FISIODRI

Correr es mucho más que correr

FISIOTERAPIA | ENTRENAMIENTO | FUERZA | RENDIMIENTO

TENDINOPATÍA AQUÍLEA

Guía clínica y práctica para corredores

ANTES DE EMPEZAR

Cómo utilizar esta guía

Pensada para deportistas, entrenadores y profesionales que buscan un marco claro y aplicable.

Idea central

La tendinopatía aquílea no suele resolverse con reposo indefinido. La base del tratamiento es ajustar la carga y desarrollar de forma progresiva la capacidad del complejo sóleo-gemelos-tendón.

Qué encontrarás

- Cómo reconocer los patrones más habituales de tendinopatía aquílea.
- Cómo diferenciar una presentación de porción media de una insercional.
- Qué señales obligan a consultar con un profesional sanitario.
- Cómo decidir cuánto correr sin convertir cada molestia en una alarma.
- Un sistema de progresión desde fuerza básica hasta carrera, saltos y velocidad.
- Un ejemplo de programa de 12 semanas, adaptable a cada caso.
- Qué tratamientos tienen mejor respaldo y cuáles deben entenderse como complementos.

Importante

Esta guía es educativa. No sustituye una valoración individual, especialmente si existe dolor intenso de inicio brusco, pérdida marcada de fuerza, sospecha de rotura, inflamación importante, síntomas neurológicos, fiebre, herida, dolor nocturno no mecánico o incapacidad para caminar con normalidad.

Regla FISIODRI

No trates una imagen ni una cifra aislada: trata a la persona, su capacidad actual y las demandas reales de su deporte.

01 · ENTENDER

Qué es la tendinopatía aquílea

El tendón de Aquiles transmite la fuerza de gemelo y sóleo hacia el calcáneo y trabaja como un potente resorte durante la carrera.



No es simplemente una “inflamación”

El término tendinopatía describe un cuadro clínico de dolor relacionado con la carga y reducción de la función. En cuadros persistentes pueden coexistir cambios estructurales del tendón, pero la intensidad del dolor no se corresponde de forma directa con lo que aparece en una ecografía o una resonancia.

Por qué importa tanto en running

Al correr, el complejo músculo-tendón debe almacenar y liberar energía rápidamente en cada apoyo. El problema aparece cuando la demanda acumulada supera temporalmente la capacidad de tolerancia del sistema.

Modelo simple

CARGA > CAPACIDAD → irritación y pérdida de tolerancia.
CAPACIDAD ↑ mediante fuerza + exposición progresiva → vuelta al rendimiento.

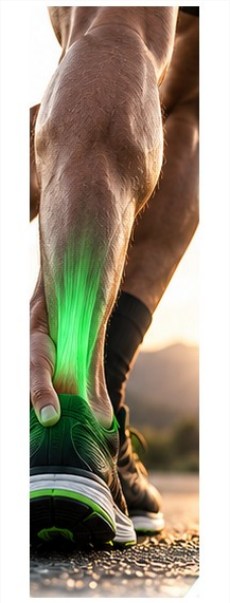
Dos localizaciones principales

Tipo	Dónde duele	Clave práctica
Porción media	Aprox. 2-7 cm por encima de la inserción	Suele tolerar mejor el trabajo en todo el rango, progresando según síntomas.
Insercional	En la unión del tendón con el calcáneo	La dorsiflexión profunda puede aumentar la compresión; al inicio conviene limitarla.

02 · RECONOCER

Síntomas y patrón típico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La imagen puede ayudar cuando el cuadro no encaja o se sospecha otra lesión.



Patrón frecuente

- Dolor localizado en el tendón durante o después de correr, saltar o subir pendientes.
- Rigidez al levantarse por la mañana o después de un periodo de reposo.
- Sensibilidad a la palpación y, en algunos casos, engrosamiento local.
- Menor capacidad para hacer elevaciones de talón, saltar o correr rápido.
- Síntomas que pueden “calentar” durante la actividad y reaparecer después.

