CINDA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL DEPORTE ANTIOQUEÑO

Medellín – 2026

INFORME ESTADÍSTICO DE ATENCIÓN EN MEDICINA DEPORTIVA 2025



INDEPORTES ANTIOQUIA

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

CRÉDITOS

Autores:

Evaluación académica:

Carlos Andrés Niebles López

Esmeralda Soledad Rosas Restrepo

Hugo Alexander Osorio Jaramillo

Karina Salazar Zuluaga

Mario Andrés Quintero Velásquez

Orlando Ludwin Lozano Muñoz

Oscar Mario Cardona Arenas

Sistema de información:

Jhon Mario Nonsoque García

Comunicaciones:

Liceth Catalina Cano González

Aracelly Arredondo Palacio

Imágenes generadas con herramientas de Inteligencia Artificial

INDEPORTES ANTIOQUIA

SUMARIO

Resumen 4

Introducción 5

Objetivos 9

Metodología 9

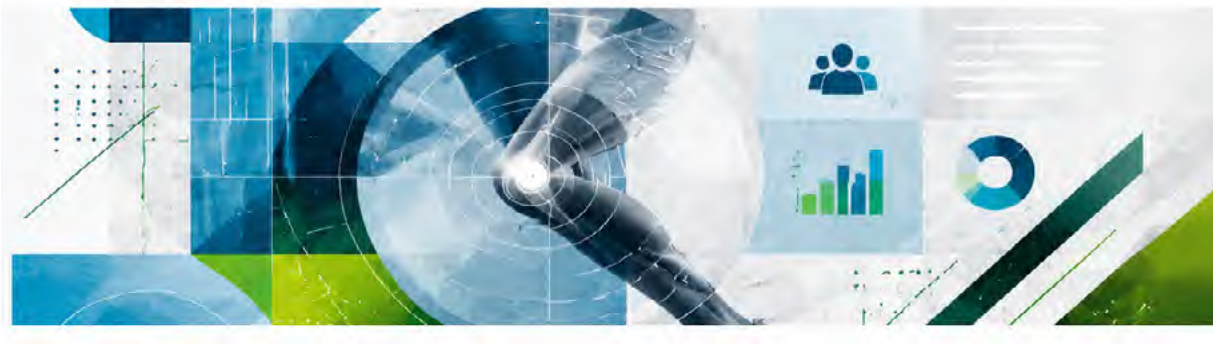
Resultados 10

Discusión 33

Conclusiones 36

Recomendaciones 37

Referencias 38



Resumen

La medicina deportiva desempeña un papel fundamental en la prevención, el diagnóstico y el manejo de condiciones asociadas a la práctica deportiva, contribuyendo tanto al rendimiento como a la salud integral de los deportistas. En este contexto, el análisis sistemático de la atención médica permite identificar patrones de demanda y orientar estrategias de intervención. El objetivo del presente informe es describir las características de la atención en medicina deportiva realizada durante el año 2025, según variables demográficas, deportivas y clínicas.

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, a partir de los registros de atención médica correspondientes a deportistas atendidos durante el período de estudio. Las variables analizadas incluyeron sexo, deporte practicado y causas de consulta, priorizando las cinco principales por frecuencia. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y relativas, presentadas en tablas y gráficos. Los resultados evidencian diferencias en la demanda de atención según el sexo y el tipo de deporte, así como una concentración de las consultas en un número limitado de causas clínicas, principalmente relacionadas con el sistema musculoesquelético. En conclusión, el comportamiento de la atención en medicina deportiva durante 2025 resalta la importancia de fortalecer estrategias de prevención, seguimiento y educación en salud, especialmente en los deportes con mayor carga asistencial.

1. Introducción

La atención de lesiones deportivas constituye un componente esencial de la gestión en salud y del rendimiento en cualquier sistema deportivo organizado, debido a que las lesiones y los problemas de salud asociados a la práctica deportiva afectan la disponibilidad para entrenar y competir, incrementan la carga asistencial y pueden generar consecuencias funcionales a corto y largo plazo. La medicina deportiva, entendida como un campo clínico interdisciplinario, aporta una mirada integral del deportista al articular la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento, la rehabilitación, el retorno seguro al deporte y el seguimiento longitudinal de condiciones musculoesqueléticas y no musculoesqueléticas. Esta perspectiva integral se sustenta en la necesidad de comprender el evento lesivo no como un hecho aislado, sino como la expresión de una interacción compleja entre factores internos del deportista (por ejemplo, historia de lesión, características biomecánicas y condición física), factores externos (cargas de entrenamiento y competencia, superficies, equipamiento y contexto competitivo) y el mecanismo desencadenante, lo cual determina el riesgo y la severidad de las lesiones.[1,2]

En este marco, el análisis de la atención en medicina deportiva no solo describe cuántas consultas se realizan, sino que permite aproximarse a la carga real de morbilidad asociada al deporte en una población específica, aportando insumos para intervenciones clínicas y de salud pública orientadas a la protección de la salud del atleta.

La literatura internacional ha señalado que los programas de vigilancia y los estudios epidemiológicos de lesión y enfermedad son pilares para proteger la salud del deportista, dado que posibilitan caracterizar patrones, comparar tendencias y orientar acciones preventivas basadas en evidencia.[3] En particular, los consensos internacionales recomiendan estandarizar definiciones y métodos de registro y reporte para mejorar la comparabilidad y la utilidad de los datos en la toma de decisiones. [3]

La justificación de realizar un análisis estadístico anual de la atención por lesiones deportivas durante 2025 se fundamenta en el «ciclo de prevención» descrito por los modelos clásicos de prevención de lesiones. De acuerdo con la secuencia de prevención, el primer paso consiste en cuantificar y describir el problema (incidencia, frecuencia y severidad), seguido de la identificación de factores y mecanismos asociados, la implementación de medidas preventivas y la evaluación de su impacto mediante la reiteración del análisis.[1] En términos operativos, un informe anual permite cumplir ese primer paso de manera sistemática, constituyéndose en una línea base para orientar y evaluar la efectividad de programas preventivos y estrategias de intervención clínica.



Adicionalmente, el análisis anual posibilita reconocer variaciones temporales relacionadas con el calendario deportivo, la periodización del entrenamiento, los ciclos competitivos y los cambios organizacionales. Los sistemas de vigilancia bien implementados permiten valorar no solo la incidencia, sino también la carga (por ejemplo, pérdida de tiempo, recurrencia o complejidad clínica), así como identificar deportes o subgrupos de mayor prioridad sanitaria.[3,4] En poblaciones multideportivas, disponer de información anual organizada por variables como sexo, disciplina deportiva y causas más frecuentes de consulta facilita la identificación de focos de intervención, la asignación eficiente de recursos y el diseño de programas diferenciados según el perfil de riesgo.[12]

Desde el punto de vista metodológico, las recomendaciones internacionales en vigilancia de lesiones subrayan la importancia de contar con definiciones claras, procedimientos consistentes de recolección de datos, calidad del registro y análisis y comunicación adecuados para que la información sea comparable, útil y accionable.[3,4] Por ello, la elaboración de un informe anual no es un ejercicio meramente descriptivo: es una herramienta de gobernanza clínica que conecta los datos del servicio con decisiones de gestión y con acciones preventivas en el campo deportivo.

El presente informe tiene utilidad estratégica en al menos cuatro dimensiones:

1. **Gestión clínica y priorización asistencial:**

   Al identificar la distribución de atenciones por sexo, deporte y principales causas de consulta, el informe apoya la organización de rutas de atención, el dimensionamiento de tiempos clínicos y la priorización de intervenciones (por ejemplo, programas específicos para segmentos con mayor carga asistencial). La vigilancia y el análisis epidemiológico son considerados elementos fundamentales para proteger la salud del atleta y orientar acciones clínicas coherentes con los patrones observados. [3] [4]

2. **Planeación institucional y asignación de recursos:**

   La evidencia generada permite sustentar decisiones sobre dotación (por ejemplo, rehabilitación, apoyo diagnóstico), necesidades de talento humano, y diseño de servicios por disciplina o por niveles de riesgo. Los marcos de vigilancia destacan que la disponibilidad de datos operativos y comparables facilita la planificación y la evaluación de programas de salud y seguridad en el deporte. [4]

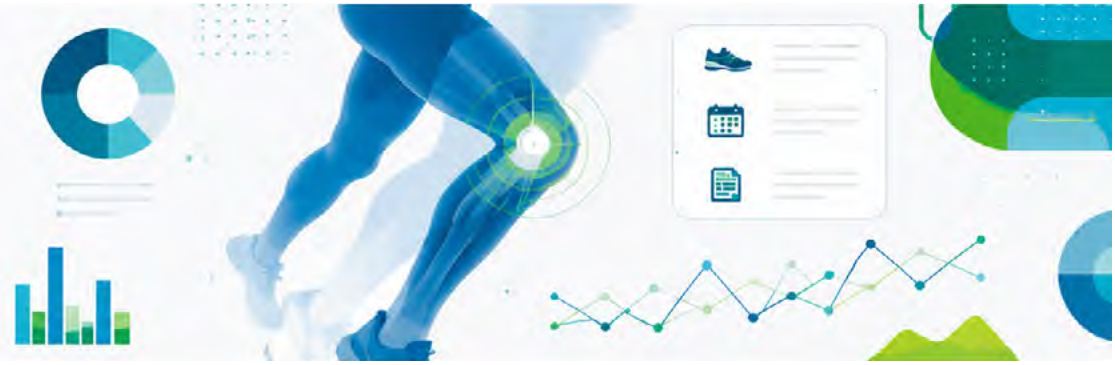
3. **Prevención y reducción del riesgo:**

   La prevención efectiva requiere comprender mecanismos y factores asociados a la lesión, así como diseñar intervenciones acordes con dichos determinantes.[2] En esa dirección, un informe anual ofrece un mapa de "dónde" y "qué" está ocurriendo con mayor frecuencia, habilitando el diseño de estrategias preventivas por deporte (por ejemplo, educación, programas neuromusculares, ajuste de cargas, fortalecimiento de retorno al deporte) y facilitando la priorización de acciones basadas en datos.[1] [2]

4. **Monitoreo, mejora continua y evaluación de intervenciones:**

   Al consolidar un corte anual, se crea una referencia para comparar periodos (por ejemplo, 2025 vs. 2024) y evaluar si las medidas implementadas se asocian con cambios en la distribución de causas, deportes o perfiles de consulta. Este enfoque es coherente con el ciclo de prevención, que plantea la reevaluación periódica como componente indispensable para valorar la efectividad de las estrategias. [1]

Los consensos del Comité Olímpico Internacional enfatizan precisamente que los programas continuos de vigilancia permiten describir tendencias, entender causas y desarrollar medidas para proteger la salud del atleta. [3]



En conjunto, la generación sistemática de información a partir de los registros de atención fortalece la transición desde una lógica reactiva (atender la lesión cuando aparece) hacia una lógica proactiva de protección de la salud del deportista, basada en vigilancia, análisis, intervención y evaluación. Los consensos del Comité Olímpico Internacional enfatizan precisamente que los programas continuos de vigilancia permiten describir tendencias, entender causas y desarrollar medidas para proteger la salud del atleta. [3]

Propósito del documento

Con base en lo anterior, este informe presenta el análisis descriptivo de la atención por lesiones deportivas durante el año 2025, consolidando indicadores de frecuencia y distribución según variables de interés (por ejemplo, sexo, deporte y principales causas de consulta), con el fin de aportar evidencia para la toma de decisiones, la planeación institucional y el diseño de estrategias de prevención y seguimiento orientadas a reducir la carga de lesión y mejorar la atención integral del deportista.

2. Objetivos

Objetivo general: describir las características generales de las causas de consulta médica realizada a los deportistas que consultan al área de medicina deportiva de Indeportes Antioquia en el periodo de tiempo enero – diciembre 2025.

Objetivos específicos: Analisis de la edad estratificada por sexo de los atletas que consultaron a medicina deporitva y analisis de las primeras cinco causas de consulta por depotrte estratificado por sexo.



3. Metodología

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Población y muestra

De un total de 1600 deportistas inscritos al sistema de atención medica de Indeportes Antioquia, la muestra estará constituida por todos aquellos deportistas que fueron atendidos en el periodo de tiempo determinado.

Fuente de información

Los daros se obtienen de la historia clínica electrónica llamada Indesan

Variables analizadas

Se analizan las causas de lesiones deportivas expresadas en código internacional de reporte de lesiones deportivas Orchard 10. Se presentan en Idioma Inglés para que sea posible su comparación con estándares internacionales. Se cuenta también con la edad del deportista, el sexo y el deporte practicado.

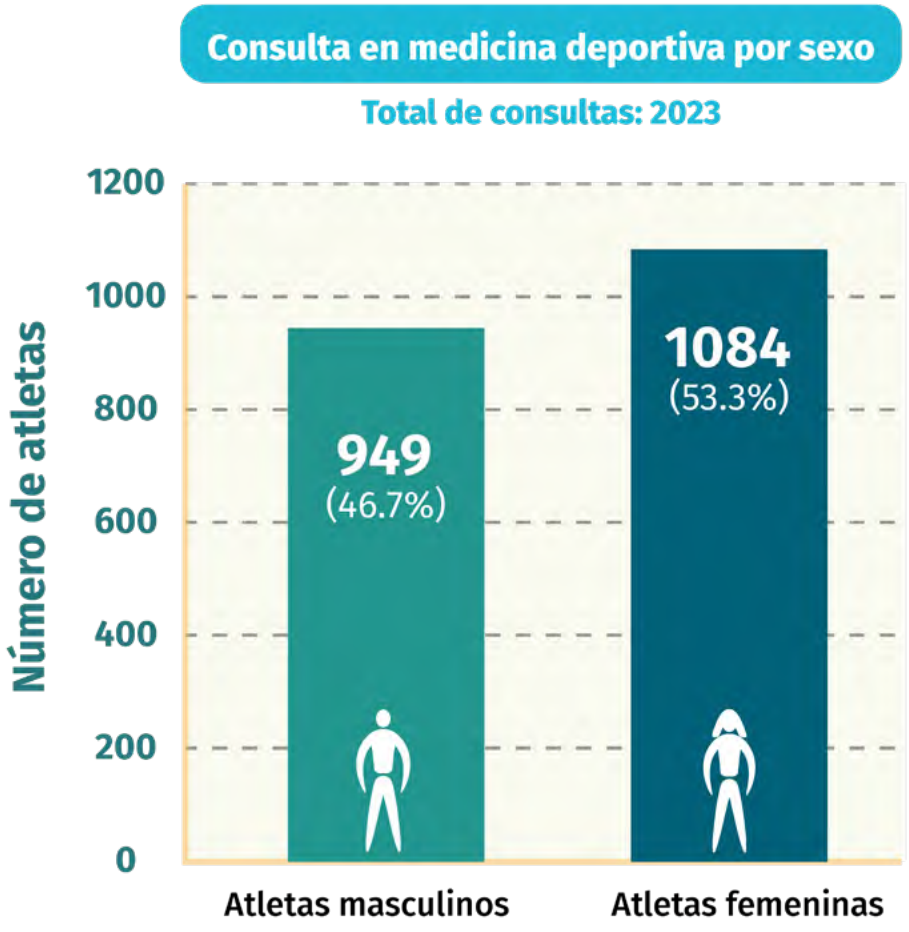
Análisis estadístico

Se realiza un primer análisis invariado donde se determina la edad del deportista, así como las primeras causas de lesiones deportivas, luego se presenta en tablas de frecuencia estratificado por sexo y por último se presenta las primeras 5 causas de lesiones deportivas por sexo y por deporte.

4. Resultados

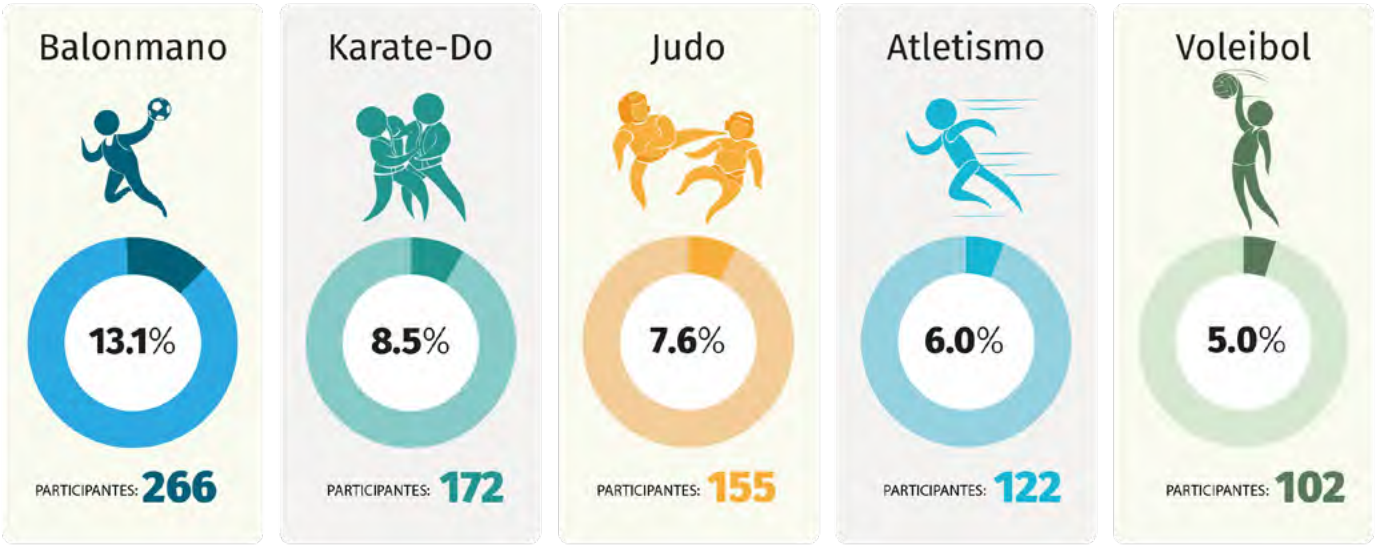
En el periodo analizado se registraron 2033 consultas en Medicina Deportiva. La distribución por sexo mostró una ligera mayor proporción de consultas en atletas femeninas, con 1084 atenciones (53,3%), en comparación con atletas masculinos, con 949 atenciones (46,7%). Esto representa una diferencia absoluta de 135 consultas y una variación de 6,6 puntos porcentuales a favor del grupo femenino. *Ver gráfica 1.*

Gráfica 1: *Población evaluada estratificada por sexo*



La distribución de participantes por disciplina deportiva mostró una mayor representación en balonmano, con 266 participantes (13,1%), seguida de karate-do con 172 participantes (8,5%) y judo con 155 participantes (7,6%). En proporciones menores se ubicaron atletismo, con 122 participantes (6,0%), y voleibol, con 102 participantes (5,0%). En conjunto, estas cinco disciplinas concentraron una fracción relevante del total de participantes evaluados, con un predominio relativo de los deportes de conjunto y de combate. *Ver gráfica 2.*

Gráfica 2: *Ranking de los 5 deportes con mayor número de consultas.*



La edad de los atletas atendidos, estratificada por sexo, mostró distribuciones similares entre ambos grupos. En el sexo femenino (n = 1084), la edad promedio fue de 23,12 años, con una mediana de 22 años y una desviación estándar de 6,45. El rango intercuartílico fue de 6 años, con valores entre 19 (Q25) y 25 años (Q75); la edad mínima registrada fue de 13 años y la máxima de 62 años.

En el sexo masculino (n = 949), la edad promedio fue ligeramente mayor (23,82 años), con una mediana igualmente de 22 años y una desviación estándar de 5,98. El rango intercuartílico también fue de 6 años, con un Q25 de 20 años y un Q75 de 26 años; la edad mínima fue de 0 años y la máxima de 48 años.

En conjunto, ambos sexos presentaron medianas idénticas y una dispersión comparable, lo que indica una distribución etaria homogénea entre los grupos, con una ligera mayor variabilidad en el sexo femenino.

Tabla 1. *Analisis de la edad estratificada por sexo de los atletas que consultaron a medicina deporitva*

	promedio	mediana	sd	iqr	Q25	Q75	Min	Max	n
	23.12	22	6.45	6	19	25	13	62	1,084
	23.82	22	5.98	6	20	26	0	48	949

Las tablas 2 y 3 muestran las primeras 20 causas de evaluaciones, cabe anotar que en la tabla 2 se presenta conjuntamente atenciones médicas por enfermedad común más atenciones por lesiones deportivas. En la tabla 3 solo se presenta diagnósticos de lesiones deportivas.

Durante el periodo analizado, los diagnósticos más frecuentes en la consulta de Medicina Deportiva correspondieron principalmente a patologías de rodilla, columna lumbar y hombro, concentrando una proporción relevante del total de atenciones. El diagnóstico más prevalente fue el dolor patelofemoral asociado a tendinopatía rotuliana, con 63 casos (3,8%), seguido del compromiso muscular y tendinoso lumbar (strain, espasmo o puntos gatillo), con 55 casos (3,3%), y del síndrome de pinzamiento del hombro/sinovitis, que representó 53 casos (3,2%) del total.

En relación con las intervenciones quirúrgicas previas, se evidenció una carga importante de consultas por seguimiento postoperatorio, destacándose la reconstrucción de ligamento cruzado anterior (LCA) y la cirugía de rodilla, ambas con 43 casos cada una (2,6%). Asimismo, se registraron consultas posteriores a cirugía de cartílago de rodilla y reparación meniscal, cada una con 24 casos (1,4%), lo que refleja una alta demanda asistencial relacionada con procesos de rehabilitación y retorno al deporte.

Las lesiones de tobillo y pie también mostraron una frecuencia relevante, particularmente los esguinces del ligamento lateral del tobillo, con 36 casos (2,2%), y los esguinces del ligamento talofibular anterior, con 22 casos (1,3%). De igual manera, las patologías por sobrecarga ósea y muscular, como la periostitis tibial/posteromedial (shin splints) y la osteítis del pubis, alcanzaron 32 casos (1,9%) y 36 casos (2,2%), respectivamente, evidenciando el impacto de las cargas repetitivas en la población deportista evaluada.

Finalmente, al analizar la distribución por sexo, se observaron patrones similares entre atletas femeninos y masculinos, aunque con algunas diferencias específicas según el diagnóstico. Determinadas condiciones, como la periostitis tibial, el dolor patelofemoral y las lesiones musculares del hombro, mostraron mayor frecuencia en el sexo femenino, mientras que otras, como el dolor lumbar no especificado, las lesiones del manguito rotador y algunos esguinces de tobillo fueron más frecuentes en el sexo masculino. En conjunto, estos hallazgos reflejan una amplia diversidad de diagnósticos musculoesqueléticos, predominando lesiones por sobreuso, traumáticas y procesos postquirúrgicos, característicos de una población deportiva activa y de alto rendimiento.

Tabla 2. *Describe las 20 primeras causas de consulta realizadas por el área médica en el año 2025. Aquí se combina enfermedad común y diagnósticos no asociados a lesiones deportivas.*

Diagnóstico				%
SANO	44	91	135	6.7
Preparticipation screen	57	69	126	6.2
Patellofemoral pain with patellar tendinopathy	34	29	63	3.1
Shoulder impingement/ Synovitis	22	31	53	2.6
Post ACL reconstruction	23	20	43	2.1
Post knee Surgery	28	15	43	2.1
Ankle lateral ligament sprain	15	21	36	1.8
Osteitis Pubis	20	16	36	1.8
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	14	20	34	1.7
Posteromedial shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	29	3	32	1.6
Rotator Cuff muscle injury	14	17	31	1.5
Lumbar pain undiagnosed	12	14	26	1.3
Lumbar Spine muscle and Tendon Strain/ Spasm/ Trigger Points	25	30	55	2.7
Post cartilage surgery knee	24	0	24	1.2
Post meniscal repair	8	16	24	1.2
Knee Tendon Injury	10	13	23	1.1
Anterior talofibular ligament sprain	12	10	22	1.1
Screening examination	13	9	22	1.1
Anterior shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	13	7	20	1.0
Grade 1 MCL tear knee	15	5	20	1.0
Knee pain undiagnosed	8	12	20	1.0



Tabla 3. *Describe las 20 primeras causas de consulta realizadas por el área médica en el año 2025. Aquí se excluyen enfermedad común y diagnósticos no asociados a lesiones deportivas.*

Diagnóstico				%
Patellofemoral pain with patellar tendinopathy	44	91	135	6.7
Lumbar Spine muscle and Tendon Strain/ Spasm/ Trigger Points	57	69	126	6.2
Shoulder impingement/ Synovitis	34	29	63	3.1
Post ACL reconstruction	22	31	53	2.6
Post knee Surgery	23	20	43	2.1
Ankle lateral ligament sprain	28	15	43	2.1
Osteitis Pubis	15	21	36	1.8
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	20	16	36	1.8
Posteromedial shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	14	20	34	1.7
Rotator Cuff muscle injury	29	3	32	1.6
Lumbar pain undiagnosed	14	17	31	1.5
Post cartilage surgery knee	12	14	26	1.3
Post meniscal repair	25	30	55	2.7
Knee Tendon Injury	24	0	24	1.2
Anterior talofibular ligament sprain	8	16	24	1.2
Anterior shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	10	13	23	1.1
Grade 1 MCL tear knee	12	10	22	1.1
Knee pain undiagnosed	13	9	22	1.1
Shoulder Tendon Overuse Injury/ Strain	13	7	20	1.0
Hamstring strain	15	5	20	1.0

Tabla 4. *Describe las 5 primeras causas de consulta por deporte realizadas por el área médica en el año 2025. Aquí se excluyen enfermedad común y diagnósticos no asociados a lesiones deportivas.*



Diagnóstico	n	%
Actividades Subacuáticas		
Hamstring strain	11	35.5
Patellofemoral pain	4	12.9
Peroneal tendinopathy	4	12.9
Flexor hallucis tendon injury	2	6.5
Hamstring origin tendon rupture	2	6.5
Lumbar pain undiagnosed	3	14.3
Other elbow strain not otherwise specified	3	14.3
Anterior talofibular ligament sprain	2	9.5
Shoulder impingement/ Synovitis	2	9.5
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	2	9.5



Ajedrez		
Sacrococcygeal joint injury/ pain	2	40.0
Lumbar disc prolapse	1	20.0
Lumbar muscle trigger points	1	20.0
Lumbar Spine Facet Joint Pain/ Stiffness	1	20.0
Knee pain undiagnosed	1	50.0
Post ACL reconstruction	1	50.0



Arquería		
Rotator Cuff muscle injury	5	20.0
Biceps tendinopathy	2	8.0
General medical screen	2	8.0
Neck muscle spasm/ trigger points incl torticollis	2	8.0
Other chronic subacromial impingement	2	8.0
Rotator Cuff muscle injury	6	40.0
Other chronic subacromial impingement	2	13.3
Acute subacromial impingement	1	6.7
Facial Muscle trigger points	1	6.7
Foot Injuries	1	6.7

Diagnóstico	n	%
Atletismo		
Patellar tendinopathy	11.0	26.2
Achilles tendinopathy	10.0	23.8
Knee Tendon Injury	3.0	7.1
Ankle lateral ligament sprain	2.0	4.8
Gastrocnemius muscle injury/ strain	2.0	4.8
Achilles tendinopathy	12	22.2
Patellar tendinopathy	4	7.4
Foot Soft Tissue Bruising/ Haematoma	3	5.6
Hamstring origin tendinopathy	3	5.6
Lower leg muscle Injury	3	5.6
Bádminton		
Patellar tendinopathy	4	22.2
Insertional Patellar tendon pathology, incl intratend ossicle	2	11.1
Traumatic knee bursitis	2	11.1
Knee joint synovitis	1	5.6
Knee pain undiagnosed	1	5.6
Plantar fasciitis strain	4	23.5
Lumbar muscle trigger points	2	11.8
Posteromedial shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	2	11.8
Common flexor origin injury	1	5.9
Common flexor origin tendinopathy	1	5.9
Baloncesto		
Post knee Surgery	6	21.4
Ankle lateral ligament sprain	3	10.7
Grade 1 MCL tear knee	3	10.7
Knee Cartilage Injury(Chondral/ Osteochondral/ Meniscal)	3	10.7
Achilles enthesopathy	2	7.1

Diagnóstico	n	%
Post Surgical Patient	2	66.7
Complication of finger MCP jt sprain	1	33.3



Balonmano

Patellofemoral pain	9	8.3
Patellar tendinopathy	7	6.5
Post ACL reconstruction	7	6.5
Stress fracture tibia at ankle	7	6.5
Anterior talofibular ligament sprain	5	4.6
Post ACL reconstruction	15	13.0
Post meniscal repair	15	13.0
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	8	7.0
Osteitis Pubis	7	6.1
Patellar tendinopathy	7	6.1



Boccia

Post surgery on other site not specifically mentioned	4	50.0
Post Wrist/ Hand Surgery	2	25.0
Wrist and hand structural	2	25.0
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	4	40.0
Wrist flexor tenosynovitis/ tendinopathy	2	20.0
Muscle Strain/ Spasm/ Trigger Points Location Unspecified or Crossing Anatomical Boundaries	1	10.0
Patellar tendinopathy	1	10.0
Shoulder impingement/ Synovitis	1	10.0



Bowling

Plantar fasciitis strain	4	19.0
Knee Muscle Strain/ Spasm/ Trigger Points	3	14.3
Knee pain undiagnosed	2	9.5
Shoulder muscle strain/ spasm/ trigger points	2	9.5
Wrist or hand pain undiagnosed	2	9.5

Diagnóstico	n	%
Post Shoulder Surgery	5	45.5
Adductor longus tendinopathy	2	18.2
Medial meniscal tear	1	9.1
Osteitis Pubis	1	9.1
Patellar tendinopathy	1	9.1



Boxeo

Wrist or hand pain undiagnosed	2	28.6
Post surgery on wrist joint	1	14.3
Rotator Cuff muscle injury	1	14.3
Shoulder muscle strain/ spasm/ trigger points	1	14.3
Shoulder Tendon Overuse Injury/ Strain	1	14.3
Triangular fibrocartilage complex tear	1	14.3
houlder muscle strain/ spasm/ trigger points	2	50.0
Chest Injury	1	25.0
Fracture 2nd metacarpal	1	25.0



Canotaje

Shoulder Tendon Overuse Injury/ Strain	5	38.5
Shoulder impingement/ Synovitis	2	15.4
Biceps tendinopathy	1	7.7
Gluteus med/ min tendinopathy	1	7.7
Injury/illness specific to a spinal cord	1	7.7
Neck muscle spasm/ trigger points incl torticollis	2	25.0
Neck muscle and/or tendon strain/spasm/ trigger points	1	12.5
Neck Pain/ Injury Not Otherwise Specified	1	12.5
Other skin infection not specifically	1	12.5
Rectus femoris origin tendinopathy	1	12.5

Diagnóstico	n	%
Ciclismo BMX		
Knee Pain/ Injury Not otherwise specified	2	40
Fractured neck of femur	1	20
Knee Tendon Injury	1	20
Obliques muscle strain	1	20
Insertional Patellar tendon pathology, incl intratend ossicle	2	28.6
Patellar tendinopathy	2	28.6
Knee Sprains/ Ligament Injuries	1	14.3
Knee Tendon Injury	1	14.3
Middle phalanx fracture middle finger	1	14.3
Ciclismo Pista		
Knee osteochondral injury	1	100
Patellofemoral pain with patellar tendinopathy	5	38.5
Hamstring trigger points	1	7.7
Knee pain undiagnosed	1	7.7
Lumbar disc injury with associated L4 nerve root injury	1	7.7
Lumbar muscle trigger points	1	7.7
Ciclismo (Orgullo Paisa)		
Shoulder Fractures	2	13.3
Shoulder impingement/ Synovitis	2	13.3
Acute subacromial impingement	1	6.7
Biceps tendinopathy	1	6.7
Deltoid muscle injury	1	6.7
Elbow olecranon bursitis	1	6.7
Fractured neck of femur	1	6.7

Diagnóstico	n	%
Clavados		
Patellar tendinopathy	9	64.3
Knee Tendon Injury	2	14.3
Insertional Patellar tendon pathology, incl intratend ossicle	1	7.1
Thigh Soft Tissue Bruising/ Haematoma	1	7.1
Thigh Tendon Injuries	1	7.1
Ecuestre		
Fracture middle third clavicle	2	66.7
Clavicular fracture	1	33.3
Esgrima		
Patellofemoral pain with patellar tendinopathy	10	27.0
Tibialis posterior strain	6	16.2
anterior shin periostitis/ stress syndrome	4	10.8
ITB friction syndrome	3	8.1
Lumbar muscle trigger points	2	5.4
Lateral hamstring tendinopathy	5	35.7
Lumbar muscle trigger points	4	28.6
Achilles enthesopathy with retrocalcaneal bursitis	1	7.1
Futbol de Salón		
Mid/ distal plantar fasiitis	9	28.1
Post knee Surgery	8	25.0
Patellar tendinopathy	5	15.6
Plantar fasciitis strain	3	9.4
Acromioclavicular joint sprain	1	3.1

Diagnóstico	n	%
Gimnasia Artística		
Ankle multiple ligaments sprain	5	20.0
Shoulder impingement/ Synovitis	5	20.0
Ankle joint synovitis	2	8.0
Anterior shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	1	4.0
Biceps tendinopathy	1	4.0
Shoulder impingement/ Synovitis	8	20.5
Lumbar muscle trigger points	4	10.3
Lumbar pain undiagnosed	3	7.7
Achilles enthesopathy	2	5.1
Achilles enthesopathy with retrocalcaneal bursitis	2	5.1
Gimnasia Rítmica		
Ankle joint synovitis	4	8.7
Lumbar muscle trigger points	4	8.7
Posteromedial shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	4	8.7
Achilles enthesopathy with retrocalcaneal bursitis	3	6.5
Knee joint synovitis	3	6.5
Lumbar Spine Facet Joint Pain/ Stiffness	3	6.5
Gimnasia Trampolín		
Posteromedial shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	4	28.6
Anterior shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	2	14.3
Head/ Facial fracture	2	14.3
Costochondritis	1	7.1
Head Injuries	1	7.1
Costochondritis	2	40.0
Facial Muscle trigger points	1	20.0
Lumbar pain undiagnosed	1	20.0
Lumbar Spine Facet Joint Pain/ Stiffness	1	20.0

Diagnóstico	n	%
Judo		
Post ACL reconstruction	13	15.5
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	8	9.5
Grade 1 MCL tear knee	7	8.3
Multiple tendinopathy	6	7.1
ACL rupture	4	4.8
Elbow medial ligament injury	4	4.8
Osteitis Pubis	4	4.8
Osteoarthritis Hip Joint	4	4.8
Osteitis Pubis	5	9.4
Anterior talofibular ligament sprain	3	5.7
Post ACL reconstruction	3	5.7
Chest Muscle or Tendon strain/ spasm/ trigger points	2	3.8
DIP joint dislocation ring finger	2	3.8
Hamstring strain	2	3.8
Knee Meniscal cartilage injury	2	3.8
Karate-Do		
Osteitis Pubis	9	9.9
Post cartilage surgery knee	9	9.9
Hamstring origin tendinopathy	8	8.8
Hamstring trigger points	5	5.5
Post Shoulder Surgery	5	5.5
Rotator Cuff muscle injury	4	4.4
Patellar tendinopathy	13	25.0
Lumbar muscle trigger points	8	15.4
Ankle lateral ligament sprain	4	7.7
Distal triceps tendinopathy	2	3.8
Rotator Cuff muscle injury	2	3.8
Acromioclavicular joint sprain	1	1.9

Diagnóstico	n	%
Levantamiento de Pesas		
Knee Tendon Injury	4	13.3
Shoulder muscle strain/ spasm/ trigger points	4	13.3
Other stress/ Overuse Injuries to Thigh	3	10.0
Shoulder Tendon Overuse Injury/ Strain	3	10.0
Elbow medial ligament injury	1	3.3
Knee Tendon Injury	16	44.4
Quadriceps tendinopathy	3	11.1
Lower leg muscle Injury	2	7.4
Elbow medial ligament injury	1	3.7
Hamstring tendon injury	1	3.7
Lucha		
Lumbar pain undiagnosed	4	21.1
Ankle lateral ligament sprain	2	10.5
Grade 1 MCL tear knee	2	10.5
LCL strain/ rupture	2	10.5
Post open shoulder stabilisation	2	10.5
Shoulder muscle strain/ spasm/ trigger points	10	26.3
MCL injury knee	8	21.1
Knee Pain/ Injury Not otherwise specified	3	7.9
LCL strain/ rupture	3	7.9
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	2	5.3
Natación		
Lumbar muscle trigger points	2	100.0
Quadriceps tendinopathy	4	80.0
Patellar tendinopathy	1	20.0

Diagnóstico	n	%
Para-Arquería		
Calf muscle trigger points/ spasm	1	25.0
Lumbar muscle trigger points	1	25.0
Lumbar Pain/ Injury nor otherwise specified	1	25.0
Thoracic muscle trigger points	1	25.0
Para-Baloncesto		
Ankle Sprains	2	50.0
Ankle deltoid ligament sprain	1	25.0
Knee joint synovitis	1	25.0
Ankle lateral ligament sprain	3	42.9
Anterior talofibular ligament sprain	1	14.3
Knee pain undiagnosed	1	14.3
Knee Pain/ Injury Not otherwise specified	1	14.3
Triangular fibrocartilage complex tear	1	14.3
Para-Cycling		
General medical screen	1	25.0
Knee pain undiagnosed	1	25.0
General medical screen	1	25.0
Post knee replacement surgery	1	25.0
Para-Fútbol 11		
Post knee Surgery	4	36.4
Lumbar muscle trigger points	2	18.2
Ankle lateral ligament sprain	2	18.2
Sacroiliac Joint Inflammation	1	9.1
Lumbar pain undiagnosed	1	9.1

Diagnóstico	n	%
Para-Fútbol Sala		
Neck muscle spasm/ trigger points incl torticollis	3	42.9
Knee Meniscal cartilage injury	2	28.6
Hip and Groin Soft Tissue Bruising/ Haematoma	1	14.3
Patellar tendinopathy	1	14.3
Grade 1 MCL tear knee	2	66.4
Ankle multiple ligaments sprain	1	33.6
Para-Judo		
Knee Cartilage Injury(Chondral/ Osteochondral/ Meniscal)	2	22.2
Other chronic subacromial impingement	2	22.2
Biceps tendinopathy	1	11.1
Lumbar muscle trigger points	1	11.1
Rotator Cuff muscle injury	1	11.1
Knee Pain/ Injury Not otherwise specified	2	25.0
Post Shoulder Surgery	2	25.0
ACL rupture	1	12.5
Lumbar muscle trigger points	1	12.5
Shoulder impingement/ Synovitis	1	12.5
Para-Natación		
Anterior talofibular ligament sprain	3	30.0
Distal triceps tendinopathy	3	30.0
Lumbar pain undiagnosed	3	30.0
Degenerative lumbar disc disease	1	10.0
Shoulder impingement/ Synovitis	4	22.2
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	3	16.7
Adductor strain	2	11.1
Common extensor origin tendinopathy	2	11.1
Calf muscle trigger points/ spasm	1	5.6

Diagnóstico	n	%
Para-Powerlifting		
Shoulder impingement/ Synovitis	2	66.7
Rotator Cuff muscle injury	1	33.3
Common extensor origin tendinopathy	2	20.0
Lumbar Pain/ Injury nor otherwise specified	2	20.0
Shoulder impingement/ Synovitis	2	20.0
Facial Muscle and/or Tendon strain/ spasm/ trigger points	1	10.0
Facial Muscle trigger points	1	10.0
Para-Tenis de Mesa		
Mid/ distal plantar fasiitis	2	20.0
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	2	20.0
Ankle Sprains	1	10.0
Costochondritis	1	10.0
Knee Muscle Strain/ Spasm/ Trigger Points	1	10.0
DIP joint dislocation finger unknown	1	50.0
Shoulder Tendon Overuse Injury/ Strain	1	50.0
Para-Tiro Deportivo		
Other hand pain NOS	1	100.0
Biceps tendinopathy	2	40.0
Rotator Cuff muscle injury	2	40.0
Thigh Muscle strain/ Spasm/ Trigger Points	1	20.0
Patinaje		
Post knee Surgery	2	50.0
Hamstring origin tendinopathy	1	25.0
Hamstring tendinopathy with ischial bursitis	1	25.0
Ankle lateral ligament sprain	2	28.6
ACL rupture	1	14.3
Anterior talofibular ligament sprain	1	14.3
Gastrocnemius tendon injury	1	14.3
Lateral gastroc trigger points/ spasm	1	14.3

Diagnóstico	n	%
Patinaje Artístico		
Posteromedial shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	7	20.0
Post knee Surgery	5	14.3
Anterior shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	4	11.4
Post cartilage surgery knee	3	8.6
Adductor trigger points	2	5.7
Lumbar muscle trigger points	3	37.5
Adductor longus tendinopathy	1	12.5
Costochondritis	1	12.5
Gluteus med/ min tendinopathy	1	12.5
Medial hamstring tendinopathy, incl pes anserine bursitis	1	12.5
Patinaje Carreras		
Medial gastroc tendinopathy knee	1	100
Lumbar disc annular tear	1	25
Lumbar disc prolapse	1	25
Peroneal trigger points/ spasm	1	25
Spleen trauma	1	25
Patinaje Velocidad		
Sacroiliac Joint Inflammation	3	25.0
Lumbar muscle trigger points	2	16.7
Rectus femoris origin tendinopathy	2	16.7
Rectus femoris tendon strain	2	16.7
Medial femoral condyle osteochondral injury	1	8.3

Diagnóstico	n	%
Rugby		
Elbow Joint Sprain	3	37.5
Acromioclavicular joint sprain	1	12.5
Fracture medial malleolus	1	12.5
Rectus femoris origin tendinopathy	1	12.5
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	1	12.5
Acute subacromial impingement	1	50.0
Anteroinferior instability of shoulder	1	50.0
Rugby 7		
Ankle lateral ligament sprain	3	6.3
Lumbar muscle trigger points	3	6.3
Posteromedial shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	3	6.3
Quadriceps tendinopathy	3	6.3
Anterior shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	2	4.2
Grade 2 MCL tear knee	2	4.2
Knee joint synovitis	2	4.2
Ankle lateral ligament sprain	2	11.1
Bruised rib(s)/ chest wall	2	11.1
Grade 1 MCL tear knee	2	11.1
Shoulder impingement/ Synovitis	2	11.1
Chronic synovitis of thumb	1	5.6
Rugby Silla de Ruedas		
Upper arm trigger points/ spasm	1.0	100
Chest Muscle or Tendon strain/ spasm/ trigger points	1	16.7
Distal biceps tendinopathy	1	16.7
Other finger pain NOS	1	16.7
Other Wrist and Hand Pain/ Injury not otherwise specified	1	16.7
Shoulder Pain/ Injury not otherwise specified	1	16.7

Diagnóstico	n	%
Skateboarding		
Post cartilage surgery knee	4	57.1
Ankle lateral ligament sprain	1	14.3
Other hand pain NOS	1	14.3
Wrist Injuries	1	14.3
Post knee Surgery	3	50.0
Clavicular fracture	1	16.7
Synovitis of midfoot joints	1	16.7
Wrist sprain/ jarring (radiocarpal joint)	1	16.7
Squash		
Common extensor origin tendinopathy	1	12.5
Grade 1 MCL tear knee	1	12.5
Hip Joint Chondral/ Osteochondral Injury	1	12.5
Patellar tendinopathy	1	12.5
Post surgery on wrist joint	1	12.5
Ankle joint synovitis	1	25.0
Ankle Pain/ Injury not otherwsie specified	1	25.0
Lumbar pain with hamstring referral	1	25.0
Quadriceps Strain	1	25.0
Taekwondo		
Post cartilage surgery knee	7	29.2
Posteromedial shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	7	29.2
Post knee reconstructive surgery	4	16.7
Post knee Surgery	2	8.3
Adductor longus tendinopathy	1	4.2
Post knee Surgery	5	14.7
Adductor strain	3	8.8
Knee Sprains/ Ligament Injuries	3	8.8
Lower leg muscle Injury	2	5.9
Post knee reconstructive surgery	2	5.9

Diagnóstico	n	%
Tenis de Campo		
Distal triceps tendinopathy	1	33.3
Lumbar pain undiagnosed	1	33.3
Thoracic muscle trigger points	1	33.3
Tenis de Mesa		
Sacroiliac joint sprain	2	11.8
Chest Muscle or Tendon strain/ spasm/ trigger points	1	5.9
Common extensor origin tendinopathy	1	5.9
Foot Soft Tissue Bruising/ Haematoma	1	5.9
ITB friction syndrome	1	5.9
Muscle strain lower limb	1	25.0
Thigh muscle wasting	1	25.0
Traumatic knee bursitis	1	25.0
Unspecified or multiple adductor tendinopathy	1	25.0
Tiro Deportivo		
Finger joint sprain (PIP and DIP joints)	1	100.0
Common extensor origin tendinopathy	4	80.0
wrist extensor tenosynovitis/ tendinopathy at wrist	1	20.0
Triatlón		
Ankle Sprains	2	15.4
Anterior shin periostitis/ stress syndrome/ shin splints	1	7.7
Lumbar Pain/ Injury nor otherwise specified	1	7.7
Neck Injuries	1	7.7
Post Hand/ Finger/ thumb surgery	1	7.7
Biceps tendinopathy	1	12.5
Facial Muscle trigger points	1	12.5
Gastrocnemius muscle injury/ strain	1	12.5
Lower leg muscle Injury	1	12.5
Lumbar pain undiagnosed	1	12.5

Diagnóstico	n	%
Voleibol		
Post knee Surgery	5	15.2
Lumbar pain undiagnosed	3	9.1
Mid/ distal plantar fasiitis	3	9.1
Lumbar muscle trigger points	2	6.1
Post knee reconstructive surgery	2	6.1
Patellar tendinopathy	13	22.4
Ankle Sprains	8	13.8
Post knee Surgery	6	10.3
Ankle lateral ligament sprain	3	5.2
Knee pain undiagnosed	3	5.2
Voleibol Playa		
Muscle Strain/ Spasm/ Trigger Points Location Unspecified or Crossing Anatomical Boundaries	1	100
Knee Injuries	1	20.0
Lumbar muscle trigger points	1	20.0
Lumbar pain undiagnosed	1	20.0
Post Hip/ Groin Surgery	1	20.0
Post meniscal repair	1	20.0
Voleibol Sentado		
Lumbar pain undiagnosed	1	100.0
Shoulder muscle strain/ spasm/ trigger points	7	43.75
Rotator Cuff muscle injury	4	25
Thumb bruising/ haematoma	2	12.5
Common extensor origin tendinopathy	1	6.25
Distal triceps tendinopathy	1	6.25
Billar		
Elbow Joint Sprain	3	42.8
Shoulder Tendon Overuse Injury	2	28.6
Lumbar Spine muscle and Tendon Strain/ Spasm/	2	28.6

Diagnóstico	n	%
Beisbol		
Shoulder muscle strain/ spasm/ trigger points	6	46.2
Hamstring origin tendinopathy	3	23.1
Elbow Joint Sprain	2	15.4
Elbow medial ligament injury	1	7.7
Elbow posterior impingement/ synovitis	1	7.7
Futbol		
Ankle multiple ligaments sprain	3	30.0
Combined ligament injuries knee	2	20.0
Shoulder muscle strain/ spasm/ trigger points	1	10.0
Lumbar muscle trigger points	1	10.0
Lateral ligaments rupture (grade 3 injury)	1	10.0
Para-Atletismo		
Patellofemoral pain with patellar tendinopathy	9	30.0
Hamstring trigger points	3	10.0
Stress rxn metatarsal/ metatarsalgia	2	6.7
Peroneal tendon strain	2	6.7
Fractured talar dome	2	6.7
Elbow Pain/ Injury not otherwise specified	22.0	20.6
Achilles enthesopathy	16.0	15.0
Medial hamstring tendon strain	13.0	12.1
Lumbar Pain/ Injury nor otherwise specified	12	11.2
Ankle pain undiagnosed	11	10.3

5. Discusión

El hallazgo más relevante de este informe fue la concentración de la demanda asistencial en un conjunto de condiciones musculoesqueléticas de alta carga para el sistema deportivo—principalmente rodilla (dolor patelofemoral/tendinopatía rotuliana y seguimiento postoperatorio de LCA), columna lumbar (dolor/strain) y hombro (síndrome de pinzamiento)—lo cual sugiere un patrón mixto de lesiones por sobreuso y de procesos de retorno al deporte que requieren seguimiento prolongado. Este perfil es coherente con la literatura contemporánea que ubica la rodilla y el tobillo como regiones de alta frecuencia de lesión en múltiples deportes y resalta la necesidad de reportar no solo incidencia/frecuencia sino también carga y severidad para priorizar acciones preventivas y de gestión clínica.[5 6]

Desde una perspectiva epidemiológica, estos resultados deben interpretarse en el marco de un sistema de vigilancia basado en atenciones clínicas. Los consensos del Comité Olímpico Internacional recomiendan estandarizar definiciones, clasificación diagnóstica y procedimientos de calidad del dato para mejorar comparabilidad entre temporadas y disciplinas, así como para transitar desde indicadores de frecuencia hacia indicadores de carga (p. ej., días perdidos o severidad acumulada). [5] En este informe, la utilización de codificación tipo Orchard/OSIICS favorece la comparabilidad internacional; sin embargo, la ausencia de exposición (horas de entrenamiento/competencia) limita el cálculo de tasas y el contraste formal de riesgos entre deportes, por lo que los hallazgos se interpretan como distribución de demanda y no como incidencia.[6]



Un segundo hallazgo operativo importante es la carga de consultas asociadas a seguimiento postoperatorio de LCA y otras cirugías de rodilla.

La mayor frecuencia de consultas por dolor patelofemoral/tendinopatía rotuliana es clínicamente plausible en una población multideportiva joven, dado que el dolor patelofemoral es una de las causas más comunes de dolor anterior de rodilla en poblaciones físicamente activas y tiende a presentarse con mayor frecuencia en mujeres jóvenes. [7] Adicionalmente, la tendinopatía rotuliana es altamente prevalente en deportes con saltos y almacenamiento/liberación repetida de energía (p. ej., voleibol y baloncesto), lo cual es consistente con la demanda observada y sugiere oportunidades para intervenciones preventivas basadas en manejo de carga y programas de fuerza. [8]



Un segundo hallazgo operativo importante es la carga de consultas asociadas a seguimiento postoperatorio de LCA y otras cirugías de rodilla. La evidencia reciente destaca que el retorno al deporte después de reconstrucción de LCA requiere criterios multifactoriales (tiempo desde cirugía, pruebas funcionales, fuerza y preparación psicológica), y que una proporción sustancial de atletas no retorna al mismo nivel o presenta riesgo de relesión, lo que incrementa la necesidad de seguimiento longitudinal. [9] En este contexto, la demanda por controles postquirúrgicos observada puede interpretarse como un indicador indirecto de complejidad clínica y consumo de recursos, y respalda la pertinencia de rutas estandarizadas de rehabilitación y retorno al deporte.

Las consultas por esguince de tobillo (incluyendo compromiso del ligamento talofibular anterior) **y por condiciones de sobrecarga** como síndrome de estrés tibial medial (shin splints) y osteítis del pubis también son congruentes con patrones descritos en revisiones contemporáneas. Los esguinces de tobillo representan una proporción considerable de las lesiones deportivas y se asocian con recurrencia y cronicidad (inestabilidad), lo que justifica estrategias sistemáticas de prevención neuromuscular y protocolos de retorno. 10 En paralelo, el síndrome de estrés tibial medial es una entidad frecuente en corredores y atletas con cargas repetitivas, con factores de riesgo biomecánicos y de carga, y la osteítis del pubis se relaciona con deportes que implican cambios de dirección, giros y pateo; ambos cuadros requieren abordajes multimodales centrados en progresión de carga y fortalecimiento.[11,12]



El patrón de consultas por hombro (pinzamiento/sinovitis y lesiones del manguito rotador) **y por columna lumbar** coincide con la evidencia de que el dolor lumbar no específico y la patología de hombro son problemas relevantes en atletas, especialmente en deportes con cargas repetidas sobre la columna o gestos por encima de la cabeza. En deportes de sobrecabeza, revisiones recientes identifican factores modificables (p. ej., fuerza rotacional, disquinesia escapular) que pueden orientar programas preventivos; para dolor lumbar en atletas, la literatura subraya la heterogeneidad metodológica y la necesidad de vigilancia estandarizada para guiar intervenciones. [13 14]

Este informe tiene limitaciones inherentes al diseño retrospectivo basado en registros clínicos: (i) no permite estimar tasas por falta de denominadores de exposición; (ii) puede existir subregistro o variabilidad diagnóstica entre profesionales; (iii) es posible la mezcla de eventos incidentes y controles/seguimientos en una misma categoría de consulta; y (iv) la presencia de valores atípicos (p. ej., edad mínima registrada de 0 años) sugiere oportunidades de mejora en validación y limpieza del dato. Las guías IOC para vigilancia recomiendan fortalecer diccionarios de datos, reglas de validación y auditorías periódicas para asegurar consistencia y utilidad para la toma de decisiones.[5]

En términos de implicaciones para la práctica y la gestión, los hallazgos apoyan priorizar: (1) programas preventivos focalizados en rodilla y tobillo con enfoque neuromuscular y gestión de carga; (2) rutas estandarizadas para retorno al deporte post-LCA con criterios objetivos y componentes psicosociales; y (3) fortalecimiento del sistema de vigilancia incorporando exposición y severidad para estimar carga por deporte y monitorear cambios interanuales. Estas recomendaciones se alinean con marcos contemporáneos que promueven una prevención contextual, iterativa y basada en datos para reducir impacto más que perseguir eliminación completa de lesiones.[15]

6. Conclusiones



En conclusión, durante 2025 el servicio de Medicina Deportiva registró 2033 consultas, con ligero predominio femenino (53,3%) y un perfil etario joven (mediana 22 años en ambos sexos), evidenciando que la demanda asistencial se concentra en una población mayoritariamente en edad competitiva; el patrón diagnóstico mostró un predominio de condiciones musculoesqueléticas de alta carga —principalmente rodilla (dolor patelofemoral/tendinopatía rotuliana y seguimiento postoperatorio de LCA), columna lumbar (dolor/strain) y hombro

(pinzamiento/sinovitis)— además de lesiones relevantes de tobillo y cuadros por sobrecarga (p. ej., shin splints y osteítis del pubis), lo cual es coherente con la literatura reciente sobre lesiones frecuentes en atletas y refuerza la necesidad de fortalecer la vigilancia con definiciones estandarizadas y, idealmente, incorporar exposición y severidad para estimar carga y orientar programas preventivos focalizados (rodilla/tobillo), así como rutas estructuradas de rehabilitación y retorno al deporte postquirúrgico.

7. Recomendaciones

Con base en los resultados y su interpretación epidemiológica, se recomienda priorizar programas preventivos focalizados en rodilla y tobillo, integrando entrenamiento neuromuscular, fortalecimiento específico y gestión de cargas ajustada por disciplina y sexo; estandarizar rutas de rehabilitación y retorno al deporte, especialmente en atletas post reconstrucción de LCA, incorporando criterios objetivos (tiempo, pruebas funcionales, fuerza) y componentes psicosociales; y fortalecer el sistema de vigilancia mediante la mejora de la calidad del dato (validaciones, diccionario diagnóstico OSIICS), así como la incorporación progresiva de exposición y severidad (p. ej., días perdidos) para estimar carga y evaluar impacto interanual, orientando la asignación eficiente de recursos y la toma de decisiones basada en evidencia.

7. Referencias

1. Van Mechelen W, Hlobil H, Kemper HCG. Incidence, severity, aetiology and prevention of sports injuries. A review of concepts. Sports Med. 1992;14(2):82–99.

2. Bahr R, Krosshaug T. Understanding injury mechanisms: a key component of preventing injuries in sport. Br J Sports Med. 2005;39(6):324–329. doi:10.1136/bjsm.2005.018341.

3. Bahr R, Clarsen B, Derman W, et al. International Olympic Committee consensus statement: methods for recording and reporting of epidemiological data on injury and illness in sport 2020 (including STROBE Extension for Sport Injury and Illness Surveillance (STROBE-SIIS)). Br J Sports Med. 2020;54(7):372–389.

4. Sprouse B, Chandran A, Rao N, et al. Injury and illness surveillance monitoring in team sports: a framework for all. Inj Epidemiol. 2024;11:23.

5. 5. Bahr R, Clarsen B, Derman W, et al. International Olympic Committee consensus statement: methods for recording and reporting of epidemiological data on injury and illness in sport 2020 (including STROBE Extension for Sport Injury and Illness Surveillance [STROBE-SIIS]). Orthop J Sports Med. 2020;8(2):2325967120902908.

6. Orchard JW, Meeuwisse W, Derman W, et al. Sport Medicine Diagnostic Coding System (SMDCS) and the Orchard Sports Injury and Illness Classification System (OSIICS): revised 2020 consensus versions. Br J Sports Med. 2020;54(7):397-402.

7. van Leeuwen GJ, de Schepper EIT, Bindels PJE, Bierma-Zeinstra SMA, van Middelkoop M. Patellofemoral pain in general practice: the incidence and management. Fam Pract. 2023;40(4):589-595.

8. Nutarelli S, Mondini Trissino da Lodi C, Cook JL, Deabate L, Filardo G. Epidemiology of patellar tendinopathy in athletes and the general population: a systematic review and meta-analysis. Orthop J Sports Med. 2023;11(6):23259671231173659.

9. Turk R, Shah S, Chilton M, et al. Return to Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Requires Evaluation of >2 Functional Tests, Psychological Readiness, Quadriceps/Hamstring Strength, and Time After Surgery of 8 Months. Arthroscopy. 2023;39(3):790-801.e6.

10. Jungmann PM, Lange T, Wenning M, et al. Ankle Sprains in Athletes: Current Epidemiological, Clinical and Imaging Trends. Open Access J Sports Med. 2023;14:29-46.

11. Kuwabara A, Dyrek P, Olson EM, Kraus E. Evidence-Based Management of Medial Tibial Stress Syndrome in Runners. Curr Phys Med Rehabil Rep. 2021;9:177-185.

12. Athanasiou V, Ampariotou A, Lianou I, et al. Osteitis Pubis in Athletes: A Literature Review of Current Surgical Treatment. Cureus. 2022;14(3):e22976.

13. Hoppe MW, Brochhagen J, Tischer T, et al. Risk factors and prevention strategies for shoulder injuries in overhead sports: an updated systematic review. J Exp Orthop. 2022;9:78.

14. Dal Farra F, Arippa F, Carta G, et al. Sport and non-specific low back pain in athletes: a scoping review. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2022;14:216.

15. Verhagen E, McGinley P, McKay CD. Beyond tame solutions: a new paradigm for injury prevention in sports. BMJ Open Sport Exerc Med. 2025;11(2):e002478.



INDEPORTES ANTIOQUIA