



**UNIVERSIDAD ABIERTA
INTERAMERICANA**

**FACULTAD DE MEDICINA Y
CIENCIAS DE LA SALUD**

**CERVICALGIA POR ACCIDENTES
DE TRÁNSITO “IN ITINERE”:
EFICACIA DE LA RADIOLOGÍA
CONVENCIONAL PARA SU
DIAGNÓSTICO**

T E S I S

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIATURA
EN PRODUCCIÓN DE BIOIMÁGENES**

- P R E S E N T A -

AUTOR

LUCIANO JESÚS RODRÍGUEZ

TUTORA

LIC. VANESA VIGNAROLI



Septiembre 2021

Resumen

El presente trabajo de investigación se basa en la observación y el análisis de los informes médicos e imágenes diagnósticas de columna cervical que han sido seleccionados del centro médico de la aseguradora de riesgos del trabajo, incluyendo a aquellos trabajadores que sufrieron cervicalgia por accidentes de tránsito in itinere y a los que les hayan realizado exámenes mediante el uso de la radiología convencional.

La muestra obtenida consta de 17 pacientes que ofrecen los parámetros para tener en cuenta y poder llevar a cabo la investigación, así como decretar los resultados finales.

El objetivo principal es establecer si la radiología convencional es eficaz para evaluar y diagnosticar las cervicalgias originadas en los accidentes de tránsito y poder efectuar un tratamiento acorde.

Entre los resultados obtenidos podemos demostrar que el rango etario de los trabajadores accidentados comprende entre los 26 y 33 años, significando un 41,17% de la muestra, que los automóviles fueron el principal medio de transporte utilizado en un 41,17% de los siniestros viales, que el método diagnóstico más utilizado fue el de radiología convencional en el 58,82% de la muestra combinando las proyecciones AP y Lateral de columna cervical en el 76%, que el diagnóstico médico más frecuente en los trabajadores accidentados fue el de cervicalgia con un valor del 76,47% y que la radiología convencional aporta información de gran utilidad diagnóstica determinando que el 53% de los pacientes atendidos no presentan lesiones óseas aparentes y que el 35% de ellos evidencian rectificación cervical.

Se concluye que la utilización de la radiología convencional nos permite realizar una evaluación de manera rápida y eficaz para diagnosticar cervicalgias originadas en accidentes de tránsito in itinere y poder ejecutar un tratamiento adecuado para el beneficio del paciente.

Palabras Clave: Cervicalgia, latigazo cervical, in itinere, radiología convencional, accidentes de tránsito, ART.

Dedicatoria

Dedico el logro de mi carrera a mi esposa: Paula y a mis hijas: Alma y Jazmín, que siempre estuvieron alentándome para poder completar la carrera, por el sacrificio que realizaron en mi ausencia.

A mis suegros: Omar y Beatriz, y a mi cuñado: Augusto, que siempre estuvieron para ayudar en lo que sea.

A mis hermanos: Leandro y Gonzalo, a mis amigos Javier, Ariel, Silvina y Melisa, y a un amigo muy especial: Brian, que me ayudaron a seguir mirando hacia delante y afrontar los desafíos.

Finalmente quiero expresar una dedicatoria especial para mi mamá: Liliana y a la memoria de mi papá: Carlos, que forjaron las bases de mi persona y que me han dado, con todo su esfuerzo, la mejor educación para conseguir mis metas.

Muchas gracias.

Agradecimiento

Agradezco profundamente al Director de la carrera: Lic. Carlos Barrio y al Secretario de la misma: Lic. Diego González, como a todos los demás miembros directivos y docentes de la Universidad Abierta Interamericana, quienes siempre dieron lo mejor de sí para nuestra educación.

A mis compañeros y a los amigos que forjé en el transcurso de la carrera: Dolores, Jesica, Rocío, Emiliano y Brian.

En especial a mi tutora de Tesis la Licenciada Vanesa Vignaroli, quien me ha ayudado pacientemente para poder concretar mi trabajo final de carrera, que siempre estuvo a mi disposición dedicando todo su tiempo, y que me ha brindado todos sus conocimientos para que replique en el área de servicio, muchísimas gracias.

Agradezco al personal de los servicios en los que tuve la oportunidad de realizar las prácticas pertinentes, destacando la paciencia y los conocimientos que me han inculcado, al Sanatorio San José: Mónica, Pablo, Romina, Damián, Laura y Paula; y a Diagnóstico Médico: Gabriel, muchas gracias.

Muchas gracias.

