FISIODRI

FISIOTERAPIA | ENTRENAMIENTO | RENDIMIENTO

GUÍA COMPLETA

FASCIOPATÍA PLANTAR

EN RUNNING Y DEPORTES DE RESISTENCIA



Fasciopatía plantar en running · FISIODRI

ANTES DE EMPEZAR

Cómo utilizar esta guía

Un recurso práctico para corredores con dolor plantar de talón.

Término importante
Esta guía utiliza el término "fasciopatía plantar", más acorde con la visión actual del problema. "Fascitis plantar" sigue siendo un nombre muy extendido, pero no implica que exista únicamente una inflamación: el cuadro se entiende mejor como dolor plantar de talón relacionado con sensibilidad del tejido y capacidad ante la carga.

Qué encontrarás

- Cómo reconocer el patrón típico y cuándo pensar en otra causa.
- Qué factores de carga del running suelen aumentar los síntomas.
- Cómo usar dolor y respuesta de 24 horas para ajustar el entrenamiento.
- Estiramientos, fuerza, taping, calzado, ortesis y tratamientos complementarios.
- Cómo volver a correr y progresar hacia cuestas, calidad y competición.
- Un ejemplo de programa de 12 semanas y una hoja de seguimiento.

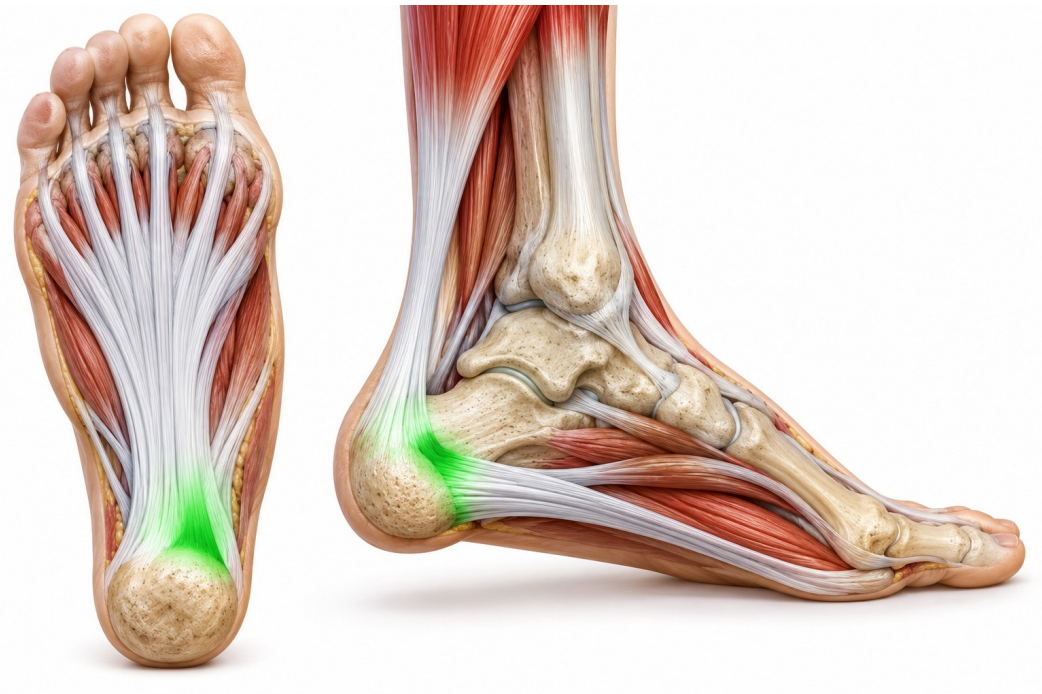
Importante

Esta guía es educativa y no sustituye una valoración individual. Consulta si existe traumatismo importante, incapacidad para apoyar, pérdida de sensibilidad o fuerza, dolor nocturno no mecánico, fiebre, inflamación llamativa o antecedentes que hagan sospechar lesión ósea, neurológica o sistémica.

