



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ANGEL LARRALDE



INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS TALALGIAS
EN PACIENTES DE 50-65 AÑOS. QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL
“DR. ANGEL LARRALDE”. AÑO 2025

Autor:

Dr. Néstor Rodríguez

Tutor Clínico:

Dr. Ariana Freites

VALENCIA , OCTUBRE 2025



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ANGEL LARRALDE



INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS TALALGIAS
EN PACIENTES DE 50-65 AÑOS. QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL
“DR. ANGEL LARRALDE”. AÑO 2025

Proyecto de Trabajo Especial de Grado para optar al Grado de Especialista en
Traumatología y Ortopedia.

Autor: Dr. Néstor Rodríguez

Tutor Clínico: Dra. Ariana Freites

Valencia, octubre 2025



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS TALALGIAS EN PACIENTES DE 50-65 AÑOS. QUE ACUDEN AL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL "DR. ANGEL LARRALDE". AÑO 2025

Presentado para optar al grado de **Especialista en TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA**. por el (la) aspirante:

RODRÍGUEZ U. NESTOR J
C.I. V.- 21.023.883

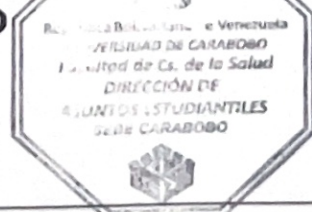
Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor (a): **Ariana A Freitas O.**, titular de la C.I V.- 18.957.985, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **08/12/2025**

Prof. Ariana A Freitas O
C.I. 18.957.985
Fecha 08/12/25.

TEG: 162-25

Prof. Nahin Pérez
(Pdte)
C.I. 15334259
Fecha 08-12-25



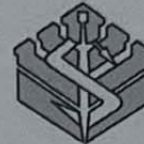
Prof. José F. Mauro R
C.I. 13720828
Fecha 8.12.25

INDICE GENERAL

	Pág.
Aval del Tutor Clínico	vi
Acta de Discusión del Trabajo Especial de Grado por el Jurado evaluador	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	10
Materiales y Métodos	14
Resultados	16
Discusión	20
Conclusiones y Recomendaciones	21
Referencias Bibliográficas	23
Anexos	26



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

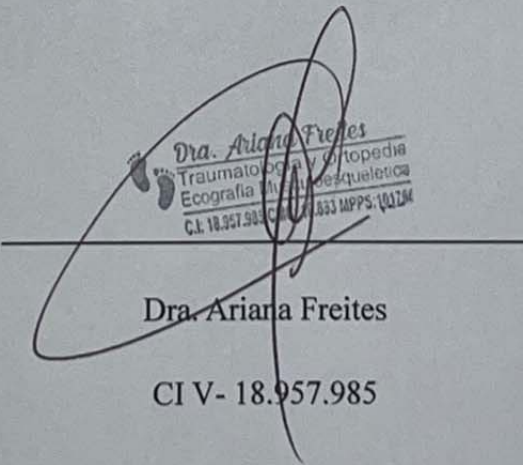


PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Yo, Ariana Freites, CI V-18.957.985, acepto ser tutora del Proyecto del Trabajo Especial de Grado titulado **INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS TALALGIAS EN PACIENTES DE 50-65 AÑOS. QUE ACUDEN AL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL "DR. ANGEL LARRALDE". AÑO 2025.**, presentado por el médico residente Néstor Rodríguez, C.I. V- 21.023.883, como requisito para optar al título de Especialista en Traumatología y Ortopedia

Atentamente,


Dra. Ariana Freites
Traumatología y Ortopedia
Ecografía y Radiología de la columna
C.I. 18.957.985 C.A. 18.633 MPPS-101204

Dra. Ariana Freites

CI V- 18.957.985



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DIRECCIÓN DE POSTGRADO
 PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
 HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE



ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Los Miembros de la Comisión Coordinadora del POSTGRADO DE TRAUMALOGÍA Y ORTOPEDIA hacen constar que han leído el Proyecto de Grado, presentado por el ciudadano NÉSTOR JOSUÉ RODRÍGUEZ UZCATEGUI, cédula de identidad 21.023.883, para optar al título de ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA, cuyo título es: "INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS TALALGIAS EN PACIENTES DE 50-65 AÑOS. QUE ACUDEN AL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL "DR. ANGEL LARRALDE". AÑO 2025", y que el mismo está APROBADO ya que reúne los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de investigación: "Musculo esquelética", establecida por este postgrado. Igualmente, el mencionado Proyecto está enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajos de grado para este postgrado.

La profesora: Yolima Fernández C.I. 13.382.234, aceptó la tutoría de éste trabajo.

En Valencia, a los 30 días del mes de Octubre del año 2024

Comisión Coordinadora

Dr. Nahin A. Pérez G.
 Traumatología y Ortopedia
 Ecografía Musculo-Esquelética
 C.I. 11.448.00
 CMN 3113 - NIPRO 8200

Prof. 


COORDINADOR

Dr. Ariana Frías
 Traumatología - Ortopedia
 Ecografía Musculo-esquelética
 C.I.V. 13.382.234 - NIPRO 8200

Prof. 

Miembro Comisión Coordinadora

Dr. Adelmira Rodríguez
 Traumatología y Ortopedia
 C.I. 11.448.00
 CMN 3113 - NIPRO 8200

Prof. 

Miembro Comisión Coordinadora





**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA HOSPITAL
GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”**



**INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS TALALGIAS EN
PACIENTES DE 50-65 AÑOS. QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL
“DR. ANGEL LARRALDE”. AÑO 2025**

Autor: Dr. Nestor Rodríguez.