Autochequeo útil

Pregúntate

¿Dónde exactamente me duele? · ¿Qué carga lo provoca? · ¿Cómo está al día siguiente? · ¿Puedo elevarme sobre un pie? · ¿Ha cambiado mi entrenamiento en las últimas 2-6 semanas?

Señales de alerta

- Chasquido o sensación de golpe súbito en la parte posterior del tobillo con pérdida inmediata de fuerza.
- Incapacidad para caminar de puntillas o realizar una elevación de talón que antes era posible.
- Dolor muy intenso y aparición rápida de hematoma o edema.
- Dolor no relacionado con la carga, fiebre, herida, infección o síntomas sistémicos.
- Dolor persistente con signos neurológicos o antecedentes médicos que requieran evaluación específica.

03 · POR QUÉ APARECE

Carga, capacidad y contexto del corredor

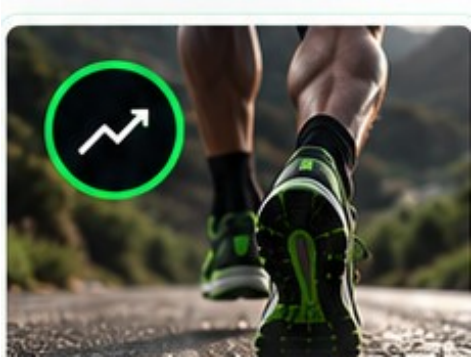
Rara vez existe una única causa. En la práctica interesa identificar qué cambió y qué capacidad falta.

Cambios de carga que suelen preceder a los síntomas

- Aumento rápido de kilómetros o días de carrera.
- Más sesiones de calidad: series, cuestas, cambios de ritmo o competiciones.
- Reintroducción de carrera tras un periodo de baja actividad.
- Cambios de superficie, desnivel, calzado o técnica sin tiempo de adaptación.
- Combinar un pico de carrera con más fuerza, saltos o deporte adicional.

Factores personales que pueden modificar la tolerancia

La evidencia sobre factores de riesgo aislados es limitada y no debe utilizarse para culpabilizar al corredor. Sí conviene considerar fuerza de flexores plantares, historial previo de tendinopatía, edad, estado general, medicación y la capacidad de recuperación.



No busques un “culpable biomecánico”
La postura del pie, la pronación o una técnica concreta no explican por sí solas la tendinopatía. Su relevancia depende de si modifican la carga y de cómo responde la persona.

04 · VALORACIÓN

Qué debería evaluar un profesional

La evaluación debe cuantificar síntomas, función y capacidad; no limitarse a palpar el tendón.

Bloques de valoración

Qué mirar	Para qué sirve
Historia clínica	Localización, duración, irritabilidad, carga reciente, volumen/intensidad, antecedentes, medicación, objetivo deportivo.
Dolor y función	Dolor 0-10, rigidez matutina, tolerancia a caminar/correr, VISA-A u otra medida de seguimiento.
Fuerza y resistencia	Elevaciones de talón bilaterales y unipodales, rodilla extendida y flexionada, carga externa si es posible.
Capacidad elástica	Pogos, saltos, hop tests y tareas específicas cuando la fase lo permita.
Movilidad	Dorsiflexión y tolerancia a posiciones de compresión, especialmente en insercional.
Running	Ritmo, desnivel, cambios recientes, distribución semanal y respuesta 24 h.

¿Cuándo tiene sentido una imagen?

En un patrón típico, el diagnóstico puede ser clínico. La ecografía suele ser la primera opción cuando se necesita imagen. La resonancia puede ser útil si existe discordancia entre clínica y ecografía, se sospecha otra lesión o se valora cirugía.

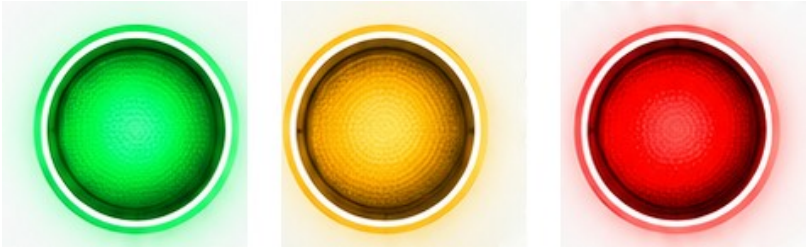
Imagen ≠ dolor

Es posible encontrar cambios estructurales en personas sin síntomas y, al contrario, tener dolor con cambios discretos. La evolución clínica manda.

