



ESCUELA DE ENFERMERÍA
“CASA SALUD VALDECILLA”

TRABAJO FIN DE GRADO

**PAPEL DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICO-
GINECÓLOGA EN LA ANOREXIA NERVIOSA
DURANTE LA GESTACIÓN Y PUERPERIO**

**ROLE OF THE OBSTETRIC-GYNECOLOGIST NURSE IN
ANOREXIA NERVOSA DURING PREGNANCY AND
PUERPERIUM**

Autora: Beatriz Vargas Guinea

Directora: María Blanca Sánchez Santiago

Septiembre 2017
Departamento de Enfermería
Universidad de Cantabria

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1 Estado actual del tema.....	4
3. OBJETIVOS.....	4
4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	5
5. METODOLOGÍA.....	5
6. CAPÍTULO I: LA ANOREXIA NERVIOSA.....	6
6.1 Criterios diagnósticos de la clasificación de la AN.....	6
6.2 Epidemiología de la AN.....	8
6.3 Etiopatogenia de la AN.....	9
6.4 Comorbilidad de la AN.....	10
6.5 Presentación de las características clínicas.....	10
6.6 Manifestaciones físicas de la AN.....	12
7. CAPÍTULO II: LA ANOREXIA NERVIOSA, EL EMBARAZO Y PUERPERIO.....	16
7.1 ¿Cómo afecta la AN en el embarazo?.....	16
7.2 ¿Qué impacto tiene sobre la madre y el feto la AN?.....	17
7.3 ¿Afecta la AN en el posparto y la lactancia materna?.....	18
7.4 ¿Afecta en la relación madre-hijo?.....	20
7.5 La ganancia ponderal en el embarazo.....	21
7.6 La dieta en el embarazo.....	22
8. CAPÍTULO III: MANEJO DE LA ANOREXIA NERVIOSA ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO.....	24
8.1 ¿Cómo detectar y manejar la AN antes del embarazo?.....	24
8.2 ¿Cómo se maneja a las mujeres con AN durante el embarazo?.....	26
8.3 Atención durante el parto.....	27
8.4 ¿Cómo se maneja a las mujeres con AN en el puerperio?.....	28
8.5 El papel de enfermería.....	29
9. CONCLUSIONES.....	35
10. BIBLIOGRAFÍA.....	36
11. ANEXOS.....	44

1. RESUMEN

Poco se ha hablado en la literatura especializada sobre el curso del embarazo y puerperio padeciendo un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), siendo más concretamente la anorexia nerviosa (AN). Existen datos limitados sobre el impacto negativo que genera un trastorno de la conducta alimentaria durante y después del embarazo tanto para la madre como para el hijo.

Existe poca casuística de artículos científicos enfocados en la AN durante la gestación y el puerperio, además de las implicaciones de la enfermera obstétrico-ginecóloga para unos cuidados de calidad durante esta etapa.

Es importante la identificación precoz y la implicación de un equipo multidisciplinar para abordar esta compleja patología, y en especial las enfermeras obstétrico-ginecológicas por tener un mayor contacto con las gestantes.

PALABRAS CLAVE: trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, embarazo, puerperio, complicaciones, ganancia de peso, nutrición, posnatal, enfermería, matrona.

ABSTRACT

Little has been mentioned in the specialized literature on the course of pregnancy and puerperium suffering from an eating disorder (TCA), being more explicit anorexia nervosa (AN). There is limited data on the negative impact of eating disorder during and after pregnancy for both mother and child.

Exist not much casuistic of scientific articles focused on AN during gestation and the puerperium, in addition to the implications of the obstetric-gynecological nurse for quality care during this stage.

It's important the early identification and the involvement of a multidisciplinary team to address this complex pathology, and especially obstetric-gynecological nurses for having greater contact with pregnant women.

KEY WORDS: eating disorders, anorexia nervosa, pregnancy, puerperium, complications, weight gain, nutrition, postnatal, nurse, matron.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Estado actual del tema

La Anorexia nerviosa (AN) es un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), que afecta al individuo de manera psicosomática. Este trastorno alimentario puede aparecer en cualquier momento pero, en las etapas de embarazo y puerperio, pueden resultar un factor predisponente para la aparición de las manifestaciones debido a los cambios corporales que generan preocupación y ansiedad^(45, 46).

No existen datos exactos sobre la prevalencia de la AN durante la gestación de forma aislada. Los TCA afectan alrededor del 5-7% de las mujeres en edad fértil y no se suele valorar durante la gestación el padecimiento de las mismas⁽⁵³⁾. Es tan baja la detección de esta patología durante la gestación que existe alrededor de un 15% de gestantes sin diagnosticar sobre estos trastornos⁽⁵²⁾.

La etapa de la gestación es un buen momento para la detección precoz de los TCA, en especial de la AN ya que es un momento donde existe una motivación especial hacia el cambio en las conductas alimentarias por parte de estas mujeres⁽⁶²⁾.

Si es detectado, se puede derivar a un servicio especializado en este tipo de trastornos en el caso de encontrarse activo o hubiese riesgo potencial de desarrollarlo durante la gestación⁽⁵²⁾.

La presencia de trastornos alimentarios durante la etapa de gestación y puerperio no ha sido demasiado estudiada ni tratada en la literatura especializada,⁽⁴⁶⁾ por lo que no existen Guías de Prácticas Clínicas, normas sobre el abordaje de los mismos durante estas etapas aún sabiendo que afecta a un alto índice de la población^(46, 52, 56).

Para poder detectar, prevenir y evitar esta situación, la familia y el equipo multidisciplinar deben estar en alerta.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar los cuidados de la enfermera obstétrico-ginecóloga sobre la gestante con Anorexia Nerviosa, para optimizar los resultados en salud de la madre y el neonato.

Objetivos específicos:

Conocer la evolución de la enfermedad junto a los criterios de diagnóstico actuales para su detección precoz.

Identificar posibles complicaciones del embarazo en mujeres con Anorexia Nerviosa previa y describir su posible repercusión neonatal.

4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El trabajo se encuentra estructurado en 3 capítulos:

- **Capítulo I:** en el capítulo titulado “la anorexia nerviosa” se expone la evolución de la enfermedad con una introducción a lo largo de la historia, criterios de clasificación actuales, epidemiología, etiopatogenia, sus comorbilidades y las complicaciones sin especificar el estadio de desnutrición en el que se encuentre.
- **Capítulo II:** en este capítulo titulado “la anorexia nerviosa, el embarazo y puerperio” nos centraremos en cómo puede afectar la enfermedad durante la gestación y puerperio, además de los efectos en los descendientes.
- **Capítulo III:** en el último capítulo titulado “manejo de la anorexia nerviosa antes, durante y después del embarazo y el papel de enfermería” expone cómo se puede detectar y atender lo más precozmente posible la AN durante la gestación y el puerperio. Se realizan diagnósticos enfermeros de forma generalista para el cuidado de estas pacientes.

5. METODOLOGÍA

La metodología para la realización de esta monografía se basa en la búsqueda bibliográfica en bases de datos Scielo, Pubmed, Elsevier, Dialnet, Google Académico, NNNConsult y libros de la Universidad de Cantabria.

Las palabras clave mediante los descriptores científicos DeCS y MeSH en castellano y en inglés empleadas fueron: “trastornos de la conducta alimentaria/ eating disorders”, “anorexia nerviosa/ Anorexia nervosa”, “embarazo/ pregnancy”, “puerperio/ puerperium”, “complicaciones/ complications”, “ganancia de peso/ weight gain”, “nutrición/ nutrition”, “posnatal/ postnatal”, “enfermería/ nursing”, “matrona/ midwife”, combinadas con los booleanos “and” y “or”.

Como limitaciones, para la elaboración de esta monografía, la filtración de los artículos ha sido superior a los 10 años debido a la falta de material actual, sobre todo en español, en la actuación y los cuidados de la gestante con Anorexia Nerviosa durante la gestación y puerperio por parte del personal de enfermería obstetro-ginecológico.

6. CAPÍTULO I: LA ANOREXIA NERVIOSA

La Anorexia Nerviosa (AN) es el Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) más conocido a nivel mundial por su elevada divulgación a través de los medios de comunicación. Ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. En la antigüedad, cuando se celebraban banquetes con abundante comida y bebida, era normal producirse el vómito para poder seguir disfrutando de la festividad⁽¹⁾.

Los primeros casos descritos datan de la edad medieval en el ámbito religioso, generalmente mujeres que, hacían ayunos prolongados para mantener el alma lo más pura posible. Este tipo de restricción no estaba encaminada a la imagen corporal, si no a la liberación de los impulsos naturales de la persona⁽²⁾.

No fue hasta el siglo XVII que se publicó la primera reseña clínica por parte del británico Richard Morton mientras describía la tuberculosis, llamada en esos tiempos “enfermedad verde”. Se encontró con una adolescente que “llegó a la supresión total de sus reglas menstruales por la multitud de inquietudes y pasiones de su mente, pero sin que luego siguiera ninguno de los síntomas de la enfermedad verde”. Llamó en ese momento a la anorexia como una “consunción nerviosa” debido a la degeneración que produjo en su cuerpo^(1, 2, 3, 4, 5). Más tarde también encontró el primer caso de hombre anoréxico⁽⁶⁾.

Dos siglos más tarde, en 1873, el francés Charles Laségue describe la AN como anorexia histérica, diferenciándola de la anorexia que podían padecer pacientes con depresión, ya que uno era autoinducido y el otro era inconsciente^(3, 7). El inglés Williams Whitney Gull en 1874 lo definió como anorexia nerviosa meses más tarde^(2, 3) siendo ambos autores los primeros en clasificarla como un problema médico.

6.1 Criterios diagnósticos de la clasificación de la AN

En el año 1972, Feighner propuso una serie de criterios diagnósticos para clasificar la anorexia nerviosa descrita en la tabla 1⁽⁸⁾:

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa de Feighner. Modificada de⁽⁸⁾

- A. Edad de comienzo anterior a los 25 años.**
- B. Anorexia acompañada de una pérdida de peso correspondiente, por lo menos al 25% del peso corporal previo.**
- C. Una actitud distorsionada e implacable hacia la ingesta alimentaria o el peso, que desatiende al hambre, advertencias, certidumbres y amenazas, por ejemplo:**
 - Negación de la enfermedad sin reconocer las necesidades nutritivas.
 - Aparente complacencia con la pérdida de peso, manifestando abiertamente que el rechazo de los alimentos es agradable.
 - Una imagen corporal deseable de extrema delgadez evidenciándose que es gratificante para la paciente conseguir y mantener este estado.
 - Acumulación o manipulación desusada de alimentos.
- D. Ausencia de una enfermedad médica que explique la anorexia y la pérdida de peso.**
- E. Ausencia de otra enfermedad psiquiátrica manifiesta, con referencia particular a desórdenes afectivos primarios, esquizofrenia, neurosis obsesivo – compulsiva o**

fóbica.

F. Al menos dos de las manifestaciones siguientes:

- **Amenorrea.**
- **Lanugo.**
- **Bradicardia.**
- **Períodos de hiperactividad.**
- **Episodios de bulimia.**
- **Vómitos (pueden ser autoinducidos)**

Estos criterios de diagnóstico han ido variando a lo largo del tiempo. Actualmente se emplean los recogidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association -APA-) en el Manual Diagnóstico y Estadístico y de las Enfermedades Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM –) en la nueva versión DSM V de 2013^(9, 10, 11) y en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) realizada por la OMS.

Los criterios diagnósticos nuevos del DSM V son los siguientes expuestos a continuación en la tabla 2:

Tabla 2. Criterios diagnósticos de anorexia nerviosa en el DSM V⁽¹¹⁾

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo *normal* o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado**
- B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.**
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.**

Especificar el tipo

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

La CIE – 10 tiene otro tipo de criterios para clasificar la enfermedad (tabla 3), ya que la incluye en la categoría de trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a funciones somáticas⁽¹⁾:

Tabla 3. Criterios de diagnóstico F50.0 Anorexia nerviosa [307.1] CIE – 10⁽¹⁾

- A. Pérdida significativa de peso (IMC menor de 17,5) o falta de aumento de peso en los niños/as, que lleva a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y la talla correspondiente.**
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas:**
- **Vómitos autoprovocados.**
 - **Purgas intestinales autoprovocadas.**
 - **Ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.**
- C. Distorsión de la imagen corporal psicológica en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal forma que el enfermo se impone un límite de peso corporal.**
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo – hipófiso – gonadal, que en las mujeres se manifiesta por amenorrea y en los hombres por una pérdida de interés por la sexualidad y de la potencia sexuales (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.**
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento: en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.**

6.2 Epidemiología de la AN

La AN es considerada la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes. Su inicio suele presentarse en la pre-adolescencia, adolescencia o al iniciar la edad adulta afectando más al sexo femenino con una prevalencia del 90% y con un comienzo más frecuente entre los 13 y 18 años, aunque se encuentran casos con una edad de inicio antes de los 10 y posterior a los 20 años^(4, 12, 13, 14).

La prevalencia a esta enfermedad puede triplicarse en algunas profesiones como en modelos, gimnastas, profesionales del ballet y actrices. Suele relacionarse con una clase social alta o medio – alta urbanita, pero en la actualidad afecta a las diferentes clases sociales. Padecer esta enfermedad es más común en las mujeres caucásicas, pero las mujeres de países subdesarrollados o en vías de desarrollo, pueden llegar a padecerla al acceder a un país occidentalizado^(4, 7, 15).

La prevalencia de la patología se encuentra entre el 0,3 – 2,2% con una actual tendencia a la perpetuidad en el tiempo e incremento^(16, 17).

En diferentes estudios realizados en las distintas comunidades de España varían las cifras de padecimiento de la enfermedad desde 0,14 a 1% dependiendo de los grupos de edades estudiados^(12, 13, 18, 19).

Un dato para conocer el pronóstico de la enfermedad es la tasa de mortalidad existente, elevada para esta enfermedad, siendo la causa principal el suicidio o desnutrición severa^(16, 20, 21).

Para finalizar, el 40 – 50% de los casos de AN evoluciona progresivamente hasta la desaparición de la misma en un periodo comprendido entre los cinco y diez años después de ser tratada, mientras que el 10 – 25% se vuelven crónicos y el 20 – 30% tienen temporadas de mejoría y recaída^(13, 22).