01 · ENTENDER

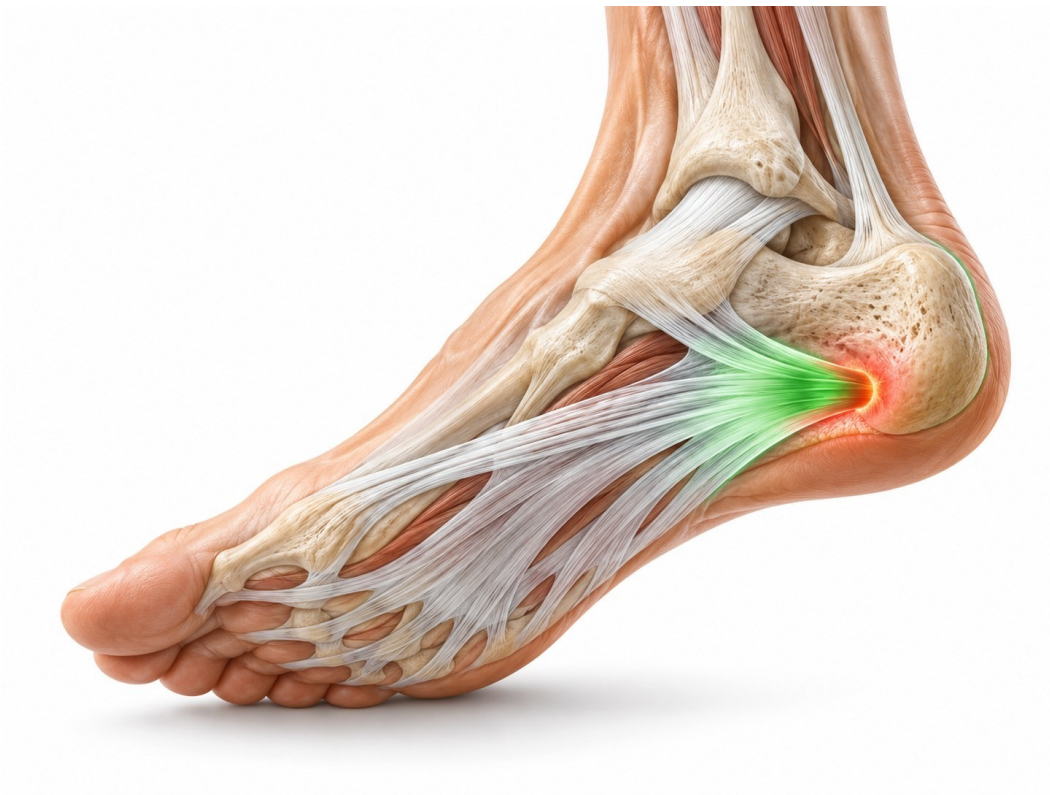
Qué es la fasciopatía plantar

La fascia plantar es una estructura fibrosa que ayuda a sostener el arco y transmitir carga durante el apoyo y la propulsión.



Vista plantar y lateral de la fascia y su inserción en el calcáneo.

El dolor suele localizarse en la zona plantar-medial del talón, cerca de la inserción de la fascia en el calcáneo. Es típico que moleste en los primeros pasos tras dormir o estar sentado y que también se irrite con periodos prolongados de carga.



Modelo FISIODRI

No se trata de “romper adherencias” ni de eliminar cada sensación. El objetivo es reducir irritabilidad, mejorar la capacidad del pie y la pantorrilla y reconstruir gradualmente la carga de caminar y correr.

02 · RECONOCER

Síntomas y patrón típico

El diagnóstico suele ser clínico cuando la historia y la exploración encajan.

Patrón frecuente

- Dolor plantar-medial en el talón.
- Dolor marcado en los primeros pasos de la mañana o tras reposo.
- Molestia con estar mucho tiempo de pie, caminar rápido o correr.
- Sensibilidad al presionar la inserción medial de la fascia.
- Puede “calentar” durante la actividad y reaparecer al terminar o al día siguiente.

En corredores

- Puede aparecer tras subir kilómetros, cuestas, días consecutivos o calidad.
- Los cambios bruscos de zapatilla o superficie pueden modificar la carga.
- A veces tolera mejor rodajes suaves que caminar mucho tiempo o estar de pie.



No todo dolor de talón es fascia

La localización exacta, el comportamiento del dolor y la respuesta a pruebas específicas ayudan a diferenciarlo de otras causas.