Índice

Introducción	5
Problemática	8
Justificación	9
Estado del Arte	10
Hipótesis	12
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Marco teórico	14
Metodología	45
Procedimientos	45
Análisis de Datos e interpretación de resultados	47
Conclusiones	58
Recomendaciones	60
Bibliografía	61
Anexo I	63
Anexo II	64
Anexo III	88

Introducción

Cervicalgia por accidentes de tránsito “in itinere”:

Para dar comienzo al presente trabajo de investigación debemos definir la terminología utilizada en el tema elegido, pasaremos así a explicar primeramente el significado “in itinere” para continuar con la patología cervical.

En la República Argentina, según el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), definen los accidentes “in itinere” como aquellos trabajadores en relación de dependencia que sobrellevan un accidente in itinere y que se hallan cubiertos por la Ley de Riesgos de Trabajo (24.557) teniendo así, iguales instrumentos legales que un accidente originado en el sitio de trabajo, ya que el hecho de trasladarse es una necesidad del empleado para poder cumplir sus tareas o regresar a su hogar luego de finalizada su jornada laboral.

El artículo 6 de la ley 24.557 invoca: “Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.”¹

Pasaremos a precisar la patología elegida en el estudio, se define a la cervicalgia como un dolor ubicado en la parte posterior del cuello, a nivel de la columna cervical, siendo esta una de las causas de consulta más habituales en consultorios o salas de urgencia.

La cervicalgia puede manifestarse en forma aislada o también acompañada de cefaleas, mareos o dolores en regiones contiguas. Estos síntomas pueden generarse por la cervicalgia en sí, o también, por otro tipo de patología.

La cervicalgia está relacionada directamente con el tipo de trabajo que realiza la persona, con la postura diaria, lesiones deportivas, caídas o con accidentes de tránsito. Resulta usual que la persona que realice labores o rutinas diarias con la cabeza en una posición desplazada hacia delante, presente la sintomatología.

Debido a las múltiples definiciones que se encuentran en la literatura para los mismos trastornos, este trabajo de investigación se centra en la observación y el análisis de las incidencias radiológicas de cervicalgia producidas por accidentes de tránsito in itinere, también denominada en la práctica clínica diaria como cervicalgia

¹ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/dudas-frecuentes-en-relacion-los-accidentes-itinere>

postraumática, esguince cervical, cervicobraquialgia, cervicodorsalgia o también llamado mundialmente como latigazo cervical, al cual se lo conoce con la terminología de “whiplash” y es considerado como una de las patologías más frecuente en las aseguradoras de riesgo de trabajo (ART) siendo la más prevalente en los accidentes automovilísticos o por traumatismos de diversos orígenes.

Para poder agrupar las distintas terminologías en una categoría común es que se realizó una reunión de expertos, en Canadá patrocinada por la Quebec Task Force (1995) donde se crea el término WAD o whiplash associate disorders, el cual es considerado como el “mecanismo” que lleva a cabo una lesión en la columna cervical, mientras que la patología ligada a este es conocida como Síndrome Cervical Postraumático o Síndrome del Latigazo Cervical (SLC).

Al SLC se lo establece como un cuadro clínico que emerge de un traumatismo de la columna cervical, pero que puede del mismo modo, manifestarse de una conmoción cerebral o del conjunto de uno y otro. El SLC acostumbra a originarse como resultado de un movimiento violento de aceleración de la cabeza con relación al cuerpo, el cuál impulsa a la columna cervical a cometer un movimiento no funcional produciendo daños y generando los síntomas comunes de dicha patología. Generalmente el SLC es producido por accidentes de tránsito en los que el vehículo de la víctima es colisionado en su parte posterior estando este frenado o circulando a baja velocidad, lo que provoca la acción y patología física en la columna cervical.

En presencia de cervicalgias producidas por accidentes de tránsito, es necesario realizar estudios clínicos e imagenológicos para poder diagnosticar y tratar patologías en la columna cervical, ya sea de manera urgente o ambulatoria. Las radiografías de columna cervical otorgan datos de gran utilidad al visualizar el área de estudio, pero si es necesario, se solicitarán imágenes de una mayor complejidad como nos aporta la tomografía computarizada o resonancia magnética para obtener un diagnóstico preciso.

Los tratamientos de las cervicalgias leves suelen combinar procedimientos con analgésicos y kinesiológicos. En casos de que los tratamientos anteriormente mencionados no tengan resultados positivos, o en casos de mayor complejidad, serán las infiltraciones o cirugías de columna cervical las que se lleven a cabo para el beneficio del paciente.

Hoy en día, las cervicalgias originadas por accidentes de tránsito presentan una demanda en ascenso debido al aumento de la petición hacia la industria automotriz y los incidentes que estos vehículos generan en las sociedades. Es por esto, que un

diagnóstico precoz y tratamiento acorde, lograría reducir los costos a los que hacen frente las aseguradoras de trabajo, así como los días de baja laboral del cliente.

