



Germans Trias i Pujol
Hospital

SERVEI/ UNITAT/ ÀREA/ COMISSIÓ :

SERVEI D'OBSTETRÍCIA

TÍTOL DOCUMENT:	DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS
TIPUS DOCUMENT:	PROTOCOL MÈDIC
CODI DOCUMENT: OBS-PM-015	Pàgina núm. 1 de 12

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: 5 anys

Responsable revisió: Dr. Ivan Hurtado

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
03	7/9/2026	Actualització	Dr. Alessandro Orlando	Dr De Diego	18/09/2026

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
Servei d'Obstetrícia
Servei de Pediatria



DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

1. INTRODUCCIÓ

La percepció materna dels moviments fetals és tranquil·litzadora per a les dones embarassades, mentre que la disminució del moviment fetal (DMF) és un motiu freqüent de preocupació.

El 40% de les dones embarassades es preocupen per la DMF una o més vegades durant la gestació, tot i que només consulten entre el 4-15% per DMF persistent en el tercer trimestre de la gestació.

La percepció materna de DMF és un indicador de resultat perinatal advers. S'estima que aproximadament un 25-30% de les pacients amb DMF persistent presentaran alguna complicació perinatal (RCIU, part prematur, malformacions fetals i èxitus fetal) fins i tot en població de baix risc. Una revisió sistemàtica recent de 39 estudis (14) confirma que la DMF s'associa a un risc més elevat de mortinatalitat (OR 3,44; IC95% 2,02-5,88) i de nadó petit per a l'edat gestacional (OR 1,37; IC95% 1,16-1,61).

Una informació correcta a les gestants pot disminuir la taxa de complicacions associada a la DMF, i fins i tot pot disminuir la mortalitat evitable a terme.

2. MOVIMENT FETAL NORMAL

La percepció materna del moviment fetal generalment comença en el segon trimestre. Els moviments fetals són perceptibles al voltant de les 16 a 24 setmanes de gestació (segons les condicions maternes) i es perceben abans en les dones múltiples (entre les 16-18 set) que en les nul·líparas (18-20 set).

En condicions normals, a les 20 setmanes ja han aparegut tots els moviments fetals, i assoleixen la seva màxima intensitat a partir de les 28 setmanes.

El moviment fetal augmenta al llarg del dia, amb activitat màxima a altes hores de la nit.

La freqüència del moviment fetal en l'embaràs normal és probablement constant al llarg del tercer trimestre; tanmateix, la qualitat dels moviments percebuts canvia. A mesura que avancen les setmanes de gestació augmenten els períodes de menor percepció de l'activitat fetal. Això pot ser degut a una accentuació del ritme circadiari fetal, sense que necessàriament indiqui un problema fetal; a més, a mesura que el fetus creix, disposa de menys espai a l'úter i els seus moviments es tornen més limitats.

L'evidència actual reforça que la freqüència dels moviments fetals no disminueix al final de la gestació, tot i que la seva naturalesa canvia (els moviments habituals se substitueixen per moviments de rotació, estirament i pressió). Per terme mitjà, a terme es perceben 31 moviments/hora (rang 16-45), amb intervals entre moviments de 50-75 minuts. Cal transmetre a les gestants que no han d'esperar una reducció fisiològica dels moviments a mesura que avança l'embaràs.

3. FISIOPATOLOGIA I SIGNIFICAT

La quantitat i la qualitat normals del moviment fetal i d'altres tipus d'activitat biofísica fetal (moviments respiratoris, to) asseguren la integritat funcional dels sistemes reguladors fetals, la qual cosa ens indica el benestar fetal. Quan aquests sistemes reguladors estan sotmesos a hipoxèmia, es creu que



DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

la DMF representa una resposta conductual fetal compensatòria, anàloga a la resposta fisiològica compensatòria de la redistribució del flux sanguini cap als òrgans essencials.

A més, un patró adequat de moviments fetals indica un correcte desenvolupament neuromuscular. Hi ha múltiples anomalies que poden cursar amb DMF, com ara síndromes genètics o malalties neuromusculars. També s'ha trobat associació amb alteracions del líquid amniòtic, amenaces de part prematur, APGAR baix, ingrés a la UCI neonatal, anèmia fetal, lesions cerebrals, infeccions intrauterines, acidosi, hipoglucèmia o convulsions neonatals.