03 · DIFERENCIAR

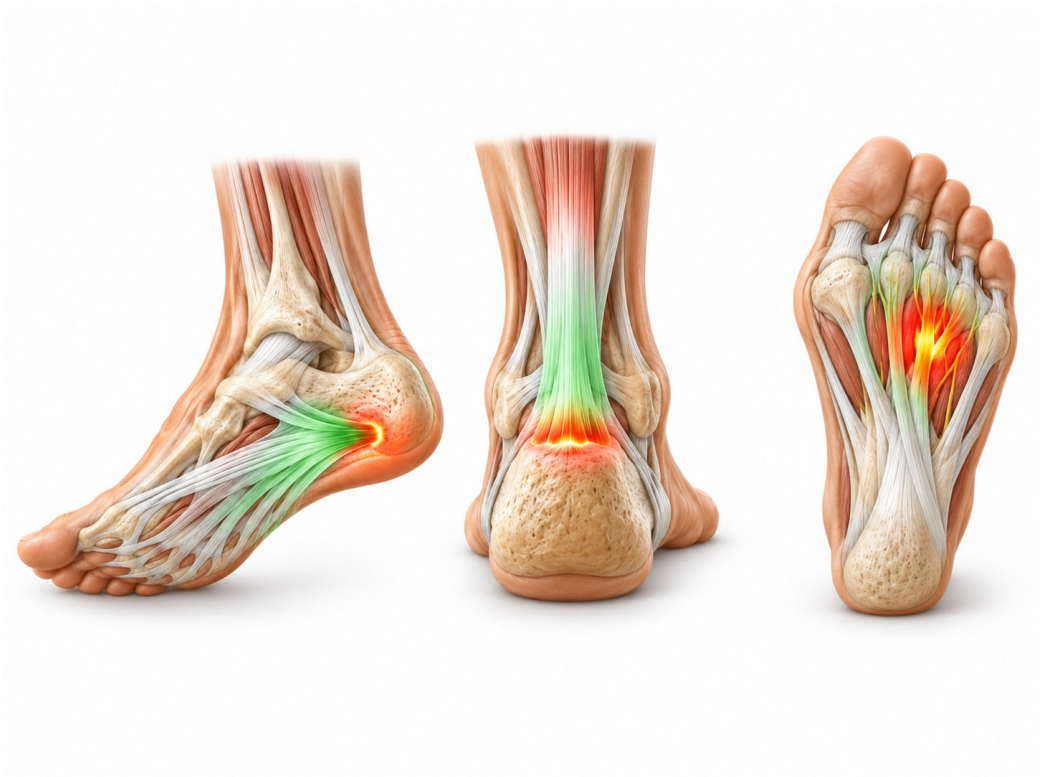
Diagnóstico diferencial y señales de alarma

El talón puede doler por estructuras distintas a la fascia plantar.

Posible causa	Pistas que orientan
Fasciopatía plantar	Dolor plantar-medial, primeros pasos, carga prolongada.
Fractura por estrés calcánea	Dolor progresivo, sensibilidad ósea, impacto muy doloroso.
Síndrome de almohadilla grasa	Dolor más central, sensación de contusión, peor en superficies duras.
Atrapamiento nervioso / Baxter	Quemazón, parestesias o distribución neural.
Radiculopatía / origen lumbar	Síntomas neurológicos, irradiación, cambios con columna.
Aquiles insercional	Dolor posterior del calcáneo, no plantar.
Artritis / patología sistémica	Rigidez, inflamación, síntomas bilaterales o sistémicos.

Consulta pronto si aparece

- Imposibilidad para apoyar tras un traumatismo.
- Dolor óseo intenso o sospecha de lesión por estrés.
- Entumecimiento, debilidad o pérdida de sensibilidad.
- Dolor nocturno no mecánico, fiebre, herida o infección.
- Empeoramiento sostenido pese a reducir carga.



04 · POR QUÉ APARECE

Carga, capacidad y factores asociados

No existe una única causa. Lo útil es detectar qué demanda cambió y qué capacidad necesita mejorar.

