

PROTOCOLO DE ESTUDIOS OBLIGATORIOS MÍNIMOS PARA LA VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL Y PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD

A los efectos de cumplimentar lo estipulado en la Resolución S.R.T. N° 298 de fecha 23 de febrero de 2017, los estudios médicos detallados en el presente protocolo deberán ser presentados al momento de solicitar que la Comisión Médica Jurisdiccional proceda a sustanciar y/o homologar los acuerdos por incapacidades laborales permanentes definitivas, o a Determinar la Incapacidad de los trabajadores damnificados.

1. CUESTIONES GENERALES:

1.1. Reseña de Historia Clínica de la contingencia:

Se entiende por reseña de Historia Clínica: el registro de la información obtenida por la ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO/EMPLEADOR AUTOASEGURADO (A.R.T./E.A.) a través de la entrevista médico-paciente por medio del interrogatorio, del examen físico del área afectada, de los resultados, tanto de los estudios de laboratorio clínico, como de los de diagnóstico por imágenes, y de las distintas técnicas utilizadas durante el tratamiento médico otorgado.

La reseña de Historia Clínica deberá ser debidamente suscripta por un profesional médico competente.

1.2. Cuando se haya efectuado una intervención quirúrgica, se deberá aportar el Protocolo Quirúrgico correspondiente.

1.3. En todos los casos donde el trabajador haya sufrido una fractura, se deberá aportar Radiografía (Rx) de alta.

1.4. En el caso de las neoplasias, se deberá aportar biopsia y estudios realizados para la estadificación.

1.5. De corresponder las A.R.T./E.A. deberán remitir los formularios previstos en los Anexos I y II de la Resolución S.R.T. N° 216 de fecha 24 de abril de 2003, sobre Recalificación Profesional.

2. ESTUDIOS A PRESENTAR SEGÚN CADA PATOLOGÍA:

2.1. PATOLOGÍA DERMATÓLOGICA

a) Examen físico donde conste: tipo de lesión, las zonas afectadas, la profundidad y extensión de la lesión, la repercusión funcional y el grado de dificultad laboral que ocasionan. En función de estos factores, se fijará el grado de incapacidad dentro del rango establecido.

b) Elementos para la evaluación: anamnesis, examen físico y estudios complementarios específicos (test cutáneo, biopsias, inmunología).

2.2. PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR

De acuerdo a lo determinado en las Resoluciones S.R.T. N° 1.528 de fecha 07 de noviembre de 2012 (Miembros Superiores -Boletín Oficial (B.O.) de fecha 09 de noviembre de 2012-), N° 696 de fecha 09 de abril de 2013 (Columna Vertebral -B.O. de fecha 16 de abril de 2013-), y N° 761 de fecha 24 de abril de 2013 (Miembros inferiores -B.O. de fecha 26 de abril de 2013-), los estudios efectuados al momento del ingreso y pre-operatorios deben encontrarse presentes. Posteriormente y según el caso, resulta necesario que al momento del alta médica dichos estudios se acompañen de otros que se encuentren relacionados con la patología en tratamiento.

2.2.1.1. Fracturas o lesiones articulares:

a) Rx frente y perfil estricto del sitio de lesión. Si el tipo de fractura lo amerita, deben adicionarse incidencias oblicuas. Si existió compromiso ligamentario deben sumarse incidencias dinámicas o “en stress”.

b) Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.): en aquellos casos que pueda existir

compromiso de la superficie articular o pseudoartrosis.

c) Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.): deberá efectuarse al momento del alta en casos de lesiones ligamentarias severas tratadas de forma incruenta, o control de lesiones contusivas extensas con riesgo de necrosis.

2.2.1.2. Fracturas o lesiones diafisarias:

a) Rx frente y perfil estricto e incidencias oblicuas: la Rx debe permitir también evaluar el eje articular involucrando en la incidencia a las articulaciones proximales y distales al sitio de fractura. T.A.C. y/o R.M.N.: en casos de riesgo de pseudoartrosis o con antecedentes de osteomielitis.