Semáforo de dolor y respuesta de 24 horas

El objetivo no es perseguir dolor 0/10 en todo momento, sino usar los síntomas como información para dosificar.

Semáforo práctico



Zona	Durante la carga	Qué hacer
VERDE	0-2/10 y estable	Mantén o progresa si al día siguiente estás igual o mejor.
ÁMBAR	3-5/10, tolerable	Puede ser aceptable si no aumenta después ni empeora la mañana siguiente.
ROJO	>5/10, dolor creciente o alteración clara de la técnica	Reduce carga, rango, volumen o intensidad. Revalora.

La mañana siguiente importa

- Compara dolor y rigidez con tu línea base.
- Un pequeño cambio aislado puede ser asumible.
- Si dolor y rigidez aumentan de forma clara varios días, la dosis ha sido excesiva.
- La tendencia semanal es más útil que reaccionar a una sola sesión.

Principio de progresión
La carga puede molestar, pero no debería dejarte progresivamente peor. La respuesta de las siguientes 24 horas ayuda a decidir.

¿Tengo que parar de correr?

No siempre. La decisión depende de irritabilidad, función, objetivo y respuesta a la carga.

Cuándo puede mantenerse carrera

- Dolor leve o moderado y estable.
- No hay cojera ni cambio evidente de la mecánica por dolor.
- La rigidez del día siguiente no se dispara.
- La carga de fuerza sigue siendo realizable.
- Existe una progresión semanal controlada.



Qué modificar primero

1. Reduce intensidad antes que eliminar toda la actividad: pausa temporalmente sprints, series muy rápidas y cuestas si son claramente provocadores.
2. Recorta volumen si la respuesta de 24 h empeora.
3. Separa estímulos de alta carga: deja recuperación entre fuerza pesada, saltos y carrera intensa.
4. Utiliza bici, elíptica o carrera acuática si necesitas mantener capacidad aeróbica con menor carga aquílea.

Regla para el calendario

No acumules “días rojos”

Una sesión exigente para el Aquiles necesita espacio para ser asimilada. Al principio, evita colocar carrera rápida, pliometría y fuerza pesada en días consecutivos.

07 · REHABILITAR

Las 4 fases de la recuperación

La progresión no debe ser estrictamente por semanas: avanza cuando cumples criterios de tolerancia y capacidad.



FASE 1 · CALMAR SIN APAGAR

Objetivo: reducir irritabilidad y mantener estímulo.
Herramientas: isométricos o elevaciones asistidas, control de carrera, ajuste de rango.

FASE 2 · CONSTRUIR FUERZA

Objetivo: recuperar capacidad del tríceps sural.
Herramientas: elevaciones pesadas y lentas, rodilla extendida y flexionada, progresión de carga.

FASE 3 · RECUPERAR EL RESORTE

Objetivo: tolerar ciclos rápidos de carga.
Herramientas: pogos, saltos, skipping, cambios de apoyo y carrera progresiva.

FASE 4 · VOLVER A RENDIR

Objetivo: tolerar las demandas reales del running.
Herramientas: ritmos, cuestas, series, volumen objetivo y fuerza de mantenimiento.

08 · FASE 1

Bajar irritabilidad sin perder capacidad

Útil cuando correr, caminar rápido o las elevaciones de talón provocan una respuesta marcada.

Ejercicios base

Ejercicio	Series	Dosis	Notas
Isométrico de gemelo	4-5	30-45 s	Carga tolerable; apoyo bilateral o unilateral según capacidad.
Isométrico de sóleo	4-5	30-45 s	Rodilla flexionada; puede hacerse sentado con carga.
Elevación bilateral lenta	3	8-12	Sube y baja controlado; progresar hacia unilateral.

