

Nerea Luque Castro i Mariona Legaz Egea

**QUIN ÉS L'ABORDATGE PER PART DE LA LLEVADORA
DURANT L'EMBARÀS I PUERPERI EN GESTANTS AMB
DIAGNÒSTIC DE TCA EN REMISSIÓ PARCIAL?: UNA REVISIÓ
BIBLIOGRÀFICA**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Sra. M. José Castillo Cepero

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

TARRAGONA 2023

Índex

1.	RESUM	3
2.	INTRODUCCIÓ	4
3.	OBJECTIUS	6
4.	MARC TEÒRIC	6
4.1.	ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA	6
4.1.1.	Antecedents	6
4.1.2.	Anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa	7
4.1.3.	Criteris diagnòstics	8
4.1.4.	Epidemiologia	10
4.1.5.	Etiopatogènia	10
4.1.6.	Manifestacions clíniques	10
4.1.7.	Abordatge terapèutic del pacient amb un trastorn alimentari.....	13
4.2.	EMBARÀS EN LA GESTANT ABSENT DE TRASTORN ALIMENTARI	15
4.2.1.	Canvis anatòmics i fisiològics durant l'embaràs	15
4.2.2.	Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya	15
4.3.	TRASTORNS ALIMENTARIS I GESTACIÓ	17
4.3.1.	Conseqüències en la gestant	18
4.3.2.	Conseqüències en el fetus	19
4.3.3.	Relació materno-filial	19
4.3.4.	Període postpart	21
4.3.5.	Abordatge prenatal de la infermeria obstètrica en la gestant amb diagnòstic previ de TCA	21
4.3.6.	Abordatge puerperal de la infermeria obstètrica en la gestant amb diagnòstic previ de TCA	25
5.	METODOLOGIA	25
5.1.	Tipus de disseny	25
5.2.	Mostra d'estudi.....	26
5.3.	Instruments.....	26
5.4.	Procediment	27
5.5.	Variables	28
5.6.	Limitacions	31
6.	RESULTATS	32
7.	DISCUSSIÓ	44
7.1.	Impacte positiu-negatiu de l'embaràs sobre el TCA	44
7.2.	Formació professional	46
8.	CONCLUSIONS	47
9.	BIBLIOGRAFIA	50
10.	ANNEXES	61
10.1.	Annex 1: Metodologia PICO.....	61
10.2.	Annex 2: Etiopatogènia dels trastorns alimentaris.	61

10.3.	Annex 3: Manifestacions clíniques.....	63
10.4.	Annex 4: Valoració per patrons funcionals de Marjory Gordon	66
10.5.	Annex 5: Canvis anatòmics i fisiològics durant l'embaràs	78
10.6.	Annex 6: Questionari Whooley.....	80
10.7.	Annex 7: Questionari EPDS	81
10.8.	Annex 8: Projecte de protocol d'abordatge de la llevadora a la gestant amb un trastorn alimentari en remissió parcial	82
10.9.	Annex 9: Qüestionari SCOOF	87
10.10.	Annex 10: Qüestionari Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	87
10.11.	Annex 11: Diagrama de flux del procés de recerca.	89

1. RESUM

L'embaràs és un període de vulnerabilitat per a les dones que han patit prèviament un trastorn de la conducta alimentària. L'**objectiu** principal proposat, era conèixer si existia un protocol estandarditzat, envers el tipus d'abordatge que cal realitzar, i com era aquest. La **metodologia** d'aquest projecte consistia en una revisió bibliogràfica sistemàtica, on volíem estudiar l'abordatge de la infermera obstetra¹ durant el seguiment de l'embaràs i puerperi de la gestant amb diagnòstic de trastorn alimentari en remissió parcial². Els **resultats** obtinguts mostraven que, a nivell general, l'embaràs té un impacte positiu sobre la simptomatologia del trastorn alimentari, propiciant una remissió dels símptomes, un embaràs sense complicacions, i el naixement d'un nounat sa. No obstant, si aquesta remissió no es produeix, augmenta el risc de complicacions en el fetus, provocant un retard en el desenvolupament intrauterí, naixement prematur, puntuacions d'APGAR baixes i menor circumferència cranial, entre d'altres. Es va **concloure** que, donada la manca de resultats envers l'objectiu principal, tot i conèixer les nombroses conseqüències que provoquen en la mare i el seu nounat, és necessària la creació d'un protocol a nivell nacional, que permeti oferir una assistència integral i holística a la gestant i el seu fill.

Paraules clau: Trastorns alimentaris, gestant, embaràs, llevadora, abordatge, repercussions.

Abstract: **Pregnancy** is a period of weakness for women who have previously suffered from an eating disorder. The **main goal** for this project, was to find out if there existed a standardized protocol, regarding the type of approach that needs to be carried out, and what this was like. The **methodology** of this project, consisted in a systematic bibliographic review, where we wanted to focus on the approach of the obstetrician nurse during the periodic checkings of the gestation and puerperium of the pregnant patient diagnosed with an eating disorder in partial remission. The **results** obtained showed that, pregnancy has a positive impact on the symptomatology of the eating disorder, promoting remissions of the symptoms, an uncomplicated gestation, and the birth of a

¹ La bibliografia revisada refereix a la llevadora com a infermera obstetra, infermera obstètric-ginecològica i infermera especialista en l'obstetrícia

² Remissió parcial: després de complir els criteris diagnòstics prèviament, no tots es mantenen, durant un període perllongat de temps.

healthy newborn. However, if this remission does not occur, the risk of complications taking place in the fetus welfare increases, causing a delay of the intrauterine development, premature delivery, low the APGAR score numbers, and smaller cranial circumference, among others. It was **concluded** that, given the lack of results toward the main objective, despite knowing the many consequences they cause on the mother and her newborn's well-being, it is necessary to establish a required protocol, which allows the patient and her newborn child getting complete and holistic assistance.

Key words: Eating disorders, pregnant, pregnancy, obstetrician nurse, approach, repercussions.

2. INTRODUCCIÓ

Els trastorns de conducta alimentària (TCA) són un conjunt de psicopatologies d'etiologia multifactorial, on intervenen factors genètics, biològics, familiars i socioculturals, i que afecten majoritàriament a adolescents i joves, de sexe femení (1). Són considerats trastorns mentals emergents i complexos per la seva prevalença, impacte, gravetat vital i alarma social amb què es presenten. Amb freqüència, coexisteixen amb altres patologies mentals com depressió, ansietat, abús de substàncies, etc. (2). Aquest conjunt de trastorns es veuen influenciats per l'ideal de bellesa que promou la nostra societat, i que amb les xarxes socials, ha propiciat de manera exponencial l'aparició de nous casos (3).

L'anorèxia nerviosa (AN) i la bulímia nerviosa (BN), són dos dels trastorns mentals que formen part dels TCA. Seguint les característiques dels TCA, són d'etiologia multicausal, i poden aparèixer en qualsevol moment de la vida. Les etapes d'embaràs i puerperi, poden resultar un factor summament predisponent a l'hora de propiciar una recaiguda en cas d'història prèvia. Per aquesta raó, aquest període, és clau en la detecció precoç dels TCA, especialment de l'anorèxia nerviosa. Si es detecta a temps, és possible la derivació precoç a un servei especialitzat, i actuar quan la simptomatologia no suposi un risc potencial per la vida de la mare i/o el seu fill.

Aquest treball pretén conèixer, després de realitzar una revisió bibliogràfica sistemàtica, quin és l'abordatge actual que realitza la infermera llevadora en casos d'història prèvia de trastorns de la conducta alimentària en dones gestants.

Així mateix, donada la dificultat en la gestió de l'atenció a aquest tipus de pacients, la presència o aflluència de comorbiditats associades a aquests trastorns, i la interdisciplinarietat del seu abordatge, és necessari l'aplicació de plans terapèutics individualitzats específicament per a cada persona (4). Aquesta realitat, ha propiciat que nosaltres, com a estudiants d'infermeria, ens plantejem la qüestió de com es troba la situació actual, pel que fa a l'abordatge i el seguiment d'aquest tipus de pacient durant el seu embaràs.

Sabem que la infermera obstetra té un paper fonamental en el seguiment de l'embaràs i el puerperi, i creiem que és rellevant conèixer quines actuacions s'han de dur a terme per tal de proporcionar a la gestant, una atenció assistencial holística en el context d'un embaràs amb història prèvia d'anorèxia o bulímia nerviosa.

Actualment, se'n desconeixen amb exactitud les dades amb relació a la prevalença de gestants amb recaiguda o debut d'anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa, ja que una de les dificultats que es troben és la detecció dels trastorns durant l'embaràs.

Fins al moment trobem que la presència de l'AN i BN durant la gestació no ha sigut estudiada amb aprofundiment ni hi ha estudis que donin suport a la literatura especialitzada. Per exemple, en el protocol de seguiment de l'embaràs de Catalunya no es contempla l'actuació a seguir en cas que es detectin conductes de risc relacionades amb l'alimentació, l'exercici o amb l'autoimatge corporal.

Per tant, a priori, trobem buits no coberts en el tema i que com a futures professionals d'infermeria ens agradaria aprofundir.

Arran de conèixer aquesta situació, ens hem plantejat la següent pregunta d'investigació amb l'ajuda de la metodologia PICO: Com aborda la infermera llevadora l'embaràs i el puerperi en una gestant amb trastorns de la conducta alimentària en remissió parcial (veure annex 1).

Vam decidir que la línia d'investigació anés orientada cap a aquelles pacients que ja havien patit anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa anteriorment, ja que els canvis físics que deriven d'un embaràs, poden ser altament propenses a recaure en la malaltia.

Per tant, un cop teníem la pregunta clara, vam formular l'objectiu de la investigació:

Conèixer l'abordatge actual per part de la infermera obstetra, de l'embaràs, part i puerperi en dones gestants, amb diagnòstic de TCA en remissió parcial.

Per aquest motiu vam veure necessari dur a terme una revisió sistemàtica per conèixer en quin punt es trobava actualment el tema, especialment respecte a l'abordatge i seguiment.

3. OBJECTIUS

Objectiu principal:

- Conèixer l'abordatge actual per part de la infermera obstetra, durant l'embaràs i puerperi, en dones gestants amb diagnòstic de TCA en remissió parcial.

Objectius específics:

- Identificar les repercussions d'un trastorn alimentari, en la gestant i el seu fill, abans i després del naixement.
- Descobrir si existeixen protocols concrets, dedicats a aquest grup de població.
- Crear un projecte de protocol d'abordatge de la infermera obstetra, durant l'embaràs i puerperi, en gestants amb TCA en remissió parcial.

4. MARC TEÒRIC

4.1. ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

4.1.1. Antecedents

Al llarg de la història hem pogut veure com els cànons de bellesa han anat variant contínuament, seguint diferents patrons segons l'etapa històrica, les regions, les cultures i les diverses religions. Actualment, amb els mitjans de comunicació i la seva vinculació amb l'àmbit publicitari, cada cop hi ha uns estàndards d'atractiu, sobretot enfocats en la població femenina, més estrictes per a satisfer les expectatives socials.

La influència social que exerceixen aquest tipus de canals digitals, sovint fa que es creï una confrontació entre el cos ideal i el propi, deteriorant així l'autoestima de la persona i conduint-la a una constant ansietat per l'aparença física i el seu pes (5). Per aquest motiu, s'ha detectat que els trastorns de la conducta alimentària estan en augment en la nostra societat actual i s'espera que la incidència continuï pujant (3).

Aquests factors externs poden contribuir a ocasionar alteracions del patró alimentari, produint una sèrie de canvis que responen a patologies cada vegada més prevalents,

anomenats trastorns de la conducta alimentària, entre els quals destaquen l'anorèxia i la bulímia nerviosa (6).

A causa dels canvis físics i psicològics que es produeixen en la dona durant la gestació i el puerperi, aquests períodes poden ser un factor desencadenant, per a la recaiguda d'aquest tipus de trastorns, que es troben en remissió parcial i/o en procés de recuperació (7).

4.1.2. Anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa

Els trastorns de la conducta alimentària més coneguts per la societat són l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa, ja que aquests són els més prevalents. Aquests trastorns es caracteritzen per una alteració conductual relacionada amb l'alimentació i l'aparença física, així com per tenir una regulació alimentària alterada (8).

L'anorèxia nerviosa és un trastorn de la conducta alimentària caracteritzat per un gran desig de perdre pes, el qual s'aconsegueix mitjançant la realització voluntària de comportaments restrictius i purgatius, com ara l'adopció d'una dieta extremadament restringida, la inducció de vòmits, l'abús de laxants, l'ús de diürètics, entre d'altres. Tot i la pèrdua de pes gradual, les persones afectades experimenten una intensa por a engreixar-se, i manifesten una distorsió de la imatge corporal. La seva preocupació extrema per la dieta, la figura i el pes, pot comportar la restricció alimentària, i dur a terme comportaments compensatoris, com una hiperactivitat física desmesurada o l'adopció de conductes de purga. Sovint aquestes persones no són conscients de la malaltia ni del perill que comporten els seus comportaments per a la salut, a causa de l'estat de desnutrició en el que es troben (8).

D'altra banda, amb la bulímia nerviosa, es produeixen episodis d'afartaments, on s'ingereixen grans quantitats d'aliments en un curt període de temps, amb un sentiment de descontrol. Quan aquest trastorn està present, la persona intenta compensar els efectes de la sobreingesta mitjançant maniobres de purga, acompanyades d'excés d'activitat física. Aquestes persones tenen una preocupació excessiva pel pes i la figura, i a diferència de l'AN, no presenten necessàriament alteracions en el pes. La BN sovint passa desapercibuda i es viu amb sentiments de vergonya i culpa, per aquest motiu les persones afectades solen demanar ajuda quan la patologia ja està força avançada (8).

4.1.3. Criteris diagnòstics

A l'hora de realitzar el diagnòstic d'aquests trastorns, hem de tenir en compte que està caracteritzat per un pes corporal notablement baix, la por intensa a augmentar el pes, i la visió distorsionada de la imatge corporal.

A continuació es mostren els criteris dels dos manuals diagnòstics, més emprats en Salut Mental actualment (9, 10).

Taula 1. Criteris diagnòstics de l'anorèxia nerviosa:

Font: Elaboració pròpia

DSM-V	CIE-10
A. Restricció de la ingesta, que provoca un baix pes amb relació a les característiques del pacient.	A. Pèrdua significativa de pes (IMC <17,5) o manca d'augment de pes, que provoca un pes corporal inferior al 15%, del pes normal esperat per a l'edat i talla
B. Por intensa a pujar de pes, tot tenint un pes extremadament baix.	B. La disminució de pes s'autoindueix mitjançant la restricció, i un o més dels símptomes: <ul style="list-style-type: none"> – Vòmits – Purgues intestinals – Exercici físic excessiu – Fàrmacs diürètics o laxants – Fàrmacs supressors de la gana
C. Distorsió de la imatge corporal i falta de coneixement de la gravetat del baix pes.	C. Distorsió de la imatge corporal, en forma d'ideació sobrevalorada, que indueix la por intensa i persistent a l'obesitat, provocant que la persona s'imposi un límit de pes corporal.
	D. Trastorn endocrí generalitzat, que es manifesta en amenorrea en les dones, i en pèrdua d'interès sexual en els homes.
<p>* A nivell conductual, cal especificar si el comportament és:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tipus restrictiu: la persona no recorre de manera regular a afartaments i comportaments purgatius, sinó que, únicament realitza una dieta restrictiva. 	

- Tipus compulsiu/purgatiu: l'individu recorre a afartaments, i consegüentment, comportaments purgatius, com vòmits, laxants i diürètics.

* Si es produeix abans de la pubertat, les manifestacions d'aquesta es retarden. Si es produeix una recuperació, la pubertat es completa tot i que la menarquia es retarda.

Taula 2. Criteris diagnòstics de la bulímia nerviosa:

Font: *Elaboració pròpia*

DSM-V	CIE-10
<p>A. Episodis recurrents d'afartaments caracteritzats per ambdós:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjar, en un interval de dues hores, una quantitat de menjar considerablement superior a la població absent de patologia, en un període de temps i circumstàncies similars - Sensació de manca de control, i dificultat per deixar de menjar 	<p>A. Preocupació contínua pel menjar, amb desig imperiós pel consum, de tal manera que apareix l'afartament i el descontrol en les ingestes excessives, en un termini curt de temps.</p>
<p>B. Comportaments compensatoris inadequats recurrents, per prevenir l'augment de pes, com els vòmits autoinduïts, ús de laxants, diürètics...</p>	<p>B. Comportament compensatori mitjançant: vòmits autoinduïts, abús de laxants i/ diürètics, períodes perllongats de dejú, fàrmacs supressors de la gana, etc.</p>
<p>C. Els afartaments i comportaments compensatoris es donen almenys un cop a la setmana durant tres mesos</p>	<p>C. Por a l'augment de pes, de tal manera que la persona es limita el pes corporal, considerablement inferior a l'adequat per la seva edat i talla</p>
<p>* Cal especificar la severitat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lleu: 1-3 conductes compensatòries per setmana - Moderat: 4-7 conductes compensatòries per setmana - Greu: 8-13 conductes compensatòries per setmana - Extrem: 14 o més conductes compensatòries per setmana 	

En ambdós trastorns alimentaris, cal especificar l'estat:

- Remissió parcial: després de complir els criteris diagnòstics prèviament, no tots es mantenen, durant un període perllongat de temps.
- Remissió completa: després de complir els criteris prèviament, cap d'ells es mantenen, durant un període perllongat de temps.

4.1.4. Epidemiologia

L'anoressia nerviosa està present des de fa més de 200 anys. La prevalença a nivell europeu, es troba entre el 0,3 i 2,2% amb tendència a l'increment (3,11). És considerada la tercera patologia crònica més comuna entre els adolescents.

De manera semblant, a través dels estudis epidemiològics europeus s'observa que la prevalença de bulímia nerviosa es troba entre 0,1% i 2% dels adolescents (3).

Actualment, a nivell nacional, la incidència es troba en augment, i l'aparició cada vegada és més precoç, gràcies a la pressió social que propicia l'intens desig per assolir una imatge preestablerta. La prevalença d'anoressia nerviosa a Espanya, es troba entre un 0,11 i 0,14%, i de bulímia nerviosa entre un 0,41 i 2,9% (12).

Aquests trastorns predominen a l'occident i solen relacionar-se amb un perfil demogràfic alt-mitjà, tot i que la prevalença pot triplicar-se en algunes professions com en gimnastes, actrius o models (4,13,14). Els casos es detecten en la preadolescència, adolescència o inici de l'edat adulta, afectant amb més freqüència al sexe femení, amb una incidència del 90% i el debut entre els 12 i 25 anys, tot i que és cada vegada més precoç, i tendeix a coincidir amb la pubertat (1,13,15,16).

4.1.5. Etiopatogènia

Tal com s'ha comentat anteriorment, aquests trastorns són multicausals. No es coneixen amb exactitud les causes, tot i que se sap que existeix una base socioambiental clara, en combinació amb factors biològics, psicodinàmics, psicològics, interpersonals, mediambientals, familiars, socials i culturals implicats (17,13). Així doncs, coexisteixen diversos factors que predisposen a la persona a patir el trastorn (veure annex 2).

