

Terapia nutricional em ginecologia e obstetrícia em Hospital Público Universitário do Brasil

Nutrition therapy in gynecology and obstetrics in Hospital Public University of Brazil

Feliciano da Silva, Claudia¹; Lúcia de Mendonca Soares, Bruna²; Pessoa de Araújo Burgos, Maria Goretti²

1 Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

2 Departamento de nutrição da UFPE.

Recibido: 31/marzo/2017. Aceptado: 28/julio/2017.

RESUMO

Introdução: Terapia nutricional (TN) é definida como a provisão de nutrientes por via oral, enteral ou parenteral com intenção terapêutica.

Métodos: Estudo retrospectivo transversal no período de 2009 a 2013, no qual foi avaliada a TN (oral, enteral, parenteral) de 183 pacientes internadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, por meio de informações contidas no banco de dados dos serviços de nutrição/farmácia. Para as análises estatísticas, foram aplicados os testes t de Student, χ^2 e ANOVA.

Resultados: A clínica predominante foi a ginecologia (82%). A idade média geral foi de 49,0 \pm 17,1 anos. O tipo de TN mais freqüente foi oral (67,2%). Na ginecologia, a patologia mais encontrada foi a neoplasia de colo de útero (27,1%), na obstetrícia 56,3% eram gestantes de alto risco. A anorexia foi a indicação mais frequente independente da clínica. A maioria das pacientes recebeu terapia nutricional oral (TNO) normocalórica, com maior percentual das fórmulas poliméricas. Quanto às fibras, 79,3% das fórmulas da terapia nutricional enteral (TNE) continham fibras, diferindo da TNO ($p=0,0023$). Na TN parenteral houve predominância de neoplasias ginecológicas (85,7%). Pode-se perceber que a TNE possuiu teor calórico maior do que a TNO ($p < 0,0001$). O

tempo médio de administração foi de 10,3 \pm 10,9 dias (1-83 dias), sem diferença entre as clínicas estudadas ($p = 0,6$).

Conclusões: A TNO polimérica normocalórica, normoprotéica, normoglicídica e normolipídica predominou no grupo estudado, sendo as pacientes de ginecologia as que mais fizeram uso da terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE

Terapia nutricional; Nutrição enteral; Nutrição parenteral; Ginecologia; Obstetrícia.

ABSTRACT

Introduction: Nutritional therapy (TN) is defined as the supply of nutrients orally, enterally or parenterally with therapeutic intent.

Methods: Retrospective study from 2009 to 2013, where NT (oral, enteral, parenteral) was evaluated in 183 patients admitted to the Hospital of the Federal University of Pernambuco, through information contained in the database of nutrition/pharmacy services. To perform the statistical analysis, were applied the Student t, χ^2 and ANOVA tests.

Results: The predominant clinical was the gynecology (82%). The overall mean age was 49.0 \pm 17.1 years. The most frequent type of NT was oral (67.2%). In gynecology, the most frequent pathology was neoplasm of the cervix (27.1%), obstetrics 56.3% were high-risk pregnant. Anorexia was the most frequent indication independent of the clinic. Most patients received oral NT normocaloric, with the highest percentage of polymeric formulas. As for fiber, 79.3%

Correspondencia:
Bruna Lúcia de Mendonca Soares
bruna-luc@hotmail.com

of EN (enteral nutrition) formulas contained fibers, differing from oral NT ($p = 0.0023$). Parenteral nutrition predominated gynecological patients (85.7%). One can see that the EN owned calorie greater than the oral NT ($p < 0.0001$). The time of administration mean was 10.3 ± 10.9 days (1-83 days), with no difference between the studied clinics ($p = 0.6$).

Conclusions: polymer, normocaloric, normoproteic, normoglycidic and normolipidic oral NT predominated in the study group, and the gynecology patients the ones that took the therapy.

KEYWORDS

Nutrition therapy; Enteral nutrition; Parenteral nutrition; Gynecology; Obstetrics.

INTRODUÇÃO

Terapia nutricional (TN) é definida como a provisão de nutrientes por via oral, enteral ou parenteral com intenção terapêutica. A terapia nutricional oral (TNO) é a ingestão oral suplementar de alimentos dietéticos para fins medicinais especiais para além da alimentação normal^{1,2}. A terapia nutricional enteral (TNE) envolve o fornecimento de nutrientes por meio do trato gastrointestinal via tubo, cateter ou estoma que entrega nutrientes distantes da cavidade oral, já a terapia nutricional parenteral (TNP) é a administração de nutrientes por via intravenosa, através de um acesso venoso central ou periférico³.