Criterios orientativos para pasar de fase

- Actividades diarias con dolor bajo y estable.
- Respuesta al ejercicio controlada a las 24 h.
- Elevaciones de talón con buena técnica y sin incremento sostenido de síntomas.



Insercional
Realiza las elevaciones desde el suelo o con una pequeña alza, evitando inicialmente bajar el talón por debajo de la horizontal si la dorsiflexión comprime y reproduce el dolor.

09 · FASE 2

Fuerza: el pilar del tratamiento

La evidencia actual no obliga a usar solo excéntricos. Lo importante es cargar el tendón de forma suficientemente intensa y progresiva.



Dos patrones que no deberían faltar

- Elevación de talón con rodilla extendida: mayor participación del gastrocnemio.
- Elevación de talón con rodilla flexionada: mayor demanda relativa del sóleo.

Ejemplo de sesión

Ejercicio	Series	Reps	Tempo	Esfuerzo
Calf raise de pie	4	6-10	2-1-2	RPE 7-9/10
Sóleo sentado	4	6-10	2-1-2	RPE 7-9/10
Calf raise unilateral	3	8-12	Controlado	RPE 7-8/10

Frecuencia práctica: 3 sesiones/semana como base, ajustando volumen según el resto del entrenamiento. En personas bien tolerantes puede usarse mayor frecuencia con cargas distintas.

Cómo progresar

Cuando completes el rango de repeticiones con buena técnica y la respuesta de 24 h sea estable, aumenta gradualmente la carga externa antes de añadir muchas más repeticiones.

Energía, reactividad y pliometría

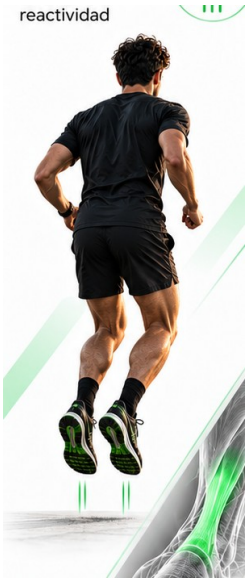
Correr no es solo fuerza lenta: el tendón debe almacenar y devolver energía en tiempos muy cortos.

Progresión orientativa

Paso	Tarea	Dosis inicial
1	Pogos bilaterales	Baja amplitud, ritmo cómodo, 3×20-30 contactos.
2	Pogos unipodales	3×10-20 contactos por lado.
3	Saltos adelante/laterales	Controlar aterrizaje y rigidez del tobillo.
4	Skipping y carrera técnica	Introducir ciclos más específicos de carrera.
5	Saltos más intensos / bounds	Solo si fuerza y tolerancia son suficientes.

Qué vigilar

- Dolor durante y una hora después.
- Rigidez matutina.
- Calidad del apoyo y confianza.
- Fatiga del gemelo/sóleo, no solo dolor del tendón.



11 · FASE 4

Vuelta progresiva al running

La vuelta completa se construye con criterios, no solo con días desde el inicio del dolor.

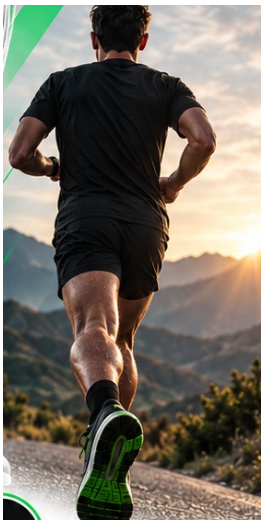
Antes de aumentar velocidad o desnivel

- Dolor en vida diaria mínimo y estable.
- Buena capacidad de elevaciones de talón unipodales.
- Fuerza cercana al lado contralateral o a valores previos cuando se dispone de medición.
- Pogos y saltos básicos tolerados sin incremento claro de síntomas al día siguiente.
- Capacidad de correr suave de forma repetida sin tendencia negativa semanal.

