

Curso 2020 / 2021

Los cuidados de enfermería en la mujer embarazada que padece anorexia nerviosa

Olatz Hernández Vega

RESUMEN

Introducción: La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por el peso corporal significativamente bajo, el miedo a aumentar el peso y la alteración de la imagen corporal. Tiene mayor incidencia en las mujeres en edad fértil pero la gestación es posible y conlleva una problemática en la adaptación maternal. No es frecuente el ver este tipo de mujer embarazada, por lo cual se debería tomar en consideración la formación de las enfermeras y crear un protocolo para actuar en consecuencia.

Objetivo: Identificar los cuidados de enfermería durante el embarazo en la mujer embarazada que padece anorexia nerviosa.

Metodología: Para la realización de la revisión bibliográfica se han utilizado bases de datos como Pubmed, Biblioteca Virtual de la salud (BVS) y Dialnet, además de páginas web, revistas electrónicas y libros tanto físicos como electrónicos.

Resultados: Padecer anorexia nerviosa (AN) en el embarazo conlleva resultados desfavorables tanto en la madre como en el feto. Por lo que es necesario un enfoque multidisciplinario en el que se tendrán que abordar las necesidades nutricionales, conductuales, emocionales, físicas y psicológicas. Es imprescindible seguir formando a las enfermeras para prestar el cuidado individualizado que precisan estas mujeres.

Discusión: A pesar de que los cuidados de enfermería ante la mujer embarazada que padece anorexia nerviosa requieran de más investigación, se destaca la importancia de dar consejos educativos acerca del manejo de la nutrición al inicio y durante el embarazo. Asimismo, se recomienda la terapia cognitivo conductual junto a la pareja y la asistencia a grupos de relajación y preparación para el parto.

Conclusiones: La familiarización, la confianza, el apoyo, la motivación y el seguimiento estrecho que ofrece la enfermera a la mujer embarazada con un diagnóstico previo de anorexia nerviosa se consideran esenciales y tienen como objetivo evitar las complicaciones materno fetales.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, mujer embarazada, feto, enfermería, matrona.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. METODOLOGÍA.....	3
4. RESULTADOS.....	5
4.1 La repercusión de la anorexia nerviosa en las mujeres embarazadas.....	5
4.2 Los riesgos y complicaciones en la mujer embarazada con anorexia nerviosa y en el feto.....	6
4.2.1 Efectos adversos en la mujer:.....	6
4.2.2 Efectos adversos en el feto:.....	7
4.3 Cuidados de enfermería en la mujer embarazada que padece anorexia nerviosa.....	9
5. DISCUSIÓN.....	14
6. CONCLUSIONES.....	16
7. BIBLIOGRAFIA.....	17
8. ANEXOS.....	21
Anexo 1. Resumen de los resultados de las búsquedas realizadas en las bases de datos Pubmed, BVS y Dialnet.....	21
Anexo 2. Artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica y ordenados según el nivel de evidencia y el año.....	22
Anexo 3. Ganancia de peso recomendada durante la gestación según el estado nutricional.....	29
Anexo 4: Cuestionario SCOFF.....	29
Anexo 5. Taxonomía NANDA-NIC-NOC en la mujer embarazada que padece AN.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructura PIO, DeSH y MeSH.....	3
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	4
Tabla 3. Estrategias de búsqueda.....	5

ABREVIATURAS

AN: Anorexia nerviosa

BVS: Biblioteca Virtual de la Salud

BN: Bulimia Nerviosa

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud

DSM: Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales

EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire

MeSH: Medical Subject Headings

PEG: Pequeño para la Edad Gestacional

REESME: Revista Española de Enfermería de Salud Mental

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

TPA: Trastorno Por Atracón

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración persistente en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo de los alimentos, causando de esta manera un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (1). Se definen como trastornos psiquiátricos, son más comunes entre las mujeres y suelen comenzar en la adolescencia, afectando también a la etapa fértil (2). Se trata de la tercera enfermedad crónica más prevalente en la adolescencia después de la obesidad y el asma (3). Los trastornos de la conducta alimentaria más habituales en la mujer son la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TPA) y la anorexia nerviosa (AN) (2).

Investigaciones realizadas han estimado que la prevalencia de BN entre los jóvenes oscila entre 1-2% y 4% (3), se caracteriza por atracones recurrentes y sensación de pérdida de control, debido a que comen más cantidad de alimento que lo normal en un corto espacio de tiempo (4). Además, se realizan conductas compensatorias inapropiadas, así como la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas, ayuno y ejercicio físico, pero no conlleva necesariamente a la pérdida de peso (4).

En el TPA la prevalencia en adultos es de 1,6% en las mujeres y 0,8% en los hombres (1). Se diferencia de la bulimia porque la persona no tiene un comportamiento compensatorio inapropiado (4).

Por último, la AN se caracteriza por síntomas tanto físicos como psicológicos (5). Es una de las patologías psiquiátricas más graves, más difíciles de tratar y con una elevada tasa de mortalidad (3). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) sigue los criterios diagnósticos del Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) (6), que considera la pérdida de peso significativa, el miedo al aumento de peso y la imagen corporal alterada como características clínicas esenciales (1,6).

Dicha enfermedad está presente en el 0,3 -1% de la población con una mayor incidencia en las mujeres en edad fértil (6,7), siendo la proporción entre mujeres y hombres aproximadamente 10:1 (1). Un meta análisis informó que hasta la década de 1970 la incidencia de la AN aumentó en Europa y se estabilizó a partir de entonces (5).

Numerosos autores han descrito una mayor incidencia de AN en mujeres jóvenes. Este hecho se ha relacionado principalmente con la especial vulnerabilidad a los modelos y estándares de belleza inalcanzables que transmiten los medios de comunicación, así

como con los cambios físicos, hormonales y emocionales que se producen en la adolescencia. Esta búsqueda del cuerpo perfecto provoca un desequilibrio que conduce a dietas restrictivas y nutrición inadecuada. En las mujeres, la edad de mayor riesgo de desarrollar AN se encuentra entre los 10 y 24 años (5).

La prevalencia de la anorexia es del %1, por lo cual, solo hay una pequeña probabilidad de que las mujeres embarazadas presenten *pregnorexia*, término usado para relacionar la anorexia con la gestación (8).

Entre otras cosas, la mujer que padece AN no ovula, carece de menstruación con lo que el embarazo no se da (8). Si a esto se le suma la falta de relaciones sexuales ya sea por depresión, falta de libido, baja autoestima o miedo a estar sin ropa, la posibilidad del embarazo en estas mujeres es mínima (8). Aunque, existe la posibilidad de que se den embarazos no planificados (9,10), ya que, en contraste con los conceptos erróneos sobre la infertilidad en la AN, múltiples estudios han demostrado que las mujeres con antecedentes de AN tienen un riesgo significativamente mayor que las mujeres de la población general, debido a que aun siendo comunes los periodos de amenorrea en mujeres con AN, la ovulación puede ocurrir en ausencia de menstruación (9).

Además, actualmente, las clínicas de fertilidad están dando respuesta a los problemas de fertilidad que acompañan a estas mujeres, haciendo que la coexistencia de anorexia nerviosa activa y gestación sea más frecuente (2,11).

Un estudio ha revelado que el 92% de las madres con TCA antes del embarazo, presentan problemas con respecto a la adaptación maternal (12). Es por eso por lo que merece la pena investigar sobre los cuidados de enfermería en la mujer embarazada que padece AN.

Este último curso de Grado de Enfermería, también he vivido la experiencia práctica junto a la matrona en un centro de salud, y me he dado cuenta del vacío que hay con respecto a los cuidados dirigidos a este tipo de pacientes, ya sea por falta de tiempo y/o formación. Por todo ello, he visto necesario investigar sobre los cuidados que debe prestar la enfermera a mujeres embarazadas que padecen AN.

2. OBJETIVOS

Identificar los cuidados de enfermería durante el embarazo en la mujer que padece anorexia nerviosa.

- Analizar la repercusión de la anorexia nerviosa en la mujer embarazada.
- Analizar los riesgos y complicaciones en la mujer embarazada con anorexia nerviosa y en el feto.