Problemática

Teniendo en cuenta que las complicaciones de la columna cervical pueden generar patologías esporádicas y crónicas, o que también, pueden llegar a estadios de extrema peligrosidad como pueden ser las secuelas neurológicas e incluso la muerte, resulta de gran importancia un diagnóstico que precise la patología. Por lo que dicho diagnóstico en forma temprana evitaría complicaciones o degeneraciones de la columna cervical en estadios posteriores y una ventaja para los médicos tratantes al momento de tomar las decisiones acordes y poder así evitar complicaciones futuras.

Es por este motivo, anteriormente mencionado, que el presente trabajo de investigación busca determinar los aportes que nos brinda el uso de la radiología convencional en columna cervical, al momento de esclarecer patologías cervicales en estadios tempranos.

En relación con las aseguradoras de riesgo de trabajo, debido al constante incremento de la industria automotriz, así como los accidentes de tránsito en los que participan los vehículos que producen, resulta de gran interés un diagnóstico preciso y tratamiento acorde para poder así, acotar tiempos de baja laboral y los elevados gastos innecesarios.

Justificación

El actual trabajo pretende, a través del análisis y los resultados obtenidos, determinar si las incidencias radiológicas llevadas a cabo en situaciones de accidentes de tránsito in itinere, nos permiten un accionar médico precoz y una eficacia diagnóstica de las patologías en columna cervical. Una patología en la columna cervical con un diagnóstico preciso y un tratamiento competente nos concede la oportunidad para delimitar el nivel de gravedad en el paciente y poder tomar las decisiones adecuadas para contrarrestar los posibles efectos patológicos a posteriori.

En la investigación, buscaremos establecer si las incidencias radiológicas en los casos clínicos presentados por accidentes de tránsito in itinere, nos otorgan un beneficio para el diagnóstico y tratamiento de la patología cervical.

Estado del arte

Se llevó a cabo una amplia búsqueda de publicaciones y papers de investigación que aporten datos científicos sobre las cervicalgias producidas por accidentes de tránsito in itinere, ya sea, en Argentina como en el resto del mundo.

Las investigaciones publicadas que se destacan en la actualidad son las internacionales, siendo las de España las que más prevalecen. También se identificaron estudios de Estados Unidos y de Gran Bretaña.

Un trabajo de investigación en España titulado “Lesiones por accidente de trabajo relacionados con el tráfico ocurridas en los trabajadores de una entidad bancaria (2007-2013)”, hace un análisis de las lesiones de trabajo por accidentes de tránsito y describe las diferentes lesiones y causas de baja del personal afectado. Hace referencia a la alta incidencia de accidentes, registrando en el año 2013, en España, la cantidad de 52411 lesiones por accidentes de trabajo relacionados con el tráfico (LATT) y que representa al 11% del total de lesiones por accidentes de trabajo. La cifra del año 2010 en España es muy similar, de un 10%, y siendo el 10% de media anual en Francia entre los años 1997 y 2006.²

Otro trabajo de investigación de Madrid, España, titulado “Síndrome de latigazo cervical. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid”, informa que en el año 1996 los trastornos de columna cervical fueron la cuarta causa de incapacidad laboral temporal, formando el 6.7% de todas las causas de origen musculoesquelético, con una media de 50 días de baja laboral.

Se estima que en España el SLC se constituye de un 15% de los accidentes de tránsito. En el año 2004 supone una incidencia de 25.900 casos, lo que supone una tasa de 60.2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año.

La regularidad de las lesiones por latigazo en accidentes se encuentra en una constante creciente variando entre países debido a la cantidad de autos por habitantes y reglas viales, por ejemplo. Lo que resulta muy común en Estados Unidos y Europa con aumentos de casos en los últimos 30 años, llegando a generar costos de 3 billones de libras anuales en Gran Bretaña.³

² L. Reinoso-Barbero y cols. (2015) “Lesiones por accidentes de trabajo relacionados con el tráfico ocurridas en los trabajadores de una entidad bancaria (2007-2013)”, Madrid, España.

³ Raúl Jesús Regal Ramos (2011) “Síndrome de latigazo cervical. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid”, Madrid, España.

