

**MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL**

**SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO**

**Resolución N° 696/2013**

Bs. As., 9/4/2013

VISTO el Expediente N° 15.520/13 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), la Ley N° 24.557, y

CONSIDERANDO:

Que uno de los objetivos de la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo (L.R.T.) es reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Que el artículo 20 apartado 1° de la Ley de Riesgos del Trabajo determinó que las ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO (A.R.T.) deben otorgar a los trabajadores que sufran algunas de las contingencias previstas en dicha ley las prestaciones de asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, rehabilitación, recalificación profesional y servicio funerario.

Que el artículo 26 apartado 1° de la Ley de Riesgos del Trabajo estableció que la gestión de las prestaciones previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo está a cargo de las A.R.T.

Que el artículo 30 de la Ley de Riesgos del Trabajo estableció que quienes hubiesen optado por el régimen de autoseguro deberán cumplir con las obligaciones que esa ley pone a cargo del empleador y a cargo de las A.R.T.

Que en consecuencia, corresponde a las A.R.T. y a los EMPLEADORES AUTOASEGURADOS generar los mecanismos para que las prestaciones en especie a que alude la Ley de Riesgos del Trabajo sean otorgadas en tiempo y forma.

Que en este contexto es necesario y oportuno determinar pautas básicas a seguir para que los trabajadores reciban prestaciones en especie de calidad y en el momento en que deban ser brindadas.

Que la Gerencia Médica, a partir de la experiencia recogida durante los años de vigencia del Sistema de Riesgos del Trabajo, consideró necesario el dictado de

normas que protocolicen el tratamiento de las lesiones más frecuentes que sufren los trabajadores accidentados para que éstos reciban prestaciones de calidad.

Que la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología expresó su conformidad a la aplicación de esta normativa, en relación a los conceptos científicos utilizados.

Que la Gerencia de Asuntos Legales de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) ha tomado la intervención que le compete.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones que confieren el apartado 1º del artículo 36 de la Ley Nº 24.557.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE:

ARTICULO 1º — Apruébase el Protocolo para el Tratamiento de las Lesiones Traumáticas de la Columna Vertebral establecidas en el Anexo de esta resolución.

ARTICULO 2º — La presente resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 3º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. JUAN H. GONZALEZ GAVIOLA, Superintendente de Riesgos del Trabajo.

ANEXO

LESIONES TRAUMATICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Generalidades

Esta es una protocolización para el tratamiento de las principales lesiones por accidentes de trabajo en la columna vertebral.

El diagnóstico y el tratamiento de aquellas que no se encuentren incluidas en el presente Anexo, así como las complicaciones, se deben efectuar de acuerdo a los cánones establecidos por la bibliografía nacional e internacional siguiendo las

premisas de celeridad, oportunidad y calidad determinados por el Sistema de Riesgos del Trabajo.

Los tiempos de inmovilización establecidos son estimativos, pudiendo variar de acuerdo a la evolución clínico-radiológica observada.

Fractura de C1 (Jefferson)

Diagnóstico:

a) Estudio radiológico (eventualmente dinámico según criterio y bajo supervisión médica)

b) TAC

c) RMN

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) Incruento

- En fracturas con desplazamiento menor de CINCO (5) mm de las masas laterales: collar cervical por OCHO (8) a DIECISEIS (16) semanas.
- En fracturas desplazadas más de CINCO (5) mm estables: inmovilización cervical entre OCHO (8) y DOCE (12) semanas.
- En ambos casos rehabilitación de TRES (3) a SEIS (6) meses.

Oportunidad: inmediato.

b) Quirúrgico (reducción - osteosíntesis).

- En fracturas irreductibles o inestables.

Oportunidad: inmediato.

## Fracturas de los pedículos o pars interarticulares de C2

Diagnóstico.

- a) Estudio radiológico (eventualmente dinámico según criterio y bajo supervisión médica)
- b) TAC
- c) RMN

Oportunidad: al ingreso.

Tratamiento:

a) Incruento

- En fracturas con mínimo desplazamiento o angulación: inmovilización con ortesis cérvico-torácica por OCHO (8) a DOCE (12) semanas.  
Rehabilitación: de TRES (3) a SEIS (6) meses.

Oportunidad: inmediato

b) Quirúrgico

- En fracturas con angulación del cuerpo de más de DIEZ GRADOS ( $10^\circ$ ) y desplazamiento de más de TRES (3) mm y/o luxación uni o bilateral de las carillas articulares de C2-C3.