3. METODOLOGÍA

Principalmente se ha definido una pregunta de investigación: ¿Qué cuidados presta la enfermera a la mujer embarazada con un diagnóstico previo de anorexia nerviosa para evitar las complicaciones materno-fetales?

Para realizar la revisión bibliográfica, se ha tenido en cuenta la estructura PIO correspondiente a la pregunta de investigación. Mediante el uso de los Tesoros “Descriptores de Ciencias de la Salud” (DeCS) y “Medical Subject Headings” (MeSH) se han localizado los descriptores adecuados y de esta manera se ha formado la cadena de estrategia de búsqueda. Además de esto, para tener más opciones de combinación a la hora de hacer la búsqueda también se han tenido en cuenta algunas de las palabras clave que les pertenecen a cada uno de los descriptores de interés (Tabla 1).

Tabla 1. Estructura PIO, DeSH y MeSH. Fuente: elaboración propia.

Estructura PIO		DeCS	MeSH	Palabras clave
P	La mujer embarazada que padece anorexia nerviosa	Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos	Feeding and eating disorders,	Trastorno de la conducta alimentaria
		Anorexia nerviosa	Anorexia nervosa	----
		Embarazo	Pregnancy	Mujer embarazada Periodo perinatal
I	Enfermería	Enfermería	Nursing	Matrona
		Partería	Midwifery	
		Obstetricia	Obstetrics	
O	Complicaciones	Complicaciones	Complications	Efectos adversos

Antes de empezar con las búsquedas en las bases de datos, se han definido unos criterios de inclusión y de exclusión (Tabla 2) para acotar la búsqueda.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Población de estudio: mujeres que padecen TCA antes de quedar embarazadas ✓ Idioma: en inglés o español ✓ Textos publicados entre: 2005-2020 ✓ Artículos que traten sobre la AN 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Artículos que no tienen acceso libre al texto completo ✗ Artículos de pago ✗ Artículos en otros idiomas ✗ Artículos que traten de otros tipos de TCA y en ellos no haya un apartado sobre la anorexia ✗ Artículos que tratan sobre trastornos mentales en general, sin especificar el TCA Artículos que tratan sobre otras enfermedades no psiquiátricas que surgen en el embarazo (Por ejemplo, la diabetes gestacional)

Se han seleccionado artículos y textos de las siguientes fuentes:

- ✓ Bases de datos: Pubmed, Dialnet y Biblioteca Virtual de la Salud (BVS).
- ✓ Libros: Alimentación y nutrición en el embarazo y Obstetricia.
- ✓ Revistas electrónicas: Revista Española de enfermería de Salud Mental (REESME) y Journal of Midwifery and Women's Health.

Se han tenido en cuenta los artículos publicados en los últimos 15 años debido a la escasez de información y material actual, aunque a la hora de seleccionar se han priorizado los más recientes.

En las búsquedas bibliográficas que se han realizado en las bases de datos Pubmed, BVS y Dialnet se han planteado las siguientes combinaciones posibles entre sí usando los operadores booleanos AND y OR para reducir las búsquedas (Tabla 3).

Tabla 3. Estrategias de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

Estrategias de búsqueda	
DeCS	MeSH
Anorexia nerviosa AND embarazo	Anorexia nervosa AND pregnancy
Trastorno alimentario AND embarazo	Eating disorders AND pregnancy
Trastorno alimentario AND embarazo AND periodo perinatal	Eating disorders AND pregnancy AND perinatal period
Trastorno alimentario AND embarazo AND complicaciones	Eating disorders AND pregnancy AND complications
((Trastorno alimentario AND embarazo)) AND (periodo perinatal AND (enfermería OR partería OR obstetricia))	((Eating disorders AND pregnancy)) AND (perinatal period AND (nursing OR midwifery OR obstetrics))

Para la selección de los artículos que pueden dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos propuestos, inicialmente se han leído todos los títulos y resúmenes de todos los artículos conseguidos. El anexo 1 contiene la tabla del resumen de los resultados de las búsquedas realizadas en las bases de datos Pubmed, BVS y Dialnet.

Finalmente, los resultados y las conclusiones de los artículos seleccionados se muestran en el anexo 2 ordenados de mayor a menor evidencia y por año.

4. RESULTADOS

4.1 La repercusión de la anorexia nerviosa en las mujeres embarazadas

La gestación provoca cambios en la forma corporal de la madre, ejerciendo efectos en múltiples dimensiones, con resultados controvertidos (12).

Behar (12) y Claydon y cols. (13), identifican tres tipos de mujeres embarazadas: aquellas que parecían estar “curadas” de su TCA a través de la maternidad, otras que podían ser capaces de dejar en suspenso su condición durante el embarazo y las que eran incapaces de renunciar a las conductas peligrosas. Estos autores resaltan que los aspectos relacionados con el control, la identidad y el perfeccionismo, rasgo prevalente que se da especialmente en pacientes con AN (12), pueden impedir la capacidad de las

mujeres para disfrutar el embarazo y la maternidad si poseen una historia de TCA (12, 13).

Como característica de los TCA y de los trastornos afectivos se ha descrito el miedo al embarazo y al parto. En ocasiones esta ansiedad o miedo es tan intenso que lleva incluso a evitar el parto, es ahí donde aparece un estado fóbico llamado tocofobia, el cual a veces lleva a evitar el embarazo incluso optando por la adopción como primera opción (14).

Se debe resaltar que la personalidad de las mujeres con afecciones alimentarias puede impedir la adquisición de un rol maternal adecuado, ya que la madurez necesaria para la maternidad puede contribuir a la aparición de ansiedades y temores (12). De hecho, se ha encontrado mayor presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo y postparto en mujeres con historia de TCA. Mientras, se ha investigado que la mayoría de las mujeres cuya sintomatología disminuyó durante el embarazo, recayó en la sintomatología del TCA previo al embarazo una vez que había dado a luz (11,12).

Con respecto al índice de masa corporal (IMC), antes de la gestación fue menor en mujeres que padecían AN y mayor en pacientes portadoras de TCA no especificado con respecto a los controles. Sin embargo, mujeres con AN informaron mayor ganancia de peso gestacional (12). En relación al aumento de peso hasta la última medición, las mujeres con AN ganaron de promedio 9,1kg (15). Sin embargo, se recomienda que las mujeres con bajo peso (IMC <18,5) ganen entre 12-18 kg durante el embarazo (16) (Anexo 3).

4.2 Los riesgos y complicaciones en la mujer embarazada con anorexia nerviosa y en el feto

4.2.1 Efectos adversos en la mujer:

Las investigaciones actuales muestran que tener un trastorno alimenticio activo en el embarazo influye de manera desfavorable en los resultados obstétricos (7).

Entre otras cosas, hay estudios en los que se muestra que las mujeres que padecen AN en el embarazo tienen más tendencia a que el parto sea por cesárea (7,14). Además, los hallazgos de Ante y cols. (6) sugieren que las mujeres con AN tienen un mayor riesgo de insuficiencia hepática aguda e ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Este problema puede verse agravado por el bajo contenido nutricional de las dietas en mujeres embarazadas con AN (6). La deficiencia nutricional también es la causa de que

las mujeres con AN activa tengan mayor riesgo de anemia (17) y, además, en la analítica de sangre, puede aparecer una importante pérdida de calcio, que conllevará problemas óseos (10).

Las mujeres embarazadas que padecen AN tienen un riesgo elevado de contracciones prematuras. Curiosamente, esto podría estar relacionado con un aumento general de los niveles de hormonas del estrés en mujeres con trastornos alimentarios porque, entre otras cosas, se sabe que el estrés induce contracciones y trabajo de parto prematuro (18).

Además, las pacientes con AN experimentan aborto espontáneo (7,12,14,16), parto difícil (7) y parto prematuro (6,7,14,16,17,18). En el estudio realizado por Arnold y cols. (7) también se observa que eran más propensas a sufrir hemorragia antes del parto. El aumento del riesgo de hemorragia anteparto en pacientes con AN es, hasta donde se sabe, un hallazgo novedoso. Los factores etiológicos asociados con la hemorragia anteparto fueron la placenta previa o la hemorragia no especificada. Aunque, también se ha demostrado que las mujeres que tienen bajo peso antes del embarazo tienen un mayor riesgo de desprendimiento de placenta. Además, el desprendimiento prematuro de la placenta se ha asociado con ciertas deficiencias de vitaminas y minerales (17).