A TN em obstetrícia tem o objetivo principal de garantir a oferta dos nutrientes necessários para o adequado desenvolvimento da gestação, em situações em que a alimentação oral é insuficiente, insegura ou impossível⁴.

Em ginecologia, a TN é utilizada principalmente nos casos de neoplasias ginecológicas devido à alta incidência de desnutrição que ocorre em pacientes com câncer cervical e endometrial, sendo mais comum em mulheres com câncer de ovário⁵, especialmente em estágios avançados quando a metástase intra-abdominal prejudica gravemente a função gastrointestinal⁶.

A escolha da TN adequada, via de administração, volume e composição é de grande importância, pois visa suprir as necessidades de macro e de micronutrientes de um indivíduo, quando as recomendações não são atingidas há risco de desnutrição, por outro lado, o excesso de aporte de nutrientes pode sobrecarregar órgãos e sistemas⁷.

Diante disso, o objetivo deste trabalho foi analisar as características da terapia nutricional em pacientes hospitalizadas nas clínicas de ginecologia e obstetrícia.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo transversal, com informações obtidas a partir do banco de dados do serviço de nutrição e farmácia

do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, região Nordeste do Brasil. Foram incluídas 183 mulheres das clínicas de ginecologia e obstetrícia internadas no período de janeiro de 2009 até dezembro de 2013. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE.

Os critérios de inclusão foram: mulheres em qualquer faixa etária, que receberam algum tipo de TN, por qualquer período de tempo, isoladas ou combinadas. Como critério de exclusão foi considerado: pacientes com informações incompletas no banco de dados.

Foram analisados os seguintes dados: clínica de admissão, idade, tipo da TN, patologia de base, indicação, tipo de formulação, características nutricionais das fórmulas, vias de acesso e tempo de administração.

Quanto ao tipo de TN, foram classificadas em oral, enteral e parenteral. De acordo com a formulação, foram classificadas, no caso de TNE ou TNO, em: Normo, hiper ou hipocalórica; normo, hiper ou hipoprotéica; normo, hiper ou hipoglicídica; normo, hiper ou hipolipídica. Além disso, foram classificadas em polimérica, oligomérica, monomérica, especializada ou módulos nutricionais (fibras, proteínas, carboidratos, vitaminas e minerais).

A TNP foi classificada como 2 em 1 (glicose e aminoácidos) ou 3 em 1 (glicose, aminoácidos e lipídeos).

Considerou-se para a TNE as seguintes vias de acesso: sonda nasogástrica (SNG) e sonda nasoenteral (SNE); TNP: central e periférica.

Para realização das análises estatísticas, as medidas qualitativas da amostra foram descritas por meio de frequência absoluta e porcentagem, e as quantitativas por média e desvio-padrão. As médias de idade e tempo de administração foram avaliadas pelo teste t de Student. Na avaliação das fibras, em relação ao tipo de TN, utilizou-se o Teste do χ^2 . As características nutricionais foram avaliadas por meio da ANOVA e uma vez concluindo-se existir diferenças significativas entre os tipos de TN, avaliou-se a magnitude destas diferenças utilizando um teste de comparações múltiplas, teste Tukey. Para a análise estatística dos dados utilizou-se o software R®, versão 3.1.2. Em todos os testes foi levado em consideração o nível de significância com valor $p < 5\%$ ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Durante o período da pesquisa, a terapia nutricional foi administrada em 13,0% das mulheres internadas na ginecologia e 0,3% na obstetrícia. Na amostra estudada, 82% das mulheres eram da ginecologia e 18% da obstetrícia. A idade média geral foi de $49,0 \pm 17,1$ anos (14 – 84 anos), com maior idade de $53,9 \pm 14,6$ anos nas pacientes da ginecologia, diferindo das mulheres da obstetrícia que tiveram em média $27,0 \pm 7,4$ anos ($p < 0,001$).

O tipo de TN mais freqüente foi oral (67,2%), seguido da enteral (29%) e parenteral (3,8%). Este padrão de distribuição manteve-se nas duas clínicas estudadas.

