

“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA Y EMBARAZO:
POSIBLES EFECTOS EN LA MADRE
Y EN EL FETO”

*“Eating disorders and pregnancy:
possible effects on the mother and the
fetus”*

TRABAJO FIN DE GRADO

Nutrición Humana y Dietética

Autora: Marina Codesal Fidalgo

Tutora: Dra. Clara Colina Coca

Curso: 2021/22

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo general	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3. METODOLOGÍA.....	14
3.1 Diseño.....	14
3.2 Materiales y métodos	14
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	14
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	15
EXTRACCIÓN DE DATOS.....	15
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
4.1 Prevalencia e identificación de TCA durante el embarazo.....	19
4.2 Riesgos asociados, complicaciones y consecuencias	21
4.3 Lactancia materna y resultados de salud para el lactante	24
4.4 Estrategias de intervención.....	25
5. CONCLUSIONES.....	26
5.1 Futuras líneas de investigación.....	28
5.2 Reflexión personal.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS.....	34

SIGLARIO

AN	Anorexia Nerviosa
BN	Bulimia Nerviosa
D-N	Dietista-Nutricionista
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición
fMEG	Magnetoencefalografía fetal
IMC	Índice de Masa Corporal
LAPS	Estudio Life After Pregnancy
MeSH	Medical Subject Headings
NINFEA	Nascita ed INFanzia: gli Effetti dell'Ambiente (Nacimiento e infancia: los efectos del medio ambiente)
SIF	Fractura por Insuficiencia Subcondral
SLR	Síndrome de Realimentación
TA	Trastorno por Atracón
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TEA	Trastornos del Espectro Autista
WoS	Web of Science

RESUMEN

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un grupo de enfermedades que pueden afectar en la evolución del embarazo y aumentar el riesgo de resultados adversos. La prevalencia de estos trastornos se ha incrementado a nivel mundial en mujeres en edad reproductiva, sin embargo, en la literatura actual los datos son escasos en cuanto a las complicaciones asociadas.

Objetivo: El objetivo del trabajo ha sido resumir la evidencia que existe hasta la fecha referente a la prevalencia de los trastornos alimentarios durante el embarazo, su curso, el impacto que tienen en la salud materna y fetal, así como conocer las prácticas de lactancia de las madres con trastornos alimentarios y las posibles estrategias de intervención.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos científicas MEDLINE, PubMed, CINAHL, Scopus y Web of Science. La estrategia de investigación y el proceso de extracción de datos se basaron en la metodología PRISMA.

Resultados: Los hallazgos respaldan la afirmación de que los trastornos alimentarios maternos, ya sean activos o previos, están asociados con resultados desfavorables en el embarazo, el parto y el neonato y la nutrición materna durante el embarazo tiene una influencia clave en la salud fetal óptima.

Conclusiones: El presente trabajo señala la necesidad de más investigación y atención a los trastornos alimentarios durante el embarazo, destacando la necesidad de la intervención de los distintos profesionales de la salud para conseguir un correcto monitoreo de la enfermedad, un correcto desarrollo del embarazo y, en consecuencia, evitar los resultados adversos.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, embarazo, feto, lactancia, nutrición.

ABSTRACT

Background: Eating Disorders are a group of diseases that can affect the course of pregnancy and increase the risk of adverse outcomes. The prevalence of these disorders has increased worldwide in women of reproductive age, however, in current literature data are limited in terms of associated complications.

Objective: The objective of the work has been to summarize the evidence that currently exists in relation to the prevalence of eating disorders during pregnancy, their course, the impact they have on maternal and fetal health, as well as knowing the breastfeeding practices of mothers with eating disorders and possible intervention strategies.

Methods: A systematic literature review has been carried out in the MEDLINE, PubMed, CINAHL, Scopus and Web of Science scientific databases. The research strategy and data extraction process were based on the PRISMA methodology.

Results: The findings support the claim that maternal eating disorders, whether active or prior, are associated with unfavorable outcomes in pregnancy, childbirth and in the neonate, and maternal nutrition during pregnancy has a key influence on optimal fetal health.

Conclusion: The present work points out the need for more research and attention to eating disorders during pregnancy, highlighting the need for the intervention of the different health professionals to achieve a correct monitoring of the disease, a correct development of the pregnancy and, consequently, avoid adverse outcomes.

Keywords: Eating disorders, pregnancy, infant, breastfeeding, nutrition.

1. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) hacen referencia a un conjunto de enfermedades que incluyen Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracón (TA), entre otras, en las que se suele ver alterada la percepción del peso, la imagen corporal y que suelen afectar a mujeres en edad reproductiva (1). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V), “los trastornos alimentarios son alteraciones en el comportamiento alimentario que dan como resultado un consumo alterado de alimentos y que perjudican significativamente la salud física y el funcionamiento psicosocial” (2).

En la actualidad, son considerados un problema de salud con gran impacto en la sociedad y las pacientes son difíciles de manejar. Estas mujeres suelen tener bajas tasas recuperación y pronóstico de riesgo de recidiva alto y se estima que la prevalencia de la AN es del 1 al 4 %, la BN del 1 al 2 % y el TA del 1 al 4 %, entre las mujeres europeas. Los trastornos alimentarios se asocian con la mayor morbimortalidad de cualquier enfermedad mental, estimándose que aproximadamente el 10 % de la población sufre estos trastornos y sus comportamientos relacionados (3 y 4).

Las mujeres con TCA se caracterizan por presentar un gran miedo a la ganancia de peso y las conductas que suelen acompañarlos son restricciones nutricionales o ingestas compulsivas (que en ocasiones se siguen de purgas y uso de laxantes), además de la realización de ejercicio físico excesivo. El uso de laxantes y la práctica de purgas pueden producir desequilibrios homeostáticos que suponen un riesgo grave en la vida de la persona (5).

En particular, la AN afecta aproximadamente a 1 de cada 100 mujeres en edad fértil y se relaciona con una incapacidad para mantener un peso normal debido a un miedo intenso al aumento ponderal (6). Este miedo conduce a restricciones dietéticas y, en consecuencia, a un peso total considerablemente menor. Por su parte, las personas con BN y TA tienen dificultades para controlar la cantidad de alimentos consumidos, por lo general consumen más alimentos en un período de dos horas que la mayoría de las personas. Con BN, sin embargo, los atracones son seguidos de comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso (7).

A pesar de que la AN se clasifica como un trastorno psiquiátrico, en muchas ocasiones está relacionado con consecuencias físicas, como son desequilibrio electrolítico, amenorrea secundaria a trastornos hormonales y alteración de la hematopoyesis, además, los síntomas depresivos y la ansiedad son morbilidades asociadas habituales en la AN que pueden dificultar el tratamiento y, por lo tanto, la recuperación (4 y 6).

Por su parte, tanto la BN como el TA conllevan episodios incontrolados de comer en exceso que, en la BN, son seguidos de conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, uso de diuréticos o laxantes y ejercicio físico excesivo (4). Por todo esto, los TCA pueden llegar a ser amenazantes para la vida, pues tienen un impacto devastador en la salud de quienes los padecen.

Debido a la disfunción menstrual que puede ocurrir al padecer un trastorno alimentario, sobre todo en la AN, en un principio se consideró poco común que ocurriera un embarazo en estas pacientes. Sin embargo, gran parte de la evidencia actual ha contradicho esta creencia y ha confirmado que, además de poder ocurrir un embarazo durante un TCA, es más común de lo que originalmente se creía (4).

El embarazo es un momento de enorme transformación corporal y las mujeres con un trastorno de la alimentación son más vulnerables a tener una mayor preocupación por la imagen corporal y otros cambios físicos y hormonales que no pueden controlar (4).

Hasta antes del año 2000, existían pocos datos relacionados con la asociación entre los TCA durante la gestación, parto y resultados en la madre y en los hijos y los estudios eran en muestras muy pequeñas, pero en los últimos años se han publicado más estudios que abordan la prevalencia, el curso y los riesgos en relación con los TCA durante el embarazo (1).

El período perinatal, que abarca desde el embarazo hasta el final del primer año posnatal, se ha identificado como un período importante para optimizar los resultados de salud para la madre y la descendencia. Mientras que la prevalencia de cualquier trastorno de la salud mental materna durante el período perinatal es de aproximadamente el 20 %, la prevalencia de los trastornos alimentarios maternos en este mismo período es alrededor del 5 al 7,5 %. Los trastornos alimentarios en la población general se asocian con graves resultados para la salud, que incluyen una mayor mortalidad y comorbilidades psiquiátricas, como mayor prevalencia de depresión y ansiedad, además de una calidad de vida muy deteriorada (8, 9).

Durante el embarazo, algunos estudios refieren que alrededor del 22 % de las mujeres sufre depresión, que empeora los resultados obstétricos, fetales y neonatales, siendo un factor de riesgo para sufrir también depresión postparto. El insomnio es uno de los factores que puede influir en el cuadro depresivo, el 10 % de las mujeres lo presentan antes del embarazo y el 50 % durante el mismo. Las mujeres embarazadas ven dañada tanto la calidad como la cantidad de sueño, especialmente en el tercer trimestre del embarazo, lo que, sumando a lo anterior, es un hecho que debe tenerse en especial consideración (3).

En el puerperio, que es el tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor femenino tras el parto, la insatisfacción con el peso y la figura corporal son comunes, incluso en mujeres sin TCA. Según afirman algunos estudios, en el primer mes después del parto el 75 % de las mujeres está preocupada por la retención de peso y, a los cuatro meses después, el 70 % está intentando perder peso. Durante este tiempo las pacientes informan una creciente restricción alimentaria, como la evitación de alimentos y/o el cumplimiento de reglas alimentarias específicas (3).

Los TCA pueden afectar al Índice de Masa Corporal (IMC) antes del embarazo y al aumento ponderal durante la gestación. Cuando este IMC o peso son subóptimos, puede aumentar el riesgo de complicaciones en el parto y resultados neonatales adversos. Las mujeres que aumentan de peso durante el embarazo o que tienen IMC más alto antes del embarazo, tienen mayor riesgo de parto por cesárea y de tener un bebé grande para la edad gestacional, mientras que las mujeres que aumentan poco de peso durante el embarazo o que tienen un IMC más bajo antes del embarazo corren un mayor riesgo de dar a luz a un bebé pequeño para la edad gestacional (7).

La bibliografía que existe hasta la fecha describe un aumento considerable en la incidencia de los TCA durante el embarazo y este aumento se debe, en parte, a los efectos sociales que están implicados en el principio de la enfermedad. La belleza y la delgadez son ideales culturales actuales que se asocian con el éxito y la cultura de culto al cuerpo puede motivar al desarrollo de una dieta desordenada en personas susceptibles que tienen predisposición genética al perfeccionismo (5).

