

# Ingesta oral de líquidos y alimentos en el trabajo de parto

## Oral fluid and food intake in labor

**Julia Teresa Quesada Moruno**

Enfermera. Matrona en Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

### RESUMEN

**Introducción:** La ingesta oral de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto ha sido restringida en la mayoría de los hospitales alrededor del mundo a raíz de los estudios de Mendelson, que diagnosticó 66 casos de broncoaspiración en mujeres embarazadas durante la anestesia general en los años 90. Sin embargo los avances en la anestesiología y la obstetricia hacen obsoleta la restricción oral sistemática de las mujeres en trabajo de parto.

**Objetivos:** revisar las recomendaciones escritas por las diferentes entidades científicas, actualizar los conocimientos sobre riesgo/beneficios de la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto y conocer las recomendaciones de los sistemas de salud nacionales y sociedades científicas en relación con la ingesta durante el parto.

**Metodología:** Se realiza una búsqueda bibliográfica Pubmed, Dialnet, Google académico y Cinalh empleando 40 artículos para la revisión bibliográfica.

**Resultados:** No existe un acuerdo común entre las diferentes sociedades científicas, concluyendo la mayoría de ellos recomienda la ingesta de líquidos claros durante el curso de un parto que transcurre con normalidad, insistiendo en las bebidas isotónicas para prevenir la cetosis y en la evitación de lácteos. Con respecto a los sólidos, hay disparidad entre los diferentes organismos y guías, recomendándola la OMS y la NICE en partos de bajo riesgo mientras que la ACOG y la ASA la desaconsejan.

### PALABRAS CLAVE

riesgo de aspiración, parto, ingesta oral

### ABSTRACT

**Introduction:** Oral intake of liquids and solids during labor has been restricted in most hospitals around the world following studies by Mendelson, who diagnosed 66 cases of aspiration in pregnant women during general anesthesia in the 1990s. However, advances in anesthesiology and obstetrics make routine oral restraint for women in labor obsolete.

**Objectives:** to see the risk/benefit and consequences of the intake during labor, as well as policies in the different countries as a result of the different published studies and the recommendations written by the different scientific entities, to update knowledge about the risk/benefits of fluid intake during labor and learn about recommendations of the different national health systems and scientific societies in relation to intake during childbirth.

**Methodology:** A Pubmed, Dialnet, Google Scholar and Cinalh bibliographic search was carried out using 40 articles.

**Results:** There is no common agreement between the different scientific societies, concluding that most of them recommend the intake of clear liquids during labor, insisting on isotonic drinks to prevent ketosis and avoiding dairy products. Regarding the solids, there is disparity between the different organizations and guidelines: The WHO and NICE recommend it in low-risk labor while the ACOG and the ASA rather avoid them.

### KEYWORDS

aspiration risk, labor, oral intake

## INTRODUCCIÓN

La ingesta oral de líquidos y sólidos durante el parto ha sido cuestionada durante muchos años, existiendo multitud de criterios en función de la ciudad y el hospital.

Sin embargo, la corriente más popular es la restricción de líquidos y alimentos, lo cual tiene efectos negativos tanto para la

madre como para el bebé. Entre ellos encontramos la posible cetoacidosis, provocando efectos como la reducción de la contractilidad uterina y alteración de la glucemia materna. Además, los cuerpos cetónicos atraviesan la placenta, por lo que puede alterar la actividad fetal. Esto a menudo es solucionado con la infusión de diferentes sueros endovenosos que también provocan alteraciones en el proceso de parto, no siendo considerado un sustituto seguro frente a la ingesta oral<sup>1-4</sup>.

Estas restricciones tienen su base principalmente en la historia de la analgesia obstétrica. Ésta comenzó en 1847 cuando se administró cloroformo a una parturienta por primera vez<sup>3</sup>. En 1918 el doctor DeLee, alentó a las mujeres a comer durante el

