientes com alta produção de ileostomia, mesmo em casos com comprimento do intestino delgado tão curto quanto 90 cm. A produção do estoma caiu de 7,2 litros/dia para 2,0 litros/dia após a introdução da terapia.
Santamaría MM, et al. (2021).	Avaliar o impacto de uma consulta nutricional de acompanhamento para pacientes com estomia na taxa de readmissões relacionadas a estoma de alto débito, bem como na detecção de mau estado nutricional e seu manejo, e determinar o impacto econômico associado.	O acompanhamento nutricional precoce dos pacientes após a alta resultou em uma redução significativa na taxa de readmissões relacionadas a estomia de alto débito e permitiu identificar uma alta porcentagem de pacientes com desnutrição. A análise de custos mostrou que o processo foi uma melhoria custo-efetividade.

Autor/ano	Objetivo	Resultados
Zaczek Z, et al. (2022).	Avaliar o impacto de pós espessantes na redução da produção do estoma em indivíduos com síndrome do intestino curto e alto débito.	Os volumes medianos de saída da jejunostomia final foram significativamente menores quando os pacientes consumiram a mistura de água e pó espessante, em comparação com água potável sem aditivos (550,0 ml/d vs. 811,9 ml/d, $p=0,002$).
Ho CY, et al. (2022).	Avaliar o débito da ileostomia pós-operatória entre pacientes com câncer colorretal após serem suplementados com goma guar parcialmente hidrolisada.	Pacientes que receberam fibra de goma guar parcialmente hidrolisada relataram menor produção de estoma com consistência de produção mais firme do que pacientes que receberam tratamento padrão ($p < 0,05$ e $p < 0,01$). Pacientes que receberam goma guar obtiveram maior ingestão de energia, proteína e fibra solúvel do que o grupo controle ($p < 0,01$) na alta.
Bouloubasi Z, et al. (2024).	Relatar o caso de um paciente com apenas 5 cm de intestino delgado remanescente e um estoma duodenal de alto débito, que foi tratado com teduglutida.	O início das injeções subcutâneas de teduglutida combinadas com cuidados nutricionais adequados resultou na redução do débito do estoma, melhora do estado nutricional, regulação do equilíbrio de fluidos e estabilização da condição clínica do paciente.
Westfall KM, et al. (2024).	Avaliar as readmissões entre pacientes submetidos a novas ileostomias após solução de reidratação oral pós-operatória e consultas clínicas padronizadas.	Uma solução de reidratação oral e consultas frequentes padronizadas pós-alta lideradas por equipe de enfermagem treinada diminuíram as readmissões e visitas ao departamento de emergência entre pacientes submetidos a novas ileostomias após cirurgia colorretal.

Fonte: Ferreira RP, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Estoma de alto débito é uma complicação frequente em pacientes com ileostomias que não é bem identificada e muitas vezes não é abordada adequadamente pela equipe de saúde. Pode variar entre débitos de 2.000 ml em 24 h a 1.500 ml em 3-5 dias, de acordo com diferentes autores. Frequentemente apresenta implicações negativas de curto e longo prazo para os pacientes e está associada a readmissões (ARENAS VILLAFRANCA JJ, et al., 2014a).

A partir das características dos estudos presentes nas **Tabelas 1 e 2**, analisou-se os aspectos que convergem e se contrapõem entre os trabalhos, com isso, foram estabelecidas categorias temáticas para discussão desta revisão: “uso de medicações”, “terapia nutricional” e “acompanhamento nutricional”.

O uso de medicação para manejo em estoma de alto débito foi relatado em resultados de cinco estudos (ARENAS VILLAFRANCA JJ, et al., 2015b; MACKOWSKI A, et al., 2015; KRISTENSEN K e QVIST N, 2017; CUYLE PJ, et al., 2018; BOULOUBASI Z, et al., 2024). A terapia medicamentosa utilizada foi: loperamida, codeína, omeprazol, colesteramina, octreotida, lanreotida e teduglutida. O medicamento mais utilizado foi o loperamida (nível de evidência 1 e 2).