Esta cultura actual promueve la preocupación por el peso y la delgadez y la insatisfacción con el aumento ponderal podría conducir a actitudes alimentarias más disfuncionales, porque las mujeres embarazadas pueden sentirse estresadas y ansiosas por los cambios en la forma de su cuerpo (2).

Los resultados del embarazo dependen en gran medida de la ingesta de nutrientes adecuados, como proteínas completas, lisina, ácidos grasos omega-3, hierro y folato, que pueden faltar en personas con un TCA activo. Durante el embarazo, es conveniente seguir una dieta equilibrada para cubrir los requerimientos nutricionales de la mujer, preparar su organismo para el parto, satisfacer las necesidades nutritivas del bebé y, finalmente, garantizar la reserva energética en forma de grasa para el tiempo que dure la lactancia (**Figura 1**) (6 y 10).

Figura 1. Recomendaciones nutricionales para llevar a cabo una dieta equilibrada durante el embarazo (10).

NUTRIENTES	ALIMENTOS	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE
Hidratos de carbono	HC: cereales, derivados, legumbre, arroz, pasta, y patata Hidratos VE: verduras de carbono y hortalizas FR: frutas LA: lácteos	Consumo normal, bien distribuido. Evitar azúcares y dulces	Aumentar cantidades en 1 ó 2 tomas/día
Fibra	HC: integrales y legumbres Verduras y frutas	Asegurar el consumo	Aumentar si hay estreñimiento
Proteínas	PR: alimentos de origen animal LAC: lácteos HC: legumbres	0,8 g Kg de Peso/día Variedad de alimentos	1 – 1,5 g Kg/día Aumentar cantidades en una toma al día
Grasas	Elegir grasa Insaturada (AGI) GR: aceite de Oliva PR: frutos secos y pescados azules	Grasa insaturada Ω3-DHA: vegetal y pescado Evitar grasas saturadas (carnes grasas y embutidos)	Mantener consumo
Líquidos	Agua, infusiones, sopas, caldos	Asegurar 2L/día	Aumentar 0,5L, en especial si hay retención de líquidos
Ácido fólico Vitaminas (B12, B6, C, D), Hierro, Calcio, Yodo	VE: espinacas, acelgas, espárragos verdes, brócoli HC: lentejas, judías pintas PR: alimentos animales: huevo, carnes (buey) y pescados LA: lácteos no desnatados.	-	-

Aunque el estado nutricional es un predictor importante de los resultados del embarazo, no es el único contribuyente. Las mujeres embarazadas con TCA activo pueden tener un perfil de resultado de embarazo diferente en comparación con la desnutrición debido a factores psicológicos adicionales, así como a otros factores biológicos y sociales específicos del trastorno. Por ejemplo, el perfeccionismo, la baja autoestima, el alto nivel de dependencia y el entorno familiar crítico son algunos de los factores implicados en la evolución de estos trastornos alimentarios (6).

Cada vez hay más evidencia de grandes estudios de cohortes que muestran que el comportamiento alimentario desordenado y el peso corporal desregulado en la madre tienen efectos perjudiciales en el curso del embarazo y los resultados del parto. La baja calidad de vida junto con las altas tasas de morbilidad psicosocial y el riesgo de muerte prematura son algunas de las consecuencias asociadas (3 y 11).

La afectación que se produce consecuencia de las complicaciones asociadas a un TCA durante el embarazo es bidireccional, repercutiendo tanto en la madre como en el feto. En la madre es frecuente la infertilidad o el embarazo no planificado, además de aborto espontáneo y depresión posparto. La prematuridad y el tamaño menor para la edad gestacional son algunas de las complicaciones asociadas en el feto, además de restricciones en el crecimiento, afectaciones del desarrollo neurocognitivo y dificultades en el lenguaje (5).

Las mujeres embarazadas con trastornos alimentarios activos experimentan diferencias en los resultados obstétricos, incluida una mayor incidencia de hospitalización, diferencias en el aumento ponderal durante el transcurso del embarazo y una mayor incidencia de cesárea en el parto. Investigaciones anteriores también han examinado la asociación entre los trastornos alimentarios perinatales y los resultados negativos para los bebés, encontrándose que también hay una mayor incidencia de bajo peso al nacer y anemia. Además de los resultados al nacer, los trastornos alimentarios perinatales pueden estar asociados con interacciones más débiles entre la madre y el bebé, particularmente durante la alimentación (8).

En el periodo perinatal, es importante conocer las experiencias de las mujeres que padecen este trastorno para mejorar su acceso al apoyo comunitario, médico y psicológico, de la manera más adecuada posible. En este período, la investigación ha encontrado que para algunas personas los síntomas del trastorno empeoran o regresan a los niveles previos al embarazo, y esto es debido, en muchas ocasiones, al deseo de volver al peso y forma previos al embarazo (4).

Además, las investigaciones indican que algunas mujeres tienen expectativas poco realistas sobre su cuerpo en el posparto, por lo que los cambios físicos pueden producir distorsiones en la imagen corporal que lleva a un considerable grado de insatisfacción. La dieta está relacionada con el estrés oxidativo, la inflamación y la función cerebral, que son factores potencialmente involucrados en los trastornos mentales (3). Las alteraciones y disfunciones relacionadas con la nutrición y las conductas alimentarias, que son síntomas centrales de los TCA, podrían contribuir a estos resultados adversos del embarazo observados en mujeres con TCA (11).

Por otra parte, es común que las mujeres vivan en silencio su trastorno alimentario, con altos niveles de estigmatización y sufrimiento personal, por lo que suelen pasar desapercibidos. Este hecho puede deberse tanto al estigma como al miedo y vergüenza que tienen estas pacientes de que los profesionales perciban su problema de forma negativa (1).

Respecto a las prácticas de lactancia materna, existe un conocimiento limitado. La lactancia aporta multitud de beneficios, para la madre el riesgo de padecer diabetes y cáncer de mama y de ovario es menor, y para el niño se ha demostrado que existe una predisposición menor a que se desarrollen enfermedades infecciosas, gastrointestinales y respiratorias. Además, los niños amamantados son menos susceptibles de presentar diabetes y muerte súbita" (1 y 12).

De la misma forma, numerosos estudios describen que las mujeres con trastornos alimentarios presentan mayores dificultades para amamantar y, aunque es una forma eficaz de proteger y promover la salud del lactante y de la madre, los factores culturales, sociales, económicos, médicos o psicológicos pueden interferir con una lactancia exitosa. Los TCA pueden tener efectos perjudiciales en la decisión de iniciar la lactancia materna y también en su continuación (12).

Sumado a todo esto, entre los profesionales sanitarios es generalizado y habitual el desconocimiento sobre estos trastornos, por lo que muchas de estas mujeres no son diagnosticadas ni tratadas a tiempo, un hecho que agrava toda esta situación (1). Se sabe poco acerca de qué estrategias de gestión tienen más probabilidades de resultar más exitosas para minimizar estos riesgos y especialmente preocupante es el hecho de que, no solo se sabe que la incidencia de TCA en mujeres en edad reproductiva es la más alta de todos los rangos de edad, sino que también sigue un curso ascendente (13).

En definitiva, la asociación entre los TCA y el embarazo es aún poco comprendida, por ello este trabajo tiene como objetivo resumir la evidencia que existe hasta la fecha referente a la prevalencia de los trastornos de la alimentación durante el embarazo, su curso, el impacto que tienen en la salud materna y fetal, así como conocer las prácticas de lactancia materna de las madres y las posibles estrategias de intervención por parte de los profesionales de la salud. Por todo esto, la principal pregunta de investigación para esta revisión bibliográfica sistemática es: “En mujeres embarazadas diagnosticadas con TCA, ¿cuáles son los riesgos, las complicaciones y las consecuencias asociadas al TCA para la madre y el feto?”

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

El principal objetivo de esta revisión bibliográfica sistemática ha sido conocer la evidencia científica actual en relación con la prevalencia, los riesgos asociados, las complicaciones físicas y psicológicas y las consecuencias de los trastornos alimentarios en las mujeres embarazadas y en su descendencia.

2.2 Objetivos específicos

- Conocer las prácticas de lactancia materna de las madres con TCA y los resultados de salud para los lactantes.
- Exponer la relevancia de la detección temprana de los TCA y su correcto manejo durante el embarazo.
- Describir la importancia de las estrategias de intervención y el abordaje dietético-nutricional en el periodo prenatal y postnatal.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

La metodología usada en este trabajo de fin de grado se basa en una revisión sistemática y análisis bibliográfico de estudios científicos sobre el tema a investigar en bases de datos electrónicas.

El procedimiento que se ha seguido es la selección, análisis y posterior cribado en base a unos criterios de inclusión y exclusión, previamente establecidos, con el fin de ajustar la búsqueda y la extracción de la información de una manera crítica y contrastada.

El tiempo de búsqueda ha durado desde el mes de diciembre de 2021 hasta la segunda semana del mes de marzo de 2022.

3.2 Materiales y métodos

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

El primer paso ha sido llevar a cabo una búsqueda general en Google Académico, PubMed y otras páginas web, con el fin de documentarse sobre el tema de estudio, aclarar el objetivo principal del trabajo y plantear correctamente la hipótesis.

Una vez que se han establecido los objetivos y en base a la pregunta investigable, toda esta información se ha transformado en palabras clave y operadores lógicos para ajustar la búsqueda y hacerla lo más concreta y específica posible.

Tras la primera búsqueda general, se ha procedido a la búsqueda sistemática más específica en las bases de datos científicas. Las principales bases de datos en las que se ha llevado a cabo han sido MEDLINE, PubMed y CINAHL, aunque también se han utilizado Scopus y Web of Science (WoS) para completar la información. La estrategia de investigación y el proceso de extracción de datos han seguido la metodología Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

La estrategia de búsqueda ha incluido los términos Encabezados de Temas Médicos: MeSH (Medical Subject Headings) que son los llamados “descriptorios en ciencias de la salud”. En este trabajo, los utilizados han sido “eating disorders”, “pregnancy”, “breastfeeding” y “nutrition”, principalmente, que se han ido combinando en las diferentes búsquedas para encontrar un número mayor de artículos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para elegir los artículos han sido:

- Texto completo disponible gratuitamente.
- Textos con resumen incluido.
- Artículos que concuerdan con el tema de estudio: relación entre los TCA en embarazadas y su descendencia.
- Artículos fechados en los últimos 5 años.

Los criterios de exclusión utilizados han sido:

- Textos no gratuitos.
- Textos carentes de resumen o que solo incluyen un abstract.
- Artículos que no concuerdan con los objetivos del estudio.
- Artículos previos al año 2017.
- Revisiones sistemáticas y metaanálisis, editoriales y comunicaciones para congresos.