4. DEFINICIONS PER AL DIAGNÒSTIC DE LA DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

Tot i que no hi ha consens internacional sobre el diagnòstic de la DMF, considerem diagnòstica qualsevol alteració en la percepció materna qualitativa (subjectiva) dels moviments fetals, incloent-hi el canvi en el patró habitual (intensitat i/o freqüència), la disminució o el cessament dels moviments.

Els millors criteris diagnòstics són controvertits perquè no s'ha determinat el nivell de moviment fetal que distingeix de manera fiable un fetus sa d'un fetus amb més risc de resultat advers. Tampoc hi ha evidència que cap límit quantitatiu d'alarma sigui més eficaç que la percepció qualitativa materna de la DMF.

Atès que no hi ha una definició acceptada unànimement, a manera de recomanació general s'ha d'aconsellar consultar en cas de:

- No percepció de moviments fetals a partir de la setmana 24;
- Absència total i aguda de moviments fetals de >2h de durada en una gestant que anteriorment els percebia;
- Percepció subjectiva de la gestant d'una disminució respecte al patró habitual de moviments fetals que dura >12 hores (sense arribar a esperar més de 24 hores).

Tanmateix, la percepció materna de DMF preval sobre qualsevol definició específica de DMF. No s'ha d'endarrerir la consulta esperant que es compleixin aquests terminis.

* Les pacients són informades de la importància de la DMF amb un full informatiu (Annex 1) en l'ecografia morfològica i/o si hi consulten, abans de les 28 setmanes de gestació, i se'ls recorda a cada visita posterior.

4.1 DMF transitòria, persistent i recurrent

- **DMF transitòria:** episodi únic de DMF que es resol, amb avaluació fetal normal.
- **DMF persistent:** un mateix episodi de DMF que no es resol malgrat una avaluació fetal normal.
- **DMF recurrent:** dos o més episodis diferents de DMF ocorreguts en un període de 21 dies, després de les 26 setmanes de gestació. La DMF recurrent s'associa a un risc més elevat de resultat perinatal advers i de fetus petit per a l'edat gestacional.



DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

5. DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL: CAUSES I FACTORS CONFUSORS

Les disminucions transitòries en l'activitat fetal poden ser degudes a múltiples motius. L'estat de son fetal és la causa més freqüent i, alhora, benigna de DMF, però també hi ha altres causes identificables com la presa de medicaments per part de la gestant, el tabaquisme matern o situacions reals de compromís fetal.

La mala percepció materna de l'activitat fetal és un altre motiu per al diagnòstic de DMF. Pot ser deguda a l'edat gestacional precoç, la disminució/l'augment del volum de líquid amniòtic, la posició materna, la posició fetal (dors anterior), la placenta anterior, l'activitat física materna...

Atès que aquestes entitats no es poden diferenciar de les causes patològiques de DMF sense una avaluació addicional, una disminució sobtada del moviment fetal s'ha d'avaluar com un possible marcador de compromís fetal.

Factors confusors

- Activitat física materna important.
- Ansietat i estrès matern.
- Posició materna, especialment en bipedestació.
- Dejuni prolongat i hipoglucèmia.
- Hàbit tabàquic, alcohol i cafeïna.
- Ingesta de fàrmacs sedants i antidepressius.
- Gestació precoç (<24 setmanes).
- Oligoamnis i polihidramnis.
- Obesitat materna (no modifica la percepció de moviments, però sí que augmenta el risc de mortinatalitat).
- Placenta anterior (fins a les 28 setmanes).
- Anèmia materna.
- Son fetal.

Causes de DMF amb compromís fetal

1. Hipòxia fetal:
 - Insuficiència placentària (la més freqüent)
 - Anèmia fetal: isoimmunització, hemorràgia fetomaterna
2. Alteracions neuromusculars

Totes dues causes poden evolucionar cap a la mort fetal si no es diagnostiquen i es tracten de manera adequada.



DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

6. AVALUACIÓ CLÍNICA

En la dona que consulta per DMF s'ha de dur a terme una avaluació exhaustiva dels factors de risc materns, obstètrics i fetals de resultat advers. L'objectiu de l'avaluació és intentar identificar els fetus que es troben en perill i determinar, si és possible, la causa de la DMF.

A) Avaluació inicial a urgències

1. Anamnesi general

- Revisar els antecedents mèdics i obstètrics de la mare i les característiques que situen el fetus en un risc més elevat de resultat advers;
- Durada de l'episodi (transitori, persistent o recurrent; disminució o absència; primer episodi o no) i símptomes associats (metrorràgia, hidrorrea, to uterí...);
- Descartar possibles factors de confusió: dejuni, posició materna, tabac...;
- Cribratge sistemàtic de factors de risc de mortinatalitat/CIR (vegeu la taula de l'apartat 8), que condicionarà el nivell de vigilància i el criteri d'alta o de control posterior.

2. Exploració física

- Exploració física i ginecoobstètrica habitual (constants, alçada uterina);
- Confirmació de la viabilitat fetal.

3. Exploracions complementàries

- **NST:** a partir de les 28 setmanes. Es considerarà normal sempre que compleixi els criteris de reactivitat (2 o més acceleracions transitòries de >15 bpm per sobre de la basal, de >15 segons, en 40 minuts), tenint en compte les diferències de patrons entre els fetus pretermes i a terme.
- **Ecografia fetal (es manté en totes les primeres consultes):**
 - Pes fetal estimat (PFE): actualitzar si l'última determinació va ser fa >2 setmanes
 - Columna màxima de líquid amniòtic (normal 2-8 cm)
 - Presència de moviments fetals durant l'exploració. Si n'hi ha absència, realitzar un perfil biofísic complet
 - Doppler de l'artèria umbilical: índex de pulsatilitat (IP-AU);
 - Doppler de l'artèria cerebral mitjana (ACM): índex de pulsatilitat (IP-ACM) i pic sistòlic (PSV-ACM).

El PSV-ACM es manté per la seva associació amb l'hemorràgia fetomaterna (HFM), condició potencialment greu que en un percentatge no menyspreable de casos es dona en població de baix risc. Els casos greus d'HFM solen anar acompanyats d'alteracions del RCTG (ritme sinusoidal, desacceleracions), tot i que els casos menys greus poden cursar amb alteracions més subtils (variabilitat límit, patró no reactiu). Es considerarà normal si el PSV-ACM <1,5 MoM.

- Índex cerebroplacentari (ICP = IP-ACM/IP-umbilical): es calcula de manera rutinària en totes les gestants amb DMF. Es considerarà normal si l'ICP >p5, o alterat (signes de redistribució hemodinàmica) si l'ICP <p5.



DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

L'assaig clínic aleatoritzat CEPRA va demostrar que l'actuació clínica basada en l'ICP (finalització si ICP <p5) redueix el resultat compost de morbmortalitat perinatal greu enfront del maneig habitual amb ICP no revelat (12% vs 15%; RR 0,76; IC95% 0,58-0,99), però sense diferències en mortinatalitat.

Nota sobre l'ús de l'ICP: la seva capacitat discriminativa aïllada és moderada. Per tant, l'ICP mai no s'ha d'interpretar de manera aïllada, sinó integrat amb la resta de l'avaluació clínica (NST, creixement, recurrència, factors de risc).

4. Recompte de moviments fetals (“kick-charts”)

El recompte formal de moviments fetals mitjançant taules amb límits d'alarma numèrics (“kick-charts”) no es recomana com a pràctica rutinària: no hi ha evidència que redueixi la mortalitat perinatal, i el seu ús sistemàtic s'ha associat, en alguns estudis, a més ansietat materna i a un augment de consultes i intervencions sense un benefici clar en el resultat.

Es manté com a eina opcional i de segon nivell, únicament si la gestant presenta dubtes persistents malgrat la informació rebuda i vol un mètode d'autoavaluació: si, en repòs en decúbit lateral esquerre durant 2h postprandials, percep <10 moviments fetals actius, ha de consultar. Cal transmetre clarament que l'absència d'aquesta eina no substitueix ni endarrereix la consulta davant la percepció subjectiva de DMF, que continua sent el criteri principal.