6.3 Etiopatogenia de la AN

En la actualidad, la AN se entiende como una enfermedad con varias causas que se correlacionan sin un factor determinado, y se debe observar desde una perspectiva biológica, social y psicológica^(1, 4, 23, 24):

Factores predisponentes: son aquellos que se encuentran antes de debutar con la enfermedad e incrementan la posibilidad de padecer la misma.

- **Factores individuales:**
 - **Agentes biológicos:** la función de alimentarse se encuentra regulada por el SNC a través del hipotálamo siendo estimulado por monoaminas (serotonina, noradrenalina y dopamina), neuropéptidos (neuropeptido YY, péptido Y, opioides endógenos) y péptidos intestinales^(1, 7).
 - **Agentes genéticos:** son más predisponentes a padecer esta enfermedad las personas con familiares de primer grado de sexo femenino, que tengan trastornos afectivos o abuso de sustancias^(1, 4, 14).
 - **Agentes psicológicos:** tener baja autoestima, poca seguridad sobre sus habilidades sociales, dificultad para expresar sus sentimientos y opiniones, dependiente en términos emocionales, ser lo más perfeccionista posible, obsesiva, falta de iniciativa, poca seguridad en sí misma, sobrevalorar la opinión de los demás para satisfacerles, entender los comentarios como algo negativo y miedo al cambio son factores que pueden verse en las personas con esta enfermedad^(1, 14, 24).
- **Factores familiares:** algunos de los familiares de las personas con AN habían padecido o padecían un TCA, eran excesivamente protectores, tendían al perfeccionismo en todos los terrenos, daban mucha importancia a la apariencia física, tenían poca comunicación entre los integrantes de la familia, reprimían el desarrollo del propio criterio a sus hijos teniendo como consecuencia el bloqueo frente a determinadas situaciones, pocas relaciones sociales y altas perspectivas puestas en sus hijos^(1, 4, 24).
- **Factores culturales:** la presión sociocultural en torno a un físico extremadamente delgado está muy arraigado en nuestra sociedad actual, a la vez que en los medios de comunicación refuerzan ese sentimiento para alcanzarlo y, a la par, promocionan el sobrepeso y la obesidad con alimentos poco saludables que ponen en peligro la salud tanto física como mental de las personas. El encontrarse en una sociedad que promueve una belleza irreal del físico, hace que aparezcan las dudas, y la inconformidad con nuestra apariencia induce a realizar dietas para alcanzar a esos estándares impuestos^(1, 4, 7, 14, 17, 24).

Factores desencadenantes: en este apartado algunos autores señalan que algunos procesos de origen familiar, escolar (burlas), factores sociales o culturales pueden ser los precipitantes. La influencia del sexo y el comienzo del desarrollo puberal para pasar a la edad adulta se encuentran relacionados. También se resalta como factor una dieta hipocalórica, una elevada subida de peso debido al cambio del cuerpo infantil al adulto o el aumento de actividad física. Los episodios estresantes también pueden ser un detonante a tener en cuenta, así como la separación de los padres^(1, 4, 6,7, 14,24).

Factores perceptuantes: se encargan del mantenimiento de la enfermedad, como por ejemplo la inanición alimentaria que produce cambios a nivel bioquímico que refuerzan esa inanición, la autoinducción del vómito que hace sentirse mejor al eliminar los alimentos y la sociedad donde se venera la delgadez extrema y su progresivo aislamiento haciendo que se centren exclusivamente en el peso, la apariencia física y la alimentación^(1, 4, 7, 14).

6.4 Comorbilidad de la AN

La presencia de otros trastornos, además del primario, pueden retrasar la recuperación de estas pacientes. En los diferentes estudios realizados anteriormente encontraron otras patologías que, o bien se encontraban antes del inicio de la enfermedad, o bien se desarrollaron durante el transcurso de la misma. Todas las patologías dichas a continuación no tienen por qué surgir debido a padecer la AN, sino que pueden haber estado latentes o haberse manifestado con anterioridad.

En la AN, los trastornos más relevantes son:

- **Trastornos de la ansiedad:** dentro de la amplia gama, se encuentran la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo.
- **Trastornos depresivos mayores:** en algunos casos se encuentran presentes antes del diagnóstico de AN.
- **Trastornos de personalidad:**
 - Las padecientes de anorexia restrictiva tienen características del grupo A (esquizoide) y C con principal predominio el obsesivo-compulsivo con una prevalencia del 22% y evitativo.
 - Las anoréxicas purgativas padecen más del grupo B predominando más las características borderline/límite e histriónico^(1, 25).

6.5 Presentación de las características clínicas

Los primeros indicios que suelen ocurrir y pasar desapercibidos a veces son el comienzo de una dieta en la que van eliminando los alimentos muy calóricos (grasas y carbohidratos de fácil absorción). Después o durante el proceso de aprendizaje de las calorías, pasan a una dieta monótona y muy limitada a una serie de alimentos (generalmente verduras, hortalizas, frutas, productos lácteos descremados o versiones light de alimentos y bebidas) para limitar las calorías a un número concreto que, cuanto más bajo sea, más pronto permitirá alcanzar el peso objetivo marcado. La ingesta de proteínas no suele variar pero se suelen limitar a las más magras^(4,26).

A medida que la enfermedad progresa, aparece el ayuno prolongado con unos alimentos específicos; empiezan a mostrar un interés por los diferentes tipos de dieta, se

centran en la recreación de recetas y cocinar para personas exteriores a ella, en mantener controlado todo lo relacionado a la cocina cuando cocinan otras personas a través de la ayuda en la colocación de cubiertos, vajilla, ir a por un vaso de agua con la excusa, etc. Muestran manías a la hora de consumir la comida (realizar porciones pequeñas para luego juntarlas, esparcirlas en el plato y llegar incluso a esconderla para no consumirla, comer a solas y sin sentarse, etc)^(4, 26).

Se genera un retraimiento social debido a que se traduce como comer fuera de un ambiente no conocido donde no controla lo que ingiere; existe una negación del progreso de la misma cuando es evidente y hay una focalización desmesurada en el mundo de la comida (hablando a todas horas de sus gustos, lo que consume o gustaba, etc)^(4, 26).

Cada día que pasa, sienten una preocupación por no controlar sus impulsos y el miedo a su consumo sin control, apareciendo desde que se levantan hasta que se despiertan una única idea: la comida. Se ha descrito que este tipo de pacientes demuestra una curiosidad por los alimentos y su información nutricional. Suelen negar el hambre que se percibe a veces^(4, 26).

A veces siguen una dieta de expertos en nutrición que van modificando por productos más ligeros que, para ellas, serán suficientes y siempre tendiendo a productos poco calóricos. En las situaciones donde se produzca algún evento familiar o social, su forma de esconder la fobia a la comida es proclamando problemas digestivos, como ardores estomacales o inapetencia en el momento, aunque suelen tener elevada la sensación de saciedad (no en todos los casos) con pocos alimentos ingeridos debido a la habituación del estómago en los procesos de larga duración. En este momento irá aumentando la tensión, estrés e irritabilidad tanto por parte de la familia como de la anoréxica por su estado físico y mental con un elevado cambio en el humor por parte de la última e intentos fallidos por parte de familiares y amistades para que reaccione ante su situación actual^(4, 26).

Al final, llega un momento en el que los impulsos por los alimentos no se controlan, produciéndose lo que llamamos un atracón, debido a la ansiedad interna de la paciente que, al finalizar el episodio, sentirá tristeza y malestar por no haber podido reprimir sus sentimientos^(4, 26). Un atracón se describe como pérdida de control sobre la elevada ingesta de alimentos en un período corto de tiempo (alrededor de 2 horas) en comparación a lo que la mayoría de personas consumirían en el mismo tiempo en las mismas circunstancias⁽¹¹⁾. Después de este atracón, las personas con AN se clasifican en dos tipos: realizan una restricción alimentaria más intensa o se autoinducen el vómito. En ambos casos se pueden llegar a usar laxantes o diuréticos para la pérdida de peso^(4, 26).

En estos pacientes suele aparecer un desinterés por las relaciones sexuales antes del padecimiento de la enfermedad en el caso de los adultos mientras que en los adolescentes un mal desarrollo sexual psicosocial^(4, 26).

En las anoréxicas se puede notar la negación de mantener un peso mínimo saludable, ya que para ellas sería estar más cerca de la temida obesidad al aumentar el peso y, al tener una distorsión de la imagen corporal, se escudan en intentar cambiar una parte de su cuerpo que no les gusta por estar en discordancia con el resto de su cuerpo. Una de las cosas más comunes cuando se intenta entrar en razón sobre su estado de salud es la creciente negación de padecer la AN, el inmenso deseo de seguir adelgazando y la negación de su deterioro físico incluso siendo conscientes de él^(4, 26).

La irracional cantidad de actividad física es algo normal. En estas personas existe una creciente hiperactividad con pérdida del sueño, cefaleas y cansancio generalizado que desmienten^(4, 26).

Cuando la enfermedad se encuentra en fases avanzadas, la desnutrición, el deterioro orgánico y la debilidad física debido a la disminución de la musculatura (caquexia) son más que notorios. El aspecto físico se ve modificado en el de un cuerpo sin las curvas propias de las mujeres, además de los senos aunque en algunos casos se siguen manteniendo. Se vuelve a un cuerpo infantilizado evadiendo la inminente maduración fisiológica al sentir que no se encuentran suficientemente preparadas para la vida cotidiana^(4, 26).

Las relaciones sociales se encuentran alteradas por este proceso; suelen aislarse permaneciendo en sus domicilios o buscan amistades de menor edad a la suya. También es importante la dependencia que tienen con su familia. Suelen tener una personalidad vulnerable, ideas fijas y rígidas, de encontrarse en continua alerta y a la defensiva. No son dados a opinar y se muestran dóciles y obedientes frente a personas con autoridad. Tienen una elevada autoexigencia y perfeccionismo además de tener un elevado nivel de estudios en la mayoría de los casos^(4, 26).

En personas jóvenes con ganas de quedarse embarazadas, se aprecia una infertilidad o dificultad por el miedo al aumento del apetito durante los meses del embarazo y como consecuencia el aumento del peso^(4, 26).

6.6 Manifestaciones físicas de la AN

Debido a la debilidad física, agravada en muchas ocasiones por el uso de laxantes y/o diuréticos, la provocación del vómito en el caso de las anoréxicas purgativas, el cansancio y la severa desnutrición en las fases avanzadas, aparecen signos físicos que pueden ser apreciables mediante la exploración física y las pruebas y exámenes médicos.

- **Alteraciones gastrointestinales:** en el caso de las que realizan purgas constantemente (anoréxicas purgativas), el ácido del estómago produce un deterioro en el esmalte de los dientes y caries. Al producir el vómito, puede aparecer sangre. De producirse un grado de desnutrición severo en un periodo largo, se encontrará comprometida la masa ósea, repercutiendo en la cavidad bucal, de manera que puede aparecer una periodontitis, gingivitis, y la pérdida de arcadas dentarias. También xerostomía debido a la atrofia de las glándulas salivales, caries, erosión de los dientes y una alteración en la producción salival. Suelen referir dolores abdominales, un vaciado gástrico enlentecido que produce sensación de llenado prematuro con una posterior sensación de hinchazón y ventosidades. Hay una disminución del peristaltismo intestinal que produce estreñimiento por la pobre ingesta de alimentos o diarrea por haber abusado de laxantes. Se aprecia una dilatación aguda gástrica además de inflamación del esófago, una malabsorción de los alimentos ingeridos indiferentemente de su densidad calórica y en el hemograma se aprecia una elevación de las enzimas hepáticas. Se puede apreciar una hipertrofia parotídea bilateral sin dolor en las que presentan el cuadro subclínico restrictivo^(4, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32).
- **Alteraciones cardiovasculares:** debido a la falta de nutrientes para mantener activo el organismo, aparece la bradicardia, hipotensión arterial, las arritmias, la bradipnea. Se aprecia en manos y pies una acrocianosis debido a la constricción de los vasos sanguíneos a nivel cutáneo por el bajo gasto cardíaco que se aprecia en un examen físico como pies y manos frías y en el electrocardiograma se observan alteraciones también relacionado con el bajo gasto cardíaco y el volumen corporal de sangre (alargamiento del complejo QT). Histológicamente se aprecia una disminución de la pared ventricular izquierda y prolapso de la válvula mitral. En el momento de introducir otra vez alimentos y líquidos en la dieta, si se hace de forma rápida en el

tiempo, habría probabilidades de sufrir una serie de signos y síntomas relacionados a la insuficiencia cardíaca congestiva^(4, 28, 29, 30, 31, 33).