EXTRACCIÓN DE DATOS

En cada una de las bases de datos se ha iniciado la búsqueda incluyendo los descriptores adecuados con sus operadores booleanos. Los operadores booleanos utilizados han sido “AND” para realizar la búsqueda de la manera más exacta posible y “OR” para buscar palabras sinónimas como en el caso de “pregnancy” y “pregnant women” o “breastfeeding” e “infant feeding”. A continuación, se han aplicado los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

La búsqueda se inicia con MEDLINE, realizando tres búsquedas distintas en las que se relacionan trastornos alimentarios-embarazo, trastornos alimentarios-lactancia y trastornos alimentarios-embarazo-nutrición. Estas tres búsquedas resultaron en 406 artículos totales, de los cuales han sido seleccionados 77 tras la lectura por título y resumen y 15 tras la lectura crítica.

Para PubMed, la segunda base de datos empleada, la búsqueda ha seguido la misma línea que en el caso anterior y ha resultado en 57 artículos, seleccionándose 16 tras la primera lectura por título y resumen y 7 de ellos finalmente para este trabajo.

Finalmente, aunque en la tercera base de datos utilizada, CINAHL, inicialmente se encontraron 269 artículos y se seleccionaron 25 después de leer el título y el resumen, finalmente ninguno de ellos ha sido incluido, por repetirse en las bases de datos anteriores o por no cumplir con los objetivos de este trabajo.

Como se ha mencionado, Scopus y WoS también se han utilizado para este trabajo. De la primera de ellas se han obtenido 181 artículos. Tras una revisión por título y resumen se han seleccionado 28, pero finalmente solo incluyeron 3 para este trabajo. En WoS se obtuvieron inicialmente 167 artículos, pero ninguno de ellos ha sido incluido en esta revisión por no cumplir con los objetivos del trabajo.

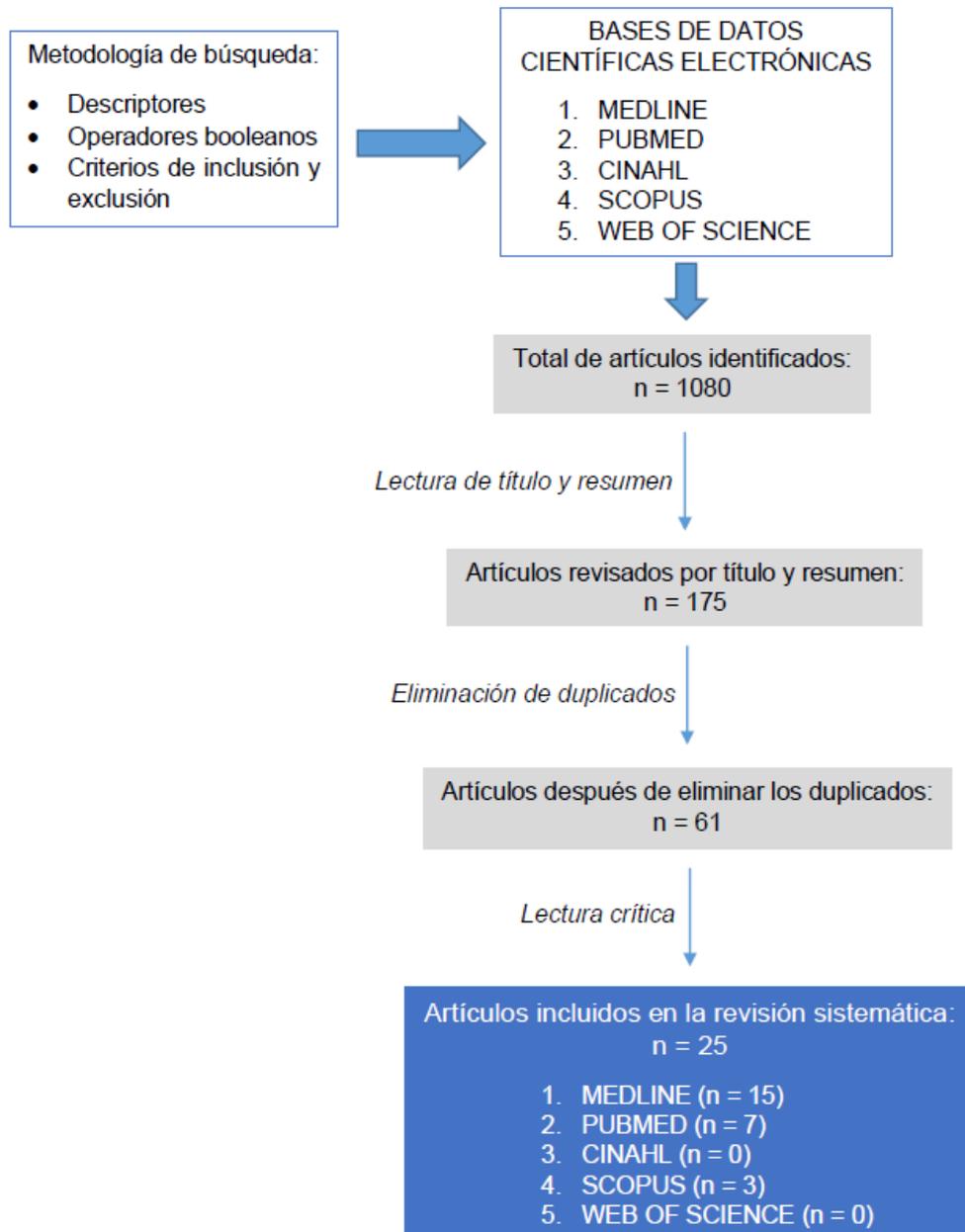
Hay que destacar que, durante las lecturas por título y resumen, muchos de los artículos eran repetidos en las distintas bases de datos, por lo que, si ya se habían seleccionado, por ejemplo, en MEDLINE o PubMed, ya no se han incluido para las demás.

Todos los artículos encontrados son en inglés. Los documentos encontrados son los reflejados en la **tabla 1**, sumando un total de 1080. Después de hacer una primera revisión por título y resumen, se han seleccionado aquellos que concuerdan con los objetivos de este estudio, sumando un total de 175. Por último, con un total de 175 documentos y tras haber eliminado aquellos que se repiten (114 artículos), se llevó a cabo una lectura exhaustiva, satisfaciendo las necesidades de este trabajo 25 de ellos. En la **figura 2** se resume la metodología usada en esta búsqueda bibliográfica según la metodología PRISMA.

Tabla 1. Presentación de los resultados obtenidos tras la búsqueda sistemática en bases de datos científicas (Elaboración propia).

Base de datos	Descriptores y operadores booleanos	Resultados totales	Resultados tras leer título y resumen	Resultado tras lectura crítica
MEDLINE	eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating AND pregnancy or pregnant or prenatal or antenatal or perinatal or maternal	205	50	11
	eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating AND breastfeeding or breast-feeding or infant feeding or lactation or lactating	103	17	2
	eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating AND pregnancy or pregnant or prenatal or antenatal or perinatal or maternal AND diet or nutrition or food habit or eating habit or lifestyle or food	98	10	2
PubMed	eating disorders AND pregnancy	47	13	6
	eating disorders AND breastfeeding	4	1	1
	eating disorders AND pregnancy AND nutrition	6	2	0
CINAHL	eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating AND pregnancy or pregnant or prenatal or antenatal or perinatal or maternal	121	11	0
	eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating AND breastfeeding or breast-feeding or infant feeding or lactation or lactating	53	5	0
	eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating AND pregnancy or pregnant or prenatal or antenatal or perinatal or maternal AND nutrition or diet or food	95	9	0
Scopus	eating disorders or disordered eating AND pregnancy or pregnant	123	14	2
	Eating disorders AND breastfeeding	31	8	1
	Eating disorders AND pregnancy or pregnant AND nutrition	27	6	0
WoS	Eating disorders AND pregnancy	97	14	0
	Eating disorders AND breastfeeding	24	5	0
	Eating disorders AND pregnancy AND nutrition	46	10	0

Figura 2. Diagrama de flujo tipo PRISMA sobre la metodología usada para la selección de artículos (Elaboración propia).



4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios que han sido incluidos en esta revisión bibliográfica sistemática proceden de distintos países de Europa (Reino Unido, Italia, Francia, Suecia, Dinamarca...) aunque también se han incluido estudios de Canadá y China, entre otros, y todos ellos se publicaron entre 2017 y marzo de 2022. Tanto estudios descriptivos como analíticos han sido incluidos, siendo la mayoría de ellos cohortes, y además tres casos clínicos, por su interés y novedad para esta revisión.

Los estudios que abarcan los TCA en general, incluyéndose AN, BN y TA, son la mayoría de ellos, pero también hay estudios que tratan únicamente la AN, por ser el trastorno alimentario más común dentro de esta población. Los estudios que abarcan el tema de los riesgos asociados, las complicaciones físicas y psicológicas y las consecuencias de los trastornos alimentarios durante embarazo en la madre y en el feto, son el grueso de los incluidos en este trabajo.

Los tamaños de muestra variaron enormemente y las investigaciones se desarrollaron en momentos muy distintos de la vida de las mujeres con y sin TCA y en los hijos de madres con y sin TCA. Algunas publicaciones evaluaron la edad de las madres en su primer parto, otros evaluaron la edad actual en un seguimiento. Las características detalladas como las poblaciones, los métodos de estudio, los objetivos específicos y los hallazgos más importantes se describen en la **Tabla 2 (Anexos)**. A continuación, se discuten varias observaciones generales sobre los hallazgos clave de los 25 estudios utilizados para esta revisión.

4.1 Prevalencia e identificación de TCA durante el embarazo

Bye *et al.* (2020) estudiaron 545 mujeres embarazadas en el sudeste de Londres para estimar la prevalencia de los TCA actuales y describir sus características sociodemográficas y clínicas. A través de entrevistas de diagnóstico para evaluar el TCA actual y de por vida y características como depresión y ansiedad, se obtuvo que la prevalencia de TCA a lo largo de la vida fue del 15,35 % y del TCA actual fue del 1,47 %. Los hallazgos indican que al inicio del embarazo un porcentaje relevante de mujeres embarazadas habrán tenido TCA (14).

Respecto a la identificación del TCA durante la gestación, en el estudio de Bye *et al.* (2018) se analizaron las barreras para la divulgación e identificación de los TCA en el embarazo y después del parto tal como las perciben las mujeres con TCA anterior o actual y los asistentes sanitarios. Para ello, estudiaron 101 mujeres de todo el Reino Unido y los datos fueron analizados en base al enfoque de análisis temático descrito por Braun y Clark (15).

De este estudio surgieron cinco temas sobre las barreras percibidas por las mujeres: “estigma, falta de oportunidad, preferencia por el autocuidado, sintomatología actual de TCA y conciencia de la enfermedad”. En cuanto a las barreras percibidas por los profesionales, surgieron cuatro: “limitaciones del sistema, reconocimiento del rol, actitudes personales y estigma y tabú” (15).