4.1.6. Manifestacions clíniques

Els primers signes d'alarma, que solen passar desapercebuts, són dietes on es limiten alguns aliments calòrics, com les grasses i els hidrats de carboni de ràpida absorció. Més endavant, quan ja han establert el nombre de calories diàries, comencen a realitzar

dietes monòtones on la base són verdures i aliments poc calòrics, tendint a disminuir cada dia més la ingesta calòrica. Tot i això, la ingesta proteica no sol variar, però la limiten a carns blanques, que són menys calòriques (19, 20).

A més a més, existeix una negació del trastorn, i la intensa gana que senten, sent aquests totalment evidents, i una focalització abismal al món de la nutrició i el menjar. Viuen constantment angoixats per la sensació de descontrol dels impulsos i la por al consum desmesurat, tenint una única idea al cap; el menjar (13,20). Aquests comportaments van creant un aïllament social que, de mica en mica propicia que la persona sigui incapaç de menjar davant de ningú, a causa de l'intens descontrol que sent pel que ingereix. En situacions socials com esdeveniments familiars, recorren a problemes digestius (pirosi, intoleràncies, etc.) per evitar haver de menjar en situacions incòmodes o evidenciar el trastorn davant la gent (13,20).

A nivell cognitiu, es pot observar com refuten el manteniment d'un pes mínimament saludable, ja que per ells té un significat distorsionat, relacionant aquest concepte amb la temuda obesitat per l'augment de pes. Per afegiment, quan s'intenta convèncer a la persona sobre el seu estat físic, contradiuen completament l'existència de cap trastorn, mostrant un desig constant d'aprimar-se i negant el seu deteriorament físic, inclús sent conscient d'ell. En aquestes persones existeix una irracional pràctica d'exercici físic i hiperactivitat, propiciant la falta de son, cefalees i cansament generalitzat (13,20).

A nivell psicològic, a mesura que avança el transcurs de la malaltia, van apareixent trastorns de la son, signes depressius, ansietat, nerviosisme, hiperactivitat, entre altres (13,20).

D'altra banda, quan el trastorn es troba en fases avançades, cada cop es veu més evident l'existència d'aquest. La desnutrició, el deteriorament metabòlic i la debilitat física, deguda a la reducció de la musculatura, són més que apreciables.

Físicament, observem un cos "infantil", sense les corbes característiques d'una dona adulta, com a resultat de la falta de nutrients necessaris per al desenvolupament de la maduració fisiològica, pròpia de l'edat adulta. Com a conseqüència, la persona sent que no està preparada per a la vida quotidiana, fet que propicia encara més l'aïllament social.

A mesura que el trastorn evoluciona, la persona desenvolupa de manera crònica debilitat física, fatiga, i desnutrició severa. Com a conseqüència, apareixen signes i símptomes detectables en l'anamnesi i proves complementàries.

Les manifestacions que apareixen són diverses, i afecten a tots els sistemes orgànics (veure annex 3) . No obstant això, donat el tema que ens ocupa, cal destacar que a nivell reproductiu, l'anorèxia nerviosa té un gran impacte, a causa de les alteracions hormonals que aquesta comporta.

La leptina és una hormona produïda pels adipòcits, i actualment es creu que és medidora de l'equilibri de l'eix hipotàlem-hipòfisi-ovari. La restricció dietètica crònica que deriva de l'AN produeix una reducció del greix corporal, la qual cosa fa que els nivells de leptina caiguin. Aquest fet, seguit d'una cascada d'esdeveniments que impliquen diversos mediadors en el cicle menstrual, acaba derivant en una insuficiència gonadotòpica hipotalàmica funcional, ja que les hormones GnRH, LH i FSH es troben col·lapsades.

Les principals conseqüències d'aquest esdeveniment són l'anovulació, l'amenorrea i, per tant, la hipofertilitat o infertilitat. El cicle menstrual s'atura quan hi ha una pèrdua del 10-15% del pes inicial de la dona. El percentatge de dones amb AN que presenten amenorrea oscil·la entre 68-89%, i un 6-8% tenen oligomenorrea (36).

Per aquest motiu la majoria de les dones que presenten AN activa amb conseqüències d'aquest tipus, molt probablement no puguin quedar-se embarassades ni dur a terme una gestació. Malgrat això, tot i que el trastorn provoqui desajustos hormonals i disfuncions en la fertilitat, es troben casos d'embarassos no planejats dintre d'aquest col·lectiu. Això és degut a que, a conseqüència de la inestabilitat hormonal, molts cops derivada per una oscil·lació en el pes, poden donar-se casos d'embarassos no contemplats. Així mateix, amb la recuperació del pes corporal, adequat a les necessitats de la pacient, reapareix la menstruació, i per tant la correcta funció reproductiva (37). Per aquest motiu, aquelles noies que ja es troben en remissió parcial o total, poden dur a terme una gestació.

En les dones que presenten BN, generalment no hi ha infrapes, i com a resultat no hi ha alteracions hormonals que provoquin una amenorrea, per aquest motiu, les alteracions a nivell reproductiu, són més freqüents en dones amb AN (38).

4.1.7. Abordatge terapèutic del pacient amb un trastorn alimentari

A continuació s'exposa el sistema establert a Catalunya, per al seguiment i tractament del pacient amb un trastorn de la conducta alimentària (39). L'assistència que s'ofereix, està dividida en tres àrees, en funció de la situació en la qual es trobi la persona (en risc, amb diagnòstic confirmat, en tractament o en procés de remissió o rehabilitació).

Prevenió primària

El primer nivell d'atenció, consisteix en la detecció i eliminació de factors que poden propiciar el debut del trastorn. La intervenció té lloc abans que es produeixi la malaltia, i té com a objectiu principal l'impediment o retard de l'aparició d'aquesta.

Diversos estudis realitzats a Espanya, evidencien que els joves diagnosticats d'un trastorn alimentari, triguen una mitja de 4 anys i mig en ser derivats a un centre especialitzat, per a iniciar el tractament adequat. Aquest període de temps és massa llarg, i provoca que les conseqüències associades al trastorn augmentin considerablement, o siguin de major gravetat.

Així mateix, cal garantir una atenció interdisciplinària, on els serveis especialitzats treballin de manera coordinada amb atenció primària, per tal d'assolir un cert grau de conscienciació social en aspectes relatius als trastorns de la conducta alimentària. De la mateixa manera, és essencial que el personal sanitari compti amb els coneixements i aptituds necessàries, per a saber identificar els pacients de risc, mitjançant l'observació dels factors esmentats anteriorment.

En conclusió, es considera imprescindible dur a terme una correcta educació nutricional per a equilibrar la informació errònia que divulguen els mitjans de comunicació. Aquesta educació sanitària, en combinació amb la detecció precoç de casos en risc, conformen la primera línia d'actuació, o prevenió primària.

Prevenió secundària

El segon nivell assistencial, consisteix en la detecció de casos i avaluació detallada corresponent, per tal de confirmar el diagnòstic, i iniciar el tractament adient a cada cas.

En una primera visita, per una banda, es fa l'exploració psicopatològica. Consisteix en l'adquisició d'informació relativa als hàbits, actituds i conductes del pacient, envers l'alimentació i el seu pes. En aquest control, també s'avalua el funcionament familiar i l'entorn de la persona, ja que com hem comentat, són trastorns multicausals que poden

derivar, o afectar, a qualsevol àrea de la vida de la persona. Addicionalment, la infermera ha de valorar l'actitud enfront de la malaltia, i realitzar una intervenció motivacional dirigida al canvi.

D'altra banda, es du a terme l'exploració física. Aquesta consisteix en la mesura de paràmetres antropomètrics i constants vitals (pes, talla, IMC, freqüència cardíaca, tensió arterial, temperatura). També es tenen en compte altres signes, derivats de la desnutrició i deshidratació: sequedat cutània i de les mucoses, hirsutisme, plec cutani, deteriorament de l'esmalt dental, entre d'altres. En el cas de detectar alteracions, se sol·liciten proves complementàries, per a descartar possibles afectacions secundàries al trastorn.

Finalment, la primera visita cessa amb la valoració d'infermeria per patrons funcionals de Marjory Gordon (veure annex 4).

Les visites consecutives formen part del seguiment. Aquest acostuma a tenir una duració de dos anys com a màxim, tot i que pot allargar-se en els casos greus que ho requereixin. Aquest seguiment el realitza un equip especialitzat, compost per psiquiatres, psicòlegs i infermers. Majoritàriament, el tractament es fa en règim ambulatori, però en casos greus pot ser precis l'ingrés hospitalari, i un cop s'assoleixi l'estabilització, iniciar el tractament ambulatori des de la unitat.

En aquesta àrea assistencial, la infermera s'encarrega de:

- Treballar en l'assoliment d'un pes adient a les necessitats individuals
- Educació en hàbits alimentaris adequats
- Seguiment i adherència del tractament farmacològic pautat

Prevenió terciària

Consisteix en l'atenció que s'ofereix al pacient en procés de remissió, amb l'objectiu de mantenir l'estat assolit durant el tractament, i prevenir les recaigudes. Aquesta intervenció es fa des del centre d'atenció primària, tot i que, en els casos de trastorns mentals associats, s'implementa des dels centres de salut mental per a adults o infanto-juvenil (CSMA o CSMIJ).

4.2. EMBARÀS EN LA GESTANT ABSENT DE TRASTORN ALIMENTARI

4.2.1. Canvis anatòmics i fisiològics durant l'embaràs

Durant l'etapa de l'embaràs, apareixen molts canvis a nivell corporal que cal conèixer a l'hora de realitzar el seguiment d'una gestant, per tal de detectar possibles alteracions patològiques (40, 41) (veure annex 5).

4.2.2. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya

El Departament de Salut de Catalunya inclou en el Pla de Salut de 2021-2025, la tercera edició revisada l'any 2018 del Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya. En aquesta darrera edició, destaquem, en el context d'aquesta revisió sistemàtica, que es va afegir entre altres novetats, un test universal, per a la detecció de possibles problemes de salut mental durant l'embaràs, especialment centrat en l'ansietat i la depressió.

Els objectius principals d'aquest protocol van dirigits a garantir la salut de la dona gestant i garantir l'òptim desenvolupament del fetus, detectar problemes de salut que puguin afectar a la mare i al nadó i aplicar un tractament, i proporcionar suport i educació sanitària durant el procés de l'embaràs (42).

Durant els mesos de gestació es proporcionarà un seguiment que constarà de diverses visites de control, exploracions físiques, proves de laboratori i d'imatge, i diversos cribratges, els quals permetran abordar l'embaràs d'una manera individualitzada i holística (42).

4.2.2.1. Visites de control

La primera visita s'ha de realitzar abans de les 10 setmanes de gestació, on es farà una exploració completa de la salut de la mare. Aquesta visita és la més important, ja que després de dur a terme l'anamnesi, l'exploració física i l'exploració obstètrica, es determinarà el nivell de risc que li correspon a l'embaràs. En aquest primer contacte també s'iniciarà l'activitat d'informació a la dona (42).

Les visites successives vindran determinades per les necessitats de cada gestant i de les alteracions que apareguin durant l'embaràs. Es recomana que durant tot el procés hi hagi 9 visites prenatales, amb una periodicitat de tres o quatre setmanes aproximadament, però mantenint la flexibilitat en cas d'haver-hi problemes mèdics (42).

En totes les visites s'actualitzarà la història clínica de l'embarassada i s'avaluarà el nivell de risc novament. De la mateixa manera, es farà una exploració física i obstètrica en cada control i a partir de la 3a visita s'inclourà la detecció de la freqüència cardíaca fetal. Les proves de laboratori, els cribratges, les proves clíniques i la informació que es proporcionarà a la mare, variaran segons l'etapa i l'evolució de la gestació (42).

Entre les setmanes 36 i 38 de gestació es farà la visita de coordinació amb el centre de referència per al part, o es parlarà del pla de naixement i s'informarà la mare dels espais i possibilitats de tipus de part que ofereix l'hospital en qüestió.

A partir de la setmana 41 de gestació, si encara no s'ha produït el part, es derivarà el seguiment a l'hospital de referència per al part (42).

4.2.2.2. Ecografies

Les ecografies tenen diversos objectius en funció de l'etapa en què es troba l'embaràs i si hi ha presència de problemes o complicacions. En el context d'un embaràs normal hi ha establertes les següents exploracions ecogràfiques:

- Entre les setmanes 11,2 i 13,6 de gestació: Es fa per tal de comprovar la viabilitat del fetus, determinar l'edat gestacional i detectar patologies del primer trimestre. Pot ser per via transvaginal o abdominal, en funció de les característiques de la gestant i l'embaràs.
- Entre les setmanes 19 i 22 de gestació: Es determinarà el nombre de fetus, es farà una determinació morfològica, es comprovaran els marcadors d'anomalia cromosòmica i es controlarà el creixement fetal. Es realitzarà per via abdominal.
- Entre les setmanes 34 i 36 de gestació: Es comprovarà l'evolució del creixement fetal i l'estàtica fetal. Es durà a terme per via abdominal (42).

4.2.2.3. Cribratges

En les diferents visites de control que es duren a terme durant els tres trimestres de gestació, hi ha estipulat que s'han de dur a terme certs cribratges, com ara el de diabetis gestacional, el prenatal d'anomalies cromosòmiques, de preeclàmpsia, de malalties infeccioses, de malalties sexuals, etc. (42).

En aquesta última revisió es va incloure el cribratge de patologia mental, que es centra especialment en ansietat i depressió. Està descrit en el protocol de la següent manera:

- Durant la primera setmana es preguntaran a la gestant els antecedents familiars de patologia mental, els antecedents personals de malaltia mental prèvia i si hi ha presència de problemes ginecològics i obstètrics que condicionen alteracions emocionals en l'embaràs. També es parlarà de l'actitud enfront l'embaràs i la de la seva parella en cas que en tingui.
- En la segona visita control, mitjançant el qüestionari Whooley (veure annex 6), s'identificaran símptomes de depressió i/o ansietat. Si el resultat és negatiu es repetirà a les 29-30 setmanes de gestació. Si el cribratge és positiu, es recomana emplenar el qüestionari EPDS (veure annex 7). Quan la puntuació d'aquest sigui inferior a 13 punts, o la pregunta 10 sigui negativa, es tornarà a passar el qüestionari Whooley entre les setmanes 29 i 30 de gestació. Per contra, si la puntuació és superior a 13 o l'ítem 10 és positiu, es derivarà a la gestant a l'especialista de psicologia de l'ASSIR i al metge de família.
- En la tercera visita es tornarà a emplenar el qüestionari Whooley.
- 15 dies després del part es realitzaran preguntes a la mare per tal de saber com és la seva relació emocional amb el fill, amb la parella i com es troba emocionalment.
- A les 6 setmanes posteriors al part, la mare tindrà una visita de revisió postpart, en la qual s'emplenarà el qüestionari EPDS un altre cop, i de la mateixa manera, si la puntuació és >13 punts o la pregunta 10 és positiva, es derivarà a la dona a psicologia de l'ASSIR i al metge de família (42).

4.3. TRASTORNS ALIMENTARIS I GESTACIÓ

Una nutrició adequada durant el període de l'embaràs i un augment de pes adequat, són dos factors crucials per al correcte desenvolupament del fetus, i per a garantir la salut de la mare (43).

L'evidència científica corrobora que les dones amb algun tipus de TCA que es queden embarassades, tenen més complicacions durant l'embaràs i el puerperi, entre aquestes es troba major prevalença de depressió materna, ansietat, malestar psicològic, problemes amb la lactància i complicacions amb la recuperació de l'episiotomia (43).

Les dades publicades mostren diferents resultats pel que fa als estudis que determinen si l'embaràs resulta un reforç positiu o no, a l'hora de millorar la simptomatologia dels TCA durant l'embaràs. Alguns autors conclouen que les dones embarassades amb TCA actiu o en remissió, tenen més probabilitats de recaure o d'empitjorar la clínica de la

malaltia, en canvi, altres autors afirmen que arran de conèixer la notícia de l'embaràs millora la seva preocupació pel pes i l'aparença física, centrant-se en la salut del fetus (43).

4.3.1. Conseqüències en la gestant

L'anorèxia nerviosa durant la gestació té una sèrie de conseqüències que afecten directament a la mare. La preocupació per l'augment de pes i el desig de reduir-lo, són significativament més prevalents en dones amb una història, recent o no, de trastorns de la conducta alimentària. Aquesta insatisfacció corporal pot intensificar-se al final de l'embaràs en persones que tenen tendència a realitzar dietes restrictives, com en el cas de l'anorèxia nerviosa.

Els canvis físics propis de la gestació poden generar en la mare una sensació de pèrdua de control i sentir-se obesesa, la qual cosa genera uns nivells alts d'estrès i ansietat. Aquelles dones amb història d'AN i les que tenen episodis actius, fan un ús més freqüent de laxants i diürètics durant els primers 4 mesos de gestació, en comparació amb les mares que no tenen cap problema alimentari (44).

En un estudi prospectiu fet per Kouba et al. 2005 (45), hi havia 49 mares gestants amb història prèvia de TCA, de les quals 24 estaven diagnosticades d'AN i 20 de BN. Els resultats manifesten que 8 de les gestants amb història d'AN i 3 amb història de BN, van recaure en la malaltia durant l'embaràs. Tant les dones del grup d'AN com les de BN presentaven un IMC més baix que el grup control. També van destacar que l'augment de pes va ser relativament inferior comparat amb el grup control, degut a una conducta restrictiva i major freqüència d'anèmia.

Favaro et al. 2006 (46) en el seu estudi per a mesurar el risc de recaiguda dels TCA durant la gestació en dones que ja tenien història prèvia, es va objectivar que tant en el grup de mares amb AN i BN havien tingut un percentatge més elevat d'infarts de placenta (7% vs 1%).

De manera contrària a les afirmacions de Favaro et al. 2006 (46), un estudi de Steward et al. 1987 (47) conclou que les dones amb trastorns alimentaris que estaven en remissió parcial en la concepció, van tenir un augment de pes matern i del nadó més gran i puntuacions d'Apgar de 5 minuts més altes que les dones que van concebre mentre encara tenien símptomes d'anorèxia nerviosa o bulímia.

4.3.2. Conseqüències en el fetus

Respecte al nadó són diverses les complicacions que es poden donar. Les mares amb AN són més propenses a tenir nadons més petits en quant a pes i talla en comparació amb la població general, degut a que durant l'embaràs el guany ponderal tendeix a ser inferior als límits establerts.

A Espanya el Ministeri de Sanitat recomana un increment de pes d'entre 6 i 12 kg i especifica que les dones amb baix pes haurien d'augmentar més kilograms per recuperar el seu estat nutricional (48).

Quan els trastorns de la conducta alimentària es troben actius durant la gestació hi ha més prevalença de malformacions facials congènites, defectes del tub neuronal, creixement intrauterí menor segons l'edat gestacional, una puntuació inferior en el test de Apgar als 5 minuts de vida i també s'observen perímetres abdominals i cranials en percentils baixos així com microcefàlia, especialment en nadons de mares amb AN. Aquestes conseqüències tenen més prevalença conforme l'IMC de la mare disminueix, intensificant-se en els casos de dones amb un $IMC < 20$ (45).

La microcefàlia en el nadó pot ser deguda als nivells elevats de cortisol en la sang materna, degut a l'estrès que provoca el trastorn, i que afecten de manera directa en el desenvolupament cerebral del fetus (45).

