FISIODRI

Correr es mucho más que correr

FISIOTERAPIA | ENTRENAMIENTO | FUERZA | RENDIMIENTO

SÍNDROME FEMOROPATELAR EN RUNNING

Guía clínica y práctica para corredores.



EVALUACIÓN • CARGA • FUERZA • BIOMECÁNICA • VUELTA A CORRER

Educación basada en evidencia y decisiones prácticas para el día a día.

ANTES DE EMPEZAR

Cómo utilizar esta guía

Un marco práctico y basado en evidencia para corredores con dolor anterior de rodilla.

Idea central

El dolor femoropatelar no suele ser un problema de una única estructura ni de una "mala alineación". El tratamiento se apoya en educación, manejo de carga y ejercicio progresivo, con intervenciones adicionales elegidas según la presentación individual.

Qué encontrarás

- Cómo reconocer el patrón típico del dolor femoropatelar y cuándo pensar en otra causa.
- Cómo ajustar el running sin convertir el reposo total en la única opción.
- Cómo progresar fuerza de cuádriceps y cadera desde fases irritables hasta carga específica.
- Cuándo puede ser útil modificar la técnica de carrera, el calzado, el taping o las plantillas.
- Criterios para volver a entrenar intensidad, cuestas y competición.
- Un programa orientativo de 12 semanas y una hoja de seguimiento semanal.

Importante

Esta guía es educativa y no sustituye una valoración individual. Si existe traumatismo importante, bloqueo articular, derrame marcado, incapacidad para cargar, fiebre, dolor nocturno no mecánico o síntomas neurológicos, se recomienda evaluación sanitaria.

01 · ENTENDER

Qué es el síndrome femoropatelar

En la literatura actual se utiliza con frecuencia el término dolor femoropatelar (PFP).

El dolor femoropatelar es dolor alrededor o detrás de la rótula que aparece con tareas que cargan la articulación con la rodilla flexionada. En corredores suele hacerse evidente al aumentar volumen, intensidad, desnivel o frecuencia de entrenamiento.

No implica necesariamente daño del cartílago ni que la rótula esté “mal colocada”. La relación entre síntomas, tejido y biomecánica es más compleja.



Claves clínicas

- Dolor retropatelar o peripatelar.
- Molestia reproducida por sentadilla, escaleras, carrera, saltos o estar sentado mucho tiempo.
- La intensidad puede variar con la carga del día, la recuperación y la confianza en la rodilla.

Mensaje FISIODRI

El objetivo no es “centrar la rótula”; es aumentar la capacidad del sistema para tolerar las demandas reales del corredor.

02 · RECONOCER

Síntomas y diagnóstico

El diagnóstico es principalmente clínico y se basa en reproducir el patrón de dolor y excluir otras causas.

Patrón típico

- Dolor difuso en la parte anterior de la rodilla, alrededor o detrás de la rótula.
- Dolor al bajar escaleras, hacer sentadillas, correr, saltar o permanecer sentado con la rodilla flexionada.
- Inicio insidioso tras un aumento de carga, aunque también puede aparecer tras un episodio más agudo de sobrecarga.
- Sensación de crepitación o “crujidos” puede coexistir y, por sí sola, no indica lesión grave.



Pruebas funcionales útiles

- Sentadilla: reproducción del dolor alrededor/detrás de la rótula apoya el diagnóstico.
- Step-down y sentadilla unipodal: útiles para valorar dolor, control y capacidad.
- Escaleras, salto o carrera en cinta: pueden utilizarse cuando forman parte de las demandas reales del deportista.

No existe una prueba única definitiva

La historia, el patrón de dolor y la respuesta a actividades que cargan la articulación tienen más valor que una maniobra aislada.

03 · DIFERENCIAR

Diagnóstico diferencial y señales de alerta

Dolor anterior de rodilla no siempre significa dolor femoropatelar.