En el estudio descriptivo cualitativo de Claydon *et al.* (2018) se intentó comprender la relación entre el embarazo y los TCA a partir de la experiencia vivida por mujeres que han estado embarazadas o quieren o no quedarse embarazadas. Se estudiaron 15 con antecedentes actuales o pasados de un TCA, incluidas 9 que habían tenido embarazos anteriores. A través de entrevistas y análisis de documentos, surgieron un total de 6 temas: “control, divulgación a otros, batalla entre la maternidad y el trastorno alimentario, miedo a la transmisión intergeneracional, preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal y estrategias de afrontamiento” (16).

Algunos de estos temas como las preocupaciones por la imagen corporal y el control sobre el peso se esperaban debido a la naturaleza de los TCA. Sin embargo, otros como la transmisión Intergeneracional no eran resultados esperados. Además, es fundamental tener en cuenta que todas estas mujeres expresaron su preocupación por la transmisión intergeneracional de sus TCA o comportamientos relacionados y el hecho de que todas plantearan esto como una preocupación indicaba que, a pesar de la batalla entre el embarazo y el TCA que había existido o existiría, ganó su enfoque en el bienestar del niño (16).

Respecto a la importancia del periodo perinatal en la identificación temprana y el manejo de las mujeres con TCA, han sido incluidos dos estudios que tratan muy bien el tema. Por un lado, Chan *et al.* (2019) en su estudio longitudinal para determinar la prevalencia y los niveles de los TCA en este periodo, refieren que “los niveles más altos de TCA durante el embarazo se asociaron significativamente con niveles más altos de TCA a las 6 semanas y 6 meses después del parto”, la ansiedad y los síntomas depresivos estuvieron presentes en la mayoría de los casos. estudio evidencia que es necesaria una mayor investigación sobre los TCA prenatales, pues se asocian con ansiedad, depresión y trastornos alimentarios posparto (17).

Por otro lado, Watson *et al.* (2019) investigaron si las complicaciones prenatales/perinatales están asociadas con los trastornos alimentarios de por vida en un estudio de cohorte en 46.373 mujeres adultas con trastornos alimentarios de por vida que se compararon con un grupo de referencia. Los hijos de madres con TCA que pesaron más al nacer o nacieron con un tamaño mayor para la edad gestacional, tenían más probabilidades de desarrollar un TA posteriormente, mientras que aquellos que pesaron menos al nacer tenían más probabilidades de desarrollar AN (18).

Los resultados de este estudio sugieren que, para el desarrollo de AN y el TA, la programación fetal es relevante, aunque se necesitan futuras investigaciones para saber si estas asociaciones son consecuencia de las influencias genéticas o un efecto de programación fetal ambiental (18).

Por último, debido a que el estudio del presente tema en mujeres que buscan tratamiento para la infertilidad ha sido pobremente estudiado, se ha incluido el estudio transversal de Bruneau *et al.* (2017) en el que se evaluaron 60 mujeres para conocer la prevalencia de TCA en mujeres que buscan tratamiento para la infertilidad y caracterizar mejor su perfil clínico (19).

Tras cumplimentar autoinformes que evaluaron TCA, deseo de tener un hijo, preocupaciones corporales, calidad de vida, ansiedad y depresión, 10 pacientes cumplieron los criterios para un TCA pasado o actual, 5 cumplían criterios de AN anterior, 1 paciente de AN actual, 2 pacientes de BN anterior, 1 paciente de BN actual y 1 paciente de TA anterior. Se mostró una asociación significativa entre una mayor insatisfacción corporal y un deseo más ambivalente por un hijo, además, un TCA se asoció con una menor calidad de vida y más trastornos de ansiedad (19).

4.2 Riesgos asociados, complicaciones y consecuencias

Por un lado, Barona *et al.* (2017), en su estudio prospectivo longitudinal, investigaron la regulación neuroconductual y el desarrollo de las capacidades cognitivas en neonatos y bebés en una muestra de 137 madres, de las cuales 37 tenían TCA activa, 39 tenían TCA anterior y 61 eran controles sanos. Para ello, utilizaron la “Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal de Brazelton” a los 8 días posparto y las “Escala Bayley de Desarrollo de Bebés y Niños Pequeños” al año posparto (20).

Los resultados demostraron que “los recién nacidos de madres con TCA activa tenían peor estabilidad autonómica en comparación con los recién nacidos de controles sanos”. Los bebés de madres con antecedentes de TCA tenían un lenguaje y un desarrollo motor más deficientes en comparación con los controles sanos (20).

El estudio de cohortes de Watson *et al.* (2017) sustenta que la exposición a los TCA aumenta el riesgo de resultados adversos en las mujeres embarazadas y en sus hijos. Entre los resultados, se encontró que la AN inmediatamente antes del embarazo se asoció con una talla más pequeña al nacer, la BN con trabajo de parto inducido y el TA con complicaciones en el parto y tamaño grande para la edad. El IMC materno antes del embarazo y el peso gestacional mediaron la mayoría de las asociaciones (21).

En el estudio mencionado, los trastornos alimentarios maternos se asociaron con un mayor riesgo de complicaciones perinatales más allá del riesgo que podría predecirse por la historia perinatal. Estos hallazgos subrayan la importancia obstétrica de los antecedentes de trastornos alimentarios como factor de riesgo de complicaciones perinatales (21).

Siguiendo esta línea y debido al impacto que tiene en particular la AN, en el estudio de cohortes de Ante *et al.* (2020) evaluaron la asociación de la AN que requirió hospitalización con resultados de nacimiento adversos. Los resultados del estudio indican que la hospitalización por AN está relacionada con mayor riesgo de muerte fetal, parto prematuro y un peso más bajo para edad gestacional (22).

O'Brien *et al.* (2017) estudiaron predictores de trastornos alimentarios autoinformados y asociaciones con eventos de salud posteriores en 47.759.759 participantes del "Sister Study". El 2 % de las participantes informaron antecedentes de TCA. Las mujeres que habían experimentado TCA tenían más probabilidades de haber tenido un primer parto tardío, haber experimentado sangrado o náuseas durante el embarazo o haber tenido un aborto espontáneo o inducido (23).

Por su parte, Mantel *et al.* (2020 y 2022) han llevado a cabo dos estudios de cohorte que tratan los riesgos asociados y para ambos utilizaron el Registro Médico Sueco de Nacimientos.

En 2020 investigaron el riesgo relativo de embarazo adverso y resultados neonatales en una muestra de 7.542 mujeres con TCA y 1.225.321 sin TCA. Los TCA maternos, independientemente del subtipo, se asociaron con mayor riesgo de hiperémesis durante el embarazo y parto prematuro. Durante el embarazo, el riesgo de anemia se duplicó para las mujeres con AN activa, asociándose a su vez con un mayor riesgo de sufrir hemorragias antes del parto (24).

Posteriormente, en 2022, evaluaron la asociación entre los trastornos alimentarios maternos durante el embarazo, ya sean preexistentes o continuos, y el riesgo de enfermedades neuropsiquiátricas en los hijos en 8.813 nacidos de mujeres con un TCA y 44.065 nacidos de mujeres sin un TCA. El trastorno alimentario materno se asoció significativamente con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la descendencia (25).

Por otro lado, Eik-Nes *et al.* (2018) desarrollaron el estudio HUNT para identificar los resultados obstétricos en 532 partos de mujeres con TCA y 4.3657 de mujeres sin un trastorno alimentario. Para ello, utilizaron el Registro Médico de Nacimientos en Noruega. Los antecedentes de AN a lo largo de la vida se asociaron con mayores probabilidades de tener descendencia pequeña para la edad gestacional y las mujeres con antecedentes de BN de por vida tenían mayores probabilidades de tener una cesárea (26).

La AN y la BN pueden tener efectos a largo plazo en la salud y Popovic *et al.* (2018) evaluaron las asociaciones de los TCA maternos con las sibilancias infantiles en una muestra de 5.150 hijos únicos. Los niños nacidos de madres con TCA de por vida tenían mayor riesgo de desarrollar sibilancias, y este riesgo aumentaba aún más cuando los trastornos estaban activos durante el embarazo. La BN y/o la AN durante el embarazo también se asociaron con varios factores de riesgo de sibilancias y duración más corta de la lactancia materna (27).

Posteriormente, Doersam *et al.* (2022) investigaron la influencia de los TCA maternos en el desarrollo del cerebro fetal en un estudio longitudinal. Mediante magnetoencefalografía fetal (fMEG), se presentó una secuencia auditiva durante 10 minutos para evaluar las latencias de respuesta cerebral en 12 fetos de madres con antecedentes de AN y 12 sin antecedentes, en el tercer trimestre del embarazo. Los datos piloto derivados de la evaluación de fMEG sugieren que un historial de AN puede afectar en el desarrollo cerebral fetal, incluso en madres que no cumplen con los criterios generales de diagnóstico (28).

El embarazo puede causar un estrés considerable y, por lo tanto, puede ocurrir una recaída. Según Sollid *et al.* (2021), el 25 % de las mujeres en remisión durante hasta 3 años experimentaron una recaída, especialmente en las 20 primeras semanas de gestación y el período posparto temprano. Los síntomas clínicos como la hiperémesis gravídica, el empeoramiento de la imagen corporal, los trastornos psiquiátricos comórbidos y la depresión posparto, aumentan en mujeres con TCA previa (29).

Por otro lado, Makino *et al.* (2020) demostraron que de una muestra de 25 mujeres en remisión de BN y 4 en remisión de AN, el 67 % experimentaron una recaída en el TCA durante el embarazo y el 50 % recaídas después del parto. Doce de ellas tenían depresión posparto, cuatro de las cuales tenían bebés con bajo peso al nacer. Respecto a las participantes que no sufrieron depresión posparto, no hubo bebés con bajo peso corporal (30).

Por último, en uno de los casos clínicos incluidos, Soyama *et al.* (2018) presentan un caso raro de una mujer embarazada con AN que desarrolló Síndrome de realimentación (SLR). La mujer primípara de 35 años embarazada de gemelos se quejó de fatiga severa a las 19 semanas de gestación. Los aumentos agudos en la ingesta calórica por parte de mujeres embarazadas previamente desnutridas con AN pueden inducir el SLR (31).

Kasahara *et al.* (2018) presentaron un caso de una gestante con coxalgia y AN preexistente. La paciente primípara de 40 años con AN preexistente desarrolló Fractura por Insuficiencia Subcondral (SIF) de la cabeza femoral en el tercer trimestre. Con base en los hallazgos radiológicos y el examen histopatológico, se concluyó que la SIF de la cabeza femoral se produjo en esta paciente primípara como osteoporosis asociada al embarazo (32).