La manca de nutrients essencials pot derivar en una deterioració del desenvolupament del SNC i cerebral, així com una insuficiència d'oxigen per la volta de cordó umbilical, de la qual es parla en l'estudi de Favaro et al. 2006 (46), pot donar problemes respiratoris i cardíacs i augmenta la possibilitat d'hipòxia isquèmica en el nadó.

En l'estudi també es conclou que durant el puerperi els nounats de mares anorèxiques tenen taxes més elevades d'hipotèrmia, hiporeactivitat, hipotonia, problemes cardíacs i necessitat d'oxigenoteràpia (46).

4.3.3. Relació materno-filial

La maternitat comporta un canvi de rol en la mare el qual va acompanyat molts cops de noves pors i inseguretats. En les mares que es veuen afectades per aquests trastorns,

aquestes inseguretats moltes vegades es veuen intensificades i el nou rol en la maternitat es pot veure afectat (48).

En diferents estudis s'ha pogut observar que l'estrès que provoca el puerperi les fa més vulnerables a la depressió postpart i que són més propenses a tenir trastorns afectius, la qual cosa afecta la relació amb el nadó als 3 mesos des del naixement en un 90% de les dones amb AN. Quan els fills arriben a l'edat d'1 any les mares porten un control més estricte amb el joc i són més crítiques amb l'alimentació (49, 50).

Els nens amb mares amb TCA tendeixen a tenir un pes més baix en comparació a la població general, el qual va correlacionat amb la preocupació de la mare per l'aparença física, en especial amb les filles (49, 50).

Quan els fills es troben en la primera infància, ja comencen a instaurar-se conductes i esquemes com la restricció calòrica i la rigidesa en les regles d'alimentació, com ara prohibir llaminadures i aperitius entre àpats. Arran d'aquests intercanvis comunicatius amb la mare, els nens mostren una desregulació dels ritmes alimentaris i molts cops es neguen a menjar. Aquests conflictes al voltant del menjar i l'alimentació posen en compromís el creixement i el desenvolupament dels nens (50).

En l'estudi de Koubaa et al. 2008 (51), s'identifiquen alteracions en l'adaptació del rol matern en un 92% de mares amb TCA enfront de un 13% en el grup control, sense diferències importants entre els diferents trastorns de conducta alimentària o entre aquelles dones que recauen en la malaltia o no durant l'embaràs. Un 50% de les mares amb TCA asseguraven que havien sigut visitades en centres d'atenció primària durant el postpart per depressió o altres afectacions mentals.

Les dones amb TCA poden arribar a tenir dificultats a l'hora de discernir entre una dieta equilibrada i saludable, i una dieta inadequada per als seus fills. Això és degut a la psicopatologia, ja que l'alimentació és una experiència diària estressant per a elles, i pot fer que hi hagi menys exposició a certs aliments per por a l'increment de pes. Stein et al. 1994 (52) van realitzar un estudi observacional de mares amb TCA amb fills en un rang d'edat entre 12 i 24 mesos, mentre jugaven al domicili i a l'hora de menjar. La investigació va concloure que aquests nens tenien un pes més baix que els nens amb mare sense trastorns d'aquest tipus, aquest pes estava relacionat amb la intensitat de la preocupació que sentia la mare pel seu cos i la quantitat de conflictes que es donaven durant els àpats.

En contraposició, Reba-Harreleson et al. 2010 (53), expliquen que les mares amb trastorns alimentaris, al tenir fills, deixen de banda certs hàbits no saludables, per por de transmetre algun tipus de trastorn de la conducta alimentària als seus nens. Per aquest motiu elles mateixes intenten eliminar conductes perjudicials i fan un esforç per crear una atmosfera adequada i agradable al voltant de l'alimentació.

4.3.4. Període postpart

Durant el puerperi s'experimenten molts de canvis, s'adquireix un nou rol en la vida de la mare, hi ha grans variacions hormonals, pèrdua de son i la nova responsabilitat de cuidar d'un nou ésser viu. Tots aquests factors nous poden propiciar que la dona amb antecedents d'AN i BN experimenti una recaiguda. La bibliografia descriu que les recaigudes durant aquesta etapa de la vida van en augment, especificant que un 22% d'aquestes dones recauen durant l'embaràs i el postpart (45).

L'increment de pes propi de l'embaràs pot afectar al trastorn alimentari de la dona, així com augmentar el risc de depressió postpart. Després del naixement pot haver un desig intens de perdre pes i es poden iniciar o reiniciar dietes restrictives en dones amb AN. Els hàbits i les conductes alimentàries sovint solen regular les emocions negatives i l'estat d'ànim, afavorint la depressió postpart i incrementant el risc de recidiva de simptomatologia dels TCA en mares vulnerables (54).

4.3.5. Abordatge prenatal de la infermeria obstètrica en la gestant amb diagnòstic previ de TCA

La situació actual, en relació amb les pautes que cal seguir per part de la infermera obstètrica en aquest tipus de pacients, es troba molt escassa. Les raons són diverses, entre d'elles, és la concepció del trastorn alimentari com una patologia que recau únicament en la salut mental, i no en l'obstètrica. A més a més, les troballes no sempre es troben en un format accessible i comprensible per als usuaris. I finalment, el fet que la publicació de la investigació, no significa directament la posada en pràctica per part dels facultatius. Així mateix, actualment la infermera obstètrica fa un abordatge d'acord amb les recomanacions pròpies, de diverses fonts de literatura (7).

Existeix una incoherència literària envers l'abordatge que cal realitzar, donat que un gran nombre de casos manté la remissió, o hi ha una disminució de la simptomatologia. Un altre percentatge molt escàs, no pateixen canvis durant l'embaràs. I el restant, força considerable, experimenten una recaiguda en els comportaments propis del trastorn alimentari. La raó d'aquesta exacerbació és deu a l'ansietat per l'augment de pes i la modificació de la imatge corporal, que afecta com a desencadenant dels comportaments psicopatològics. Així mateix, els fills d'aquestes gestants van néixer amb menor pes, i puntuacions d'Apgar als 5 minuts inferiors (7).

D'altra banda, la millora en la simptomatologia, es dona fins en un 70% dels casos, i varia des de la disminució de les restriccions, fins a l'anul·lació dels comportaments purgatius. En aquest alt percentatge de casos, com ja s'ha comentat, van néixer fills amb puntuacions superiors de Apgar als 5 minuts i major pes al néixer. Es creu que aquesta millora, es deu a la motivació que el factor protector propicia, fent que la mare senti la necessitat de proveir una alimentació adequada per al correcte desenvolupament del seu fill. Tot i això, també es coneixen casos, que recauen en els comportaments del trastorn durant el període postpart, moltes vegades amb major intensitat (47).

Altrament, donada la gran evidència d'efectes adversos per al fetus i el naixement del nounat, i les conseqüències en la salut reproductiva de la dona, els trastorns alimentaris són una psicopatologia que afecta directament al camp de la infermeria obstètrica. En l'actualitat, no existeix una guia clara que mostri les recomanacions basades en l'evidència científica per a professionals obstètrics, sinó únicament per a l'abordatge per part del facultatiu de salut mental. Per aquesta raó, les següents indicacions estan adaptades a la llevadora, que treballa amb aquest sector de la població (47).

En primer lloc, cal tenir en compte que a la consulta obstètrica, la gestant amb un trastorn de tipus restrictiu, possiblement pot alertar a la infermera de la sospita d'un trastorn alimentari, i propiciar una investigació activa al respecte. D'altra banda, la gestant amb un trastorn de tipus purgatiu, per les característiques del trastorn, les dones acostumen a mantenir un pes visualment "saludable", i pot passar desapercebut amb molta més facilitat (47).

En segon lloc, per les característiques clíniques i criteris diagnòstics, juntament amb les conseqüències fetals i neonatals que poden donar-se, cal tenir en compte tres punts clau en l'atenció obstètrica (7, 47):

- A causa de la psicopatologia, la gestant pot no tenir consciència o negar-se a acceptar que pateix un trastorn alimentari, fet que propicia que passi inadvertit durant les consultes obstètriques.
- El trastorn pot experimentar-se amb sentiments de vergonya i culpa, i la seva revelació pot no succeir sense una investigació motivada, per part de la infermera clínica.
- La patologia no sempre és visible, com ja s'ha comentat, i aquest fet implica que la infermeria obstètrica, ha d'incloure avaluacions estandarditzades, per tal d'assegurar que tota gestant que acut a consulta, no té perill de patir durant l'embaràs i postpart, un trastorn alimentari que pugui perjudicar a la mare i al seu fill.

Així mateix, per les raons comentades anteriorment, són necessaris diversos canvis en la pràctica clínica. D'una banda, la recopilació d'informació reproductiva passada de la gestant, permet la detecció d'un possible trastorn alimentari. Addicionalment, avaluar el patró menstrual, i preguntar períodes perllongats d'amenorrea (superior a 3 mesos), suggereix períodes llargs d'inanició i/o haver patit en el passat un pes corporal no saludable. Finalment, conèixer l'impacte sobre la gestant, dels pesos periòdics a consulta, també pot propiciar la investigació activa, donat que la persona que pateix un trastorn alimentari, viu aquest fet com una experiència força estressant (7,47).

Per afegiment, donada la vergonya i la negació que caracteritzen els trastorns alimentaris, l'interrogatori directe, en base a preguntes clares i enfocades, és essencial per a la seva detecció a consulta. Addicionalment, parlar amb la gestant sobre la seva experiència, passada i actual, amb l'alimentació, pot fer sospitar a la infermera de l'existència d'un trastorn alimentari, a l'hora que dona peu a preguntes més específiques d'aquest (7).

Exposada l'anterior informació, juntament amb les taules 10 i 11 (veure annex 8), les funcions de la infermera obstètrica s'engloben en educació sanitària, suport emocional, i motivació cap al canvi.

En els casos de les gestants que augmenten o mantenen la simptomatologia del trastorn alimentari, la infermera clínica ha de brindar educació sanitària, en aspectes de desenvolupament i creixement fetal, fent ús d'imatges i/o models per il·lustrar la progressió "normal" del nounat, i reforçar la necessitat de la mare a modificar els comportaments alimentaris inadequats.

Adicionalment, diversos estudis analitzats proposen utilitzar el qüestionari SCOOF (veure annex 9) a l'avaluació inicial de la dona embarassada, ja que la fi d'aquesta eina és identificar si actualment el trastorn és present (55, 56, 57).

Consta de 5 preguntes, cadascuna té dues respostes possibles (si/no). Una puntuació igual o >2 suggereix risc de TCA (55).

Aquesta eina pot brindar idees sobre possibles preguntes que es poden fer durant les consultes davant la impressió de no tenir la capacitat o temps necessari per fer un examen complet durant una visita rutinària (57).

A més, es suggereix que es pot fer servir el qüestionari Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (veure annex 10), ja que proporciona avaluacions de la psicopatologia dels TCA i els comportaments associats mitjançant l'exploració dels hàbits alimentaris, l'autoimatge i les regles alimentàries (56,57).

En conclusió, per atendre a una gestant amb diagnòstic previ de trastorn alimentari, és necessari un abordatge col·laboratiu per a la cura de la nutrició, amb dietistes, nutricionistes, i altres especialistes que garanteixin una bona ingesta calòrica per a la gestant. A més a més, la infermera obstètrica ha de reforçar positivament l'augment de pes de la gestant, a l'hora que ha de debatre aspectes del desenvolupament del seu fill, amb l'objectiu d'augmentar la seva motivació en mantenir un pes adequat i acceptar els canvis en la seva imatge corporal. Finalment, La infermera obstètrica ha de brindar especial atenció a l'aparició d'hiperèmesi gravídica, i permetre la distinció entre el comportament pròpiament patològic, i la simptomatologia que pateix un gran nombre de gestants durant el primer trimestre. Adicionalment, s'ha observat que les gestants amb simptomatologia purgativa abans de l'embaràs, poden patir molta angoixa amb aquests episodis, i experimentar-los com a recaiguda, i no com a un símptoma del seu embaràs. En aquests casos és essencial el suport emocional i l'educació sanitària (7,47,55,56,57).

4.3.6. Abordatge puerperal de la infermeria obstètrica en la gestant amb diagnòstic previ de TCA

Com ja s'ha comentat, durant el període postnatal, apareixen nous reptes i responsabilitats que, en les gestants que pateixen o han patit un trastorn alimentari, poden no assolir de la manera adequada, o tenir majors dificultats per fer-ho.

Per aquesta raó, les converses obertes sobre nutrició infantil amb la mare, poden ajudar a que s'adapti amb més facilitat al nou rol. A més a més, la infermera ha de permetre que la mare diferenciï la nutrició del seu fill de la seva, ja que en aquest nou rol passa a tenir un paper actiu, i pot resultar un gran repte, en funció de la gravetat del seu trastorn alimentari. Tampoc pot suposar que la mare sabrà com i quan ha d'alimentar al seu fill. L'educació sanitària és essencial, donada la vergonya i/o la por associades al trastorn alimentari. Mostrar a la mare que el procés postnatal és un camí ple de reptes i èxits, alhora que es faciliten les estratègies adaptatives per l'afrontament, ajuden a disminuir o reemplaçar el trastorn com a mecanisme d'afrontament. Finalment, considerar les demandes del nou rol i proporcionar xarxes de suport, pot augmentar la confiança i seguretat de la mare, en comptes del judici propi.

Per concloure, durant el període gestacional i postnatal, és necessari que la infermera obstètrica proporcioni un abordatge integral, amb un tractament col·laboratiu amb nutricionistes, psicòlegs, psiquiatres... per a la mare i el nounat. Les àrees complementàries han d'integrar-se a la pràctica obstètrica, i oferir una assistència més adequada, que pot brindar-se amb els especialistes (7).

5. METODOLOGIA

5.1. Tipus de disseny

Per tal de donar resposta a la nostra pregunta d'investigació, vam dur a terme una revisió bibliogràfica sistemàtica. Aquest tipus de disseny és un mètode rigorós i exhaustiu per identificar, avaluar i sintetitzar tota l'evidència rellevant disponible sobre un tema o una pregunta de recerca específica. Dintre de la nostra professió, la infermeria, hi ha una actualització constant de l'evidència científica en gairebé tots els àmbits que aquesta ciència de la salut inclou. Per aquest motiu, aquesta metodologia té una gran importància, ja que ens ajuda a tractar un tema de manera objectiva i crítica, i ens permet complementar la pràctica clínica amb una base de coneixements actualitzada i rigorosa.

La revisió sistemàtica es duu a terme seguint un protocol predefinit que inclou la formulació d'una pregunta de recerca clara, la identificació i la selecció d'estudis rellevants, l'avaluació crítica de la qualitat metodològica dels estudis inclosos, l'extracció de dades i la síntesi dels resultats.

Aquest procés es realitza de forma sistemàtica i transparent, per minimitzar els biaixos i maximitzar la validesa i fiabilitat dels resultats.

La revisió bibliogràfica sistemàtica s'utilitza sovint a la investigació científica, ja que es considera un mètode rigorós i fiable per sintetitzar i resumir l'evidència disponible sobre un tema específic. Aquesta pot incloure metaanàlisi, que és una anàlisi estadística que combina els resultats de múltiples estudis per proporcionar una estimació més precisa dels efectes d'una intervenció o tractament (58).

5.2. Mostra d'estudi

Aquesta revisió es va realitzar durant el període de desembre de 2022 a febrer de 2023, a les bases de dades Pubmed, Google Scholar i ScienceDirect. A l'inici es va plantejar la base de dades Cinahl, però tenint en compte els pocs articles obtinguts, vam substituir-la per Google Scholar.

La investigació es va centrar en articles que tractessin l'abordatge que ha de dur a terme el professional obstètric-ginecològic en una gestant amb trastorn de la conducta alimentària en remissió parcial. Es van seleccionar acuradament aquells articles més rellevants en relació amb l'objectiu d'estudi.

Inicialment, es va limitar l'anàlisi als últims 10 anys, però donada la manca d'articles amb aquesta característica, es va decidir ampliar aquest criteri d'inclusió fins a l'any 2000. La recerca es va fer en anglès, per ser la llengua de les bases de dades seleccionades, encara que, en aquestes, es van incloure articles en anglès i castellà. A més a més, es va acordar que un mínim del 50% dels articles a seleccionar, havien de ser investigacions publicades en revistes internacionals, i per aquesta raó, l'idioma més utilitzat en la recerca va ser l'anglès.

5.3. Instruments

PRISMA 2020 és una eina essencial per dur a terme revisions bibliogràfiques sistemàtiques. Aquesta eina ens ha proporcionat un conjunt de directrius i

recomanacions per garantir que les revisions bibliogràfiques siguin realitzades de manera transparent, rigorosa i reproducible.

La utilitat de PRISMA 2020 rau en el fet que permet als investigadors realitzar una avaluació crítica dels estudis inclosos en la revisió i garanteix que els lectors puguin comprendre i avaluar adequadament els resultats de la revisió. A més, PRISMA 2020 ajuda els autors de la revisió a assegurar que han considerat tots els estudis rellevants, que han avaluat el risc de biaix de cada estudi i que han sintetitzat els resultats de manera efectiva.

En definitiva, PRISMA 2020 és una eina fonamental per fer revisions bibliogràfiques sistemàtiques rigoroses i transparents, i garanteix que els resultats d'aquestes revisions puguin ser utilitzats per prendre decisions a la pràctica clínica i la recerca (59).

5.4. Procediment

La base de dades utilitzada principalment va ser Pubmed, ja que és una xarxa de ciències biomèdiques d'accés lliure de la Biblioteca Nacional de Medicina dels Estats Units, i la seva biblioteca consta de més de 4 milions d'articles científics.

Per tot això, Pubmed va ser la primera base de dades escollida per fer la recerca bibliogràfica. Mitjançant la combinació final, esmentada anteriorment, es van obtenir 44 articles. Després de fer la lectura del títol i resum, es van excloure 31 articles. Els 13 articles restants, escollits per la seva idoneïtat amb l'objectiu d'estudi, van ser filtrats a partir de la lectura crítica del text complet. Així mateix, després de la lectura crítica, es van excloure 4 articles, i 9 van resultar filtrats. Es van excloure 8 articles segons el tipus d'estudi, ja que no eren investigacions originals. Finalment, a la base de dades Pubmed, d'acord amb els criteris esmentats anteriorment, es va seleccionar 1 article final.

D'altra banda, durant el procés de recerca, van sorgir altres investigacions, referenciades als articles obtinguts anteriorment, que complien els criteris establerts. Per tant, previ a la lectura crítica dels articles, es va decidir afegir de manera manual 7 investigacions. D'aquests articles, després de l'anàlisi exhaustiu se'n van descartar 3, doncs, manualment es van afegir 4 articles.

A continuació es va utilitzar la base de dades ScienceDirect, la qual combina publicacions científiques, tècniques i mèdiques, i també ofereix el text complet de

revistes científiques publicades a Elsevier i capítols de llibres. En aquesta recerca es van combinar els termes "pregnancy", "eating disorders", "midwife" i "management", intercalats amb l'operador booleà "AND". A més a més, es va seleccionar l'opció de filtrar per "Research articles", per assolir documents d'investigació. Amb aquesta estratègia es van obtenir 272 resultats, dels quals mitjançant la lectura del títol se'n van descartar 269. Un cop vam llegir els resums dels 3 articles seleccionats, únicament un, era una investigació primària. Finalment, després de realitzar una lectura crítica de l'article es va decidir incloure'l dintre de la revisió bibliogràfica sistemàtica.