Factores de carga habituales en running

- Aumento rápido de volumen o frecuencia.
- Más cuestas, especialmente si aumenta mucho la carga total.
- Reinicio tras semanas de baja actividad.
- Más tiempo de pie o caminando además del entrenamiento.
- Cambio simultáneo de calzado, superficie y planificación.

Factores que pueden influir

- Déficit de fuerza o resistencia de gemelo-sóleo y musculatura del pie.
- Limitación de dorsiflexión o rigidez relevante para la tarea.
- Mayor masa corporal o cambios recientes de peso pueden aumentar la carga mecánica.



- Antecedentes de dolor plantar de talón.

No conviertas la pronación en el problema

La forma del arco o la pronación por sí solas no explican el cuadro. Importa cómo tolera la persona la carga y si una modificación concreta mejora sus síntomas y función.

05 · VALORAR

Qué debería evaluar un profesional

La valoración debe cuantificar síntomas, capacidad del pie y pantorrilla y demandas reales de entrenamiento.

Bloque	Qué mirar	Para qué sirve
Historia	Inicio, primeros pasos, evolución, carga, calzado, superficies.	Identificar patrón e irritabilidad.
Dolor	0-10, mañana, tras carrera, 24 h.	Dosificar carga.
Palpación	Inserción medial del calcáneo y estructuras vecinas.	Localizar y diferenciar.
Movilidad	Dorsiflexión tobillo y movilidad del primer dedo.	Detectar restricciones relevantes.
Fuerza	Calf raise, sóleo, musculatura intrínseca.	Cuantificar capacidad.
Función	Caminar, hop, carrera, tolerancia de pie.	Relacionar clínica con demandas.

Medidas útiles

- Número y calidad de elevaciones de talón unipodales.
- Peso externo tolerado en calf raise y sóleo sentado.
- Dolor de primeros pasos y duración de rigidez matutina.
- Escalas de función del pie cuando se quiere objetivar evolución.



06 · IMAGEN

¿Hace falta ecografía o resonancia?

En cuadros típicos, la imagen no es obligatoria para iniciar tratamiento.

La ecografía puede mostrar engrosamiento o cambios de la fascia, pero estos hallazgos deben interpretarse junto a la clínica. La radiografía o la resonancia se reservan sobre todo para cuadros atípicos, persistentes o cuando se sospecha lesión ósea u otra patología.

Imagen ≠ dolor

Tratar el informe de una ecografía sin considerar síntomas, función y carga puede llevar a decisiones innecesarias. La evolución clínica es el indicador principal.

Cuándo plantearla

- Dolor atípico o no mecánico.
- Mala evolución pese a manejo bien aplicado.
- Sospecha de fractura por estrés, rotura o lesión distinta.
- Síntomas neurológicos o diagnóstico incierto.



07 · DECIDIR

Semáforo del dolor y respuesta de 24 horas

Usa el dolor como información, no como una orden automática de parar.

Zona	Durante la carga	Decisión
VERDE	0-2/10, estable	Mantén o progresa si la mañana siguiente está igual o mejor.
ÁMBAR	3-5/10, tolerable	Puede aceptarse si no sube después y vuelve a línea base.
ROJO	>5/10, creciente o cambia la marcha	Reduce volumen, intensidad o impacto y reevalúa.

La mañana siguiente es clave

- Compara dolor del primer paso con tu línea base.
- Un pequeño cambio aislado no implica daño.
- Si el dolor matutino aumenta claramente durante varios días, la dosis es excesiva.
- La tendencia semanal importa más que una sola sesión.



Regla práctica

La sesión puede generar molestias, pero no debería dejarte cada vez peor. Ajusta una variable por vez: minutos, ritmo, desnivel o frecuencia.

08 · RUNNING

¿Tengo que dejar de correr?

No siempre. Muchos corredores pueden mantener una dosis de carrera mientras reconstruyen capacidad.

Puedes mantener carrera si

- El dolor es bajo o moderado y estable.
- No aparece cojera ni alteración clara por dolor.
- El dolor de primeros pasos no empeora semana a semana.
- Sigues progresando con fuerza y vida diaria.

Qué modificar primero

1. Reduce temporalmente volumen e intensidad si son los principales detonantes.
2. Evita acumular días consecutivos de alta carga de pie, gimnasio y carrera.
3. Controla cuestas y superficies si claramente agravan síntomas.
4. Usa bici, elíptica o piscina para mantener capacidad aeróbica cuando necesites descargar impacto.