Oportunidad: inmediato.

## Fracturas de apófisis odontoides

Diagnóstico:

- a) Estudio radiológico (eventualmente dinámico según criterio y bajo supervisión médica).

b) TAC

c) RMN

Oportunidad: al ingreso.

Clasificación:

- Tipo I: avulsión de los ligamentos alares del extremo de la apófisis.
- Tipo II: fractura de la base de la odontoides.
- Tipo III: fractura que se extiende al cuerpo de C2.

Tratamiento:

a) Incruento

- En avulsiones de la extremidad de la apófisis odontoides (Tipo I): collar cervical por OCHO (8) a DOCE (12) semanas.
- En fracturas que se extienden al cuerpo del axis estables (Tipo III): inmovilización cervical por OCHO (8) a DOCE (12) semanas.
- En fracturas de la unión de la odontoides con el cuerpo de C2 (Tipo II) no desplazadas o desplazamiento menor a DIEZ GRADOS ( $10^\circ$ ) de angulación y TRES (3) mm de diástasis, estables: inmovilización cervical por OCHO (8) a DOCE (12) semanas.

Oportunidad: inmediato

b) Quirúrgico

- En fracturas de la unión de la odontoides con el cuerpo de C2 (Tipo II) desplazadas más de TRES (3) mm, con compromiso del disco e inestables. También en las fracturas tipo III inestables.

Oportunidad: inmediato

Fracturas Luxaciones del Raquis Cervical Bajo

Diagnóstico:

- a) Examen clínico-neurológico.
- b) Estudio radiológico (eventualmente dinámico según criterio y bajo supervisión médica).
- c) TAC
- d) RMN
- e) EMG (en las complicaciones neurológicas periféricas luego de las 3 semanas de la lesión).

Oportunidad: al ingreso.

Clasificación: (Allen y Ferguson)

- 1) Lesiones por flexión-compresión.
- 2) Lesiones por flexión-distracción.
- 3) Lesiones por compresión.
- 4) Lesiones por extensión-compresión.
- 5) Lesiones por extensión-distracción.
- 6) Lesiones por distracción.
- 7) Lesiones por distracción.

Tratamiento: depende de la estabilidad de la lesión

Criterios de inestabilidad de White y Panjabi

(Una puntuación igual o superior a CINCO (5) implica inestabilidad)

Hallazgo clínico	Puntos
Dstrucción de un elemento anterior	2
Dstrucción de un elemento posterior	2
Traslación > 3,5 mm	2
Angulación > 11°	2
Test de tracción positivo	2
Lesión de la médula espinal	2
Lesión de la raíz nerviosa	1
Estrechamiento del espacio discal	1
Anticipación de grandes cargas	1

a) Conservador: (no cumple criterios de inestabilidad):

- Ortesis durante TRES (3) meses (reevaluar luego mediante estudio radiológico dinámico, y si se observa inestabilidad: tratamiento quirúrgico).

b) Quirúrgico: (en lesiones neurológicas o mecánicamente inestables):

- Tracción cervical (medida eventual indicada en casos de luxaciones puras sin hernia discal traumática, que se podrá efectuar como tratamiento previo a una

intervención quirúrgica seguido de inmovilización cervical durante un período mínimo de TRES (3) meses). Luego control radiológico dinámico, y si se observa inestabilidad: fusión vertebral.

- Fusión vertebral

Oportunidad:

- Tratamiento conservador: inmediato

- La tracción cervical con estabilización y descompresión quirúrgica: urgente ante un déficit neurológico progresivo.

- En el resto de los casos la fusión vertebral puede ser diferida

c) Tratamiento postoperatorio: utilización de ortesis por un período mínimo de CUATRO (4) semanas con seguimiento radiológico periódicos

Hernia Discal Cervical

Diagnóstico:

a) Examen clínico

b) Estudio radiológico

c) RMN

d) EMG

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) Incruento:

Inmovilización

Fisioterapia

AINES, miorrelajantes

Bloqueo perirradicular bajo control TAC

Oportunidad: inmediato

b) Quirúrgico en caso de:

- fracaso del tratamiento conservador
- lesión neurológica medular y/o radicular

Oportunidad:

- con déficit neurológico severo o progresivo: inmediato.
- ante el fracaso del tratamiento conservador: luego de SEIS (6) - OCHO (8) semanas.