Tutor Clínico: Dra. Ariana Freitas

Noviembre, 2025

RESUMEN

Introducción: Las talalgias representan una causa frecuente de dolor musculoesquelético, especialmente en adultos de mediana edad, impactando significativamente la funcionalidad y calidad de vida. La fascitis plantar y el espolón calcáneo son sus principales causas. **Objetivo:** Se plantea determinar la incidencia y los factores asociados a las talalgias en pacientes de 50 a 65 años que acuden al servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde" durante el año 2025. Para esto se diseñó un estudio no experimental, de descriptivo, transversal que evaluó a 45 pacientes entre 50 y 65 años. Se aplicó una ficha de recolección de datos y una evaluación clínica que incluyó la Escala Visual Analógica (EVA) para el dolor y test de y test de AOFAS. El análisis estadístico incluyó frecuencias y pruebas de Chi-cuadrado. **Resultados:** El 71,1% de los pacientes fueron hombres. La fascitis plantar fue el diagnóstico más prevalente (57,8%), seguido del espolón calcáneo (51,1%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron calzado inadecuado (51,1%), sobrepeso/obesidad (64,4%) y diabetes (40%). La intensidad del dolor (EVA) varió según el diagnóstico: los pacientes con espolón reportaron predominantemente dolor intenso (52,2%), mientras que en la fascitis plantar fue más diverso (46,2% leve). Se encontraron asociaciones significativas entre la fascitis plantar y el pie plano ($p=0,015$) y el estado nutricional ($p=0,040$). **Conclusión:** Las talalgias en esta población están fuertemente asociadas a factores biomecánicos y metabólicos modificables. Un enfoque terapéutico integral que aborde estos factores es esencial para un manejo eficaz.

Palabras clave: Talalgia, Fascitis Plantar, Espolón Calcáneo, Factores de Riesgo, Dolor del Talón.

Línea de Investigación: Enfermedades Musculoesqueléticas



CARABOBO UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
POSTGRADUATE DIRECTION
SPECIALIZATION PROGRAM IN SPECIALIZATION
PROGRAM IN TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS
HOSPITAL DR. ÁNGEL LARRALDE GENERAL NATIONAL HOSPITAL



**INCIDENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH HEEL PAIN IN
PATIENTS AGED 50–65 YEARS. WHO ATTEND THE TRAUMATOLOGY
AND ORTHOPEDICS SERVICE OF THE DR. ÁNGEL LARRALDE
NATIONAL GENERAL HOSPITAL. YEAR 2025**

Author: Dr. Nestor Rodriguez.

Clinical Tutor: Dra. ArianaFreites

November 2025

ABSTRACT

Introduction: Heel pain is a common cause of musculoskeletal pain, especially in middle-aged adults, significantly impacting functionality and quality of life. Plantar fasciitis and heel spurs are its main causes. Objective: The aim of this study was to determine the incidence and factors associated with heel pain in patients aged 50 to 65 years who attend the Traumatology and Orthopedics Department of the "Dr. Ángel Larralde" National General Hospital during the year 2025. For this purpose, a non-experimental, descriptive, cross-sectional study was designed to evaluate 45 patients aged 50 to 65 years. A data collection form and a clinical evaluation were applied, which included the Visual Analog Scale (VAS) for pain and the AOFAS test. Statistical analysis included frequencies and Chi-square tests. Results: 71.1% of the patients were men. Plantar fasciitis was the most prevalent diagnosis (57.8%), followed by heel spurs (51.1%). The most common risk factors were inadequate footwear (51.1%), overweight/obesity (64.4%), and diabetes (40%). Pain intensity (VAS) varied by diagnosis: patients with heel spurs predominantly reported severe pain (52.2%), while those with plantar fasciitis reported mild pain (46.2%). Significant associations were found between plantar fasciitis and flat feet ($p=0.015$) and nutritional status ($p=0.040$). Conclusion: Heel pain in this population is strongly associated with modifiable biomechanical and metabolic factors. A comprehensive therapeutic approach that addresses these factors is essential for effective management.

Keywords: Heel pain, Plantar Fasciitis, Heel Spurs, Risk Factors, Heel Pain.

Line of research: Musculoskeletal Diseases

INTRODUCCIÓN

La salud del pie constituye un pilar fundamental en la funcionalidad humana, las talalgias emergen como una entidad clínica de relevancia epidemiológica creciente. Estas afecciones, caracterizadas por dolor en la región calcánea y tejidos pericalcáneos, representan entre el 7% y 11% de las consultas musculoesqueléticas a nivel global¹. Su impacto trasciende la sintomatología localizada, generando limitaciones significativas en actividades básicas como la deambulación y la carga ponderal, con consecuencias directas sobre la calidad de vida y la productividad laboral². La complejidad anatómica de la región heeliana, donde convergen estructuras óseas, fasciales y neurovasculares, explica la diversidad etiológica que engloba este síndrome doloroso³.

En el espectro nosológico de las talalgias, la fascitis plantar representa la entidad más prevalente, aunque frecuentemente se solapa con otras condiciones como la atrofia de la almohadilla grasa plantar y la neuropatía de Baxter⁴. Esta última corresponde a un atrapamiento del nervio calcáneo inferior, primera rama del nervio plantar lateral, que cursa con dolor urente o punzante en la región medial del talón, frecuentemente confundido con fascitis plantar refractaria. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica y se confirma mediante estudios electrofisiológicos o ultrasonografía, donde puede evidenciarse engrosamiento neural $>0.18 \text{ cm}^2$ con hipoecogenicidad. La maniobra de Tinel suele ser positiva con irradiación hacia el arco plantar, diferenciándolo de otras etiologías de talalgia⁵.

La literatura especializada distingue entre talalgias mecánicas, las cuales representan entre 85 y 90% de los casos, y aquellas de origen inflamatorio o neuropático, por lo tanto, resulta crucial el diagnóstico diferencial para establecer pautas terapéuticas adecuadas. La presentación clínica puede variar desde dolor localizado en la inserción calcánea de la fascia plantar hasta manifestaciones difusas que requieren estudios de imagen para su caracterización completa^{6,7}.

El análisis epidemiológico revela patrones distributivos particulares según grupos etarios. En este sentido, mientras poblaciones jóvenes presentan mayor asociación con actividades deportivas de alto impacto, los adultos entre 50-65 años conforman el grupo de máxima prevalencia, con tasas que alcanzan el 14,5% según estudios poblacionales

recientes⁸. Esta predilección etaria responde a la interacción de factores degenerativos, tales como: pérdida de elasticidad fascial, atrofia grasa subcalcánea; a comorbilidades metabólicas que incluyen diabetes, artritis reumatoide, y factores biomecánicos acumulativos como la obesidad o alteraciones en la pisada⁹.

Los estudios internacionales han establecido asociaciones significativas entre talalgias y factores modificables, entre ellos: Thomas et al.³ quienes desarrollaron en 2019 una investigación en el Reino Unido, empleando un diseño transversal con 5.109 adultos mayores de 50 años. Su análisis reveló prevalencias del 9,6%, con gradientes sociales significativos como ocupaciones manuales, las cuales presentaron riesgo 2,3 veces mayor respecto a trabajos sedentarios. Críticamente, documentaron que solo el 43% de los afectados consultaba profesionalmente, sugiriendo infradiagnóstico sistémico en atención primaria.