Durant aquest període de recerca d'articles d'investigació, es van trobar diverses revisions bibliogràfiques sobre el tema, les quals van ser utilitzades, en cas de considerar-ho adient, per trobar articles de fonts primàries que poguessin ser útils, revisant els articles citats. Fruit d'aquestes comprovacions, finalment es va seleccionar un article, el qual va ser buscat mitjançant recerca lliure en la base de dades Google Scholar.

Vam crear el diagrama de flux que indica el procés de selecció bibliogràfica del projecte (veure annex 11).

5.5. Variables

Les variables de recerca es van classificar segons els temes més rellevants per a dur a terme la revisió i procedir a la recerca bibliogràfica. Es van dividir en els següents grups per conceptes, els quals van ser extrets de la metodologia PICO, i van ser associats a diverses paraules clau:

Taula 3: Paraules clau classificades per conceptes:

Font: Elaboració pròpia

Concepte de gestació	Gestación, embarazo, maternidad, puerperio
Concepte de TCA	Anorexia nerviosa, bulímia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria, remisión, remisión parcial, antecedentes

Concepte infermeria gineco-obstetra	Enfermería, enfermera, matrona, comadrona, enfermera obstetrica, enfermera gineco-obstetra, enfermera obstetra, enfermera obstetrica
Concepte abordatge	Abordaje, seguimiento, soporte, control

Les paraules clau resultants van ser traduïdes a l'anglès i, mitjançant els tesaures DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) i MeSH (Medical Subject Heading), van resultar els següents descriptors:

- “trastornos de la conducta alimentaria/ eating disorders”
- “anorexia nerviosa/ anorexia nervosa”
- “bulímia nerviosa/ bulimia nervosa”
- “embarazo/ pregnancy”
- “puerperio/ puerperium”
- “complicaciones/ complications”
- “ganancia de peso/ weight gain”
- “nutrición/ nutrition”
- “posnatal/ postnatal”
- “enfermería/ nursing”
- “matrona/ midwife”

Pel que fa als operadors booleans emprats, van utilitzar “AND” i “OR”. D'altra banda, el buscador “NOT”, util per excloure els articles que contenen el terme darrere del mateix operador, no va ser utilitzat. L'operador “AND” va ser seleccionat per a proporcionar articles més específics a l'objectiu del projecte, i el buscador “OR”, va ser emprat per a englobar paraules que designen el mateix terme, com es el cas de “anorexia nervosa OR bulimia nervosa OR eating disorders”.

Els descriptors mostrats anteriorment, van ser combinats entre ells, i la distribució amb més resultats obtinguts va ser: *((gestation) OR (pregnancy)) AND ((anorexia nervosa) OR (bulimia nervosa) OR (eating disorders)) AND ((midwife) OR (nursing)) AND ((care management) OR (disease management))*.

El següent pas que es va realitzar, va ser la selecció dels criteris de selecció dels articles a investigar:

Criteris d'inclusió:

- Tipus d'estudi: Investigacions originals o fonts primàries (articles qualitius, articles quantitius, tesis doctorals, manuscrits)
- Idioma: castellà i anglès
- Anys: 2000-2022
- Població d'estudi: gestants amb diagnòstic previ de trastorn de la conducta alimentària
- Regió on es realitza la investigació: qualsevol continent

Criteris d'exclusió:

- Investigacions secundàries i terciàries
- Altres idiomes que no siguin castellà i anglès
- Investigacions prèvies a l'any 2000
- Articles sense accés al text complet

Finalment, les estratègies de recerca utilitzades en les diferents bases de dades van ser les següents:

Taula 4: Estratègies de recerca segons la base dades + articles totals i seleccionats:

Font: Elaboració pròpia

Base de dades	Estratègia de recerca	Nº d'articles	Nº d'articles seleccionats
Pubmed	((<i>gestation</i>) OR (<i>pregnancy</i>)) AND ((<i>anorexia nervosa</i>) OR (<i>bulimia nervosa</i>) OR (<i>eating disorders</i>)) AND ((<i>midwife</i>) OR (<i>nursing</i>)) AND ((<i>care management</i>) OR (<i>disease management</i>))	44	1 + 5 manuals
ScienceDirect	TERMS: pregnancy AND eating disorders AND midwife AND management ARTICLE TYPE: Research articles	272	1
Google Scholar	Recerca manual: Pregnancy, motherhood and eating disorders: a	1	1

	qualitative study describing women's views of maternity care		
--	--	--	--

5.6. Limitacions

Inicialment, es va plantejar el projecte de recerca com un cas clínic. Segons la llei 41/2002, del 14 de novembre, reguladora bàsica de l'autonomia del pacient i drets i deures en matèria d'informació i documentació clínica, l'article 7.1 d'aquesta llei, decreta que tota persona té dret que es respecti el caràcter confidencial de les dades referents a la seva salut, i que ningú hi pugui accedir sense autorització prèvia. Per aquesta raó, no va ser possible el plantejament inicial, pel que es va haver de dur a terme el projecte mitjançant una revisió bibliogràfica (60).

Adicionalment, vam contactar amb dues docents de la universitat, especialistes en l'àmbit assistencial de la salut mental, per tal de preguntar si tenien constància d'algun cas adient per al nostre treball. Va resultar ser un carrer sense sortida, donat que ni elles ni nosaltres, coneixíem cap pacient que poguéssim emparar per a la nostra investigació. Cal destacar, que molts cops aquestes dones no tenen consciència del trastorn i, per tant, això dificulta la detecció de casos.

En segon lloc, donada la manca de resultats basats en l'evidència científica, per carència d'investigació en l'àmbit d'estudi, ens vam veure condicionades a ampliar els criteris d'inclusió del nostre projecte. És a dir, inicialment vam plantejar que l'objectiu principal seria conèixer com es trobava la situació actual, envers l'abordatge obstètric que es realitza a les gestants amb anorèxia nerviosa. No obstant això, degut als pocs resultats que vam obtenir, la mostra va haver d'ampliar-se a les gestants amb trastorns alimentaris, incloent-hi la bulímia nerviosa.

A més a més, a causa d'aquesta manca d'investigació, vam haver de modificar els criteris d'inclusió, ja que amb els criteris inicials, no vam aconseguir els resultats necessaris per a assolir l'objectiu plantejat. Els criteris a l'inici van ser:

- Tipus d'estudi: fonts primàries o investigacions originals (revistes, tesis doctorals, manuscrits, estudis qualitius, estudis quantitius)
- Idioma: català, castellà i anglès
- Anys de publicació: articles <5 anys
- Mostra: gestants amb diagnòstic previ d'anorèxia nerviosa

- Regió: Europa

Després de fer diverses recerques en les diferents bases de dades, van haver de modificar-se els anys de publicació, l'idioma, la mostra i la regió. Els criteris d'inclusió finals comprenen articles publicats des del 2000, en castellà o anglès, en gestants amb diagnòstic previ de TCA, a qualsevol continent.

També cal tenir en compte que una limitació important va ser l'accés privat als articles. Molts estudis que vam trobar, tant per al marc teòric com per als resultats, eren privats i no podíem accedir amb el Sabidi. Algun cop, degut a la rellevància de l'article, vam demanar accés contactant amb el CRAI, des d'on ens facilitaven la lectura del text.

6. RESULTATS

Es van seleccionar un total de 7 estudis, els quals complien els criteris d'inclusió i exclusió establerts. A continuació, es mostren els articles triats després de dur a terme la revisió bibliogràfica sistemàtica.

Article I

Títol	“Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach” “Barreres per identificar els trastorns alimentaris a l'embaràs i al puerperi: un abordatge qualitatiu”
Autor, revista de publicació, any	Bye A., Shawe J., Bick D. BMC pregnancy and childbirth, 2018
País	Londres, Regne Unit
Tipus d'estudi	Estudi qualitatiu, entrevistes
Mostra	Estudi 1: 101 gestants amb diagnòstic previ de TCA Estudi 2: 33 professionals obstètrics
Resultats	Estudi 1: les gestants van ressaltar millores en la simptomatologia del TCA durant l'embaràs. No obstant, el 63% de la mostra van patir algun símptoma propi del trastorn, els més comuns van ser la restricció calòrica i els afartaments. Només un 26% de la mostra va revelar el seu trastorn al professional de la salut referent, en la seva atenció prenatal. Els resultats ressalten cinc ítems, percebuts per les dones, envers a les

	<p>barreres en la identificació d'un TCA durant l'embaràs: estigma, falta d'oportunitat, preferència per l'autocura, simptomatologia actual del TCA i consciència del trastorn.</p> <p>Estudi 2: S'identifiquen quatre temes envers a les barreres de detecció d'un TCA durant l'embaràs, per part del personal obstètric: limitacions del sistema, reconeixement del rol, actituds personals i tabú dels trastorns alimentaris</p>
<p>Conclusions</p>	<p>Realitzar una millora en l'educació i capacitació de professionals en la detecció dels TCA, pot afavorir a la reducció de l'estigma i augmentar la confiança del professional en la identificació del TCA</p>

L'article seleccionat, ens mostra les barreres que troben les gestants, i la infermera obstètrica a l'hora de detectar un possible TCA a consulta. Per una banda, les embarassades destacaven com a principal barrera, l'estigma i el tabú que gira entorn dels trastorns de la conducta alimentària, entre altres factors com; la preferència per l'autocura en la seva imatge corporal, la simptomatologia activa, i la consciència de la malaltia. D'altra banda, la infermera obstètrica distingia com a principal barrera, la manca de coneixements entorn dels trastorns alimentaris i al seu abordatge, entre altres agents com; l'estigma, les actituds personals i el reconeixement del rol.

Aquesta investigació, donava visibilitat a la necessitat de formar als professionals en aquest àmbit, per tal de poder detectar la presència de conductes de risc en relació amb l'alimentació i el pes durant l'embaràs i, per tant, per a poder oferir una atenció especialitzada a aquest tipus de pacients. En aquest estudi qualitatiu les dones entrevistades identificaven diversos factors que dificultaven la detecció dels TCA en aquest període, dels quals dos, estaven relacionats directament amb el personal sanitari. Per una banda, la presència de l'estigma, ja que elles mateixes expressaven que tenien por de sentir-se jutjades pels professionals, sigui pel seu estat físic o perquè la presència d'un trastorn pogués derivar en l'actuació d'altres serveis per a la protecció del nadó. D'altra banda, destacaven la manca d'oportunitats a l'hora de poder parlar obertament d'un trastorn de la conducta alimentària amb el seu referent. Sentien que no

se'ls preguntava suficient sobre el tema i, per tant, no se'ls donava peu a plantejar les seves inquietuds.

Paral·lelament a l'opinió de les dones gestants, també es va entrevistar a professionals obstètrics, els quals percebien que havien rebut una formació molt escassa sobre els TCA relacionats amb la gestació. Algunes llevadores van explicar que els coneixements sobre els TCA els havien obtingut de l'aprenentatge autodirigit i adquirit en la pràctica clínica.

La investigació evidenciava una manca important de coneixements envers aquest tema, alhora que els professionals obstètrics no tenien les eines suficients per a abordar aquestes situacions. Aquest fet provenia de l'estigma al voltant de les conductes alimentàries de risc, sobretot quan qui les duia a terme estava gestant un nadó. Tot plegat feia que el professional no examinés aquesta possibilitat durant l'embaràs, alhora que la gestant tampoc establí una relació de confiança amb els seus referents sanitaris, per a explicar les seves inquietuds, pors i inseguretats (61).

Article II

Títol	“The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study” “L'experiència de dones amb trastorn alimentari al període perinatal: un estudi meta-etnogràfic”
Autors, revista de publicació, any	Fogarty S., Elmir R., Hay P., Schmied V. BMC pregnancy and childbirth, 2018
País	Austràlia
Tipus d'estudi	Anàlisi meta etnogràfic
Mostra	11 articles amb un total de 94 gestants amb TCA previ a l'embaràs
Resultats	S'identificaven dos temes clau: durant l'embaràs, les gestants sentien que “navegaven per un nou trastorn”, i durant el període perinatal, indicaven sentir “la volta al vell trastorn alimentari”. “Nou trastorn”: lluitaven per canviar el pes i la forma del seu nou cos, nous sentiments de pèrdua de control i una gran inestabilitat entre els desitjos de nodrir-se i cuidar del seu fill, i restringir les ingestes. Algunes dones van experimentar el seu cos des d'una perspectiva nova i positiva, sentint un canvi

	<p>positiu en la imatge corporal i els hàbits alimentaris, i descobrint un nou cos per e estimar.</p> <p>“Vell trastorn”: durant el postpart i puerperi, van patir un desig intens de tornar al pes previ a l'embaràs, i un impuls per iniciar els antics i còmodes comportaments propis del trastorn alimentari. Aquests desitjos van influir en les seves eleccions d'alimentació per al seu nounat. La forma i el pes corporal durant el postpart, es percebien com a repulsius i pertorbadors, i s'acompanyaven de molta ansietat. Això les conduïa a una situació molt angoixant, on les dones amb un TCA previ a l'embaràs, es tronaven molt vulnerables a una recaiguda.</p>
<p>Conclusions</p>	<p>Destacaven la incidència de recaiguda envers als comportaments i pensaments propis del trastorn previ a l'embaràs. Ressaltaven la dificultat emocional associada al trastorn durant l'embaràs, però també la gran oportunitat per a la intervenció i acceptació contínua dels canvis en la imatge corporal. Van concloure que cal més recerca envers a les experiències i l'efectivitat de les intervencions terapèutiques específiques, dirigides a les gestants amb un trastorn alimentari, durant el seguiment i postpart.</p>

L'article de Fogarty S. et al. 2018, parla de les sensacions de la gestant amb diagnòstic previ de TCA durant el seu embaràs i puerperi. Per una banda, destacaven haver experimentat el seu procés gestacional, com la vivència d'un nou trastorn; viscuda com la dualitat entre el desig de mantenir el seu pes i imatge corporal, anteriors a l'embaràs, alhora que, eren conscients de la necessitat de canviar els comportaments patològics, per tal de nodrir al seu fill i en conseqüència, alimentar-se adequadament i sense restriccions.

D'altra banda, mencionaven la “tornada al vell trastorn” després del part. La imatge corporal posterior al part, causava molta angoixa, provocant sentiments de repulsió i aversió. Com a conseqüència, van sentir que, un cop nascut el seu fill, apareixia una necessitat imperiosa de tornar a tenir el cos previ a la gestació, i en molts casos, actuaven patològicament per aconseguir-ho. Addicionalment, en una gran quantitat de casos, les conductes pròpies del trastorn, afectaven en l'alimentació dels nounats, ja

que les mares s'imposaven certs aliments "prohibits", també sobre la dieta dels seus fills (62).

Article III

Títol	<p>"The experience of pregnancy in women with a history of anorexia nervosa: an interpretive phenomenological analysis"</p> <p>"L'experiència de l'embaràs en dones amb antecedents d'anorèxia nerviosa: un anàlisi fenomenològic interpretatiu"</p>
Autors, revista de publicació, any	<p>Mason Z., Cooper M., Turner H.</p> <p>Journal of Behavioral Addictions, 2012</p>
País	Regne Unit
Tipus d'estudi	Estudi interpretatiu mitjançant entrevistes qualitatives
Mostra	<p>6 gestants amb antecedents d'anorèxia nerviosa abans del primer embaràs. El focus principal de l'estudi és el primer embaràs.</p> <p>El criteris addicionals són: el fill gran és major de 5 anys, anglès parlat amb fluïdesa i ètnia blanca</p>
Resultats	<p>Van sorgir 4 temes a ressaltar per les mares: Resistència forçada de l'anorèxia nerviosa, el jo poc valorat, el nou territori i sentir-se distanciada.</p>
Conclusions	<p>Resistència forçada de l'anorèxia nerviosa: el comportament patològic tendia al canvi durant la gestació, però els símptomes cognitius i emocionals encara eren alts. Addicionalment, les mares que van iniciar la gestació amb simptomatologia activa, destacaven haver estat molt decidides a retornar a la conducta d'AN després del part.</p> <p>El jo poc valorat: Durant l'embaràs lluitaven per distingir entre estar grassa i estar embarassada. Tot i així, tendien a desvaloritzar-se a elles mateixes i donar un gran valor als seus nadons no nascuts.</p> <p>El nou territori: La nova experiència de la gestació i els canvis que suposa, els feia sentir que havien perdut el control amb el pes i l'alimentació. Encara que sentien que elles i els nadons compartien un mateix cos, i això les responsabilitzava de nodrir-se correctament.</p>

	Sentir-se distanciada: La majoria van tenir poc o cap suport professional o informal. Les dones expressaven que volien un suport professional pràctic, amb consells dietètics, suport en la lactància materna i recolzament emocional i psicològic.
--	---

Aquest article exposa l'experiència de diverses mares que van patir un TCA durant el seu embaràs. Destacaven quatre aspectes claus. Per una banda, la resistència forçada al trastorn alimentari; és a dir, les dones declaraven haver disminuït els comportaments psicopatològics durant l'embaràs, però la simptomatologia cognitiva i emocional continuava sent molt present. Addicionalment, les mares que van quedar-se embarassades en estat actiu de la simptomatologia, ressaltaven haver estat molt decidides a retornar a les conductes patològiques després del part. Es va mostrar que l'angoixa i la pressió imposada per les mares per tornar al cos previ a l'embaràs, es va viure com una gran dificultat emocional associada al trastorn, que propiciava la recaiguda dels comportaments patològics. A més a més, s'afegia que les gestants van experimentar el seu embaràs com un "nou trastorn", descrit com la dualitat entre sentiments de pèrdua de control i inestabilitat entre la restricció alimentària, i el desig intens de nodrir als seus fills no nascuts. Així mateix, durant el postpart i el puerperi, descrivien la volta al "vell trastorn", viscut com un desig per tornar al pes previ a l'embaràs, que provocava un impuls creixent per iniciar els antics i còmodes comportaments propis del trastorn alimentari. Aquests desitjos van fer que la forma i el pes corporal, es percebessin com a repulsius, i provoquessin un estat de molta ansietat i angoixa. A conseqüència d'aquesta situació, les dones amb un TCA previ a l'embaràs, va ser més vulnerables a la recaiguda.

Amb tot això, els resultats indicaven que, segons la gran prevalença en la recaiguda, el període perinatal era una gran oportunitat per a la intervenció i acceptació contínua dels canvis en la imatge corporal. A més a més, els resultats destacaven la necessitat de més recerca entorn a l'efectivitat de les intervencions terapèutiques específiques, realitzades per la infermera obstètrica, durant el seguiment i el postpart.

Per altra banda, les mares destacaven haver experimentat el "jo poc valorat" durant la seva gestació. Aquesta vivència es va descriure com la tendència de les gestants a lluitar per distingir el propi embaràs, del sentiment inadequat d'augmentar de pes i sentir-se grassa. No obstant això, aquest conflicte intern, propiciava que les gestants desvaloritzessin la seva imatge corporal, i atribuïssin gran valor a la salut del seu fill.