Un dato que se debe destacar es que, aunque nutricionalmente no cumplen con las expectativas, las mujeres con AN tienen más del doble de probabilidades de consumir >2500 mg de cafeína por semana que las mujeres sin trastornos alimentarios, lo que es significativamente mayor que la recomendación del American College of Obstetricians and Gynecologists de <200 mg/ día. La ingesta alta de cafeína puede mediar una asociación entre AN y aborto espontáneo, parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino (9).

4.2.2 Efectos adversos en el feto:

Con respecto a los efectos del trastorno alimentario que padece la madre sobre el bebé, se han observado varios resultados adversos. En los diferentes estudios revisados en este trabajo se destacan varias complicaciones relacionadas con el trastorno alimentario en el embarazo en comparación con los controles, como: bajo peso al nacer (6,7,12,14,16,18), mayor riesgo de microcefalia (7,12,16,17) y recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) (6,7,17,18). También se destacan efectos adversos como nacimiento prematuro y muerte perinatal (7,12,16,18). Todas ellas se asocian con

el déficit de hierro, folato, zinc, vitamina A, el estrés y la ansiedad, factores relacionados con la AN (6).

Además, la presencia de un TCA durante la gestación puede generar anomalías faciales congénitas (12), menores puntajes de Apgar de 5 minutos (12,17) y malformaciones congénitas del tubo neural, relacionadas con la carencia de determinadas vitaminas y sobretodo de ácido fólico (8).

La mayor parte de los estudios que se han realizado sugieren que la relación entre la AN y las complicaciones del parto se relacionan mayormente con un crecimiento fetal deficiente. La ingesta baja de calorías y proteínas conduce a un IMC bajo, un factor de riesgo de parto prematuro a las <37 semanas de gestación, bajo peso al nacer <2500g y recién nacido PEG. Se define como recién nacido PEG aquel con peso por debajo del percentil 10, respectivamente, para la edad gestacional y el sexo (6).

Otros estudios también sugieren que un IMC bajo antes del embarazo y una ingesta nutricional deficiente durante el embarazo se asocia con un flujo sanguíneo útero placentario reducido que puede comprometer la transferencia de nutrientes al feto (6); además de tener un mayor riesgo de parto prematuro, y mayor posibilidad de que el feto desarrolle la misma enfermedad que la madre, es decir AN (7).

Los bebés que nacen con bajo peso al nacer tienen más probabilidades de desarrollar resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión en la vejez, por lo que los efectos a largo plazo en el hijo de una madre que padece anorexia son sustanciales y perjudiciales (7).

Respecto a la microcefalia en niños recién nacidos, se ha definido como una circunferencia de la cabeza por debajo de la media específica del sexo para la edad gestacional. Además, los niveles altos de cortisol se han asociado con microcefalia en niños entre mujeres con AN (17).

Aunque también existen muchos casos de embarazos en pacientes con trastornos alimentarios que transcurren sin incidentes, se debe tener en cuenta que los vómitos excesivos de la madre pueden causar daño cerebral fetal (19). Entre otros, existe un caso de hemorragia intraventricular fetal posiblemente secundaria a la deficiencia materna de vitamina K causada por ingesta deficiente (19, 20) y vómitos excesivos (19).

En general, los puntajes de Apgar bajos y muy bajos en el recién nacido predicen una menor supervivencia del lactante y deben tomarse como señales para una evaluación de seguimiento intensificada (18).

4.3 Cuidados de enfermería en la mujer embarazada que padece anorexia nerviosa

Muchas mujeres con un trastorno alimentario no revelarán sus conductas alimentarias desordenadas a los profesionales de la salud de atención primaria por temor a la estigmatización o la falta de empatía y comprensión (12, 21, 22); tan solo lo expresan un %44 de las pacientes (12). Si a esto se le suma que menos de un %50 de profesionales sanitarios explora la presencia de síntomas alimentarios, la probabilidad de detección de un TCA disminuye (12).

Por lo cual, un enfoque multidisciplinario que incluya una comunicación abierta continua entre pacientes y sanitarios es fundamental para tratar a las mujeres con trastornos alimentarios y prevenir posibles complicaciones obstétricas, además del deber de abordar sus necesidades nutricionales, conductuales, emocionales, físicas y psicológicas. Se destacan las complejidades del tratamiento de mujeres con trastornos alimentarios y la necesidad de que los obstetras, ginecólogos, matronas, pediatras, psiquiatras perinatales, terapeutas y dietistas trabajen juntos para brindar el mejor apoyo a la madre durante las transiciones reproductivas (21, 22).

Un adecuado control prenatal implica que la matrona logre relacionarse oportunamente con la mujer embarazada, para así poder derivar a tiempo a la gestante a una interconsulta psicológica o psiquiátrica. Aunque algunas mujeres muestren un peso corporal dentro de los rangos normales, la realización de unas sencillas preguntas sobre una historia actual o pasada de TCA, los hábitos alimentarios o el deseo de alcanzar la delgadez, pueden revelar la presencia clínica o potencial de un TCA (12).

Varios estudios analizados proponen la utilización del cuestionario SCOOF (Anexo 4) en la evaluación inicial de la mujer embarazada, ya que el fin de esta herramienta es identificar si actualmente el trastorno alimentario está presente (11,16,21). Este cuestionario consta de 5 preguntas, teniendo cada una de ellas dos respuestas posibles (Si/No). Una puntuación igual o mayor a 2 sugiere el riesgo de un trastorno alimentario (11). Esta herramienta puede brindar ideas sobre posibles preguntas que puede realizar la matrona ante la sensación de no tener la capacitación o tiempo necesario para realizar un examen completo durante una visita de rutina (21).

También se presenta la posibilidad de realizar la siguiente pregunta: ¿Qué supone para ti el pesarte en todas las visitas? (16).

Además, se sugiere que se podría hacer uso del Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), ya que proporciona evaluaciones de la psicopatología de los

TCA y los comportamientos asociados mediante la exploración de los comportamientos alimentarios, la auto-imagen y las reglas alimentarias (16, 21).

Los profesionales de la salud de atención primaria deben ser conscientes de que las mujeres con AN antes o durante el embarazo tienen un riesgo elevado de resultados adversos en el recién nacido. Por lo que se debe considerar el seguimiento como un proceso de embarazo de alto riesgo (6).

Ante esto, una propuesta para una paciente con un IMC <18,5 y un actual TCA sería (16):

1. Consulta nutricional
2. Medición del IMC
3. Prueba de la densidad ósea
4. Obtener el historial de tratamiento de salud mental, incluidas hospitalizaciones y medicamentos
5. Derivar al especialista de salud mental con experiencia en TCA
6. Obtener consentimiento para hablar con un profesional de salud mental

Además, debido a las complicaciones que puede generar la AN en el embarazo, Behar (12) defiende las siguientes pautas terapéuticas:

- Crear un equipo multidisciplinario, formado por especialistas obstetras, pediatras y psiquiatras, con una buena comunicación.
- Resaltar los beneficios de un comer normal para la madre y el feto.
- Evitar el abandono de la terapia a fines del embarazo y en el post-parto.
- Reforzar recursos, así como, realzar la autonomía, la auto comprensión, la competencia para la crianza, el manejo de estresores y tensiones propias de la maternidad.
- Identificar rápidamente factores de riesgo post-parto para evitar recaídas.
- Alertar sobre el retorno de presiones internas que sobrevaloran la delgadez.
- Ayudar a que se encuentren recuperadas al máximo antes de quedar embarazadas.

Sin embargo, las matronas a menudo hablan de "las mujeres problemáticas" y como asesoramiento, describen varias estrategias clasificadas en las siguientes categorías: familiarizarse y tratar de apoyar y motivar (23).