A loperamida é um opioide fenilpiperidina sintético lipofílico e um agonista do receptor μ . Em doses terapêuticas, a loperamida atua nos receptores μ -opioides diretamente nos músculos intestinais circulares e longitudinais para diminuir o tempo de transição, inibir a perda de eletrólitos do peristaltismo e aumentar o tônus retal. Em grandes quantidades, a loperamida pode causar efeitos sistêmicos semelhantes à toxicidade dos opioides (depressão do sistema nervoso central, depressão respiratória) e anormalidades letais na condução cardíaca (SAHI N, et al., 2024).

Sendo o medicamento mais utilizado para estomas de alto débito, é preciso monitoramento por parte da equipe de saúde na internação e no pós-alta. Sahi N, et al. (2024) relata que, embora a loperamida esteja disponível como um medicamento de venda livre, seu uso ainda requer a atenção e a supervisão de uma equipe de saúde interprofissional, e que ao prescrever ou recomendar loperamida, o enfermeiro e o farmacêutico devem reiterar todas as questões de segurança e dosagem para garantir o uso adequado da medicação e otimizar a segurança do paciente, pois os pacientes podem pensar que a loperamida não tem potencial para uso indevido devido à sua disponibilidade de venda livre.

Além do uso de medicamentos, é preciso estabelecer uma terapia nutricional para manejo seguro em pacientes com estoma de alto débito. O manejo nutricional foi apresentado em objetivo/resultados de oito estudos (ARENAS VILAFRANCA JJ, et al., 2015b; ROSTAMI K e AL DULAIMI D, 2015; CUYLE PJ, et al., 2018; LEE YJ, et al., 2019; AHMAD SJ, et al., 2019; ZACZEK Z, et al., 2022; BOULOUBASI Z, et al., 2022; WESTFALL KM, et al., 2024) tanto como terapia principal quanto combinada á medicamentos. A maioria dos estudos são relatos de casos (nível de evidência 5), descrevendo cuidados nutricionais desde a internação e aplicação de dietas elementar, semi-elementar e o uso de goma guar em alguns casos (ARENAS VILAFRANCA JJ, et al., 2015b; ROSTAMI K e AL DULAIMI D, 2015; AHMAD SJ, et al., 2019; HO CY, et al., 2022).

Uma dieta elementar exclusiva envolve fornecer aos pacientes aminoácidos essenciais e não essenciais, gorduras, carboidratos e vitaminas em uma formula que seja mais efetivamente absorvida e menos alergênica em casos de distúrbios gastrointestinais. Esta dieta líquida é facilmente absorvida pelo trato digestivo e fornece todos os macronutrientes e vitaminas essenciais necessários para a saúde, além de permitir que o sistema digestivo faça uma pausa no desempenho de suas funções, a fim de se regenerar (ROSTAMI K e AL DULAIMI D, 2015; LANE A, et al., 2021).

Já a goma guar é uma goma obtida das sementes de leguminosas, podendo atuar como antidiarreico, devido à sua natureza coloidal, impedindo a ação de substâncias irritantes e até de bactérias sobre a mucosa, além de acelerar a absorção de água no epitélio intestinal (YASUKAWA Z, et al., 2019).

Os estudos com maiores níveis de evidência (nível 2) no manejo nutricional descrevem o acompanhamento nutricional imediato com três estágios de avaliações com foco no monitoramento contínuo e na hidratação, o uso de espessante e o uso da solução de reidratação oral (ARENAS VILAFRANCA JJ, et al., 2015b; ZACZEK Z, et al., 2022; WESTFALL KM, et al., 2024).

Uma ação sempre mencionada nos estudos é a suspensão de bebidas hipotônicas e a introdução de soluções isotônicas para melhor gestão da depleção de sódio e água. Mountford CG, et al. (2014) e Adaba F, et al. (2017) descrevem que o consumo de fluidos com uma concentração de sódio menor que 90 mmol/L de sódio (soluções hipotônicas) resulta em um efluxo líquido de sódio do plasma para o lúmen até que o equilíbrio seja alcançado, e que fluidos hipertônicos contendo sorbitol ou glicose também podem causar perdas estomais de água e sódio.

Mountford CG, et al. (2014) sugerem que os pacientes devem ser aconselhados a restringir fluidos hipotônicos/hipertônicos a menos de 1000 ml por dia. Na prática, essa etapa costuma ser difícil para os pacientes porque eles sentem sede e seu instinto é beber mais. O restante de suas necessidades de fluidos deve ser atendido pelo consumo de uma solução salina de glicose (1 L ou mais com uma concentração de sódio de pelo menos 90 mmol/L) tomada em pequenas quantidades ao longo do dia.

