



Germans Trias i Pujol
Hospital
Institut Català de la Salut



Institut Català de la Salut
Gerència Territorial
Metropolitana Nord

SERVEI/ UNITAT/ ÀREA/ COMISSIÓ :

SERVEI D'OBSTETRÍCIA

TÍTOL DOCUMENT: DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES

TIPUS DOCUMENT: PROTOCOL MÈDIC

CODI DOCUMENT: OBS-PM-015

Pàgina núm. 1 de 9

OBS-PM-015.Rev 02

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: 5 anys

Responsable revisió: Dra Gisela Palomar

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	AUTORS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	01/03/2018	Redacció de Protocol	Gisela Palomar Marta Ricart	Dra Comas	29/05/2018
02	26/02/2024	Introducció ACM	Gisela Palomar	Dr De Diego	28/03/2024

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
Servei d'Obstetrícia
Servei de Pediatria

OBS-PM-015.Rev 02

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-015</p>	<p>Revisió : 02 Pàgina nº 2 de 9 Data última revisió: 26/02/2024</p>
<p>PROTOCOL DE DISMINUCIÓN MOVIMIENTOS FETALES</p>			

OBS-PM-015.Rev 02

1. INTRODUCCIÓN

La percepción materna del movimiento fetal es tranquilizadora para las mujeres embarazadas, mientras que la disminución del movimiento fetal (DMF) es una razón común de preocupación.

El 40% de las mujeres embarazadas se preocupan por la DMF una o más veces durante la gestación. Aunque solo consultan entre el 4-15% por DMF persistente en el tercer trimestre de la gestación.

La percepción materna de DMF es un indicador de resultado perinatal adverso. Se estima que aproximadamente un 25-30% de las pacientes con DMF persistente presentarán alguna complicación perinatal (RCIU, parto prematuro, malformaciones fetales y éxitus fetal) incluso en población de bajo riesgo.

Una correcta información a las gestantes puede disminuir la tasa de complicaciones asociada a la DMF, pudiendo incluso disminuir la mortalidad evitable a término.

Este tema revisará el movimiento fetal normal y proporcionará el enfoque para el diagnóstico, la evaluación y la gestión del DMF.

2. MOVIMIENTO FETAL NORMAL

La percepción materna del movimiento fetal generalmente comienza en el segundo trimestre. Los movimientos fetales son perceptibles alrededor de las 16 a 24 semanas de gestación (según condiciones maternas) y ocurre antes en las mujeres multíparas (entre las 16-18 sem) que en las nulíparas (18-20 sem).

En condiciones normales a las 20 semanas ya han aparecido todos los movimientos fetales, alcanzando su máxima intensidad a partir de las 28 semanas.

El movimiento fetal aumenta a lo largo del día, con actividad máxima a altas horas de la noche.

La frecuencia del movimiento fetal en el embarazo normal es probablemente constante a lo largo del tercer trimestre; sin embargo, la calidad de los movimientos percibidos cambia. Al avanzar las semanas de gestación aumentan los períodos de menor percepción de la actividad fetal. Esto puede ser debido a una acentuación en el ritmo circadiano fetal, sin que necesariamente indique un problema fetal, además a medida que el feto crece tiene menor espacio en el útero y sus movimientos se vuelven más limitados.

OBS-PM-015.Rev 02

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-015</p>	<p>Revisió : 02 Pàgina nº 3 de 9 Data última revisió: 26/02/2024</p>
<p>PROTOCOL DE DISMINUCIÓN MOVIMIENTOS FETALES</p>			

OBS-PM-015.Rev 02

3. FISIOPATOLOGÍA Y SIGNIFICADO

La cantidad y calidad normal del movimiento fetal y otros tipos de actividad biofísica fetal (movimientos respiratorios, tono) aseguran la integridad funcional de los sistemas reguladores fetales, lo que nos está indicando el bienestar fetal. Cuando estos sistemas reguladores están sujetos a hipoxemia, se cree que la DMF representa una respuesta conductual fetal compensatoria, análoga a la respuesta fisiológica compensatoria de la redistribución del flujo sanguíneo a órganos esenciales.

Además, un adecuado patrón de movimientos fetales indica un correcto desarrollo neuromuscular. Existen múltiples anomalías que pueden cursar con DMF tales como síndromes genéticos o enfermedades neuromusculares.