En otro de los casos clínicos incluidos se presenta el caso de un neonato de 37 semanas nacido de una madre primigesta de 26 años, pequeño para la edad gestacional con alcalosis metabólica desde el nacimiento con declive gradual dentro de la primera semana de vida. Se debe tener en cuenta que la causa principal de la alcalosis metabólica puede no ser fetal/neonatal sino de origen materno. Una historia materna detallada de trastornos alimentarios activos puede revelar un síndrome pseudo-Bartter asintomático y un estrecho seguimiento de estas mujeres durante el embarazo contribuirá a la prevención de complicaciones, tanto maternas como neonatales (33).

4.3 Lactancia materna y resultados de salud para el lactante

En el estudio longitudinal de Martini *et al.* (2019) se investigó la lactancia materna, los comportamientos de alimentación infantil y las actitudes hacia la alimentación entre mujeres con TCA y controles sanos. Investigaron el comportamiento de alimentación del lactante y el modelado de las madres al año y a los 2 años de haber iniciado la lactancia, en una muestra de 25 mujeres con TCA activa, 28 con TCA previo y 46 controles sanos. Las mujeres con TCA activo y previo informaron mayores preocupaciones sobre el sobrepeso de sus hijos y “menos conciencia de las señales del bebé (hambre y saciedad) si se comparaban con los resultados de los controles sanos” (34).

A pesar de las pocas diferencias entre las mujeres con TCA activo y los controles sanos, ambas predijeron las actitudes y preocupaciones maternas sobre la alimentación del niño. Es probable que estos tengan un impacto en el crecimiento del niño y en los comportamientos alimentarios posteriores y podrían tener un impacto en la transmisión intergeneracional del TCA (34).

El período posparto es un momento vulnerable para las madres en términos de síntomas de trastornos alimentarios y es fundamental para el establecimiento de patrones de alimentación en los bebés. En el estudio transversal de Rodgers *et al.* (2021) investigaron las relaciones entre los síntomas del TCA materno y los índices de regulación de la alimentación a los 3 meses, así como la autoeficacia percibida para amamantar en 73 díadas madre-hijo a término utilizando índices objetivos de regulación de la alimentación infantil autoinformados por las madres (35).

Entre las díadas madre-hija, las preocupaciones sobre el peso y la forma de la madre se asociaron con un mayor volumen y tasa de transferencia del bebé durante la alimentación con biberón. Por el contrario, entre las díadas madre-hijo, los síntomas más altos del trastorno alimentario materno, incluidos el peso, la forma y la preocupación por comer, se asociaron con un menor volumen y tasa de transferencia del bebé, así como con niveles más bajos de competencia mientras tomaba su biberón (35).

Las mujeres durante el período posparto experimentan cambios significativos que afectan la imagen corporal, los comportamientos alimentarios y, potencialmente, a la lactancia materna. En el estudio más reciente hasta la fecha, de Kapa *et al.* (2022), pretendían determinar las asociaciones entre los síntomas de los trastornos alimentarios, la autoeficacia de amamantar y las experiencias de amamantamiento. Para ello, evaluaron 204 mujeres con bebés de 2 a 6 meses de edad que habían amamantado a su bebé al menos una vez y se utilizaron datos del Estudio Life After Pregnancy (LAPS). Los participantes con síntomas clínicos de TCA informaron probabilidades reducidas de amamantar a los 2 meses posparto y menor autoeficacia para amamantar en relación con participantes sin síntomas clínicos (36).

4.4 Estrategias de intervención

Se reconoce universalmente que, para tratar la salud mental en estas mujeres, conviene que los profesionales de la salud implicados trabajen junto con obstetricia y con los médicos generales para mejorar la atención al TCA (Eik-Nes *et al.* 2018). Además, Barona *et al.* (2017) realizaron varios ensayos controlados aleatorios que compararon la validez de diferentes intervenciones en mujeres con anorexia. Los autores demostraron que el tratamiento psicológico mejoró los resultados en aquellas mujeres tratadas y que, además, un programa para prevenir recaídas aumentó los valores de IMC y redujo la angustia a los 12 meses posteriores al alta (20 y 26).

Las mujeres embarazadas que han experimentado desnutrición prolongada inducida por condiciones como la AN tienen riesgo de SLR, que se puede prevenir mediante la identificación de estas mujeres como “pacientes de riesgo” y la reintroducción prudente de una dieta con control de calorías bajo supervisión médico-dietética. Una vez que se ha desarrollado SLR, es esencial el tratamiento adecuado, incluida la infusión de electrolitos y el apoyo nutricional cuidadoso (Soyama *et al.* 2018) (31).

Sería útil contar con información detallada adicional para evaluar cómo piensan y sienten las madres con TCA acerca de la alimentación de sus hijos y su capacidad real para alimentarlos de manera saludable. No es anticipado considerar el valor potencial de los programas educativos y el apoyo a las madres con TCA, además, el apoyo adicional que aborda la psicopatología de los TCA, por ejemplo, el tratamiento de la dismorfofobia en el posparto podría ser útil para prevenir los problemas de alimentación infantil (Martini *et al.* 2019) (34).

Las mujeres con síntomas de TCA requieren apoyo adicional de la atención médica para mantener la lactancia. Este apoyo podría incluir discusiones anticipadas sobre cómo cambiar la forma pre y posnatal (incluidas las preocupaciones específicas de los cambios físicos durante la lactancia) y brindar orientación sobre una dieta adecuada para mantener la lactancia y el ritmo adecuado de pérdida de peso posparto. Las derivaciones a Dietistas-Nutricionistas (D-N) pueden estar indicadas para ayudar a las madres con TCA a mantener patrones de alimentación saludables durante el período posparto (34).

Además, el manejo clínico y el seguimiento de las mujeres con TCA deberán adaptarse al diagnóstico del trastorno alimentario específico de la madre. Por ejemplo, las mujeres con AN requieren intervenciones para apoyar y mejorar su ingesta calórica y, en consecuencia, para mantener un peso corporal saludable, en cambio, las mujeres con BN generalmente requieren apoyo para regular su ingesta de alimentos y reducir la frecuencia de conductas de purga como vómitos o abuso de laxantes que pueden provocar desequilibrios electrolíticos y deshidratación (Kapa *et al.* 2022) (36).

5. CONCLUSIONES

Los hallazgos afirman que los TCA durante el embarazo son habituales, de hecho, la bibliografía actual describe un aumento en la incidencia en los últimos años, y que suponen riesgos de salud en la madre y en los hijos, Las mujeres con TCA activos o previos, ya sea AN, BN o TA, tienen mayor riesgo de sufrir resultados negativos durante el embarazo y necesitan una mayor vigilancia antes, durante y después del parto. Por este motivo, las mujeres con TCA deben de diagnosticarse y tratarse como una población de riesgo entre las mujeres gestantes.

Los TCA son enfermedades que tienen tendencia a la cronificación y a permanecer activos durante el embarazo y la etapa postparto y el perfeccionismo y la imagen corporal son dos de los problemas principales que están relacionados con el inicio del trastorno alimentario en esta etapa. El hecho de tomar medidas para la educación en estas mujeres embarazadas puede reducir la incidencia del trastorno.

Respecto a la identificación de los TCA, las barreras son diversas. Por parte de las mujeres embarazadas, el estigma tiene un impacto importante en la revelación de la enfermedad, por su parte, los profesionales de la salud, debido a que carecen de conocimientos y capacitación basados en la evidencia, tienen poca confianza en identificar el trastorno alimentario. Mejorar la educación y la capacitación en TCA para estos profesionales de la salud puede contribuir a reducir el estigma además de aumentar la confianza en la identificación.

Por otro lado, como ya se ha mencionado, los TCA maternos implican también al feto y existe una asociación entre los trastornos alimentarios maternos y las enfermedades neuropsiquiátricas en los niños. El riesgo de padecer estas enfermedades es mayor entre los hijos de madres con trastornos alimentarios continuos durante el embarazo.

Entre las consecuencias que se derivan de padecer este trastorno durante el embarazo, cabe destacar que la anorexia inmediatamente antes del embarazo se asocia con una talla más pequeña al nacer, la bulimia con trabajo de parto inducido y el TA con varias complicaciones del parto y mayor talla al nacer. Por este motivo, los resultados respaldan la afirmación de que el riesgo de resultados negativos en la salud neonatal aumenta al padecer estos trastornos alimentarios durante el embarazo.

Se sabe que la lactancia materna es una forma eficaz de proteger al lactante y promover la salud de la madre, sin embargo, la psicopatología de un trastorno alimentario materno afecta las prácticas y preocupaciones de alimentación materna. Las mujeres con TCA corren el riesgo de interrumpir la lactancia de manera temprana o de tener una menor autoeficacia de la lactancia.

Para mantener la lactancia, las mujeres con síntomas de TCA requieren apoyo adicional de la atención médica y este apoyo podría incluir orientaciones sobre una dieta adecuada para mantener la lactancia y recomendaciones sobre el ritmo adecuado de pérdida de peso en el periodo posparto. Las derivaciones a D-N pueden estar indicadas para ayudar a estas mujeres a mantener patrones de alimentación saludables durante el período posparto. Además, las intervenciones que ayuden a las mujeres a desarrollar actitudes y creencias realistas y adaptativas sobre el embarazo y la maternidad pueden contribuir al cambio de los comportamientos alimentarios desordenados.

Otro punto importante detectado en madres con TCA es que sufren estrés y ansiedad relacionados con la alimentación de sus hijos, lo que las lleva a mantener una restricción calórica continua. Las mujeres con TCA informan mayores preocupaciones sobre el sobrepeso de sus hijos y menos conciencia de las señales hambre-saciedad del hijo y es probable que estas asociaciones tengan un impacto en el crecimiento del niño y en los comportamientos alimentarios posteriores, pudiendo llegar a tener un impacto en la transmisión intergeneracional del TCA.

Una alimentación desordenada en el embarazo se asocia con una alimentación desordenada en el período posparto, mayor ansiedad y síntomas relacionados y las visitas prenatales al hospital parecen buenas oportunidades para establecer actitudes y comportamientos alimentarios saludables.

Identificar los problemas de salud mental y diagnosticar correctamente a aquellas mujeres con TCA, se reconocen como necesidades prioritarias dentro del equipo multidisciplinar. Debido a las altas tasas de recaída en este tipo de pacientes, para prevenirlas es importante la atención en mujeres en remisión estable, especialmente al principio del embarazo y en el puerperio.

Además, sería útil contar con información adicional para evaluar cómo piensan y qué sienten las madres con TCA acerca de la capacidad para alimentar a sus hijos de forma saludable. Las intervenciones psicológicas podrían ayudar a las madres a estar en sintonía con las señales de hambre y saciedad de los bebés.

Por todo esto, se hace evidente la necesidad de que, a través de un equipo multidisciplinar consolidado, los profesionales sanitarios intervengan para permitir un mejor seguimiento de la enfermedad de base y, como consecuencia, un óptimo desarrollo del embarazo. En este periodo se pueden integrar hábitos saludables como parte fundamental del tratamiento.