5. Informació a la pacient

Es donarà informació de quan tornar a consultar a urgències i el full informatiu de la DMF (Annex).

B) Seguiment posterior (Gabinet de Benestar Fetal)

Després de l'avaluació inicial a urgències, s'apliquen els criteris següents:

Alta a control gestacional habitual (sense cita programada al Gabinet BF)

- Primer episodi de DMF (no recurrent)
- NST normal i ecografia inicial normal (líquid, moviments, Doppler ACM/umbilical/ICP normals)
- Absència de factors de risc de mortinatalitat/CIR (vegeu l'apartat 8)
- La preocupació materna s'ha resolt després de l'avaluació

Es lliura un full informatiu amb indicacions de quan tornar a consultar davant un nou episodi.

Control programat en 48-72h al Gabinet de Benestar Fetal (es compleix qualsevol dels següents)

- DMF persistent: la pacient continua percebent l'episodi o la preocupació no s'ha resolt
- DMF recurrent (≥ 2 episodis en 21 dies després de les 26 setmanes)
- Presència d'un o més factors de risc de mortinatalitat/CIR (apartat 8), encara que l'avaluació inicial sigui normal
- Troballa límit o discordant en l'avaluació inicial que no justifica una actuació immediata però sí una revisió, a criteri de l'obstetra responsable



DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

En el control programat es reavaluarà tota l'exploració d'urgències juntament amb una avaluació anatòmica. Si es realitza un perfil biofísic, es completarà la puntuació segons la tècnica emprada (habitualment Manning) a l'informe d'Astraia. En cas de pacient de fora de zona amb avaluació a urgències normal, hi ha la possibilitat de control al seu centre de referència.

Quan l'avaluació inicial no compleixi els criteris d'alta i no hi hagi una indicació clara de control diferit, es realitzarà un maneig individualitzat.

7. MANEIG DE L'EMBARÀS

En funció de les troballes de l'avaluació clínica s'orientarà l'enfocament per al maneig posterior de l'embaràs.

a) DMF amb causa detectada

En les exploracions complementàries, actuar segons el protocol específic corresponent (p. ex.: Creixement Intrauterí Restringit, OBS-PM-002).

b) DMF transitòria amb avaluació fetal normal en gestació <39 setmanes

Les dones que experimenten un breu període de DMF seguit de la represa de l'activitat fetal normal, amb una avaluació normal, poden reprendre el control gestacional habitual. Se les informa que consultin si tornen a percebre una DMF.

c) DMF persistent i avaluació fetal normal

Cap estudi no ha avaluat la freqüència òptima ni el mètode de seguiment dels embarassos complicats per DMF persistent en què les avaluacions anteparto comentades anteriorment són normals.

El nostre enfocament dependrà de si l'embaràs ha arribat a les 39 setmanes i de si hi ha factors de risc materns o fetals addicionals.

- **Per a embarassos de <39 setmanes de gestació:** realitzarem NST i ecografies amb una freqüència individualitzada, i advertirem les pacients que consultin abans si perceben una disminució més gran o l'absència de moviment fetal. No hi ha evidència específica sobre un interval òptim de control. Seguint el principi general de vigilància avant-part en indicacions persistents (ACOG), es proposa control setmanal o 2 cops/setmana si coexisteix algun factor de risc fins a les 39 setmanes, mantenint sempre un llindar baix per reavaluar davant un canvi clínic.
- **Per a embarassos de ≥39 setmanes de gestació:** s'oferiran opcions de finalització de la gestació mitjançant decisió compartida amb la pacient.

D'acord amb RCOG Green-Top 57, HSE 2024 i NHS England SBLCBv3: sense evidència objectiva de compromís fetal (sense anomalies del RCTG, sense evidència de creixement restringit, oligoamnis o Doppler umbilical alterat), no hi ha indicació d'avançar el part abans de les 39 setmanes només per DMF. A partir de les 39+0 setmanes, avançar el part no s'associa a un risc més elevat matern ni neonatal, i és raonable oferir-ho, especialment en DMF recurrent o si hi ha factors de risc de mortinatalitat.



DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

Paper de l'índex cerebroplacentari en la programació de la inducció ≥ 39 setmanes

- En gestants amb DMF ≥ 39 setmanes candidates a finalització per decisió compartida, un ICP baix ($< p5$ ajustat a l'edat gestacional) s'ha de considerar un factor que prioritza i reforça la indicació de finalitzar sense demora.
- Si l'ICP està alterat entre les 37 i les 39 setmanes (en el context d'una DMF transitòria, persistent o recurrent), es pot programar un control en 24h en gabinet de BF i si persisteix l'alteració es programarà la inducció.
- Amb ICP normal, es manté la discussió estàndard de risc-benefici amb la pacient, sense urgència afegida per aquest paràmetre.
- L'ICP s'ha d'interpretar sempre juntament amb la resta de troballes (NST, creixement, recurrència, factors de risc) i mai de manera aïllada, atesa la seva capacitat discriminativa moderada i ha d'estar actualitzat amb una determinació propera al moment de la decisió.

d) DMF recurrent

- Realitzar ecografia (biometria, líquid amniòtic, Doppler umbilical i ACM/ICP) si no s'ha realitzat en les 2 setmanes prèvies.
- Si totes les exploracions són normals, és raonable considerar una vigilància antenatal incrementada, especialment si hi ha factors de risc de disfunció placentària.
- Si coexisteix algun factor de risc de mortinatalitat (apartat 8) o l'ICP està alterat, es pot considerar oferir la finalització ja a partir de les 37 setmanes, mitjançant decisió compartida amb la pacient.
- Si la DMF recurrent no s'acompanya de cap altre factor de risc ni d'ICP alterat, es manté el llinar general de les 39 setmanes, amb una discussió més proactiva que en la DMF transitòria aïllada.
- No es recomana avançar sistemàticament la finalització a les 37 setmanes en tota DMF recurrent sense altres troballes: l'assaig AFFIRM, que incloïa l'oferiment d'inducció a partir de les 37 setmanes en DMF recurrent dins el seu paquet d'intervenció, va mostrar més induccions, més cesàries i més ingressos a la unitat neonatal, sense reduir la mortinatalitat.

Resum dels escenaris clínics — DMF

Edat gestacional	Escenari	Conducta
<39 setmanes	Transitòria + avaluació normal	Alta a control habitual (o control si hi ha algun factor de risc)
	Persistent o recurrent + avaluació normal o ICP alterat (si $< 37s$)	Seguiment individualitzat (setmanal, o 2 cops/setmana si hi ha algun factor de risc)
	ICP alterat +/- factor de risc (37-39 setmanes)	Control al Gabinet de Benestar Fetal en 24h i inducció si persisteix alteració ICP
≥ 39 setmanes	Avaluació normal	Inducció o conducta expectant, decisió compartida
	ICP alterat	Oferir inducció de forma més proactiva

- **Nota:** la DMF amb causa detectada no segueix aquest algorisme general — actuar segons el protocol específic corresponent (apartat 7a).



DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

8. FACTORS DE RISC DE RESULTAT PERINATAL ADVERS EN GESTANTS AMB DMF

L'avaluació de tota gestant amb DMF ha d'incloure un cribatge sistemàtic dels factors de risc de mortinatalitat i/o CIR següents, que condicionen tant la necessitat de control programat (apartat 6B) com l'actitud davant la finalització de la gestació (apartat 7):

- Antecedent d'òbit fetal
- Edat materna (extrems: <18 o >40 anys)
- Tabaquisme matern
- Gestació per TRA (tècniques de reproducció assistida)
- Obesitat materna (IMC >30)
- Presentacions recurrents amb DMF
- Malalties preexistents (diabetis, hipertensió)
- Preeclàmpsia
- Fetus petit per a l'edat gestacional / Retard del creixement intrauterí
- Consum d'alcohol o altres substàncies
- Gestació cronològicament perllongada
- Gestació gemel·lar
- Isoimmunització fetal o hidrops fetal

DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS**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 Stillbirth Alliance.
6. Hospital Universitari Clínic. Barcelona. Protocolo: Disminución de los movimientos fetales. Protocolos en Medicina Materno-Fetal.
7. Whitworth M, Fisher M, Heazell AEP, on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reduced Fetal Movements Green-Top Guideline No. 57 (2ª ed.). BJOG 2026;0:1-23.
8. Norman JE, Heazell AEP, Rodriguez A, et al. Awareness of fetal movements and care package to reduce fetal mortality (AFFIRM): a stepped wedge, cluster-randomised trial. Lancet 2018;392:1629-38.
9. National Women and Infants Health Programme (NWIHP) and Institute of Obstetricians and Gynaecologists (IOG). National Clinical Practice Guideline: Reduced Fetal Movements. HSE Ireland, mayo 2024.
10. NHS England. Saving Babies' Lives: version 3. A care bundle for reducing perinatal mortality. Elemento 3: Raising awareness of reduced fetal movement. 2025 (actualizado sept. 2025).
11. Lens LA, Posthuma S, Damhuis SE, et al. Cerebroplacental ratio-based management versus care as usual in non-small-for-gestational-age fetuses at term with maternal perceived reduced fetal movements (CEPRA): a multicentre, cluster-randomised controlled trial. Lancet Obstet Gynaecol Womens Health 2025;1:e19-e27.
12. Rial-Crestelo M, Figueras F, Gratacós E, et al. Term planned delivery based on fetal growth assessment with or without the cerebroplacental ratio in low-risk pregnancies (RATIO37): an international, multicentre, open-label, randomised controlled trial. Lancet 2024;403:545-53.
13. Fratelli N, Mazzoni G, Maggi C, Gerosa V, Lojacono A, Prefumo F. Cerebroplacental ratio before induction of labour in normally grown fetuses at term and intrapartum fetal compromise. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018;227:78-80.
14. Carroll L, Gallagher L, Smith V. Pregnancy, birth and neonatal outcomes associated with reduced fetal movements: a systematic review and meta-analysis of non-randomised studies. Midwifery. 2023;116:103524.



DISMINUCIÓ DE MOVIMENTS FETALS

10. ANNEX 1 - Full informatiu de moviments fetals

Quan començaré a notar els moviments fetals?

Solen percebre's cap als 5 mesos (18-20 setmanes). Si ja has estat embarassada abans, els pots notar més aviat (cap a les 16 setmanes). Tanmateix, algunes gestants solen notar-los una mica més tard, cap als 6 mesos (a partir de les 24 setmanes).

Sempre són iguals els moviments fetals?

A partir dels 7 mesos (28 setmanes) la intensitat dels moviments és màxima. A causa de l'augment dels períodes de son fetal al llarg del tercer trimestre, pot semblar que el nombre de moviments disminueix al final de l'embaràs, tot i que tant la força com la durada dels moviments augmenten. Els moviments fetals no disminueixen de manera fisiològica a mesura que s'apropa el part.

Hi ha situacions maternes que poden disminuir la percepció dels moviments fetals sense indicar cap problema. Les més freqüents són: fumar, haver pres alguna medicació sedant o antidepressiva, l'estrès matern, períodes llargs de temps dreta, fer activitat física de manera important i el dejuni prolongat.

Tots els fetus es mouen de la mateixa manera?

Cap fetus no es mou igual que un altre. Cada nadó té les seves pautes, i és la mare qui ha d'observar els moviments per conèixer-los i fer-ne un seguiment.

Quan he de consultar?

En condicions normals, als 6 mesos (24 setmanes) has de percebre els moviments del teu nadó. Si has arribat als 6 mesos (24 setmanes) de gestació i no en percebs cap moviment, hauries de consultar.

Si ja has notat moviments, però percebs un canvi en el patró habitual dels moviments del teu nadó (menys intensos, menys freqüents, o la seva absència), també es recomana consultar sense demora. No esperis més de 24 hores davant un canvi en el patró habitual de moviments, i no endarrerixis la consulta intentant "estimular" el nadó (menjant, bevent o esperant un moment concret del dia): això no està avalat per l'evidència i pot endarrerir una atenció necessària.

Si tens dubtes, pots fer un recompte de moviments com a suport, però recorda que no substitueix la teva percepció: ajaguda de costat esquerre i després dels àpats, si comptes menys de 10 moviments en 2 hores, consulta. Davant qualsevol dubte, consulta igualment, encara que el recompte no arribi a aquest límit.