

**PROTOCOLO:**  
**DISMINUCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS FETALES (DMF)**

Unidad de Bienestar Fetal, Servicio de Medicina Materno-Fetal.

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

## 1. INTRODUCCIÓN

- La percepción materna de una disminución de los movimientos fetales (DMF) constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencia (5-15% de las gestantes durante el tercer trimestre de gestación).
- Se asocia con un aumento en el riesgo de posibles complicaciones perinatales (retraso de crecimiento, parto prematuro, malformaciones fetales y éxitus fetal) incluso en población de bajo riesgo.
- Debido a la gran variabilidad inter e intraobservador, el conteo de movimientos fetales no es mejor que la percepción subjetiva materna.
- El manejo inadecuado de la DMF representa 10-15% de las muertes evitables a término.
- La correcta provisión de información a la gestante ha demostrado en series observacionales disminuir la tasa de complicaciones asociada a la DMF.

## 2. MOVIMIENTOS FETALES NORMALES

El movimiento fetal (MF) es uno de los primeros signos de viabilidad fetal, aunque no es detectado por la gestante hasta las 18 semanas (en multíparas suele suceder antes, a partir de las 16 semanas). En condiciones normales, a las 20 semanas de gestación ya han aparecido todos los movimientos fetales (movimientos de tronco, extremidades, movimientos respiratorios...), alcanzando su máxima intensidad a partir de las 28 semanas. Sin embargo, a partir de las 34 semanas éstos pueden disminuir ligeramente debido principalmente a una acentuación del ritmo circadiano fetal. De hecho los períodos de no actividad fetal aumentan al aumentar la edad gestacional, sin estar indicando un problema fetal. Además, a medida que el feto crece tiene menos espacio en el útero y sus movimientos se hacen más limitados y definidos.

## 3. IMPORTANCIA DE LOS MOVIMIENTOS FETALES

La adecuada adquisición del patrón normal de movimientos fetales indica un correcto desarrollo neuromuscular. Existen varias anomalías fetales que alteran el correcto neurodesarrollo

fetal, tales como las malformaciones fetales de forma global, síndromes genéticos (enfermedades neuro- musculares), etc...

Por otro lado, el correcto mantenimiento de los movimientos fetales nos está informando acerca del bienestar fetal. La causa más frecuente de la disminución en los movimientos fetales, en un feto que previamente los había adquirido correctamente, es la insuficiencia placentaria. De esta manera, cuando existe una situación de hipoxia, tanto aguda como crónica, el feto lo manifiesta presentando una disminución de los movimientos fetales y frecuentemente lo presenta antes de acontecer un éxitus fetal ante parto. Se ha estimado que hasta un 25% de fetos que presentan una DMF presentarán alguna complicación perinatal (la más frecuente: retraso de crecimiento intrauterino).

#### 4. DEFINICIONES RELATIVAS A DMF

---

Se define como:

- No percepción de movimientos fetales a partir de las 24 semanas de gestación
- La ausencia aguda de movimientos fetales de >2 horas de duración en una gestante que anteriormente los percibía
- Percepción subjetiva de la gestante de una disminución respecto al patrón habitual de movimientos fetales que dura > 12 horas
- Percepción de <10 movimientos fetales durante dos horas que en condiciones normales el feto está activo (se recomienda que sea después de las comidas + decúbito lateral izquierdo)

#### 5. MANEJO CLÍNICO

---

##### **1.- Información sobre los Movimientos Fetales (19-23 semanas)** (ICGON)

Es importante transmitir a todas las gestantes el verdadero significado de los movimientos fetales. Para ello, se informará sobre cuál es el patrón normal de los movimientos fetales, como éstos pueden ir cambiando a lo largo de la gestación y como pueden percibirse de diferente forma en determinadas situaciones (postura-actividad materna, efecto de diferentes fármacos-sustancias)... Además, se les especificará en qué situaciones concretas ante una percepción de disminución de los movimientos fetales se recomienda consultar en un servicio de urgencias. Para ello, **a todas las gestantes del ICGON se le dará una hoja informativa acerca de los “Movimientos fetales” (Anexo 1) a las 19-23 semanas** (generalmente el único contacto que se tiene con las gestantes a estas edades gestacionales en nuestro centro es en el momento de realizar la ecografía morfológica).