Además, se ha encontrado asociación con alteraciones del líquido amniótico, amenazas de parto prematuro, Apgar bajo, ingreso en UCI neonatal, anemia fetal, lesiones cerebrales, infecciones intrauterinas, acidosis, hipoglucemia o convulsiones neonatales.

4. DEFINICIONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES

Aunque no hay consenso sobre el diagnóstico de DMF, consideramos diagnóstica la percepción materna cualitativa (subjetiva) de una reducción del movimiento fetal.

Los mejores criterios de diagnóstico son controvertidos porque no se ha determinado el nivel de movimiento fetal que distingue de manera fiable a un feto sano de un feto con mayor riesgo de resultado adverso. Tampoco hay evidencia de que ningún límite cuantitativo de alarma sea más efectivo que la percepción cualitativa materna de DMF.

Dado que no hay una definición unánimemente aceptada, a modo de recomendación general se debe recomendar consultar en caso de:

- No percepción de movimientos fetales a partir de la semana 24
- Ausencia total y aguda de movimientos fetales de >2h 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 (sin llegar a esperar más de 24 horas).

Sin embargo, la percepción materna de DMF prevalece sobre cualquier definición específica de DMF.

* Las pacientes son informadas de la importancia de la DMF con una hoja informativa (Anexo 1) en la ecografía morfológica y/o si consultan por ello.

OBS-PM-015.Rev 02

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol



PROTOCOL DE DISMINUCIÓN MOVIMIENTOS FETALES

OBS-PM-015.Rev 02

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: CAUSAS Y FACTORES CONFUSORES

Las disminuciones transitorias en la actividad fetal pueden deberse a múltiples motivos. El estado de sueño fetal es la causa más frecuente y además benigna de DMF, pero además existen otras causas identificables como la toma de medicamentos por parte de la gestante, el tabaquismo materno o situaciones reales de compromiso fetal.

La mala percepción materna de la actividad fetal es otra razón para el diagnóstico de DMF. Puede deberse a la edad gestacional temprana, disminución / aumento del volumen de líquido amniótico, posición materna, posición fetal (dorso anterior), placenta anterior, actividad física materna...

Debido a que estas entidades no se pueden diferenciar de las causas patológicas de DMF sin una evaluación adicional, una disminución repentina en el movimiento fetal se debe evaluar como un posible marcador de compromiso fetal.

FACTORES CONFUSORES

- * Actividad física materna importante
- * Ansiedad y estrés materno
- * Posición materna, especialmente en bipedestación
- * Ayuno prolongado y bajos niveles de azúcar en sangre
- * Hábito tabáquico, alcohol y cafeína
- * Ingesta de fármacos sedantes y antidepresivos
- * Gestación temprana (<24 semanas)
- * Oligoamnios y polihidramnios
- * Obesidad
- * Placenta anterior (hasta las 28 semanas)
- * Anemia materna
- * Sueño fetal

OBS-PM-015.Rev 02

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol



PROTOCOL DE DISMINUCIÓN MOVIMIENTOS FETALES

OBS-PM-015.Rev 02

CAUSAS DE DMF CON COMPROMISO FETAL

1. Hipoxia fetal

a. Insuficiencia placentaria (la más frecuente)

b. Anemia fetal

i. Isoinmunización

ii. Hemorragia feto-materna

2. Alteraciones neuromusculares

Ambas causas pueden evolucionar a la muerte fetal sino se diagnostican y tratan de manera adecuada.

6. EVALUACIÓN CLÍNICA

En la mujer que consulta con DMF se debe realizar una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales para un resultado adverso.

El objetivo de la evaluación es tratar de identificar aquellos fetos que están en peligro y determinar si es posible la causa de la DMF.

A) Evaluación inicial en urgencias:

1. Anamnesis general

* Revisar los antecedentes médicos y obstétricos de la madre y las características que colocan al feto en mayor riesgo de resultado adverso

* Duración del episodio (transitorio o persistente, disminución o ausencia, primer episodio...) y síntomas asociados (metrorragia, hidrorrea, tono uterino...)

* Descartar posibles factores de confusión: ayuno, posición materna, tabaco...

2. Exploración física y exploración gineco-obstétrica habitual.

3. Exploraciones complementarias

* **NST**: A partir de las 28 semanas. Se considerará normal siempre que cumpla los criterios de reactividad (2 o más aceleraciones transitorias de >15lpm por encima de la basal de > 15 segundos en 40 minutos). Se deberá repetir a las 48-72h con el control en gabinete de bienestar fetal. Teniendo en cuenta las diferencias de patrones entre los fetos pretérmino y a término. Posibilidad de control en su centro de referencia en gestaciones fuera de zona.