- Familiarizarse: en este primer paso del proceso de asesoramiento, las matronas ponen de su parte para comprender a las mujeres en sus contextos y circunstancias de vida. También describen tratar de evaluar los intereses y la motivación de las mujeres embarazadas relacionándose con ellas y ofreciéndoles ayuda y orientación en función de las necesidades individuales. Se destaca el sentir curiosidad por las ideas y la experiencia de las propias mujeres sobre cómo resolver problemas (23).
- Tratando de apoyar y motivar. En este segundo paso del proceso, las matronas describen la importancia de escuchar activamente para apoyar la motivación de las mujeres por el cambio, es decir, escuchan, dan retroalimentación, piden más explicaciones y confirman sus puntos de vista sobre sus problemas (23).

Algunos estudios sugieren que la terapia debe centrarse en la baja autoestima, en el apoyo para convertirse en madre y en hacer frente a las transiciones en la imagen corporal (9,22). Es decir, las mujeres con un TCA pueden necesitar ayuda para mejorar la percepción corporal. Junto con la mujer, los profesionales de la salud pueden establecer pequeñas metas para ayudar a aumentar la probabilidad de éxito. El logro de pequeñas metas ayudará a aumentar el sentido de autoeficacia de la mujer (22).

Ayudar a las mujeres a reconectarse con sus cuerpos y mostrarles la evolución del feto mediante el uso de imágenes fetales, a veces pueden ayudar a motivar a la mujer para proporcionar una nutrición adecuada a su bebé (22). Por supuesto, también es beneficioso para la mujer embarazada que padece AN y está en el proceso de la maternidad, ya que, la intolerancia al frío, la caída del cabello y la densidad ósea mejorarán con una dieta equilibrada y saludable (22). Por lo cual, estas mujeres necesitan una rehabilitación nutricional intensiva y un seguimiento más estrecho para mejorar el aumento de peso gestacional y los resultados relacionados con el crecimiento del feto (6). Además, es necesario el consejo educativo acerca de cómo manejar los cambios en el comer, el peso y la silueta (12).

Las mujeres con trastornos alimentarios tienden a contar las calorías o los gramos de grasa de manera obsesiva, por lo que la planificación de comidas o la elaboración de comidas de muestra puede ser más útil que dar a las mujeres los requisitos calóricos diarios. Trabajar con la mujer para crear "comidas modelo" con las porciones correctas de nutrientes necesarios y vitaminas con los que ya se sienten cómodas al comer aumentan la probabilidad de ingesta nutricional exitosa (22).

Al incorporar "alimentos seguros" en su plan de alimentación para el embarazo, las mujeres pueden estar más dispuestas a añadir lentamente alimentos que previamente etiquetaban como "peligrosos". La planificación de las comidas puede ayudar a enseñar la importancia de incorporar proteínas, carbohidratos y un poco de grasa con cada comida (22).

A algunas mujeres, mantener un registro escrito de los alimentos y líquidos consumidos les ayuda a sentirse más seguras y reduce la ansiedad. Otras pueden encontrar que un diario de alimentos les produce más ansiedad, por lo que debería ofrecerse como parte opcional de los planes de atención (22).

Estas negociaciones requieren mucho tiempo, por lo que los profesionales de la salud pueden necesitar programar más tiempo para las visitas o derivar a las mujeres a un nutricionista para obtener asesoramiento nutricional adicional (22).

El proceso y la frecuencia de pesar a las mujeres deben negociarse cuidadosamente. Para algunas mujeres, ser pesado en presencia de otros es aterrador. No es necesario pesar a todas las mujeres en cada visita. Para algunas de ellas, ver su peso en la báscula es muy estresante, por lo cual, acceder a pesarlas de espaldas a la balanza y solo mencionar su peso si es necesario puede ser otra estrategia (14,21,22).

La matrona deberá tener en cuenta si la mujer embarazada que está siendo pesada quiere saber el peso que marca la báscula y le conviene saber cuál es la respuesta correcta ante una ganancia de peso adecuada o inadecuada. Una vez que la matrona haya observado el peso que marca la báscula, el que en ese instante la expresión facial de la matrona ante la mujer embarazada sea neutra sirve de ayuda. Con el fin de aliviar la ansiedad y asegurar la privacidad, se hablará de los resultados siempre y cuando la matrona y la mujer embarazada que padece AN se encuentren solas en la consulta. Si se habla del peso relacionándolo con la salud fetal producirá en la mujer embarazada menos ansiedad, será más efectivo y cualquier comentario al respecto será mejor recibido (21). Tratar de asegurarse de que la mujer embarazada sea pesada por la misma persona también puede ayudar a reducir la ansiedad (22).

Para que la enseñanza prenatal pueda tener más éxito, se propone tratar un solo tema en cada visita, como el tamaño del útero de la mujer en esa visita en particular y los cambios físicos que podría sentir como resultado. Las matronas deben estar atentas al crecimiento intrauterino adecuado y considerar la realización de ecografías seriadas si surge alguna inquietud sobre el crecimiento fetal (22). En este caso, además de las

ecografías rutinarias, se considerará la realización de una exploración a las 28 y 32 semanas de gestación para evaluar el crecimiento y la anatomía fetal (21).

Dado que las mujeres con trastornos alimentarios tienen mayor riesgo de parto prematuro, la educación sobre los signos y síntomas del trabajo de parto prematuro, es particularmente importante (22).

Además, teniendo en cuenta su mayor riesgo de hiperémesis, se consideran necesarias las visitas hasta las 16 semanas de gestación. Las mujeres que indujeron el vómito para purgarse necesitarán más asesoramiento sobre las náuseas y vómitos del embarazo temprano, y la tranquilidad de que estos síntomas están relacionados con el embarazo y no deben verse como un retorno de la conducta del trastorno alimentario o un "revés" en su recuperación (22).

Las mujeres embarazadas pueden reemplazar la restricción calórica o la purga con la automutilación como mecanismos de afrontamiento "más seguro". Por lo tanto, los profesionales que atienden a las mujeres embarazadas con antecedentes de trastornos alimentarios deben buscar signos de automutilarse, y vale la pena repetir estas evaluaciones en el transcurso del embarazo (22).

Finalmente se propone una terapia integradora, la cual contenga técnicas de orientación cognitivo-conductual (12,14), sesiones semanales de psicoterapia de orientación psicodinámica y alterne sesiones psicoeducativas (14). En la terapia cognitiva la mujer embarazada aprende a reconocer pensamientos disfuncionales acerca de su imagen corporal y su propia autoestima. Durante la sesión de terapia de orientación dinámica la paciente es capaz de expresar sus sentimientos de ambivalencia hacia el embarazo y su maternidad, contactar con su mundo emocional y mejorar la relación con su pareja (14). De esta manera, se recomienda involucrar a la pareja de la mujer embarazada en parte de las sesiones de esta terapia (12,14). El tratamiento se puede completar asistiendo al grupo de relajación y preparación del parto que organiza la matrona (12,14,21). También se destaca que las pacientes recuperadas pueden servir de apoyo, ya que han vivido la experiencia como paciente, embarazada y madre (12).

Es importante recordar que mediante la utilización de los diagnósticos de enfermería (NANDA), se pueden concretar los objetivos (NOC) y las intervenciones (NIC) que se le van a dirigir a la paciente (24) (Anexo 5), de esta manera, además de quedar registrado el trabajo que realiza la enfermera en estas situaciones, la calidad del cuidado ante la

mujer embarazada que padece AN podría aumentar; teniendo siempre en cuenta que el plan de cuidados debe ser individualizado (25).

Los profesionales de la salud dedicados al ámbito de la maternidad, poseen un poder único para brindar un entorno en el que las mujeres embarazadas se sientan cómodas y en confianza para revelar su TCA. De esta manera, podrían ayudar a identificar trastornos conductuales, explicar la gravedad de los trastornos alimentarios durante el embarazo y proporcionar el apoyo que necesita este tipo de mujer. Un tipo de mujer poco vista y menos conocida por parte de los profesionales de salud que la rodean durante su gestación. Es por esto por lo que se debe mejorar el manejo y la formación de los profesionales. Es un paso que hay que dar para enfrentarse a un TCA durante el embarazo y aprovechar la oportunidad para intervenir con las herramientas y cuidados apropiados (26).