Addicionalment, les gestants també destacaven la vivència d'un "nou territori" durant l'embaràs. És a dir, les gestants vivien un nou rol, amb noves responsabilitats, que feien que experimentin l'embaràs com una situació de descontrol pel seu pes i la seva alimentació. No obstant això, les gestants sentien que el seu fill i elles, compartien un mateix cos, i això, les responsabilitzava i incitava a realitzar una bona alimentació, pel desenvolupament adequat del seu fill.

Finalment, indicaven sentir-se distanciades dels professionals de la salut durant el seguiment i postpart. Ressaltaven haver sentit poc o cap suport per part del professional obstètric (63).

Article IV

Títol	<p>“Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy?”</p> <p>“Reconèixer els símptomes: com de comú són els trastorns de l'embaràs?”</p>
Autors, revista de publicació, any	<p>Easter A., Bye A., Taborelli E., Corfield F., Schmidt U., Treasure J., Micali N.</p> <p>International Journal of Eating Disorders, 2013</p>
País	Regne Unit
Tipus d'estudi	Estudi qualitatiu
Mostra	739 dones que acudien a la seva primera ecografia. Es va demanar a una mostra aleatòria de dones que assistien a la clínica prenatal entre març de 2010 i febrer de 2012 que completessin de manera anònima la versió adaptada de l'EDDS (veure annex 10)
Resultats	<p>Durant l'embaràs, 173 dones (23,4%) van puntuar per sobre del tall per preocupació de pes i forma elevats.</p> <p>Les tres dones que complien els criteris d'AN en els 6-12 mesos anteriors a l'embaràs van continuar complint els criteris durant l'embaràs i una participant addicional va complir els criteris d'AN durant l'embaràs.</p> <p>62 dones (8,4%), van declarar haver experimentat afartament amb pèrdua de control (almenys dues vegades per setmana) durant l'embaràs.</p>

	<p>7 dones (0,9%), van informar dejuni, 5 (0,7%) dones van informar de fer ús d'exercici excessiu per a la pèrdua de pes, 8 dones (1,1%), presentaven vòmits autoinduits, i 2 (0,3%), l'ús indegut de laxants o diürètics.</p> <p>Amb l'ús d'un qüestionari diagnòstic en una mostra de dones que assistien a la seva primera cita de seguiment ecogràfic, van detectar que els trastorns alimentaris eren freqüents durant l'embaràs, tot i que eren lleugerament inferiors als símptomes reportats retrospectivament en els 6 a 12 mesos abans de l'embaràs.</p>
Conclusions	<p>La creació d'una eina de cribratge precoç a la consulta obstètrica, podria influir considerablement en la detecció precoç de gestants amb algun símptoma de TCA, i així evitar al màxim les conseqüències associades al trastorn.</p>

Els resultats ens mostren una prevalença de dones amb TCA durant l'embaràs, del 23'4%. Un 8,4% de gestants patien afartaments almenys dues vegades per setmana. El 0,9% realitzaven comportaments restrictius i dejunis perllongats. El 0'7% recorrien a l'exercici excessiu, l'1'1% presentaven vòmits autoinduits i el 0'3% ingerien laxants i/o diürètics.

En aquesta investigació, s'observava la gran incidència de gestants que patien algun tipus de trastorn alimentari. Tot i això, destacaven que els símptomes reportats durant l'embaràs, detectats a la consulta de la llevadora, eren inferiors als reportats fins un any abans de l'embaràs (64).

Article V

Títol	<p>"Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women"</p> <p>"Embaràs: resultat i impacte en la simptomatologia en una cohort de dones amb trastorns alimentaris"</p>
Autors, revista de publicació, any	<p>Blais M., Becker A., Burwell R. et al.</p> <p>International journal of eating disorders, 2000</p>
País	<p>Estats Units</p>
Tipus d'estudi	<p>Estudi prospectiu longitudinal en base a una entrevista semiestructurada administrada cada 6 mesos</p>

Mostra	246 mares amb diagnòstic previ de TCA
Resultats	Es van identificar 54 mares amb simptomatologia activa prèvia a l'embaràs, que van reportar 82 gestacions (46 nascuts vius, 25 avortaments terapèutic i 11 avortaments espontanis). Les dones amb BN van mostrar una disminució de la gravetat de la simptomatologia durant l'embaràs, i es va mantenir durant els 9 mesos posteriors al part. Les dones amb AN també van disminuir els símptomes durant l'embaràs, encara que van recaure als nivells previs a la gestació, als 6 mesos postpart.
Conclusions	S'evidenciava una taxa elevada d'avortaments terapèutics en les gestants amb simptomatologia activa durant l'embaràs. No obstant, destacava una gran incidència de mares amb una reducció general en la gravetat dels símptomes durant la gestació, encara que van recaure durant el període puerperal. La freqüència i temps entre el part i la recaiguda depenia de la gravetat de la simptomatologia prèvia a l'embaràs.

L'article de Blais MA. et al. 2000, parla de la incidència de fills nascuts, avortaments terapèutics, i avortaments espontanis, en 54 mares amb simptomatologia activa prèvia a l'embaràs. Descriuen una gran prevalença d'avortaments terapèutics, descrits com a la interrupció voluntària de l'embaràs abans de la viabilitat del fetus (22 setmanes gestacionals o menys de 500gr), tot i que no s'indicaven les causes.

A més a més, ressaltava la millora en la gravetat de la simptomatologia durant l'embaràs, encara que també descriuen, la gran incidència de les mares, per tornar a les antigues conductes durant el postpart. Addicionalment, la diferència entre el període de recaiguda postpart, variava en funció del tipus de trastorn (65).

Article VI

Títol	"Pregnancy, motherhood and eating disorders: a qualitative study describing women's views of maternity care" "Embaràs, maternitat i trastorns alimentaris: un estudi qualitatiu que descriu la visió de les dones sobre la cura de la maternitat"
Autors, revista de publicació, any	Stringer E., Tierney S., Fox J., Butterfield C., Furber C. Evidence Based Midwifery Journal, 2010
País	Regne Unit

Tipus d'estudi	Estudi qualitatiu mitjançant entrevistes
Mostra	8 dones, entre 17 i 37 anys, embarassades o amb fills menors de 2 anys, que tenien un TCA
Resultats	<p>Durant l'anàlisi de dades detectaven dos temes principals, per una banda, la conscienciació professional, i per l'altra, el tipus d'atenció rebuda.</p> <p>En quant al primer tema, les dones entrevistades expressaven una manca d'empatia i coneixement per part dels professionals obstètrics, els quals no dominaven els trastorns de la conducta alimentària, i com a conseqüència moltes vegades rebien comentaris que resultaven un reforç positiu a les seves conductes compensatòries. Aquestes dones explicaven que es sentien jutjades pels professionals de salut mental, ja que diverses d'elles van escoltar per part dels seus psiquiatres com dubtaven de si realment era el moment de ser mares.</p> <p>Respecte al tipus d'atenció rebuda, alguna entrevistada explicava que durant el primer trimestre no arribaven a tenir la suficient confiança com per a explicar el que els hi estava passant amb el TCA, i que no rebien el suport suficient per a assimilar els canvis que experimentava el seu cos.</p> <p>D'altra banda, aquelles que sí que van revelar que estaven tenint problemes alimentaris, rebien molta més atenció hospitalària ja que es va classificar el seu embaràs com a d'alt risc per l'associació del TCA amb altres patologies mentals. Tot i això, algunes mares sentien que no estaven rebent la suficient atenció per part de la infermera llevadora, i d'altres, al contrari, es sentien més lligades al seu embaràs. Hi ha una entrevistada que explicava que el fet de rebre un control tant seguit propiciava que s'obsessionés amb el pes i acabés autolesionant-se.</p> <p>Un concepte central derivat de l'estudi, va ser la manca de consciència professional dels TCA, que influïa en el tipus d'atenció que rebien les dones i afectava a les seves experiències i comportaments.</p>

Conclusions

Les conclusions de l'estudi eren que es requeria atenció especialitzada en els serveis obstètrics, per a dones gestants amb antecedents de TCA, ja que la comunicació i la manca de coneixements per part dels professionals, podia tenir un impacte negatiu en aquestes pacients, i que per tant, era necessari fer divulgació d'aquestes condicions durant el període de gestació. L'atenció d'aquesta població podria millorar-se amb major consciència i comprensió per part del personal sanitari. Es requeria un enfocament modificat per a certs aspectes de l'atenció a dones amb TCA embarassades o en el període de postpart, per a adaptar-se a les seves necessitats.

Aquest estudi es centra en la vivència de les dones amb trastorns alimentaris durant l'embaràs i la maternitat, i com perceben l'assistència i la cura rebuda per part dels professionals de la salut.

L'article consistia en un estudi qualitatiu, on s'entrevistaven dones que havien experimentat trastorns alimentaris durant l'embaràs i la maternitat. Els resultats de l'estudi indicaven que aquestes dones s'enfrontaven a reptes importants durant el seu embaràs i maternitat, i que sovint es sentien incompreses, jutjades i amb dèficits en l'atenció sanitària.

Els autors també destacaven la necessitat d'una atenció i una cura especialitzades i adaptades a les necessitats de les dones amb TCA durant l'embaràs i puerperi. Els professionals de la salut havien de ser conscients de les complexitats d'aquests trastorns i oferir un suport i una atenció especialitzats.

Finalment l'estudi concloïa destacant la importància de l'educació i la formació per als professionals de la salut en l'atenció a dones amb TCA durant l'embaràs i la maternitat, i emfatitzava la necessitat d'una major consciència i comprensió d'aquestes qüestions dins de l'atenció mèdica i la societat en general (66).

Article VII

Títol

"Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study"
"Trepitjant la corda fluixa entre la maternitat i un trastorn alimentari: un estudi qualitatiu"

Autors, revista de publicació, any	Tierney S., Fox J., Butterfield C., Stringer E., Furber C. International journal of nursing studies, 2011
País	Regne Unit
Tipus d'estudi	Estudi qualitatiu mitjançant entrevistes
Mostra	8 dones, entre 17 i 37 anys, embarassades o amb fills menors de 2 anys, que tenien un TCA
Resultats	<p>Els resultats revelaven tres categories de dones: el grup A semblava incapaç de deixar els comportaments inadequats durant l'embaràs; el grup B era capaç de suspendre'ls, però era vulnerable a una recaiguda després del part; i el grup C, que va renunciar a conèixer el seu pes periòdicament durant els controls d'embaràs i va veure aquest fet, com un punt de partida per finalitzar els comportaments psicopatològics.</p> <p>Dels grups descrits anteriorment, A i B eren massa sensibles a ser percebudes negativament, sentint-se incapaces d'estar a l'alçada de les expectatives imposades per la societat.</p>
Conclusions	<p>Els professionals havien de tenir en compte que es podia fer una inversió positiva a l'àrea obstètrica, quan una dona amb un trastorn alimentari es quedava embarassada; el nen podia ser considerat com algú que l'estimaria pel que és, sense jutjar-ne les deficiències. Això podia explicar una millora del trastorn alimentari, tot i que un aclaparador sentit de responsabilitat, podia resultar un increment dels símptomes o la tornada d'ells. Encara i això, havia pacients que el fet de tenir un nadó, no les ajudava a lluitar contra la malaltia, i per tant no ho vivien com una nova oportunitat de recuperació.</p>

Aquest article basat en un estudi qualitatiu, ens evidencia, mitjançant entrevistes a dones embarassades que han patit un TCA previ al procés gestacional, tres possibles evolucions, les quals es parlen en diversos articles per separat.

Així mateix, aconseguia classificar la mostra en tres grups ben diferenciats. Per una banda, un gran nombre de gestants (grup A) indicaven ser incapaces de disminuir o abandonar els comportaments patològics durant l'embaràs. Un segon grup (grup B) aconseguien suspendre'ls, però tenien més probabilitats de recaure durant el postpart.

I finalment el tercer grup (grup C), que deixava de banda les conductes inadequades, per tal de nodrir al seu fill.

El primer (grup A) i segon grup (grup B), comparteixen sentiments d'impotència envers el que "tothom espera" d'una mare convencional, provocant que es sentissin vulnerables i incapaces d'estar a l'alçada d'aquestes expectatives. El que diferenciava al segon grup del primer, és que aquestes, podien racionalitzar amb si mateixes que havien d'aturar els comportaments inadequats, pel bé del seu nounat.

En contraposició, el tercer grup (grup C), assolía la remissió completa durant la gestació, gràcies al "factor matern protector", viscut com la creença de que el seu nounat l'estimaria pel que és, i no per la imatge corporal que tingués. En base als resultats de la investigació, aquest pensament, suggeria ser la causa de la millora en la simptomatologia del trastorn alimentari, encara que no es descartava la possibilitat de provocar una escalada dels símptomes o la recaiguda d'ells després del part (67).

7. DISCUSSIÓ

Després de fer la selecció dels articles de l'apartat de resultats, i de dur a terme una lectura crítica i anàlisi de cadascun d'ells, hem observat que hi ha aspectes en els quals els autors arriben a diferents conclusions, i aspectes en els que gairebé tots hi coincideixen.

En aquest apartat hem dividit les diferents afirmacions que ens ofereixen els estudis obtinguts en els següents dos punts.

7.1. Impacte positiu-negatiu de l'embaràs sobre el TCA

Arran de dur a terme aquesta investigació, hem llegit diverses afirmacions sobre el que comporta tenir una història prèvia de TCA en el moment en què una mare inicia la gestació del seu nadó. Hi ha articles que conclouen que el fet d'estar gestant un fill produeix un canvi en la mare i s'obre un nou camí cap a la recuperació del trastorn alimentari. De manera contrària, hi ha estudis que evidencien les múltiples repercussions negatives que suposa l'embaràs a la reactivació d'un TCA.

L'article de Easter a. et al. 2013 (article IV) afirma que hi ha presència de trastorns alimentaris durant la gestació, però que tot i així els símptomes són inferiors a l'etapa prèvia a l'embaràs. De la mateixa manera en l'article de Blais M. et al. 2000 (article V), els resultats parlen de la variabilitat en el període de recaiguda, entre els diferents trastorns alimentaris. Aquest estudi ens diu que les gestants que pateixen anorèxia

nerviosa, triguen una mitja de 6 mesos després del part, en retornar a les conductes patològiques. De manera antagonista, segons el mateix article, les mares diagnosticades de bulímia nerviosa, poden trigar fins a 9 mesos en recaure en la simptomatologia. La qual cosa ens indica que durant l'embaràs i els primers mesos de vida del nadó hi ha presència d'una millora, però després la simptomatologia torna a estar present.

En l'estudi de Mason Z. et. al. 2012 (article III), les entrevistades parlen de la sensació que tenen aquestes mares de resistir al trastorn d'una manera forçada, desvaloritzant-se a elles mateixes per tal de protegir el seu nadó que durant l'embaràs depèn del seu propi cos. Aquesta millora en els símptomes no és deguda a un procés de recuperació, sinó que tot i tenir una sensació de descontrol amb el pes i el seu físic degut als canvis fisiològics de la gestació, es senten en l'obligació, com a mares, de protegir el seu fill. Per tant aquests tres estudis recolzen la idea de que la presència de l'embaràs i la consciència d'estar gestant un nadó, actua com un factor positiu a l'hora d'intentar reduir, dins del possible, la simptomatologia del trastorn.

En contraposició a aquestes afirmacions, també hi ha bibliografia que documenta les repercussions i l'impacte negatiu que pot tenir l'embaràs, i tots els canvis que en deriven d'aquest, en un TCA. L'estudi de Kouba et al. 2005 (45), citat anteriorment en el marc teòric, conclou que l'embaràs afavoreix la recaiguda dels TCA durant la gestació, i com a conseqüència, apareixen complicacions en la gestant, com ara un guany ponderal inferior a les mares sense el trastorn alimentari.

Tal com hem esmentat, tot i que hi hagi una millora en algunes ocasions, respecte al trastorn durant l'embaràs, l'article de Fogarty S. et al. 2018 (article II), parla de la dificultat emocional que causa el debat intern, entre el rol de la persona que pateix un trastorn alimentari, i una futura mare. Aquestes mares al veure els canvis que el seu cos experimenta durant aquest període, fa que l'ansietat i la por que deriva del trastorn augmenti, i per una altra banda, volen protegir al seu nadó dels efectes que el TCA produeix en el seu cos. Aquest fet afavoreix que les dones es sentin reprimides durant l'embaràs, però un cop el nadó ha nascut són més propenses a la recaiguda en el TCA. Tot i això, l'estudi ressalta que l'embaràs pot arribar a ser una nova oportunitat per a l'acceptació del propi cos.

D'altra banda, hem seleccionat un article on es mostren les diverses opinions recollides en els estudis esmentats anteriorment, i que per tant, dona visibilitat a tres possibles drecceres de com pot afectar la gestació a un TCA.

Es tracta de l'article de Tierney S. et al. 2011 (article VII), el qual divideix a la mostra en tres grups: les mares que no poden reduir la simptomatologia del trastorn durant l'embaràs, les mares que semblen que poden superar els símptomes, però que són vulnerables a la recaiguda, i el tercer grup format per les mares que veuen l'embaràs com una nova oportunitat per a assolir la remissió total del trastorn. En comparació amb els altres estudis, aquest ofereix unes conclusions més neutres respecte a l'evolució del trastorn en aquest context.

Finalment, volem destacar que degut a la poca quantitat d'estudis que aborden el tema, s'ha de tenir en compte que molts d'aquests estudis no presenten una mostra d'estudi prou gran per a obtenir uns resultats fidedignes.

7.2. Formació professional

En gairebé tots els estudis seleccionats es menciona l'impacte negatiu que pot tenir la manca de formació del personal gineco-obstètric en el món dels trastorns de la conducta alimentària.

Començant per l'article de Bye A. et al. 2018 (article I), s'identifiquen barreres de detecció d'un TCA durant l'embaràs, i es relacionen amb limitacions en el sistema, manca de formació professional i un gran tabú que gira entorn aquest tipus de trastorns. Aquestes barreres, alhora, són percebudes per les pacients i els hi genera certes inseguretats, les quals propicien que no estableixin una relació terapèutica i de confiança amb el seu referent, i per tant, no es veuen capaces de parlar del seu trastorn amb ells.

Diversos estudis ens parlen de la importància d'oferir una atenció especialitzada a aquest tipus de població. La principal raó és l'evidència obtinguda envers les conseqüències que apareixen en la gestant i en el fetus, quan no es du a terme un abordatge adequat a les característiques de l'usuari. L'estudi de Mason Z. et al 2012 (article III), les dones que van ser entrevistades expressen que van tenir poc suport professional pràctic que els hi proporcionés assessorament individualitzat.

L'article IV de Easter A. et al. 2013, evidència com fent el cribratge amb el qüestionari amb una versió adaptada de l'EDDS, es van obtenir resultats on es detectaven diverses conductes de risc que eren compatibles amb trastorns alimentaris. Així mateix, donada l'alta prevalença de TCA, i les conseqüències que poden afectar a la mare i al seu fill, s'evidenciava la necessitat d'incloure un qüestionari diagnòstic durant les visites de seguiment per part de la infermera obstetra, per tal de detectar precoçment el trastorn, i minimitzar les conseqüències per a la mare i el seu fill.