En un estudio llevado a cabo por Chadi Tannoury en Boston, Estados Unidos, en el año 2013 y titulado “Acute Whiplash: Clinical and Finite Element Analysis”, se informa que suceden 1.5 millones de casos de latigazo cervical diarios cada año, comúnmente por accidentes de tránsito seguido de caídas de alturas o por accidentes deportivos. Los pacientes que recurren a las guardias de urgencia o consultorios médicos pueden llegar a no presentar ningún tipo de síntoma, o en su cara opuesta, presentar hasta secuelas neurológicas.⁴

En la Argentina, un trabajo centra su investigación en la salud de los trabajadores, analizando las diversas transformaciones y la constancia del Sistema de Riesgo de Trabajo en Argentina (SRT) entre los años 1995 y 2017. Según la Superintendencia de Riesgos del Trabajo el motivo fundamental que perjudica la salud de los trabajadores no es la enfermedad profesional sino los accidentes de trabajo. En el año 2015 mediante un análisis de accidentabilidad de la SRT comunica 437.738 accidentes de trabajo, de los cuales 138.828 corresponden a accidentes in itinere y 19.628 a enfermedad profesional. La proporción más grande de los casos advertidos se originaron a raíz de pisadas, choques o golpes por objetos, seguidamente, por accidentes de caídas y por último los producidos por esfuerzos extralimitados.⁵

En una publicación mexicana se hace referencia a la incidencia del esguince cervical en más de un millón de casos anualmente en Estados Unidos, siendo las mujeres afectadas en un 70% y entre una franja etaria de 20 a 40 años.

Mientras que, en el año 2000 en México, se declaran en el Instituto Mexicano del Seguro Social más de 15.000 casos de accidentes de trabajo catalogados como luxaciones, desgarros y esguinces de cuello.⁶

Como podemos observar y examinar, los informes de las investigaciones del campo a nivel mundial que se refieren a patologías cervicales por accidentes de tránsito, dejamos en claro la necesidad de realizar nuevos trabajos de investigación para fomentar los conocimientos sobre el tema y actualizar los aportes.

⁴ Chadi Tannoury (2013) “Acute Whiplash: Clinical and Finite Element Analysis”, Boston, USA.

⁵ Sofía Malleville (2019) “La salud de los trabajadores: transformaciones y continuidades en el sistema de riesgos del trabajo en Argentina (1995-2017)”, Santiago del Estero, Argentina.

⁶ Susana González Ramírez (2004) “Guía clínica para la rehabilitación del paciente con esguince cervical, en el primer nivel de atención”, México.

Hipótesis

¿La radiología convencional en columna cervical nos permite evaluar y diagnosticar, de manera eficaz, cervicalgias por acontecimientos en accidentes de tránsito in itinere y poder realizar un tratamiento acorde?

Objetivo general

Identificar a los pacientes que fueron diagnosticados con cervicalgia producida en accidentes de tránsito in itinere, analizar y determinar la eficacia de la radiología convencional, utilizada en columna cervical, para un diagnóstico precoz y tratamiento acorde.

Objetivos específicos

- Establecer los aportes de la radiología convencional en columna cervical para diagnosticar cervicalgia originada por accidentes de tránsito in itinere.
- Observar y analizar los casos con diagnóstico de cervicalgia por accidentes de tránsito in itinere.
- Precisar el beneficio de la radiología convencional para evidenciar la patología cervical y evaluar su tratamiento.
- Definir si la radiología convencional es recomendable para diagnosticar la patología cervical y su tratamiento.

Marco teórico

Anatomía normal

Columna vertebral

Para dar comienzo a la anatomía de la columna cervical, primero debemos hacer un repaso de la anatomía de la columna en general. Como es explicado en el libro "Anatomía Humana" de Latarjet y Ruiz Liard, la columna vertebral se conforma por piezas óseas montadas entre sí, un total de 33 a 34 vértebras. La columna contiene 4 sectores, de superior a inferior, llamados cervical, torácica, lumbar y pelviana.

Estos sectores a su vez contienen 7 vértebras cervicales, 12 torácicas, 5 lumbares y 9 o 10 vértebras pelvianas que se solidifican entre ellas para conformar 2 piezas óseas: el sacro y el cóccix (**Figura 1**).

La longitud de la columna varía entre la estatura del sujeto. Las referencias medias son de 73 a 75 centímetros en el hombre y de 60 a 65 centímetros en la mujer.

Esta longitud decrece con el paso del tiempo, como resultado del aplastamiento de los discos intervertebrales que incrementan la concavidad anteroposterior: la cifosis.

La columna vertebral presenta cuatro curvaturas en su totalidad. De superior a inferior, las curvaturas se llaman cervical, convexa hacia adelante, torácica, convexa hacia atrás, lumbar, convexa hacia adelante y sacra, convexa hacia atrás. Siendo solamente esta última una curvatura fija. Las tres primeras son curvaturas que varían según los movimientos de flexión y de extensión.