Posibilidad	Pistas clínicas
Tendinopatía rotuliana	Dolor más focal en polo inferior de rótula/tendón; saltos y carga del extensor suelen provocarlo.
Grasa de Hoffa	Dolor anterior profundo, con frecuencia sensible cerca de la extensión completa.
Lesión meniscal	Dolor en interlínea, derrame, bloqueo o síntomas mecánicos relevantes.
Inestabilidad patelar	Episodios de luxación/subluxación, sensación clara de desplazamiento.
Artrosis femoropatelar	Más probable con mayor edad, rigidez y cambios degenerativos clínicamente relevantes.
Dolor referido	Cadera o columna lumbar pueden generar síntomas percibidos en la rodilla.

Consulta prioritaria si aparece

- Traumatismo con incapacidad para cargar o deformidad.
- Bloqueo articular verdadero, derrame importante o pérdida marcada de extensión.
- Fiebre, enrojecimiento intenso o síntomas sistémicos.
- Dolor nocturno no mecánico, pérdida de peso inexplicada o dolor progresivo sin relación con carga.
- Sospecha de fractura, lesión ligamentaria importante o patología intraarticular.

04 · CONTEXTO

Por qué aparece en running

El modelo más útil es pensar en la relación entre demanda y capacidad, no en una única causa.

Modelo simple

DEMANDA DE CARGA > CAPACIDAD ACTUAL → síntomas.
CAPACIDAD ↑ mediante fuerza, adaptación progresiva y recuperación → mayor tolerancia.

Cambios frecuentes antes del inicio

- Subir rápidamente kilómetros, días de carrera o tirada larga.
- Añadir cuestas, bajadas, series, competición o pliometría sin adaptación suficiente.
- Volver a correr tras enfermedad, vacaciones o lesión.
- Cambiar simultáneamente calzado, superficie y estructura del entrenamiento.

Factores individuales

Pueden influir la fuerza y capacidad del cuádriceps, musculatura posterolateral de cadera, historial previo, tolerancia a la flexión de rodilla, sueño, estrés, recuperación y factores psicológicos. La biomecánica puede modificar la distribución de carga, pero no debe interpretarse como “culpa” del corredor.

Evita explicaciones simplistas

Valgo, pronación, debilidad de glúteo o una determinada pisada pueden ser relevantes en algunas personas, pero no explican por sí solos el dolor femoropatelar.

05 · VALORAR

Qué debería evaluar un profesional

La valoración debe cuantificar síntomas, función, fuerza y demandas reales de carrera.

Bloque	Qué aporta
Historia	Localización, duración, irritabilidad, carga reciente, cuestas, ritmos, antecedentes y objetivos.
Dolor y función	Escala 0-10, actividades provocadoras, AKPS/Kujala u otra medida funcional.
Fuerza de rodilla	Extensión de rodilla, sentadilla, prensa, capacidad unilateral.
Cadera	Abductores/extensores y control en tareas unipodales.
Movimiento	Step-down, sentadilla unipodal, salto, carrera si procede.
Running	Cadencia, overstride, desnivel, ritmo, volumen e intensidad; solo modificar lo que tenga sentido clínico.

¿Necesito una resonancia?

En un cuadro típico, la imagen no suele ser necesaria para confirmar el diagnóstico. Puede tener sentido si el cuadro no encaja, hay traumatismo, bloqueo, derrame, fracaso de una estrategia bien aplicada o sospecha de otra patología.

Mide para decidir

Registrar dolor, función, fuerza y carga semanal permite saber si el tratamiento está aumentando capacidad o solo cambiando síntomas.

06 · DOSIFICAR

Semáforo de dolor y respuesta de 24 horas

Una herramienta práctica para ajustar la dosis. No es una regla universal ni sustituye el razonamiento clínico.

Zona	Durante	Decisión
VERDE	0-2/10	Carga bien tolerada; puede mantenerse o progresar si al día siguiente estás igual o mejor.
ÁMBAR	3-5/10	Puede ser aceptable si el dolor no escala, no cambia la técnica y vuelve a la línea base en 24 h.
ROJO	>5/10 o dolor creciente	Reduce rango, volumen, intensidad o dificultad. Revisa la carga acumulada.

La mañana siguiente importa

- Compara dolor al bajar escaleras, sentarte/levantarte o hacer una sentadilla con tu línea base.
- Una pequeña molestia aislada no equivale a daño.
- Si el dolor aumenta de forma acumulativa varios días, la dosis semanal supera la tolerancia actual.

