

Guía de actividad física durante el embarazo (resumen práctico)

Fuente

2019 Canadian Guideline for Physical Activity Throughout Pregnancy (British Journal of Sports Medicine).

PMID: 30337460

Alcance y mensaje central

- En ausencia de contraindicaciones, **todas** las mujeres embarazadas deberían mantenerse **activas durante todo el embarazo**.
- El ejercicio **reduce** complicaciones maternas y neonatales y **no** aumenta riesgos como aborto espontáneo, parto prematuro o bajo peso al nacer.
- Es **terapia de primera línea** para prevenir complicaciones cardiometabólicas y de salud mental.

Recomendaciones cuantitativas

- **Volumen semanal:** ≥ 150 min/semana de intensidad moderada.
- **Frecuencia:** ≥ 3 días/semana (idealmente, actividad **diaria**).
- **Tipos:** combinar **aeróbicos + fuerza**; se pueden incluir **yoga/estiramientos suaves**.
- **Suelo pélvico:** **Kegels diarios**, preferentemente con instrucción técnica.
- **Posición supina:** si aparecen mareos/náuseas/malestar boca arriba, **evitar** esa posición y modificar.

Cómo dosificar la intensidad

- **Test del habla:** “puedo conversar pero no cantar” = moderado.
- **Rangos de FC orientativos (moderado):**
 - < 29 años: **125–146 lpm**
 - ≥ 30 años: **121–141 lpm**
(Si se entrena por encima de estos rangos, hacerlo con supervisión clínica/obstétrica.)

Beneficios con evidencia

- Disminuye: **diabetes gestacional, hipertensión/preeclampsia, ganancia de peso gestacional, depresión prenatal, dolor lumbopélvico y macrosomía**.
- Mejora la **glucemia**, el **condicionamiento cardiorrespiratorio** y la **salud mental**.
- No aumenta: **aborto, parto prematuro, malformaciones, muerte neonatal**.
- Existe **relación dosis–respuesta**: más actividad, más beneficios (aunque “algo es mejor que nada”).

Contraindicaciones

Absolutas (evitar ejercicio más allá de AVD)

- Membranas rotas; trabajo de parto prematuro; sangrado vaginal persistente.

- Placenta previa (≥ 28 semanas).
- Preeclampsia o hipertensión grave.
- Cérvix incompetente.
- Restricción del crecimiento intrauterino significativa.
- Gestación múltiple de alto orden (p. ej., trillizos) con riesgo.
- Enfermedad cardiovascular/respiratoria/sistémica grave.
- Diabetes tipo 1, hipertensión o trastornos tiroideos **no controlados**.

Relativas (individualizar con el equipo tratante)

- Pérdidas gestacionales recurrentes.
- Hipertensión gestacional.
- Parto prematuro previo.
- Anemia sintomática.
- Malnutrición o TCA.
- Gestación gemelar ≥ 28 semanas.
- Enfermedad CV/respiratoria leve–moderada u otras condiciones médicas estables.

Seguridad y precauciones (“semáforos”)

- **Calor y humedad:** evitar ambientes muy calurosos (p. ej., hot yoga). Hidratarse antes/durante/después.
- **SCUBA:** contraindicada por riesgo fetal de descompresión.
- **Riesgo de caída/impacto:** evitar equitación, ski alpino, hockey hielo, gimnasia acrobática y levantamientos olímpicos.
- **Ciclismo:** preferir **bici estática** a medida que progresa el embarazo por estabilidad.
- **Altitud:** tolerable si hay aclimatación (aprox. 1800–2500 m); vigilar síntomas y riesgo de caída.
- **Ligamentos laxos:** progresar amplitudes con control técnico.
- **Evitar Valsalva** si provoca mareo o malestar.
- **Calentamiento y enfriamiento** siempre.

Señales de alarma (detener y consultar)

- Disnea intensa que no cede con reposo.
- Dolor torácico.
- Contracciones dolorosas regulares.
- Sangrado vaginal.

- Pérdida persistente de líquido (sospecha de rotura de membranas).
- Mareo o síncope persistente.

Implementación (cómo empezar y progresar)

- **Inactivas:** iniciar **gradual** (baja intensidad), aumentar **duración** e **intensidad** progresivamente. Incluso por debajo de 150 min/sem ya hay beneficios.
- **Previamente activas:** **continuar** ajustando según síntomas, trimestre y evolución.
- **Atletas/entrenamiento de alta intensidad:** la evidencia sobre cargas **muy altas** crónicas es limitada; si se exceden recomendaciones, hacerlo con **supervisión especializada** (obstetra/fisio/medicina del deporte).

Semana tipo (modelo base, ajustar al nivel)

- **Aeróbico:** 5 × 30 min moderado (caminar rápido, bici estática, natación, aquafit).
- **Fuerza:** 2–3 días/sem; 6–8 ejercicios globales; 1–2 series de 8–12 repeticiones, énfasis técnico y respiración (sin Valsalva).
- **Movilidad/yoga suave:** 2–3 días/sem.
- **Suelo pélvico:** Kegels diarios guiados cuando sea posible.

Puntos específicos útiles

- **Diástasis de rectos:** si aparece o hay dolor, derivar a fisioterapia; evitar crunches. Caminar y trabajo de control profundo ayudan.
- **Posición supina:** si provoca síntomas, modificar (decúbito lateral, semisentada, cuatro apoyos).
- **Hábitos de apoyo:** nutrición adecuada, sueño, evitar tabaco/alcohol/drogas.
- **Cribado y derivación:** usar cuestionarios clínicos de actividad física en embarazo y coordinar con obstetricia/fisio.

Mitos frecuentes vs. evidencia

- **“Ejercitar en el primer trimestre es peligroso.”** → La evidencia no muestra aumento de aborto ni malformaciones; moverse temprano **protege** frente a complicaciones.
- **“Solo cardio, nada de fuerza.”** → Lo óptimo es **aeróbico + fuerza**; la fuerza mejora postura, columna, control glucémico y preparación al parto.
- **“Si no cumplo 150 min, no sirve.”** → **Cualquier** actividad es mejor que ninguna; sumar minutos a la semana **sí** aporta beneficios.