- **Alteraciones renales:** en algunas pacientes, se observa el nitrógeno ureico en sangre elevado debido a la falta hídrica o bajo por una baja ingesta de proteínas. Esto conduce a un bajo filtrado glomerular que, junto con la deshidratación aparece una azotemia (insuficiencia renal) siendo más intenso si son pacientes purgativas (por uso de laxantes o inducción de vómitos). También como consecuencia de la deshidratación continua en el tiempo junto con la ingesta de alimentos de origen vegetal ricos en oxalatos, se produce la acumulación de calcio formando cálculos renales. Esto a la hora de la reintroducción de alimentos en la dieta junto a líquidos, produce un aumento de la aldosterona, encargada de retener el sodio y potasio, lo que genera en la mayoría de los casos edemas periféricos^(4, 28, 29, 31, 34).
- **Alteraciones cutáneas:** estas alteraciones suelen ser producidas por los largos periodos de inanición, poca ingesta de alimentos o bien secundarias a la constante purga. La piel se encuentra seca junto a los labios, escamada, pálida y con un color icteríco. Hay acumulación de carotenos en las palmas de las manos y pies, mala cicatrización de las heridas (enlentecida), acné, dermatitis seborreica, estrías más marcadas, petequias, intertrigo, prurito generalizado, edemas y eritema. Se aprecian zonas azul-moradas en las extremidades debido a la falta de flujo sanguíneo cutáneo (acrocianosis), perniosis en la exposición al frío y signos de Russell en las manos de las de tipo purgativo. Aparece una fina capa de vello por todo el cuerpo llamado lanugo debido a la falta de grasa como aislante térmico. El pelo se encuentra reducido en volumen, grosor, brillo, se encuentra quebradizo y puede cambiarle el color. Las uñas se encuentran frágiles y quebradizas, con estriaciones en la superficie y con tendencia a la infección alrededor de la piel de las uñas. Al igual que lo explicado en el punto anterior, al reincorporar alimentos y líquidos de manera elevada en un periodo corto de tiempo, se vislumbran hematomas y edemas periféricos cuando son pacientes con una desnutrición avanzada⁽³⁵⁾.
- **Alteraciones bioquímicas:**
 - **Alteraciones electrolíticas:** debido a la deshidratación, los electrolitos se encuentran alterados; durante las purgas hay una disminución de los niveles de sodio, potasio e hidrógeno y elevados de bicarbonato en sangre que generan una alcalosis metabólica. Con el uso de laxantes aparece la acidosis metabólica hiperclorémica que conlleva a la pérdida de potasio y bicarbonato produciendo malabsorción del calcio, magnesio y fosfato. Si se utilizan diuréticos, hay una disminución de la volemia corporal con pérdidas en la orina de sodio, potasio y calcio que provoca alcalosis hipoclorémica. La inestabilidad electrolítica puede producir poliuria debido a la falta de sodio y potasio en el organismo para retener líquido^(31, 36).
 - **Alteraciones hematológicas:** las complicaciones más comunes son la anemia (normocrómica en ocasiones por la falta de alimentos ricos en hierro y folatos), leucopenia y trombocitopenia. Por esta causa, las pacientes tienen más probabilidades de padecer infecciones^(28, 29).
- **Alteraciones musculoesqueléticas:** la osteopenia, disminución de la densidad mineral ósea, puede producir la osteoporosis debido a una disminución de los estrógenos y a la amenorrea. La hormona tiroidea T₃ es crucial en el mantenimiento de la densidad mineral ósea ya que puede afectar su concentración si se ve alterada. También una baja ingesta de alimentos con calcio y la baja exposición solar para sintetizar vitamina

D pueden afectar a la calidad ósea. El peso influye en la densidad ósea: a menor peso mayor pérdida ósea y peor recambio mineral óseo siendo un factor importante para la aparición de fracturas. Hay una debilidad generalizada a nivel muscular por la disminución del mismo. El descenso de los estrógenos, T₃, leptina (regula el apetito), colágeno junto con la subida de GH que reduce los IGF-I por falta de alimentos más el aumento de glucocorticoides y catecolaminas, son los precursores de la falta de densidad mineral ósea y su posterior formación ósea. La melatonina, regulada por los ciclos circadianos, es necesaria para la formación ósea. Debido a los factores estresantes, su producción se encuentra alterada para la continua renovación del hueso^(37, 38, 39).

- **Alteraciones en la temperatura corporal:** no toleran bien los cambios bruscos de temperatura ni el frío debido a que su temperatura basal se encuentra reducida por la falta de circulación sanguínea periférica reflejada en una coloración cianótica y vasoconstricción^(28, 29).
- **Alteraciones pulmonares:** se ha visto reducida la capacidad inspiratoria y espiratoria máxima junto al aumento del volumen residual por la debilidad muscular de los pulmones⁽²⁸⁾.
- **Alteraciones neurológicas:** estas afectaciones ocurren en pacientes con una malnutrición avanzada. Se ha encontrado una disminución de la materia blanca, grasa y aumento del líquido cefalorraquídeo (LCR) junto a dilatación en los ventrículos y adelgazamiento de la corteza cerebral (atrofia cortical). Además tienen problemas a la hora de memorizar, de prestar atención y la flexibilidad mental no permite adaptarse a situaciones cambiantes, nuevas o inesperadas. Todo esto mejora cuando se realiza la terapia nutricional^(29, 40, 41).
- **Alteraciones endocrinometabólicas:** todas las alteraciones endocrinas se deben a la desnutrición y cesan con la reintroducción alimentaria. Todas estas modificaciones que sufre el organismo son exclusivamente para conservar la energía corporal cuando hay espacios prolongados en el tiempo de limitación calórica⁽⁴²⁾.
 - **Eje hipotálamo – hipófisis – gonadal:** es necesario para diagnosticar la AN la existencia de amenorrea secundaria en el caso de mujeres posmenárquicas. Son personas hipoestrogénicas de forma secundaria por la falta de producción hipotalámica; la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) produce una frecuencia de gonadotropina irregular que desemboca en una insuficiencia para la ovulación y una deficitaria producción de estrógenos. Estas anomalías alteran a las hormonas LH, FSH y estradiol que se encuentran disminuidas. La amenorrea y anovulación se produce para prevenir embarazo en un momento comprometido para la mujer. En un porcentaje elevado existe oligomenorrea o amenorrea antes incluso de la restricción alimentaria debido a factores psicológicos como estrés o una elevada intensidad de ejercicio y algunas de ellas, cuando recuperan un porcentaje óptimo, mantienen estos problemas por seguir manteniendo los factores que perpetúan la misma. Se han descrito casos de ovarios poliquísticos o síndrome de ovarios poliquísticos. Algunas veces la PRL se encuentra disminuida pero suelen ser niveles normales. La fertilidad no se verá perjudicada si son capaces de mantener y volver a un peso óptimo, aunque durante la gestación tendrán más complicaciones en el embarazo, un peor postparto y lactancia^(28, 29, 30, 41, 42).
 - **Eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo:** debido al hipotiroidismo aparece bradicardia, intolerancia al frío, hipotensión, piel seca y descenso de la tasa

metabólica basal debido a que es regulado por la T_3 encontrando ésta disminuida. La hormona tirotropina (TSH) se suele encontrar en niveles normales junto con la T_4 , aunque a veces puede estar disminuida. En la AN, la conversión periférica de T_4 a T_3 se encuentra disminuida viendo un aumento de la T_3 inversa inactiva (rT_3) para preservar las energías^(4, 28, 29, 30, 41, 42).

- Eje somatotropo: la formación hepática de IGF-1 disminuye por la desnutrición y esos niveles estimulan el aumento de GH. También se encuentra disminuida la proteína IGFBP3. Sumado todo lo anterior más una hipoinsulinemia, el organismo realiza ajustes para realizar la lipólisis donde se consumirán principalmente ácidos grasos libres^(28, 29, 30, 42).
- Eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal: se percibe una elevación del cortisol dentro de los glucocorticoides por el estrés mantenido debido a la desnutrición severa manteniendo el ritmo circadiano de secreción de la misma. El aumento de cortisol se produce para aumentar los niveles de grasa corporal siendo un buen indicador cuando se recupera la menstruación. La elevación de la hormona corticotropina (ACTH) se produce por la elevación en la secreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) que no se regulan por retroalimentación negativa del cortisol. El mantenimiento elevado de CRH puede estar relacionado con el mantenimiento del hambre crónico de las pacientes. La secreción del cortisol se encuentra influenciado por la hipoglucemia e hipoinsulinemia. La hiperactividad de este eje trae problemas en la liberación de vasopresina que se manifiesta en complicaciones a la hora de diluir la orina^(28, 29, 30, 31, 42).
- Alteraciones metabólicas: la alteración metabólica más característica es la hipoglucemia en ayunas por la falta de glucógeno y sustratos para producirlo (neoglucogénesis), observándose un aumento del glucagón para mantener unos niveles estables de glucemia. Al no haber suficientes hidratos de carbono sumado con al ayuno, en la sangre se liberan cuerpos cetónicos y ácidos grasos libres para poder cubrir los requerimientos de energía (lipólisis). Las pacientes con AN tienen hipercolesterolemia, con un LDL mantenido dentro de parámetros normales y un HDL elevado e hipercarotinemia además de disminución de los triglicéridos. Dentro de los déficit de vitaminas y minerales podemos encontrar, dependiendo el estudio y la fase de la enfermedad en la que se encuentren, lo siguiente:
 - Puede haber déficits de vitaminas y minerales siendo los más comunes de riovoflavina (B_2), B_{12} y vitamina D, calcio, ácido fólico, zinc, magnesio y cobre^(28, 29, 43).
 - En otro estudio se describe un aumento en la vitamina A, E y vitamina D con o sin elevación de la parathormona (PTH), niveles elevados de vitamina B_{12} , normales de tiamina (B_1) y disminuidos de vitamina B_6 y folato. La disminución de la vitamina B_6 aumenta los niveles de triptófano llegando al sistema nervioso central (SNC) para convertirse en serotonina, inhibidor del apetito. El zinc y cobre son los minerales más estudiados por tanto, se pueden encontrar desde valores bajos, normales e incluso elevados^(30, 31, 44).

7. CAPÍTULO II: LA ANOREXIA NERVIOSA, EL EMBARAZO Y PUERPERIO

Como hemos explicado con anterioridad, la AN es un TCA que afecta de manera psicosomática. Debido a esto, las áreas relacionadas con la reproducción de la mujer se pueden encontrar alteradas o en riesgo de estarlo para la concepción^(45, 46).

Este tipo de trastornos de la alimentación pueden suceder en cualquier momento, pero las etapas de embarazo y maternidad pueden ser un factor predisponente para la aparición de las manifestaciones, ya que representan un cambio a nivel corporal aumentando la preocupación y la ansiedad. La persona con AN clínica tiene dificultades para quedarse embarazada si pierde entre un 10-15% de su peso ideal debido a la aparición de amenorrea secundaria pero tampoco parece un inconveniente gracias a los avances en tratamientos de maduración in vitro de ovocitos en unas condiciones ideales en laboratorio con la posterior fertilización tanto en una AN activa como subclínica. La menstruación y la recuperación de la fertilidad pueden retrasarse en un 30% al recuperar el peso ideal^(45, 46, 47, 48, 49).

Bulik et al. encontraron en una población de Noruega una mayor tasa de embarazo no planificado (50% de las afectadas por la enfermedad) en comparación con las mujeres sin TCA (18,9%) y aborto inducido en las pacientes con AN (24,2%) comparado a las mujeres sin TCA (14,6%). Estas mujeres con AN tenían una edad media inferior (26,2 años) a la de las mujeres de la población en general (29,9 años). Investigaron si los embarazos no planificados sucedían de mayor manera en mujeres con amenorrea en los 12 meses antes de la concepción y obtuvieron que el 14,5% de mujeres con AN y el 5,5% del grupo de referencia afirmaron la existencia de amenorrea. Debido a las alteraciones menstruales que pueden durar largos periodos de tiempo, hay una mala interpretación de que son poco propensas a la concepción por su patología, por lo que hay embarazos no planificados al entenderlo como falta de riesgo de embarazo y por tanto existe una menor adherencia a las pautas anticonceptivas⁽⁵⁰⁾.

Se desconoce la prevalencia exacta de la AN en el embarazo recogida de forma aislada, aunque existen algunas referencias al conjunto que engloba los TCA. Bulik et al hablan de AN pre-embarazo con un índice del 0,1% en una población noruega de 41.157 mujeres⁽⁵¹⁾. En el estudio de Chizawsky et al prevén que durante la gestación 3 de cada 100 mujeres podrían debutar con un desorden de la conducta alimentaria aunque si se habla de un cuadro subclínico, las cifras podrían alcanzar el 15%⁽⁵²⁾. Los TCA afectan alrededor del 5-7% de las mujeres en su edad reproductiva y no se suelen valorar durante el periodo gestacional⁽⁵³⁾.

7.1 ¿Cómo afecta la AN en el embarazo?

Este trastorno alimentario puede acarrear diferentes efectos con resultados discutidos. El embarazo puede ser una época de mucho estrés y ansiedad para algunas mujeres, sobre todo para aquellas que padecen AN. El aumento ponderal de peso y el cambio de su apariencia puede predisponer o empeorar los síntomas de este trastorno alimentario o al contrario, mejorar debido a la presión de que el bienestar del feto es lo más importante y los efectos adversos que podría acarrear en él y en una óptima maternidad. También puede ocurrir que se mantenga durante el embarazo sin ningún cambio^(45, 46, 54).

Estos cambios en la apariencia física en una mujer con TCA aumentan la percepción de sentirse obesas por la pérdida de control que se vive al aumentar su tamaño corporal y el apetito, manifestándose mediante ansiedad⁽⁵⁵⁾.

La inclusión de ejercicio de bajo impacto en al final del primer trimestre y comienzo del segundo disminuye la ansiedad generada por las modificaciones físicas y peso⁽⁵⁶⁾.

Sin embargo, no todos los datos publicados van en la misma línea.

En un estudio se muestran evidencias de mujeres embarazadas con AN con más probabilidades de recaer en el postparto, sobre todo en los primeros seis meses. Otro estudio realizado en una comunidad de embarazadas con antecedentes de trastornos alimentarios o activos, obesidad o ninguna complicación alimentaria, afirmó que las mujeres con algún trastorno de la conducta alimentaria mejoraban durante el embarazo pero con una preocupación y ansiedad continua en relación al aumento de peso, una alta prevalencia en la realización de dietas, utilización de laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo y vómitos inducidos^(53, 54, 57).

Las mujeres con antecedentes o episodios activos de trastornos alimentarios tienen un mayor uso de laxantes y vómitos autoinducidos durante la primera mitad de la gestación en comparación a las mujeres sin dificultades en la alimentación con peso normal y reportando el seguimiento de una dieta a las 32 semanas de embarazo para la pérdida de peso que puede terminar influyendo en el aumento óptimo⁽⁵⁸⁾.

Lai et al. en Hong Kong encontraron más trastornos alimentarios durante los primeros seis meses en el periodo posparto (19,08%) que en el periodo prenatal (8,4%), causados por la falta de apego materno-fetal, bajo apoyo por parte de la pareja y depresión posparto⁽⁵⁹⁾.

En una población se pudo observar un descenso de los comportamientos anormales de la alimentación al inicio de la gestación con una recaída según iba avanzando, pero Larsson et al. insisten en un concepto positivo a nivel social sobre el significado de la maternidad y los cambios producidos durante el proceso, indistintamente de la existencia de un trastorno alimentario o no^(60, 61).

En general las mujeres gestantes que habían sido anteriormente tratadas, se encontraban en remisión durante la concepción o tenían síntomas leves antes del embarazo, tendían a tener un embarazo menos complicado, observado en un mayor aumento de peso materno, mayor peso del recién nacido y una puntuación en el test de Apgar a los 5 minutos mayor que las mujeres con el trastorno alimentario activo⁽⁶²⁾.

7.2 ¿Qué impacto tiene sobre la madre y el feto la AN?