5.1 Futuras líneas de investigación

Sería aconsejable que los profesionales sanitarios elaboren e implementen protocolos de evaluación específicos para el diagnóstico de los TCA durante el embarazo, además de realizar más estudios a corto y largo plazo de los hábitos nutricionales de los hijos de madres que padecen esta enfermedad, para conocer el desarrollo de dichos hábitos y poder llevar a cabo una mejor intervención.

Los hallazgos sugieren relaciones entre la imagen corporal, los síntomas del TCA y los resultados de la lactancia que pueden informar futuros estudios longitudinales destinados a apoyar a las mujeres posparto y su salud mental y física, de hecho, según los hallazgos de algunos de los estudios analizados en esta revisión, si las pacientes se someten a un tratamiento adecuado para el trastorno alimentario y recuperan el peso, parece poco probable que se vea afectada la fertilidad. Sin embargo, dado que esta conclusión deriva de un número limitado de estudios, es necesaria más investigación, además de tener en cuenta otros resultados a largo plazo como la vida útil de la reproducción o el estado de salud de la descendencia.

Existe también evidencia que vincula la AN y la BN materna durante el embarazo con determinantes de sibilancias prenatales y posnatales, lo que sugiere vías potenciales que podrían vincular los trastornos alimentarios maternos y las sibilancias infantiles. Dada la importancia de las sibilancias tempranas en la función pulmonar posterior y el consecuente desarrollo del asma, la investigación adicional de los mecanismos subyacentes y los estudios conductuales longitudinales sugerirán posibles áreas para la intervención preventiva.

Las implicaciones psicológicas, clínicas y fisiológicas que tienen los trastornos alimentarios en las mujeres embarazadas y en los hijos, hacen necesaria la implantación de recursos para la detección temprana y el monitoreo de esas pacientes, siempre a través de un equipo multidisciplinar que incluya médicos, enfermeros, psicólogos y D-N, entre otros profesionales sanitarios.

Las intervenciones orientadas a ayudar a las mujeres a desarrollar actitudes y creencias realistas y adaptativas sobre el embarazo y la maternidad pueden ayudar a cambiar los comportamientos alimentarios desordenados, y una línea de investigación beneficiosa parece ser examinar la diferencia entre mujeres primíparas y multíparas, ya que permite orientar las intervenciones de manera más específica.

5.2 Reflexión personal

Es importante aumentar la conciencia sobre el TCA materno para mejorar la identificación y la respuesta a las necesidades médicas de estas mujeres, ya que existe un desconocimiento general y habitual acerca de estas patologías y de su impacto en la salud de la madre y del feto, a corto, medio y largo plazo. Es importante también la educación, formación y capacitación precisa de los profesionales de salud que se enfrentan diariamente a la supervisión y manejo de las mujeres con trastornos alimentarios.

En este punto cabe destacar que se debería dar más importancia a la figura del D-N por su papel tan fundamental como profesional de salud dentro del equipo multidisciplinar. Impartir charlas o realizar campañas relacionadas con alimentación saludable y hacer más hincapié en la importancia de la nutrición, serían buenas alternativas para crear un vínculo cercano entre el profesional y estas mujeres, para poco a poco ir avanzando en el manejo de la enfermedad con el fin de conseguir resultados de salud óptimos tanto en la madre como en los hijos, y mejorar así la calidad de vida de las pacientes.

Un D-N sería beneficioso para la monitorización de los comportamientos de TCA y, en consecuencia, poder modificar y adaptar los planes nutricionales. En particular, en las mujeres con TCA anteriores o actuales, los D-N se encuentran en una posición única en cuanto al asesoramiento con el fin de corregir cualquier déficit nutricional y optimizar el IMC antes de la concepción. En definitiva, la asociación entre los TCA y los resultados adversos del parto respalda el valor del apoyo de un D-N antes, durante y después del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mackenna MJ, Escaffi MJ, González T, Leiva MJ, Cruzat C. Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2021; 32(2):207–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.06.002>
2. Sebastiani G, Andreu-Fernández V, Herranz Barbero A, Aldecoa-Bilbao V, Miracle X, Meler Barrabes E, et al. Eating disorders during gestation: Implications for mother's health, fetal outcomes, and epigenetic changes. *Front Pediatr* [Internet]. 2020; 8:587. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2020.00587>
3. Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, et al. Eating disorders in pregnant and breastfeeding women: A systematic review. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2020; 56(7):352. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina56070352>
4. Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018; 18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29720107/>
5. Rodríguez-Blancque R, Sánchez-García JC, Menor-Rodríguez MJ, Sánchez-López M, Aguilar-Cordero A. Trastornos alimentarios durante el embarazo. *JONNPR* [Internet]. 2018; 3(5):347–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.2388>
6. Pan JR, Li TY, Tucker D, Chen KY. Pregnancy outcomes in women with active anorexia nervosa: a systematic review. *J Eat Disord* [Internet]. 2022; 10(1):25. Disponible en: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00551-8>
7. Charbonneau KD, Seabrook JA. Adverse birth outcomes associated with types of eating disorders: A review. *Can J Diet Pract Res* [Internet]. 2019; 80(3):131–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3148/cjdpr-2018-044>
8. Mah B, Cibralic S, Hanna J, Hart M, Loughland C, Cosh S. Outcomes for infants whose mothers had an eating disorder in the perinatal period: A systematic review of the evidence. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2021; 54(12):2077–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34608655/>
9. das Neves M de C, Teixeira AA, Garcia FM, Rennó J, da Silva AG, Cantilino A, et al. Eating disorders are associated with adverse obstetric and perinatal outcomes: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2021; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1449>
10. Trastornos alimenticios en el embarazo [Internet]. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica*. 2021. Disponible en: <https://revistamedica.com/trastornos-alimenticios-embarazo/>
11. Dörsam AF, Preißl H, Micali N, Lörcher SB, Zipfel S, Giel KE. The impact of maternal eating disorders on dietary intake and eating patterns during pregnancy: A systematic review. *Nutrients* [Internet]. 2019; 11(4):840. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu11040840>

12. Kaß A, Dörsam AF, Weiß M, Zipfel S, Giel KE. The impact of maternal eating disorders on breastfeeding practices: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2021; 24(5):693–708. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-021-01103-w>
13. Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr Danub*. 2019; 31(Suppl 3):615–8.
14. Bye A, Nath S, Ryan EG, Bick D, Easter A, Howard LM, et al. Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* [Internet]. 2020; 28(2):141–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2719>
15. Bye A, Shawe J, Bick D, Easter A, Kash-Macdonald M, Micali N. Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018; 18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-1745-x>
16. Claydon EA, Davidov DM, Zullig KJ, Lilly CL, Cottrell L, Zerwas SC. Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018; 18(1):463. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-2105-6>
17. Chan CY, Lee AM, Koh YW, Lam SK, Lee CP, Leung KY, et al. Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2019; 52(6):652–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23065>
18. Watson HJ, Diemer EW, Zerwas S, Gustavson K, Knudsen GP, Torgersen L, et al. Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2019; 52(6):643–51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30891792/>
19. Bruneau M, Colombel A, Mirallié S, Fréour T, Hardouin J-B, Barrière P, et al. Desire for a child and eating disorders in women seeking infertility treatment. *PLoS One* [Internet]. 2017; 12(6):e0178848. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0178848>
20. Barona M, Taborelli E, Corfield F, Pawlby S, Easter A, Schmidt U, et al. Neurobehavioural and cognitive development in infants born to mothers with eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2017; 58(8):931–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12736>
21. Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, Gustavson K, Diemer EW, Knudsen GP, et al. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 2017; 126(5):552–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000241>
22. Ante Z, Luu TM, Healy-Profítós J, He S, Taddeo D, Lo E, et al. Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2020; 53(5):403–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23251>
23. O'Brien KM, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PLoS One* [Internet]. 2017; 12(7):e0181104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28700663/>

24. Mantel Ä, Hirschberg AL, Stephansson O. Association of maternal eating disorders with pregnancy and neonatal outcomes. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2020; 77(3):285–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3664>
25. Mantel Ä, Örtqvist AK, Hirschberg AL, Stephansson O. Analysis of neurodevelopmental disorders in offspring of mothers with eating disorders in Sweden. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2022; 5(1):e2143947. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.43947>
26. Eik-Nes TT, Horn J, Strohmaier S, Holmen TL, Micali N, Bjørnelv S. Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2018; 51(10):1134–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22916>
27. Popovic M, Pizzi C, Rusconi F, Gagliardi L, Galassi C, Trevisan M, et al. The role of maternal anorexia nervosa and bulimia nervosa before and during pregnancy in early childhood wheezing: Findings from the NINFEA birth cohort study. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2018; 51(8):842–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22870>
28. Doersam AF, Moser J, Throm J, Weiss M, Zipfel S, Micali N, et al. Maternal eating disorder severity is associated with increased latency of foetal auditory event-related brain responses. *Eur Eat Disord Rev* [Internet]. 2022; 30(1):75–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2870>
29. Sollid C, Clausen L, Maimburg RD. The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2021; 54(12):2132–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23620>
30. Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020; 20(1):323. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03006-7>
31. Soyama H, Miyamoto M, Natsuyama T, Takano M, Sasa H, Furuya K. A case of refeeding syndrome in pregnancy with anorexia nervosa. *Obstet Med* [Internet]. 2018; 11(2):95–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1753495X17726478>
32. Kasahara K, Mimura T, Moritani S, Kawasaki T, Imai S, Tsuji S, et al. Subchondral insufficiency fracture of the femoral head in a pregnant woman with pre-existing anorexia nervosa. *Tohoku J Exp Med* [Internet]. 2018; 245(1):1–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1620/tjem.245.1>
33. Babatseva E, Chatziioannidis I, Tagaraki A-A, Tramma D, Dampala K, Chatzitoliou E, et al. A neonate with intrauterine growth restriction and pseudo-Bartter syndrome due to severe maternal eating disorder: A case report. *Clin Case Rep* [Internet]. 2020; 8(12):2541–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.3223>
34. Martini MG, Taborelli E, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev* [Internet]. 2019; 27(2):137–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2626>

35. Rodgers RF, Hines M, Martens A, Zimmerman E. Correlation between maternal eating disorder and early infant feeding regulation: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021; 21(1):838. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-04317-z>
36. Kapa HM, Litteral JL, Keim SA, Jackson JL, Schofield KA, Crerand CE. Body image dissatisfaction, breastfeeding experiences, and self-efficacy in postpartum women with and without eating disorder symptoms. *J Hum Lact* [Internet]. 2022; 8903344221076529. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/08903344221076529>
37. Baskin R, Meyer D, Galligan R. Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2020; 53(6):873–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23264>
38. Kiani-Sheikhabadi M, Beigi M, Mohebbi-Dehnavi Z. The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2019; 8:242. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_58_19

ANEXOS

Tabla 2. Presentación tabular del análisis de los resultados seleccionados tras su lectura crítica (Elaboración propia).