Paralelamente, Rasenberg et al.¹⁰ implementaron en Países Bajos un innovador diseño de cohorte retrospectivo analizando registros de 1,9 millones de pacientes. Su algoritmo de machine learning para identificación de casos demostró una incidencia anual de 3,83 por 1000 personas al año, con notable disparidad de género (mujeres 4,64 vs hombres 2,98). Adicionalmente, se documentó la variabilidad terapéutica: 18% "esperar y ver", 19,9% AINEs y 19,7% derivación a podología.

También en 2019, Belhan et al., en Turquía investigaron la relación entre el grosor de la almohadilla grasa del talón y la fascitis plantar. Utilizando un diseño de estudio prospectivo, compararon mediante ultrasonografía el grosor de esta almohadilla en 50 pacientes con fascitis plantar unilateral, usando el pie sano contralateral como control. Los investigadores encontraron que el talón doloroso presentaba una almohadilla grasa significativamente más delgada (19,45 mm) que el talón sano (19,94 mm), y también un mayor ángulo del arco medial (pie plano). Concluyeron que la almohadilla grasa del talón es más delgada en los talones con fascitis plantar y que la ultrasonografía es una herramienta precisa y confiable para medir este grosor, sugiriendo que la pérdida de esta estructura amortiguadora es un factor relevante en esta patología¹¹.

En el 2023, Gulle et al.¹² ejecutaron una revisión sistemática exclusivamente dedicada a factores pronósticos, analizando 5 estudios prospectivos con 811

participantes. Su metanálisis identificó predictores consistentes: sexo femenino (RR: 1,4; IC95%: 1,1-1,8), bilateralidad (RR: 1,7; IC95%: 1,3-2,2) y respuesta positiva al taping anti-pronación (RR: 2,1; IC95%: 1,6-2,8). Sin embargo, señalaron críticamente la ausencia de evaluación de variables psicosociales en los estudios existentes.

El análisis más reciente de Liu, P. et al.¹³ en 2024 de una investigación para evaluar la prevalencia, características y factores asociados a la talalgia en la población estadounidense, utilizando una base de datos nacional. Sus hallazgos en 4.957 participantes revelaron asociaciones inéditas como: historia de cálculos renales (OR: 1,52; IC95%: 1,2-1,9) y osteoporosis exclusivamente en mujeres (OR: 1,75; IC95%: 1,4-2,2). Establecieron por que la talalgia es un problema de etiología multifactorial compleja, donde los factores metabólicos y sistémicos juegan un papel crucial.

En el contexto latinoamericano, la escasez de estudios epidemiológicos contrasta con las altas prevalencias de obesidad (>30%) y diabetes (>9%) reportadas en la región¹⁴. Esta situación se agrava por las particularidades de los sistemas de salud y los patrones laborales de la región, donde extensas jornadas en bipedestación afectan a poblaciones vulnerables.

En Venezuela, la ausencia de registros epidemiológicos locales representa una brecha crítica en la planificación sanitaria. A nivel local, el Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde" carece de estudios que caractericen este problema de salud en su población usuaria. No se cuenta con datos sobre la incidencia de talalgias en el servicio de Traumatología, ni se han identificado formalmente los factores de riesgo específicos (ocupacionales, biomecánicos, metabólicos) predominantes en los pacientes que asisten al servicio por esta patología.

La talalgia tiene un impacto considerable en la calidad de vida y la funcionalidad de quienes la padecen, ya que el dolor crónico en el talón limita actividades cotidianas como caminar, permanecer de pie o realizar ejercicio físico, lo que puede derivar en sedentarismo, aumento de peso y deterioro en la calidad de vida. Por lo que aportar evidencia local sobre su incidencia y factores de riesgo modificables, ayudaría al diseño de programas de prevención primaria, con protocolos de atención estandarizados y medidas preventivas que contribuyan a reducir la incidencia de esta patología.

Tomando en consideración lo anterior, el presente estudio se orienta a determinar la incidencia y factores asociados a talalgias en pacientes de 50-65 años del servicio de Traumatología del Hospital "Dr. Ángel Larralde" durante 2025. Para lograr esto se plantea como objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de 50 a 65 años diagnosticados con talalgia, Clasificar los tipos de talalgias diagnosticadas según su frecuencia y distribución en la muestra de estudio, Identificar los factores de riesgo presentes en pacientes de 50 a 65 años diagnosticados con talalgia, Asociar la presencia de talalgia y los factores de riesgo potenciales (como obesidad, tipo de calzado, actividad laboral de pie, presencia de espolón calcáneo, y comorbilidades como diabetes o artritis) en la muestra de estudio.

MATERIALES Y METODOS

La presente investigación estuvo enmarcada en un diseño de campo no experimental, de tipo descriptiva, transversal, con recolección de datos del servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, ubicado en la ciudad de Valencia, municipio Naguanagua, estado Carabobo durante el período enero – septiembre 2025. Se evaluó una muestra conformada por 45 individuos entre 50 y 65 años que acudieron en el área de la consulta externa de traumatología, estos fueron seleccionados en forma no probabilística e intencional, con evaluación de cada variable por separado.

Se seleccionaron los pacientes que cumplían con los siguientes criterios:

Inclusión: Pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 50 y 65 años, que acudieron a consulta en el Servicio de Traumatología y Ortopedia durante el período de estudio, con capacidad cognitiva para comprender y responder el cuestionario de investigación y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de fracturas recientes en el miembro inferior, con antecedentes de cirugía en el pie o tobillo en los últimos 12 meses, diagnóstico de neuropatías periféricas severas o enfermedades sistémicas avanzadas como por ejemplo artritis reumatoide activa o cáncer metastásico.

Recolección de datos

Para la recolección de datos y el desarrollo de la presente investigación se recurrió a una ficha clínica (anexo A) dividida tres secciones: Datos Sociodemográficos que incluyeron edad, sexo, ocupación, índice de masa corporal (IMC). Datos Clínicos y Factores Asociados: Antecedentes de diabetes, tipo de actividad laboral (sedentaria/de pie/con carga), tipo de calzado habitual, tiempo de evolución del dolor, práctica de actividad deportiva. Evaluación de la Talalgia: Se confirmó el diagnóstico de talalgia mediante exploración física realizada por un traumatólogo, registrando localización e intensidad del dolor (mediante Escala Visual Analógica - EVA).