OBS-PM-015.Rev 02

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de
l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-015</p>	<p>Revisió : 02 Pàgina nº 6 de 9 Data última revisió: 26/02/2024</p>
<p>PROTOCOL DE DISMINUCIÓN MOVIMIENTOS FETALES</p>			

OBS-PM-015.Rev 02

* Ecografía fetal:

- Peso fetal estimado (PFE): actualizar PFE si última determinación fue >2 semanas
- Columna máxima de líquido amniótico (normal de 2-8cm)
- Movimientos fetales durante la realización de la ecografía se documentarán la presencia de los movimientos fetales. Si ausentes, se realizará un perfil biofísico completo.
- Estudio Doppler fetal de la arteria cerebral media (ACM):
 - o Índice Cerebroplacentario (CPR): Dada la evidencia actual del papel del CPR (IPACM/ IPAU) en el diagnóstico de la hipoxemia fetal incluso en fetos con crecimiento fetal adecuado se realizará de forma rutinaria en las DMF. Se considerará normal si CPR >p5 o signos de redistribución hemodinámica fetal si CPR 1,5 MoM
 - o Pico sistólico ACM (PSV ACM): se realizará la evaluación del PSC ACM de forma sistemática en todas las pacientes con DMF dada su asociación con la Hemorragia feto-materna (HFM). La HFM se trata de una condición potencialmente grave para el feto y que en un porcentaje no despreciable de los casos ocurre en población de bajo riesgo. Generalmente los casos severos de HFM irán acompañados de alteraciones a nivel del RCTG (ritmo sinusoidal, desaceleraciones...), aunque casos menos severos pueden cursar con alteraciones menos evidentes a nivel del RCTG (variabilidad límite, patrón no reactivo...). Se considerará normal si PSACM 1,5 MoM

4. Se dará información de cuando volver a consultar a urgencias y hoja informativa de la DMF (anexo1). Si la mujer tiene dudas a pesar de la información, le daremos instrucciones sobre el método de recuento de movimientos fetales (MF). Si estando en reposo en decúbito lateral izquierdo durante 2 h postprandiales percibe < 10 MF activos será motivo de consultar a urgencias.

B) Seguimiento posterior (Gabinete de BF):

Ecografía en gabinete de bienestar fetal en las siguientes 48-72h para reevaluar el feto y en esta evaluar nuevamente toda la exploración de urgencias y una evaluación anatómica. Si se realiza perfil biofísico, completar puntuación del mismo según técnica usada (habitualmente Manning) en el informe de Astraia. En caso de paciente fuera de zona con evaluación en urgencias normal, posibilidad de control en su centro de referencia.

OBS-PM-015.Rev 02

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-015</p>	<p>Revisió : 02 Pàgina nº 7 de 9 Data última revisió: 26/02/2024</p>
<p>PROTOCOL DE DISMINUCIÓN MOVIMIENTOS FETALES</p>			

OBS-PM-015.Rev 02

7. MANEJO DEL EMBARAZO

En función de los hallazgos de la evaluación clínica guiaran nuestro enfoque para el manejo posterior del embarazo.

a) DMF con causa detectada en las exploraciones complementarias actuar según protocolo específico. (Ej: RCIU)

b) DMF transitoria con evaluación fetal normal: Las mujeres que experimentan un breve período de DMF seguido de la reanudación de la actividad fetal normal con una evaluación normal pueden reanudar el control gestacional habitual (posterior a la evaluación en gabinete de bienestar fetal). Y se les informa de que consulten si vuelven a percibir una DMF.

c) DMF persistente y evaluación fetal normal: ningún estudio ha evaluado la frecuencia óptima y el método de seguimiento de los embarazos complicados por DFM persistente en los que las evaluaciones anteparto discutidas anteriormente son normales.

Nuestro enfoque dependerá de si el embarazo ha llegado a término y si existen factores de riesgo maternos o fetales adicionales para un resultado adverso.

* Para embarazos <37 semanas de gestación: realizaremos NST y ecografías dos veces por semana y advertir a las pacientes que consulten antes si perciben una mayor disminución o ausencia de movimiento fetal.

