RESOLUCIÓN 1528/2012
SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.)

Apruébase el Protocolo para el Tratamiento de las Lesiones Traumáticas de los Miembros Superiores.
Del: 07/11/2012; Boletín Oficial 09/11/2012.

VISTO el Expediente Nº 81.546/12 del Registro de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), la Ley Nº 24.557, los Decretos Nº 717 de fecha 28 de junio de 1996, Nº 491 de fecha 29 de mayo de 1997, las Resoluciones S.R.T. Nº 283 de fecha 29 de agosto de 2002, Nº 310 de fecha 10 de septiembre de 2002, Nº 502 de fecha 12 de diciembre de 2002, Nº 216 de fecha 24 de abril de 2003, Nº 1.195 de fecha 25 de octubre de 2004 y Nº 1.300 de fecha 04 de noviembre de 2004, y
CONSIDERANDO:
Que uno de los objetivos de la Ley Nº 24.557 sobre Riesgos del Trabajo (L.R.T.) es reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
Que el apartado 1 del artículo 20 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 apartado 1 del artículo 26 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, asimismo, 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 Subgerencia Control de Prestaciones Médicas, a partir de la experiencia recogida durante los años de vigencia del Sistema de Riesgos del Trabajo, consideró necesario el dictado de protocolos para la atención de los trabajadores damnificados impulsando, en consecuencia, la estandarización de los tratamientos.
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 1° del artículo 36 de la Ley Nº 24.557.
Por ello,
El Superintendente de Riesgos del Trabajo resuelve:

Artículo 1º.- Apruébase el Protocolo para el Tratamiento de las Lesiones Traumáticas de los Miembros Superiores establecidas en el Anexo de esta resolución.

Art. 2º.- La presente resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.
Art. 3º.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.
Juan H. González Gaviola.

ANEXO

LESIONES TRAUMATICAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

Generalidades

Esta es una protocolización para el tratamiento de las principales lesiones por accidentes de trabajo en los miembros superiores.

El diagnostico y el tratamiento de aquellas que no se encuentren incluidas en este listado y 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 controles clínico- radiográficos deben efectuarse: en el post-operatorio o post-reducción inmediato, a las CUARENTA Y OCHO (48) horas y luego cada QUINCE (15) días, excepto en los casos que la presente guía determine otra frecuencia o se presente alguna complicación.

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

Las sesiones de fisiokinesiología se deben efectuar diariamente.

La toilette quirúrgica de las fracturas expuestas debe realizarse de inmediato a la recepción del paciente. La osteosíntesis podrá efectuarse en forma primaria o en un segundo tiempo.

El damnificado debe ser evaluado por infectología.

Hombro

Definiciones: En esta guía se tratan las lesiones de las articulaciones: escapulo humeral, acromio clavicular, esterno clavicular y escapulo torásica.

Luxación Articulación Gleno Humeral

Diagnostico:

a) Estudio radiológico

b) TAC (eventualmente ante sospechas de lesiones osteocondrales)

c) RMN

Oportunidad: estudio radiológico al ingreso; RMN posterior para evaluar lesiones del labrum,

manguito rotador o en luxaciones recidivantes.

Tratamiento:

a) Incruento

Reducción ⟶ Inmovilización (TRES (3) semanas) ⟶ FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Oportunidad: inmediato

b) *Quirúrgico*

(en pacientes menores de TREINTA Y CINCO (35) años y/o con desprendimiento del rodete y/o con gran requerimiento físico o ante lesiones recidivantes).

Oportunidad: inmediato en luxaciones irreductibles o dentro de los CINCO (5) días una vez reducida.

Inmovilización: (TRES (3) semanas) ⟶ FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Luxación Acromio Clavicular

Diagnostico: Estudio radiológico

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) Incruento

(en esguinces y subluxaciones)

Oportunidad: inmediato

Inmovilización (TRES (3) semanas) ⟶ FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

b) Quirúrgico

(en luxaciones completas).

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización: (TRES (3) semanas) ⟶ FKT (DIEZ (10) sesiones)

Luxación Esterno Clavicular

Diagnostico: TAC

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) Incruento

Oportunidad: inmediato

Reducción ⟶ Inmovilización: (CUATRO (4) semanas)

b) Quirurgico

(en luxaciones irreductibles o incoercibles)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización: (durante CUATRO (4) semanas)

Codo

Fracturas de la Extremidad Distal del Humero

Diagnostico: a) Estudio radiológico

b) TAC

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento: a) Incruento

(en las fracturas de epicóndilo y epitróclea sin desplazamiento)

Inmovilización: (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) ⟶ FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

b) Quirúrgico

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (TRES (3) a SEIS (6) semanas) ⟶ FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Fracturas de Olecranon

Diagnostico:

a) Estudio radiológico

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento* (en fracturas incompletas)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) ⟶ FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

b) Quirúrgico

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (QUINCE (15) días) ⟶ FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

Fracturas de la Cúpula Radial

Diagnostico: a) Estudio radiológico

b) TAC (para fracturas intraarticulares o inestables).

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) Incruento (en fracturas sin o con desplazamiento mínimo)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (QUINCE (15) días) ⟶ FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

b) Quirúrgico (en fracturas intraarticulares y en las del cuello con angulación mayor a 30°)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días.

Inmovilización (QUINCE (15) días) ⟶ FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

Antebrazo

B: Inestabilidades proximales (extrínsecas)

Diagnostico:

a) Estudio radiológico (Rx dinámicas comparativas)

b) RMN

Oportunidad: estudios radiológicos al ingreso; RMN posterior.

Tratamiento:

a) *Quirúrgico*

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) ⟶ FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Mano

Fracturas de Metacarpianos

Diagnostico:

a) Estudio radiológico

b) TAC (eventualmente para valorar compromiso articular y estabilidad carpo metacarpiana)

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento* (en lesiones estables no desplazadas)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) ⟶ FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) *Quirúrgico* (en fracturas desplazadas, inestables, rotadas o intraarticulares)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) ⟶ FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Control radiológico en el post operatorio inmediato, a las CUARENTA Y OCHO (48) horas y luego con una frecuencia semanal.

Fracturas de Falanges

Diagnostico:

a) Estudio radiológico (frente y perfil estricto de cada dedo por separado, visualizando art. MCF, IFP e IFD en ambas incidencias)

b) TAC (eventual).

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento* (en fracturas estables sin compromiso articular, en Mallet Finger tendinoso)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) ⟶ Terapia ocupacional

Copyright © BIREME

Contáctenos