2.2.1.3. En acortamientos secuelares de los miembros:

a) Medición radiológica.

2.2.2. Lesiones musculares:

a) Si la lesión fue debidamente detectada en la R.M.N. al momento del ingreso y no existieron durante el tratamiento instancias que modifiquen dicha situación (ejemplo el caso de un tratamiento quirúrgico) no será necesario el aporte de un nuevo estudio.

b) Ecografía o R.M.N. nueva al momento del alta en lesiones del ligamento cruzado anterior reparadas quirúrgicamente con inestabilidad secuelar, desgarro o ruptura del deltoides y/o manguito rotador.

2.2.3. En lesiones neurológicas:

a) Electromiograma (E.M.G.) con velocidad de conducción sensitivo-motora y latencias distales actualizado.

2.2.4. En amputaciones:

a) Rx para evaluar el nivel de amputación.

2.2.5. En complicaciones:

2.2.5.1. Infecciones óseas o articulares (además de lo expuesto):

a) Laboratorio, evaluación por Infectología actualizada y eventual Centellograma actualizado.

2.2.5.2. En distrofia simpática refleja:

a) Estudios radiológicos, Centellograma y evaluación multidisciplinaria según el caso, entendiéndose por tal Psiquiatría, Endocrinología, Medicina del Dolor, etc.

2.2.6. En lesiones de la columna vertebral:

2.2.6.1. Fracturas de cuerpo vertebral:

a) Rx del segmento comprometido (cervical, dorsal, lumbar) y T.A.C. de la lesión. También E.M.G. actualizado y epicrisis del médico especialista tratante.

2.2.6.2. En cervicobraquialgia, lumbalgia o lumbociatalgia post-traumática:

a) Epicrisis del médico especialista tratante, Rx del segmento comprometido (cervical, dorsal, lumbar) y E.M.G. actualizado.

2.2.7. En hernia de disco operada:

a) Epicrisis del médico especialista tratante, Rx del segmento comprometido (cervical, dorsal, lumbar) y E.M.G. actualizado.

2.2.8. En espondilolistesis traumática:

a) Epicrisis del médico especialista tratante, Rx de frente, perfil y ambas oblicuas y T.A.C. del segmento comprometido (cervical, dorsal, lumbar) y E.M.G. actualizado.

En todos los casos deberá aportarse el protocolo operatorio, que deberá ser legible y constar con diagnóstico pre y post operatorio.

2.3. PATOLOGÍA DE CABEZA Y ROSTRO

2.3.1. Fractura del malar:

a) Radiografía.

b) Test de Lancaster.

2.3.2. Fractura de piso de órbita:

- a) Radiografía.
- b) Test de Lancaster.

2.3.3. Fracturas orbitarias:

- a) Interconsulta con oftalmología.
- b) Radiografía: Frontonasoplaca. Mentonasoplaca.
- c) Test de Lancasterd.
- d) Campimetría Computarizada, o en su defecto, con campímetro de Goldmann.

2.4. PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA

Deberá efectuarse Interconsulta oftalmológica, evaluación que constará de:

I. Antecedentes.

II. Examen oftalmológico:

- a) Párpados (descripción).
- b) Iris y pupilas (descripción).
- c) Medios refringentes.
- d) Presión Intraocular.
- e) Fondo de ojo.
- f) Agudeza visual: debe ser evaluada en cada ojo por separado sin corrección y con la corrección actualizada con la que el paciente logra la mejor agudeza visual, medida en décimas.
- g) Motricidad.

2.4.1. Alteraciones del Campo Visual:

La pérdida del campo visual debe determinarse una vez garantizada la mayor agudeza visual posible, con corrección.

- a) Se efectúa por intermedio de Campimetría Computarizada o, en su defecto, con campímetro de Goldmann.

b) Evaluar los SESENTA GRADOS (60°) periféricos y deben constar pérdidas de fijación, falsos positivos, falsos negativos realizado con el programa de estrategia relacionada con el umbral que determine puntos vistos y no vistos.