Regla práctica

Progresa cuando la respuesta durante y después es estable. Si cada sesión deja una “deuda” mayor para el día siguiente, reduce una variable antes de abandonar todo el entrenamiento.

07 · RUNNING

¿Tengo que dejar de correr?

No siempre. En muchos corredores es posible mantener una dosis de carrera mientras se construye capacidad.

Puede mantenerse si

- El dolor es leve o moderado y estable.
- No aparece cojera ni cambio claro de la técnica por dolor.
- La rodilla vuelve a su línea base en las siguientes 24 horas.
- La fuerza y las actividades diarias siguen progresando.

Qué modificar primero

1. Reduce temporalmente intensidad, bajadas y cuestas si son los estímulos más provocadores.
2. Ajusta la tirada larga o el volumen semanal antes de eliminar toda la carrera.
3. Separa días exigentes de rodilla: fuerza pesada, pliometría y calidad de carrera.
4. Usa bici/elíptica si necesitas mantener capacidad aeróbica con menor carga femoropatelar.



En corredores, educación y manejo de carga importan mucho

En ensayos con corredores, la educación sobre síntomas y modificación del entrenamiento produjo mejoras clínicas y debe formar parte del tratamiento.

08 · REHABILITAR

Las 4 fases de la recuperación

Avanza por criterios de tolerancia y capacidad, no por calendario rígido.

FASE 1 · Bajar irritabilidad

Ajustar carrera, recuperar tolerancia a flexión y empezar fuerza sin picos de dolor.

FASE 2 · Construir fuerza

Aumentar capacidad de cuádriceps y cadera con carga progresiva.

FASE 3 · Control + energía

Unilateral, saltos y tareas específicas de carrera.

FASE 4 · Volver a rendir

Reintroducir volumen, velocidad, cuestas y competición con margen.

09 · FASE 1

Reducir irritabilidad sin apagar la rodilla

El objetivo es encontrar posiciones y dosis que permitan seguir cargando.

Opciones de inicio

Ejercicio	Dosis	Clave
Extensión isométrica de rodilla	4-5 × 30-45 s	Ángulo tolerable; esfuerzo moderado-alto sin escalada de síntomas.
Sentadilla parcial	3 × 8-12	Rango cómodo; progresar profundidad según tolerancia.
Puente / extensión de cadera	3 × 10-15	Mantener trabajo proximal cuando la flexión de rodilla molesta.
Abducción / side-step	3 × 10-15	Complemento, no sustituto del trabajo de rodilla.

Rango y carga

Si la rodilla está muy irritable, puede ser útil comenzar con rangos que provoquen menos síntomas y ampliar gradualmente. El rango exacto no debe convertirse en una prohibición permanente: la meta es recuperar la tolerancia a las posiciones que el running y la vida diaria exigen.

Criterio de salida

Vida diaria estable + sentadilla/step-down tolerables + respuesta de 24 h controlada + posibilidad de aumentar carga sin escalada de síntomas.

10 · FASE 2

Fuerza: el pilar del tratamiento

La recomendación central es ejercicio dirigido a rodilla, combinado o no con trabajo de cadera según la valoración.

Ejercicio	Series × reps	Objetivo
Prensa o sentadilla	4 × 6-10	RPE 7-9/10
Extensión de rodilla	3-4 × 8-12	Controlada; rango según tolerancia
Split squat / zancada	3 × 6-10 por lado	Progresar profundidad y carga
Step-down	3 × 8-12	Calidad + capacidad, sin obsesión por alineación perfecta
Hip thrust / RDL	3-4 × 6-10	Complemento de cadera y cadena posterior

Cómo progresar

- Cuando completas el rango con buena técnica y respuesta estable, aumenta carga externa.
- No necesitas entrenar siempre sin dolor; sí necesitas que el dolor sea tolerable y no se acumule.
- Dos o tres sesiones semanales suelen ser una base práctica, coordinadas con los días de carrera.



11 · FASE 3

Unilateral, control y capacidad elástica

Correr exige producir y absorber fuerza repetidamente sobre una sola pierna.