Consideraciones bioéticas

En cada una de las etapas de la investigación, se aplicó los principios bioéticos. La recolección de la información, se realizó siguiendo lo establecido en las normas éticas y jurídicas aprobadas en la declaración de las naciones unidas para la educación, ciencia y cultura (UNESCO) y en las normas de Bioética y Bioseguridad para la investigación con organismos vivos y el ambiente, del código de ética para la vida, del Ministerio del Poder Popular para la Ciencias, Tecnología e Innovación en su Capítulo II, específicamente sobre el principio de respeto a su decisión de participar en el estudio, que se consideró a través del consentimiento informado (Anexo B) para los participantes del estudio, siendo confidenciales los datos obtenidos^{15,16}. A cada individuo participante de la investigación (Anexo B), en el que se le hizo conocer los objetivos y propósitos del estudio, el procedimiento de estudio, riesgo conocido y posibles molestias, beneficios anticipados de los procedimientos aplicados, duración del estudio y la libertad que tiene de retirarse del estudio en cualquier momento que desee, entre otros aspectos

Procedimiento:

Tras la aprobación del Comité de Bioética del hospital, se identificaron a los pacientes elegibles durante su consulta de traumatología. Se les explicó los objetivos y procedimientos del estudio y se les invitó a participar. A los que aceptaron y firmaron el consentimiento informado, se les aplicó el instrumento en una entrevista dirigida.

Inmediatamente después de la entrevista, cada paciente fue evaluado por un médico especialista en Traumatología y Ortopedia o un residente de tercer, quien realizó una exploración física focalizada en el pie y tobillo. Este incluyó:

- *Inspección:* Valoración de la estática y dinámica de la marcha, alineación del retropié, presencia de edema, eritema o alteraciones morfológicas (pie plano, cavo, otro.).
- *Palpación:* Se realizó una palpación sistemática y dirigida de las estructuras anatómicas de la región del talón para identificar puntos dolorosos específicos. Esto incluyó la palpación de la apófisis medial del calcáneo (para fascitis plantar), la inserción del tendón de Aquiles (para tendinitis aquilea o

entesopatía), la almohadilla grasa plantar y el nervio de Baxter (para atrapamientos nerviosos).

- *Maniobras Específicas:* Se ejecutaron maniobras provocadoras, como la dorsiflexión pasiva forzada de los dedos para tensionar la fascia plantar (Prueba de Windlass) y reproducir o exacerbar el dolor, contribuyendo al diagnóstico diferencial.

El diagnóstico clínico de talalgia y su etiología presumible se estableció basándose en los hallazgos de esta exploración, siguiendo los criterios clínicos estandarizados. Toda la información fue recogida de forma anónima y confidencial.

Análisis de datos

Se calculó estadísticos descriptivos de tendencia central y dispersión para las variables continuas de distribución normal, para variables categóricas frecuencias absolutas y relativas. Para establecer la asociación entre la presencia de talalgia (variable dependiente) y los factores sociodemográficos/clínicos (variables independientes cualitativas), se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (X^2). Se consideró un nivel de significancia de $p < 0,05$. Se empleó el software PAST 4.03 en su versión para Windows.

RESULTADOS

Se estudiaron 45 pacientes con talalgia, con edades comprendidas entre 50 y 65 años. La distribución por sexo mostró un predominio del 71,1% (n=32) de hombres frente a un 28,9% (n=13) de mujeres. Respecto a la ocupación, la mitad de la muestra (51,1%, n=23) refirió una ocupación activa, seguida de ocupaciones con esfuerzo físico prolongado (26,7%, n=12) y ocupaciones sedentarias (22,2%, n=10).

En cuanto a las comorbilidades asociadas, la hipertensión arterial fue la más prevalente (71,1%, n=32), seguida de la diabetes (40%, n=18) y la dislipidemia (36,7%, n=17) (Tabla 1). Vale destacar que estas se encontraban de manera única o asociadas entre sí. Tabla 1.

Tabla 1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de 50 a 65 años diagnosticados con talalgia

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	13	28,9
Masculino	32	71,1
Ocupación		
Activa	23	51,1
Esfuerzo físico prolongado	12	26,7
Sedentaria	10	22,2
Co Morbilidad		
Diabetes		
No	27	60,0
Sí	18	40,0
Hipertensión		
No	13	28,9
Sí	32	71,1
Dislipidemia		
No	29	63,3
Sí	17	36,7

Fuente: Rodríguez, 2025

En relación, con el tipos y localización de la talalgia se encontró que el diagnóstico más frecuente fue la fascitis plantar (57,8%, n=26), seguido de la presencia de espolón

calcáneo (51,1%, n=23) (Tabla 2). En lo que respecta a la localización del dolor, el talón izquierdo fue el más afectado (40%, n=18), seguido de la afectación bilateral (37,8%, n=17) y el talón derecho (22,23%, n=10) (Tabla 3).

Tabla 2. Tipos de Talalgias diagnosticadas en la muestra de estudio

Diagnóstico	Si f (%)	No f (%)
Fascitis plantar	26 (57,8)	19 (42,2)
Espolón	23 (51,1)	22 (48,9)

Fuente: Rodríguez, 2025

Tabla 3. Localización de la Talalgia en la muestra de estudio

Localización	Frecuencia	Porcentaje
Bilateral	17	37,8
Talón derecho	10	22,2
Talón izquierdo	18	40,0
Total	45	100,0

Fuente: Rodríguez, 2025

Al consultar a los pacientes acerca de sus antecedentes de talalgia, se observó 57,8% con historial de pie plano y fascitis plantar, y 42,2% de espolón calcáneo. Tabla 4

Tabla 4. Antecedentes de Talalgia en la muestra de estudio

Antecedentes	Si f (%)	No f (%)
Pie plano	26 (57,8)	19 (42,2)
Fascitis plantar	26 (57,8)	19 (42,2)
Espolón	19 (42,2)	26 (57,8)

Fuente: Rodríguez, 2025

En cuanto a la intensidad del dolor en pacientes con talalgias se encontró que este varía de manera notable según el diagnóstico clínico. En el grupo con fascitis plantar (n=26), casi la mitad (46,2%, es decir, 12 pacientes) refirieron dolor leve, mientras que el dolor moderado y el dolor muy intenso se presentaron en 7 casos cada uno, lo que representó 26,9%. En los pacientes diagnosticados con espolón calcáneo (n=23), la tendencia fue distinta: la mayoría experimentó dolor intenso (52.2%, 12 casos), seguido por dolor moderado en 39.1% (9 casos). El dolor muy intenso fue menos frecuente (8.7%, 2 casos), y ningún paciente indicó dolor leve. El grupo con diagnóstico combinado de fascitis plantar y espolón calcáneo (n=14) mostró una distribución más homogénea: 5 pacientes reportaron dolor moderado y 5 dolor intenso (35.7% en ambos casos), 3 presentaron dolor leve (21.4%) y 1 paciente refirió dolor muy intenso (7.1%).