Las mujeres embarazadas con AN activa son más propensas a tener recién nacidos más pequeños en comparación con la población general tanto en talla como en peso, mayor tasa de aborto espontáneo, muerte prenatal, parto prematuro, contracciones prematuras, malformaciones faciales congénitas, defectos del tubo neural, menor puntuación en el test Apgar a los 5 minutos de vida, crecimiento intrauterino menor al esperado para la edad gestacional, menor circunferencia abdominal por debajo del percentil 3 en el nacimiento, menor circunferencia en la cabeza y microcefalia, sobre todo si las madres tenían un IMC <20. Los hijos de madres anoréxicas pueden tener más problemas emocionales, de conducta e hiperactividad. Watson et al. investigan la etiología que origina la AN llegando a la conclusión que pueden estar relacionadas con complicaciones del parto y éstas pueden ser evitables por deberse a factores del entorno que pueden prevenirse^(45, 46, 50, 53, 62, 64, 65).

También, la proporción del sexo se estudió: las mujeres con AN tenían una mayor tasa de niñas en comparación al sexo masculino. Esto se puede encontrar afectado por el trastorno alimentario, el estrés, la nutrición, el peso y los factores hormonales como menores niveles de andrógenos^(65, 66).

En cuanto a los problemas relacionados con la madre se encontraron un incorrecto aumento de peso en la gestación, mayor índice de depresión tanto en el embarazo como en el periodo postnatal, mayor riesgo de parto por cesárea, anemia, un aumento de hiperémesis gravídica, más problemas con la curación de la episiotomía y no cuidar del recién nacido después del parto, además de una elevada preocupación por el peso del mismo^(46, 53, 62, 63).

Otra serie de complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo más comunes son la diabetes gestacional, preeclampsia, ictericia, oligoamnios o retraso mental y ceguera en el recién nacido⁽⁴⁵⁾.

Kouba et al. en su estudio prospectivo encontraron que 8 gestantes con anorexia nerviosa previa tenían un IMC más bajo en comparación a las gestantes del grupo control habiendo recaído con síntomas de la enfermedad y eran propensas a un aumento de la presión arterial diastólica. Afirman una circunferencia craneal más pequeña muy significativa, un menor peso al nacer, microcefalia y retraso en el crecimiento intrauterino. La microcefalia en los recién nacidos de madres con AN podría deberse a los niveles elevados de cortisol en sangre al repercutir de forma directa en el desarrollo del cerebro. Además, el aumento de peso fue relativamente menor al del grupo control indicando una conducta restrictiva y una mayor frecuencia de anemia⁽⁶³⁾.

Favaro et al. en su estudio para medir el riesgo de desarrollar en el embarazo anorexia nerviosa con una historia previa de la misma, encontraron similitudes en bajo peso al nacer para la edad gestacional tanto en embarazadas con AN como del grupo control, pero con una mayor incidencia de anemia, diabetes gestacional y preeclampsia. Esto puede repercutir en el feto con un deterioro en el desarrollo del sistema nervioso central y desarrollo cerebral por la falta de nutrientes esenciales y una insuficiencia de oxígeno que acarrea problemas respiratorios y cardíacos tempranos por encontrarse el cordón umbilical alrededor del cuello aumentando la posibilidad de hipoxia isquémica. A la vez, en el puerperio este grupo presentó índices más elevados de hipotermia, hiporreactividad, hipotonía, problemas cardíacos, la administración de oxigenoterapia y un parto vaginal instrumentado. En los recién nacidos hubo una tasa mayor de cefalohematoma por el uso de instrumentos en el parto, un parto pretérmino y una mayor incidencia de padecer AN en las niñas con menor peso al nacer para su edad gestacional. La prematuridad se asocia con un pobre desarrollo neurológico que puede llegar a influir en problemas de conducta, sobre todo los relacionados a la alimentación a una temprana edad sumado a la disfunción en la interacción madre-hijo. Así, los niños con problemas alimentarios tempranos tienen mayor riesgo de padecerlos durante la adolescencia, sobre todo la AN. Este estudio asoció este tipo de comportamiento con la irregularidad del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal ya que puede afectar el apetito y los comportamientos hacia los alimentos⁽⁶⁴⁾.

Otro autor describió una remisión de los síntomas de la enfermedad durante la concepción por una ganancia de peso maternal y del recién nacido con elevación de la puntuación Apgar a los 5 minutos al contrario de las gestantes con AN activa que mantuvieron los síntomas o incluso empeoraron durante el embarazo y postparto⁽⁶⁷⁾.

7.3 ¿Afecta la AN en el posparto y lactancia materna?

La lactancia materna tiene múltiples beneficios tanto para la salud de la madre como la del recién nacido: los bebés amamantados tienen menor probabilidad de desarrollar enfermedades infecciosas, diabetes, leucemia, enfermedades gastrointestinales y respiratorias y síndrome de muerte súbita del lactante. Las madres tienen menos posibilidades de padecer diabetes y cáncer de mama y ovario⁽⁶⁸⁾.

Torgersen et al. en Noruega estudiaron los comportamientos de lactancia materna: el 98% amantaron al comienzo del puerperio a sus hijos indistintamente de padecer o no un trastorno alimentario. Pero el riesgo de abandonar la lactancia antes de los 6 meses era más alto en el grupo de trastornos alimentarios, sobre todo con las madres con AN. Larsson y Andersson-Elloström obtuvieron una mayor prevalencia en terminar la lactancia materna 3 meses después del parto en mujeres con trastornos alimentarios que sin ellos^(61, 68).

Al contrario, el estudio ALSPAC evidencia que las madres con TCA eran menos propensas a dejar la lactancia materna en comparación a las mujeres sin complicaciones alimentarias. Esto puede ser debido a aspectos socioculturales ya que las mujeres de Reino Unido (76%) amamantaron menos que en Noruega (98%) y Suecia (93%)^(65, 69).

Debido a las dificultades de la lactancia materna que pueden aparecer por la cantidad y calidad de la leche de la madre por una posible restricción de macronutrientes por parte materna en un contexto de miedo al aumento del peso, tienen una repercusión directa en el crecimiento infantil^(60, 67). Los recién nacidos entre los 6 meses y primer año de vida de madres con historia anterior de AN tenían más dificultades en la alimentación, como comer más lento y tomar pequeñas cantidades de la comida^(73, 74).

El estrés del parto, las variaciones hormonales, la pérdida del sueño y la obligación de cuidar a un nuevo ser, aumentan las posibilidades de recaída en mujeres con antecedentes de AN. Se ha descrito un aumento de la recaída de la anorexia nerviosa durante el embarazo de un 22% y en el periodo posnatal y llevar una lactancia materna más corta en el tiempo que la población general con una duración menor a los 3 meses después del parto repercutiendo en el crecimiento y ganancia de peso del recién nacido. Esto se debe a una deficiente alimentación reducida en nutrientes para un desarrollo óptimo y al abuso de medicamentos como laxantes, diuréticos y anorexígenos y, en algunos casos, al abuso de sustancias, tabaquismo y/o alcohol. Estas madres eran más inflexibles a la hora de la alimentación en comparación a las madres sin trastornos de la alimentación, las cuales alimentaban a sus hijos a demanda^(46, 54, 60, 62, 63).

Una inmensa cantidad de mujeres gestantes tienen alterado el sueño según el embarazo va progresando siendo en el tercer trimestre más notorio por dolor abdominal, dolor de espalda, los movimientos fetales, los dolores abdominales y los cambios hormonales⁽⁶⁸⁾. Después, junto al puerperio, se suman los horarios de sueño del recién nacido y su hábito de alimentación que pueden influir en la calidad del sueño y alterándolo. En estudios subjetivos, las mujeres con AN indican una afección en la calidad del sueño (insomnio), mientras que en estudios objetivos no hay diferencias entre las mujeres con trastornos en la alimentación con las mujeres sin ellos^(65, 70).

Varios factores pueden influir en un trastorno alimentario durante el periodo postparto, como el hecho del elevado aumento de peso en comparación a la población sin complicaciones alimentarias y la depresión postparto. Las mujeres con un TCA mantienen un mayor peso después del embarazo, lo que puede conducir a deseos imperiosos de perder peso iniciando dietas restrictivas con la aparición de la AN. El aumento de padecer depresión en el postparto se ve regulado por los comportamientos alimentarios, reguladores de las emociones negativas y del estado de ánimo, estando relacionado con la recidiva de la sintomatología de los TCA en las púerperas vulnerables⁽⁷¹⁾.

Knoph et al. encontraron una prevalencia del 0,9% en la AN antes del embarazo de las cuales el 50% a los 18 meses después del parto perciben mejoras de las conductas alimentarias y a los 36 meses aumenta hasta el 59%. El embarazo puede producir un efecto positivo en algunas madres con trastornos alimentarios⁽⁷¹⁾.

7.4 ¿Afecta en la relación madre-hijo?

La personalidad de estas mujeres suele ser un problema para poder obtener un rol maternal apropiado debido a que se requiere una madurez psicológica ausente en este grupo con la posible aparición de sus temores y ansiedades^(46, 72).

Son más propensas a tener trastornos afectivos que, sumado al estrés del parto, les hace más vulnerables a la depresión posparto visible en la relación madre-recién nacido a los 3 meses del nacimiento en un 90% de las mujeres con AN. Las madres con AN son más propensas al control tanto en el juego como durante las comidas con sus hijos a la edad de 1 año. Eran más estrictas y críticas a la hora de la alimentación ocurriendo los conflictos en las horas de las comidas. Los niños tendían a tener un peso inferior al de la población en general y el peso de los niños se correlacionaba con la preocupación de la madre por su apariencia física, sobre todo si era una niña^(53, 54, 62, 63, 64).

Koubaa et al. en su estudio identificaron problemas para adaptarse al rol materno en el 92% de los casos de puérperas con TCA comparadas con el 13% del grupo control ($p < 0.001$) y sin haber diferencias llamativas entre los subgrupos de trastornos alimentarios y mujeres con o sin recaída de TCA en el periodo de la gestación. La mitad de las madres con algún trastorno alimentario anterior afirmaron haber sido atendidas en los servicios de salud en el postparto debido a la depresión u otras patologías mentales y tenían mayores puntuaciones en el cuestionario MAMA (Maternal Adjustment and Maternal Attitude) que las mujeres que no tuvieron contacto con este servicio ($p < 0.001$)⁽⁷³⁾.

Squires et al. refiere más comentarios negativos de la madre durante la alimentación, una oposición del hijo, angustia e ira en ambos lados y una atmósfera nociva en las horas de la comida. La relación madre-lactante durante la alimentación se ve afectada por el trastorno alimentario objetivado en patrones de interacción más difíciles y con una menor sensibilidad a la hora de alimentar a los recién nacido en comparación a mujeres sin estos trastornos alimentarios⁽⁵³⁾.

La alimentación del lactante requiere de sus reflejos innatos y una correcta postura para que el recién nacido pueda ser activo e ingerir los alimentos con sus pausas según las sensaciones. Se puede experimentar el placer durante la alimentación tanto para la madre como para el lactante si hay una atmósfera idónea. Sin embargo, en el contexto de un TCA, las madres colocaban peor al recién nacido para poder alimentarse lo más cómodamente posible, expresaban reacciones menos positivas sobre las habilidades del lactante durante la alimentación y se observaba mayor tristeza y menor apego por parte de las madres. Los lactantes parecían estar más estresados, tenían prisa para alimentarse o lo hacían con demasiada lentitud, no sonreían y estaban menos alegres⁽⁵³⁾.

Los trastornos alimentarios en el embarazo provocan la adjudicación de un temperamento infantil difícil a los 6 meses de vida percibido por las madres que lo describen más emocionalmente negativo, sobre todo las que padecen AN⁽⁷⁴⁾.

Al comienzo de la primera infancia, las madres comenzaban a restringir la ingesta calórica de sus hijos y les prohibían ciertos alimentos (nada de dulces entre las comidas). Estos niños solían tener problemas a la hora de comer y en muchos casos se negaban a ello como comportamiento opuesto entre los intercambios comunicativos con sus madres repercutiendo en su crecimiento y desarrollo por los conflictos durante las comidas⁽⁵³⁾.

Así mismo se observó que las madres con mayor preocupación por los síntomas del TCA se relacionaban menos con sus hijos y disminuía su interacción con ellos durante las comidas. Las actitudes de las madres en torno a la alimentación afectan a la capacidad de los niños para poder diferenciar entre hambre y emoción⁽⁵³⁾.

Estas madres pueden tener problemas en el momento de distinguir sobre una alimentación adecuada frente a una inadecuada por su psicopatología repercutiendo de esta manera en la alimentación a sus hijos. También pueden tener menor accesibilidad a los alimentos por miedo a comer de forma incontrolada y pueden encontrar esta situación como una experiencia diaria estresante⁽⁶⁵⁾. Un estudio observacional de madres con TCA con hijos entre 12-24 meses de edad, observó que estos niños tenían menor peso que los otros niños con madres sin patología y este peso se encontraba inversamente relacionado con la cantidad de conflictos durante las comidas y la preocupación de la madre por la forma de su cuerpo⁽⁷⁵⁾. En el estudio ALSPAC observaron estos problemas a los 6 meses de edad para las madres con AN⁽⁷⁶⁾.

Reba-Harrelson et al, como contraposición, describe a las madres con AN a tener menos comportamientos insaludables de alimentación tanto para ellas como para sus hijos por el posible temor a transmitir esos trastornos alimentarios a sus descendientes pudiendo llegar a esforzarse para favorecer un ambiente adecuado en torno a la alimentación⁽⁷⁷⁾.

7.5 La ganancia ponderal en el embarazo

La variabilidad de la ganancia de peso en las gestantes es un fenómeno que ha sido objeto de estudio debido a la influencia de cambios fisiológicos y metabólicos tanto maternos como placentarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) proponen evaluar el estado nutricional de la mujer gestante a través de la medición del IMC^(78, 79).

Las mujeres con un IMC normal que se quedan embarazadas y tienen una ganancia ponderal adecuada durante el embarazo, presentan mejor pronóstico y parto que las mujeres con una ganancia inferior además de disminuir las posibilidades de bajo peso al nacer. Las gestantes con un bajo peso antes del embarazo deben aumentar su peso para alcanzar un estado óptimo^(78, 79).