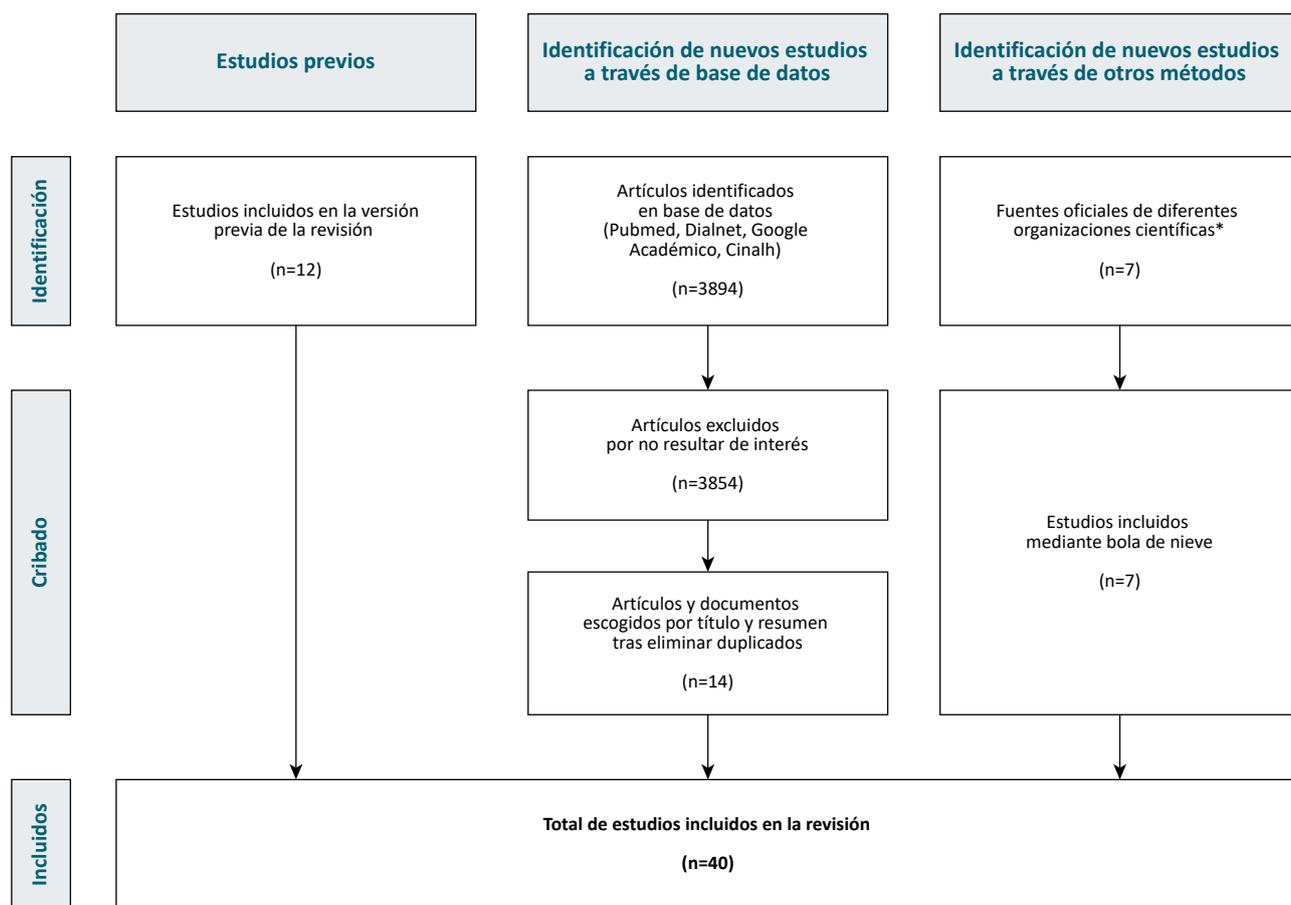
FECHA DE RECEPCIÓN: 04/03/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 18/05/2023

**Correspondencia:** Julia Quesada Moruno

**Correo electrónico:** julia.quesada.moruno@gmail.com

Figura 1. Flujograma de bases de datos utilizadas y número de artículos encontrados y seleccionados.



\*Organizaciones científicas consultadas: Organización Mundial de la Salud; Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal; American College of Obstetricians and Gynecologists; American Society of Anesthesiologist; The National Institute for Health and Care Excellence; Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Fuente: Elaboración propia.

trabajo de parto para evitar la debilidad general y la hemorragia posparto grave<sup>5</sup>. A partir de 1930 comenzaron a emplear anestesia general en los partos, y las muertes relacionadas con la misma. Tras estos hechos, Mendelson presentó su estudio en 1946 y a partir de 1950, los médicos creían que lo más acertado era restringir la ingesta oral y mantener por vía endovenosa la hidratación<sup>4</sup>.

En dichos estudios, Meldenson otorgó su propio nombre al síndrome de neumopatía por aspiración de contenido gástrico ácido, que daba como resultado una neumonitis química que cursaba con hipoxia, cianosis, disnea, fiebre, edema pulmonar y finalmente la muerte<sup>2,6</sup>. Demostró que el riesgo que sufrían las mujeres de aspiración de contenido gástrico en aquellas que recibían anestesia general para una cesárea, informando de un total de 66 casos, entre ellas 2 muertes de un total de 44.016 mujeres embarazadas con una incidencia de 0.15%<sup>2,6</sup>.