Tarea	Dosis inicial	Para qué
Step-down alto	3 × 6-10	Capacidad excéntrica y control.
Split squat / Bulgarian	3-4 × 6-10	Fuerza unilateral.
Single-leg squat	3 × 6-10	Control y tolerancia a carga.
Pogos / saltos suaves	3 × 20-30 contactos	Reactividad inicial.
Saltos multidireccionales	3 × 6-10	Preparación específica.

Qué observar

- Dolor durante y la mañana siguiente.
- Confianza al cargar una pierna.
- Fatiga del cuádriceps y control del tronco/cadera.
- Capacidad para repetir contactos sin deterioro marcado.

Control ≠ perfección

No necesitas una rodilla inmóvil ni una alineación “perfecta”. El objetivo es tolerar y controlar las demandas con suficiente fuerza y confianza.

12 · FASE 4

Vuelta progresiva al running

La carrera vuelve a ser parte de la rehabilitación, no solo la prueba final.

Progresión orientativa

Paso	Estímulo	Aplicación
1	Rodaje fácil	20-30 min o run-walk según tolerancia
2	Aumentar continuidad	Mantener ritmo cómodo y subir duración
3	Strides	Aceleraciones cortas con recuperación amplia
4	Umbral controlado	Bloques moderados
5	Cuestas / series	Reintroducir según detonantes previos
6	Ritmo específico	Preparar competición

Criterios antes de calidad

- Dolor diario bajo y estable.
- Fuerza de rodilla y tareas unipodales claramente mejoradas.
- Rodajes suaves repetidos sin tendencia negativa.
- Saltos básicos tolerados cuando forman parte de las demandas del deportista.

No subas todo a la vez

Aumenta una variable principal: minutos, velocidad, desnivel o densidad. Así sabrás qué estímulo está generando la respuesta.

13 · BIOMECÁNICA

Técnica de carrera: cuándo merece la pena tocarla

El retraining es una herramienta adicional, no una obligación para todos los corredores con dolor femoropatelar.

Opciones con respaldo

- Aumentar modestamente la cadencia (aprox. 5-10%) puede reducir carga femoropatelar y mejorar síntomas en algunos corredores.
- Cues de “correr más suave” pueden reducir impacto en personas que responden favorablemente.
- Reducir un overstride claro puede ser útil si se relaciona con síntomas.
- Cambios de aducción de cadera o tronco deben individualizarse y probarse por respuesta, no por estética.

Qué evitar

- Forzar un cambio a antepié de forma sistemática.
- Modificar varias variables de técnica y calzado al mismo tiempo.
- Usar una cifra de cadencia universal como objetivo obligatorio.

Test de dirección

Una modificación tiene sentido si reduce dolor o carga percibida de forma inmediata y puede aprenderse sin generar un nuevo problema en gemelo, Aquiles o pie.

14 · PROGRAMA

Ejemplo de progresión de 12 semanas

Plantilla orientativa para un corredor adulto. No sustituye una prescripción individual.

Semanas	Fuerza	Running	Objetivo
1-2	Ajustar carga + fuerza tolerable	Rodaje corto/run-walk si tolera	Estabilizar síntomas
3-4	3×/sem, 8-12 reps	Aumentar continuidad	Construir base
5-6	3×/sem, 6-10 reps más pesadas	Volumen progresivo	Más fuerza
7-8	2-3×/sem + unilateral	Strides / pequeños cambios	Control + reactividad
9-10	2×/sem mantenimiento	Umbral o cuestas dosificadas	Especificidad
11-12	2×/sem	Series / ritmo objetivo	Rendimiento

Repite, reduce o progresa

Si la respuesta de 24 h empeora, mantén o reduce una variable. Si la carga es estable y la capacidad mejora, progresa sin esperar una fecha arbitraria.

Ejemplo de semana en fase intermedia

- Lunes: fuerza + rodaje muy suave opcional.
- Martes: rodaje fácil.
- Miércoles: descanso o aeróbico alternativo.
- Jueves: fuerza + trabajo de carrera controlado.
- Viernes: rodaje fácil.
- Fin de semana: fuerza ligera y tirada larga adaptada.