## **2.- Ante la Ausencia o Disminución de los movimientos fetales:**

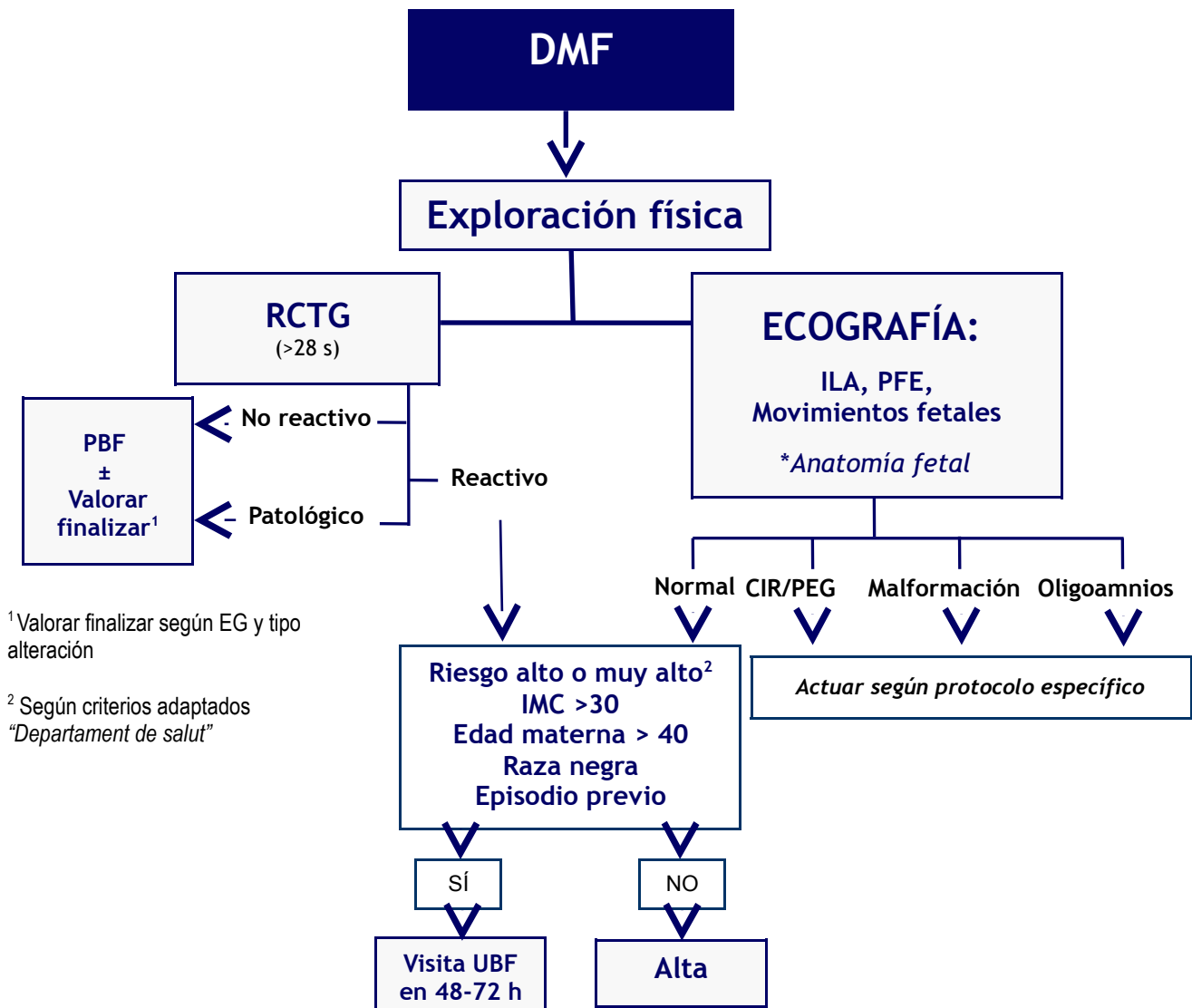
- ✓ **Anamnesis general**
  - \* Duración de la sintomatología ( duración de DMF o ausencia)
  - \* Síntomas asociados: Dinámica uterina, metrorragia, hidrorrea...
  - \* Descartar posibles factores confusores asociados: obesidad, primiparidad, placenta anterior, tipo de actividad materna y posición, ayuno prolongado, hábito tabáquico, ingesta de fármacos sedantes, ansiedad materna y estrés
  
- ✓ **Exploración física general** (Constantes, labstick...)
  