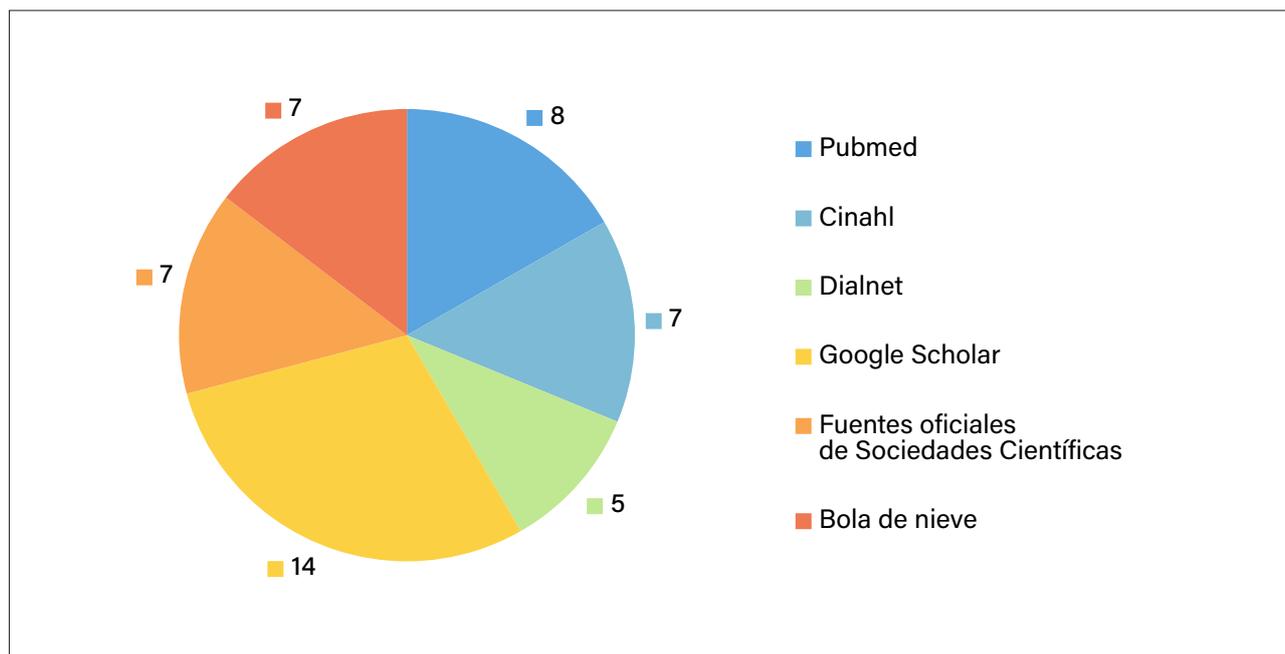
Este autor hizo experimentos en conejos para evaluar el contenido gástrico de sus pulmones y concluyó que la aspiración de alimentos no digeridos podían causar obstrucción pero no neumonía por aspiración si los pH eran neutros, solo habiendo resultados fatales en aquellos conejos que aspiraban contenidos gástricos con pH ácidos<sup>3</sup>. Además, observó que la causa predominante de las muertes durante las cesáreas realizadas con

anestesia general estaban asociadas a un manejo inadecuado de la técnica o aspiración de contenido gástrico que producía asfixia inmediata o el síndrome de dificultad respiratoria del adulto<sup>3</sup>.

Por aquel entonces, la mayoría de los anestesistas creían que las mujeres en trabajo de parto debían ayunar, mientras otros pensaban que mientras se evitasen los sólidos era aceptable. Sin embargo el estudio de Mendelson se produjo en una época en la que la anestesia general se empleaban éteres de inhalación y gases de cloroformo mediante una mascarilla de goma, práctica muy desactualizada actualmente<sup>7</sup>.

Generalmente, estos profesionales emplean una medicina defensiva solicitando una restricción dietética para minimizar el riesgo de aspiración. Sin embargo, en la embarazada no se asegura el estómago vacío<sup>3,7</sup>. Además, la anestesia general se trata de un procedimiento 30 veces más seguro. No obstante, la tendencia actual es la de sustituir la anestesia general en obstetricia por la raquídea<sup>2,3,7</sup>. En un informe, se contabilizaron 6 muertes de más de 2 millones de nacimientos asociados con aspiraciones durante la anestesia<sup>8</sup>. El síndrome de Mendelson se ha reducido de 1: 7.000 a 1: 10.000, con una mortalidad que va desde 1: 45.000 hasta 1: 70.000 casos reportados<sup>9</sup>.

Gráfico 1. Bases de datos consultadas.



Fuente: Elaboración propia.

Actualmente, las restricciones son diferentes en función de la región: En Inglaterra y Gales se realizó un estudio acerca de políticas de ingesta. De las que permitían la ingesta oral, cerca del 68% ofrecía únicamente bebida y el 32.8% ofrecía comida y bebida. Estos datos fueron comparados con unidades maternas americanas, de las cuales, un 28% tenían una política de cero por boca y menos del 10% permitían alimentos. Sin embargo, las cifras de aspiración en EEUU, Inglaterra y Gales son similares a pesar del gran número de unidades que empleaban el “nada por boca”<sup>10</sup>.