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy	Claydon <i>et al.</i> 2018 (16)	Comprender la intersección entre los TCA y el embarazo a partir de la experiencia vivida por mujeres que han estado embarazadas o quieren o no quedar embarazadas.	Estudio descriptivo cualitativo.	Entrevistas, análisis de documentos, diarios y blogs. NVIVO 11® para gestionar los datos de las entrevistas.	15 mujeres con antecedentes actuales o pasados de un TCA, incluidas 9 que habían tenido embarazos anteriores.	Surgieron un total de 6 temas: control, divulgación a otros, batalla entre la maternidad y el trastorno alimentario, miedo a la transmisión intergeneracional, preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal y estrategias de afrontamiento.	Se espera que las citas y los temas derivados de este estudio ayuden a informar la atención y las intervenciones prenatales y posnatales, así como a abordar las preocupaciones sobre la transmisión intergeneracional.
Body Image Dissatisfaction, Breastfeeding Experiences, and Self-Efficacy in Postpartum Women with and Without Eating Disorder Symptoms	Kapa <i>et al.</i> 2022 (36)	Determinar las asociaciones entre los síntomas de los trastornos alimentarios y la imagen corporal, la autoeficacia de amamantar y las experiencias de amamantamiento.	Estudio transversal prospectivo.	Los datos del Estudio LAPS fueron la fuente de datos.	204 mujeres con bebés de 2 a 6 meses de edad que habían amamantado a su bebé al menos una vez.	Los participantes con síntomas clínicos de TCA informaron evaluaciones de apariencia más bajas y satisfacción con la imagen corporal, probabilidades reducidas de amamantar a los 2 meses posparto y menor autoeficacia para amamantar en relación con participantes sin síntomas clínicos.	Las participantes con síntomas de TCA clínicamente significativos corren el riesgo de interrumpir la lactancia materna de manera temprana y tener una menor autoeficacia de la lactancia.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study	Eik-Nes <i>et al.</i> 2018 (26)	Identificar las asociaciones entre un TCA de por vida y los resultados obstétricos.	Estudio HUNT.	Registro Médico de Nacimientos en Noruega.	532 nacimientos de mujeres con TCA y 43.657 nacimientos de mujeres sin TCA.	Los antecedentes de AN a lo largo de la vida se asociaron con mayores probabilidades de tener descendencia pequeña para la edad gestacional. Las mujeres con antecedentes de BN de por vida tenían mayores probabilidades de tener una cesárea.	El estudio corrobora la evidencia disponible sobre las asociaciones entre el TCA materno y los resultados obstétricos adversos.
Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy	Baskin <i>et al.</i> 2020 (37)	Investigar las asociaciones directas e indirectas entre los factores psicosociales con los TCA durante el embarazo temprano-medio y el embarazo medio-tardío.	Estudio de cohorte prospectivo.	Modelo de ecuaciones estructurales para probar un modelo interrelacionado de factores psicosociales y TCA, mediados por síntomas depresivos o de ansiedad.	258 mujeres embarazadas que completaron un cuestionario inicial (T1) y 159 que completaron uno de seguimiento (T2).	En ambos grupos hubo asociaciones directas significativas entre los factores psicosociales y los TCA. En T2 las asociaciones fueron mediadas por síntomas depresivos y de ansiedad y las mujeres multíparas tenían mayor riesgo de asociación entre actitudes desadaptativas hacia el embarazo y la maternidad, síntomas depresivos y TCA.	El estudio destaca la necesidad de investigar las relaciones entre los factores psicosociales y los TCA, teniendo en cuenta las necesidades prenatales de las mujeres durante diferentes períodos de embarazo y a través de diferentes partos.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes	Mantel <i>et al.</i> 2020 (24)	Investigar el riesgo relativo de embarazo adverso y resultados neonatales para mujeres con TCA.	Estudio de cohorte.	Nacimientos únicos incluidos en el Registro médico sueco de nacimientos.	7.542 mujeres con TCA y 1.225.321 mujeres sin TCA.	Todos los subtipos de TCA maternos se asociaron con un riesgo aproximadamente 2 veces mayor de hiperémesis durante el embarazo y un mayor riesgo de parto prematuro. El riesgo de anemia se duplicó para las mujeres con AN activa. La AN materna se asoció con un mayor riesgo de hemorragia anteparto,	Los hallazgos de este estudio sugieren que las mujeres con TCA activos o previos, , tienen un mayor riesgo de resultados adversos en el embarazo y el recién nacido y pueden necesitar una mayor vigilancia en la atención prenatal y del parto.
Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa	Ante <i>et al.</i> 2020 (22)	Evaluar la asociación de la AN que requirió hospitalización con resultados de nacimiento adversos.	Estudio de cohorte retrospectivo	La principal medida de exposición fue la AN que requirió tratamiento hospitalario.	2.134.945 embarazos en Quebec, Canadá, desde 1989 hasta 2016.	La hospitalización por AN se asoció con mayor riesgo de muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer.	Los bebés corren principalmente el riesgo de muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y parto pequeño para la edad gestacional.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy	Chan <i>et al.</i> 2019 (17)	Determinar la prevalencia y los niveles de los TCA en el período perinatal e identificar los factores de riesgo y los resultados adversos de los TCA durante el embarazo.	Estudio longitudinal prospectivo cuantitativo.	Se utilizaron instrumentos estandarizados en cinco momentos desde el primer trimestre hasta los 6 meses posteriores al parto.	1.470 mujeres chinas embarazadas de hospitales de Hong Kong.	Los niveles más altos de TCA durante el embarazo se asociaron significativamente con niveles más altos de TCA a las 6 semanas y 6 meses después del parto, mayor ansiedad y síntomas depresivos, puntajes de la prueba de Apgar de 1 minuto más bajos y peso anormal al nacer.	El presente estudio señaló la necesidad de más investigación y atención a los TCA prenatales dado que se asocian con ansiedad, depresión, trastornos alimentarios posparto y resultados obstétricos.
Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach	Bye <i>et al.</i> 2018 (15)	Comprender las barreras para la divulgación e identificación de los TCA en el embarazo y después del parto tal como las perciben las mujeres con TCA y los asistentes sanitarios.	Dos estudios: encuesta de medidas mixtas y grupos focales.	Los datos se analizaron utilizando el enfoque de análisis temático descrito por Braun y Clark.	101 mujeres de todo el Reino Unido.	Surgieron temas sobre las barreras percibidas por las mujeres: estigma, falta de oportunidad, preferencia por el autocuidado, sintomatología actual de TCA y conciencia de la enfermedad. Según la percepción de los profesionales de la salud: limitaciones del sistema, reconocimiento del rol, actitudes personales y estigma y tabú.	La salud mental perinatal se está priorizando cada vez más dentro de las iniciativas de políticas nacionales; sin embargo, los TCA continúan siendo descuidados y se necesita una mayor conciencia.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Correlation between maternal eating disorder and early infant feeding regulation: a cross-sectional study	Rodgers <i>et al.</i> 2021 (35)	Investigar las relaciones entre los síntomas del TCA materno y los índices de regulación de la alimentación a los 3 meses, así como la autoeficacia percibida para amamantar.	Estudio transversal.	Índices objetivos de regulación de la alimentación infantil autoinformados por las madres.	73 díadas madre-hijo a término.	Entre las díadas madre-hija, se asociaron con un mayor volumen y tasa de transferencia del bebé durante la alimentación con biberón. Entre las díadas de madre-hijo, se asociaron con un menor volumen y tasa de transferencia del bebé, así como con niveles más bajos de competencia mientras tomaba su biberón.	Se justifica una investigación adicional que aclare los mecanismos subyacentes de las asociaciones y se deben dirigir esfuerzos adicionales para apoyar a las madres durante el período posparto.
Neurobehavioural and cognitive development in infants born to mothers with eating disorders	Barona <i>et al.</i> 2017 (20)	Investigar la regulación neuroconductual y el desarrollo cognitivo en recién nacidos y bebés de madres con TCA.	Estudio longitudinal prospectivo.	Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal de Brazelton a los 8 días posparto y Escalas Bayley de Desarrollo de Bebés y Niños Pequeños al año posparto.	137 madres, de las cuales 37 tenían TCA activa, 39 tenían TCA anterior y 61 eran controles sanos.	Los recién nacidos de madres con TCA activa tenían peor estabilidad autonómica en comparación con los recién nacidos de controles sanos. Los bebés de madres con antecedentes de TCA tenían un lenguaje y un desarrollo motor más deficientes en comparación con los controles sanos.	La sintomatología activa durante el embarazo podría tener un efecto sobre la reactividad fisiológica, mientras que las características cognitivas podrían ser marcadores más estables de riesgo de TCA.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
The role of maternal anorexia nervosa and bulimia nervosa before and during pregnancy in early childhood wheezing: Findings from the NINFEA birth cohort study	Popovic <i>et al.</i> 2018 (27)	Evaluar las asociaciones de los TCA maternos con las sibilancias infantiles.	Estudio de cohorte.	NINFEA: estudio de cohortes de nacimiento basado en la web.	5.150 hijos únicos de la cohorte de nacimiento NINFEA.	Los niños nacidos de madres con TCA de por vida tenían un mayor riesgo de desarrollar sibilancias y este riesgo aumentaba aún más cuando los trastornos estaban activos durante el embarazo. La BN y/o la AN se asociaron con varios factores de riesgo de sibilancias.	Las asociaciones de TCA maternos con sibilancias en los hijos sugieren resultados respiratorios adversos a largo plazo en hijos. Es necesaria una mejor comprensión de los mecanismos implicados para ayudar a reducir la carga de enfermedades respiratorias en estos niños.
Subchondral Insufficiency Fracture of the Femoral Head in a Pregnant Woman with Pre-existing Anorexia Nervosa	Kasahara <i>et al.</i> 2018 (32)	Se presenta el caso de una gestante con coxalgia y AN preexistente.	Caso clínico.		Paciente primípara de 40 años con AN preexistente que desarrolló SIF de la cabeza femoral en el tercer trimestre.	Con base en los hallazgos radiológicos y el examen histopatológico, se concluyó que la SIF de la cabeza femoral se produjo en esta paciente primípara como osteoporosis asociada al embarazo.	La fractura subcondral que afectó a la paciente se consideró osteoporosis asociada al embarazo. Su historial de AN y su IMC muy bajo crónico podrían haber causado una osteoporosis juvenil que podría haber durado hasta los 30 años.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse	Sollid <i>et al.</i> 2021 (29)	Examinar la ocurrencia de recaída perinatal en el TCA, así como el resultado obstétrico y posparto en mujeres con al menos una remisión de TCA de 6 meses antes del embarazo.	Estudio longitudinal prospectivo.	Examen de Trastornos Alimentarios en cada visita prenatal y en el período posparto.	122 mujeres en remisión estable antes del embarazo.	30 mujeres recayeron, 20 de ellas dentro de las primeras 20 semanas de embarazo y 8 en las primeras semanas posparto. Los síntomas de depresión posparto severa fueron frecuentes en mujeres con recaída. La hiperémesis gravídica estuvo presente independientemente del estado de recaída de la mujer.	Para prevenir la recaída del TCA y sus posibles consecuencias, la atención en mujeres en remisión estable es importante al principio del embarazo y en el puerperio.