No persigas “cero carga”

El reposo completo prolongado puede reducir tolerancia. El objetivo es encontrar una dosis que permita seguir avanzando.

09 · TRATAMIENTO

Qué tiene mayor respaldo

La guía de práctica clínica 2023 recomienda un abordaje activo y multimodal.

Intervención	Papel práctico
Estiramiento específico de fascia + gemelo/sóleo	Recomendado para dolor y función a corto y largo plazo.
Taping	Útil como complemento para alivio a corto plazo.
Ejercicio de resistencia pie/tobillo	Debe formar parte del programa.
Ortesis	No como tratamiento aislado; pueden combinarse con otras estrategias.
Férula nocturna	1-3 meses si el dolor del primer paso es persistente.
Terapia manual	Complemento si hay restricciones relevantes.
Ondas de choque	Escalón adicional en cuadros persistentes.
Punción seca	Puede ayudar en pacientes seleccionados; no sustituye carga progresiva.

Núcleo del tratamiento

Educación + gestión de carga + estiramiento + ejercicio progresivo. Los complementos se eligen según respuesta, preferencias y hallazgos individuales.

10 · FASE 1

Reducir irritabilidad sin apagar el sistema

Las primeras semanas buscan bajar el dolor de primeros pasos y mantener actividad tolerable.

Herramientas iniciales

- Estiramiento específico de fascia plantar varias veces al día.



- Estiramiento de gastrocnemio y sóleo según tolerancia.
- Taping si aporta alivio inmediato.
- Modificar carrera y tiempo prolongado de pie.
- Calzado cómodo; evitar cambios extremos en esta fase.

Ejercicio

Ejercicio	Dosis inicial
Calf raise bilateral lento	3 × 10-15
Sóleo sentado	3 × 10-15
Short foot / control del arco	3 × 8-12
Flexión de dedos / intrínsecos	2-3 × 12-15

Criterio para avanzar

Dolor de mañana estable o descendente, caminar cotidiano tolerable y ejercicios de fuerza realizados sin aumento claro de síntomas al día siguiente.

11 · FASE 2

Fuerza: pie, fascia y pantorrilla

La carga progresiva busca aumentar la capacidad para absorber y transmitir fuerzas durante la carrera.



Ejemplos visuales de estiramiento y progresión de fuerza de pie y pantorrilla.

Ejercicio	Series × reps	Objetivo
Calf raise unilateral con dedos elevados	3-4 × 6-12	Carga alta progresiva
Sóleo sentado pesado	3-4 × 6-10	Capacidad en rodilla flexionada
Calf raise de pie pesado	3-4 × 6-10	Fuerza gastrocnemio
Trabajo de intrínsecos	3 × 8-15	Control y fuerza del pie

Progresión

Cuando completas el rango con buena técnica y la respuesta de 24 h es estable, aumenta la carga externa antes de acumular repeticiones infinitas.

12 · FASE 3

Del ejercicio lento a la carga elástica

Correr exige ciclos rápidos de almacenamiento y liberación de energía.

Progresión orientativa

- Pogos bilaterales de baja amplitud.
- Pogos unipodales.
- Saltos adelante y laterales.
- Skipping y dribbles suaves.
- Saltos reactivos y cambios de dirección cuando el deporte lo requiera.



Qué vigilar

- Dolor durante y 1 h después.
- Dolor del primer paso al día siguiente.
- Fatiga del gemelo y pie.
- Calidad y confianza del apoyo.

No hay prisa por saltar

Si aún no toleras una buena carga de calf raise, la prioridad sigue siendo fuerza. La pliometría se introduce cuando aporta especificidad, no por calendario.

13 · CALZADO

Zapatillas, plantillas, taping y férulas

Son herramientas de carga, no soluciones universales.

Calzado

Prioriza comodidad y tolerancia. En fases sensibles, evita cambios bruscos hacia zapatillas muy distintas a las que utilizas habitualmente. Un pequeño drop puede resultar más cómodo para algunas personas, pero no existe una zapatilla obligatoria.