En Australia, cerca del 82% de los hospitales carecían de un protocolo de ingesta oral en el parto, dejando a la libre elección de la gestante el tomar o no algún tipo de alimento<sup>11</sup>.

En China, se estudiaron las políticas de ingesta de 1213 hospitales, permitiendo la ingesta de comidas de fácil digestión a casi un 75% de las mujeres en trabajo de parto. Un 67% de las permitía que las gestantes comiesen lo que quisieran. Cerca de un 62% se les permitía la ingesta de chocolate, por su alto aporte de energía con una pequeña cantidad de cafeína que puede aliviar momentáneamente la fatiga y producir una ligera excitación cardiovascular, favoreciendo así la circulación materna y fetal. Sólo un 2.8% no permite a las mujeres beber y un 9% les impide comer<sup>12</sup>.

A pesar de esta baja incidencia, las restricciones en la mayoría de los hospitales están a la orden del día, siendo necesarios más estudios que protocolicen de manera exhaustiva la ingesta oral de las mujeres en el trabajo de parto.

Esta revisión bibliográfica pretende revisar las recomendaciones escritas por las diferentes entidades científicas, así como actualizar los conocimientos sobre riesgo/beneficios de la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto y conocer las recomendaciones de sistemas de salud nacionales y sociedades científicas en relación con la ingesta durante el parto.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Google académico y Cinahl. Adicionalmente se realizó una búsqueda en “bola de nieve” a partir de los documentos encontrados, para acceder a fuentes que hubieran escapado al procedimiento anterior. En el caso de las fuentes primarias se han consultado la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal de 2010, la Organización Mundial de la Salud, la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), American Society of Anesthesiologist (ASA),, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y la Sociedad Española de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR). La pregunta PICO realizada es: ¿Es segura la ingesta oral de líquidos y/o alimentos en mujeres embarazadas durante el trabajo de parto?

La estrategia de búsqueda empleada ha sido (“Labor, obstetric”) AND (“oral intake”), (“Labor, obstetric”) AND (“fasting”) y (“ingesta”) AND (“parto”).

Los criterios de inclusión empleados han sido todos los artículos publicados hasta la fecha en inglés y español y los criterios de exclusión han sido aquellos que no corresponden a objetivos, sin acceso al texto completo. Los términos MESH empleados han sido “labor, obstetric”, “fasting”, “eating” y “labor stage, first y cervical dilatation”. Con respecto a los términos DECS empleamos los términos “Labor, obstetric”, “delivery, obstetric” y “fasting”.

Las palabras claves son: Aspiration risk, Labor, Oral intake.

En la figura 1 (flujograma) se muestran las bases de datos utilizadas, el número de artículos que se encontró y los seleccionados para la elaboración de esta revisión bibliográfica. Fuente: elaboración propia. El gráfico 1 muestra las bases de datos consultadas.

## RESULTADOS

### Fisiología del vaciamiento gástrico en embarazada

En el embarazo se producen múltiples cambios fisiológicos, siendo el vaciamiento gástrico uno de los más importantes. Entre los cambios que se producen encontramos una disminución de la secreción gástrica, del tono y de la motilidad por una respuesta parasimpática. Algunas hormonas sufren cambios en este proceso: la progesterona se encuentra aumentada y la motilina reducida pudiendo provocar regurgitación y broncoaspiración en una anestesia general<sup>13,14</sup>.

Las gestantes tienen 8 veces más riesgo de tener una vía aérea difícil y aunque el riesgo de aspiración sea de 15/10.000 mujeres, es mayor a la población normal<sup>15</sup>. La embarazada debe considerarse como paciente con el estómago lleno, pudiendo vomitar incluso hasta 48 horas tras la ingestión<sup>16,17</sup>.

Asimismo, el riesgo de intubación fallida en la embarazada se encuentra aumentado por los edemas, el aumento de peso y mamas<sup>18</sup>.

Encontramos diferentes factores que influyen en el vaciamiento gástrico:

- Acelera el vaciamiento gástrico: la ansiedad, los alimentos templados o calientes, el decúbito lateral derecho, la analgesia epidural<sup>19</sup>
- Retrasa el vaciamiento gástrico: ácidos, grasas, alimentos fríos, soluciones de glucosa hipertónica, opiáceos, comidas copiosas, dolor<sup>20,21</sup>

En un estudio se observó que 9/10 parturientas sin epidural aún tenían alimentos tras 2 horas de ingestión, frente a 3/10 mujeres que emplearon la epidural en el parto. Esto puede ser por el factor del dolor ya que la analgesia epidural reduce el estrés, favoreciendo la secreción de gastrina y reduciendo la acidez del contenido gástrico<sup>21</sup>. Resultados similares se vieron en otro estudio, donde el vaciamiento gástrico estaba retrasado, aumentando un 40% en aquellas mujeres con analgesia epidural y hasta un 90% en partos sin ella<sup>19</sup>.