- ✓ **Exploración gineco-obstétrica general:**
  - RCTG no estresante: A partir de las 28 semanas. Normal si criterios de reactividad  $\geq 2$  aceleraciones transitorias de  $> 15$  lpm por encima de la basal de  $> 15$  segundos en 40 minutos
  
- ✓ **ECOGRAFÍA** (a todas las gestantes con DMF):
  - **ILA**: descartar oligoamnios (ILA  $< 5$  cm)
  - **Movimientos fetales**: se documentarán los movimientos fetales (no necesario PBF si el RCTG es reactivo).
  - **Peso Fetal Estimado**: para descartar la presencia de un retraso de crecimiento intrauterino. No Doppler fetal si percentil crecimiento  $> p10$ .
  - **Evaluación anatómica** (si no se ha realizado anteriormente). Ésta puede ser diferida o programada.

## **3.- Seguimiento posterior si normalidad de las pruebas:**

- ✓ Si todas las exploraciones aplicadas son normales, se dará el alta a la gestante con indicaciones de reacudir UCIAS si persiste la situación en las próximas 24-48 horas. Si no se le ha dado la hoja informativa acerca de los Movimientos fetales anteriormente, se le dará en ese momento.
- ✓ Si la gestante es de alto riesgo (según criterios adaptados del “*Departament de salut*” - Anexo 2- ) o tiene  $>40$  años o IMC $>30$  o ha presentado más de un episodio o es de raza negra: requiere control en 48-72h en UBF y valorar seguimiento posterior en UBF según evolución. Valorar finalización de la gestación a las  $41 \pm 2$  días.

**6. ALGORITMO**

HOJA INFORMATIVA 19-23 s
<p><b>PATRÓN NORMAL MOVIMIENTOS FETALES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio esperado de percepción de los movimientos: &lt; 22 s en primigestas y &lt;18 s en multigestas (en mujeres obesas hasta las 24 s)</li> <li>• Aparición de todo el abanico de movimientos: 20-22 s</li> <li>• Evolución de los movimientos: máximos entre las 28 y las 34 con disminución &gt; 34 s</li> <li>• Posibles factores confusores (obesidad, primiparidad, placenta anterior, tipo de actividad materna y posición, ayuno prolongado, hábito tabáquico, ingesta de fármacos sedantes, ansiedad materna y estrés)</li> </ul>
<p><b>SIGNOS DE ALARMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No percepción movimientos fetales &gt; 24 semanas</li> <li>• Ausencia total de movimientos que dura &gt;2 horas (no esperar más de 24h)</li> <li>• Disminución en la percepción habitual de los movimientos fetales que dura &gt;12 horas (no esperar más de 48h)</li> <li>• Si dudas: contaje movimientos fetales. Si &lt; 10 movimientos en 2 horas en algún momento del día que en condiciones normales el feto está activo (después comidas + DLI): consultar</li> </ul>



<sup>1</sup> Valorar finalizar según EG y tipo alteración

<sup>2</sup> Según criterios adaptados "Departament de salut"

Anexo 1: Hoja Informativa “Movimientos fetales”



## MOVIMIENTOS FETALES

### ¿CUÁNDO EMPEZARÉ A NOTAR LOS MOVIMIENTOS FETALES?

El movimiento fetal es uno de los primeros signos de vida fetal. Sin embargo, en condiciones normales no suele ser notado por la madre antes de las 18 semanas. Si ya has estado embarazada previamente puede ser que empieces a notarlos antes (sobre las 16 semanas). Sin embargo, las gestantes obesas suelen notarlos un poco más tarde (a partir de las 24 semanas).

### ¿SIEMPRE SON IGUALES LOS MOVIMIENTOS FETALES?

En condiciones normales, a las 20 semanas de gestación ya han aparecido todos los movimientos fetales (movimientos de tronco, extremidades, movimientos respiratorios...). A partir de las 28 semanas la intensidad de los movimientos es máxima. Sin embargo, a partir de las 34 semanas la intensidad de los movimientos puede disminuir ligeramente. A medida que el feto crece, tiene menos espacio en el útero y sus movimientos se hacen más limitados. También, a partir de las 34 semanas, aumentan los periodos de sueño fetal. Por otro lado, hay diferentes situaciones maternas que pueden disminuir la percepción de los movimientos fetales. Las más frecuentes son: fumar, haber tomado alcohol o alguna medicación sedante o antidepresiva, el estrés materno, largos periodos de tiempo de pie o haciendo actividad física y el ayuno prolongado.