Em relação às patologias de base detectou-se na ginecologia: neoplasia de colo de útero (27,1%), neoplasia de ovário (20,9%), neoplasia de mama (18,7%), histerectomia (10,4%) e 22,9% de outras patologias (sangramentos vaginais, cirurgias de pequeno porte, cistos, endometriose, miomatoses e infecções do trato urinário).

Na obstetrícia, mais da metade (56,3%) das mulheres que receberam TN eram gestantes de alto risco (baixo peso, eclâmpsia, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e cirurgia bariátrica). Nas puérperas (43,7%), foi detectado pós-operatório imediato de cesárea e infecção puerperal.

As indicações da TNO e da TNE nas diferentes clínicas encontram-se na tabela 1 e as características das formulações utilizadas encontram-se na tabela 2, sendo observado que a maioria das pacientes recebeu TNO normocalórica.

Os tipos de fórmulas administradas foram: polimérica (54,5%), oligomérica (2,8%), especializada (20,5%) e módulos nutricionais (22,2%).

Quanto às fibras, 79,3% (32,1% solúvel e 47,2% mix de fibras solúvel com insolúvel) das fórmulas da TNE continham fibras na sua composição, diferindo da TNO onde foram encontradas em apenas 54,4% ($p=0,0023$).

Devido às particularidades da TNP, suas características foram analisadas separadamente (tabela 3).

Na figura 1 são apresentadas as distribuições de macronutrientes segundo os tipos de TN administradas. Em relação às calorias, a TNO ofertou em média $623,6 \pm 277,1$ Kcal/dia enquanto que a TNE forneceu $1356,0 \pm 517,9$ Kcal/dia constata-

Tabela 2. Características das formulações de terapia nutricional oral e enteral utilizadas nas clínicas estudadas.

Tipos de formulações	TN oral n (%)	TN enteral n (%)
Calorias		
Normocalórica	65 (52,8)	11 (20,7)
Hipercalórica	58 (47,2)	42 (79,3)
Hipocalórica	0 (0)	0 (0)
Proteína		
Normoprotéica	68 (55,3)	10 (18,9)
Hiperprotéica	55 (44,7)	43 (81,1)
Hipoprotéica	0 (0)	0 (0)
Carboidratos		
Normoglicídica	123 (100)	53 (100)
Hiperglicídica	0 (0)	0 (0)
Hipoglicídica	0 (0)	0 (0)
Lipídeos		
Normolipídica	101 (82,1)	52 (98,1)
Hiperlipídica	18 (14,6)	0 (0)
Hipolipídica	4 (3,3)	1 (1,9)

TN = terapia nutricional.

Tabela 1. Terapia nutricional oral e enteral e indicações nas clínicas estudadas.

Indicação	Ginecologia		Obstetrícia	
	TN oral n (%)	TN enteral n (%)	TN oral n (%)	TN enteral n (%)
Anorexia	47 (46,1)	26 (61,9)	3 (14,3)	7 (63,6)
Desnutrição	19 (18,6)	7 (16,6)	7 (33,3)	1 (9,1)
Constipação	14 (13,7)	0 (0)	4 (19,1)	0 (0)
Diarréia	7 (6,9)	2 (4,8)	2 (9,4)	0 (0)
Úlceras	5 (4,9)	2 (4,8)	4 (19,1)	0 (0)
Outros	10 (9,8)	5 (11,9)	1 (4,8)	3 (27,3)

TN = terapia nutricional.

Tabela 3. Características do uso da terapia nutricional parenteral nas clínicas estudadas.

Variável	n (%)
Clínica	
Ginecologia	6 (85,7)
Obstetrícia	1 (14,3)
Faixa Etária	
< 60	5 (71,4)
≥ 60	2 (28,6)
Motivo de indicação	
Neoplasia de colo uterino avançada com obstrução intestinal	3 (42,8)
Neoplasia de colo uterino pós LE com fístula	2 (28,6)
Neoplasia de ovário com ascite volumosa e vômitos incoercíveis	1 (14,3)
Puérpera com pancreatite aguda	1 (14,3)
Tipo de TNP	
Três em um	6 (85,7)
Dois em um	1 (14,3)
Tipo de acesso venoso da TNP	
Central	7 (100)
Periférico	0 (0)
Variável	Média ± DP
Calorias (Kcal)	1650,7 ± 447,3
Proteína (%)	17,1 ± 3,5
Carboidrato (%)	52 ± 10,1
Lipídeo (%)	30,9 ± 13,6
Tempo de administração da TNP	8,1 ± 1,8

LE = laparotomia exploradora; TNP = terapia nutricional parenteral; DP = desvio-padrão.

tando a diferença entre os dois tipos de TN, pelo teste Tukey ($p < 0,0001$), pode-se perceber que a TNE pode fornecer teor calórico maior do que a TNO.