Estas mujeres embarazadas sanas tienen puntuaciones de insatisfacción corporal inferiores, menos preocupaciones por el peso y menos restricción dietética comparado con su estado pre-embarazo y en comparación con mujeres sanas no embarazadas, dando a entender que durante la gestación las presiones sociales en torno a la delgadez pueden cesar. Por lo tanto, en mujeres con TCA se ha visto una disminución en torno al peso y la figura, aunque las preocupaciones alrededor del peso siguen siendo más altas que en mujeres sanas⁽⁸⁰⁾.

Siega-Riz et al observaron en su estudio limitado de gestantes con AN (0,1%) que el 21,9% ganó poco peso, el 28,1% ganó el peso adecuado y el 50% ganó excesivo peso. Aunque las gestantes con AN tenían un 35% de riesgo menor para ganar de forma inadecuada peso, al ser una cantidad tan escasa no se debe tener en cuenta⁽⁵⁸⁾.

Se debe recalcar que las gestantes con AN aumentaron su peso más que las gestantes sin trastornos alimentarios al partir con un bajo peso pre-embarazo con una tendencia de menor riesgo a un aumento inadecuado de peso con respecto al referente, pudiendo ser apropiado y protector⁽⁵⁸⁾.

Bulik et al. confirman un aumento superior de peso en las mujeres con TCA durante el embarazo con una alta tasa de tabaquismo durante este periodo que oscila entre 14 y 37% en comparación al 9% de las mujeres sin trastornos alimentarios, siendo el grupo de AN con mayor porcentaje. Aunque al inicio se había postulado la hipótesis de que el tabaquismo en estas mujeres se asociaba con el deseo de controlar el peso y apetito, encontraron una mayor dependencia a la nicotina en mujeres con TCA y puede ser más complicado dejar de fumar

incluso durante la gestación. Es importante una detección precoz de estos comportamientos alimentarios para poder modificar factores como el tabaquismo y una ganancia ponderal descontrolada^(56, 81).

El Instituto de Medicina de Estados Unidos realizó unos cálculos donde se estima una ganancia favorable según el peso de la gestante al comienzo del embarazo (Anexo 1)⁽⁸²⁾.

El desarrollo y crecimiento óptimos del feto se atribuirá a una equilibrada distribución en los nutrientes por parte de la madre. Un déficit de los mismos, una mala absorción a través del intestino o una insuficiencia de la circulación placentaria, podrían ocasionar problemas en el desarrollo del feto⁽⁷⁹⁾.

La medición del peso con recurrencia durante el embarazo y las características de la gestante son la única forma para evaluar la progresión del embarazo. Una ganancia ideal dentro de unos parámetros según la semana de gestación es un indicador de una correcta ingesta de nutrientes por parte de la embarazada^(79, 83).

Se sabe que las gestantes con un bajo peso, deben aumentar más del peso promedio. Sin embargo, el aumento de peso durante la gestación no es la misma. En una mujer de estatura media con un peso normal, el aumento de peso en el primer trimestre puede ser indetectable e incluso perder peso por las náuseas, anorexia y/o vómitos. En el segundo trimestre de gestación suele aumentar el peso entre 250-400 gr/semana y en el tercer trimestre el aumento oscila entre 400-500 gr/semana salvo las última o penúltimas semanas que no se suele apreciar un aumento. Al final, el aumento de peso suele ser 11-16 kg en comparación al inicial^(54, 79).

Las mujeres con un menor peso al inicio del embarazo suelen ser consideradas de alto riesgo y hace necesario un aumento en el consumo de calorías para que su peso no incida de forma negativa en el peso del recién nacido. Lo ideal de una gestante con AN y bajo peso al inicio del embarazo, sería obtener un aumento al final de la etapa entre 9 y 12 kg con un aumento mínimo de 8 kg para que el peso del recién nacido no sea inferior a 2500 g⁽⁷⁹⁾.

Se ha estimado un incremento de peso idóneo durante el embarazo para saber si es apropiado: las gestantes con una evaluación nutricional normal al comienzo del embarazo, el aumento de peso será alrededor de 400 g/semana a partir del final del primer trimestre mientras que las de bajo peso el aumento debe ser de 500 g/semana. El peso del recién nacido será un indicativo del nivel nutricional antes y durante el embarazo de la mujer con AN^(79, 83).

La problemática que podemos encontrar asociada al aumento de peso es la hiperémesis gravídica producida en el hasta 80% de las gestantes durante el primer trimestre afectando el apetito, hidratación y la ingesta nutricional. Una nutrición óptima ya es un reto para mujeres con restricciones alimentarias; junto con la aparición de este problema y la aversión frente algunos alimentos, la cantidad de los mismos se ve limitada por la mujer repercutiendo en su salud y bienestar⁽⁶⁵⁾.

7.6 La dieta en el embarazo

Durante la duración de la gestación, el organismo modifica la cantidad de energía, proteínas, minerales y vitaminas debido a los cambios fisiológicos y la composición corporal. La dieta de una mujer embarazada debe obtener de forma equilibrada los mencionados nutrientes para un óptimo desarrollo y crecimiento tanto para ella como para el feto y a su vez asegurar el periodo de lactancia materna⁽⁸⁴⁾.

La Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) recomiendan una ingesta tanto de proteínas como de minerales y vitaminas para un desarrollo óptimo de la gestación en las mujeres sanas (Anexo 2)^(84, 85).

Los requerimientos de macronutrientes en el embarazo varían dependiendo de cada gestante. Para realizar la valoración nutricional de forma individual, en la entrevista con la mujer se recogerán:

- Antecedentes médicos.
- Edad, paridad, hábitos alimentarios, estilo de vida (consumo de sustancias, alcohol, tabaco y actividad física).
- Exploración física (talla y peso), nos permitirá ir comprobando la composición corporal en cuanto al aumento de grasa en las extremidades inferiores.
- Análisis clínicos (para detectar déficits alimentarios)⁽⁸⁴⁾.

Los consejos dados a todas las embarazadas sobre una dieta equilibrada son los mismos, aunque debido a su TCA puede que necesiten asesoramiento específico sobre la importancia de realizar comidas regulares planificadas sin evitar la ingesta de grasas e hidratos de carbono además del tamaño de las raciones. El apoyo de un dietista podría ser necesario. La mayoría de las mujeres con AN no se encuentran seguras sobre los requerimientos nutricionales en esta etapa, lo que repercute en una dieta carente de nutrientes adecuados y ansiedad por el aumento de peso dejando de lado en cierta medida las proteínas y grasas con preferencias sobre las verduras^(49, 61).

En el estudio de cohorte ALSPAC, las gestantes con trastornos alimentarios eran 5 veces más propensas a realizar dietas a las 32 semanas de embarazo. Las mujeres con antecedentes de trastornos alimentarios tuvieron algunas diferencias menores en la aportación de macronutrientes frente a las gestantes sin problemas alimentarios; en aquellas con historia de AN consumían cantidades menores de grasas saturadas^(65, 69).

Las necesidades calóricas durante el embarazo son muy variables y se les alenta a comer de manera sana y equilibrada cuando se encuentren con apetito aumentando las necesidades calóricas en el segundo trimestre 350 kcal/día y en el tercer trimestre alrededor de 500 kcal/día⁽⁶²⁾.

Se sabe poco de los suplementos nutricionales durante el embarazo en los TCA al encontrarse en mayor riesgo de tener déficits por la enfermedad. El uso de suplementos en gestantes con AN puede mitigar el impacto de un déficit de micronutrientes en la dieta. Lo más utilizado durante todo el embarazo por las gestantes con AN fue el ácido fólico, seguido del hierro y vit. C aumentando al principio del embarazo y sin bajar por debajo del 60% en ningún momento durante el mismo. Solo dos meses previos al embarazo, el 38,2% de las mujeres con AN afirmaron la utilización de algún suplemento dietético⁽⁸⁶⁾.

El aumento de peso y cambio en la forma física deben ser hablados con la mujer al principio del embarazo cuando nos encontramos frente a una AN explicando que el aumento de peso promedio en un embarazo varía desde los 8 hasta los 14 kg. Podrían ayudar las explicaciones de cómo su perímetro abdominal irá aumentando a medida que el embarazo progresa y que ese perímetro se encuentra relacionado con la edad gestacional junto con una serie de refuerzos positivos a medidas que se va ganando peso⁽⁴⁹⁾.

8. CAPÍTULO III: MANEJO DEL TRASTORNO ALIMENTARIO ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA

La gran mayoría de artículos actuales sobre el tema da a entender que una gran cantidad de profesionales sanitarios en el ámbito ginecológico y obstétrico saben los síntomas de un trastorno alimentario, pero la realidad es otra. Menos de la mitad de los profesionales sanitarios evaluó un historial de trastornos alimentarios o la preocupación constante de la mujer por su imagen corporal aún obteniendo el peso corporal, el ejercicio, la dieta y el IMC. Esto se debe a la falta de conocimientos en esta área y las habilidades para realizar la entrevista y evaluarla⁽⁸⁷⁾.

Muchas mujeres suelen ser reacias a informar al profesional sanitario sobre su TCA (44%), posiblemente por la ansiedad, vergüenza o sentirse culpables por dañar al feto dificultando su detección y prevención a la vez que menos de la mitad de los profesionales de obstetricia evalúa la presencia de un TCA y 1/3 no percibe el padecimiento de un trastorno alimentario. Para muchas mujeres con estos trastornos, los embarazos son a menudo repentinos y la patología afecta al desarrollo del recién nacido, como antes se ha explicado. Algunos autores expresan la dificultad para poder detectar y diagnosticar estos problemas debido a la falta de instrumentos adecuados^(53, 56).

La presencia de trastornos alimentarios durante la gestación y puerperio no ha sido demasiado estudiada y tratada en la literatura especializada⁽⁴⁶⁾ y no existen establecidas Guías de Prácticas Clínicas, normas de investigación ni de manejo de los trastornos alimentarios durante la gestación y puerperio aún sabiendo los riesgos de padecer este tipo de enfermedades, incluso a nivel general^(46, 52, 56).

8.1 ¿Cómo detectar y manejar la AN antes del embarazo?

Los trastornos alimentarios no son detectados muy a menudo por el médico de Atención Primaria, pero en las sesiones prenatales realizadas por la enfermera obstétrico-ginecóloga y el obstetra es donde existe la oportunidad para poder detectar a estas pacientes ya que pueden encontrarse más receptivas al asesoramiento y ayuda en esos momentos⁽⁴⁹⁾.

Se presentan varias oportunidades para la detección de los TCA:

- Una puede ser en la confirmación del embarazo y/o consulta inicial del embarazo mediante la matrona, obstetra y/o ginecólogo.
- En las ecografías de la semana 12 y 20, así como las que estimen los profesionales de la salud (matrona, radiólogo, médico general, obstetra).
- En la entrevista de admisión en el hospital (matrona u obstetra).
- Controles del tercer trimestre donde fueron atendidas⁽⁸⁸⁾.

Las mujeres con AN activa y deseos de una planificación familiar, deben ser derivadas a servicios especializados en TCA con un equipo multidisciplinar donde les asesoren y evalúen. Si el comportamiento alimentario se encuentra activo, los especialistas deberán aconsejar posponer el embarazo hasta que haya una recuperación parcial o completa. Además, se deben tener en cuenta los medicamentos utilizados (laxantes, anorexígenos o diuréticos) ya que pueden poner en grave peligro la gestación^(49, 56).

Si la gestante llegase a rechazar las recomendaciones para llevar un embarazo óptimo, puede requerir una derivación a psiquiatría de forma urgente aún siendo en contra de su voluntad y con la posible participación familiar⁽⁸⁷⁾.

Para la evaluación inicial de estas mujeres gestantes varios autores proponen la utilización de una serie de herramientas y preguntas:

Franko y Spurrell sugieren a los profesionales de obstetricia la utilización del cuestionario semiestructurado Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) al contar con 3 niveles: el primer nivel evalúa la presencia o ausencia de ciertas conductas que permiten confirmar la presencia o no de un trastorno alimentario; el segundo nivel cuenta con 22 preguntas divididas en 4 subescalas (5 preguntas para restricción de la comida, 5 para preocupación por la comida, 5 para preocupación por el peso y 7 para preocupación por la figura) que evalúa la actitud y conducta alimentaria^(87, 89, 90).

Andersen y Ryan proponen la utilización del cuestionario SCOFF en Atención Primaria al ser un cuestionario con preguntas más cortas. Consta de cinco preguntas con dos posibles respuestas (Sí/No) que valoran pérdida de control sobre la ingesta alimentaria, las purgas e insatisfacción corporal (Anexo 3). La puntuación puede ir desde 0 a 5 (No=0 y Sí=1) donde el punto de corte para identificar riesgo de TCA es a partir de 2 puntos. Andersen y Ryan sugieren que se incluya la siguiente pregunta después de formular este cuestionario: “se les pesa en cada visita?”^(13, 87, 91, 92).

En la Guía Clínica de Australia⁽⁸⁸⁾ añaden una serie de preguntas que se pueden realizar junto al cuestionario SCOFF además de signos físicos, psicológicos y de comportamiento o complicaciones:

- ¿Está haciendo dieta o tratando de perder peso?
- ¿Cree tener un problema alimentario?
- ¿Le preocupa mucho su peso?
- ¿Se preocupa mucho por la forma de su cuerpo? ¿Cómo se siente acerca de los cambios producidos en su cuerpo?
- ¿Hay antecedentes de trastornos alimentarios en su familia?
- ¿Tiene experiencia previa de un trastorno alimentario?
- ¿Hay antecedentes de depresión o ansiedad en su familia o alguna vez ha sufrido depresión o ansiedad?
- ¿Tiene síndrome de ovario poliquístico o diabetes?
- (Periodo posnatal) ¿Está satisfecha con la forma en que su bebé está aumentando de peso?

También se emplean el Eating Attitudes Test (EAT) tanto su versión original (EAT-40) como su versión reducida (EAT-26) y el Eating Disorders Inventory (EDI)⁽⁴⁶⁾.

Es importante una educación lo más temprana posible por parte de los profesionales sanitarios, sobre todo obstetras, ginecólogos y matronas, sobre cómo va cambiando la imagen corporal según avanza el embarazo, la sensación de querer algún antojo, la presencia de náuseas y vómitos en el embarazo (hiperémesis gravídica), un asesoramiento nutricional y el apoyo a las mujeres con este trastorno a los cambios de la gestación^(49, 62).