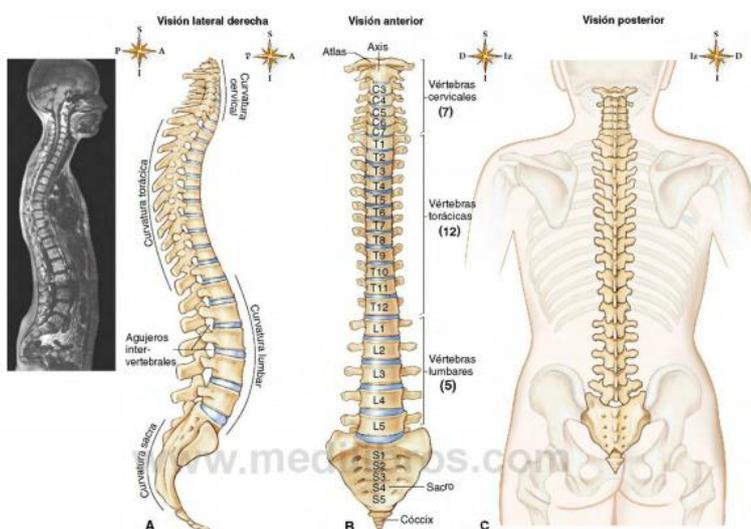


Figura 1: La columna vertebral. Obtenida del libro "Anatomía y fisiología". Autores: Patton-Thibodeau.

Vertebra tipo

Como es manifestado en el libro "Anatomía Humana" de Latarjet y Ruiz Liard, las vértebras nos otorgan la capacidad de poder diferenciar a que región de la columna pertenecen por sus características y funciones particulares. A continuación, detallaremos la información de las vértebras tipo para luego adentrarnos en el segmento a analizar en profundidad. Las vértebras tipo se conforman por un cuerpo en su parte delantera y por un macizo apofisario posterior al cuerpo. Estos se unen por medio de los pedículos del arco vertebral delimitando a cada lado el foramen vertebral (**Figura 2**).

Cuerpo vertebral

Se sitúa en la parte anterior de la vértebra. Presenta forma cilíndrica, con dos caras, una superior y otra inferior. Se constituye por tejido esponjoso, espeso, sólido y resistente. El cuerpo vertebral es el que conforma a la sustentación de la columna.

Macizo apofisario

Situado a posterior del cuerpo vertebral y unido a este por los pedículos derecho e izquierdo. Contiene

- Apófisis transversas, dos en total, dirigidas lateralmente, culminando en un extremo libre.
- Apófisis articulares, dos superiores y dos inferiores, para articular con las vértebras suprayacentes y subyacentes.
- Apófisis espinosa, una sola, hacia posterior en la línea media, que se hace menos ancha desde delante (base) hacia atrás (vértice) y es muy saliente
- Láminas vertebrales, son dos, van desde la base de la apófisis espinosa dirigidas lateralmente para juntarse con las apófisis transversas y articulares.
- Pedículos, son dos, van desde las apófisis transversas y articulares hasta la parte posterior del cuerpo vertebral. Las escotaduras de los pedículos que se corresponden con las de las vértebras suprayacentes e infrayacentes, dan forma a los forámenes intervertebrales.

Foramen vertebral

Se limita por delante con la cara posterior del cuerpo vertebral, detrás por las láminas y base de la apófisis espinosa y hacia laterales por los pedículos y apófisis articulares. La sobreposición de los forámenes vertebrales da forma al conducto vertebral por el que transcurre la médula espinal, con su paquete nervioso, noble y frágil.

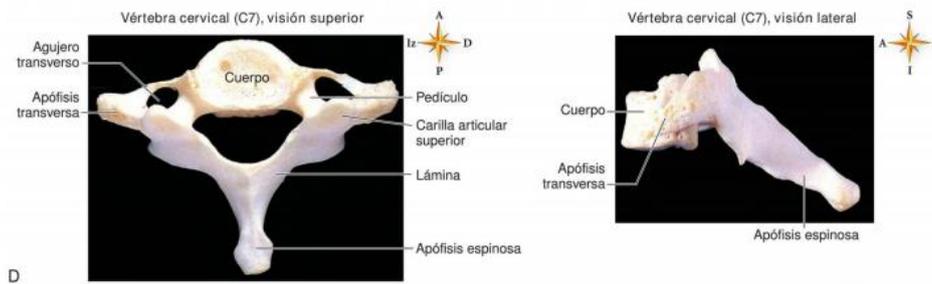


Figura 2: Vértebra cervical C7 (vértebra prominente). Obtenida del libro “Anatomía y fisiología”. Autores: Patton-Thibodeau.

Vértebras cervicales

Atlas (primera vértebra cervical o C1)

Es una vértebra de características singulares y se la distingue a simple vista. Se destaca de todas las demás vértebras por sus dos masas laterales, asociadas por un arco anterior y otro posterior (**Figura 3**).