2.5. PATOLOGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA

En caso de trabajadores que hayan sufrido daño auditivo, sea por intoxicación, sobreexposición aguda o crónica a ruido, o bien por contusión encefálica, se deberán presentar los estudios auditivos consistentes en:

a) Evaluación otológica y TRES (3) audiometrías*, así como a otros estudios para verificar el daño coclear.

*Estos exámenes deberán hacerse después de un mínimo de VEINTICUATRO (24) horas de reposo auditivo y entre ellos deberá existir un intervalo no inferior a SIETE (7) días.

b) Prueba de despistaje o simulación preferentemente Test de Harris. La incapacidad se fijará sobre aquella audiometría que posea la mejor performance.

2.5.1. Alteración de equilibrio por lesión de la rama vestibular:

a) Examen neurológico y Electronistagmograma con estimulación calórica.

2.5.2. Obstrucción Nasal:

a) Rinomanometría.

2.5.3. Disfonía funcional irreversible:

a) Evolución del tratamiento instaurado según Resolución S.R.T. N° 389 de fecha 07 de febrero de 2013, Laringoscopia preferentemente, Fibrolaringoscopia ostroboscópica, semiología de la voz.

2.5.4. Hiposmia, anosmia:

a) Olfatometría.

2.6. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

a) Anamnesis, Examen Físico, Espirometría, Rx, y eventualmente gases en sangre y difusión pulmonar de gases.

2.6.1. En el caso de neumoconiosis:

a) Los criterios para evaluar la incapacidad respiratoria causada por neumoconiosis fibrogénica, como es el caso de aquellas derivadas de la exposición a sílice, asbesto etc., se basan fundamentalmente en el compromiso radiológico y funcional. Para lo radiológico, se utiliza la norma de lectura de placas con neumoconiosis de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) de 1980.

2.7. PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

2.7.1. Cardiopatía Coronaria:

a) PEG y/o Talio y/o Hemodinamia, parte quirúrgico si fue intervenido.

2.7.2. Hipertensión arterial (HTA) como secuelas de nefropatías profesionales:

a) Rx de tórax, Ecocardiograma, Cámara Gamma, Electrocardiograma (E.C.G.),

Fondo de ojos.

2.8. PATOLOGÍA DIGESTIVA Y PARED ABDOMINAL

2.8.1. APARATO DIGESTIVO

En todos los casos historia clínica y evaluación del estado nutricional.

2.8.2. Trastornos de la deglución:

a) Videofluoroscopia o Videoendoscopia diagnóstica de la deglución.

2.8.3. Resecciones intestinales:

a) Parte quirúrgico, hemograma, albuminemia.

2.8.4. Colectomías:

a) Videocolonoscopia.

2.8.5. Hígado:

a) Evaluación de la función hepática: bilirrubinemia, albuminemia,

protrombinemia, estado nutricional.

2.8.6. Lesiones difusas del hígado:

Cualquiera sea su etiología, producidas en ocasión del trabajo, serán evaluadas de acuerdo a los parámetros precedentes. Los valores extremos de incapacidad de cada estadio, se correlacionan con:

a) La historia clínica, la frecuencia de las descompensaciones y los datos humorales límites expresados.

2.8.7. Hidatidosis:

a) Arco 5.

2.8.8. Hepatitis infecciosas:

a) Bilirrubinemia, albuminemia, protrombinemia, TGO, TGP, marcadores virales.

2.9. PATOLOGÍAS DEL APARATO RENAL

La patología renal ocasionada por cualquiera de los agentes tóxicos que incluye la ley debe ser evaluada en base a la función renal del trabajador, independientemente del tipo de daño, (tubular, intersticial, glomerular, con síndrome nefrótico, con síndrome urémico, etc.).

El monto de incapacidad por este concepto depende del grado de insuficiencia renal medida según los grados de velocidad de filtración glomerular (VFG) clearance de creatinina.

2.9.1. Como método de diagnóstico para evaluar la función de cada riñón por separado, se utilizará:

a) El Radiorrenograma Isotópico.

2.9.2. Atrofia testicular:

a) Ecografía.