5. DISCUSIÓN

Si bien se ha identificado que ante un diagnóstico previo de AN hay 3 tipos de mujeres embarazadas (11,12), Fornari y cols. (16) añaden que la mayoría de mujeres embarazadas con un TCA sienten temor a perder el control del aumento de peso durante el embarazo y otras no equiparan el embarazo con sentirse gordas o poco atractivas; además, que también el embarazo les da un sentido de responsabilidad.

En este sentido, desde el punto de vista de enfermería conocer la situación de cada una de las mujeres a las que dirigimos los cuidados es importante para guiar a cada una de ellas por el camino adecuado, debido a que el tener un diagnóstico previo de AN no quiere decir que durante el embarazo todas vayan a actuar o les vaya a afectar de la misma manera. Por lo cual ante un mismo diagnóstico la enfermera deberá observar los distintos patrones.

En lo que se refiere a la imagen corporal, se describe que durante los 2 primeros trimestres de embarazo predomina la preocupación por la imagen corporal reapareciendo las conductas de TCA y que durante el tercer trimestre disminuye la preocupación por la imagen corporal, y la mujer le da la importancia que merece al bienestar y salud del feto (14). Sin embargo, no coincide con los resultados de varios estudios analizados, ya que se observa que desde el inicio de la gestación hay una tendencia a la disminución de conductas alimentarias anormales, las cuales en el periodo postparto se podrían agudizar debido a la ganancia de peso durante el

embarazo (11,12,21). Por lo que la enfermera no debe bajar la guardia ante estos casos y la atención por parte de enfermería debería de ser constante tanto en el inicio de la gestación, como en el periodo postparto, ya que el TCA puede reaparecer en los distintos periodos del embarazo.

A pesar de que la mujer padezca un TCA, en mi opinión la nueva etapa del embarazo le podría impulsar a reflexionar acerca de sus conductas alimentarias anormales, logrando mostrar su instinto materno y priorizando la doble vida que lleva dentro, es decir, la suya y especialmente la del feto. La autorreflexión de la mujer embarazada y la mejora con respecto a las conductas anormales facilitaría a los profesionales de la salud el proceso de embarazo, consiguiendo resultados favorables para la madre y el bebé.

En relación a los efectos adversos de la AN sobre la madre y el feto, la mayoría de los artículos muestran los mismos resultados, así como el aborto espontáneo (7,12,14,16), el bajo peso al nacer (6,7,12,14,16,18), la microcefalia (7,12,16,17), la muerte perinatal (7,12,16,18), pequeño para la edad gestacional (6,7,17,18) y parto prematuro (6,7,14,16,17,18). Sin embargo, llama la atención la controversia que hay acerca del tipo de parto en las mujeres con AN: ¿eutócico o por cesárea? Mientras varios estudios muestran la alta probabilidad de que el parto sea por cesárea (7,14), Linna y cols. (18) señalan que la probabilidad de cesárea en el caso de la AN es de 7,1%; además, Ante y cols. (6) afirman que el parto por cesárea no es común en este tipo de mujeres. Respecto a esta controversia, como futura enfermera y analizando los efectos adversos que se han ido mencionando durante el trabajo, pienso que la probabilidad de que el parto sea por cesárea podría ser mayor, debido a que hay más riesgo de que se dé una gestación incompleta y así se evitaría un posible sufrimiento fetal, por lo que enfermería deberá estar preparada para hacer frente a cualquiera de las situaciones.

En lo que al núcleo del tema concierne, es decir los cuidados que presta la enfermera en la mujer embarazada que padece AN, los resultados encontrados son similares. Principalmente se muestra la importancia de dar consejos educativos acerca del manejo de la nutrición al inicio y durante el embarazo (11,12,21,22), proponer la terapia cognitivo-conductual junto a la pareja y asistir a grupos de preparación para el parto (12,14). Se recomienda acudir a un grupo de relajación (14,21). Aunque en enfermería estos cuidados suponen tiempo, dedicación y constancia, merece la pena para mejorar el bienestar y la salud de la madre y el bebé.

Con respecto a los efectos adversos que se dan en la madre y el feto se han realizado suficientes estudios; sin embargo, me he dado cuenta, de que en cuanto a los cuidados

de enfermería en la mujer embarazada con AN se han encontrado escasos trabajos, posiblemente debido a la incompreensión total de estas enfermedades. Al fin y al cabo, no es frecuente ver este tipo de mujer embarazada y cuando se oye hablar de ello se es consciente del seguimiento tan complejo que precisarían, pero realmente, debido al tiempo tan limitado que tienen por consulta no se tiene suficiente formación como para abarcar los problemas que supone el padecer AN durante el embarazo, por lo que tampoco se sabe el tipo de resultados que se conseguirán con los distintos planes de cuidados. Por lo cual se deberían de llevar a cabo más estudios, del mismo modo que la enfermera debe formarse más para conseguir que exista mayor evidencia científica en los próximos años con respecto a los cuidados en este tipo de mujeres.

6. CONCLUSIONES

- Los TCA pueden provocar graves complicaciones tanto en la mujer embarazada como en el feto, lo que se demuestra con la alta tasa de parto prematuro, bajo peso al nacer, tamaño pequeño para la edad gestacional, mayor riesgo de aborto, restricción del crecimiento intrauterino, microcefalia, baja puntuación en el test de Apgar, muerte perinatal, anomalías congénitas y complicaciones obstétricas, por lo que necesitarán un seguimiento más estrecho para evitar los riesgos materno-fetales.
- Muchas mujeres no revelan a los profesionales sanitarios su TCA, por lo cual son muchos profesionales los que no evalúan el padecimiento, es por esto por lo que dichas mujeres deben ser reconocidas como una población de alto riesgo durante la gestación.
- Los profesionales de la salud, como matronas, ginecólogos, obstetras, enfermeras y médicos de salud infantil y familiar son los responsables de realizar exámenes de detección y brindar el apoyo y la atención continua adecuada a las mujeres embarazadas que padecen AN, para lo cual necesitan una formación adecuada.
- Familiarizarse, crear una relación basada en la confianza entre la enfermera y la mujer embarazada, negociar con dicha mujer acerca de la ingesta de nutrientes y la frecuencia con la que se le va a pesar, debido a que el aumento de peso es uno de sus mayores temores, influye de manera positiva en el proceso del embarazo.

7. BIBLIOGRAFIA

- (1) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. Madrid: Editorial médica Panamericana, 2014.
- (2) Rodríguez R, Sánchez JC, Menor MJ, Sánchez AM, Aguilar MJ. Trastornos alimentarios durante el embarazo. JONNPR [Internet] 2018 [acceso el 30 de enero de 2021]; 3(5):347-356. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6521488>
- (3) Montero S, San José de León M, Marín J, Alonso B, Román N, Bernabeu C. Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Estudio piloto. REESME [revista en internet] 2018 [acceso el 2 de enero de 2021]; (5):5-14. Disponible en: <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.5.02>
- (4) Comunidad de Madrid [sede web]. Madrid; [acceso el 10 de diciembre de 2020]. Trastornos de la conducta alimentaria. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/trastornos-conducta-alimentaria>
- (5) Martínez-González L, Fernández-Villa T, Molina AJ, Delgado-Rodríguez M, Martín V. Incidence of Anorexia Nervosa in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet] 2020 [acceso el 30 de enero de 2021]; 17(11):3824. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312606/pdf/ijerph-17-03824.pdf>
- (6) Ante Z, Luu TM, Healy J, He S, Taddeo D, Lo E, et al. Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. Int J Eat Disord [Internet] 2020 [acceso el 31 de enero de 2021]; 53(5):673-682. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.ehu.idm.oclc.org/doi/epdf/10.1002/eat.23251>
- (7) Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. The Effects of Eating Disorders in Pregnancy on Mother and Baby: A Review. Psychiatria Danubina [Internet] 2019 [acceso el 3 de diciembre de 2020]; 31(3):615-618. Disponible en: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%203/dnb_vol31_noSuppl%203_615.pdf
- (8) Martín-Romo Mejías, J. Alimentación y nutrición en el embarazo [libro en internet]. 2ª edición. España: ICB; 2016 [acceso: el 1 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://elibro-net.ehu.idm.oclc.org/es/lc/ehu/titulos/105434>