Fracturas Toracolumbares

Diagnóstico:

- Examen clínico-neurológico
- Estudio radiológico
- TAC
- RMN
- EMG (en las complicaciones neurológicas periféricas luego de las 3 semanas de la lesión).

Oportunidad: al ingreso

Clasificación: (AO)

Tipo A: Aplastamiento del cuerpo vertebral

- 1) fractura impactada
- 2) fractura con separación
- 3) fractura por estallido

Tipo B: Lesión de los elementos posteriores debido a la tracción

- 1) ruptura posterior ligamentosa
- 2) ruptura posterior incluido el arco
- 3) ruptura anterior

Tipo C: Lesión de los elementos anteriores y posteriores con rotación

- 1) aplastamiento del cuerpo con la rotación
- 2) tracción con la rotación
- 3) cizallamiento rotatorio

Tratamiento:

Se determina de acuerdo a un sistema de puntuación que valora el mecanismo de lesión, la estabilidad y el estado neurológico.

1. Mecanismo de lesión

a) Compresión \_\_\_\_\_ Simple \_\_\_\_\_ 1

Angulación lateral > 15 grados\_\_\_ 1

Estallido\_\_\_\_\_1

b) Translacional rotacional\_\_\_\_\_ 3

c) Distracción\_\_\_\_\_ 4

## 2. Sistema ligamentario posterior

a) Intacto\_\_\_\_\_ 0

b) Sospecha/indeterminado \_\_\_\_\_ 2

c) Lesionado\_\_\_\_\_ 3

## 3. Estado Neurológico

a) Participación de la raíz nerviosa\_\_\_\_\_ 1

b) Lesión medular incompleta\_\_\_\_\_ 3

completa \_\_\_\_\_ 2

d) Lesión de cauda equina \_\_\_\_\_ 3

Un puntaje de TRES (3) puntos indica tratamiento conservador; CUATRO (4) puntos, daría como opción un tratamiento quirúrgico y de CINCO (5) puntos en adelante el tratamiento deberá ser definitivamente quirúrgico.

Oportunidad: inmediato

Los pacientes con compresión de los elementos neurales que presentan deterioro neurológico progresivo deben recibir tratamiento urgente con descompresión y estabilización.

Algunos trabajos recomiendan la administración de corticoides protocolizados.

## Fracturas de apófisis espinosas y transversas

### Diagnóstico:

- a) Estudio radiológico
- b) TAC
- c) EMG

Oportunidad: al ingreso

### Tratamiento:

- a) incruento

Oportunidad: al ingreso

- b) quirúrgico: en casos de inestabilidad y/o compromiso neurológico (se remite al capítulo correspondiente)

## Hernias discales lumbares

### Diagnóstico:

- a) Examen clínico
- b) Estudio radiológico
- c) RMN
- d) EMG

Oportunidad: al ingreso

### Tratamiento:

a) Incruento:

Inmovilización

Fisioterapia

AINES, miorrelajantes

Infiltraciones epidurales o radiculares selectivas orientadas por Rx TV o TAC

b) Quirúrgico en caso de:

1- síndrome de cola de caballo

2- déficit neurológico severo o progresivo

3- radiculopatía con dolor severo que no mejora y que persiste tras SEIS (6) - OCHO (8) semanas de tratamiento conservador

Oportunidad:

- en el tratamiento incruento: inmediato

- en el síndrome de cola de caballo: constituye una urgencia quirúrgica

- con déficit neurológico severo o progresivo: inmediato

- en el fracaso del tratamiento conservador: luego de SEIS (6) - OCHO (8) semanas.

Espondilolisis y espondilolistesis traumática

Diagnóstico:

a) Examen clínico

b) Estudio radiológico

c) TAC

d) RMN

e) Centellograma óseo

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) Incruento:

Inmovilización

Fisioterapia

AINES, miorrelajantes

Oportunidad: inmediato.

b) Quirúrgico en caso de: lesiones inestables y/o con compromiso neurológico

Oportunidad: inmediato.

Fracturas de sacro-cóccix

Diagnóstico:

a) Examen clínico

b) Estudio radiológico

c) TAC

d) RMN

e) Centellograma óseo (eventual)

Oportunidad: al ingreso.

Tratamiento:

a) Incruento:

Reposo

Fisioterapia

AINES, miorrelajantes

Medidas higiénico-dietéticas

Oportunidad: inmediato.

b) Quirúrgico en caso de: fracturas inestables y/o desplazadas con compromiso de raíces bajas.

Oportunidad: inmediato.