### ¿TODOS LOS FETOS SE MUEVEN DE LA MISMA MANERA?

Ningún feto se mueve igual a otro, ni con la misma intensidad ni con el mismo ritmo. Cada bebé tiene sus pautas y la madre es la que debe observar los movimientos para conocerlos y hacer un seguimiento. Cada bebé es diferente en su modo de moverse, y no hay un patrón de movimiento ideal. Lo importante es que su nivel de actividad no cambie demasiado, con eso sabrás que lo más probable es que todo vaya bien.

### ¿CUÁNDO DEBO CONSULTAR?

En condiciones normales, a las 24 semanas debes de percibir los movimientos de tu bebé. Si has llegado a las 24 semanas de gestación y no percibes ningún movimiento, deberías consultar. Si ya has notado los movimientos pero percibes un cambio en el patrón habitual de los movimientos de tu bebé, también se recomienda consultar. Como máximo, se aconseja consultar en un plazo no superior a las 24h si no notas ningún movimiento y no más de 48 horas si percibes una disminución global de los movimientos. Si existen dudas, se recomienda contar el número de movimientos que presenta el bebé durante las dos horas siguientes después de las comidas. Se aconseja además hacer este contaje estirada sobre tu lado izquierdo. Si cuentas menos de 10 movimientos durante estas dos horas, deberías consultar.

Anexo 2: Factores de riesgo (adaptación del “Protocol de seguiment de l’embaràs a Catalunya, 2005”)

Riesgo alto	Riesgo muy alto
<input type="checkbox"/> Anemia grave (Hb < 9 g/dl o Hto < 25%)	<input type="checkbox"/> Gestación múltiple (≥ 3) o gemelos monoamnióticos
<input type="checkbox"/> Gemelos	<input type="checkbox"/> Malformación uterina
<input type="checkbox"/> Historia obstétrica desfavorable: 2 o más abortos anteriores . . .	<input type="checkbox"/> Enfermedad hereditaria con riesgo de afectación al recién nac:
<input type="checkbox"/> Patología médica no grave	<input type="checkbox"/> Antecedente de hijo con afectación neurológica o retraso ment:
<input type="checkbox"/> Cirugía uterina previa (cirugía que llega hasta la cavidad endor	<input type="checkbox"/> Antecedente de muerte perinatal (fetal, perinatal o neonatal)
<input type="checkbox"/> Cardiopatía grave II NYHA (insuficiencia cardíaca a grandes es:	<input type="checkbox"/> Patología asociada grave (enfermedades sistémicas o mentale
<input type="checkbox"/> Endocrinopatía (hipófisis, tiroides, suprarrenales, etc..)	<input type="checkbox"/> Drogadicción/alcoholismo (aprox. 400 ml cerveza, 150 ml vino,
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Isoinmunización (Coombs indirecto positivo)
<input type="checkbox"/> Sospecha malformación fetal	<input type="checkbox"/> Cardiopatía III y IV (insuficiencia cardíaca a pequeños esfuerz:
<input type="checkbox"/> Obesidad mórbida: IMC (kg/m <sup>2</sup> ) >40	<input type="checkbox"/> Diabetes pregestacionales
<input type="checkbox"/> Preeclampsia grave / Transtornos hipertensivos leves	<input type="checkbox"/> Incompetencia cervical uterina
<input type="checkbox"/> Infección materna (Pielonefritis, Hepatitis B/C, Toxo, Rubéola	<input type="checkbox"/> Malformación fetal confirmada
<input type="checkbox"/> Embarazo prolongado (≥ 42 semanas)	<input type="checkbox"/> RCIU = Crecimiento Intrauterino Retardado
<input type="checkbox"/> Sospecha de macrosoma > > 4500 g	<input type="checkbox"/> Placenta previa
<input type="checkbox"/> Desprendimiento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Preeclampsia grave
<input type="checkbox"/> Oligoamnio o polihidramnio	<input type="checkbox"/> Amenaza de parto prematuro (antes de las 37 semanas)
<input type="checkbox"/> Parto pretérmino de > 32 semanas	<input type="checkbox"/> RPM pretérmino < 32 semanas
<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas de > 12 horas	<input type="checkbox"/> Riesgo tromboembolismo
	<input type="checkbox"/> Parto pretérmino de < 32 semanas

Responsables del protocolo: M. Illa, F. Figueras  
Fecha creación: 30/11/2010