- (9) Kimmel M, Ferguson E, Zerwas S, Bulik C, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord* [Internet] 2016 [acceso el 28 de enero de 2021]; 49(3):260-275. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5683401/pdf/nihms887508.pdf>
- (10) Laílla Vicens, J.M. Asistencia al embarazo en situaciones especiales: Embarazo y parto en mujeres con bajo peso. González-Merlo. *Obstetricia* [Libro en internet]. 7ªed. Barcelona: Elsevier; 2018 [acceso el 1 de marzo de 2021]. p.121-125. Disponible en: <https://www-clinicalkey-com.ehu.idm.oclc.org/student/content/book/3-s2.0-B9788491131229000086#hl0000040>
- (11) Micali N. Management of eating disorders during pregnancy. *Prog Neurol Psychiatry* [Internet] 2010 [acceso el 10 de enero de 2021]; 14(2):24-26. Disponible en: <https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pnp.158>
- (12) Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. *Med.UIS* [Internet] 2013 [acceso el 10 de enero de 2021]; 26(1):21-28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4545674>
- (13) Claydon EA, Davidov DM, Zullig KJ, Lilly CL, Cottrell L, Zerwas SC. Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth* [Internet] 2018 [acceso el 1 de enero de 2021]; 18(1):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2105-6>
- (14) del Castillo I, Olza I. Salud Mental Perinatal: Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* [Internet] 2013 [acceso el 14 de enero de 2021]; (105):55-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394143>
- (15) Micali N, De Stavola B, dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen PW, Jaddoe V, et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study. *BJOG* [Internet] 2012 [acceso el 27 de noviembre de 2020]; 119(12):1493-1502. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-0528.2012.03467.x>
- (16) Fornari V, Dancyger I, Renz J, Skolnick R, Rochelson B. Eating disorders and pregnancy: Proposed treatment guidelines for obstetricians and gynecologists. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet] 2014 [acceso el 26 de enero de 2021]; 4(2):90-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.42016>

- (17) Mantel Å, Lindén A, Stephansson O. Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes. *JAMA psychiatry* [Internet] 2020 [acceso el 20 de diciembre de 2020]; 77(3):285-293. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902173/>
- (18) Linna MS, Raevuori A, Haukka J, et al. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* [Internet] 2014 [acceso el 27 de diciembre de 2020]; 211(4):392.e1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.067>
- (19) Minami H, Furuhashi M, Minami K, Miyazaki K, Yoshida K, Ishikawa K. Fetal intraventricular bleeding possibly due to maternal vitamin K deficiency. *Fetal Diagn Ther* [Internet] 2008 [acceso el 18 de diciembre de 2020]; 24(4):357-360. Disponible en: <https://www-proquest-com.ehu.idm.oclc.org/docview/222353061?accountid=17248>
- (20) Sotodate G, Matsumoto A, Konishi Y, Toya Y, Endo M, Oyama K. Fetal intracranial hemorrhage due to maternal subclinical vitamin K deficiency associated with long-term eating disorder. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet] 2019 [acceso el 18 de diciembre de 2020]; 45(2):461-465. Disponible en: <https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com.ehu.idm.oclc.org/doi/epdf/10.1111/jog.13825>
- (21) Cantrell C, Kelley T, McDermott T. Midwifery Management of the Woman with an Eating Disorder in the Antepartum Period. *Journal of Midwifery and Women's Health* [Internet] 2009 nov-dec [acceso el 1 de febrero de 2021]; 54(6): 503-8. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.ehu.idm.oclc.org/doi/epdf/10.1016/j.jmwh.2009.09.006>
- (22) Harris AA. Practical advice for caring for women with eating disorders during the perinatal period. *JMWH* [Internet] 2010 [acceso el 5 de diciembre de 2020]; 55(6):579-586. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.ehu.idm.oclc.org/doi/epdf/10.1016/j.jmwh.2010.07.008>
- (23) Wennberg AL, Hamberg K, Hörnsten Å. Midwives' strategies in challenging dietary and weight counselling situations. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet] 2014 [acceso 11 de enero de 2021]; 5(3):107-112. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.07.001>

(24) Herrera A, Martínez JM, Fernández M. Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica. *Enfermería Global* [Internet] 2011 [acceso el 3 de enero de 2021]; 10(23):147-157. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300010>

(25) NNNConsult [Web]. Barcelona: Elsevier [acceso el 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ehu.idm.oclc.org/>

(26) Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC pregnancy and childbirth* [Internet] 2018 [acceso el 2 de enero de 2021]; 18(1):1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1762-9>

8. ANEXOS

Anexo 1. Resumen de los resultados de las búsquedas realizadas en las bases de datos Pubmed, BVS y Dialnet.

Bases de datos	Estrategias de búsqueda	Artículos totales	Resultados con filtros	Artículos seleccionados
Dialnet	Anorexia nerviosa AND embarazo	7	7	4
	Trastorno alimentario AND embarazo	34	34	4 (4 repetidos)
	Trastorno alimentario AND embarazo AND complicaciones	7	7	2 (2 repetidos)
			10 (6 repetidos)	
Pubmed	Anorexia nervosa AND pregnancy	434	164	9
	Eating disorders AND pregnancy AND perinatal period	50	40	3 (2 repetidos)
	Eating disorders AND pregnancy AND complications	647	329	10 (6 repetidos)
	((Eating disorders AND pregnancy)) AND (perinatal period AND (nursing OR midwifery OR obstetrics))	17	13	3 (3 repetidos)
			25 (11 repetidos)	
BVS	Anorexia nerviosa AND embarazo	290	3	1 (1 repetido)
	Trastornos alimentarios AND embarazo	576	16	1 (1 repetido)
	(Trastorno alimentario) AND (embarazo) AND (periodo perinatal)	12	0	0
	(Trastornos alimentarios) AND (embarazo) AND (complicaciones)	283	9	1 (1 repetido)
			3 (3 repetidos)	
TOTAL				18

FILTROS APLICADOS

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2. Artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica y ordenados según el nivel de evidencia y el año.

Título del artículo	Autores	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Incidence of Anorexia Nervosa in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2020.	Leticia Martínez González, Tania Fernández Villa, Antonio José Molina, Miguel delgado Rodríguez y Vicente Martín	Revisión sistemática y meta-análisis	La tasa de incidencia de AN osciló entre 0,5 y 318 casos por cada 100.000 mujeres-años. En mujeres jóvenes la incidencia en servicios ambulatorios fue mayor que los basados en ingresos hospitalarios. La tendencia lineal de la incidencia de AN fue en aumento en todas las edades de mujeres.	La incidencia de la AN depende de la metodología, el tipo de población y los criterios diagnósticos utilizados.
The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. 2018.	Sarah Fogarty, Rakime Elmir, Phillipa Hay y Virginia Schmied	Estudio meta-etnográfico , revisión sistemática	Un tema clave que surgió durante el embarazo fue <i>“navegar por un “nuevo” trastorno alimentario”</i> , tras el nacimiento del bebé sin embargo, el tema clave fue <i>“el retorno al “viejo” trastorno alimenticio.</i>	En el periodo postparto, muchas mujeres refieren el regreso a sus comportamientos alimenticios previos a la gestación. Durante el embarazo de la mujer que padece AN resaltan: la dificultad emocional, las oportunidades de intervención y la aceptación de los cambios en la imagen corporal. Se necesita más investigación sobre los cuidados específicos para dichas mujeres, y la eficacia de estos.
Trastornos alimentarios durante el embarazo. 2018.	Raquel Rodriguez Blanque, Juan Carlos Sánchez García , María José Menor Rodríguez, Antonio Manuel Sánchez López, María José Aguilar Cordero	Revisión sistemática	Actualmente, las clínicas de fertilidad, están logrando que la coexistencia de AN activa y gestación sean más frecuente. Las complicaciones que se producen ante la coexistencia de un embarazo y una enfermedad de estas características, afectan tanto a la madre como al feto.	Se evidencia la necesidad de diagnosticar a aquellas mujeres que presentan un TCA, y su derivación a un equipo multidisciplinar. Es necesaria la intervención de distintos profesionales que permitan un mejor control tanto de la enfermedad de base como un correcto desarrollo del embarazo. Durante la AN, la recuperación rápida puede hacernos sospechar una enfermedad activa