Todas essas ações para manejo em um paciente que apresenta um estoma de alto débito, deverão ser trabalhadas em equipe. Somente os estudos de McDonald A (2014) e Westfall KM, et al. (2024) apontaram esse trabalho, mencionando apenas a equipe de enfermagem como sujeitos com necessidade de orientações e enfermeiros como líderes treinados para evitar readmissões de pacientes com estomia de alto débito. Os outros estudos englobam o trabalho da equipe nutricional no acompanhamento intensivo durante a internação e principalmente no pós-alta (LEE YJ, et al., 2019; SANTAMARÍA MM, et al., 2021).

A criação e aplicação de um fluxo dentro de um serviço de saúde foi apresentado como um relato de experiência bem sucedido (MCDONALD A, 2014). Rodrigues RP, et al. (2019) afirma que, além de ajudar a organizar os serviços, o fluxograma ajuda os profissionais a se avaliarem e pensar sobre seus prós e contras, permitindo repensar e ressignificar o processo de trabalho, o que pode beneficiar os usuários, servidores e serviços.

O acompanhamento pós-alta precoce tanto pelo enfermeiro capacitado quanto pelo nutricionista apresentou nível 2 de evidência, permitindo identificar pacientes em risco nutricional, desidratação e readmissões em serviços de saúde (SANTAMARÍA MM, et al., 2021; WESTFALL KM, et al., 2024).

Um estudo de revisão integrativa descreveu que o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, tem papel fundamental no processo de reabilitação da pessoa com estomia, pois possui competência e ferramentas assistenciais para detectar todas as dificuldades de adaptação destes indivíduos, mas que é preciso mais estudos que abrangem as tecnologias de cuidado ao indivíduo com estomas intestinais (SILVA RA, et al., 2020).

Além do mais, é preciso ter oferta de capacitação e participação dos profissionais de saúde na temática envolvendo pessoas com estomias. O estudo de Rodrigues RP, et al. (2019) realizado com enfermeiros da atenção primária constatou que eles não possuem a devida capacitação técnica para oferecer assistência e orientação adequadas às pessoas com estomia e que essas lacunas de conhecimento, especialmente em relação aos cuidados básicos, são atribuídas à falta de preparo durante a formação acadêmica, o que não é sanado ao longo da experiência profissional.

Os estudos dessa revisão, em sua maioria, envolviam o manejo nutricional da pessoa com estomia de alto débito, tendo o nutricionista como principal condutor dessa intervenção. Não foram mencionados nos estudos as necessidades de adaptação de equipamentos coletores, cuidados com a pele periestoma ou características do estoma.

Evidenciam-se as limitações na quantidade de estudos com alto nível de evidência que responderiam à pergunta de pesquisa. Torna-se importante a criação de novos trabalhos que abordem o assunto de forma interdisciplinar e a elaboração de protocolos institucionais para o manejo de pacientes com estomia de alto débito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados sugerem que o acompanhamento nutricional precoce desde a internação e principalmente no pós-alta, o uso de loperamida, a oferta de dieta do tipo elementar/semi-elementar, a hidratação oral isotônica, o uso de espessantes, a criação de fluxos institucionais e a assistência de enfermagem capacitada são possibilidades de manejo em pacientes com estomia de alto débito. Uma das descobertas mais relevantes que emergiram do estudo foi o uso de fibra de goma guar e de pós espessantes na redução da produção do estoma. Esses resultados indicaram que é preciso uma atuação de forma interdisciplinar e que haja a conscientização e capacitação dos profissionais de saúde sobre os riscos e formas de prevenção em trabalhar com estomias de alto débito. Novos estudos com foco na atuação interdisciplinar e com a descrição do tipo de dispositivos coletores e adjuvantes são necessários, apontando também o manejo na parte física do estoma. Dessa forma, é preciso que profissionais e gestores em saúde, que trabalham com essa população, busquem conhecimento e formulem políticas assistências trazendo para o centro do círculo assistencial o paciente em todo o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. ADABA F, et al. Management of Intestinal Failure: the high-output enterostomy and enterocutaneous fistula. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30(03):215-22.
2. AHMAD SJ, et al. Semi-elemental diet is effective in managing high output ileostomy; a case report. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench.* 2019;12(2), 169–173.
3. ARENAS VILLAFRANCA JJ, et al. Ostomías de alto débito: detección y abordaje. *Nutr Hosp.* 2014a;30(6):1391-1396.
4. ARENAS VILLAFRANCA JJ, et al. Protocol for the detection and nutritional management of high-output stomas. *Nutr J.* 2015b ;14(1).
5. BOULOUBASI Z, et al. Managing fluid balance and nutritional status in a short bowel syndrome patient awaiting intestinal transplant: a case report. *Eur J Clin Nutr.* 2024; 78:455-458.
6. CUYLE PJ, et al. Lanreotide in the prevention and management of high-output ileostomy after colorectal cancer surgery. *J Drug Assess.* 2018;7(1):28-33.