Per finalitzar, en l'article VI de Stringer E. et al. 2010, els autors posen el focus d'atenció en la manca de consciència que tenien els professionals obstètrics respecte a la realitat de les dones que pateixen un TCA. L'estudi reflexa l'impacte que pot tenir que la mare en aquesta situació rebi o no una atenció especialitzada i multidisciplinària que abordi el seu cas d'una manera holística.

Per aquest motiu destaquem que molts dels articles seleccionats coincideixen en que és necessari formar al personal sanitari d'obstetrícia en els TCA i les repercussions que pot tenir la seva associació a l'embaràs. Una millora en els coneixements dels professionals conseqüència una millor atenció durant l'embaràs i afavoreix l'atenció especialitzada cap a la mare i el seu nadó.

8. CONCLUSIONS

L'objectiu principal d'aquesta revisió bibliogràfica sistemàtica era conèixer quin era el paper de la infermera llevadora a l'hora d'abordar l'embaràs i el puerperi en dones amb un diagnòstic previ de TCA. Després d'obtenir els resultats d'aquest projecte, hem pogut corroborar la manca d'informació que hi ha envers a aquest tema i les conseqüències que això en deriva.

Aquest projecte evidència una considerable manca d'investigació envers a l'abordatge que ha de realitzar la llevadora en el seguiment d'embaràs de la gestant amb diagnòstic previ de trastorn de la conducta alimentària. Quan vam iniciar la recerca d'informació, vam veure que a Catalunya no hi havia cap protocol d'actuació establert per als professionals d'obstetrícia davant d'aquests casos, i tampoc a nivell nacional. Tot i que vam veure que diversos hospitals de Catalunya, com ara Bellvitge, ofereixen atenció especialitzada a dones gestants amb problemes de salut mental, en cap cas s'especificaven els TCA.

Els resultats obtinguts mostren la importància de la necessitat de protocol·litzar un tipus d'abordatge, per tal de detectar precoçment possibles casos, donada l'elevada repercussió que causa un trastorn alimentari en la gestant i el seu futur fill, i individualitzar l'atenció durant el procés.

D'altra banda, molta de la bibliografia seleccionada, parla de com hauria d'assistir la infermera obstètrica a aquest tipus de població. Així mateix, hem conclòs que, tot i que actualment no comptem amb un protocol estandarditzat de l'abordatge que cal realitzar, diversos articles marquen pautes claus en la pràctica clínica que trobem que poden ser molt útils a consulta i com a base per a fer un possible protocol.

La formació del personal sanitari que atén a aquestes mares durant la gestació i puerperi és un factor clau, però en gairebé tots els estudis seleccionats es posa en comú que hi ha un dèficit en la qualitat assistencial a l'hora de tractar amb aquests casos tan complexos. La manca de formació professional provoca que molts cops els referents no tinguin les eines per a donar una assistència de qualitat, i en la majoria dels casos no afavoreix que les pacients es vegin amb la llibertat d'explicar el que els hi està passant, ja sigui per falta d'oportunitats o per por a ser jutjades.

Finalment, en relació amb l'objectiu principal, hem pogut comprovar com afecta el fet que no hi hagi un abordatge preestablert, tant als professionals com a les dones gestants. Per aquest motiu, trobem un buit molt important amb aquest tema en el món sanitari i, donat que la incidència de trastorns de la conducta alimentària es troba en augment, i l'impacte d'aquesta mancança és prou important, pensem com a futures professionals d'infermeria que seria interessant iniciar una nova línia d'investigació orientada a valorar quin hauria de ser l'abordatge més adient en aquest tipus de situacions, amb el principal objectiu de reduir l'impacte tant en la mare com en el fill.

Hem decidit presentar un projecte de protocol per a infermeres llevadores, que suposi un suport per a dur a terme una atenció individualitzada a aquestes pacients. Aquest projecte es presenta com una orientació de cara a noves investigacions, amb l'objectiu de ressaltar aquells aspectes que són rellevants per a oferir una atenció de qualitat a la dona embarassada, i per tal de reduir al màxim l'impacte de la presència de TCA en la mare i el nadó (veure annex 8).

Si aquest projecte es dugués a terme i s'acabés estandaritzant i aplicant en l'àmbit assistencial, també seria interessant obrir una nova línia orientada a investigar quin ha sigut l'impacte d'aquest i si s'ha vist o no una millora en la detecció de casos de risc i en l'abordatge d'aquests.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Olesti Baiges M. et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de pediatría* [revista en internet] 2008 [citado el 18 de enero de 2023]; 68 (1). Disponible a: <https://www.analesdepediatria.org/es-prevalencia-anorexia-nerviosa-bulimia-nerviosa-articulo-S1695403308700377>
2. Sansone R.A, Sansone L.A. Personality Pathology and Its Influence on Eating Disorders [internet]. Marzo 2011 [citado el 18 de enero de 2023]; 8(3): 14-18. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074200/>
3. Portela de Santana M.L, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr. Hosp.* [internet]. 2012 [citado el 18 de enero de 2023]; 27 (2): 391-401. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008
4. Graell Berna M. Trastornos de alimentación en la infancia y adolescencia. Nuevas perspectivas para nuevos tiempos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* [Internet]. 30 de septiembre de 2020 [citado el 22 de mayo de 2023];37(3):3-7. Disponible a: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/373>
5. Fornari Bucksath A, Gelsi P. Trastornos alimentarios. Editorial Academia Española; 2012. [Citado el 20 de diciembre de 2022]. Disponible a: <https://www.clinicacta.com/servicios/trastornos-alimentarios/>
6. Squires, C., Lalanne, C., Murday, N., Simoglou, V., & Vaivre-Douret, L. (2014). The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 274. [Citado el 20 de diciembre de 2022]. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-274>

7. Chizawsky, L. L. K., & Newton, M. S. (2015). Eating disorders: identification and treatment in obstetrical patients. *AWHONN Lifelines*, 10 (6), 482–488. [Citat el 20 de desembre de 2022]. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6356.2006.00097.x>
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. [PDF]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01. [Citat el 20 de desembre de 2022]. Disponible a: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf
9. Vázquez Arévalo, R., Aguilar, X. L., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 6 (2), 108–120. [citat el 8 de febrer de 2023]. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
10. Gómez Restrepo C, Rodríguez Guarnín M, Gempeler Rueda J. Trastornos de la conducta alimentaria. *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. [Libre]. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamérica; 2008. p. 467 – 72. [citat el 8 de febrer de 2023].
11. Torres Díaz CV, Martín Peña G, Ezquiaga E, Navas García M, García de Sola R. Tratamiento quirúrgico de la anorexia nerviosa resistente al tratamiento médico. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2016 [citat el 3 de febrer de 2023]; 33(4): 1001-1007. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000400034
12. Pérez Martín PS, Martínez JA, Valecillos AJ, Gainza García L, Galán Berasaluce M, Checa Díaz P. Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. *Medicina de Familia SEMERGEN* [Internet]. 1 maig 2021 [citat el 3 de febrer de 2023];47(4):230-9. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina->

[familia-semergen-40-articulo-deteccion-precoz-prevalencia-riesgo-trastorno-S1138359321000599](http://www.familia-semergen-40-articulo-deteccion-precoz-prevalencia-riesgo-trastorno-S1138359321000599)

13. Vallejo Ruiloba J, Sánchez Planell L, Prats M. Trastornos de la conducta alimentaria. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. [Libre]. 6ª ed. Barcelona; 2006. p. 295-305. [citad el 27 de febrer de 2023].
14. Cohen B. J. Psiquiatría: teoría y práctica. [Libre]. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana; 2006 p. 370 – 93. [citad el 28 de febrer de 2023].
15. Pablo Rivero. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. [citad el 1 de març de 2023]. Disponible a: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf
16. Ortiz Montcada M. R. Módulo 9: Alimentación y nutrición [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [citad el 2 de març de 2023]. Disponible a: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t02.htm
17. Gómez Restrepo C, Rodríguez Guarnín M, Gempeler Rueda J. Trastornos de la conducta alimentaria. Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. [Libre]. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamérica; 2008. p. 467 – 72. [citad el 2 de març de 2023].
18. Mateos Parra A, Solano Pinto N. Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. Psicología [revista en internet]. 2010 [citad el 3 de març de 2023]; 1 (1). Disponible a: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/trastornos-de-la-alimentacion-anorexia-y-bulimia-nerviosas/>
19. Bedoya González K, Ríos Ríos, C. Factores de riesgo y manifestacions clínicas de la anorèxia y la bulímia nerviosa en Hombres y mujeres adolescentes. Colombia: Universidad catòlica de Pereira; 2015 [citad el 1 de març de 2023]. Disponible a: <https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/3293>

20. Bravo Rodríguez M, Pérez Hernández A, Plana Bouly R. Anorexia nerviosa: características y síntomas. MayoClinic.org [Internet]. 2018 [citad el 7 de març de 2023]; Disponible a: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591>
21. Sáenz Durán S, González Martínez F, Díaz Cárdenas S. Hábitos y Trastornos Alimenticios asociados a factores socio-demográficos, físicos y conductuales en universitarios de Cartagena, Colombia. Rev. Clin. Med. Fam [internet]. Octubre 2011 [citad el 4 de març de 2023]; 43): 193-204. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300003
22. Morales García C. R. Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa [monografía]. Tenerife: Universidad de la Laguna; 1996 [citad el 4 de març de 2023]. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=790>
23. Soto A. Fisiopatología y diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia. Fisiología y fisiopatología de la nutrición: Curso de Especialización en Nutrición. [Libre]. 1ª ed. Coruña: Universidad de la Coruña; 2005. p. 239-256. [citad el 5 de març de 2023].
24. Guerrero Vázquez G, Olivares Gamero J, Oereira Cunill J.L, Soto Moreno A, García Luna P. Nutrición en anorexia nerviosa. Endocrinol Nutr. Febrero 2006; 53(2): 113-23. [citad el 5 de març de 2023]; Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologianutricion-12-articulo-nutricion-anorexia-nerviosa-S1575092206710774>
25. Martínez Sopena M.J, Fernández Longás A, García García E, Gonzalvo Davoly N, Rodríguez Hiero, F. Guías diagnóstico-terapéuticas en endocrinología pediátrica. [Libre]. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Capítulo 32: Anorexia nervosa y bulimia; 2010. [citad el 8 de març de 2023].
26. Serra Ristol S, Manzanares Céspedes MC., Carvalho Lobato P. Repercusiones clínicas de la anorexia nerviosa restrictiva en la cavidad oral. Reflexiones en medicina de familia. Febrero 2006 [citad el 5 de març de 2023]; 37(2): 101-103.

- Disponible a:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706703006>
27. Vargas Upegui C, Gómez J. Alteraciones electrocardiográficas en anorexia nervosa: revisión crítica de la literatura. Rev. Colomb. Psiquiat [internet]. Marzo 2015 [citado el 8 de marzo de 2023]; 44(1): 33-40. Disponible a:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-alteraciones-electrocardiograficas-anorexia-nervosa-revision-S0034745014001103>
28. Leroux MB. Manifestaciones muco-cutáneas en anorexia nerviosa: Mucous and cutaneous manifestations of the anorexia nervosa. Rev. Argent. Dermatol. Septiembre 2012 [citado el 6 de marzo de 2017]; 93(3). Disponible a:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2012000300003
29. Usdan L.S, Khaodhlar L, Apovian C.M. The endocrinopathies of anorexia nervosa. Endocr. Pract. Noviembre 2008 [citado el 10 de marzo de 2023]; 14(8):1055-1063. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278909/>
30. Díaz Camacho V. Establecimiento de una dieta adecuada en trastornos de la conducta alimentaria. Metodología. Trastornos de la conducta alimentaria [internet] 2014 [citado el 9 de marzo de 2023]. 20: 2172-2197. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250758>
31. Madhusmita Misra, Anne Kliblanski. Bone health in anorexia nervosa. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes; Diciembre 2011 [citado el 9 de marzo de 2023]. 376-382. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3679194/>
32. Martín Paniagua M.L. Osteoporosis y trastornos de la conducta alimentaria. N° 20. Instituto de Ciencias de la Conducta; 2014 [citado el 11 de marzo de 2023]. 2215-2226. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250760>

33. Najate Achamrah, Moïse Coeffier, Pierre Jésus, et. al. Bone Mineral Density after Weight Gain in 160 Patients with Anorexia Nervosa; September 2017 [citat el 11 de març de 2023]. 13(1):38-56. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626930/>
34. Gaete P M.V, López C C, Matamala B M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Revista chilena de pediatría; Septiembre 2020 [citat el 20 de març de 2023]; 23(5): 579-91. Disponible a: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500784
35. Argente J, Muñoz Calvo M.T. Tratamiento de las complicaciones médicas de los TCA. Amenorrea y alteraciones óseas. Revista Adolescere; Junio 2016 [citat el 20 de març de 2023]; 4(2): 32-42. Disponible a: <https://www.adolescere.es/tratamiento-de-las-complicaciones-medicas-de-los-tca-amenorrea-y-alteraciones-oseas/>
36. Letranchant A, Corcos M, Nicolas I, Robin M. Anorexia nervosa, fertility and medically assisted reproduction. Ann Endocrinol. Paris; Juny 2022 [citat el 21 de març de 2023]. 83(3):191-5. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0003426622000592?via%3Dihub#bib0090>
37. Micali N, dos-Santos-Silva I, de Stavola B, Steenweg-de Graaf J, Jaddoe V, Hofman A, et al. Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort; Octubre 2013 [citat el 21 de març de 2023]. Volume 121(4) p. 408-416. Disponible a: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12503>
38. Chizawsky, L. L. K., & Newton, M. S. Eating disorders: identification and treatment in obstetrical patients. AWHONN Lifelines; 2006 [citat el 21 de març de 2023]. 10(6), 482–488. Disponible a: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6356.2006.00097.x>

39. Galve RA, Sans LB, Pérez MJB, Simón AC, García MEG, Asenjo HG, et al. Manual de enfermería psiquiátrica. [Llibre]. Editorial Glosa; 2009. p 171-184. [Citat el 13 de gener de 2023].
40. Vázquez Lara J.M, Rodríguez Díaz L, Palomo Gómez R, et. al. Manual básico de Obstetrícia y Ginecología. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2017. p 72-95. [Citat 18 de gener de 2023]. Disponible a: http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf
41. Artuz MA, Saldarriaga Gil, W. Adaptaciones fisiológicas del embarazo. Fundamentos de ginecología y obstetricia. Programa Editorial Universidad del Valle; 2010. Capítulo 7. [Citat 18 de gener de 2023]. Disponible a: <https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/128986?page=187>.
42. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. [PDF]. Barcelona, juny de 2018. [Citat 28 de gener de 2023]. Disponible a: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf
43. Chizawsky LLK, Newton MS. Identification and Treatment in Obstetrical Patients. AWHONN Lifelines [Internet]. 1 desembre 2006 [citat 12 desembre 2022];10(6):483-8. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1091592315315284>
44. Siega-Riz AM, Von Holle A, Haugen M, Meltzer HM, Hamer R, Torgersen L, et al. Gestational weight gain of women with eating disorders in the Norwegian pregnancy cohort. Int J Eat Disord [Internet]. juliol 2011 [citat 18 febrer 2023];44(5):428-34. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21661002/>
45. Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. Obstetrics and Gynecology [Internet]. febrer 2005 [citat 9 febrer 2023];105(2):255-60. Disponible a:

https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2005/02000/Pregnancy_and_Neonatal_Outcomes_in_Women_With.7.aspx

46. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 gener 2006 [citat 9 febrer 2023];63(1):82-8. Disponible a: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/209243>
47. Stewart DE, Raskin J, Garfinkel PE, MacDonald OL, Robinson GE. Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 novembre 1987 [citat 9 febrer 2023];157(5):1194-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3688074/>
48. Rosa Behar A, Javier González A, Mario Ariza P, Andrea Aguirre S. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2008 [citat 15 febrer 2023];73(3):155-62. Disponible a: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Ward VB. Pregnancy Plus: Eating disorders in pregnancy. *BMJ : British Medical Journal* [Internet]. 1 gener 2008 [citat 15 febrer 2023];336(7635):93. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2190274/>
50. Squires C, Lalanne C, Murday N, Simoglou V, Vaivre-Douret L. The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 14 agost 2014 [citat 15 febrer 2023];14(1). Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138399/>
51. Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* [Internet]. juny 2008 [citat 15 febrer 2023];41(5):405-10. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18306346/>

52. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 1994 [citat 16 febrer 2023];35(4):733-48. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8040225/>
53. Reba-Harrelson L, von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eat Behav* [Internet]. gener 2010 [citat 16 febrer 2023];11(1):54. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790429/>
54. Knoph C, von Holle A, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C, et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord* [Internet]. maig 2013 [citat 16 febrer 2023];46(4):355. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622173/>
55. Micali, N. Management of eating disorders during pregnancy [Internet]. 2010. *Prog. Neurol. Psychiatry*, 14: 24-26 [citat 12 febrer 2023]. Disponible a: <https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pnp.158>
56. Fornari V, Dancyger I, Renz J, Skolnick R, Rochelson B, Fornari V, et al. Eating disorders and pregnancy: Proposed treatment guidelines for obstetricians and gynecologists. *Open J Obstet Gynecol* [Internet]. 11 febrer 2014 [citat 15 febrer 2023];4(2):90-4. Disponible a: http://www.scirp.org/Html/6-1430612_43018.htm
57. Cantrell C, Kelley T, McDermott T. Midwifery Management of the Woman With an Eating Disorder in the Antepartum Period. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 12 novembre 2009 [citat 16 febrer 2023];54(6):503-8. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.jmwh.2009.09.006>
58. Riesenber LA, Justice EM. Revisión sistemática de la bibliografía (parte 1). *Nursing (Brux)* [Internet]. 1 novembre 2014 [citat 13 abril 2023];31(6):61-4. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-revision-sistemica-bibliografia-parte-1--S0212538214002118>

59. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2021;74(9):790–9. [citad 13 abril 2023]; Disponible a: <http://www.prisma-statement.org/documents/Page%20PRISMA%202020%20Spanish.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
60. BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. [citad 15 d'abril 2023]. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
61. 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]. 15 maig 2018 [citad 15 gener 2023];18(1). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29759082/>
62. Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmieid V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2 maig 2018 [citad 23 gener 2023];18(1). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29720107/>
63. Mason Z, Cooper M, Turner H. The experience of pregnancy in women with a history of anorexia nervosa: An interpretive phenomenological analysis. *J Behav Addict* [Internet]. 1 juny 2012 [citad 27 gener 2023];1(2):59-67. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26165307/>
64. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev* [Internet]. juliol 2013 [citad 10 febrer 2023];21(4):340-4. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23495197/>
65. Blais M, Becker A, Burwell R, Flores A, Nussbaum K, Greenwood D, Ekeblad E, Herzog D. Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of

- eating-disordered women - PubMed [Internet]. març 2000 [citat 16 febrer 2023]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10657887/>
66. Stringer E, Tierney S, Fox JRE, Butterfield C, Furber C. Pregnancy, motherhood and eating disorders: a qualitative study describing women's views of maternity care. Evidence Based Midwifery Journal, [Internet]. 2010. [citat 21 febrer 2023]. Disponible a: <https://www.rcm.org.uk/media/2757/evidence-based-midwifery-december-2010.pdf#page=4>
67. Tierney S, Fox JRE, Butterfield C, Stringer E, Furber C. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: a qualitative study. Int J Nurs Stud [Internet]. octubre 2011 [citat 24 febrer 2023];48(10):1223-33. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21176902/>
68. Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J, Cadena Afanador LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Aten Primaria [Internet]. 15 febrer 2005 [citat 11 març 2023];35(2):89-94. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-del-cuestionario-scoff-el-13071915>
69. Saura J., Saturno P. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración | Atención Primaria [Internet]. [citat 17 abril 2023]. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-protocolos-clinicos-como-se-construyen-14307>
70. Costa A, Reyes J, Gimeno A, De B, Rivera A, Caro D, et al. Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros. Dirección General de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud: Madrid; 2012. [citat 11 març 2023]; Disponible a: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017377.pdf>
71. Luce KH, Crowther JH, Pole M. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate women. Int J Eat Disord [Internet]. abril 2008 [citat 11 març 2023];41(3):273-6. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18213686/>

10. ANNEXES

10.1. Annex 1: Metodologia PICO.

Taula 5

Font: d'elaboració pròpia

P (pacient)	Dones gestants amb anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa en remissió parcial
I (intervenció a investigar)	Abordatge de la infermera gineco-obstetra de l'embaràs i puerperi
C (comparació)	Gestants sense història de TCA
O (resultat)	Diferències en el seguiment i suport

10.2. Annex 2: Etiopatogenia dels trastorns alimentaris.

Taula 6

Font: d'elaboració pròpia

FACTORS PREDISPONENTS	
Factors individuals	Agents biològics: edat entre 12 i 25 anys, sexe femení, degut a la gran importància que li atribueixen a la imatge corporal. També intervenen diverses hormones associades al SNC, amb funció reguladora de la gana, individual per a cadascú (14,17).
	Agents genètics: història familiar d'alguns trastorns afectius, toxicomanies o obesitat (17,13,16).
	Agents psicològics: personalitat fràgil i immadura, baixa autoestima, poques habilitats socials, gran importància en comentaris negatius exteriors, idees fixes i rígides, por al canvi, falta d'iniciativa, actitud extremadament perfeccionista i autoexigent. Poden

	detectar-se senyals que indiquen presència de trets obsessius o depressius (16,17).
Factors familiars	Famílies desorganitzades, poc comunicatives, amb alteracions en l'afectivitat. S'han donat casos de familiars de primer grau, que havien patit aquest trastorn, es mostraven molt protectors, perfeccionistes, amb molta importància a l'aparença física, mala comunicació entre els integrants de la família, etc. (13,17).
Factors culturals	Els cànons de bellesa de la societat actual promouen un físic irreal, extremadament prim, que desencadenen inseguretats i dubtes en la població. Aquesta inconformitat pel propi físic, indueix a la realització de dietes desmesuradament hipocalòriques, per assolir aquests ideals (3,13,14,16,17).