Ortesis / plantillas

Pueden ser útiles como complemento cuando modifican síntomas o carga de forma favorable. No deberían sustituir el ejercicio ni plantearse como corrección estructural permanente por defecto.

Taping y férula nocturna

- El taping puede usarse como prueba rápida: si caminar mejora, puede facilitar las primeras semanas.
- La férula nocturna puede considerarse durante 1-3 meses cuando domina el dolor intenso del primer paso.



14 · COMPLEMENTOS

Ondas de choque, terapia manual y otras opciones

Los tratamientos pasivos tienen sentido cuando apoyan un plan activo y tienen un objetivo definido.

Opción	Cómo interpretarla
Ondas de choque	Puede ser útil en cuadros persistentes que no progresan con el abordaje base.
Terapia manual	Puede mejorar dolor o movilidad si hay restricciones relevantes.
Punción seca	Opción complementaria en musculatura de pantorrilla/pie en pacientes seleccionados.
Láser de baja potencia	Puede reducir dolor a corto plazo dentro de un programa de rehabilitación.
Ultrasonido terapéutico	No se recomienda para potenciar el beneficio del estiramiento.
Infiltraciones	Requieren valoración médica; no sustituyen la recuperación de capacidad.

Pregunta clave

¿Esta intervención me permite caminar, fortalecer o correr mejor? Si solo genera alivio transitorio y el programa activo no progresa, el plan está incompleto.

15 · VOLVER A CORRER

Progresión específica para corredores

La carrera se reintroduce con criterios y controlando la respuesta del día siguiente.

Secuencia orientativa

CAMINAR RÁPIDO → TROTE/CAMINAR → RODAJE SUAVE → VOLUMEN → STRIDES → UMBRAL → CUESTAS/SERIES

Ejemplo de inicio

Sesión	Contenido
1	1 min correr / 1 min caminar × 10
2	2 min correr / 1 min caminar × 8
3	5 min correr / 1 min caminar × 5
4	20-30 min continuo suave

No es obligatorio usar intervalos si ya toleras carrera continua. La idea es encontrar una dosis reproducible que no empeore el dolor matutino.

16 · CRITERIOS

Cuándo progresar hacia calidad y competición

No necesitas estar “perfecto”, pero sí tener margen suficiente para absorber el aumento de demanda.

- Dolor de vida diaria bajo y estable.
- Dolor de primeros pasos mínimo o claramente controlado.
- Fuerza de calf raise y sóleo sin déficit funcional relevante.
- Saltos básicos tolerados sin respuesta negativa al día siguiente.
- Rodajes suaves repetidos sin tendencia creciente de síntomas.
- Confianza para apoyar y correr sin protección excesiva.

Criterio FISIODRI

La carga nueva debe ser menor que tu margen de capacidad. Progresar no significa probar todo a la vez: aumenta una variable y observa 24-48 h.

17 · PROGRAMA

Ejemplo de progresión de 12 semanas

Plantilla orientativa, no receta. Debe adaptarse a irritabilidad, nivel previo y calendario.

Semanas	Fuerza	Running	Objetivo
1-2	3×/sem moderada	Reducido / run-walk si precisa	Estabilizar síntomas
3-4	3×/sem, 8-12 reps	Continuidad suave	Construir fuerza
5-6	3×/sem pesada	Subir volumen	Más capacidad
7-8	2-3×/sem + pogos	Strides suaves	Elasticidad
9-10	2×/sem mantenimiento	Umbral/cuestas dosificadas	Especificidad
11-12	2×/sem	Ritmo objetivo/series	Rendimiento

Regla de progresión

- Repite semana si el dolor matutino empeora de forma clara.
- Reduce una variable antes de abandonar todo el plan.
- No incrementes simultáneamente volumen, velocidad y desnivel.

18 · PREVENIR

Reducir el riesgo de recaída

Salir del dolor no debería significar abandonar el trabajo que aumentó tu capacidad.

- Mantén 1-2 sesiones semanales de fuerza de pie y pantorrilla.
- Reconstruye progresivamente la carga tras vacaciones, lesión o enfermedad.
- Introduce cambios de calzado y superficie con adaptación.
- No concentres todos los estímulos duros en pocos días.
- Usa el dolor de primeros pasos como indicador temprano si has tenido episodios previos.
- Antes de competir, prioriza continuidad sobre cambios agresivos de última hora.