Progresión de estímulos

RODAJE SUAVE → VOLUMEN → STRIDES → UMBRAL → SERIES / CUESTAS → COMPETICIÓN

No existe un orden universal. Si las cuestas son tu principal detonante, introdúcelas más tarde; si la velocidad en llano molesta más, invierte el orden.



Criterio práctico
La sesión no debe superar una respuesta que no se haya normalizado a la mañana siguiente. La progresión se frena si dolor o rigidez aumentan de semana a semana.

12 · PROGRAMA

Ejemplo de progresión de 12 semanas

Plantilla orientativa para un corredor con tendinopatía de porción media. Debe adaptarse a irritabilidad, nivel y calendario.

Semanas	Fuerza	Pliometría	Running	Objetivo
1-2	3×/sem, moderada	No o mínima	Rodaje corto si tolera	Estabilizar síntomas
3-4	3×/sem, 8-12 reps	Pogos bilaterales	Aumentar continuidad	Construir fuerza
5-6	3×/sem, 6-10 reps pesada	Pogos uni + saltos simples	Volumen progresivo	Más capacidad
7-8	2-3×/sem pesada	Saltos multidireccionales	Strides / ritmo controlado	Reactividad
9-10	2×/sem mantenimiento	Saltos rápidos	Umbral / cuestas dosificadas	Especificidad
11-12	2×/sem	Pliometría específica	Series / ritmo objetivo	Rendimiento

No conviertas la tabla en una receta rígida
Si tu respuesta de 24 h empeora, repite semana, reduce una variable o vuelve temporalmente al nivel previo. Si mejoras con rapidez, no es obligatorio esperar a una fecha concreta para progresar.

13 · INSERCIÓN

Qué cambia en la tendinopatía insercional

La compresión del tendón contra el calcáneo durante la dorsiflexión profunda puede ser relevante.

Modificaciones recomendables al inicio

- Realizar elevaciones de talón desde el suelo o con una pequeña alza, sin dejar caer el talón por debajo del nivel del antepié.
- Evitar temporalmente estiramientos intensos de gemelo/sóleo si reproducen dolor en la inserción.
- Valorar una talonera de forma temporal para reducir dorsiflexión durante actividades provocadoras.
- Mantener carga tensional progresiva: limitar compresión no significa dejar de fortalecer.
- Reintroducir gradualmente el rango completo cuando la tolerancia mejora.



Evidencia reciente

En un ensayo clínico de deportistas con tendinopatía insercional crónica, un programa que reducía la compresión (limitando dorsiflexión, evitando estiramiento del tríceps sural y usando taloneras) obtuvo mejores resultados que un programa con mayor compresión.

14 · TRATAMIENTOS

Qué tiene más respaldo y qué papel ocupa

La intervención principal debe seguir siendo activa.



Intervención	Papel	Mensaje práctico
Ejercicio de carga	PRIMERA LÍNEA	Base del tratamiento; cargas altas según tolerancia y al menos 3 días/semana en porción media.
Educación + gestión de carga	PRIMERA LÍNEA	Ayuda a ajustar expectativas, actividad y progresión.
Taloneras	COMPLEMENTO	Pueden reducir dorsiflexión de forma temporal; especialmente útiles si la compresión provoca síntomas.
Plantillas/ortesis	EVIDENCIA MIXTA	No deben presentarse como solución universal.
Terapia manual	COMPLEMENTO	Puede ayudar a movilidad/síntomas, pero no sustituye la carga.
Ondas de choque	POSIBLE COMPLEMENTO	Puede considerarse en algunos cuadros persistentes; no reemplaza el ejercicio.
Láser de baja potencia	NO PRIORITARIO	La guía 2024 no lo recomienda como tratamiento principal.
Infiltración con corticoide	PRECAUCIÓN	Debe valorarse con criterio médico; no es una estrategia rutinaria de primera línea.
Cirugía	ÚLTIMO ESCALÓN	Se reserva para casos persistentes tras meses de tratamiento conservador bien realizado.

Evita el “tratamiento pasivo infinito”
Si una estrategia alivia pero no mejora tu capacidad para producir fuerza, absorber carga y volver a correr, no está resolviendo el problema completo.