### Beneficios de la ingesta oral

Las mujeres durante el trabajo de parto experimentan una necesidad aumentada de energía, con un gasto energético elevado, en el que se aumenta el consumo de oxígeno, glucosa y producción de Co<sub>2</sub>, similar al de un deportista de alto rendimiento<sup>4,6</sup>.

Restringir la ingesta oral en las parturientas promueve que se produzca el fenómeno conocido como la cetosis metabólica<sup>4,22-24</sup>. Los cuerpos cetónicos disminuyen la contractilidad uterina, prolongando el parto, aumentando el riesgo de hemorragia postparto, uso de fórceps y corioamnionitis<sup>3,12,23</sup>. Otros valores se ven alterados como los hemáticos y urinarios, pudiendo activarse el sistema trombogénico y fibrinolítico<sup>22</sup>.

La actividad fetal puede verse afectada, ya que éstos cruzan la placenta, siendo desconocido los posibles efectos que tienen los cuerpos cetónicos sobre el feto. Algunos autores la consideran condición fisiológica en el parto<sup>2,23</sup>.

Con respecto a los diferentes modos de actuación frente a la cetoacidosis, hay variabilidad en el manejo: la ingesta oral, la

sueroterapia o la no actuación<sup>3,23</sup>. La tendencia en la mayoría de los hospitales es restringir la ingesta y el empleo de la sueroterapia en la cual la mujer aumenta la probabilidad de infección y se limita su movilidad<sup>22</sup>.

Las soluciones intravenosas más empleadas son la solución salina fisiológica, las soluciones glucosadas y la de Hartmann. La sueroterapia interfiere en los niveles de glucosa, insulina y sodio pudiendo provocar dolor de cabeza, enlentecimiento del parto y náuseas. Además, la terapia intravenosa puede producir dolor local, incomodidad y reduce la libertad de movimiento<sup>14,17,23</sup>.

En el bebé puede provocar acidosis, así como hiperinsulinismo iatrogénico con hipoglucemias tras nacer e ictericia, especialmente si el suero contiene más de 25 gramos de glucosa. Generalmente, estos bebés se vuelven más propensos a padecer hiponatremia y taquipnea transitoria y presentan una pérdida de peso mayor a los 2 días de vida que las madres a las que se les permitía comer y beber durante el parto<sup>14,17</sup>.

Está demostrado que la fluidoterapia no es un sustituto seguro frente a la ingesta oral y que por tanto no deben restringirse, en especial los líquidos si se trata de un parto prolongado<sup>3,4,20</sup>. En caso de ser necesaria su instauración, en una revisión de la Cochrane se observó que la solución salina fisiológica es la que menos efectos secundarios produce en el binomio madre-hijo y por tanto la más adecuada<sup>1</sup>.

Permitir la ingesta de líquidos y alimentos aporta control a la mujer, disminuye el estrés, la fatiga, mejora el rendimiento, proporciona comodidad y lo consideran un elemento esencial en su parto. Para ello deben tenerse en cuenta factores como el estado de salud de la mujer, sus preferencias y el riesgo de intervención quirúrgica. Se debe informar a las mujeres del riesgo de aspiración que puede darse en caso de anestesia general. Si es parto se desvía de la normalidad podemos pedir a la mujer que se abstenga de beber y comer<sup>5,17</sup>.

Algunos estudios se centran en el aspecto psicosocial de la mujer en relación al ayuno valorando el desconfort. 2/3 de las mujeres percibían desconfort y estrés en relación a la sed<sup>25</sup>. Solo 1/8 de las mujeres les hubiera gustado tomar alimentos sólidos durante el trabajo de parto<sup>25</sup>. Sin embargo, en otro estudio, solo 1/4 tomaría algún sólido, y ninguna elegiría el ayuno<sup>22,24</sup>.

Existen varios estudios, entre ellos el de Tranmer y sus compañeros, que estudiaron a mujeres a las que se animó a comer y beber lo que quisieran con otro grupo de mujeres a las que se le limitó su ingesta a trocitos de hielo y agua para ver si este factor influía en la distocia del parto, sin encontrar diferencias significativas en cuanto a los resultados maternos ni neonatales<sup>12,26,27</sup>. Lewis observó que las mujeres que realizaron ayuno eran más propensas a una cesárea no planificada<sup>28</sup>. En otro estudio reportan una incidencia de náuseas y vómitos mayor en el grupo de mujeres que ingiere alimentos sólidos<sup>18</sup>.