Objetivo real

No es conseguir un pie que nunca note nada; es desarrollar suficiente capacidad para que los cambios normales de entrenamiento no desencadenen una recaída.

19 · SEGUIMIENTO

Hoja semanal

Rellénala en 1-2 minutos y busca tendencias.

Día	Primer paso 0-10	Rigidez min	Carrera	Fuerza	24 h
L					
M					
X					
J					
V					
S					
D					

Revisión semanal

¿Estoy mejor, igual o peor que hace 7 días? · ¿Qué estímulo aumentó más los síntomas? · ¿Qué variable puedo progresar esta semana?

20 · PREGUNTAS

Preguntas frecuentes

Las dudas más comunes de corredores con dolor plantar de talón.

¿Debo dejar de correr?

No siempre. Si el dolor es tolerable, la técnica no cambia y la respuesta matutina se mantiene estable, puede mantenerse una dosis.

¿Tengo que usar plantillas?

No necesariamente. Pueden ayudar como complemento, pero no son obligatorias ni sustituyen el ejercicio.

¿Estirar sirve?

Sí. El estiramiento específico de fascia y de gemelo-sóleo tiene respaldo para reducir dolor y mejorar función.

¿Debo rodar una pelota o botella?

Puede aliviar temporalmente. Úsalo si te ayuda, pero no como único tratamiento.

¿Cuánto tarda?

La evolución es variable. En cuadros persistentes conviene pensar en meses y no en soluciones de pocos días.

¿Voy descalzo por casa?

Depende de tolerancia. Si empeora claramente el dolor, usa temporalmente un calzado cómodo y reintroduce la carga descalza de forma gradual.

¿El espolón es la causa?

No necesariamente. Los hallazgos radiológicos no explican por sí solos el dolor ni determinan el tratamiento.

21 · EVIDENCIA

Referencias esenciales

Guías y trabajos que sustentan las recomendaciones de esta guía.

1. Koc TA Jr, Bise CG, Neville C, et al. Heel Pain - Plantar Fasciitis: Revision 2023. J Orthop Sports Phys Ther. 2023;53(12):CPG1-CPG39. doi:10.2519/jospt.2023.0303.

2. Morrissey D, Cotchett M, Said J'Bari A, et al. Management of plantar heel pain: a best practice guide informed by a systematic review, expert clinical reasoning and patient values. Br J Sports Med. 2021;55:1106-1118.

3. Rathleff MS, Mølgaard CM, Fredberg U, et al. High-load strength training improves outcome in patients with plantar fasciitis: a randomized controlled trial with 12-month follow-up. Scand J Med Sci Sports. 2015;25:e292-e300.

4. Rathleff MS, Thorborg K. Load me up, Scotty: mechanotherapy for plantar fasciopathy. Br J Sports Med. 2015;49:638-639.

5. Riel H, Jensen MB, Olesen JL, et al. Self-dosed and pre-determined progressive heavy-slow resistance training have similar effects in people with plantar fasciopathy: a randomised trial. J Physiother. 2019.

6. Koc TA Jr et al. Recommendations for stretching, taping, foot orthoses, night splints, therapeutic exercise, manual therapy and dry needling in plantar heel pain. JOSPT CPG 2023.

Actualización FISIODRI

La guía debe revisarse cuando aparezcan nuevas recomendaciones relevantes. La evidencia orienta la decisión, pero no sustituye la valoración individual.

FISIODRI

Correr es mucho más que correr.

¿TE DUELE EL TALÓN AL CORRER?

Una valoración individual puede ayudarte a entender la causa, regular la carga y volver a correr con más seguridad.

TRABAJA CONMIGO

- Valoración funcional y biomecánica
- Plan de fuerza y ejercicio terapéutico
- Progresión de carrera y prevención de recaídas
- Acompañamiento para corredores

CONTÁCTAME

Instagram: @fisiodri.run

Web: run.fisiodri.workers.dev

YouTube: FISIODRI.RUNNING

FISIOTERAPIA · ENTRENAMIENTO · FUERZA · RENDIMIENTO