Título del artículo	Autores	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Obstetric and gynecologic problems associated with ED. 2016.	M.C. Kimmel, E.H. Ferguson, S. Zerwas, C.M. Bulik y S.Meltzer-Brody	Revisión sistemática	Las mujeres que padecen un TCA tienen complicaciones obstétricas y ginecológicas, así como: infertilidad, embarazo no planificado, aborto espontáneo, mala nutrición durante el embarazo, microcefalia, depresión postparto, ansiedad y disfunción sexual. La AN también se asocia con el cese temprano de la lactancia materna.	Es importante que los profesionales de la salud conozcan las complicaciones materno-fetales que pueden surgir en el embarazo de la mujer que padece AN. El tratamiento de estas mujeres es complejo, y un enfoque multidisciplinario con una terapia centrada en la baja autoestima, en hacer frente a las transiciones en las formas del cuerpo y en el apoyo para convertirse en madre es fundamental.
Pregnancy outcomes in women with AN. 2020.	Zharmaine Ante, Thuy Mai Luu, Jessica Healy-Profitts, Siyi He, Danielle Tadeo, Ernest Lo y Nathalie Auger	Estudio de cohorte retrospectivo	El padecer AN en el embarazo se asoció con el riesgo de muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y nacimiento pequeño para la edad gestacional del RN. La hospitalización por AN se asoció con ciertos resultados maternos, incluido el parto precipitado, insuficiencia hepática aguda y el ingreso en una unidad de cuidados intensivos.	Los bebés tienen riesgo de muerte fetal, de un nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y de ser pequeños para la edad gestacional. Un bajo peso de la mujer en la concepción y aumento de peso insuficiente durante la gestación están asociados con resultados neonatales adversos. Se necesita una rehabilitación nutricional intensiva y un seguimiento más estrecho para evitar los riesgos materno-fetales.
Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes. 2020.	Ängla Mantel, Angelica Lindén Hirschberg y Olof Stephansson	Estudio de cohorte poblacional	Todos los subtipos de TCA maternos están asociados con el riesgo de hiperémesis durante el embarazo. En mujeres con AN el riesgo de anemia durante el embarazo es el doble; también se asocia con la hemorragia ante parto, parto prematuro y microcefalia en el neonato.	Las mujeres que padecen un trastorno alimentario tienen mayor riesgo de resultados adversos en el embarazo y en el recién nacido y pueden necesitar una mayor vigilancia en la atención prenatal y durante el parto.

Título del artículo	Autores	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study. 2012.	N Micali, B de Stavola, I dos-Santos Silva, J Steenweg-de Graff, PW Jansen, VWV Jaddoe, A Hofman, FC Verhulst, EAP Steegers y H Tiemeier	Estudio de cohorte poblacional	La AN materna se asocia con el sufrimiento fetal. Las mujeres con AN tienen un menor peso corporal pero una mayor tasa de aumento de peso durante la gestación.	El patrón de aumento de peso gestacional en mujeres con AN se relaciona con posibles mecanismos biológicos compensatorios dirigidos a proteger al feto.
Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. 2018.	Elizabeth A. Claydon, Danielle M. Davidov, Keith J. Zullig, Christa L. Lilly, Lesley Cottrell y Stephanie C. Zerwas	Artículo de investigación	Se abordan temas como: el control, la divulgación a los demás, la batalla entre la maternidad y el TCA (<i>la decisión de tener un hijo, emociones hacia el embarazo, centrarse en el bien del bebé</i>), el miedo a la transmisión intergeneracional, las preocupaciones de peso e imagen corporal y las estrategias de afrontamiento.	Se espera que los temas derivados de este estudio ayuden a informar acerca de los cuidados y de las intervenciones que hay que prestar en la etapa prenatal y postnatal, así como a abordar las preocupaciones de transmisión intergeneracional entre las madres con TCA.
Pregnancy, obstetric and perinatal health outcomes in eating disorders. 2014.	Milla S. Linna, Anu Raevuori, Jari Haukka, Jaana T. Suokas y Mika Gissler	Artículo de investigación	La AN maternal se relaciona con anemia, crecimiento fetal lento, contracciones prematuras, corta duración de la primera etapa del trabajo de parto, nacimiento muy prematuro, pequeño para la edad gestacional, bajo peso al nacer y muerte perinatal.	Los TCA están asociados con varios resultados perinatales adversos, especialmente en la descendencia. Se recomienda un estrecho seguimiento de las mujeres embarazadas con un TCA pasado o actual. Se debe prestar atención a los recién nacidos de estas madres.

Título del artículo	Autores	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Eating disorders and pregnancy: proposed treatment guidelines for obstetricians and gynecologists. 2014.	Victor Fornari, Ida Dancyger, Jessica Renz, Rebecca Skolnick y Burton Rochelson	Investigación científica	El embarazo para muchas mujeres es un periodo en el que se dan cambios físicos, sociales y psicológicos. Se propone la realización del cuestionario SCOOF y pautas a seguir para los profesionales que tratan con mujeres embarazadas que padecen AN activa; de esta manera, será más probable que se intervenga a tiempo para evitar las complicaciones materno-fetales.	Los profesionales de la salud que tratan con mujeres embarazadas están en una posición en la que deben evaluar, identificar, tratar y derivar a mujeres con sospecha o confirmación de una TCA, ya que pueden poner en peligro el desarrollo fetal y el resultado del embarazo. Se propone una guía para la actuación ante este desafío
Midwives' strategies in challenging dietary and weight counselling situations. 2014.	Anna Wennberg, Lena Hamberg, Asa Hörnsten	Artículo de investigación	Los retos se experimentaron especialmente al asesorar a mujeres que tenían trastornos alimentarios. Las matronas hablaban en términos de "las mujeres problemáticas" al abordar los problemas de asesoramiento. Las estrategias utilizadas fueron: familiarizarse, y tratar de apoyar y motivar.	Las estrategias de asesoramiento de las parteras son bastante ambiguas y debe destacarse el asesoramiento a los grupos vulnerables de mujeres. Se podría identificar la necesidad de formar a las matronas para desarrollar habilidades de asesoramiento centradas en la persona.
Fetal intracranial hemorrhage due to maternal subclinical vitamin K deficiency associated with long-term eating disorder. 2019.	Genichiro Sotodate, Atsushi Matsumoto, Yu Konishi, Yukiko Toya, Mikiya Endo y Kotaro Oyama	Reporte de un caso	Un TCA en la mujer embarazada es un factor de riesgo para la deficiencia de la vitamina K, lo cual conduce a una posible hemorragia intracraneal del feto.	La deficiencia de vitamina K en las mujeres embarazadas provocan hemorragias intracraneales en el feto causando de esta manera secuelas neurológicas.

Título del artículo	Autores	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrica ginecológica. 2011.	Herrera Gómez, A., Martínez Galiano, JM y Fernández Valero, MJ.	Reporte de casos	Tras una valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se estandarizan los siguientes diagnósticos enfermeros para el plan de cuidados: Desequilibrio nutricional por defecto, trastorno de la imagen corporal, baja autoestima crónica, ansiedad e interrupción de los procesos familiares.	El tratamiento debe ser multidisciplinario, y los cuidados de enfermería son de especial relevancia, puesto que el seguimiento de estas pacientes es prácticamente de por vida. La aplicación de planes de cuidados y la utilización de los diagnósticos de enfermería tienen repercusiones sobre la profesión, la paciente y sobre la enfermera.
Midwifery management of the woman with an Eating disorder in the antepartum period. 2009.	Cory Cantrell, Tarra Kelley y Tania McDermott	Reporte de un caso	El uso del cuestionario SCOOF y EDE-Q es crucial en el periodo ante parto para la detección de un TCA. Es importante que las matronas sean conscientes de los signos y síntomas de los diferentes TCA, de las diferentes opciones de tratamiento y saber dar los consejos adecuados para evitar las complicaciones materno-fetales	Es fundamental evaluar a las mujeres para detectar un TCA durante el periodo anterior al parto. Se debe tener conciencia acerca de los signos y síntomas de los patrones alimentarios destructivos y fomentar un entorno sin prejuicios. Las matronas tienen la oportunidad de brindar el apoyo y las herramientas necesarias para modificar sus hábitos alimenticios y asegurar el bienestar continuo.
Fetal intraventricular bleeding possibly due to maternal vitamin K deficiency. 2008.	Hiroji Minami, Madoka Furuhashi, Kojiro Minami, Ken Miyazaki, Kana Yoshida y Kaoru Ishikawa	Reporte de un caso	Se presenta un caso en el que los vómitos excesivos de la mujer embarazada que padece AN y la insuficiencia de la ingesta nutricional causan un daño cerebral en el feto.	La deficiencia de vitamina K que se da a causa de los vómitos excesivos y el TCA de la mujer embarazada, se consideran la causa de la hemorragia intracraneal del feto.