7. GALVÃO CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):5.
8. GOODEY A, COLMAN S. Safe management of ileostomates with high-output stomas. *Br J Nurs.* 2016;25(22):S4-S9.
9. HO CY, et al. Lower ileostomy output among postoperative colorectal cancer patients after supplemented with partially hydrolysed guar gum: outcome of a pilot study. *Nutrition.* 2022:111758.
10. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2019. 120p. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
11. KRISTENSEN K, QVIST N. The acute effect of loperamide on ileostomy output: a randomized, double-blinded, placebo-controlled, crossover study. *Basic Amp Clin Pharmacol Amp Toxicol.* 2017;121(6):493-8.
12. LANE A, et al. An elemental diet is effective in the management of diversion colitis. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2021;14(1):81-84.
13. LEE YJ, et al. Nutritional management of a patient with a high-output stoma after extensive small bowel resection to treat crohn's disease. *Clin Nutr Res.* 2019;8(3):247.
14. MACKOWSKI A, et al. Successful management of chronic high-output ileostomy with high dose loperamide. *Case Rep.* 2015;2015(apr22 1):bcr2015209411.
15. MCDONALD A. Orchestrating the management of patients with high-output stomas. *Br J Nurs.* 2014;23(12):645-9.
16. MENDES KDS, et al. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
17. MOUNTFORD CG, et al. A practical approach to the management of high-output stoma. *Frontline Gastroenterol.* 2014;5(3):203-7.
18. PAGE MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372(71):n71.
19. QUEIROZ ST, et al. Food consumption of macronutrients and nutritional status of people with ostomy. *ESTIMA Braz J Enteros Ther.* 2022.
20. RODRIGUES RP, et al. Fluxograma descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a atenção primária à saúde. *Saude Em Debate.* 2019;43(spe6):109-16.
21. ROSTAMI K, AL DULAIMI D. Elemental diets role in treatment of high ileostomy output and other gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2015;8(1):71-76.
22. SAHI N, et al. Loperamide. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2024.
23. SANTAMARÍA MM, et al. Impact of a nutrition consultation on the rate of high output stoma-related readmission: an ambispective cohort study. *Sci Rep.* 2021;11(1).
24. SANTOS CM, et al. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enferm.* 2007;15(3):508-11.
25. SCHOTT LL, et al. Characteristics, hospital length of stay, and readmissions among individuals undergoing abdominal ostomy surgery. *J Wound Ostomy Amp Cont Nurs.* 2022;49(6):529-39.
26. SILVA RA, et al. Cuidados de enfermagem ao paciente com estomia intestinal: uma revisão integrativa. *Braz J Health Rev.* 2020;3(4):10771-8.
27. URIBE AA, et al. Perioperative morbidity and complications in patients with an established ileostomy undergoing major abdominal surgery: a retrospective study. *Front Surg.* 2021;8.
28. WESTFALL KM, et al. Postoperative oral rehydration and regimented follow-up decrease readmissions for colorectal surgery patients with ileostomies. *Dis Colon Amp Rectum.* 2024; 67(2):313-21.
29. YASUKAWA Z, et al. Effect of repeated consumption of partially hydrolyzed guar gum on fecal characteristics and gut microbiota: a randomized, double-blind, placebo-controlled, and parallel-group clinical trial. *Nutrients.* 2019;11(9):2170.
30. ZACZEK Z, et al. Effect of thickening powder on gastrointestinal losses in patients with high-output end jejunostomy syndrome – preliminary results. *Vivo.* 2022;36(2):884-9.