FACTORS DESENCADENANTS

Es coneix que durant la pubertat el cos experimenta canvis que juntament amb la influència del sexe, en certa manera, poden contribuir a crear inseguretats en els joves i propiciar trastorns de la conducta alimentària. També apareixen situacions desencadenants com; esdeveniments traumàtics, descontentament o crítiques sobre la imatge corporal, professions en les quals el cos tingui especial importància. A més a més, processos socials i escolars, com el bullying, així com episodis d'estrès, poden propiciar-ne l'aparició (13,14,16,17,18).

FACTORS DE MANTENIMENT

Són factors que actuen consolidant el trastorn en la persona. Parlem de processos com la inanició alimentària, l'autoinducció del vòmit o el concepte cognitiu de la persona, d'un "físic ideal" (13,14,16,17).

Aquest conjunt de factors interactuen entre ells, per a desencadenar la patologia. Per aquesta raó, és essencial treballar en la detecció precoç, per tal d'evitar o millorar-ne el pronòstic.

10.3. Annex 3: Manifestacions clíniques.

Taula 7

Font: d'elaboració pròpia (23,24,25,26,27,28,29,36,37,38)

Canvis fisiològics	anatòmics	Descripció
Hormonals		Apreix un increment de les hormones estrògen i progesterona, i la nova aparició de la HCG (hormona gonadotropina coriònica) i HPL (hormona lactògen placentària), per tal de preparar a la mare per al part i la lactància, i nodrir al fetus.
Metabòlics		Hi ha un augment de les demandes, i en conseqüència, un augment dels dipòsits materns: apareix un estat anabòlic en la gestant, amb un augment de les reserves de teixit adipós i major sensibilitat a la insulina. Disminueix la glucosa en dejú i augmenta la postprandial.
Mecànics		A causa de l'espai i pes que ocupa el fetus, apareix un sobrepes abdominopèlvic. Conseqüentment, hi ha una compressió de les vísceres abdominals, i canvien els centres de gravetat, propiciant la hiperlordosis, lumbàlgies i dolors d'esquena.
Hemodinàmics		La volèmia materna augmenta entre un 30-45% fins a la setmana 34 de gestació. Això provoca un augment del gast cardíac i freqüència cardíaca. Així mateix, per l'augment de la volèmia, apareix una anèmia fisiològica de l'embaràs, per hemodilució de la nova volèmia, i edemes generalitzats en EEII. També creix la xarxa vascular materna, per tal de cobrir els requeriments fetals, materns i placentaris. A

	<p>nivell cardíac, disminueix la tensió arterial sistòlica i diastòlica per efecte de la progesterona, i poden aparèixer bufecs cardíacs. Addicionalment, creixen les demandes d'oxigen per l'augment de gast cardíac.</p>
Respiratoris	<p>L'augment d'estrògens matern provoca un augment de mucositat i espessor, propiciant una congestió considerable, que pot identificar-se amb ronquera, epistaxis i congestió nasal. D'altra banda, la progesterona té un efecte broncodilatador. Així mateix, la demanda d'oxigen augmenta, per cobrir les necessitats fetals i placentàries, fet que propicia major treball cardíac, i hiperventilació materna.</p>
Digestius	<p>Apeix un augment de la saliva bucal (sialorrea) com a conseqüència de la pressió exercida per la placenta a l'estómac. Així mateix, durant el primer trimestres, es presenta la hiperèmesis gravídica (nàusees i vòmits), deguda a l'elevació ràpida dels nivells sanguinis de la HGC, lliberada per la placenta. A més a més, la progesterona produeix efectes relaxants en la musculatura, que es tradueix en una hipomotilitat gàstrica, el que provoca un augment en el temps de buidat gàstric, i una hipotonía de l'esfínter esofàgic.</p>
Urinaris	<p>Per efectes de la progesterona, a nivell urinari, hi ha una relaxació de urèters i vegija. Així mateix, apareix èstasis urinària, que resulta de la dilatació uretral hormonal, i la compressió de l'úter en creixement contra els ureters.</p> <p>D'altra banda, degut a l'augment de volèmia materna, hi ha un increment del fluxe plasmàtic renal, que es tradueix en l'aparició de retenció urinària, poliaquiúria i nictúria.</p>
Dermatològics	<p>Els canvis a nivell hormonal provoquen efectes sobre la pell. Algunes gestants presenten hiperpigmentació en algunes zones, per excés de melanina en la epidermis i dermis de la cara, anomenades cloasma. També es manifesta la línia alba, a la zona abdominal, que separa els músculs rectes abdominal. A més a més, com a</p>

	consequència del guany ponderal, apareixen estríes gravídiques i aranyes vasculares.
Esquelètics	Degut a l'efecte de la gravetat, apareix la hiperlordosis lumbar. A més a més, durant el tercer trimestre, la placenta secreta la hormona relaxina, que produeix un efecte dilatador, observant-se una diàstasi del sínfisi del pubis, per tal de preparar el canal del part per a l'alumbrament.
Adaptacions locals	Descripció
Úter	L'elevació d'estrògens i progesterona, produeix una distensió mecànica, que afavoreix l'excitabilitat i augmenta la contractibilitat, que intervé en les contraccions de Braxton-Hicks. Addicionalment, per acció d'aquestes hormones, apareix una hipertrofia muscular uterina, que fa que l'úter creixi en tamany, de 17 a 40 vegades, i en pes, que pot variar des de 60 grams, en una dona no embarassada, fins a 1 quilogram durant la gestació.
Cèrvix	Hi ha un creixement del teixit conjuntiu elàstic, augmenta la vascularització i el teixit glandular.
Vagina	Per tal de preparar el cos per al part, per acció de diverses hormones segregades per la placenta, hi ha un augment en l'espessor epitelial, la vascularització, la descamació i la hipertrofia muscular.
Mames	Apareix un augment de tamany, degut a l'augment hormonal segregat per la placenta, per tal de preparar a la futura mare per a la lactància materna. Addicionalment, els mugrons i les arèoles, es tornen més pigmentats, amb un aspecte més fosc. Poden aparèixer bonys a l'arèola, que desapareixeran amb el naixement.

10.4. **Annex 4: Valoració per patrons funcionals de Marjory Gordon**

Taula 8

Font: d'elaboració pròpia (39).

PATRÓ FUNCIONAL	DESCRIPCIÓ	ESTAT	DIAGNÒSTIC D'INFERMERIA	INTERVENCIIONS
Percepció i manteniment de la salut	Percepció que té el pacient envers al seu estat de salut i les accions que realitza per mantenir-la	Acostuma a estar alterada, donat que molts pacients no tenen consciència de malaltia, i realitzen accions que propicien estats de desnutrició i deshidratació	<ul style="list-style-type: none"> - Risc de lesió - Maneig inefectiu del règim terapèutic - Incompliment del tractament - Manteniment inefectiu de la salut 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar informació adequada i clara respecte les alteracions que poden aparèixer com a conseqüència de les conductes pròpies del trastorn - Implicar a la família durant tot el procés - Restaurar i atendre les alteracions físiques - Reforçar positivament els canvis progressius durant el procés - Insistir en els beneficis que obtindrà amb la

				<p>remissió del trastorn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establir una bona relació terapèutica amb el pacient, basada en la confiança, empatia, comprensió i escolta activa - Fomentar la independència del pacient i estimular la màxima autonomia en l'autocura
Nutricional i metabòlic	<p>Consisteix en la ingesta habitual de nutrients i líquids, i inclou hàbits, quantitats, preferències i horaris referents a l'alimentació</p>	<p>Es troba alterat, donat que, en qualsevol trastorn alimentari, hi ha una desnutrició i deshidratació considerable</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desequilibri nutricional - Risc de deteriorament de la termoregulació - Deteriorament de la integritat tissular - Risc de desequilibri del volum de líquids - Deteriorament de la mucosa oral 	<ul style="list-style-type: none"> - Fixar un pes a assolir pel pacient, en base a les necessitats individuals - Impedir que el pacient conegui el valor del seu pes, i eliminar la bàscula del domicili - Aplicar les mesures necessàries per al restabliment de les alteracions

			<ul style="list-style-type: none"> - Deteriorament de la integritat cutània 	<p>físiques detectades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donar les pautes del tractament a la família: <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que el pacient ingereixi la quantitat de menjar establerta per l'equip • Limitar els temps durant les ingestes • Evitar que vagi al lavabo sense supervisió - Educar en qüestions nutricionals - Control de la ingesta de líquids i diüresis - Buscar la presència de signes de deshidratació i/o desnutrició - Avaluar l'estat de la pell, mucoses, ungles, mans,
--	--	--	--	--

				<p>cabell, etc, de manera periòdica.</p> <p>Explicar que les anomalies es deuen al dèficit nutricional, i milloraran quan aquest ho faci</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoure la hidratació corporal al domicili
Eliminació	<p>Describeix la funció excretora de la persona, a nivell intestinal, vesical i cutani</p>	<p>En els casos d'abús de laxants o diürètics, acostuma a alterar-se. Poden patir estrenyiment o diarrees per la malnutrició i/o deshidratació. A més a més, l'eliminació cutània es troba limitada, com a conseqüència de la deshidratació</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estrenyiment - Deteriorament de la eliminació urinària 	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar l'ús i abús de laxants i diürètics, i informar sobre els riscos associats a aquestes conductes - Notificar quins trastorns d'eliminació són els més freqüents en aquest trastorn, les seves causes

		, la sequedat cutània, etc.		
Activitat i exercici físic	Aquest patró inclou el moviment generalment, i aspectes relacionats amb activitats concretes que requereixin un gest calòric	Pot estar alterada, ja que molts casos tenen un desig intens de realitzar exercici físic amb una alta despesa d'energia, amb l'objectiu de compensar les ingestes, i perdre pes. Addicionalment, acostumen a practicar activitats com a ritual o compulsió, producte de la obsessió i la culpa que apareix amb les menjades. Inclús en sedestació, la persona pot estar	<ul style="list-style-type: none"> - Perfusió tissular inefectiva - Fatiga - Dèficit de l'autocura: alimentació - Dèficit de l'autocura: vestit - Retard en el desenvolupament 	<ul style="list-style-type: none"> - Donar informació relativa a l'exercici físic, els seus beneficis, efectes, i els riscos que suposen els excessos - Donar les pautes per a establir una rutina adequada d'activitats diàries (higiene, teràpia ocupacional, exercici moderat, etc...) - Vigilar i limitar l'excés d'exercici físic, especialment després de les ingestes - Prendre la tensió periòdicament, i comunicar que es molt freqüent la hipotensió, i pot aparèixer mareig amb el moviment. Aconsellar que

		realitzant moviments per cremar calories.		realitzi moviments lents per a evitar caigudes.
Son i descans	Capacitat per dormir, descansar o relaxar-se durant el transcurs del dia/nit	Si es manifesten trastorns de l'afectivitat associats (ansietat, depressió...), son freqüents els problemes de conciliació o manteniment de la son. A més a més, durant el dia, no acostumen a tenir moments de repòs, ja que intenten mantenir-se contínuament en moviment, per a gastar la màxima energia possible	- Trastorn del patró de la son	<ul style="list-style-type: none"> - Donar les pautes adequades per adquirir un horari per a dormir i descansar - Informar que cal proporcionar un ambient relaxat i confortable per a afavorir la son - Un cop realitzada l'educació en relació a la higiene de la son, prescriure la medicació pertinent, si ho precisa - Indicar a la família que vigili que el pacient no realitzi exercici durant la nit
Cognició i percepció	Patró funcional relatiu al funcionament	Amb freqüència es troba alterat,	- Coneixements deficients	- Educar a la família: parlar d'altres aspectes

	<p>adequat dels sentits, les capacitats sensorials i cognitives</p>	<p>ja que el perfil característic dels pacients amb aquest trastorn, tenen un alt nivell intel·lectual, són perfeccionistes i molt exigents amb els estudis. Addicionalment, donada l'abundant informació errònia que trobem a les xarxes, els pacients tenen molta manca d'informació relativa a la dieta i la nutrició. Acostumen a detectar-se fòbies a aliments específics, falses percepcions envers a la</p>	<p>- Deteriorament dels processos de pensament</p>	<p>diferents al menjar i la imatge corporal, per evitar les obsessions</p> <p>- Millorar els coneixements del pacient envers a la nutrició, per evitar les conductes errònies arraigades a aquesta desinformació</p>
--	---	--	--	--

		<p>grandària i quantitat dels plats, sensacions distorsionades de l'aparell digestiu, dificultats per a concentrar-se i expressar emocions, entre d'altres.</p>		
<p>Autopercepció i autoconcepte</p>	<p>Defineix la percepció i el concepte que la persona té sobre si mateixa, segons la seva imatge corporal, autoestima, identitat personal i autorealització</p>	<p>Generalment alterat, a causa de la distorsió de la imatge corporal, apareixen sentiments negatius i crítiques sobre la seva persona. Conseqüentment, tenen molt baixa autoestima i inseguretats. Aquest sentiment d'insatisfacció, es veu reflectit en un estat anímic</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorn de la imatge corporal - Baixa autoestima crònica - Trastorn de la identitat personal - Ansietat 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaluar la percepció que té el pacient sobre la seva imatge corporal - Fomentar la realització d'activitats que afavoreixin el contacte amb la realitat - Fer que la persona identifiqui els aspectes positius que té, i els exposi en veu alta per a poder enaltir-los - Criticar els estereotips i els ideals de bellesa

		decaigut, modificació de la vestimenta per dissimular el cos, entre d'altres.		<p>que promou la societat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir l'exigència i el perfeccionisme que s'imposa el pacient - Educar en tècniques de relaxació per al control de l'ansietat
Rol i relacions interpersonals	Relatiu als compromisos i relacions amb els demás	Acostuma a estar alterat. La persona té dificultat per a exercir els rols habituals de la vida diària. A nivell familiar acostuma a detectar-se alteracions en el funcionament . En les relacions socials, amb tendència a l'aïllament per poder mantenir la conducta alimentària.	<ul style="list-style-type: none"> - Acompliment ineficaç del rol - Processos familiars disfuncionals - Risc de violència autodirigida 	<ul style="list-style-type: none"> - Afavorir que la persona realitzi activitats interpersonals i participi en tasques d'oci, per evitar l'aïllament - Oferir recolzament familiar - Ajudar a la família a identificar les anomalies i a expressar els seus dubtes envers al trastorn, i la modificació de conductes

Sexualitat i reproducció	Referent al patró reproductiu i al conjunt d'estratègies, conductes i actituds que realitza per assolir el plaer sexual	Tant la sexualitat com la reproducció es poden trobar alterats, com a conseqüència de les alteracions endocrines i hormonals. En les dones es freqüent l'amenorrea, i en els homes la pèrdua d'interès sexual. Addicionalment, la pràctica sexual està molt limitada, com a conseqüència de la insatisfacció corporal i la por a ser rebutjat.	- Disfunció sexual	- Informar al pacient de les causes dels trastorns hormonals i endocrins, i conscienciar-lo de que quan millori el seu estat, es normalitzaran les alteracions - Oferir el suport psicològic necessari per a que la persona accepti la seva imatge corporal, i perdi la por al rebuig i la sexualitat
Adaptació i tolerància a l'estrès	Relatiu a la capacitat de la persona, la família o el	Acostuma a estar alterat, donat que tenen un alt	- Afrontament ineficaç - Deteriorament de l'adaptació	- Educar en tècniques de relaxació per a

	<p>grup, a enfrontar-se a diverses situacions d'estrès quotidianes</p>	<p>grau d'ansietat generalitzat, i en conseqüenci a, es troben en un estat d'hiperactiva ció inadequat, que afecta al rendiment, les relacions interpersonal s, i la llibertat personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Negació ineficaç - Afrontament familiar compromès 	<p>disminuir l'ansietat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oferir teràpia familiar, com a component fonamental del tractament, ja que es necessari assegurar que els familiars entenguin el trastorn i aprenquin la manera correcta d'actuar amb el pacient - Proporcionar teràpies de grup, per tal de desenvolupar habilitats socials i fomentar que el pacient perdi les pors relatives al rebuig. D'aquesta manera, es facilita l'expressió personal i el diàleg sobre qüestions interpersonals
<p>Valors i creences</p>	<p>Descriu el patró dels</p>	<p>Acostuma a trobar-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patiment espiritual 	<ul style="list-style-type: none"> - Pactar metes realistes i a curt

	<p>valors, objectius i creences espirituals i/o religioses, que intervenen en les decisions vitals de la persona, i en la manera d'afrontar-les</p>	<p>alterat. La persona té sentiments de culpabilitat i càstig constantment, posterior a les ingestes. A més a més, seguint el perfil característic perfeccionista i obsessiu-compulsiu, es marquen unes metes molt exigents referents al pes i l'alimentació, i consegüentment, s'imposen càstigs estrictes si fallen.</p>		<p>termini a l'inici del tractament, i anar modificant-se conforme es vagin assolint.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oferir suport i comprendre el seu patiment, i ajudar en el mode de canviar els valors alterats pel trastorn - Treballar en l'acceptació del seu cos i els seus valors
--	---	--	--	--

10.5. Annex 5: Canvis anatòmics i fisiològics durant l'embaràs

Taula 9

Font: d'elaboració pròpia (41).