Título del artículo	Autores	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Salud mental perinatal: Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo. 2013.	Inés García del Castillo e Ibone Olza Fernández	Caso clínico	Los TCA pueden complicar el embarazo con consecuencias materno-fetales. La unión y los cuidados de la matrona y terapeuta son relevantes y pueden ayudar a la mujer a vivir el embarazo con un sentimiento de mayor seguridad.	Es recomendable un enfoque psicoterapéutico integrador, desde un equipo de trabajo multidisciplinar combinando intervenciones de orientación psicodinámica con otras de corte cognitivo-conductual.
The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. 2019.	Charlotte Arnold , Hayley Johnson , Ciara Mahon y Mark Agius	Revisión narrativa	Se distinguen los efectos a corto y largo plazo de los TCA en el embarazo, así como las secuelas relacionadas con la madre y el bebé; sin embargo, hay poca evidencia acerca de qué estrategias de manejo podrían resultar exitosas para moderar los riesgos. Ante esto, se propone una intervención preventiva y un enfoque multidisciplinario.	La evidencia sugiere que los TCA durante el embarazo son peligrosos para la salud de la madre y el bebé. Esto no solo representa un riesgo a corto plazo para el bebé, también afecta la salud futura del niño. Las mujeres con antecedentes de un TCA tienden a seguir teniendo algunos síntomas del TCA durante el embarazo, aunque por lo general tienen menos síntomas que antes del embarazo.
Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. 2013	Rosa Behar Astudillo	Revisión narrativa	Existen varias complicaciones físicas y psicopatológicas materno-fetales en mujeres con un TCA. Las pacientes con AN muestran temores a la maternidad y preocupaciones sobre el peso corporal y la silueta, por lo que están muy expuestas a las recaídas posparto.	La AN tiende a cronificarse en el embarazo. Se requieren estudios adicionales que orienten apropiadamente a los profesionales de salud en la prevención, detección precoz y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo y puerperio.

Título del artículo	Autores	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Practical Advice for Caring for women with Eating disorders during the perinatal period. 2011.	Amy A. Harris	Revisión narrativa	Los profesionales de la salud, deben realizar preguntas de detección de los TCA durante el embarazo de la mujer. Durante el embarazo de mujeres con TCA se dan resultados neonatales adversos. Se destaca un cuidado multidisciplinario y como cuidados de enfermería se propone hacer visitas frecuentes, controlar el tamaño del útero, negociar con la mujer acerca de la frecuencia con la que se le va a pesar, motivarla y dar consejos acerca de la ingesta nutricional. Se debe seguir con los cuidados en el periodo postparto.	Para proporcionar los cuidados adecuados con el fin de conseguir resultados exitosos en el embarazo, se necesita un equipo de tratamiento multidisciplinario bien coordinado. Se ha demostrado que las mujeres con un TCA activo que no reciben una atención tan integral corren un mayor riesgo de resultados adversos en el embarazo. Sin embargo, enseñar una buena nutrición puede beneficiar a estas mujeres y a sus bebés ya que ejerce un efecto protector contra algunos de los resultados adversos del parto y ayuda en los años posteriores al embarazo.
Management of eating disorders during pregnancy. 2010.	Nadia Micali	Revisión narrativa	Debido a que las mujeres que padecen un TCA no revelan su problema a los profesionales de la salud, se recomienda el uso del cuestionario SCOFF. Las mujeres embarazadas con TCA necesitan un cuidado prenatal intensivo para garantizar una nutrición y un desarrollo fetal adecuados. Estas mujeres también deben recibir un seguimiento post-parto debido al mayor riesgo de desarrollar depresión, problemas con la lactancia y la posibilidad de recaída del TCA.	Los TCA son comunes en mujeres en edad fértil. Es probable que influya en los resultados obstétricos y el desarrollo fetal. A pesar de que durante el embarazo la prevalencia reconocida de síntomas sea más baja, la mayoría de las mujeres con trastornos alimentarios actuales o pasados corren el riesgo de una recaída de los síntomas del TCA y depresión en el período posparto. La detección de trastornos alimentarios durante el embarazo puede ser muy importante para evitar resultados negativos.

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3. Ganancia de peso recomendada durante la gestación según el estado nutricional.

Ganancia de peso recomendada durante la gestación		
Peso pregestacional	IMC (Kg/m ²)	Ganancia de peso recomendada
Infrapeso/Bajo peso	<18,5	12,7-16Kg
Normopeso	18,5-24,99	11,5-13,5
Sobrepeso	≥25	6,8-10 Kg
Obesidad	≥30	Máximo 6,5Kg

Fuente: Alimentación y nutrición en el embarazo (8).

Anexo 4: Cuestionario SCOFF.

Cuestionario SCOFF		
1. ¿Le hace sentir mal tener el estómago lleno?	SI	NO
2. ¿Le preocupa haber perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?	SI	NO
3. ¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un periodo de 3 meses?	SI	NO
4. ¿Se ve gorda a pesar de que el resto diga que estás demasiado delgada?	SI	NO
5. ¿Diría que la comida domina su vida?	SI	NO

Fuente: Management of ED during pregnancy (11).

Anexo 5. Taxonomía NANDA-NIC-NOC en la mujer embarazada que padece AN.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)	de NOC	NIC
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales [00002]	Conducta sanitaria prenatal [1607]	<p>Asesoramiento nutricional [5246]</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Proporcionar información acerca de la necesidad de modificar la dieta, debido a la pérdida de peso. - Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un período de 24h. - Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente. -Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta recomendada. -Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente. -Disponer una derivación a otros miembros del equipo asistencial, según corresponda.
Trastorno de la imagen corporal [00118]	Imagen corporal [1200]	<p>Mejora de la imagen corporal [5220]</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. -Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede. -Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal adulta. -Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por un embarazo. -Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente. -Ayudar al paciente a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)	NOC	NIC
Baja autoestima crónica [00119]	Autoestima [1205]	<p>Potenciación de la autoestima [5400]</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reafirmarlos. - Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. -Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. - Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. -Abstenerse de realizar críticas negativas. -Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente. -Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. -Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. -Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de los objetivos.
Ansiedad [00146]	Nivel de ansiedad [1211]	<p>Disminución de la ansiedad [5820]</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. -Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. -Escuchar con atención. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)	NOC	NIC
Interrupción de los procesos familiares [00060]	Funcionamiento de la familia [2602]	Estimulación de la integridad familiar [7100] <u>Actividades:</u> - Escuchar a los miembros de la familia. -Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. - Programar visitas familiares. -Remitir la familia a grupos de apoyo de otras familias o a terapia familiar, si es preciso.
Riesgo de proceso de maternidad ineficaz [00227]	Estado materno: parto [2509]	<i>Cuidados del embarazo de alto riesgo [6.800]</i> <u>Actividades:</u> -Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo. -Fomentar la expresión de sentimientos y temores acerca de cambios del estilo de vida, durante el embarazo y la crianza de los hijos, bienestar fetal y seguridad personal. -Instruir a la paciente sobre técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (dieta e importancia de chequeos prenatales regulares). -Proporcionar guías escritas para identificar signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (disminución del movimiento fetal, 4 o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación). -Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta. -Proporcionar orientación anticipatoria de experiencias comunes que sufren las madres de alto riesgo durante el periodo postparto (agotamiento, depresión, estrés crónico) -Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.

Fuente: Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica (24) y NNNConsult (25).