- Masas laterales: son dos columnas óseas con una cara superior y una cara inferior, en la cara superior se encuentra la carilla articular superior que acoge al cóndilo del occipital, mientras que en la cara inferior encontramos la carilla articular inferior que va a articular con la apófisis articular superior del axis. En su cara lateral se inserta la apófisis transversa. En su cara medial revela un tubérculo en el que se inserta el ligamento transverso del atlas. En su cara anterior se inserta el arco anterior y en su cara posterior el arco posterior.
- Apófisis transversas: son dos y nacen de las masas laterales, se expanden lateralmente más que las otras vértebras cervicales. Se insertan mediante dos raíces, la anterior y la posterior y estas dan origen al foramen transverso para dar paso a la arteria vertebral.

- Arco anterior: se inserta a la cara anterior de las masas laterales. Establece, unido a la apófisis odontoides del axis, el cuerpo de la vértebra. En su cara anterior manifiesta el tubérculo anterior. En su cara posterior presenta una superficie articular, la fosa odontoidea, para articular la cara anterior de la apófisis odontoides del axis.
- Arco posterior: se insertan a las caras posteriores de las masas laterales. La cara superior exhibe el surco de la arteria vertebral, en la cara inferior su borde medial colabora a delimitar el foramen vertebral y su borde lateral se extiende con la raíz posterior de la apófisis transversa. La cara anterior define el foramen vertebral y la cara posterior exhibe el tubérculo posterior del atlas.
- Foramen vertebral: delimitado por las masas laterales y los arcos, se encuentra combinado por una parte anterior que recibe a la apófisis odontoides del axis y otra parte posterior que reproduce el conducto vertebral habitado por la transición del bulbo raquídeo y la médula espinal con sus envolturas.

Axis (segunda vértebra cervical o C2)

Al igual que el atlas, el axis es una vértebra de características particulares y que la diferencia de todas las demás vértebras(**Figura 3**). Está formada por:

- Cuerpo: ancho como alto, de este se desliga la apófisis odontoides (diente), que se adhiere por su base en la cara superior del cuerpo vertebral. Por arriba de la base, el diente se estrecha formando el cuello para luego agrandarse y dar forma al cuerpo, el que presenta en su cara anterior una carilla articular anterior que se relaciona con la existente en la cara posterior del arco anterior del atlas; la cara posterior exhibe una carilla articular posterior para el ligamento transverso del atlas; en el vértice de la apófisis odontoides se adhiere el ligamento del vértice del diente. La cara anterior del cuerpo vertebral manifiesta una saliente triangular, la cara posterior es parecida a la de las otras vértebras.
- Pedículos: van desde el cuerpo hasta las apófisis articulares y láminas, en sus bordes inferiores exhiben una escotadura que no se manifiesta en su parte superior.
- Láminas: son gruesas y rugosas, socavadas en sus caras superiores para inserciones musculares.

- Apófisis espinosa: se inserta en la unión de ambas láminas, con su extremo en forma de “V” es abierto hacia abajo.
- Apófisis transversas: se insertan en el cuerpo y en el pedículo, distinto a las demás vértebras cervicales, sus extremos son unituberculosos. En la cara inferior se aprecia un canal por el que transcurre la arteria vertebral.
- Apófisis articulares: las superiores presentan una separación de la apófisis odontoides mediante un surco. Las inferiores, exhiben una carilla articular más chica, dirigida como la de las vértebras subyacentes.
- Foramen vertebral: de forma triangular, tiene un tamaño más pequeño al foramen vertebral del atlas y más grande que a las demás vértebras cervicales.

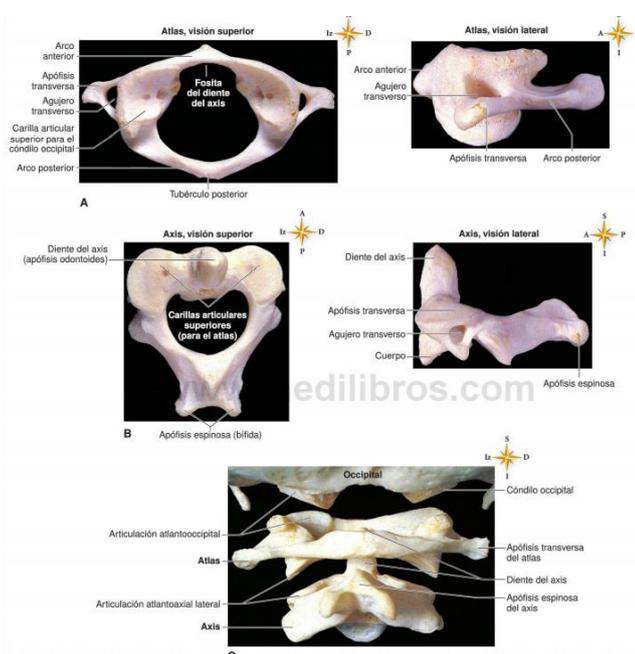


Figura 3: Atlas y Axis (C1 y C2). Obtenida del libro “Anatomía y fisiología”. Autores: Patton-Thibodeau.