Por lo tanto, se debería llevar un control sobre sus pérdidas y aumentos de peso a través de su historia clínica antes del embarazo para poder obtener el IMC previo. Fornari et al. proponen incluir preguntas para detectar TCA durante las entrevistas tanto de la matrona como del ginecólogo como “¿ha luchado alguna vez o está luchando con problemas relacionados con el peso y/o la alimentación?”⁽⁸⁷⁾.

Si se encuentran presentes signos y complicaciones, se recomienda realizar un examen físico exhaustivo como parte del proceso de evaluación de los TCA para remitir al facultativo más apropiado⁽⁸⁸⁾.

Se debe incluir al cónyuge, ya que a veces son los propios miembros de la familia los que pueden llegar a reportar esta problemática en la gestante debido a ocultar sus antecedentes, enfermedad actual o su creencia de ausencia de la misma⁽⁸⁷⁾.

8.2 ¿Cómo se maneja a las mujeres con AN durante el embarazo?

La etapa de la gestación se concibe como un momento de motivación para realizar un cambio en las conductas alimentarias de estas mujeres y para ello, se debe derivar a un servicio especializado en estos trastornos. Lowes et al. recomiendan la participación de un equipo multidisciplinario (Anexo 4) para poder guiar a la embarazada con AN centrado en una atención médica, psicoterapia, abordaje nutricional y modificación de las conductas alimentarias. Esta etapa es una oportunidad para poder redirigir a una serie de comportamientos e ideas sanas sobre la nutrición y su estado mental. La AN podría mejorar durante el embarazo con una psicoterapia adecuada y terapia familiar para el mantenimiento a lo largo de la gestación y tiempo⁽⁶²⁾.

Las mujeres con antecedentes de AN o activa deben ser enviadas a un equipo compuesto por obstetras especializados en embarazos de alto riesgo, una matrona con experiencia, un dietista, un psiquiatra especializado en TCA perinatal, un psicólogo y anestesiista de obstetricia para llevar un control del embarazo lo más seguro posible^(49, 58).

Sin embargo no todas las mujeres con AN tanto activa como antecedentes de la misma comentan sus antecedentes personales a los obstetras o matronas, por lo tanto se deben realizar en las consultas de forma rutinaria preguntas sobre el peso, alimentación y si lleva algún control sobre el mismo⁽⁶²⁾.

El Instituto Nacional para la Salud y las Directrices de Excelencia Clínica de Inglaterra (tabla 4) recomiendan la realización de dos sencillas preguntas si se llegase a sospechar de este trastorno alimentario mediante una serie de ítems⁽⁹³⁾:

Tabla 4. Recomendaciones del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica sobre trastornos alimentarios⁽⁹³⁾

Síntomas observados en mujeres de alto riesgo que deben ser sometidas a exámenes de detección de trastornos alimentarios

- IMC bajo.
- Preocupación por el peso y la imagen corporal pero sin padecer sobrepeso.
- Síntomas gastrointestinales (más que náuseas matinales).
- Signos físicos de hambre o vómitos repetidos.
- Problemas psicológicos.

Preguntas recomendadas

- ¿Crees tener problemas con la comida?
- ¿Te preocupa demasiado tu peso?

Durante las constantes visitas que se realizan, se debe monitorizar el grado de severidad del TCA si son mujeres con AN leve o que han rechazado la derivación especializada (tabla 5) (49, 59).

Tabla 5. Preguntas sugeridas para cada visita prenatal^(49, 59)

- ¿Cuál es su patrón de alimentación actual? ¿Está restringiendo su ingesta dietética? ¿Vomita o toma laxantes después de comer?
- ¿Cómo se siente acerca de su aspecto y peso?
- ¿Cuál es su actual peso? ¿Está ganando peso adecuadamente?
- ¿Cuál es su estado de ánimo? ¿Se siente deprimida o con ansiedad?
- ¿Qué ejercicios está realizando? ¿Realiza demasiado ejercicio?

Las embarazadas con AN puede que necesiten tener citas más a menudo y con una duración elevada para otorgar apoyo psicológico y monitorizar el estado físico. La comunicación con la matrona y el obstetra sobre su condición clínica es de suma importancia ya que requerirá una orientación sobre nutrición para que el feto crezca y desarrolle de manera normal. Además, la presencia de una matrona especializada en embarazos de riesgo es importante para involucrar a las futuras madres a manejar su autocuidado, el vínculo con el recién nacido más adelante y la lactancia^(49, 62). Si el paciente lo permite, la inclusión de la familia en esta etapa es beneficiosa para proporcionar apoyo y ayuda⁽⁸⁸⁾.

Algunos casos pueden ser manejados de forma ambulatoria, aunque se debe considerar la derivación a los servicios especializados de TCA para las mujeres que no logran un peso adecuado durante el embarazo⁽⁶²⁾.

8.3 Atención durante el parto

Debido al trastorno del comportamiento alimentario en la AN, se describe en la literatura una elevada tasa de cesáreas. Esto no debe ser un obstáculo para llevar el parto de manera vaginal a menos de encontrarse contraindicado^(46, 62, 63). Debido al esfuerzo del expulsivo, puede ser necesaria una solución isotónica por el consumo de energía y la pérdida hídrica que supone⁽⁶²⁾.

Algo a tener en cuenta son los pocos estudios de analgesia para gestantes con AN. La dosis de anestesia y el tipo de bloqueo (general o regional) depende de si el parto será vaginal instrumentado o cesárea. El peso de la gestante toma un papel importante en este momento a la hora de calcular la dosis por los efectos dosis-respuesta⁽⁶²⁾.

8.4 ¿Cómo se maneja a las mujeres con AN en el puerperio?

La preocupación después del parto es el bienestar psicológico de la madre, la creación de un fuerte vínculo madre-hijo, la lactancia materna y la recaída en el trastorno alimentario, en este caso la AN. En este periodo, algunas puérperas pueden volver a unas conductas alimentarias poco saludables al no encontrarse dentro del útero el recién nacido. Por lo tanto, es importante dar consejos y alentar a la pareja y/o familia para consolidar una red de apoyo. Estas mujeres deben recibir un apoyo adicional durante la lactancia materna, si se desea, ya que muchas tienen más dificultades y son más propensas a renunciar antes^(49, 62).

Las puérperas con AN deben ser observadas para detectar recaídas o la depresión posparto. Los síntomas se pueden monitorizar mediante el peso y a través de preguntas sobre las conductas alimentarias, la existencia de vómitos autoinducidos y el uso de determinados medicamentos como laxantes, diuréticos o anorexígenos. Algunas usan estos medicamentos después del parto para recuperar lo antes posible su aspecto físico sin darse cuenta de las consecuencias que podría acarrear a un recién nacido amamantado y de la recaída en la AN^(49, 62).

Durante la estancia en el hospital, la matrona y el equipo de la unidad deben mejorar el vínculo madre-hijo a través de la lactancia materna, si ha sido deseada por la madre, e insistir en la puesta del recién nacido a ello. Una vez dada el alta, la matrona de su Centro de Salud deberán monitorizar el crecimiento del recién nacido y el aumento de peso^(49, 62).

El cuestionario de Maternal Adjustment and Maternal Attitude (MAMA) es un cuestionario de autorrelleno de 60 preguntas desarrollado por Kumar et al. que consta de 5 subescalas: imagen corporal, síntomas somáticos, relaciones matrimoniales, actitud hacia el sexo y actitudes hacia el embarazo y bebé. Koubaa et al. realizan una versión de 12 preguntas (Anexo 2) en relación al ajuste de maternidad y actitudes hacia el recién nacido con una puntuación desde 1(nunca) hasta 4(muy a menudo/mucho) durante el último mes. Las puntuaciones más altas se traducen como menor ajuste de maternidad o actitudes más negativas en la crianza de sus hijos. En el estudio, el 92% de las mujeres primíparas con historia de trastornos alimentarios respecto al 13% del grupo control argumentaron problemas relacionados con la maternidad y la crianza del recién nacido los tres primeros meses posparto siendo independiente de la recaída del TCA durante el embarazo y el 50% de las puérperas con TCA informaron haber estado en contacto con los servicios de Salud Mental después del parto debido a depresión u otros problemas mentales teniendo puntuaciones más elevadas en el cuestionario MAMA comparado a las demás que no tuvieron contacto con estos servicios⁽⁹⁴⁾.

Los profesionales de salud deben monitorizar de forma continua a estas mujeres que padecen o tienen alto riesgo de padecer trastornos alimentarios para lograr una salud óptima tanto de la madre como del recién nacido. Además de derivarse a un especialista en trastornos de la alimentación, las funciones que deben realizar son⁽⁸⁸⁾:

- Creación de un plan de manejo y revisiones continuas de los trastornos alimentarios.
- Revisión regular de salud y estado de madre e hijo.
- Comunicación regular con otros especialistas que se encuentren involucrados en el tratamiento del paciente o cuidado del embarazo (matronas, obstetras, psicólogos, enfermeras pediatras,...).
- Conocer los riesgos específicos y/o las complicaciones asociadas al trastorno alimentario que se encuentren relacionados con la depresión posparto.

- Dar informes actualizados a los demás profesionales sanitarios relevantes a lo largo del embarazo.

Debido a la complejidad en la patología de estas pacientes, la enfermera obstétrico-ginecológica debe derivar al profesional de salud apropiado para su tratamiento⁽⁹⁵⁾.

Se propone el uso de una terapia integradora con elementos psicodinámicos y cognitivo-conductuales para el cuidado, junto con técnicas de relajación para controlar las conductas restrictivas o purgativas^(95, 96).

El periodo puerperal temprano es el momento donde puede exacerbar la enfermedad o haber recaídas; por lo tanto, la enfermera obstétrico-ginecológica debe derivar lo antes posible al equipo de psiquiatría si existe tanto el trastorno alimentario como ansiedad o depresión, comunes en las mujeres con esta patología⁽⁹⁶⁾.

8.5 El papel de enfermería

Esta etapa es una oportunidad para poder redirigir a una serie de comportamientos e ideas sanas sobre la nutrición y su estado mental. La AN podría mejorar durante el embarazo con una psicoterapia adecuada y terapia familiar para el mantenimiento a lo largo de la gestación⁽⁶²⁾.

En el “Protocolo de Atención al embarazo y puerperio” de Cantabria, se recogen los tipos de actividades a realizar por la enfermera obstétrico-ginecológica dependiendo del nivel asistencial⁽⁹⁷⁾:

- **En Atención Primaria:**
 - Captación de la mujer embarazada.
 - Control del embarazo normal.
 - Detección del riesgo gestacional y derivación a Atención Especializada, si procede.
 - Educación Maternal.
 - Asistencia al puerperio extrahospitalario.
- **En Atención Especializada:**
 - Valoración y seguimiento del embarazo de riesgo.
 - Hospitalización del embarazo de riesgo.
 - Interconsultas ante situaciones de duda diagnóstica o evolutiva.
 - Controles ecográficos.
 - Técnicas de diagnóstico prenatal invasivas.
 - Control del embarazo que supere las 40 semanas.
 - Asistencia al parto y puerperio inmediato.

Dentro de los criterios para la derivación de embarazos de riesgo, los TCA no se encuentran incluidos en esta sección⁽⁹⁷⁾ y no hay presencia de los cuidados de la enfermera obstétrico-ginecológica salvo en el artículo de Gómez et al, donde reflejan una serie de diagnósticos enfermeros más prevalentes de la patología durante la gestación pero no durante el puerperio⁽⁴⁵⁾.

Debido a la falta de artículos sobre los cuidados de la AN durante la gestación y el puerperio, se realiza un plan de cuidados con los diagnósticos enfermeros más prevalentes en los TCA sin olvidar que debemos individualizar cada caso^(24, 45).

00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales⁽⁹⁸⁾	
Relacionado con:	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno psicológico 	
Manifestado por:	
<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta diaria insuficiente • Peso corporal inferior al rango del peso ideal 	
NOC: 1841 Conocimiento: manejo del peso	
Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • (184103) Estrategias para conseguir el peso óptimo. • (184104) Estrategias para mantener el peso óptimo. • (184107) Riesgo de salud relacionados con el peso inferior al normal • (184130) Cuándo contactar con un profesional sanitario 	Escala U: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso
<i>NIC (5246) Asesoramiento nutricional</i>	
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. 	
<i>NIC (1240) Ayuda para ganar peso</i>	
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente a los intervalos determinados, según corresponda. • Controlar el consumo diario de calorías. • Fomentar a aumentar la ingesta de calorías. • Considerar las preferencias alimentarias del paciente, teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión. 	

00146 Ansiedad⁽⁹⁸⁾	
Relacionado con: <ul style="list-style-type: none"> • Factores psicológicos Manifestado por: <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad, nerviosismo, temor, preocupación 	
NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad	
Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • (140202) Elimina precursores de la ansiedad • (140203) Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso • (140208) Refiere disminución de la duración de episodios • (140217) Controla la respuesta de ansiedad 	Escala M: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
NIC (5820) <i>Disminución de la ansiedad</i>	
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Escuchar con atención. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. 	

00118 Trastorno de la imagen corporal⁽⁹⁸⁾	
Relacionado con: <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por el cambio Manifestado por: <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la visión del propio cuerpo 	
NOC: 1200 Imagen corporal	
Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • (120002) Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal • (120007) Adaptación a cambios en el aspecto físico 	Escala K: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca positivo 2. Raramente positivo 3. A veces positivo 4. Frecuentemente positivo 5. Siempre positivo

NIC (5220) Mejora de la imagen corporal

Actividades

- Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.
- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por un embarazo normal.
- Ayudar al paciente con riesgo de padecer anorexia a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.
- Observar si hay afirmaciones que identifiquen las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal.

00119 Baja autoestima crónica⁽⁹⁸⁾

Relacionado con:

- Enfermedad psiquiátrica.

Manifestado por:

- Puede ser por diferentes dependiendo la paciente.

NOC: 1200 Imagen corporal

Indicadores

- (120002) Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal
- (120007) Adaptación a cambios en el aspecto físico

Escala K:

1. Nunca positivo
2. Raramente positivo
3. A veces positivo
4. Frecuentemente positivo
5. Siempre positivo

NIC (5220) Mejora de la imagen corporal

Actividades

- Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.
- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por un embarazo normal, según corresponda.
- Ayudar al paciente con riesgo de padecer anorexia a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.
- Observar si hay afirmaciones que identifiquen las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal.