Espinosa y sus compañeros observaron diferencias únicamente en la duración del parto, con una duración 30 minutos inferior en las que consumieron bebidas azucaradas<sup>29</sup>. Encontramos similitudes en otro estudio en el que las mujeres que consumían dátiles y zumo de naranja<sup>17</sup>. Los dátiles son frutos con propiedades terapéuticas y su consumo en embarazadas ha demostrado reducir los vómitos severos y el dolor. Se ha llegado a plantear la hipótesis de que los dátiles tienen una eficacia similar a la oxitocina, causando contracciones más efectivas

Tabla 1. Resumen de las recomendaciones de las diferentes entidades científicas.

| Entidad                                                                                | Ingesta de líquidos                                                                                    | Ingesta de sólidos                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal</b>                      | Sí, claros.<br>Las bebidas isotónicas para combatir la cetosis.                                        | No se ha encontrado que la ingesta de sólidos durante el parto influya en los resultados obstétricos ni neonatales. Los estudios no tienen suficiente potencia como para poder evaluar la seguridad materna frente a complicaciones graves. |
| <b>Organización Mundial de la Salud (OMS)</b>                                          | Sí.<br>Evitar lácteos.                                                                                 | Sí, en mujeres de bajo riesgo.                                                                                                                                                                                                              |
| <b>National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</b>                        | Sí, agua y preferiblemente bebidas isotónicas.                                                         | Dieta ligera en trabajo de parto. Evitar si han recibido opioides o desarrolle factores de riesgo que posibiliten anestesia general.                                                                                                        |
| <b>American Society of Anesthesiologists (ASA)</b>                                     | Bebidas que contienen electrolitos.<br>Incluyen condiciones médicas que requieren mayor restricciones. | Se deben evitar alimentos sólidos.                                                                                                                                                                                                          |
| <b>The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)</b>                  | Líquidos claros en mujeres de bajo riesgo.                                                             | No.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Sociedad Española de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR)</b> | Líquidos claros, preferentemente bebidas isotónicas.                                                   | Si deciden comer, advertir que no mejora el resultado obstétrico ni neonatal, solo aumentaría el riesgo de aspiración si se precisara una anestesia general.                                                                                |
| <b>Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)</b>                           | Sí. Agua, té, zumo.<br>Evitar lácteos.                                                                 | No.                                                                                                                                                                                                                                         |

Fuente: Elaboración propia.

durante el trabajo de parto<sup>17,30</sup>.

Parsons y sus compañeros evaluaron el efecto de la ingesta de sólidos en la fase latente del parto y observaron un aumento en la duración del mismo<sup>3,31</sup>. Otros autores también reportan una prolongación de la dilatación con la ingesta de sólidos de 2.16 horas cuando la ingesta se produjo hasta los 4 cm de dilatación, y en 3.50 horas cuando la ingesta se mantuvo hasta el final del parto<sup>32</sup>.

En el Hospital St. Thomas de Londres se llevó a cabo un estudio en el que se concluyó que los alimentos sólidos o semisólidos sólo deben restringirse en caso de fase activa de parto o analgesia<sup>22,26</sup>.

En una revisión de la Cochrane con un total de 3130 mujeres, no se identificaron beneficios ni perjuicios de restringir alimentos y líquidos en el trabajo de parto de mujeres de bajo riesgo, recomendando la libertad de comer y beber según les plazca. A pesar de ello se requieren más estudios<sup>33</sup>. Sin embargo, Scrutton y sus compañeros en su estudio concluyeron que las bebidas isotónicas eran suficientes para un aporte calórico adecuado<sup>34</sup>.

Las mujeres tienden a elegir bebidas y alimentos ligeros en cualquier etapa de la dilatación, y a rechazar progresivamente las mismas según van aumentando la intensidad y frecuencia de las contracciones<sup>22,24</sup>. A medida que avanza el parto, prefieren líquidos frente a sólidos<sup>22,24</sup>.

Habitualmente, las mujeres no cuestionan si se les prohíbe comer o beber durante el parto, pues delegan esta decisión al profesional que le atiende. Esto lo convierte en una responsabilidad mayor para la matrona, responsable de la administración del tipo y número de sueros, por ello es importante establecer protocolos y políticas para una ingesta segura tanto para la madre como para el bebé en la que los profesionales y las mujeres en trabajo de parto estén de acuerdo<sup>24</sup>.

Interferir en la libre decisión de la gestante es otra forma de intervencionismo, siempre y cuando no se haya identificado riesgo alguno, por lo que se debería informar de manera clara a las mujeres para que ellas tomen una decisión acerca de si desean tomar alimentos sólidos en el trabajo de parto, siguiendo la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de Autonomía del Paciente<sup>16,35</sup>.

La matrona es una excelente fuente de observación, control y evaluación hacia la promoción del cambio del cambio de una política restrictiva, siempre desde el respeto a la libertad de toma de decisiones informando adecuadamente del riesgo en situaciones especiales o argumentando a favor o en contra de la ingesta de determinados alimentos<sup>16,22,35</sup>.