Vértebras cervicales C3, C4, C5, C6 y C7

Si bien estas vértebras cervicales tienen la configuración de las vértebras tipo, mencionadas anteriormente, debemos detallar algunas características propias de las dos últimas vértebras C6 y C7.

- Vértebra C6: la raíz anterior de la apófisis transversa alcanza dimensiones asombrosas, siendo más gruesa que las otras vértebras cervicales. Posee una prominencia anterior que es posible palpar. El tubérculo, en la parte anterior de la apófisis transversa, se llama tubérculo carotídeo.
- Vértebra C7: revela un cuerpo más voluminoso que las otras vértebras, presenta apófisis unciformes más pequeñas; sus láminas poseen mayores tamaños

verticales; la apófisis espinosa es larga y saliente por lo que se la conoce como vértebra prominente; las apófisis transversas son largas, fuertes y unituberculosas. El foramen transverso es posible que se ausente y por él no transcurre la arteria vertebral. Las apófisis articulares superiores se presentan por arriba y por detrás de la raíz posterior de la apófisis transversa.

Vascularización de las vértebras cervicales

Las vértebras están abundantemente vascularizadas. Los cuerpos vertebrales poseen una enorme cantidad de médula ósea y la organización vascular es sorprendente.

Las arterias que llegan a estas vértebras tienen origen en la arteria vertebral.

Las venas, de gran cantidad, tamaño y plexiformes, concluyen hacia adelante en venas que se relacionan con las arterias, y hacia atrás en los plexos venosos vertebrales. Es por esta abundante vascularización que las vértebras poseen gran sensibilidad a las modificaciones en la sangre. Muchas infecciones presentan interés para ubicarse en ellas.

Articulaciones comunes a la mayor parte de las vértebras

Las vértebras se encuentran vinculadas entre sí a la altura de sus cuerpos y de sus apófisis articulares, sitio de nexo entre unas y otras.

A la altura de las láminas se presentan unidas, pero no poseen contacto.

Articulación de los cuerpos vertebrales

Corresponden al grupo de las articulaciones cartilaginosas.

Sus superficies articulares, están configuradas por las caras superior e inferior de los cuerpos vertebrales. Presentan un cartílago que acolchona la sección central.

Sus medios de unión se conforman por todos los discos intervertebrales y por un estuche fibroso, fortalecidos en su parte delantera y trasera por los ligamentos longitudinales anterior y posterior (vertebrales comunes).

Discos intervertebrales

Actúan como ligamentos interóseos, sus caras superior e inferior se pegan a las caras de las vértebras a las que se unen. Presentan un espesor más grande en el sector anterior

de la porción cervical, sitio donde la columna presenta una curva de convexidad anterior, debido no sólo a esta curvatura sino también a la forma de las vértebras.

La configuración de los discos intervertebrales se modela por dos partes, una periférica y fibrosa que es dura y elástica, aparentando un anillo fibroso, que pierden elasticidad y fuerza con el pasar de los años; y otra parte central que es blanda y gelatinosa, la que forma el núcleo pulposo, más próxima a la circunferencia posterior, siendo en el sujeto joven transparente, opalino y depresible y que se torna amarillento, seco y duro en el sujeto anciano reduciendo la flexibilidad de la columna.

Ligamentos periféricos

Configuran dos largas láminas fibrosas que se extienden por toda la columna vertebral, una anterior y otra posterior. Estos ligamentos respaldan así a los cuerpos vertebrales, cuantiosos en fibras elásticas.

El ligamento longitudinal anterior (ligamento vertebral común anterior), discurre desde la porción basilar del occipital hasta el sacro asignado a la parte anterior y media de los cuerpos vertebrales.

El ligamento longitudinal posterior (ligamento vertebral común posterior) por su parte, se asigna sobre la cara posterior de los cuerpos vertebrales y la de los discos, en la porción anterior del conducto vertebral, también se une al borde anterior del foramen magno, a la duramadre craneana y a la base del cóccix.

Articulaciones de las apófisis articulares

En el sector de la columna cervical son articulaciones artrodias.

Sus superficies articulares, están configuradas dependiendo la dirección y los movimientos que deben llevar a cabo.