Calzado, técnica, cuestas y superficies

Úsalos como variables de carga, no como explicaciones mágicas.

Calzado

No existe una zapatilla universal para la tendinopatía aquílea. En fases sensibles puede ser útil evitar cambios bruscos hacia modelos que exijan más dorsiflexión o mayor trabajo de pantorrilla. Una mayor elevación del talón puede reducir temporalmente la demanda en algunas personas.

Cuestas

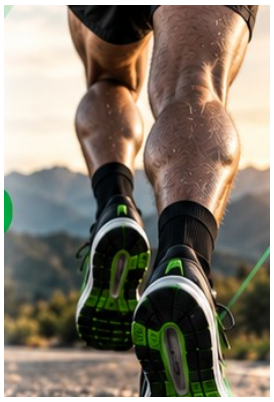
Subir cuestas suele incrementar el trabajo de los flexores plantares y puede ser un estímulo de alta carga. Si son provocadoras, redúcelas temporalmente y reintrodúcelas como parte de la fase específica.

Cadencia y técnica

Pequeños ajustes pueden cambiar la distribución de carga, pero no hay una corrección técnica obligatoria para todos los casos. Cualquier modificación debe probarse de forma gradual y con un objetivo claro.

Superficie

Más que buscar una superficie “perfecta”, importa evitar cambios abruptos de terreno y combinar de forma inteligente el total de carga semanal.



La mejor variable es la que puedes medir
Kilómetros, desnivel, minutos rápidos, sesiones de fuerza, saltos y respuesta de 24 h ofrecen más información que una etiqueta como “zapatilla buena o mala”.

Algoritmo para saber si progresar

Úsalo después de cada sesión relevante.



Paso	Pregunta	Decisión
1	¿Dolor durante ≤5/10 y técnica normal?	Sí → sigue. No → reduce dosis/rango/intensidad.
2	¿A la hora estás cerca de tu línea base?	Sí → sigue. No → registra y ajusta la próxima sesión.
3	¿La mañana siguiente está igual o mejor?	Sí → carga tolerada. No → mantén o baja carga.
4	¿La tendencia semanal mejora o se mantiene?	Sí → progresa UNA variable. No → reevalúa.

Progresa una variable cada vez

Ejemplos: +10 min de carrera, más desnivel, más velocidad, más peso en fuerza o más contactos de salto. Evita subir varias a la vez cuando aún estás aprendiendo tu tolerancia.

17 · PREVENIR

Reducir el riesgo de recaída

El antecedente de tendinopatía aumenta el riesgo futuro, por lo que la salida del dolor no debería significar abandonar la fuerza.

- Mantén 1-2 sesiones semanales de fuerza de gemelo y sóleo durante la temporada.
- Tras vacaciones, enfermedad o lesión, reconstruye la carga progresivamente.
- No concentres todos los estímulos intensos en pocos días.
- Introduce cambios de zapatilla, técnica, desnivel o pliometría de forma gradual.
- Controla la tendencia de rigidez matutina y capacidad de elevación de talón si has tenido episodios previos.
- Antes de una competición importante, prioriza continuidad y capacidad sobre cambios agresivos de última hora.



Recuperarse no es solo “que deje de doler”

El objetivo final es volver a tolerar la carga necesaria para entrenar y competir con margen, no simplemente conseguir una semana sin molestias.

18 · REGISTRO

Hoja semanal de seguimiento

Rellénala en 1-2 minutos. Busca tendencias, no perfección.

Día	Dolor AM 0-10	Rigidez AM min	Carrera	Fuerza / saltos	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 puedo progresar la próxima semana?

Preguntas frecuentes

Respuestas cortas para las dudas que más aparecen en corredores.

¿Tengo que dejar de correr?

No necesariamente. Si el dolor es tolerable, la técnica no se altera y la respuesta al día siguiente es estable, puede mantenerse una dosis de carrera.

¿Los excéntricos son obligatorios?

No. Son una opción válida, pero la evidencia actual respalda diferentes formas de carga, incluyendo trabajo pesado-lento, progresivo e isométrico.