15 · TRATAMIENTOS

Qué funciona y qué papel ocupa

La base es ejercicio y educación; los complementos deben facilitar ese proceso, no sustituirlo.

Intervención	Papel	Mensaje
Ejercicio de rodilla ± cadera	PRIMERA LÍNEA	Mejora dolor y función; debe individualizarse.
Educación + manejo de carga	PRIMERA LÍNEA	Especialmente importante en corredores.
Taping patelar	COMPLEMENTO	Puede reducir dolor de forma inmediata/corto plazo si responde.
Plantilla prefabricada	CASOS SELECCIONADOS	Puede ayudar a corto plazo si existe respuesta favorable en una tarea funcional.
Terapia manual	COMPLEMENTO	No debe usarse como tratamiento aislado.
Brace/rodillera	NO PRIORITARIO	No se recomienda de rutina como solución principal.
Agentes pasivos	POCO APOYO	Ultrasonido, láser, electroterapia: no son la base del tratamiento.

Prueba-respuesta

Los complementos tienen más valor cuando producen una mejora clara que permite entrenar o rehabilitar mejor.

16 · CALZADO

Zapatillas, plantillas y superficies

No existe una zapatilla universal para el dolor femoropatelar.

Calzado

Mantén modelos cómodos y evita cambios bruscos si estás en una fase sensible. La elección debe considerar comodidad, historial y cómo distribuye la carga, no una etiqueta de “correctiva” o “neutra”.

Plantillas

Las plantillas prefabricadas pueden considerarse a corto plazo en algunas personas, especialmente si una prueba inmediata mejora dolor o función. Deben acompañar al ejercicio, no sustituirlo.

Superficie y desnivel

Las bajadas y terrenos con mayor exigencia pueden aumentar la demanda femoropatelar. Si son detonantes, modifícalos temporalmente y reintrodúcelos como parte del proceso específico.

Principio útil

Cambia una variable cada vez. Si cambias zapatilla, técnica, volumen y desnivel simultáneamente, será difícil saber qué está ayudando o irritando.

17 · DECIDIR

Algoritmo para progresar

Úsalo después de las sesiones que más cargan la rodilla.

Paso	Pregunta	Decisión
1	¿Dolor tolerable y técnica estable?	Sí → continúa. No → reduce rango/dosis.
2	¿A las pocas horas vuelves cerca de tu línea base?	Sí → bien. No → registra y ajusta.
3	¿La mañana siguiente está igual o mejor?	Sí → carga tolerada. No → mantén o reduce.
4	¿La tendencia semanal mejora?	Sí → progresa UNA variable. No → revalora carga, fuerza y diagnóstico.

Una variable cada vez

+10 min, un bloque rápido, más desnivel, más carga en fuerza o más contactos de salto. No necesitas aplicar todas las progresiones simultáneamente.

18 · PREVENIR

Reducir el riesgo de recaída

Salir del dolor no significa abandonar las estrategias que aumentaron tu capacidad.

- Mantén 1-2 sesiones semanales de fuerza de rodilla y cadera durante la temporada.
- Reconstruye la carga tras vacaciones, enfermedad o lesión.
- Distribuye los estímulos intensos y evita acumular cuestas, series y fuerza pesada sin recuperación.
- Usa la rigidez/dolor de escaleras o sentadilla como indicador temprano de tolerancia.
- Introduce cambios de técnica o calzado gradualmente.
- Antes de una competición, prioriza continuidad sobre cambios agresivos de última hora.

Recuperación = capacidad

El objetivo final es tolerar tu entrenamiento real con margen, no simplemente conseguir unos días sin dolor.

19 · REGISTRO

Hoja semanal de seguimiento

Rellénala en 1-2 minutos para detectar tendencias.

Día	Dolor AM	Sentadilla/escaleras	Carrera	Fuerza	Respuesta 24 h
L					
M					
X					
J					
V					
S					
D					

Revisión del domingo

¿Estoy mejor, igual o peor que hace 7 días? · ¿Qué sesión generó la mayor respuesta? · ¿Qué variable puedo progresar la próxima semana?

20 · PREGUNTAS

Preguntas frecuentes

Respuestas breves a dudas habituales en corredores.