2.9.3. Herida o traumatismo en mamas, con destrucción parcial o total unilateral o

bilateral:

- a) Ecografía mamaria o R.M.N..

2.10. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS DE TIPO HIPOPLASIA, APLASIA O DISPLASIA

2.10.1. Anemia, leuconutropenia, trombocitopenia:

- a) Deberán contar con hemograma completo con fórmula leucocitaria, recuento de plaquetas.

2.10.2. Hipoplasia y Aplasia medular:

- a) Punción y biopsia medular.

2.10.3. Leucemias y estados leucemoides:

- a) Hemograma completo con fórmula leucocitaria, recuento de plaquetas, Mielograma.

2.10.4. SIDA:

- a) Examen físico, Test de Western Blot, CD3, CD4 y carga viral al momento del alta.
- b) Historia clínica: El porcentaje de incapacidad se establece según el número de remisiones después de haber realizado tratamiento antimitótico que estabilice al paciente.

2.11. PATOLOGÍA NEUROLÓGICA

2.11.1. Pares craneales:

- a) Se tendrán en cuenta para valorar la lesión de los pares craneales el examen clínico, potenciales evocados y/o E.M.G..

2.11.2. Nervios periféricos:

Los porcentajes de incapacidad corresponden a lesiones completas.

En relación a las lesiones parciales de los nervios motores o sensitivos puros, el porcentaje de incapacidad se calculará en forma porcentual a la función perdida.

a) Para estos fines se utilizará la escala propuesta por el British Medical Research Council que gradúa la motricidad en rangos de MO a M5 y la sensibilidad en rangos de S0 a S5.

2.11.3. Enfermedades convulsivantes focales o Jacksonianas:

a) Historia clínica, Electroencefalograma (E.E.G.) y dosaje de anticonvulsivantes.

2.11.4. Polineuritis y Neuritis (de origen tóxico):

a) E.M.G. con velocidad de conducción.

2.11.5. Neuritis óptica:

a) Potenciales evocados visuales.

2.11.6. Desorden mental orgánico postraumático:

a) Tomografía, electroencefalograma, test psicométricos.

2.12. EVALUACIÓN DE DAÑO PSÍQUICO EN ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS:

a) Se deberán presentar los test: de Bender, de Rorschach, HTP y persona bajo la lluvia, desiderativo si lo hubiera y cualquier otra prueba que se haya suministrado.

Las tomas deben ser completas, no se admitirán versiones abreviadas.

2.12.1. Para la valoración del daño psíquico se tendrá en cuenta las siguientes dimensiones:

a) Magnitud de la contingencia

En esta dimensión se tiene en cuenta el mecanismo del siniestro

Debería ser evaluado el damnificado que haya sufrido:

I. Agresión con arma de fuego o elemento punzante.

II. No se agregan los mecanismos que ya se incluyen por las secuelas físicas resultantes (incendio, atrapamiento, caída de altura, etc.).

b) Gravedad de las lesiones y secuelas físicas

- I. Amputaciones o pérdida de la función de algún miembro.
- II. Quemaduras graves.
- III. Pérdida de la vista total o lesión ocular grave.
- IV. Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento.
- V. Intoxicaciones que afecten el sistema nervioso central.

c) Convalecencia prolongada

En los casos señalados, la A.R.T./E.A. deberá presentar el estudio Psicodiagnóstico aunque no devenga incapacidad del resultado del mismo.

2.12.2. Reacción Vivencial Anormal Neurótica:

- a) Estudio Psicodiagnóstico.

2.12.3. En el Desorden Mental Orgánico:

- a) Estudio Psicodiagnóstico, junto con Interconsulta psiquiátrica - Interconsulta neurológica - T.A.C. - E.E.G..

El Psicodiagnóstico será realizado al trabajador que haya sufrido una contingencia laboral, cuya magnitud, gravedad de las lesiones, secuelas físicas, cirugías realizadas o convalecencia prolongada ameriten su realización.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2017 - Año de las Energías Renovables

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO I

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 11 pagina/s.