¿Debo estirar el gemelo?

Solo si existe una razón clara. En tendinopatía insercional ir a dorsiflexión profunda puede aumentar la compresión y no suele ser la prioridad al inicio.

¿La ecografía me dirá cuándo estoy curado?

No. La evolución de síntomas, capacidad y función es más útil para decidir la progresión.

¿Cuánto tarda?

La recuperación suele medirse en meses, no en días. Hay una variabilidad importante entre personas y cuadros.

¿Puedo hacer gimnasio y correr el mismo día?

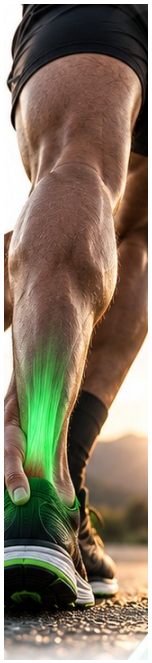
Sí, si la carga total es tolerable. La clave es organizar los estímulos duros y dejar recuperación suficiente.

¿Qué hago si un día empeoro?

No significa haber “dañado” el tendón. Revisa la carga de los últimos días, reduce temporalmente la dosis y observa la respuesta.

Cuándo merece la pena valorar tu caso

Una buena guía orienta; una valoración individual decide.



Consulta si...

- No mejoras tras varias semanas de una estrategia de carga bien aplicada.
- No puedes progresar porque cualquier incremento desencadena una respuesta importante.
- Hay dudas sobre el diagnóstico o la localización del dolor.
- Existe una diferencia marcada de fuerza o función entre lados.
- Necesitas volver a competir con plazos y demandas específicas.
- Hay señales de alerta o sospecha de lesión distinta a una tendinopatía.

Qué debería aportar una valoración

Diagnóstico diferencial + cuantificación de fuerza y función + análisis de tu carga real + plan de progresión + criterios claros para correr y competir.

Referencias esenciales

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

1. Chimenti RL, Neville C, Houck J, Cuddeford T, Carreira D, Martin RL. Achilles Pain, Stiffness, and Muscle Power Deficits: Midportion Achilles Tendinopathy Revision - 2024. J Orthop Sports Phys Ther. 2024;54(12):CPG1-CPG32. doi:10.2519/jospt.2024.0302.
2. de Vos RJ, van der Vlist AC, Zwerver J, et al. Dutch multidisciplinary guideline on Achilles tendinopathy. Br J Sports Med. 2021;55(20):1125-1134. doi:10.1136/bjsports-2020-103867.
3. Silbernagel KG, Hanlon S, Sprague A. Current Clinical Concepts: Conservative Management of Achilles Tendinopathy. J Athl Train. 2020;55(5):438-447. doi:10.4085/1062-6050-356-19.
4. Pringels L, et al. Effectiveness of reducing tendon compression in the rehabilitation of insertional Achilles tendinopathy: a randomised clinical trial. Br J Sports Med. 2025. doi:10.1136/bjsports-2024-109138.
5. van der Vlist AC, Winters M, Weir A, et al. Which treatment is most effective for patients with Achilles tendinopathy? A living systematic review with network meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Sports Med. 2021;55(5):249-256.
6. Zellers JA, et al. Return to Sport in Athletes with Midportion Achilles Tendinopathy: A Qualitative Systematic Review Regarding Definitions and Criteria. Sports Med. 2018;48:705-723.
7. Exercise parameters to consider for Achilles tendinopathy: a modified Delphi study with international experts. Br J Sports Med. 2025;59(19):1337.

Edición FISIODRI

Contenido educativo basado en evidencia científica disponible y traducido a decisiones prácticas para corredores. La guía debe actualizarse cuando cambien las recomendaciones clínicas relevantes.

FISIODRI

Correr es mucho más que correr.

FISIODRI

Correr es mucho más que correr

FISIOTERAPIA | ENTRENAMIENTO | FUERZA | RENDIMIENTO

¿Te duele el tendón de Aquiles y no sabes cómo volver a 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 y diagnóstico funcional
- 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**

Correr es mucho más que correr.