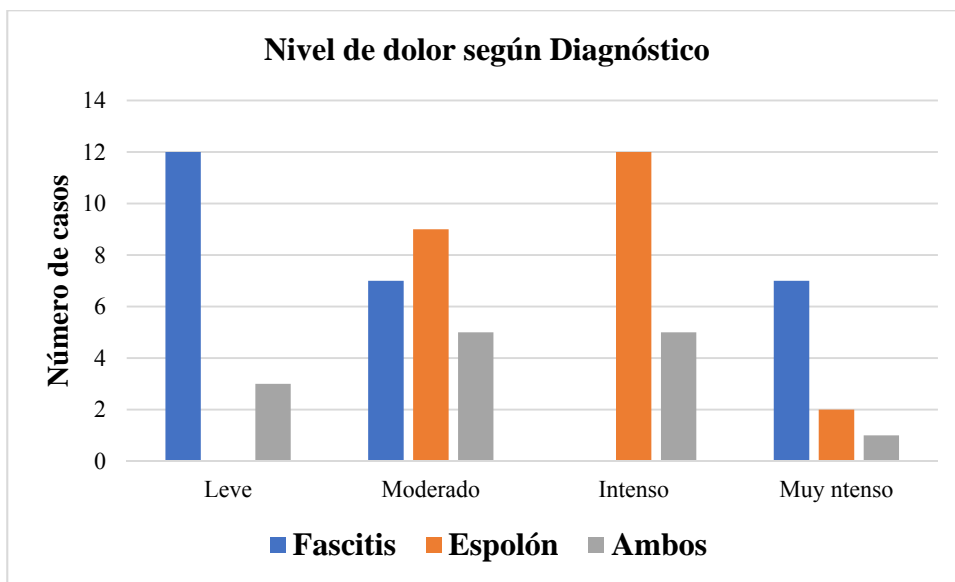


Gráfico 1. Distribución de nivel de dolor según EVA de los pacientes con talalgias atendidos en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, enero – septiembre 2025. Fuente: Rodríguez, 2025

En la tabla 5 se presentan los principales factores de riesgo identificados en la muestra estudiada. La diabetes destaca como el más frecuente, observada en el 40% de los casos (n=18), seguida por artritis/artrosis (37,8%, n=17). En cuanto al estado nutricional, se reportó obesidad en el 42,2 % (n=19) y sobrepeso en el 35,6% (n=16). La presencia de pie plano fue igualmente relevante, afectando al 57,8% (n=26) de los

participantes. Respecto a la actividad física, 37,8% realizaban actividad intensa y 26,6% moderada. El uso de calzado inadecuado fue reportado por la mayoría de los pacientes (51,1%, n=23) y entre los factores agravantes, la marcha se identificó como el principal (31,1%, n=14), seguida de la permanencia prolongada de pie (26,7%, n=12) y la carga de peso (22,2%, n=10).

Tabla 5. Factores de riesgo presentes en pacientes de 50 a 65 años con talalgia atendidos en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, enero – septiembre 2025.

Factor	Si f (%)	No f (%)
Artritis/Artrosis	17 (37,8)	28 (62,2)
Pie plano	26 (57,8)	19 (42,2)
Neuropatía	6 (13,3)	39 (86,7)
Diabetes	18 (40)	27 (60)
Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Normopeso	10	22,2
Sobrepeso	16	35,6
Obeso	19	42,2
Actividad		
Intensa	17	37,8
Moderada	12	26,6
Ninguna	16	35,6
Calzado inadecuado		
No	22	48,9
Sí	23	51,1
Factores agravantes		
Carga	10	22,2
De pie prolongado	12	26,7
Marcha	14	31,1
Otros	9	20,0

Fuente: Rodríguez, 2025

La asociación entre las condiciones clínicas y los diagnósticos de fascitis plantar y espolón calcáneo muestra diferencias notables en la distribución de comorbilidades. En el grupo con fascitis plantar, el pie plano destacó como la condición más frecuente, presente en 20 pacientes (76,9%), lo que representa una asociación significativa ($p=0,015$). Además, el estado nutricional tuvo relevancia clínica: 12 pacientes (47,1%)

eran obesos y 9 (35,3%) presentaban sobrepeso, también con una asociación significativa ($p=0,040$).

Respecto a enfermedades metabólicas, 8 pacientes (30,8%) con fascitis plantar tenían diagnóstico de diabetes y 9 (35,3%) artritis o artrosis, aunque en estos casos no se observó asociación estadísticamente significativa.

En el grupo con espolón calcáneo, el pie plano fue frecuente, pero en menor proporción (13 casos; 56,7%). La diabetes resultó más prevalente en este grupo, con 11 pacientes (46,7%), mientras que la obesidad y el sobrepeso se presentaron en 8 casos cada uno (33,3%). La artritis/artrosis se mantuvo constante en ambos grupos, con 9 casos (40,0%). Sin embargo, ninguna de estas condiciones mostró asociación estadística significativa con el diagnóstico de espolón calcáneo. Gráfico 2.

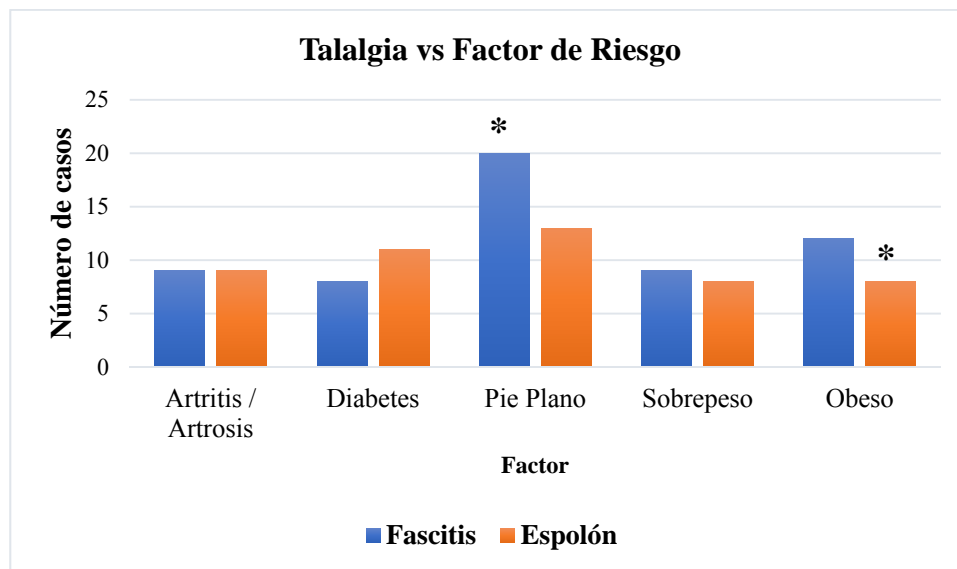


Gráfico 2. Asociación del tipo Diagnóstico y presencia de factor de riesgo (clínicos) de los pacientes con talalgias atendidos en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, enero – septiembre 2025.