* Para embarazos >37 semanas de gestación: finalización de la gestación. (El riesgo creciente de muerte intrauterina inexplicada repentina después de las 37 semanas de gestación junto con el riesgo decreciente de parto con buenos resultados perinatales a partir de la semana 37 se tiene en cuenta al decidir el tratamiento de mujeres con DFM persistente).

OBS-PM-015.Rev 02

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-015</p>	<p>Revisió : 02 Pàgina nº 8 de 9 Data última revisió: 26/02/2024</p>
<p>PROTOCOL DE DISMINUCIÓN MOVIMIENTOS FETALES</p>			

OBS-PM-015.Rev 02

9. BIBLIOGRAFIA

1. Control del bienestar fetal anteparto. Protocolos Asistenciales en Medicina Perinatal. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. 2009.
2. UpToDate online: Decreased fetal movement: Diagnosis, evaluation and management. Literature review Jan 2022.
3. Biblioteca Cochrane: decreased fetal movement.
4. Rodríguez-Gómez L, Hernández-Aguado JJ, Melchor Marcos JC. Control del Bienestar Fetal Anteparto. En: Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: 2007. 305- 316.
5. Guía de práctica clínica, recomendaciones de la Mater Research, The Stillbirth Foundation, Perinatal Society of Australia y New Zealand, y International Deadbirth Alliance.
6. Hospital Universitari Clinic. Barcelona. Protocolo: Disminución de los movimientos fetales. Protocolos en Medicina Materno-Fetal.

PROTOCOLS/ ALTRES PROCEDIMENTS AMB QUÈ ES RELACIONA/ VINCULA

TÍTOL DOCUMENT	CODI DOCUMENT
Creixement intrauterí restringit	OBS-PM-002

OBS-PM-015.Rev 02

Només es considerarà còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital Institut Català de la Salut</p>	 <p>Institut Català de la Salut Gerència Territorial Metropolitana Nord</p>	<p>CODI DOCUMENT: OBS-PM-015</p>	<p>Revisió : 02 Pàgina nº 9 de 9 Data última revisió: 26/02/2024</p>
<p>PROTOCOL DE DISMINUCIÓN MOVIMIENTOS FETALES</p>			

OBS-PM-015.Rev 02

10. ANNEXOS

HOJA INFORMATIVA DE MOVIMIENTOS FETALES

¿CUÁNDO EMPEZARÉ A NOTAR LOS MOVIMIENTOS FETALES?

Suelen ser percibidos sobre los 5 meses (18-20 semanas). Si ya has estado embarazada previamente puedes notarlos antes (sobre las 16 semanas). Sin embargo, algunas gestantes suelen notarlos un poco más tarde sobre los 6 meses (a partir de las 24 semanas).

¿SIEMPRE SON IGUALES LOS MOVIMIENTOS FETALES?

A partir de los 7 meses (28 semanas) la intensidad de los movimientos es máxima.

Sin embargo, debido al aumento de los periodos de sueño fetal a lo largo del tercer trimestre puede parecer que el número de movimientos disminuyan al final del embarazo, aunque tanto la fuerza como la duración de los movimientos aumentan.

Hay situaciones maternas que pueden disminuir la percepción de los movimientos fetales sin estar indicando ningún problema. Las más frecuentes son: fumar, haber tomado alguna medicación sedante o antidepresiva, el estrés materno, largos periodos de tiempo de pie, hacer actividad física de forma importante y el ayuno prolongado.

¿TODOS LOS FETOS SE MUEVEN DE LA MISMA MANERA?

Ningún feto se mueve igual a otro. Cada bebé tiene sus pautas y la madre es la que debe observar los movimientos para conocerlos y hacer un seguimiento.

¿CUÁNDO DEBO CONSULTAR?

En condiciones normales, a los 6 meses (24 semanas) debes percibir los movimientos de tu bebé. Si has llegado a los 6 meses (24 semanas) de gestación y no percibes ningún movimiento, deberías consultar.

Si ya has notado movimientos, pero percibes un cambio en el patrón habitual de los movimientos de tu bebé, también se recomienda consultar. Se aconseja no demorar la consulta más allá de 24 horas tanto si percibes una disminución de los movimientos como una ausencia de ellos. Si existen dudas, se recomienda realizar un recuento de movimientos fetales y consultar si cuentas <10 movimientos en 2h tumbada de lado izquierdo y después de las comidas.

OBS-PM-015.Rev 02

Només es considerará còpia controlada la disponible a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol