

Artículo original

Efecto de la rehabilitación temprana *versus* tardía, en pacientes con tenorrafia del tendón de Aquiles

Vargas-Mena R,* Burgos-Elías VM,** Pérez-González CS***

Hospital Privado, Corporativo Hospital Satélite. Ciudad Satélite, Estado de México

RESUMEN. *Antecedentes:* La ruptura del tendón de Aquiles es una patología prevalente en nuestro medio. En la bibliografía no existe consenso acerca de la modalidad ideal de tratamiento ni del tiempo ideal de inmovilización previo al inicio de fisioterapia. Es ampliamente conocido el efecto nocivo de inmovilización prolongada, por lo que se comparan los resultados funcionales de fisioterapia temprana con la de inicio tardío en pacientes postoperados por ruptura del tendón de Aquiles. *Material y métodos:* Estudio retrospectivo-prospectivo, longitudinal y comparativo, pacientes mayores de 16 años con ruptura del tendón de Aquiles, manejados quirúrgicamente y referidos a rehabilitación, quienes se sometieron al protocolo de manejo establecido del servicio. Se realizó la revisión retrospectiva de expedientes para pacientes de alta y el seguimiento prospectivo para pacientes de nuevo ingreso a partir de la fecha de inicio del estudio. Se continuó la evaluación mediante entrevista telefónica, registrándose resultados según la escala Achilles Tendon Rupture Score. *Resultados:* Se incluyeron 115 pacientes, integrándolos en dos grupos según el tiempo transcurrido entre la cirugía y el inicio de la terapia física en: grupo A con 31, entre el día 0 y 21 del postoperatorio y grupo B con 84, posterior al día 21 de postoperatorio. Se registraron dos complicaciones infecciosas y ninguna rerruptura. Los resultados funcionales fueron 6.52 para grupo A y 8.18 para grupo B. *Conclusiones:*

ABSTRACT. *Background:* Achilles tendon tear is a prevalent condition in our setting. There is no consensus in the literature regarding the ideal treatment modality or the right immobilization period before starting physiatrics. The harmful effect of prolonged immobilization is widely known, so the functional results of early versus late physical therapy are compared in patients subjected to surgery for Achilles tendon tear. *Material and methods:* Ambispective, longitudinal, comparative study in patients over 16 years of age with Achilles tendon rupture treated surgically and referred to rehabilitation; they followed the management protocol established at the service. Retrospective record review was performed for discharged patients and patients admitted after the study initiation date were followed-up prospectively. The evaluation continued by means of a phone interview; results were recorded according to the Achilles Tendon Rupture Score. *Results:* A total of 115 patients were included; they were classified into two groups according to the time elapsed between the surgery and the onset of physical therapy, as follows: 31 patients in group A, with onset between postoperative days 0 and 21; and 84 patients in group B, with onset after postoperative day 21. Two infectious complications were reported and no re-ruptures. Functional results were 6.52 for group A and 8.18 for group B. *Conclusions:* The duration of rehabilitation was similar in all pa-

Nivel de evidencia: III

www.medigraphic.org.mx

* Especialista en Ortopedia y Traumatología. Cirujano de Columna Vertebral. Adscrito a la UMAE «Ignacio García Téllez», IMSS, Mérida, Yucatán.

** Especialista en Medicina de Rehabilitación. Director del Servicio de Rehabilitación, Corporativo Satélite, Cd. Satélite, Estado de México.

*** Licenciada en Terapia Física y Rehabilitación.

Dirección para correspondencia:

Dr. Rodrigo Vargas Mena

Calle 36 Núm. 428 x33 y 35, Col. Jesús Carranza, C.P. 97109, Mérida, Yucatán.

E-mail: rodrigovargasmena@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>

La duración de rehabilitación fue similar para todos los pacientes independientemente del protocolo. El tiempo transcurrido desde la cirugía hasta el alta es menor en pacientes sometidos a fisioterapia de inicio temprano. La calificación funcional es independiente del inicio de la terapia física. La cirugía seguida de movilización temprana es una práctica segura que no aumenta complicaciones y que acorta el tiempo total de reincorporación del paciente a sus actividades cotidianas.

Palabras clave: tendón de Aquiles, tobillo, cuidados postoperatorios, rehabilitación, ruptura.

tients, regardless of the protocol. The time elapsed between surgery and discharge was shorter in patients who underwent early physical therapy. The functional score is independent from the onset of physical therapy. Surgery followed by early mobilization is a safe practice that does not increase complications and shortens the total time the patients need to resume their daily activities.

Key words: Achilles tendon, ankle, postoperative care, rupture, rehabilitation.

Introducción

El tendón de Aquiles constituye la inserción distal de la unidad músculo-tendinosa del gastrocnemio (gemelos), sóleo y plantar delgado, formando el denominado tríceps sural.¹

La sustancia del tendón calcáneo, o de Aquiles, consiste en colágena (cerca de 95% es colágena de tipo I) y elastina, suspendida en una matriz de proteoglicano y agua. La colágena tipo I corresponde aproximadamente a 70% de la masa seca del tendón y la elastina a 1 o 2%.^{1,2}

La edad de mayor prevalencia de las rupturas del tendón de Aquiles apunta entre los 20 y 40 años. La etiología permanece poco clara, pero mecanismos de aceleración y desaceleración se han reportado hasta en 90% de las rupturas de tendón de Aquiles relacionadas con el deporte.³

Desde los años noventa existe un gran número de artículos publicados con respecto a la controversia del manejo de los pacientes con ruptura total del tendón de Aquiles, manejo conservador *versus* manejo quirúrgico. Se ha descrito que las desventajas del tratamiento quirúrgico incluyen las complicaciones postoperatorias como infección, dehiscencia de herida, lesiones nerviosas y el impacto económico por incapacidad laboral que implica en su período de recuperación. El manejo conservador puede presentar un índice más alto de rerruptura y una recuperación funcional incompleta con niveles de actividad física menores a los previos a la lesión. Existen reportes que señalan que el tratamiento conservador es menos recomendado por la presencia de recidiva en hasta 30% de los casos.⁴

La tendencia actual es la movilización temprana posterior a la reparación quirúrgica de las rupturas agudas. Metaanálisis recientes han demostrado que los protocolos de tratamiento con rehabilitación temprana comparados con inmovilización postoperatoria prolongada llevaron a resultados subjetivos de excelencia y sin diferencia en la tasa de rerruptura.⁵

Existen diversos esquemas de inmovilización propuestos, como el de Ingvar y colaboradores, con inmovilización en flexión plantar durante 4 semanas y en posición neutra

durante 4 semanas adicionales. La dorsiflexión de tobillo se permite durante las semanas 5 a 8.⁶ Wallace y su grupo colocan un yeso corto con el tobillo en equino, en las primeras 24 horas después de la lesión. A las 4 semanas de evolución se cambia por una órtesis rígida para apoyo de peso, después de 4 semanas de uso se indica el retiro de la órtesis y reeducación de la marcha.⁷ Neumayer y asociados manejan a sus pacientes con un yeso en equino por 10 días y posteriormente una férula funcional con grados variables de flexión plantar de 0 a 30°, con retiro a las 8 semanas e inicio de fisioterapia durante la segunda semana.⁸ Maffulli y colaboradores⁹ reportan un esquema de tratamiento e inmovilización en el cual se coloca una férula de yeso por debajo de la rodilla durante dos semanas; en este lapso el paciente es estimulado a apoyar el mayor peso posible en el miembro operado. A las dos semanas el yeso es retirado y se coloca una férula anterior, permitiendo al tobillo la extensión pero no la flexión; además de permitir la inversión y eversión, son realizados ejercicios isométricos con resistencia manual y finalmente, en la sexta semana, la férula es retirada y el paciente gradualmente regresa a sus actividades normales. El paciente puede tardar de 9 a 12 meses en regresar a su actividad previa a la lesión.¹⁰

Tanto en la literatura mundial como en la de nuestro país no existe un verdadero consenso acerca del inicio de los protocolos de rehabilitación para los pacientes con ruptura del tendón de Aquiles, independientemente de su manejo quirúrgico o conservador, por lo cual consideramos necesario aportar información acerca de la evolución de los pacientes con ruptura del tendón de Aquiles manejados quirúrgicamente y que se someten a fisioterapia de inicio temprano en comparación con los que inician dicha fisioterapia tardíamente.

Material y método

Se trata de un estudio retrospectivo y prospectivo, longitudinal, descriptivo, observacional y comparativo, realizado en pacientes de cualquier género, sin importar su edad,

con diagnóstico de ruptura de tendón de Aquiles, aguda o crónica, manejados quirúrgicamente, independientemente de la extremidad afectada y de la técnica quirúrgica utilizada; referidos al servicio de terapia física y rehabilitación de nuestro centro hospitalario, dentro del período postquirúrgico, los cuales se sometieron al protocolo de manejo vigente, consistente en:

- Tratamiento de rehabilitación intrahospitalario. Inicia inmediatamente después de la intervención quirúrgica y finaliza con el alta del paciente a su domicilio. Los objetivos en esta etapa son medidas contra edema y programa de fortalecimiento para miembros pélvicos de las articulaciones libres.
- Tratamiento de rehabilitación extrahospitalario. Se inicia en la segunda o tercera semana del postquirúrgico de tenorrafia aquilea. Esto dependerá de la referencia oportuna y de las condiciones del paciente y de la herida.

Los objetivos a cubrir serán tratamiento analgésico desinflamatorio, cuidados de herida quirúrgica, recuperación de los arcos de movilidad de tobillo, fortalecimiento muscular y reeducación de la marcha hasta lograr su función normal. Todo esto mediante las aplicaciones de ultrasonido terapéutico, compresa húmedo-caliente, mesoterapia en área de cicatriz, medidas contra edema y mecanoterapia con metas progresivas, con variación semanal desde la semana 2 o 3 del postoperatorio hasta el alta en la semana 8 (6 semanas con programa de terapia física). El día del egreso se puntualiza la rutina de ejercicios para el hogar. El paciente debe realizarla dos veces al día por un mes adicional.

Se comparó con un grupo que acudió al servicio de terapia física y rehabilitación, los pacientes contaban con más de 21 días de postoperados y recibieron tratamiento según el siguiente protocolo:

- Los pacientes que comienzan rehabilitación en las semanas cuatro, cinco, seis, siete, ocho o más, después de haber sido operados, inician el tratamiento acorde a la semana de postquirúrgico que cursan. Tomando en cuenta que a mayor tiempo de inmovilización, menor fuerza, elasticidad y rango de movilidad, las sesiones se inician partiendo de la semana número 2 del protocolo de rehabilitación temprana (semana 4 del postquirúrgico).
- Los pacientes que fueron inmovilizados por mayor tiempo fueron tratados tomando en cuenta las semanas dispuestas en el protocolo y buscando compensarlas de manera

progresiva con el tiempo de evolución de cada paciente después de la cirugía.

El tamaño de la muestra se determinó por conveniencia, incluyéndose a todos los pacientes referidos a nuestro servicio de rehabilitación con el diagnóstico de ruptura de tendón de Aquiles, postoperados de tenorrafia, en el período de estudio comprendido entre Enero de 2000 a Junio de 2011.

Se conformaron dos grupos, Grupo A, con pacientes que iniciaron terapia física dentro de las primeras 3 semanas del período postquirúrgico (0 a 21 días), y grupo B, quienes la iniciaron en cualquier momento de su evolución posterior a 3 semanas de postoperados.

Las sesiones de terapia física se otorgaron diariamente, 5 días a la semana, con una duración de 50 minutos. Adicionalmente a la terapia en el servicio, al paciente se le indicó realizar en casa ejercicios de Buerger-Allen (antiedema), así como los señalados como rutina para el hogar.

Se consideró el alta del servicio al cumplirse las siguientes condiciones durante la evolución de la fisioterapia:

- Arcos de movimiento completos hacia inversión, eversión, plantiflexión y dorsiflexión del miembro operado y sin dolor.
- Fuerza mínima de 4, acorde a la escala de Lovett, hacia todos los rangos de movilidad de la articulación del tobillo.
- Capacidad para realizar puntas y talones en sedente y bipedestación.
- Ascenso y descenso de escalones.
- Marcha adecuada.

El paciente podrá regresar a la actividad deportiva a partir de las 12 semanas posteriores a la cirugía. El retorno al deporte debe ser gradual, evitando deportes de contacto y no competitivos.

El paciente podrá reinsertarse a actividades deportivas de tipo competitivo después de la semana 20 del postquirúrgico, realizando un adecuado entrenamiento y reacondicionamiento.

Se realizó la revisión retrospectiva de expedientes para los pacientes ya dados de alta del servicio. Se vigiló la evolución de manera prospectiva, de acuerdo al protocolo, de los pacientes de recién ingreso a terapia física a partir del inicio del presente estudio. Se continuó el seguimiento posterior a la finalización de la terapia, mediante una entrevista telefónica para todos los pacientes existentes en el archivo clínico durante el mes de Junio de 2011, registrándose resultados funcionales, según la escala *Achilles Tendon Rupture Score* (ATRS) (Anexo 1).¹¹

Tabla 1. Inicio de la terapia, sesiones requeridas y calificación funcional.

	Grupo A	Grupo B	p
Inicio de terapia física	2 semanas 5 días	12 semanas 1 día	0.009
Sesiones de terapia física	5 semanas	3 semanas 4 días	0.924
Calificación ATRS	6.52	8.18	0.390
Duración total	67.2 días	130.56 días	0.024

Los datos recabados fueron analizados con software estadístico de acuerdo a las variables definidas y se utilizó estadística inferencial no paramétrica mediante la prueba T de Student y la prueba de χ^2 .¹² Asimismo se utilizó estadística descriptiva para obtener porcentajes, frecuencias, medias y desviaciones estándar de los datos obtenidos. Se realizaron gráficas de percentiles y tablas para las frecuencias obtenidas.

Resultados

Se obtuvieron los datos de 121 pacientes en el archivo clínico del servicio de rehabilitación, con diagnóstico de ruptura del tendón Aquiles, en todos los casos se trató de rupturas agudas, desde Enero de 2000 hasta Junio de 2011. No fue posible localizar a 4 pacientes y fueron excluidos 2 del análisis final, por presentar complicaciones postquirúrgicas que interrumpieron su tratamiento de fisioterapia. El seguimiento final fue de 115 pacientes (96.63%), los cuales se distribuyeron en 2 grupos, según el tiempo transcurrido entre la intervención quirúrgica y la referencia a nuestro servicio: Grupo A, con 31 pacientes, quienes iniciaron fisioterapia entre las semanas 2 y 3 de evolución del postoperatorio, y Grupo B, con 84 pacientes, quienes recibieron terapia después de pasadas 3 semanas de evolución postquirúrgica. El seguimiento de los pacientes fue de un mínimo de 7 meses y máximo de 11 años y 1 mes.

Fueron manejados 87 pacientes del género masculino y 28 pacientes del género femenino, que corresponden a 75.7 y 24.3%, respectivamente. La edad de los pacientes se encontraba entre 16 y 73 años de edad, con una media de 38.3 (± 10.2 años). La actividad realizada con mayor frecuencia al momento de la lesión correspondió al fútbol soccer con 22.6% (26 pacientes), seguido de rupturas durante la carrera con 19.1% ($n = 22$), tenis y caídas con 10.4% ($n = 12$), contusiones y basquetbol 7.8% ($n = 9$); 4.3% ($n = 5$) lesionados con heridas y danzando, practicando fútbol americano y salto 3.5% ($n = 4$), jugando squash y subiendo o bajando escaleras 2.6% ($n = 3$) y 0.9% (1 paciente) practicando voleibol.

Para el Grupo A, el inicio de la terapia física fue de 2 semanas y 5 días en promedio, con un mínimo de 1 semana y 4 días, un máximo de 3 semanas.

Para el Grupo B, el inicio de la terapia física fue en promedio a las 12 semanas y 1 día, con un mínimo de 3 semanas y 4 días, un máximo de 160 semanas y 2 días.

El Grupo A recibió en promedio 5 semanas de terapia física antes del alta (25.55 sesiones), mientras que el Grupo B recibió en promedio 3 semanas y 4 días de terapia física antes de su egreso (17.64 sesiones).

En cuanto a la calificación funcional, el Grupo A obtuvo una media de 6.52 puntos de ATRS (mínimo 0, máximo 34). El Grupo B obtuvo una calificación promedio de 8.18 puntos (mínimo 0, máximo 54).

La duración total del tratamiento, a partir del momento de la cirugía hasta el alta del servicio de rehabilitación, fue para el grupo A, de 67.2 días, para el grupo B, de 130.56 días.

Las pruebas estadísticas arrojaron valores significativos para el inicio de terapia física y la duración total del tratamiento, y valores no significativos estadísticamente para el número de sesiones de terapia física y la calificación del ATRS (Tabla 1).

Se observó una frecuencia de complicaciones postquirúrgicas en 1.73% de la muestra (2 pacientes), ambos presentaron infección de herida quirúrgica y dehiscencia parcial de la misma. Un paciente pertenecía al Grupo A y un paciente al Grupo B. Estos pacientes no se incluyeron en el análisis funcional final, ni en el del tiempo requerido para su rehabilitación completa, ya que no se apegaron al protocolo establecido.

No se observó ningún caso de rrruptura del tendón en toda la muestra estudiada.

Discusión

La edad media de las rupturas en esta serie (38 años) coincide con lo expresado en la literatura mundial.

Los resultados del presente estudio nos hablan de una calificación funcional más favorable cuando existe una movilización temprana; sin embargo, sin que exista una asociación estadísticamente significativa. Los valores obtenidos colocan a los pacientes con resultados funcionales de buenos a excelentes.

La duración del tratamiento rehabilitatorio fue menor para los pacientes no sometidos al protocolo de rehabilitación temprana de nuestro servicio (Grupo B) que para los que sí lo fueron (Grupo A); sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa para dicha duración.

La duración total del tratamiento, desde el momento de la cirugía hasta el momento del alta de servicio de rehabilitación, es menor para los pacientes sometidos al protocolo propuesto que para los que no se incluyen en éste, existiendo una asociación estadísticamente significativa de dicha diferencia.

La rrruptura, que se ha reportado como la principal complicación del tratamiento, ya sea conservador o quirúrgico, se reporta con una frecuencia de entre 4 y 18% según las series,^{13,14,15} en nuestro grupo de pacientes no se presentó caso alguno.

Las complicaciones de infección y dehiscencia local no mostraron diferencia entre el grupo de rehabilitación temprana y tardía.

El tratamiento quirúrgico seguido de movilización temprana es una práctica segura (siguiendo los tiempos señalados en este estudio, que respetan las fases de cicatrización), que no aumenta las tasas de rrruptura del tendón ni de complicaciones frecuentes, tales como infección o dehiscencia.

La fisioterapia de inicio temprano no requiere de un mayor número de sesiones de terapia que las que requieren los pacientes que la inician tardíamente. El resultado funcional es igual de satisfactorio para los pacientes que completan el protocolo de terapia física que se lleva a cabo en el servicio

de rehabilitación, Corporativo Satélite, independientemente del momento en que este se inicie.

Aunque no se demuestre en nuestro estudio una necesidad menor de sesiones de terapia física, según el protocolo utilizado, la duración total del tratamiento se acorta al utilizarse un protocolo fisiátrico de inicio temprano; en consecuencia, reincorporando al paciente a sus labores y actividades cotidianas de manera más pronta, disminuyendo el tiempo de incapacidad laboral.

Es necesario hacer estudios comparativos y aleatorizados con pacientes manejados de manera quirúrgica o conservadoramente, pero cuya modalidad de terapia física sea en todos los casos la misma, y de inicio temprano, durante la segunda o tercera semanas de evolución de la ruptura, a fin de clarificar la controversia sobre qué tratamiento es el indicado para las rupturas del tendón de Aquiles. Quizá la respuesta podamos encontrarla en la rehabilitación y no en la decisión de operar o no operar.

Bibliografía

1. Paavola M, Kannus P, Järvinen T, Khan K, Józsa L, Järvinen M: Achilles Tendinopathy. *J Bone Joint Surg Am* 2002; 84: 2062-76.
2. Sharma P, Maffulli N: Tendon Injury and Tendinopathy: Healing and Repair. *J Bone Joint Surg Am* 2005; 87: 187-202.
3. Soldatis JJ, Goodfellow DB, Wilber JH: End-to-end operative repair of Achilles tendon rupture. *Am J Sports Med* 1997; 25: 90-5.
4. Villalobos-Garduño E, Calzada-Prado L, Carbajal-Contreras R, Magaña-Magaña J, Solache-Alcaraz R, Solís-Durán VM: Complicaciones de la plastia del tendón de Aquiles. *Acta Ortop Mex* 2003; 17(4): 192-5.
5. Ajis A, Maffulli N: Management of Chronic Ruptures of the Achilles tendon. *J Bone Joint Surg Am* 2008; 90: 1348-60.
6. Ingvar J, Tägil M, Eneroth M: Nonoperative treatment of Achilles tendon ruptures. *Acta Orthopaedica* 2005; 76(4): 597-601.
7. Wallace R, Traynor I, Kernohan G, Eames M: Combined conservative and orthotic management of acute ruptures of the Achilles tendon. *J Bone Joint Surg Am* 2004; 86-A(6): 1198-202.
8. Neumayer F, Mouhsine E, Arletaz Y, Gremion G, Wettstein M, Crevoisier X: A new conservative-dynamic treatment for the acute ruptured Achilles tendon. *Arch Orthop Trauma Surg* 2010; 130: 363-8.
9. Maffulli N, Tallon C, Wong J, Lim KP, Bleakney R: Early weightbearing and ankle mobilization after open repair of acute midsubstance tears of the Achilles tendon. *Am J Sports Med* 2003; 31: 692-700.
10. Suchak AA, Spooner C, Reid DC, Jomha NM: Postoperative rehabilitation protocols for Achilles tendon ruptures: a meta-analysis. *Clin Orthop Relat Res* 2006; 445: 216-21.
11. Nilsson-Helander K, Thomeé R, Silbernagel KG, Thomeé P, Faxén E, Eriksson BI, Karlsson J: The Achilles tendon Total Rupture Score (ATRS): development and validation. *Am J Sports Med* 2007; 35(3): 421-6.
12. Siegel S: Estadística no paramétrica. México: Ed. Trillas; 1990: 195-225.
13. Khan RJK, Fick D, Brammar TJ, Crawford J, Parker MJ: Surgical interventions for treating acute Achilles tendon ruptures (review). The Cochrane collaboration: John Wiley and Sons; 2008.
14. Metz R, Verleisdonk EJ, van der Heijden GJ, et al: Acute Achilles tendon rupture: minimally invasive surgery *versus* nonoperative treatment with immediate full weightbearing: A randomized controlled trial. *Am J Sports Med* 2008; 36: 1688-94.
15. Metz R, van der Heijden GJ, Verleisdonk EJ, Tamminga R, van der Werken C: Recovery of calf muscle strength following acute Achilles tendon rupture treatment: A comparison between minimally invasive surgery and conservative treatment. *Foot Ankle Spec* 2009; 2: 219-26.

Anexo 1.

Paciente: _____ Edad: _____

Día de cirugía: _____ Semanas de evolución para inicio de T.F.: _____

Ingreso T.F.: _____ Alta T.F.: _____

Score de ruptura del tendón de Aquiles
The Achilles Tendon Rupture Score (ATRS)

Todas las preguntas se refieren a limitaciones/dificultades con su tendón de Aquiles lesionado.

1. ¿Tiene limitaciones debido a disminución en la fuerza de la pantorrilla/tendón de Aquiles/pie?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. ¿Tiene limitaciones debido a fatiga de la pantorrilla/tendón de Aquiles/pie?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. ¿Tiene limitaciones debido a rigidez de la pantorrilla/tendón de Aquiles/pie?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. ¿Tiene limitaciones debido a dolor de la pantorrilla/tendón de Aquiles/pie?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. ¿Tiene limitaciones durante las actividades de la vida diaria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. ¿Tiene limitaciones al caminar sobre superficies irregulares?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. ¿Tiene limitaciones cuando camina rápidamente, al subir escaleras o en subida?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. ¿Tiene limitaciones durante las actividades que involucran correr?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. ¿Tiene limitaciones durante las actividades que involucran saltar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. ¿Tiene limitaciones al realizar labores que incluyen alto esfuerzo físico?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Puntaje total (/100)