Quanto às vias de acesso da TNE, observou-se que 79,2% foram SNG e 20,8% SNE.

Em relação ao tempo de permanência médio em todas as TN realizadas, detectou-se 10,3 dias \pm 10,9 dias (1 – 83 dias), sem diferença entre as pacientes das duas clínicas ($p = 0,6$).

DISCUSSÃO

A desnutrição em pacientes hospitalizados ocorre em 20 a 60% dos casos, atrasando a recuperação de doenças e de cirurgias e aumentando as complicações e mortalidade. Cerca de um em cada três pacientes tem risco alto de desnutrição, devendo ser identificados na admissão para iniciar terapia nutricional o mais precoce possível⁸.

Muitos estudos têm demonstrado os benefícios da terapia nutricional em pacientes hospitalizados, como a redução do risco de infecção e de internação prolongada, melhor resposta a terapêutica proposta e melhoria na qualidade de vida⁹⁻¹².

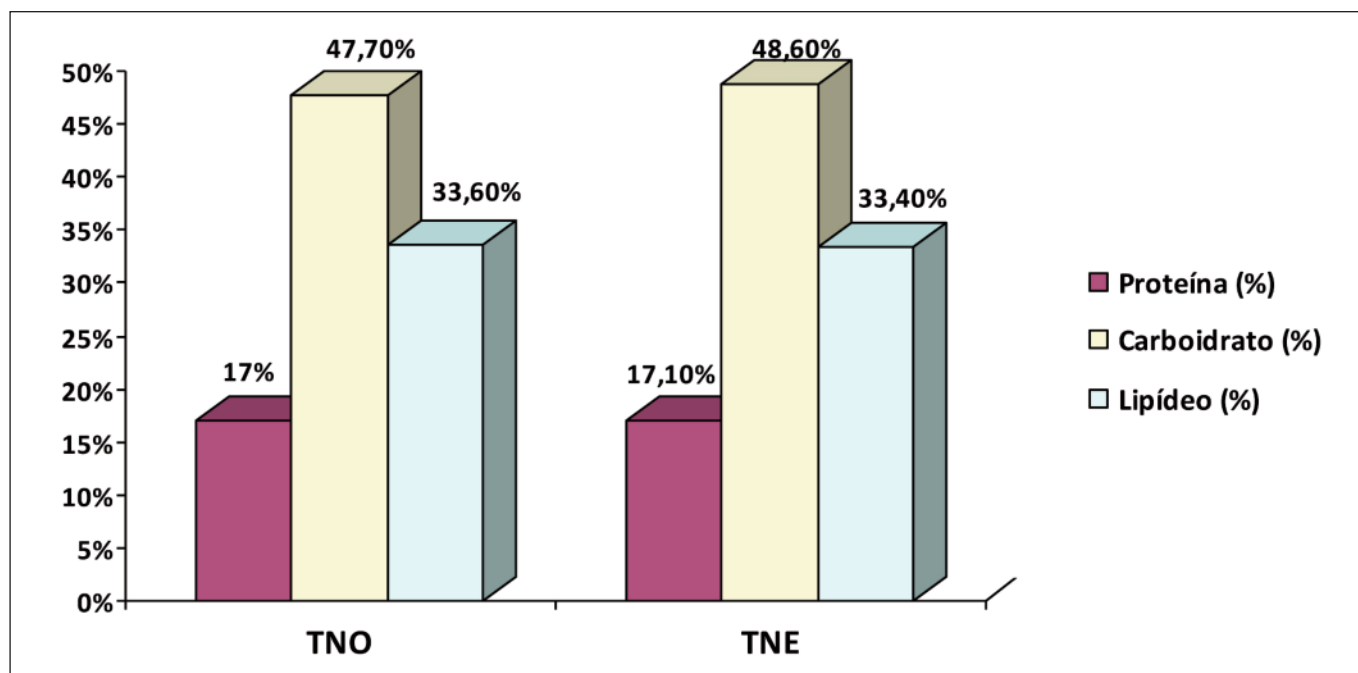
Os dados encontrados neste estudo mostram um maior percentual de pacientes ginecológicas que receberam algum tipo de TN, concordando com a literatura que evidencia o uso mais frequente em neoplasias ginecológicas^{9,13,14}.

Quanto ao tipo de TN, mais da metade das mulheres utilizaram TNO, contrariamente aos achados de Botero et al. 2010 no qual 53,1% da terapia administrada foi mista (dois ou mais tipos de TN ao mesmo tempo)¹⁰.

Em relação às indicações, Hertlein et al. 2014 observaram que a desnutrição ocorre com frequência entre pacientes ginecológicas e que a TN perioperatória adequada deve ser considerada em pacientes desnutridos para melhorar a sua evolução clínica^{5,14-16}.

Contrariamente aos estudos realizados por diferentes autores^{12,17-19} que encontraram alto percentual de TNE e TNP em pacientes da clínica obstétrica portadoras de hiperêmese gravídica e pancreatite, em nossa casuística encontramos maior frequência de gestantes com outras patologias (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, e diabetes gestacional). Este resultado pode ser justificado por ser este um serviço de referência no estado em gestação de alto risco. A pancreatite ocorre em 70% dos casos no terceiro trimestre da gravidez necessitando de TNP em 26,3% dos casos¹⁷. Foi relatado uso de TNP em gestante com pancreatite aguda grave recorrente, com desenvolvimento fetal normal, porém com ocorrência de parto prematuro (33 semanas) e cesariana¹⁹.

Quanto à TNP, Guimarães e col. (2012) também encontraram um maior percentual de pacientes em uso de TNP com câncer, observando que estes podem apresentar uma alta predisposição à intolerância da alimentação enteral, devido à redução da motilidade gastrointestinal, ao esvaziamento gástrico e à destruição da mucosa intestinal com redução da capacidade digestiva e absorção²⁰.

Figura 1. Distribuição dos micronutrientes segundo os tipos de terapia nutricional oral e enteral

TNO = terapia nutricional oral; TNE = terapia nutricional enteral; DP = desvio-padrão.

Pacientes com câncer de ovário e obstrução intestinal severa são submetidas a cirurgias paliativas, que resultam muitas vezes em síndrome do intestino curto e necessitam do uso de TNP de longa duração. Por outro lado Fotopoulou e col. (2013) verificaram que esse tipo de cirurgia com o uso de TNP está associado a altas taxas de morbidade e baixa sobrevivência global¹³.

Segundo as Diretrizes brasileiras de terapia nutricional (DITEN, 2011), em TN o percentual recomendado de proteína é de 10-15% podendo chegar a valores maiores dependendo do estresse metabólico do paciente, resultado observado nesta pesquisa que tanto na TNO quanto na TNE ultrapassaram os valores recomendados. Em relação aos carboidratos e lipídeos, recomenda-se 50-60% e 20-35% respectivamente, sendo encontrados em nosso estudo, valores adequados na TNE para carboidratos e na TNE e TNO para lipídeos⁷.

Em relação às fibras, a DITEN 2011 recomenda o uso em TNO e TNE com objetivo de tornar essas terapêuticas mais fisiológicas possíveis, além dos efeitos na promoção do trofismo intestinal, na redução da constipação intestinal em pacientes crônicos e na diminuição da incidência da diarreia secundária à TNE. Da mesma forma, o presente estudo encontrou alto percentual de fórmulas com fibras nas duas terapias⁷.