The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy	Kiani-Sheikhabadi <i>et al.</i> 2019 (38)	Determinar la relación entre el perfeccionismo y la imagen corporal con el TCA en el embarazo.	Estudio descriptivo.	Cuestionarios de: Actitudes Alimentarias, Relaciones Multidimensionales de su Cuerpo y Perfeccionismo. SPSS para análisis de datos.	200 mujeres embarazadas remitidas a los Centros de Salud de Isfahan.	Hubo una relación negativa significativa entre el perfeccionismo positivo con los síntomas del TCA, la AN y el deseo nervioso de comer. Hubo una correlación positiva significativa entre el perfeccionismo negativo con los TCA, la AN y el deseo nervioso de comer.	El perfeccionismo y la imagen corporal son problemas psicológicos relacionados con el TCA en el embarazo. Tomar clases para mujeres embarazadas y sus cónyuges puede reducir la incidencia de este trastorno.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study	Martini <i>et al.</i> 2019 (34)	Investigar la lactancia materna, los comportamientos de alimentación infantil y las actitudes hacia la alimentación entre mujeres con TCA y controles sanos.	Estudio longitudinal.	Se investigó el comportamiento de alimentación del lactante a las 8 semanas, a los 6 meses y al año y el modelado de los padres al año y a los 2 años.	25 mujeres con TCA activa, 28 con TCA previo y 46 controles sanos.	Las mujeres con TCA informaron mayores preocupaciones sobre el sobrepeso de sus hijos en comparación con los controles sanos. Las mujeres con TCA mostraron menos conciencia de las señales de hambre y saciedad del bebé en comparación con controles sanos a las 8 semanas.	Es probable que estas asociaciones tengan un impacto en el crecimiento del niño y en los comportamientos alimentarios posteriores y podrían tener un impacto en la transmisión intergeneracional del TCA.
Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders	Bye <i>et al.</i> 2020 (14)	Estimar la prevalencia de los TCA actuales y de por vida en mujeres embarazadas y describir sus características sociodemográficas y clínicas.	Análisis secundario de datos de una encuesta transversal.	Entrevistas de diagnóstico para evaluar el TCA actual y de por vida, la depresión, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad.	545 mujeres embarazadas en el sudeste de Londres.	La prevalencia ponderada de TCA a lo largo de la vida fue del 15,35 % y del TCA actual fue del 1,47 %. La depresión, la ansiedad y los antecedentes de autolesiones deliberadas o intentos de suicidio fueron comunes en las mujeres embarazadas con TCA.	Los hallazgos resaltan la importancia de aumentar la conciencia sobre el TCA materno para mejorar la identificación y la respuesta a las necesidades de atención médica.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Maternal eating disorder severity is associated with increased latency of foetal auditory event-related brain responses	Doersam <i>et al.</i> 2022 (28)	Investigar la influencia de los TCA maternos en el desarrollo del cerebro fetal.	Estudio longitudinal.	Mediante fMEG, se presentó una secuencia auditiva durante 10 minutos para evaluar las latencias de respuesta cerebral.	12 fetos de madres con antecedentes de AN y 12 sin antecedentes, en el tercer trimestre del embarazo.	Los datos piloto derivados de la evaluación de fMEG sugieren que un historial de AN podría tener un impacto en el desarrollo del cerebro del niño, incluso en madres que no cumplen con los criterios generales de diagnóstico.	La atención prenatal y posnatal es importante para las mujeres con TCA de por vida que muestran síntomas de TCA durante el embarazo que podrían afectar al desarrollo del niño.
A case of refeeding syndrome in pregnancy with anorexia nervosa	Soyama <i>et al.</i> 2018 (31)	Presentar un caso raro de una mujer embarazada con AN que desarrolló SLR.	Caso clínico.		Mujer primípara de 35 años embarazada de gemelos se quejó de fatiga severa a las 19 semanas de gestación.	Los aumentos agudos en la ingesta calórica por parte de mujeres embarazadas previamente desnutridas con AN pueden inducir el SLR. Las mujeres con el subtipo de anorexia con atracones/purgas pueden tener un riesgo adicional debido a las fases alternas de inanición-sobrealimentación.	El SLR se puede prevenir mediante la identificación de pacientes en riesgo y la reintroducción cuidadosa de una dieta con control de calorías bajo supervisión médica y dietética.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Desire for a child and eating disorders in women seeking infertility treatment	Bruneau <i>et al.</i> 2017 (19)	Evaluar la prevalencia de TCA en mujeres que buscan tratamiento para la infertilidad y caracterizar su perfil clínico.	Estudio transversal.	Autoinformes que evaluaron TCA, deseo de tener un hijo, preocupaciones corporales, calidad de vida, ansiedad y depresión.	60 mujeres.	Diez pacientes cumplieron los criterios para un TCA pasado o actual. Se mostró una asociación significativa entre una mayor insatisfacción corporal y un deseo más ambivalente por un hijo. Además, un TCA se asoció con una menor calidad de vida y más trastornos de ansiedad.	Se recomienda la detección de antecedentes de TCA en mujeres infértiles para planificar una atención adaptada con respecto a la infertilidad, pero también con respecto al TCA y las comorbilidades psiquiátricas.
Analysis of Neurodevelopmental Disorders in Offspring of Mothers With Eating Disorders in Sweden	Mantel <i>et al.</i> 2022 (25)	Evaluar la asociación entre los trastornos alimentarios maternos y el riesgo de enfermedades neuropsiquiátricas en la descendencia.	Estudio de cohorte prospectivo.	Utilizando el Registro Médico Sueco de Nacimientos.	52.878 niños, 8.813 niños nacidos de mujeres con un TCA y 44.065 niños nacidos de mujeres sin TCA.	El trastorno alimentario materno se asoció significativamente con el TDAH y el TEA en la descendencia.	La asociación no pudo explicarse completamente por las comorbilidades psiquiátricas de los padres. Entre los hijos de madres con AN y BN, no pudo explicarse por factores de confusión familiares no medidos.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Maternal Eating Disorders and Perinatal Outcomes: A Three-Generation Study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study	Watson <i>et al.</i> 2017 (21)	Determinar si los TCA maternos aumentan el riesgo después de analizar la contribución de la transmisión familiar de eventos perinatales.	Estudio de cohortes.	Estudio de Cohorte de Madres e Hijos de Noruega (MoBa) y el Registro Médico de Nacimientos de Noruega.	70.881 embarazos para análisis relacionados con la exposición a TCA durante el embarazo y 52.348 para TCA durante toda la vida.	La AN antes del embarazo se asoció con una talla más pequeña al nacer, la BN con trabajo de parto inducido y el TA con varias complicaciones del parto, mayor talla al nacer y tamaño grande para la edad gestacional.	Los resultados respaldan la afirmación de que la exposición a los trastornos alimentarios aumenta el riesgo de resultados negativos para la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés.
A neonate with intrauterine growth restriction and pseudo-Bartter syndrome due to severe maternal eating disorder: A case report	Babatsev <i>a et al.</i> 2020 (33)	Se presenta el caso de un recién nacido a término pequeño para la edad gestacional con alcalosis metabólica desde el nacimiento con declive gradual dentro de la primera semana de vida.	Caso clínico.		Recién nacido a término de 37 semanas de edad gestacional nacido de una madre primigesta de 26 años.	Un caso raro de alcalosis metabólica temprana en la vida debe tener en cuenta que la causa principal puede no ser fetal/neonatal sino de origen materno.	Una historia materna de trastornos alimentarios activos puede revelar un síndrome pseudo-Bartter asintomático. El seguimiento de estas mujeres durante el embarazo contribuirá a la prevención de complicaciones, tanto maternas como neonatales.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study	Watson <i>et al.</i> 2019 (18)	Investigar si las complicaciones pre/perinatales están asociadas con los trastornos alimentarios de por vida en las mujeres.	Estudio de cohorte.	Estudio de Cohorte Madre e Hijo de Noruega (den norske Mor & barn undersøkelsen [MoBa]).	46.373 mujeres adultas con trastornos alimentarios de por vida se compararon con un grupo de referencia.	Madres MoBa que pesaron más al nacer o nacieron grandes para la edad gestacional tenían más probabilidades de desarrollar un TA en una etapa posterior de la vida. Las que pesaron menos al nacer tenían más probabilidades de desarrollar AN.	Los resultados de este estudio sugieren que la programación fetal puede ser relevante para el desarrollo de la AN y el TA. Se necesitan futuras investigaciones para saber si estas asociaciones son consecuencia de las influencias genéticas o un efecto de programación fetal ambiental.
Predictors and long-term health outcomes of eating disorders	O'Brien <i>et al.</i> 2017 (23)	Estudio de predictores de trastornos alimentarios autoinformados y asociaciones con eventos de salud posteriores.	Estudio descriptivo.	Estimaciones de razones de probabilidad para las asociaciones.	47.759 participantes del "Sister Study".	El 2% de las participantes informaron antecedentes de TCA. Las mujeres que habían experimentado TCA tenían más probabilidades de haber tenido un primer parto tardío, haber experimentado sangrado o náuseas durante el embarazo, o haber tenido un aborto espontáneo o inducido.	Los trastornos alimentarios pueden haberse vuelto más comunes con el tiempo. Las intervenciones deben centrarse en la prevención y mitigación de los efectos adversos para la salud a largo plazo.

Título	Autores y año	Objetivo del estudio	Método	Diseño	Ámbito o población	Resultados del estudio	Conclusiones
The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders	Makino <i>et al.</i> 2020 (30)	Identificar la recaída de los TCA durante el embarazo y después del parto, y la depresión posparto en mujeres que tuvieron una remisión completa de los TCA.	Estudio descriptivo.	Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) y Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) como escalas de referencia para el diagnóstico de los TCA y la depresión posparto.	25 mujeres con remisión de BN y 4 de AN, entrevistadas cada 2 semanas tanto durante el embarazo como después del parto.	16 participantes experimentaron una recaída en el TCA durante el embarazo y 12 recaídas después del nacimiento. 12 tenían depresión posparto, 4 de las cuales tenían bebés con bajo peso al nacer. Entre las participantes que no sufrieron depresión posparto, no hubo bebés con bajo peso corporal.	La recurrencia de los TCA y la aparición de depresión posparto son mayores en esta población, lo que indica la necesidad de monitorear de cerca los TCA durante el embarazo y después del parto.