SISTEMA	MANIFESTACIONS
Alteracions gastrointestinals (13,20,21,22,23,24,25,26)	En pacients purgatius, que recorren constantment al vòmit, l'àcid gàstric de l'estómac, deteriora la dentadura. A més a més, quan apareix una desnutrició severa, la massa òssia es veu afectada, i com a conseqüència perjudica la cavitat bucal. També s'hi afegeix l'atrofia de les glàndules salivals, provocant xerostomia.
Alteracions cardiovasculars (13,22,23,24,25,27)	Degut a la deficiència alimentària, que provoca un dèficit energètic, l'organisme ho manifesta amb bradicàrdia, bradipnea, hipotensió arterial i arrítmies. Addicionalment, degut a la vasoconstricció, causada per la baixa despesa cardíaca i el volum corporal sanguini limitat, apareix cianosi en extremitats superiors i inferiors.
Alteracions renals (13,22,23,24,25, 27)	La baixa ingesta hídrica, juntament amb el dèficit proteic, provoca un filtrat glomerular disminuït que, conjuntament amb la severa deshidratació i l'elevada ingesta de vegetals rics en oxalats, propícia l'acumulació de calci, formant càlculs renals.
Alteracions cutànies (28)	A causa dels llargs períodes d'inanició, l'aspecte de la pell, mucoses i llavis es mostren cianòtics, secs i trencadissos, degut a la falta de reg sanguini cutani. També s'observa una mala cicatrització, acne, dermatitis seborreica, estries,

	<p>petèquies, prurit generalitzat, edemes i eritema.</p> <p>En pacients purgatus, apareixen els signes de Russell a les mans i paladar tou. Degut a la carència de grassa, la pell adquireix una vellositat fina característica, amb l'objectiu d'aïllament tèrmic. D'altra banda, hi ha una disminució considerable de volum, grossor i aspecte del cabell.</p>
<p>Alteracions metabòliques (22,23,24,25,29,30)</p>	<p>Tal i com ja hem esmentat, la falta de nutrients, provoca una hipoglucèmia mantinguda, que deriva en un emmagatzematge de glucagó, per mantenir uns valors glucèmics òptims. A més a més, degut a la manca d'hidrats de carboni, el cos allibera cossos cetònics i àcids grassos lliures, per garantir les necessitats energètiques (lipòlisi).</p> <p>D'altra banda, son freqüents les deficiències en vitamines com la B2, B6, B12, vitamina D, calci, àcid fòlic, zinc, coure i magnesi. La manca de vitamina B6, contribueix a l'augment de triptòfan en el sistema nerviós central, convertint-se posteriorment en serotonina, inhibidor de la gana.</p>
<p>Alteracions musculoesquelètiques (31,32,33)</p>	<p>Com ja s'ha comentat anteriorment, la osteopènia, que unida a la manca estrogènica, produïda per la baixa síntesi hipotalàmica, pot derivar en osteoporosi.</p> <p>Adicionalment, la T3 té la funció de mantenir la densitat òssia, així com la vitamina D. Aquesta última, degut a la baixa ingesta de calci, i la reduïda exposició al sol, afegit a la manca de T3,</p>

	<p>contribueixen a una mala qualitat i densitat òssia, fent a la pacient més propensa a patir fractures. D'altra banda, apareix una disminució de massa muscular, com a conseqüència de la degradació d'aquest per a obtenir energia.</p>
<p>Alteracions en la temperatura corporal (22,23)</p>	<p>Apareix una manca de circulació sanguínia perifèrica, provocant que la temperatura basal sigui menor, ja que el cos prioritza mantenir el rec sanguini en els òrgans vitals.</p>
<p>Alteracions pulmonars (22)</p>	<p>Apareix una disminució de la capacitat inspiratòria i expiratòria màxima, juntament amb un augment del volum residual, degut a l'afebliment muscular dels pulmons.</p>
<p>Alteracions neurològiques (23,34,35)</p>	<p>Per efectes de la clínica muscular, apareixen casos de neuropatia perifèrica. D'altra banda, s'han donat casos de cefalea, convulsions, síncope, hipotensió ortostàtica, diplopia i alteracions del moviment, tot i que se'n desconeix la causa exacta.</p>

10.6. Annex 6: Questionari Whooley

Font: Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (42).

Durant l'últim mes
<ul style="list-style-type: none"> • S'ha sentit sovint baixa d'ànim, deprimida o desesperançada? • Ha sentit sovint que ha perdut interès o plaer per les coses? • S'ha sentit nerviosa, ansiosa o desbordada? • S'ha sentit incapaç de controlar o parar les seves preocupacions?

10.7. Annex 7: Questionari EPDS

Font: Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (42).

1. He estat capaç de riure i veure el costat divertit de les coses: a) Igual que sempre b) Ara, no tant com sempre c) Ara, molt menys d) Gens	Puntuació 0 1 2 3
2. He mirat les coses amb il·lusió: a) Igual que sempre b) Una mica menys del que és habitual en mi c) Bastant menys del que és habitual en mi d) Molt menys que abans	0 1 2 3
3. M'he culpats innecessàriament quan les coses han sortit malament: a) Sí, la major part del temps b) Sí, de vegades c) No gaire sovint d) No, mai	3 2 1 0
4. M'he sentit nerviosa o preocupada sense motiu: a) No, en cap moment b) Gairebé mai c) Sí, de vegades d) Sí, molt sovint	0 1 2 3
5. He sentit por o he estat espantada sense motiu: a) Sí, bastant b) Sí, de vegades c) No, no gaire d) No, gens ni mica	3 2 1 0
6. Les coses m'han angoixat: a) Sí, la majoria de vegades no he estat capaç d'afrontar-les b) Sí, de vegades no he estat capaç d'afrontar-les tan bé com sempre c) No, la major part de vegades les he afrontat força bé d) No, he afrontat les coses tan bé com sempre	3 2 1 0
7. M'he sentit tan infeliç que he tingut dificultats per dormir: a) Sí, la major part del temps b) Sí, de vegades c) No, no gaire sovint d) No, en cap moment	3 2 1 0
8. M'he sentit trista o desgraciada: a) Sí, la major part del temps b) Sí, força sovint c) No gaire sovint d) No, en cap moment	3 2 1 0
9. M'he sentit tan infeliç que he estat plorant: a) Sí, la major part del temps b) Sí, força sovint c) Només en alguna ocasió d) No, en cap moment	3 2 1 0
10. He tingut pensaments de fer-me mal: a) Sí, força sovint b) De vegades c) Gairebé mai d) En cap moment	3 2 1 0

10.8. Annex 8: Projecte de protocol d'abordatge de la llevadora a la gestant amb un trastorn alimentari en remissió parcial (69,70)

INTRODUCCIÓ

Els trastorns alimentaris són un conjunt de psicopatologies d'etogènia multifactorial, on intervenen factors genètics, biològics, familiars i socioculturals, i que afecten majoritàriament a adolescents i joves, de sexe femení (1). Són considerats trastorns mentals emergents i complexos per la seva prevalença, impacte, gravetat vital i alarma social amb què es presenten. L'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa, són dos dels trastorns mentals que formen part dels TCA.

Les etapes d'embaràs i puerperi, poden resultar un factor summament predisponent a l'hora de propiciar una recaiguda en cas d'història prèvia. Per aquesta raó, aquest període, és clau en la detecció precoç dels TCA, especialment de l'anorèxia nerviosa. Si es detecta a temps, és possible la derivació precoç a un servei especialitzat, i actuar quan la simptomatologia no suposi un risc potencial per la vida de la mare i/o el seu fill.

Donada la dificultat en la gestió de l'atenció a aquest tipus de pacients, la presència o afluència de comorbiditats associades a aquests trastorns, i la interdisciplinarietat del seu abordatge, és necessari l'aplicació de plans terapèutics individualitzats específicament per a cada persona (4).

Actualment, a nivell nacional, la incidència es troba en augment, i l'aparició cada vegada és més precoç, gràcies a la pressió social que propicia l'intens desig per assolir una imatge preestablerta. La prevalença d'anorèxia nerviosa a Espanya, es troba entre un 0,11 i 0,14%, i de bulímia nerviosa entre un 0,41 i 2,9%.

Altrament, donada la gran evidència d'efectes adversos per al fetus i el naixement del nounat, i les conseqüències en la salut reproductiva de la dona, els trastorns alimentaris són una psicopatologia que afecta directament al camp de la infermeria obstètrica.

En l'actualitat, no existeix una guia clara que mostri les recomanacions basades en l'evidència científica per a professionals obstètrics, sinó únicament per a l'abordatge per part del facultatiu de salut mental. Per aquesta raó, es planteja una "Guia per a la

pràctica clínica” amb les indicacions que ha de realitzar la llevadora, alhora d’atendre el seguiment de l’embaràs i puerperi, a aquest sector de la població.

OBJECTIU

Aquest projecte de protocol té com a principal objectiu, crear un d’abordatge concret i basat en l’evidència científica, per tal que l’àmbit assistencial de l’obstetrícia, pugui assistir a la gestant amb aquesta psicopatologia, de manera integral i holística. Addicionalment, donada la gran repercussió que té un trastorn alimentari, en el desenvolupament del fetus i el correcte transcurs de l’embaràs, també es proposa aquest protocol, com a eina de detecció precoç de nous casos.

ÀMBIT ASSISTENCIAL

Així mateix, es coneix que la infermera obstetra o llevadora, es la encarregada de realitzar el seguiment d’embaràs i puerperi a la gestant, amb o sense diagnòstic previ de trastorn alimentari. Per aquesta raó, aquest projecte de protocol va destinat a aquest àmbit assistencial, i a qualsevol professional sanitari que assisteixi a la gestant amb un trastorn alimentari, durant el seu embaràs i puerperi.

POBLACIÓ DIANA

Les gestants amb diagnòstic previ de trastorn de la conducta alimentària, en remissió parcial.

ACTIVITATS/PROCEDIMENTS

Activitat 1: Identificació i avaluació del trastorn alimentari a la primera consulta

La primera visita es realitzarà abans de les 10 setmanes de gestació, on es farà una exploració completa de la salut de la mare. Es durà a terme l’anamnesi, l’exploració física i l’exploració obstètrica, on es determinarà el nivell de risc que li correspon a l’embaràs. En aquest primer contacte també s’iniciarà l’activitat d’informació a la dona. En totes les visites s’actualitzarà la història clínica de l’embarassada i s’avaluarà el nivell de risc novament.

Cal tenir en compte que a la consulta obstètrica, la gestant amb un trastorn de tipus restrictiu (AN), possiblement pot alertar a la infermera de la sospita d'un trastorn alimentari, i propiciar una investigació activa al respecte. Així mateix, la gestant amb un trastorn de tipus purgatiu (BN), per les característiques del trastorn, generalment mantindrà un pes visualment "saludable", i la detecció del mateix, pot passar desapercebuda amb molta més facilitat. Per aquesta raó, aquest projecte de protocol, estableix les pautes bàsiques que la llevadora ha de realitzar durant la primera consulta:

Per una banda, es proposen les següents actuacions:

- Recopilació d'informació reproductiva passada de la futura mare: permet la detecció d'un possible TCA
- Avaluació del patró menstrual: registrar si han hagut períodes perllongats d'amenorrea (>3mesos), ja que suggereix períodes d'inanició i/o haver tingut un pes no saludable
- Conèixer l'impacte dels pesos periòdics per a la gestant a consulta: pot incitar a la llevadora a iniciar una investigació activa al respecte, donat que amb un TCA, aquest fet es viu com una situació força estressant (7,47)

La llevadora ha d'indagar sobre la experiència de la gestant, passada i actual, amb l'alimentació, ja que pot fer-la sospitar de l'existència d'un trastorn alimentari, a l'hora que dona peu a preguntes més específiques entorn al tema. Així mateix, a causa de la vergonya i la manca de consciència de patologia que caracteritzen els trastorns alimentaris, l'entrevista inicial ha de basar-se en preguntes clares i enfocades.

Es proposa l'ús dels següents qüestionaris de cribatge, creats per l'àmbit de la salut mental, i modificats per l'ús de l'àmbit assistencial obstètric (7):

Taula 10 - Cribatge prenatal d'indicadors cognitius

Font: *Elaboració pròpia*

Cribatge prenatal d'indicadors cognitius:	
Com és per a tu, el fet de ser pesada a cada visita?	
Com et sents respecte al teu augment de pes?	
Com et sents amb els canvis que està patint el teu cos?	
Has lluitat alguna vegada contra la teva imatge corporal?	

En cas afirmatiu:	
• Com ho vas abordar?	
• Consideres que va ser saludable?	

Taula 11 - Cribratge prenatal d'indicadors del comportament:

Font: Elaboració pròpia

Cribratge prenatal d'indicadors del comportament:	
Alguna vegada has restringit la teva ingesta diària?	
Alguna vegada has evitat aliments o grups d'aliments?	
En cas afirmatiu:	
• Quins?	
• Per què?	
Algun cop has patit un afartament?	
En cas afirmatiu:	
• Podries descriure com va ser la situació i que vas sentir?	
• Amb quina freqüència ho fas?	
• Has intentat mai baixar de pes fent ús de laxants, diürètics, supressors de la gana o exercici excessiu?	

A més, es suggereix l'ús del qüestionari SCOOF (veure annex 9) a l'avaluació inicial de la gestant, ja que aquesta eina permet identificar si actualment el trastorn alimentari es troba present (55,56,57). Una puntuació igual o >2 suggereix risc de TCA (55). Aquesta eina pot brindar idees sobre possibles preguntes que es poden fer durant les consultes davant la impressió de no tenir la capacitat o temps necessari per fer un examen complet durant una visita rutinària (57).

També es proposa l'ús del qüestionari EDE-Q (veure annex 10) ja que proporciona avaluacions de la psicopatologia dels TCA i els comportaments associats mitjançant l'exploració dels hàbits alimentaris, l'autoimatge i les regles alimentàries (56,57).

Activitat 2: Educació sanitària, reavaluació periòdica de l'estat físic i psicològic, i recolzament durant les consultes successives

Durant les visites successives, la llevadora haurà de realitzar, fent ús de les eines esmentades anteriorment, l'avaluació periòdica de la gravetat i/o intensitat del trastorn

sobre la gestant. Addicionalment, ha de proporcionar les tècniques necessàries per al control de la ansietat i/o altres comorbiditats que es puguin donar.

Així mateix, la infermera obstètrica, ha de brindar una educació sanitària, que reforci positivament l'augment de pes de la gestant, a l'hora que debat aspectes del desenvolupament del seu fill, amb l'objectiu d'augmentar la motivació de la gestant, en mantenir un pes adequat i acceptar els canvis en la seva imatge corporal. A més a més, la llevadora ha d'explicar el correcte desenvolupament del nadó, fent ús de materials audiovisuals per tal de motivar a la gestant a continuar amb una bona alimentació per a ella i el seu fill.

D'altra banda, el període compres entre les visites successives, no han de superar les dues setmanes, seguint l'estructura de seguiment utilitzada a Catalunya, per als usuaris amb un trastorn alimentari, ja que han d'assegurar un seguiment continu i exhaustiu.

A més, es necessària la derivació a serveis especialitzats, en els casos que així ho requereixin, en els que calgui incidir amb més temps i dedicació, amb professionals especialitzats en el trastorn.

Finalment, la llevadora ha de brindar la informació necessària per a que la gestant pugui fer ús de grups de suport, i pugui compartir les preocupacions i inseguretats amb gestants que es troben en la mateixa situació.

GLOSARI

- Trastorn alimentari: trastorn mental que es caracteriza per l'alteració en la forma de pensar, sentir i comportar-se en relació a l'alimentació, el pes o la figura.
- Infermera obstètrica / llevadora: professional de la salut que ofereix atenció a les dones i els seus nados durant l'embaràs i puerperi
- Protocol / Guia per a la pràctica clínica: conjunt de recomanacions basades en una revisió sistemàtica de la evidència i l'avaluació de riscos i beneficis de les diferents alternatives, amb l'objectiu d'optimitzar l'atenció sanitària als pacients.
- Abordatge: manera d'emprendre el procés d'atenció a les persones afectades per un problema de salut determinat.

10.9. Annex 9: Qüestionari SCOOF

Taula 12

Font: *Elaboració pròpia* (61).

Seleccioni la resposta que més s'ajusti a seu cas:	
1. Té sensació d'estar malalt perquè sent l'estómac tan ple que li resulta incomode?	Si No
2. Está preocupat/ada perquè sent que ha de controlar quant menja?	Si No
3. Ha perdut recentment més de 6kg en un període de tres mesos?	Si No
4. Creu que està gras/assa encara que els altres diguin que està massa prim?	Si No
5. Diria que el mejar controla la seva vida?	Si No
TOTAL	
Per cada sí: 1 punt. Una puntuació igual o superior a 2 punts indica un probable TCA	

10.10. Annex 10: Qüestionari Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Taula 13

Font: *Elaboració pròpia* (71).

Quants cops en els últims 28 dies...	Cap dia	1-5 dies	6-12 dies	13-15 dies	16-22 dies	23-27 dies	Cada dia
Ha estat tractant de limitar la quantitat de menjar que ingereix per influir en la seva figura o pes (amb o sense èxit)?	0	1	2	3	4	5	6
Ha passat llargs períodes de temps (8 hores caminant o més) sense menjar res per influir en la forma o el pes?	0	1	2	3	4	5	6
Ha intentat excloure de la seva dieta algun aliment que li agradi per	0	1	2	3	4	5	6

influir en la seva forma o pes (amb o sense èxit)?							
Ha intentat seguir regles imposades per vostè respecte a la seva alimentació (per exemple, un límit de calories) per influir en la forma o el pes (amb o sense èxit)?	0	1	2	3	4	5	6
Ha tingut un desig clar de tenir l'estómac buit amb l'objectiu d'influir en la seva forma o pes?	0	1	2	3	4	5	6
Ha tingut el desig clar de tenir un ventre totalment pla?	0	1	2	3	4	5	6
Pensar en el menjar o les calories, han fet molt difícil concentrar-se en coses que t'interessen (com treballar, llegir, etc)?	0	1	2	3	4	5	6
Pensar en la forma o pes del seu cos, han fet molt difícil concentrar-se en coses que t'interessen (com treballar, llegir, etc)?	0	1	2	3	4	5	6
Ha tingut por de perdre el control sobre el menjar que ingereix?	0	1	2	3	4	5	6
Ha tingut por de que pogués haver-se engreixat?	0	1	2	3	4	5	6
S'ha sentit grassa?	0	1	2	3	4	5	6
Ha tingut moltes ganes de perdre pes?	0	1	2	3	4	5	6
TOTAL							

10.11. Annex 11: Diagrama de flux del procés de recerca.

Font: Elaboració pròpia