* χ^2 de Pearson/test exacto de Fisher.

Fuente: Rodríguez, 2025

En el grupo con fascitis plantar, 16 pacientes (61,5%) reportaron utilizar calzado inadecuado, mientras que en el grupo con espolón calcáneo, esta cifra fue de 8 casos (34,8%). Este hallazgo sugiere una relación relevante entre el tipo de calzado y la

aparición de fascitis plantar. Por otro lado, la actividad física intensa estuvo presente en 16 pacientes con fascitis plantar (61,5%), en contraste con únicamente 5 casos (21,7%) en el grupo con espolón calcáneo, lo que indica que el esfuerzo físico elevado podría desempeñar un papel como factor desencadenante o agravante en la fascitis plantar. Respecto a la actividad física moderada, se observó en 9 pacientes con fascitis (34.6%) y en 11 con espolón (47.8%), mostrando una distribución relevante, aunque con una mayor prevalencia de actividad moderada en el grupo con espolón calcáneo. De acuerdo con los datos presentados en el grafico 3, se identifica una asociación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre el diagnóstico de fascitis plantar y espolon calcáneo y tres factores principales: el uso de calzado inadecuado, la realización de actividad física intensa y la práctica de actividad física moderada.

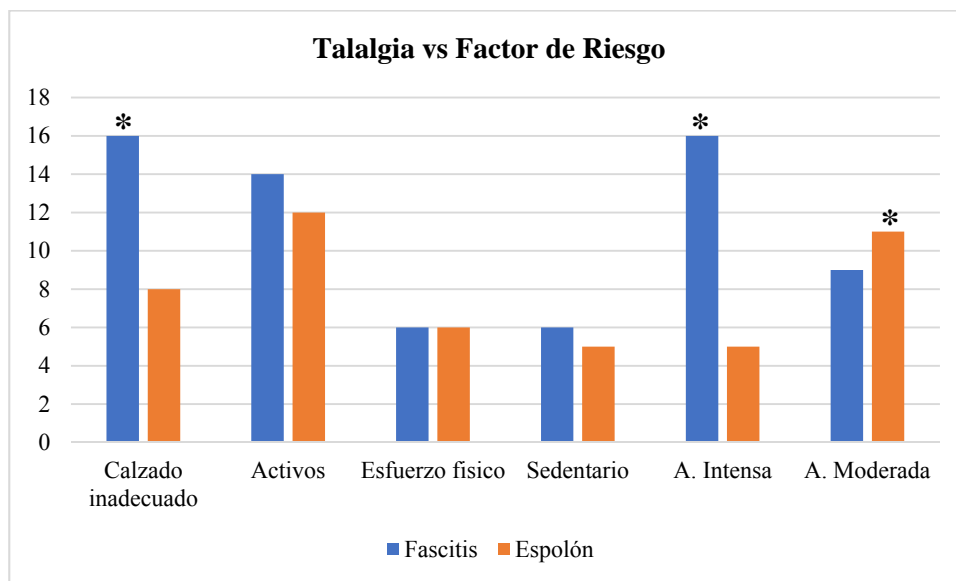


Gráfico 2. Asociación del tipo Diagnostico y presencia de factor de riesgo. (estilo de vida) de los pacientes con talagias atendidos en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, enero – septiembre 2025.

* χ^2 de Pearson/test exacto de Fisher.

Fuente: Rodríguez, 2025

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia y los factores asociados a las talalgias en pacientes de 50 a 65 años del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”. Los hallazgos revelan un perfil de paciente predominantemente masculino, con una alta carga de comorbilidades metabólicas y cardiovasculares, donde la fascitis plantar y el espolón calcáneo representan las etiologías más frecuentes.

El predominio del sexo masculino (71,1%) en la presente investigación contrasta con lo reportado por múltiples autores, como Riddle et al. en el 2003⁸ y Arzac Ulla en 2019¹⁷, quienes encuentran una mayor prevalencia de fascitis plantar en mujeres. Esta discrepancia podría explicarse por las características ocupacionales de la muestra, donde el 77,8% de los pacientes desempeñaba ocupaciones activas o de esfuerzo físico prolongado, sectores tradicionalmente con mayor presencia masculina. Esto sugiere que los factores ocupacionales podrían tener un peso mayor que el sexo biológico como factor de riesgo en esta población específica.

La fascitis plantar como diagnóstico principal (57,8%) concuerda con la literatura científica, que la señala como la causa más común de dolor en el talón^{18,19}. La coexistencia de espolón calcáneo en casi el 50% de los casos refuerza la conocida asociación entre ambas entidades, aunque es crucial destacar que el espolón es frecuentemente un hallazgo radiológico y no la causa directa del dolor, sino más bien un marcador de tracción crónica de la fascia plantar²⁰.

Entre los factores de riesgo, destaca la alta prevalencia de calzado inadecuado (51,1%), un hallazgo consistentemente reportado como un elemento clave en la fisiopatología de la talalgia, tal como lo señala Irving et al., 2007⁷. La falta de soporte y amortiguación en el calzado puede aumentar la tensión sobre la fascia plantar. Asimismo, la distribución del estado nutricional, con un 82,4% de los pacientes presentando sobrepeso u obesidad, corrobora la sólida evidencia que establece al índice de masa corporal elevado como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de fascitis plantar, debido al aumento de la carga mecánica sobre el pie^{21,22}.

La asociación estadística encontrada entre la actividad de intensa o moderada y la talalgia es biomecánicamente plausible. La carga estática mantenida y la falta de períodos de descanso impiden la recuperación de los microtraumas de la fascia, perpetuando el ciclo de dolor e inflamación²³.