### Recomendaciones de diferentes entidades científicas

Ver tabla 1.

## CONCLUSIONES

El ayuno durante el parto es una práctica obsoleta que tiene consecuencias negativas tanto para la madre como para el bebé, destacando la cetoacidosis para la cual se implanta en múltiples hospitales la perfusión sistemática de líquidos intravenosos durante el parto.

La matrona es la responsable en la administración de la suero-terapia, quedando a su libre elección el tipo y número de sueros a administrar sin la existencia de una pauta o protocolo que lo regule, no siendo un sustitutivo seguro frente a la ingesta oral.

A nivel psicológico la ingesta oral produce satisfacción, sensación de bienestar y control en la mujer. En diferentes estudios se ha visto que la ingesta de líquidos y sólidos no influye en la duración del parto, ni en los resultados maternos ni neonatales, aunque hay disparidad en los resultados de los artículos publicados.

La aspiración se trata de un extraño evento ante los avances de la obstetricia moderna y la anestesiología, por lo que se debería informar de manera clara a las mujeres para que ellas tomen una decisión acerca de si desean tomar alimentos sólidos en el trabajo de parto, siguiendo la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de Autonomía del Paciente.

La mayoría de los organismos nacionales e internacionales tanto de ginecología y obstetricia como de anestesiología, recomienda

la ingesta de líquidos claros durante el curso de un parto que transcurre con normalidad, insistiendo en las bebidas isotónicas y en la evitación de lácteos. Con respecto a los sólidos, hay disparidad entre los diferentes organismos y guías: La OMS y la NICE sí recomiendan la ingesta de sólidos en partos de bajo riesgo, a no ser que haya recibido opioides o desarrolle factores de riesgo que hagan la anestesia general más posible. La SEDAR aclara que, si deciden comer, hay que advertir que no mejora el resultado obstétrico ni neonatal ni afecta a la duración o el modo de parir, solo aumentaría el riesgo de aspiración en el caso de que se precisara una anestesia general, relegando por tanto la responsabilidad a la mujer y al personal sanitario responsable. La ACOG y la ASA la desaconsejan.

La matrona, como profesional responsable del bienestar de la gestante, es una excelente fuente de observación, fomento, control, y evaluación hacia la promoción del cambio de una política restrictiva.

Hoy en día se debería trabajar en un equipo integrado por matronas, obstetras, pediatras y anestesiólogos para garantizar la seguridad y resultados óptimos maternos y fetales independientemente de la forma de finalización del parto, elaborando protocolos específicos para la ingesta oral de sólidos y líquidos, para lo que se sugiere también nuevos estudios que evalúen el riesgo y beneficio.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Yañez B. Efectividad de la ingesta oral de líquidos sobre la satisfacción materna y el bienestar fetal durante el proceso de parto. [Universidad de Málaga]; 12AD.
2. Albillos L. La ingesta oral durante el trabajo de parto. *Nure Investigación*. 2013 Apr 29;68(Enero-Febrero 2014).
3. Maharaj D. Eating and drinking in labor: Should it be allowed? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009;146(1):3-7
4. Sleutel M, Golden SS. Fasting in Labor: Relic or Requirement. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1999;28(5):507-12.
5. American College of Nurse-Midwives. Providing Oral Nutrition to Women in Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2016;61(4):528-34.
6. Mendelson CL. The Aspiration of Stomach Contents into the Lungs During Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 1946;7(6):694-5.
7. Parsons M, Nagy S. Anaesthetists' perspective on oral intake for women in labour. *British Journal of Midwifery*. 2006;14(8):488-92.
8. Melarkode K. Saving mothers' lives. *British Journal of Anaesthesia*. 2008 Apr;100(4):561
9. Quevedo Valverde M de L, Benítez Ormaza YC, Chiriboga Neira VS, Alvarado Torres JL. Prevención y manejo del síndrome de Mendelson. *RECIMUNDO*. 2022;6(2):214-21.
10. Michael S, Reilly CS, Caunt Ja. Policies for Oral Intake During Labour. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 1992;47(6):391-2.
11. Parsons M. Policy or tradition: Oral intake in labour. *The Australian Journal of Midwifery*. 2001;14(3):6-12.
12. Huang CY, Luo BR, Hu J. Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China. *Medicine*. 2020 Jun 5;99(23):e20626.
13. Cárdenas A, Lacassie HJ. Revisión de evidencia del impacto de la anestesia obstétrica en los desenlaces maternos y neonatales. Un análisis de la literatura. *Revista Chilena de Anestesia*. 2021;50(4):561-7.
14. American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for PERINATAL CARE. 2017.
15. Sociedad Española de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del dolor. Actualización de los protocolos asistenciales de la Sección de Anestesia Obstétrica de la SEDAR. 2016.
16. Azón López E, Hernández Pérez J, García Martínez M, Mir Ramos E. La ingesta durante el trabajo de parto de bajo riesgo: una revisión de la literatura. *Medicina Naturista*. 2010;4 (2)(1576-3080):74-9.
17. Rahmani R, Khakbazan Z, Yavari P, Granmayeh M, Yavari L. Effect of Oral Carbohydrate Intake on Labor Progress: Randomized Controlled Trial. *Iranian J Publ Health*. 2012;41(11):59-66.
18. Morillas P, Ortiz JR, Fornet I. Evidencias actuales en pauta de ayuno y estudios de coagulación en la gestante con trabajo de parto. In: *Puesta al día en Anestesia regional y tratamiento del dolor*. Barcelona: MRA ediciones; 2008. p. Vol XI. (283-290).