CONCLUSÃO

Na literatura são escassos os estudos sobre terapia nutricional em pacientes de ginecologia e obstetrícia, porém esta

terapia tem sua importância na preservação e/ou recuperação do estado nutricional, que promove evolução no estado clínico, reduzindo o tempo de internação hospitalar e consequentemente melhorando os parâmetros de morbimortalidade. Recomendam-se futuras investigações com análise de outros parâmetros de triagem ou avaliação nutricional destas pacientes durante o uso de TN hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2002; 26(1 Suppl):1SA-138SA.
2. Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, Schneider S, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. *Clin Nutr.* 2006; 25(2):180-6.
3. Druyan ME, Compher C, Boullata JI, Braunschweig CL, George DE, Simpsen E, et al. Clinical Guidelines For the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients: applying the GRADE system to development of A.S.P.E.N. clinical guidelines. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2012; 36(1):77-80.
4. Dias, MCG, Catalani, LA. [Nutrition Therapy in Pregnancy]. Guidelines Project. Brazilian Society Parenteral and Enteral Nutrition. 2011. Portuguese.
5. Kathiresan AS1, Brookfield KF, Schuman SI, Lucci JA. Malnutrition as a predictor of poor postoperative outcomes in gynecologic cancer patients. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 284(2):445-51.

6. Schattner, M, Shike, M. Nutrition Support in patients with gynecology cancer. WJ Hoskins, CA Perez, RC Young, editors. Principles and Practice of Gynecologic oncology. Lippincott, Philadelphia; 2013. p.559-597.
7. Coppini LZ, Sampaio H, Marco D, Martini C. [Nutritional recommendations for Adults in Parenteral and Enteral Nutrition Therapy]. Guidelines Project. Brazilian Society Parenteral and Enteral Nutrition. Brazilian Society of Internal Medicine. Brazilian Association of Nutrition. 2011. Portuguese.
8. Orell-Kotikangas H, Antikainen A, Pihlajamäki J. Duodecim. [Identification and treatment of malnutrition in a hospital patient]. 2014;130(21):2231-8. Finnish.
9. Jiang Q. Effect of Glutamine's nutrition support on the postoperative nutrition and immune function in malignant tumor of gynecology patients. Pak J Pharm Sci. 2014; 27(4 Suppl):1023-7.
10. Botero NAM, Cano AMP, Herrera RR, Gómez MPR, Páez FAZ. [Nutrition therapy for adult patients with caustic injuries to gastrointestinal tract]. Nutr Hosp. 2010;25(2):231-37. Spanish.
11. Suzuki Y. [Enteral nutrition in cancer patients]. Gan To Kagaku Ryoho. 2014;41(10):1196-8. Japanese.
12. Stokke G, Gjelsvik BL, Flaatten KT, Birkeland E, Flaatten H, Trovik J. Hyperemesis gravidarum, nutritional treatment by nasogastric tube feeding: a 10-year retrospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015.
13. Fotopoulou C, Braicu EI, Kwee SL, Kuhberg M, Richter R, Pietzner K, et al. Salvage surgery due to bowel obstruction in advanced or relapsed ovarian cancer resulting in short bowel syndrome and long-life total parenteral nutrition: surgical and clinical outcome. Int J Gynecol Cancer. 2013; 23(8):1495-500.
14. Balogun N, Forbes A, Widschwendter M, Lanceley A. Noninvasive nutritional management of ovarian cancer patients: beyond intestinal obstruction. Int J Gynecol Cancer. 2012; 22(6):1089-95.
15. Hertlein L, Kirschenhofer A, Fürst S, Beer D, Göß C, Lenhard M, et al. Malnutrition and clinical outcome in gynecologic patients. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 174:137-40.
16. Das U, Patel S, Dave K, Bhansali R. Assessment of nutritional status of gynecological cancer cases in India and comparison of subjective and objective nutrition assessment parameters. South Asian J Cancer. 2014; 3(1):38-42.
17. Vilallonga R, Calero-Lillo A, Charco R, Balsells J. [Acute pancreatitis during pregnancy, 7-year experience of a tertiary referral center]. Cir Esp. 2014; 92(7):468-71. Spanish.
18. Gilbert A, Patenaude V, Abenhaim HA. Acute pancreatitis in pregnancy: a comparison of associated conditions, treatments and complications. J Perinat Med. 2014; 42(5):565-70.
19. Forget S, Senesse P, Burlet G, Lacroix N, Boulot P. [Total parenteral nutrition for recurrent episodes of acute pancreatitis during pregnancy. A case report and literature review]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2007;36:817-20. French.
20. Guimarães DRS, Ferreira GA, Costa AKM, Romeu GA, Nobre ACL, Matos VC. [Evaluation of parenteral nutrition requirements of users of a public hospital in Fortaleza]. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. 2012; 3(2):25-9. Portuguese.