Finalmente, la fuerte asociación entre antecedentes de pie plano y las talalgias actuales subraya la importancia de las alteraciones en la biomecánica del pie. Un arco plantar colapsado modifica la distribución de las cargas y aumenta la tensión en la inserción calcánea de la fascia, predisponiendo a la talalgia²⁴.

Este estudio aporta una caracterización específica de la talalgia en una cohorte de mediana edad en un contexto hospitalario nacional, identificando un perfil de riesgo ocupacional y metabólico. El significado clínico de estos resultados radica en la necesidad de abordar la talalgia de forma multifactorial. No basta con tratamientos locales como la fisioterapia o las infiltraciones; es imperativo implementar estrategias de modificación de factores de riesgo, debido a que la identificación y manejo integral de estos factores asociados son esenciales para mejorar los resultados terapéuticos y reducir la cronicidad de esta condición dolorosa e incapacitante.

CONCLUSIONES

El estudio analizó a pacientes con talalgia de entre 50 y 65 años en el Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde". Se observó una mayor prevalencia en el sexo masculino, probablemente relacionada con factores ocupacionales. La fascitis plantar y el espolón calcáneo fueron los diagnósticos predominantes. Se identificó una alta frecuencia de factores de riesgo modificables, como el uso de calzado inadecuado, el sobrepeso, la obesidad y la diabetes mellitus.

La evaluación del dolor mediante la escala EVA mostró que el espolón calcáneo se asoció con mayor intensidad dolorosa. Además, se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre la fascitis plantar, el pie plano y alteraciones del estado nutricional, lo que resalta el papel de los factores biomecánicos y de carga mecánica en la etiopatogenia de la talalgia.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de un abordaje terapéutico integral y multifactorial que contemple tanto los aspectos biomecánicos como los factores modificables en el manejo de los pacientes con talalgia.

RECOMENDACIONES

Es fundamental incorporar en la consulta programas de orientación dirigidos a los pacientes, enfatizando la relevancia del uso de calzado con soporte adecuado y el control del peso corporal como estrategias clave en la prevención y manejo de las talalgias.

Debe establecerse un protocolo sistemático para la evaluación biomecánica del pie en pacientes que presentan talalgia, con el objetivo de identificar alteraciones como el pie plano y considerar la prescripción de ortesis plantares personalizadas en los casos que lo requieran. Asimismo, resulta pertinente desarrollar estrategias para la adaptación del entorno laboral en pacientes cuyas actividades impliquen bipedestación prolongada o esfuerzo físico considerable, promoviendo la implementación de pausas activas y la rotación de tareas como medidas de protección.

Se recomienda fomentar la derivación oportuna a los servicios de nutrición y endocrinología para el manejo integral de comorbilidades, especialmente obesidad y diabetes, que representan factores de riesgo relevantes en esta patología.

Finalmente, es aconsejable la realización de estudios prospectivos con seguimiento a largo plazo para evaluar la evolución del dolor (EVA) y la funcionalidad después de implementar intervenciones dirigidas a los factores de riesgo identificados, con el fin de generar evidencia sobre la efectividad de las estrategias propuestas.

REFERENCIAS

1. Riel H, Cotchett M, Delahunt E, et al. Is 'plantar heel pain' a more appropriate term than 'plantar fasciitis'? Time to move on. *Br J Sports Med.* 2017;51(22):1576-1577. doi:10.1136/bjsports-2017-097519
2. Damiano J. Talalgias. *EMC - Aparato locomotor* 2018;51(2):1-7 [Artículo E – 14-432].
3. Thomas MJ, Whittle R, Menz HB, Rathod-Mistry T, Marshall M, Roddy E. Plantar heel pain in middle-aged and older adults: population prevalence, associations with health status and lifestyle factors, and frequency of healthcare use. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019;20(1):337. doi:10.1186/s12891-019-2718-6
4. Van Leeuwen KD, Rogers J, Winzenberg T, van Middelkoop M. Higher body mass index is associated with plantar fasciopathy/'plantar fasciitis': systematic review and meta-analysis of various clinical and imaging risk factors. *Br J Sports Med.* 2016;50(16):972-981. doi:10.1136/bjsports-2015-094695
5. Tedeschi R. Baxter's nerve: the hidden culprit of chronic heel pain. *Neurol Sci.* 2025 Sep;46(9):4685-4689. doi: 10.1007/s10072-025-08253-0. Epub 2025 May 26. PMID: 40418415.
6. Alarcón GA, Ocampo FD, Armas WE, Arteaga CM, Cutus RF. Dolor plantar calcáneo. Experiencias y opciones de tratamiento. *Revista Cubana de Reumatología [Internet].* 2019 [citado 18 Sep 2025];21(3):e116. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu>
7. Irving DB, Cook JL, Young MA, Menz HB. Obesity and pronated foot type may increase the risk of chronic plantar heel pain: a matched case-control study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007;8:41. Published 2007 May 17. doi:10.1186/1471-2474-8-41
8. Riddle DL, Pulisic M, Pidcoe P, Johnson RE. Risk factors for Plantar fasciitis: a matched case-control study. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85(5):872-877. doi:10.2106/00004623-200305000-00015
9. Hill CL, Gill TK, Menz HB, Taylor AW. Prevalence and correlates of foot pain in a population-based study: the North West Adelaide health study. *J Foot Ankle Res.* 2008;1(1):2. Published 2008 Jul 28. doi:10.1186/1757-1146-1-2
10. Rasenberg N, Bierma-Zeinstra SM, Bindels PJ, van der Lei J, van Middelkoop M. Incidence, prevalence, and management of plantar heel pain: a retrospective cohort study in Dutch primary care. *Br J Gen Pract.* 2019;69(688):e801-e808. Published 2019 Oct 31. doi:10.3399/bjgp19X706061