19. Bouvet L, Schulz T, Piana F, Desgranges FP, Chassard D. Pregnancy and Labor Epidural Effects on Gastric Emptying: A Prospective Comparative Study. *Anesthesiology*. 2022;136(4):542-50.
20. Caravaca E, Martínez M, Casajoana M, Lorente I, Correspondencia, Casajoana. Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. "Revisión de la evidencia científica" Hydration and nutrition during labor. "Review of scientific evidence." 2009.
21. Palmer CM, Jiang Y. Limiting Oral Intake during Labor: Do We Have It Right? *Obstetric Anesthesia Digest*. 2023 Feb 22;43(1):1-2.
22. Fernández Salmerón P, Consuegra MÁ, Gutiérrez M del M. Cambiando la clásica práctica restrictiva de ingesta en el proceso del parto. *Index de Enfermería*. 2008;17(2).
23. Toohill J, Soong B, Flenady V. Interventions for ketosis during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008(3).
24. Urrutia S. MT, Abarca C. C, Astudillo S. R, Llevaneras M. S, Quiroga T. N. Alimentación durante el trabajo de parto: ¿es necesario el ayuno? *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2005 [citado Mayo 2022 ];70(5):296-302. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262005000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
25. Bouvet L, Garrigue J, Desgranges FP, Piana F, Lamblin G, Chassard D. Women's view on fasting during labor in a tertiary care obstetric unit. A prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020 253:25-30.
26. O'Sullivan G, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *Yearbook of Anesthesiology and Pain Management*. 2010 2010:294-6.
27. Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, Stevens BJ. The Effect of Unrestricted Oral Carbohydrate Intake on Labor Progress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2005;34(3):319-28.
28. Shea-Lewis A, Eckardt P, Stapleton D. An Investigation into the Safety of Oral Intake During Labor. *AJN*. 2018;118(3).
29. Espinosa J, Reyes O, Lloyd I. Ayuno vs. dieta líquida. Estudio aleatorizado controlado para evaluar la duración de la labor de parto, tasa de cesáreas y satisfacción con la labor. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2014;41(1):23-8.
30. Nasiri M, Gheibi Z, Miri A, Rahmani J, Asadi M, Sadeghi O, et al. Effects of consuming date fruits (*Phoenix dactylifera* Linn) on gestation, labor, and delivery: An updated systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Complementary Therapies in Medicine* [Internet]. 2019 1 [citado Enero 2022 ];45:71-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31331586/>
31. Parsons M, Bidewell J, Nagy S. Natural Eating Behavior in Latent Labor and Its Effect on Outcomes in Active Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2006;51(1):e1-6.
32. Parsons M, Bidewell J, Griffiths R. A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery* [Internet]. 2007 [citado 2022 Febrero];23(2):131-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613806000283>
33. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013;(8). Disponible en: [https://www.cochrane.org/CD003930/PREG\\_eating-and-drinking-in-labour](https://www.cochrane.org/CD003930/PREG_eating-and-drinking-in-labour)
34. Scrutton MJL, Metcalfe GA, Lowy C, Seed PT, O'Sullivan G. Eating in labour. A randomised controlled trial assessing the risks and benefits. *Anaesthesia*. 1999 Apr;54(4):329-34.
35. Sperling JD, Dahlke JD, Sibai BM. Restriction of oral intake during labor: whither are we bound? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;214(5):592-6.
36. ACOG Committee Opinion No. 777. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;133(4):e296-302.
37. Intrapartum care for healthy women and babies Clinical guideline [Internet]. 2014 [citado Mayo 2023] p. 1-80. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
38. Serra V, González A, Martínez-Astorquiza T, Florido J, Sesmero R de M. Documento de consenso sego asistencia al parto. 2018.
39. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. 2018.
40. American Society of Anesthesiologists. Statement on Oral Intake During Labor [Internet]. [www.asahq.org](http://www.asahq.org). 2022. Disponible en: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/statement-on-oral-intake-during-labor>

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Quesada Moruno JT. Ingesta oral de líquidos y alimentos en el trabajo de parto. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(2): 67-73