00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador⁽⁹⁸⁾	
Relacionado con:	
<ul style="list-style-type: none"> • Curso imprevisible de la enfermedad 	
NOC: 2211 Desempeño del rol de padres	
Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • (221110) Utiliza interacciones apropiadas para el temperamento del niño • (221114) Interacciona de forma positiva con el niño • (221116) Verbaliza cualidades positivas del niño • (221119) Expresa satisfacción con el rol de madre 	Escala M: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
<i>NIC (8300) Fomentar el rol parenteral</i>	
Actividades <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e inscribir a las familias de alto riesgo en un programa de seguimiento. • Animar a las madres a recibir atención prenatal temprana y regular. • Visitar a las madres en el hospital antes del alta para empezar a establecer relaciones de confianza y programar las visitas de seguimiento. • Ayudar a los progenitores en el cambio de papeles y en las expectativas del rol parenteral. 	

En el momento que se diagnostica o revela un TCA, la matrona debe ofrecer apoyo continuo en cada visita prenatal. En este momento, la ganancia de peso no debe ser el único objetivo principal; se debe hablar con la gestante sus necesidades, así como la estrategia a realizar en cada una de las consultas⁽⁹⁹⁾.

Revisar los temores y ansiedades que desencadenan malestar, pueden ayudar a la enfermera obstétrico-ginecológica y a la mujer a realizar un enfoque personalizado.

Comentar el progreso de la gestación en cada visita junto con el aumento de peso y consejos nutricionales ayudan a mejorar el bienestar de la gestante y asegurar la continuidad de las consultas⁽⁹⁹⁾.

El apoyo que tienen en su entorno estas pacientes es muy importante. La enfermera tendrá que considerar la red de apoyo para prevenir una recaída o empeoramiento de los síntomas y/o mejorar la recuperación⁽⁹⁹⁾.

En determinados momentos, la gestante con AN puede tomar la iniciativa para manejar su tratamiento y cuidado, aprovechando los beneficios que ello conlleva (mayor confianza en uno mismo para asumir el rol de madre). Gracias a esto, la enfermera puede medir el grado de compromiso durante la gestación y determinar las áreas donde necesite apoyo o mejora en los conocimientos⁽⁹⁹⁾.

Las mujeres con TCA suelen intentar satisfacer a los demás por lo que, si se les marca una serie de objetivos, pueden encontrarse motivadas a realizarlo y seguir progresando. Aunque el perfeccionismo y la baja autoestima pueden agrandar los sentimientos de fracaso si no se lograsen los objetivos planteados. Se deben elegir objetivos realistas⁽⁹⁹⁾.

Para una gestante con TCA, la medición del peso en las visitas puede ser una situación estresante. La enfermera debe pesar de espaldas a la mujer con una bata para evitar un peso inexacto por ocultamiento de peso o artículos pesados. Con él se podrá detectar si el aumento está siendo óptimo o pobre. La enfermera preguntará a la mujer si quiere saber el peso actual y qué estrategias deberían tomar en el ámbito de la alimentación en el caso tanto de un aumento elevado o insuficiente. Si se habla del peso relacionándolo con la salud fetal, la ansiedad disminuye y es mejor recibido cualquier comentario al respecto del mismo⁽⁹⁹⁾.

El asesoramiento nutricional debe comenzar en la primera visita prenatal y continuar durante todo el proceso, sobre todo si aparecen complicaciones o la mujer no está alcanzando los objetivos pactados. Sería aconsejable que la enfermera orientase sobre los objetivos en cada sesión además de reforzar los conocimientos en los cambios a nivel físico y emocional durante el embarazo. Esto puede mentalizar a la gestante con AN para controlar mejor el estrés y la ansiedad. Para manejar estos sentimientos, la enfermera puede enseñar técnicas de relajación. Sin embargo a veces no hay suficiente tiempo para abordar los objetivos marcados derivando a otro especialista⁽⁹⁹⁾.

Las mujeres con TCA en el puerperio suelen tener depresión posparto, por lo que proporcionar información anticipada ayuda en la mentalización del proceso⁽⁹⁹⁾.

9. CONCLUSIONES

La AN es una enfermedad psicosomática que afecta en su mayoría a mujeres. Existen múltiples desencadenantes de la enfermedad sin ser específico ninguno de ellos para la aparición de la misma, ya que son un conjunto de circunstancias individuales en cada persona.

Generalmente se produce en la edad fértil y, durante el embarazo y/o puerperio, puede agravarse la sintomatología o reaparecer. Se encuentra una elevada tasa de maternidad no planificada asociada a la idea de falta de riesgo de embarazo durante los periodos de amenorrea.

Esta enfermedad supone un grave riesgo para la salud tanto materna como neonatal lo que se demuestra con la alta tasa de muerte prenatal, aborto espontáneo, recién nacidos con menor talla, incorrecto aumento de peso gestacional, mayor riesgo de parto por cesárea y depresión posparto.

Como contraposición, durante la gestación, hay indicios de una reducción de las complicaciones de los TCA por la presión social ejercida en el desarrollo óptimo del feto para disminuir las complicaciones presentadas anteriormente. También puede ocurrir que se mantenga durante el embarazo sin ningún cambio significativo.

Los cambios que se producen tanto internos como externos, aumentan el estrés de estas mujeres con probabilidad de altas tasas de recaída si existen antecedentes de AN.

El papel de la maternidad se puede encontrar comprometido en el puerperio: si hay una mala interacción en la relación madre-hijo durante la alimentación, y eso a su vez genera un mal clima pudiendo repercutir posteriormente en los patrones alimentarios de los hijos. Esto se manifiesta en un temperamento más difícil e irritable de los recién nacidos.

Muchas mujeres suelen ser reacias a informar a los profesionales sanitarios sobre sus TCA y la mitad de los profesionales no evalúan su padecimiento. En las sesiones prenatales y sucesivas, realizadas por la matrona y el obstetra, se puede intentar detectar un posible trastorno alimentario por efectuarse un mayor control del peso de la gestante.

Existen escasos artículos sobre los cuidados de la enfermera obstétrico-ginecológica en los TCA, posiblemente debido a la incomprensión social de estas enfermedades.

La enfermera obstétrico-ginecológica debe permanecer alerta y tener una mayor sensibilidad ante esta problemática para detectar posibles casos. En el estudio de Behar et al. es alarmante la población de mujeres gestantes con TCA no detectadas (23,4%), aunque en el estudio de Chizawski et al. las cifras no son superiores al 15%.

Por lo tanto, estas mujeres deben ser reconocidas como pacientes de riesgo durante el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Guarnín M, Gempeler Rueda J. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Carlos Gómez Restrepo, director. *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamérica; 2008. p. 467 – 72.
2. Fernández Hernández A.M. Historia de la anorexia nerviosa. *Moleqla* [revista en internet]; 2015 [acceso el 1 de mayo de 2017]; 20. Disponible en: <https://www.upo.es/moleqla/numeros/index.jsp>
3. Martínez-Aedo Ollero M. J. Anorexia y bulimia nervosas. Concepto y criterios diagnósticos [monografía en internet]. Barcelona: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica; 2006 [acceso el 1 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.seep.es/privado/prpubli.htm>
4. Sánchez – Planell L, Prats M. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Vallejo Ruiloba J, director. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 295-305.
5. Robira B, Chabdlar E. *Anorexia nerviosa. Curioso no comer para vivir*. 1ª ed. Buenos Aires: Verlap; 2011.
6. Mateos-Parra A, Solano-Pinto N. Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nervosas. *Psicología* [revista en internet]. 1997 [acceso el 30 de abril de 2017]; 1 (1). Disponible en: <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/issue/view/67>
7. Cohen B. J. *Psiquiatría: teoría y práctica*. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana; 2006 p. 370 – 93
8. Halmi K. Classification of the eating disorders. En: Szukler G.I, Slase P. D, Harris P. *Anorexia Nervosa and Bulimic Disorders: current perspectives*. 1ª ed. Oxford: England; 1986.
9. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V-TM*. 5th edn. Washington DC: London; 2013
10. Gaeter M. V, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista Médica Clínica Las Condes* [revista en internet]. Septiembre 2012 [acceso el 1 de mayo de 2017]; 23 (5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-adolescentes-jovenes-S0716864012703516>
11. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez – Girón MT, Mancilla – Díaz JM. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* [revista en internet]. 2015 [acceso el 1 de mayo de 2017]; 6(2). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152315000221>
12. Olesti Baiges M. et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de pediatría* [revista en internet] 2008 [acceso el 1 de mayo de 2017]; 68 (1). Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/vol-68-num-1/sumario/S1695403308X70031/>
13. Pablo Rivero. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
14. Ortiz Montcada M. R. Módulo 9: Alimentación y nutrición [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [acceso el 2 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t02.htm

15. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). Trastornos alimentarios [internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría (AEP); 2008 [acceso el 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-sociedad-espanola-psiquiatria-infantil-aep>
16. Torres Díaz CV, Martín Peña G, Ezquiaga E, Navas García M, García de Sola R. Tratamiento quirúrgico de la anorexia nerviosa resistente al tratamiento médico. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 [acceso el 3 de mayo de 2017]; 33(4): 1001-1007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000400034
17. Portela de Santana M.L, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr. Hosp. [internet]. 2012 [acceso el 6 de mayo de 2017]; 27(2): 391-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008
18. Ortuño Sánchez-Pedreño F. Lecciones de psiquiatría. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2010.
19. López Siguero JP. Protocolos de endocrinología [libro en internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2011 [acceso el 7 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos>
20. Smink F, Van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. Int j EatDisord. 2014; 47 (6): 610-9
21. Ortuño Sánchez-Pedreño F. Lecciones de psiquiatría. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2010.
22. Camarillo Ochoa N, Cabada Ramos E, Gómez Méndez A J, Munguía Alamilla E K. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. Revista de Especialidades Médico – Quirúrgicas [internet]. 2013 [acceso el 2 de mayo de 2017]; 18(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/toc.oa?id=473&numero=26333>
23. Peña Quintana L. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica [libro en internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2010 [acceso el 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos>
24. Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria [internet]. Madrid: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME); 2008 [acceso el 1 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.aeesme.org/aeesme/gpc-y-resumen-de-recomendaciones/>
25. Sansone R.A, Sansone L.A. Personality Pathology and Its Influence on Eating Disorders [internet]. Marzo 2011 [acceso el 2 de mayo de 2017]; 8(3): 14-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074200/>
26. Bravo Rodríguez M, Pérez Hernández A, Plana Bouly R. Anorexia nerviosa: características y síntomas. Rev Cubana Pediatr [Internet]. Diciembre 2000 [acceso el 7 de mayo de 2017]; 72(4): 300-305. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000400011&lng=es
27. Sáenz Durán S, González Martínez F, Díaz Cárdenas S. Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores socio-demográficos, físicos y conductuales en universitarios de Cartagena, Colombia. Rev. Clin. Med. Fam [internet]. Octubre 2011 [acceso el 4 de mayo de 2017]; 43): 193-204. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300003

28. Morales García C. R. Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa [monografía]. Tenerife: Universidad de la Laguna; 1996 [acceso el 20 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=790>
29. Soto A. Fisiopatología y diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia. En: Cordero Carballido F, editor. Fisiología y fisiopatología de la nutrición: I Curso de Especialización en Nutrición. 1ª ed. Coruña: Universidad de la Coruña; 2005. p. 239-256.
30. Guerrero Vázquez G, Olivares Gamero J, Oereira Cunill J.L, Soto Moreno A, García Luna P. P. Nutrición en anorexia nerviosa. Endocrinol Nutr [revista en internet]. Febrero 2006; 53(2): 113-23. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-nutricion-anorexia-nerviosa-S1575092206710774>
31. Martínez Sopena M.J, Fernández Longás A, García García E, Gonzalvo Davoly N, Rodríguez Hiero, F. Guías diagnóstico-terapéuticas en endocrinología pediátrica. Capítulo 32: Anorexia nervosa y bulimia. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.
32. Serra Ristol S, Manzanares Céspedes MC., Carvalho Lobato P. Repercusiones clínicas de la anorexia nerviosa restrictiva en la cavidad oral. Reflexiones en medicina de familia. . Febrero 2006 [acceso el 15 de mayo de 2017]; 37(2): 101-103. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706703006>
33. Vargas Upegui C, Gómez J. Alteraciones electrocardiográficas en anorexia nervosa: revisión crítica de la literatura. Rev. Colomb. Psiquiat [internet]. Marzo 2015 [acceso el 18 de mayo de 2017]; 44(1): 33-40. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-alteraciones-electrocardiograficas-anorexia-nervosa-revision-S0034745014001103?referer=buscador>
34. Bowden D.J, Kilburn-Toppin F, Scoffings D. J. Radiology of eating disorders: A pictorial review. Radiographics [internet]. 2013 [acceso el 18 de mayo de 2017]; 33: 1171-1193. Disponible en: <http://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/rg.334125160>
35. Leroux MB. Manifestaciones cutáneas en anorexia nerviosa: Mucous and cutaneous manifestations of the anorexia nervosa. Rev. Argent. Dermatol. [internet]. Septiembre 2012 [acceso el 6 de mayo de 2017]; 93(3). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2012000300003
36. Cañete Estrada R. Trastornos del comportamiento alimentario en el niño [libro en internet]. Málaga: Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica; 2000 [acceso el 19 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.seep.es/privado/prpubli.htm>
37. Madhusmita Misra, Anne Klibanski. Bone health in anorexia nervosa. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes (2011) 376-382.
38. Martín Paniagua M.L. Osteoporosis y trastornos de la conducta alimentaria. Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC) [internet]. 2014 [acceso el 15 de mayo de 2017]; 20: 2215-2226. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/osteoporosis_y_tca.pdf
39. Dede AD, Lyritis GP, Tournis S. Bone disease in anorexia nervosa. Hormones 2014, 13(1):38-56.
40. Gaete P M.V, López C C, Matamala B M. trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Revista Médica Clínica Las Condes [internet]. Septiembre 2012 [acceso el 20 de mayo de 2017]; 23(5): 579-91. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-conducta-alimentaria-adolescentes-jovenes-S0716864012703528>
41. Argente J, Muñoz Calvo M.T. Tratamiento de las complicaciones médicas de los TCA. Amenorrea y alteraciones óseas. Revista Adolescere [revista en internet] mayo 2016 [acceso el 20 de mayo de 2017]; 4(2). Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/revista-adolescere-vol-4-numero-2/>