11. Belhan O, Kaya M, Gurger M. The thickness of heel fat-pad in patients with plantar fasciitis. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2019 Nov;53(6):463-467. doi: 10.1016/j.aott.2019.07.005. Epub 2019 Aug 21. PMID: 31444011; PMCID: PMC6939011.
12. Gulle H, Morrissey D, Tan XL, et al. Predicting the outcome of plantar heel pain in adults: a systematic review of prognostic factors. *J Foot Ankle Res.* 2023;16(1):28. Published 2023 May 12. doi:10.1186/s13047-023-00626-y
13. Liu P, Chen Q, Yang K, Cai F. Prevalence, characteristics, and associated risk factors of plantar heel pain in americans : The cross-sectional NHANES study. *J Orthop Surg Res.* 2024;19(1):805. Published 2024 Nov 28. doi:10.1186/s13018-024-05300-y
14. Dunn JE, Link CL, Felson DT, Crincoli MG, Keysor JJ, McKinlay JB. Prevalence of foot and ankle conditions in a multiethnic community sample of older adults. *Am J Epidemiol.* 2004;159(5):491-498. doi:10.1093/aje/kwh071
15. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Fortaleza: 64ª Asamblea General; 2013.
16. Ministerio del poder popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias. Código de Ética para la vida. Venezuela; 2011.
17. Arzac Ulla I. Fascitis plantar: Estudio comparativo entre tres esquemas terapéuticos. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol.* 2019 Dic;84(4):336-41.
18. Roxas M. Plantar fasciitis: diagnosis and therapeutic considerations. *Altern Med Rev.* 2005 Jun;10(2):83-93.
19. Goff JD, Crawford R. Diagnosis and treatment of plantar fasciitis. *Am Fam Physician.* 2011 Sep 15;84(6):676-82.
20. Lemont H, Ammirati KM, Usen N. Plantar fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2003 May-Jun;93(3):234-7. doi: 10.7547/87507315-93-3-234..
21. Sullivan J, Pappas E, Burns J. Role of mechanical factors in the clinical presentation of plantar heel pain: Implications for management. *Foot (Edinb).* 2020 Mar;42:101636. doi: 10.1016/j.foot.2019.08.007.
22. Thong-On S, Harutaichun P. Effects of customized insoles with medial wedges on lower extremity kinematics and ultrasonographic findings in plantar fasciitis persons. *Sci Rep.* 2023 May 27;13(1):8642. doi: 10.1038/s41598-023-35862-6. Erratum in: *Sci Rep.* 2024 May 3;14(1):10212. doi: 10.1038/s41598-024-60480-1.

23. Wacławski ER, Beach J, Milne A, Yacyszyn E, Dryden DM. Systematic review: plantar fasciitis and prolonged weight bearing. *Occup Med (Lond)*. 2015 Mar;65(2):97-106. doi: 10.1093/occmed/kqu177.
24. Labovitz JM, Yu J, Kim C. The role of hamstring tightness in plantar fasciitis. *Foot Ankle Spec*. 2011 Jun;4(3):141-4. doi: 10.1177/1938640010397341.

ANEXO A



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Incidencia y factores asociados a las talalgias en pacientes de 50-65 años que acuden al Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Nacional 'Dr. Angel Larralde'. Año 2025"

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
____/____/____

I. DATOS DEMOGRÁFICOS Y ANTROPOMÉTRICOS:

Edad: ____ años Sexo: M ____ F ____

Peso: _____ kg Talla: _____ cm IMC: _____ kg/m²

Ocupación: Sedentaria Activa Esfuerzo físico prolongado

SECCIÓN II: DATOS CLÍNICOS Y FACTORES ASOCIADOS

A. Antecedentes Personales Patológicos:

[] Diabetes Mellitus (DM) [] Artritis Reumatoide (AR)
[] Neuropatía periférica [] Artritis/Artrosis [] Hipertensión arterial
[] Dislipidemia [] Otra: _____

B. Antecedentes Podológicos

[] Pie plano [] Fascitis plantar [] Espolón calcáneo

C. Factores de Estilo de Vida

Tipo de calzado habitual: Adecuado (con soporte) Inadecuado (sin soporte)

Actividad física regular: Ninguna Moderada Intensa

SECCIÓN III: CARACTERÍSTICAS DE LA TALALGIA ACTUAL

Localización del dolor: Talón derecho Talón izquierdo Bilateral

Tiempo de evolución: _____ meses

Factores agravantes: Marcha De pie prolongado Carga

Otros: _____

Intensidad del dolor (EVA): _____ /10

*(0 = sin dolor, 10 = dolor máximo imaginable) *

SECCIÓN IV: EXPLORACIÓN FÍSICA

Hallazgos en la exploración: Sensibilidad a la palpación Limitación funcional Signos inflamatorios

Escala AOFAS - Pie y Tobillo:

Dolor (máximo 40 puntos): _____

Función (máximo 50 puntos): _____

Alineación (máximo 10 puntos): _____

Total AOFAS: _____ /100 puntos

SECCIÓN V: DIAGNÓSTICO

Diagnóstico principal: Fascitis plantar Espolón calcáneo Tendinitis aquilea Bursitis retrocalcánea Otro: _____

Diagnósticos secundarios: Fascitis plantar Espolón calcáneo Tendinitis aquilea Bursitis retrocalcánea Ninguno



ANEXO B



UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LAS TALALGIAS EN PACIENTES DE 50-65 AÑOS. QUE ACUDEN AL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ANGEL LARRALDE”. AÑO 2025

Investigador Principal: Dr. Néstor Rodríguez / Teléfono/Email: Pierina.1080@gmail.com Código Ético: Helsinki 2013 - CIOMS 2016 | Código de Ética para la Vida MPPCTI,2011

1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Se le invita a participar en una investigación que busca determinar la incidencia y factores asociados a talalgias en pacientes de 50-65 años del servicio de Traumatología del Hospital "Dr. Ángel Larralde" durante 2025.

2. PROCEDIMIENTOS

Si acepta participar, se realizará:

- Entrevista breve (5 min): Cuestionario de salud general.
- Evaluación clínica (10 min): Examen físico.

3. RIESGOS Y MOLESTIAS

Riesgo físico: Ninguno.

Molestias: Posible incomodidad al momento del examen físico.

Confidencialidad: Se garantiza protección de datos bajo codificación.

4. VOLUNTARIEDAD Y DERECHOS

Usted tiene derecho a: Negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin afectar su atención médica. Solicitar destrucción de sus datos (antes de análisis final). Recibir resultados del estudio si lo desea.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Marque según corresponda:

Declaro que:	SÍ	NO
1. Comprendo el propósito y métodos del estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. He recibido respuestas claras a mis preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Acepto participar VOLUNTARIAMENTE.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Autorizo el uso anónimo de mis datos para publicaciones académicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Acepto ser contactado para seguimiento (opcional).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMAS

Nombre y C.I. del Participante

Firma: _____

Nombre y C.I. del Investigador

Firma:

Nombre y C.I. del Testigo

Firma: _____