¿Tengo que parar de correr?
No siempre. Mantener una dosis tolerable puede ser parte del tratamiento.

¿Tengo que fortalecer el glúteo?
Puede ser útil, pero el trabajo de rodilla/cuádriceps sigue siendo central. La combinación se individualiza.

¿El valgo es la causa?
No necesariamente. Puede ser una característica de movimiento relevante en algunas personas, pero no explica por sí sola el dolor.

¿Necesito una resonancia?
No en un cuadro típico. La imagen se reserva para dudas diagnósticas o señales que cambien la conducta.

¿La rótula está “desgastada”?
Dolor no equivale automáticamente a daño estructural. La clínica y la función son más útiles para guiar la progresión.

¿Puedo hacer sentadillas?
Sí, ajustando rango, carga y volumen a tu tolerancia. Evitarlas para siempre reduce capacidad.

¿Cuánto tarda?
Depende de duración, irritabilidad, carga y adherencia. Piensa en semanas/meses, no en una solución inmediata.

21 · AYUDA

Cuándo merece la pena valorar tu caso

Una guía orienta; una valoración individual decide.

- No mejoras tras 6-8 semanas de una estrategia coherente y bien aplicada.
- No puedes progresar porque cualquier incremento de carga dispara síntomas.
- Existe una diferencia marcada de fuerza o función entre lados.
- Necesitas volver a competir con plazos y demandas específicas.
- Hay dudas sobre el diagnóstico o aparecen señales de alerta.

Qué debería aportar una valoración

Diagnóstico diferencial + cuantificación de fuerza y función + análisis de tu carga real + revisión del running cuando proceda + plan de progresión con criterios claros.

Qué buscamos en FISIODRI

Que entiendas qué ocurre, sepas qué carga puedes hacer hoy y dispongas de un plan para volver a entrenar con más capacidad que antes del episodio.

22 · EVIDENCIA

Referencias esenciales

Selección de guías y trabajos que sustentan las recomendaciones de esta guía.

1. Willy RW, Hoglund LT, Barton CJ, et al. Patellofemoral Pain: Clinical Practice Guidelines. J Orthop Sports Phys Ther. 2019;49(9):CPG1-CPG95. doi:10.2519/jospt.2019.0302.
2. Neal BS, Lack SD, Bartholomew C, Morrissey D. Best practice guide for patellofemoral pain based on synthesis of a systematic review, the patient voice and expert clinical reasoning. Br J Sports Med. 2024;58:1486-1495.
3. Collins NJ, Barton CJ, van Middelkoop M, et al. 2018 Consensus statement on exercise therapy and physical interventions to treat patellofemoral pain. Br J Sports Med. 2018;52:1170-1178.
4. Esculier JF, Bouyer LJ, Dubois B, et al. Is combining gait retraining or an exercise programme with education better than education alone in treating runners with patellofemoral pain? Br J Sports Med. 2018;52:659-666. doi:10.1136/bjsports-2016-096988.
5. de Souza Júnior JR, et al. Effects of two gait retraining programs on pain, function, and lower limb kinematics in runners with patellofemoral pain: a randomized controlled trial. PLoS One. 2024;19:e0295645.
6. Neal BS, Bolgla LA, Lack SD, et al. Prognosis of Patellofemoral Pain: A Systematic Review With Evidence- and Gap-Map. J Orthop Sports Phys Ther. 2025;55(10):661-670. doi:10.2519/jospt.2025.13491.
7. Rathleff MS, Graven-Nielsen T, Hölmich P, et al. Activity Modification and Load Management of Adolescents With Patellofemoral Pain. Am J Sports Med. 2019;47(7):1629-1637.

Actualización

La literatura sobre dolor femoropatelar y retraining de carrera sigue evolucionando. Esta edición integra la guía de buenas prácticas de 2024 y evidencia clínica reciente hasta 2026.

FISIODRI

Correr es mucho más que correr

FISIOTERAPIA | ENTRENAMIENTO | FUERZA | RENDIMIENTO

¿TE DUELE LA RODILLA AL CORRER?

Si quieres una valoración individual, un plan de fuerza adaptado y una progresión realista para volver a correr con seguridad, puedo ayudarte.

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