42. Usdan L.S, Khaodhiar L, Apovian C.M. The endocrinopathies of anorexia nervosa. *Endocr. Pract.* [internet] Noviembre 2008 [acceso el 10 de mayo de 2017]; 14(8):1055-1063. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278909/>
43. Díaz Camacho V. Establecimiento de una dieta adecuada en trastornos de la conducta alimentaria. *Metodología. Trastornos de la conducta alimentaria* [internet] 2014 [acceso el 19 de mayo de 2017]; 20: 2172-2197. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/establecimiento_de_la_dieta_adecuada_en_tca.pdf
44. De Cos Blanco A. I, Gómez Candela C, Muñoz Octavio de Toledo E. Nutrición en los trastornos del comportamiento alimentario. En: Gil Hernández A, editor. *Tratado de Nutrición*. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 499-521
45. Herrera A, Martínez J.M, Fernández M.J. Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica. *Enfermería global* [internet]. Julio 2011 [acceso el 16 de mayo de 2017]; 10(3): 147-157. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300010
46. Behar A. R, González A. J, Ariza P. M, Aguirre S. A. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en Atención Primaria. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* [internet]. 2008 [acceso el 23 de mayo de 2017]; 73(3): 155-162. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300004
47. Eguiluz Gutiérrez-Barquín I. Alteraciones menstruales y anorexia nerviosa. *Trastornos de la conducta alimentaria* [internet] 2006 [acceso el 21 de mayo de 2017]; (3): 277-284. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1987889>
48. Vargas Tominaga L, Pella Cáceres R, Vargas Lechuga A, Bartolo Durán L. Embarazo mediante tratamiento de maduración in vitro de ovocitos en paciente amenorreica y con historia de anorexia nervosa. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* [internet]. 2012 [acceso el 23 de mayo de 2017]; 58(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322012000200011&script=sci_arttext
49. Bridget Ward V. Eating disorders in pregnancy. *BMJ* [internet] 2008 Jan [acceso el 26 de mayo de 2017]; 336(7635): 93-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2190274/>
50. Bulik C. M, Hoffman E. R, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned Pregnancy in Anorexia Nervosa. *Obstet Gynecol.* [internet] 2010 nov [acceso el 30 de mayo de 2017]; 116(5): 1136-1140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632206/>
51. Bulik CM et al. Patterns of remission, continuation, and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med* [internet] 2007 Aug [acceso el 1 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2657803/>
52. Chizawsky L, Newton M. Eating disorders. Identification and treatment in obstetrical patients. *AWHONN Lifelines* [internet] 2006 Dec-2007 Jan [acceso el 23 de mayo de 2017]; 10(6): 482-88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17207211>
53. Squires C, Lalanne C, Murday N, Simoglou V, Vaicre-Douret L. The influence of eating disorders on mothers sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. *BMC PregnancyChildbirth* [internet] 2014 aug [acceso el 27 de mayo de 2017]; 14: 274. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138399/>
54. Ward V. B. Eating disorders in pregnancy. *British Medical Journal* [internet] jan 2016 [acceso el 24 de mayo de 2017]; 336(7635): 93-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2190274/>

55. Bolaños Ríos P. Influencia del embarazo en la evolución de un trastorno de la conducta alimentaria. Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC) [internet]. 2012 [acceso el 26 de mayo de 2017]; 16: 1831-1847. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/caso_clinico.pdf
56. Behar Astudillo R. Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. Medicas UIS [internet]. Abril 2013 [acceso el 19 de mayo de 2017]; 26(1): 21-28. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-03192013000100003&lng=es
57. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. J. Psychosom Res [internet] 2007 Sep [acceso el 23 de mayo de 2017]; 63(3): 297-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17719368>
58. Siega-Riz AM et al. Gestational Weight Gain of Women with Eating Disorders in the Norwegian Pregnancy Cohort. Int J Eat Disord [internet] 2015 dec [acceso el 25 de mayo de 2015]; 44(5): 428-434. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21661002>
59. Lai BP et al. A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among chinese women in Hong Kong. Int. J. Eat. Disord [internet] 2006 [acceso el 26 de mayo de 2017]; 39(4): 303-311. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/16528680/>
60. Fairburn C, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. PsychosomMed [internet] 1992 Nov [acceso el 23 de mayo de 2017]; 54(6): 665-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1454960>
61. Larsson G, Andersson-Elloström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. European Eating Disorders Review [internet] 2003 Jan [acceso el 24 de mayo de 2017]; 11(2): 116-124. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.497/abstract>
62. Lowes H, Kopeika J, Micali N, Ash A. Anorexia nervosa in pregnancy. The Obstetrician & Gynaecologist [internet] 2012 jul [acceso el 24 de mayo de 2017]; 14(3): 179-187. Disponible en: <http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/issue/10.1111/tog.2012.14.issue-3/>
63. Kouba S, Hallstrom T, Lindholm C, Hirschberg A. L. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. Obstetrics & Gynecology [internet] february 2005 [acceso el 24 de mayo de 2017]; 105(2): 255-260. Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2005/02000/Pregnancy_and_Neonatal_Outcomes_in_Women_With.7.aspx
64. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal Factor and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Arch. Gen. Psychiatry [internet] 2006 Jan [acceso el 25 de mayo de 2017]; 63(1): 82-88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16389201>
65. Watson H. J et al. Eating Disorders, Pregnancy, and the Postpartum Period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). NorskEpidemiologi = Norwegian Journal of Epidemiology [internet] 2014 jan [acceso el 30 de mayo de 2017]; 24(1-2): 51-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838406/>
66. Bulik CM et al. Maternal eating disorders influence sex ratio at birth. Acta Obstet Gynecol Scand [internet] 2008 [acceso el 4 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2663335/>
67. Steward D. E, Raskin J, Garfinkel P. E, MacDonald O. L, Robinson G. E. Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. Am J Obstet Gynecol. [internet] 1987 Nov [acceso el 24 de mayo de 2017]; 157(5): 1194-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3688074>

68. Torgersen L. et al. Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Matern Child Nutr* [internet] 2010 jul [acceso el 29 de mayo de 2017]; 6(3): 243-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20929496>
69. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res.* [internet] 2007 sep [acceso el 29 de mayo de 2017]; 63(3): 297-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17719368>
70. Santiago JR, Nollado MS, Kinzler W, Santiago TV. Sleep and sleep disorders in pregnancy. *Ann Intern Med* [internet] 2001 mar [acceso el 30 de mayo de 2017]; 134(5): 396-408. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11242500>
71. Knoph C. et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J EatDisord* [internet]. 2013 may [acceso el 26 de mayo de 2017]; 46(4): 355-368. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622173/>
72. Behar Astudillo R, Arancibia Meza M. Temor a la madurez en anorexia nerviosa. *Rev. Mex. de trastor. Aliment* [internet] diciembre 2013 [acceso el 24 de mayo de 2017]; 4(2): 143-152. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000200008
73. Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J EatDisord* [internet]. 2008 jul [acceso el 29 de mayo de 2017]; 41(5): 405-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18306346>
74. Zerwas S, Von Holle A, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Stolenberg C, Bulik CM. Maternal eating disorders and Infant Temperament: findings from the Norwegian Mother and Child Cohort. *Int T Eat Disord* [internet]. 2012 jan [acceso el 4 de junio de 2017]; 45(4): 546-555. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323717/>
75. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatry* [internet] 1994 may [acceso el 31 de mayo de 2017]; 35(4): 733-48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8040225>
76. Micali N, Simmonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr* [internet] 2009 jan [acceso el 31 de mayo de 2017]; 154(1): 55-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18783793>
77. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *EatBehav* [internet] 2010 jan [acceso el 4 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790429/>
78. Minjarez Corral M, Rincón Gómez E, Morales Chomina Y. A, Espinosa Velasco M. J, Zárato A, Hernández Valencia M. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatol. Repord. Hum* [internet] jul/sep 2014 [acceso el 26 de mayo de 2017]; 28(3): 159-166. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300007
79. Gil Almira A. Variación del peso materno en el embarazo. *MEDISAN* [internet] febrero 2010 [acceso el 25 de mayo de 2017]; 14(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000100012
80. Swan R.A et al. Attitudes toward weight gain during pregnancy: Results from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J EatDisord* [internet] 2010 jul [acceso el 29 de mayo de 2017]; 42(5): 394-401. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2696571/>

81. Bulik MC. et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord.* [internet]. 2009 jan [acceso el 6 de julio de 2017]; 42(1): 9-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586575/>
82. Institute of Medicine of the National Academies [internet]. Weight gain during pregnancy: reexamining the Guidelines. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/12584/weight-gain-during-pregnancy-reexamining-the-guidelines>
83. CarvalhoPadilha et al. Birth weight variation according to maternal characteristics and gestational weight gain in Brazilian women. *Nutr. Hosp.* [internet] 2009 apr [acceso el 26 de mayo de 2017]; 24(2): 207-212. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=en
84. Bolaños Ríos P. La importancia de la alimentación en el embarazo. Su significado en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria* [internet]. 2010 [acceso el 15 de junio de 2017]; (11): 1196-1230. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3734361>
85. Moreiras O et al. Tablas de composición de alimentos. 15ª ed. Madrid: Pirámide; 2011.
86. Dllava JE, et al. Dietary Supplement Use Immediately Before and During Pregnancy in Norwegian Women with Eating Disorders. *Int J Eat Disord* [internet]. 2011 may [acceso el 3 de junio de 2017]; 44(4): 325-332. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3072566/>
87. Fornari V, Dancyger I, Renz J, Skolnick R, Rochelson B. Eating disorders and pregnancy: proposed treatment guidelines form obstetricians and gynecologists. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* [internet] 2014 [acceso el 17 de julio de 2017]; 4(2): 90-94. Disponible en: <https://www.scirp.org/Journal/PaperInformation.aspx?PaperID=43018>
88. National Eating Disorders Collaboration. Pregnancy and Eating Disorders: a Professional's Guide to Assessment and Referral [internet]. Australia: National Eating Disorders Collaboration; 2015 [acceso el 30 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.nedc.com.au/files/pdfs/Pregancy%20and%20Eating%20Disorders.pdf>
89. Frabbko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* [internet]; 2000 jun [acceso el 16 de julio de 2017]; 95(6 Pt 1): 942-946. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10831998>
90. Robles EM, Oberst UE, Sánchez-Planell L, Chamarro A. Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination. *Med Clin* [internet]. 2006 [acceso el 18 de julio de 2017]; 127(19): 734-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-transcultural-al-castellano-eating-13095526>
91. Andersen A.E, Ryan GL. Eating disorders in the obstetric and gynecological patient population. *Obstetric and Gynecology* [internet]. 2009 dec [acceso el 18 de julio de 2017]; 114(6): 1353-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19935043>
92. Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA, Ortíz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J, Cadena Afanador LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados. *Aten Primaria* [internet]. Febrero 2005 [acceso el 19 de julio de 2017]; 35(2): 89-94. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-del-cuestionario-scoff-el-13071915>
93. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating Disorders: Core Investigations in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders [internet]. 2007 [acceso el 20 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23346610>

94. Koubaa S, Hällström T, Lindén Hirschberg A. Early Maternal Adjustment in Women with Eating Disorders. *Int J EatDisord* [internet]. 2008 jul [acceso el 30 de julio de 2017]; 41(5): 405-410. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/8048508_Pregnancy_and_Neonatal_Outcomes_in_Women_With_Eating_Disorders
95. Wylie L, Bryce H. *The Midwife's Guide to Key Medical Conditions: Pregnancy and Childbirth*. 1ª ed. Elsevier; 2008.
96. García del Castillo I, Olza Fernández I. Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* [internet]. 2013 [acceso el 30 de julio de 2017]; (105). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/341436>
97. Gobierno de Cantabria. *Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio* [internet]. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2011 [acceso el 1 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/protocoloAtencionEmbarazo.pdf>
98. NNNConsult [web]. Barcelona: Elsevier [acceso el 5 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
99. Cantrell C, Kelley T, McDermott T. Midwifery Management of the Woman with an Eating Disorder in the Antepartum Period. *J Midwifery Women's Health* [internet]. 2009 nov-dec [acceso el 29 de agosto de 2017]; 54(6): 503-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19879524>

ANEXO

Anexo 1. Aumento de peso durante la gestación dependiendo el IMC. Modificado de⁽⁸²⁾

Índice de Masa Corporal (IMC) pregestacional	Aumento de peso recomendado
<18,5	12,5-18 Kg
18,5-24,9	11,5-16 Kg
25-29,9	7-11,5 Kg
>30	5-9 Kg

Anexo 2. Ingestas recomendadas de proteínas, minerales y vitaminas en las mujeres gestantes y lactantes españolas. Modificado de^(84, 85)

	Mujer	Gestación 2ª mitad	Lactancia
Energía (Kcal)	2300	2550	2800
Proteínas (g)	41	56	66
Calcio (mg)	800-1200	1400-1600	1500-1700
Hierro (mg)	15-18	18-25	15-18
Yodo (µg)	110-150	135-175	155-200
Tiamina	0,9-1,1	1-1,3	1,1-1,5
Fósforo (mg)	700	700-1200	700-1300
Potasio (mg)	3500	3500	3500
Zinc (mg)	12-15	15-20	20-25
Magnesio (mg)	330-350	400-450	400-450
Flúor (mg)	3	3	3
Selenio (µg)	55	65	75
Riboflavina (mg)	1,2-1,4	1,5-1,6	1,6-1,7
Niacina (mg)	15	17-18	18-19
Ácido pantoténico (mg)	5	6	7
Ácido fólico (µg)	400	600	500
Biotina (µg)	30	30	35
Vitamina B ₆ (mg)	1,3-1,6	1,9	2
Vitamina B ₁₂ (µg)	2-2,4	2,2-2,4	2,6-2,8
Vitamina A (µg)	800	800	1300

Vitamina C (mg)	60	80	85-90
Vitamina E (mg)	8-12	10-15	12-17
Vitamina D (µg)	5	5-10	5-10
Vitamina K (µg)	60	65	65

Anexo 3. Cuestionario SCOFF⁽⁹³⁾

Traducción al español del cuestionario SCOFF	SÍ	NO
¿Se provoca el vómito porque se siente llena?		
¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?		
¿Ha perdido recientemente más de 7 Kg en un período de 3 meses?		
¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida controla su vida?		

Anexo 4. Algoritmo de despistaje de trastornos alimentarios en mujeres embarazadas⁽⁶³⁾