En el sector cervical son casi planas y ovaladas. La superficie articular de la vértebra inferior mira hacia atrás y arriba, haciendo frente a la superficie de la vértebra superior, organizada en sentido inverso, y posicionada por detrás y superior a ella.

Sus medios de unión se conforman por una cápsula delgada y laxa en las cervicales. Estas articulaciones llevan a cabo acciones de gran importancia en los movimientos que realiza la columna vertebral.

Unión de las láminas vertebrales

Se disponen mediante los ligamentos amarillos derechos e izquierdos, para cada espacio entre láminas. Se adhieren entre los bordes de las láminas suprayacentes e subyacentes y son muy resistentes y elásticos.

Unión de las apófisis espinosas

Es llevada a cabo mediante los ligamentos interespinosos y el ligamento supraespinoso.

Los interespinosos abarcan el lugar entre dos apófisis espinosas, y se adhieren en los bordes superior e inferior de las apófisis subyacentes y suprayacentes.

El ligamento supraespinoso se prolonga a lo largo de la columna empalmando las apófisis espinosas. En el sector cervical adopta entidad propia y conforma el ligamento nuchal, el cual transcurre desde la protuberancia occipital hasta la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical (vértebra prominente). Se adhiere profundamente a las apófisis espinosas de las vértebras cervicales. Es elástico y produce una acción sobre la estática de la cabeza. Se lo halla muy evolucionado ya que el mayor peso se localiza adelante.

Unión de las apófisis transversas

La producen los ligamentos intertransversos. En el sector cervical son reemplazados por los músculos intertransversos, señalando una adecuación de estas formaciones a la movilidad de la columna cervical.

Caracteres regionales de las articulaciones vertebrales

Cada sector de la columna vertebral presenta propiedades individuales que le posibilitan diferentes funciones.

Articulaciones de las vértebras cervicales

Sin considerar Atlas y Axis. Las demás vértebras cervicales poseen articulaciones móviles.

El disco intervertebral posee un gran volumen y los cuerpos vertebrales presentan una pequeña articulación suplementaria, bilateral, denominada uncovertebral, y dispone en contacto a las apófisis unciformes con el cuerpo de la vértebra suprayacente; poseen sinovial propia.

Las apófisis articulares exponen carillas articulares planas que encajan poco.

Articulaciones sinoviales del cráneo

En la unión de la cabeza con la columna se encuentran tres piezas óseas:

- Por la cabeza el hueso occipital
- Por la columna vertebral, el atlas y el axis

Existen dos articulaciones:

- La articulación atlanto-occipital
- La articulación atlanto-axoidea; es el conjunto de las articulaciones que unen el atlas al axis, entre las que se distinguen: articulación atlanto-axoidea medial y articulaciones atlanto-axoideas laterales (que presentan superficies articulares distintas, y ciertos ligamentos propios, pero también son un conjunto funcional, que tienen una realidad anatómica que se confirma por la membrana tectórea, que une los huesos sin contacto articular).

Articulación atlanto-occipital

Es una articulación sinovial de tipo elipsoidea (bicondilea doble).

Sus superficies articulares son:

- La cara inferior del occipital exhibe los dos cóndilos orientados hacia abajo y lateralmente
- El atlas posee, para unirse a los cóndilos occipitales, las dos carillas articulares superiores del atlas, que encajan a la perfección con la forma de los cóndilos

Los medios de unión son a través de la cápsula que se introduce en el contorno de las superficies articulares, y está reforzada por ligamentos espesos: anteriores, posteriores, laterales y delgado, sobre su cara medial. En relación con la membrana atlanto-occipital posterior, forma una lámina fibrosa ancha, que va desde el borde posterior del foramen magno hasta el borde superior del arco posterior del atlas.

Su articulación es sinovial, una para cada articulación, derecha e izquierda.

Articulación atlanto-axoidea

Integra dos articulaciones distintas:

- Articulación atlanto-axoidea lateral: está formada por dos articulaciones, derecha e izquierda que reproducen, entre el atlas y el axis, a las articulaciones de las apófisis articulares de las vértebras más inferiores; como estas, pertenecen a la categoría de las articulaciones planas. Sus superficies articulares, del lado del atlas, las carillas articulares de las masas laterales. Del lado del axis, las carillas alojadas a cada lado de la base de las apófisis odontoides. Su revestimiento cartilaginoso es favorable a

los movimientos de las dos vértebras, una sobre otra. Sus medios de unión se llevan a cabo mediante el ligamento atlanto-axoideo anterior, desde el borde inferior del arco anterior del atlas hasta la cara anterior del cuerpo del axis y por medio del ligamento atlanto-axoideo posterior, por arriba en el arco posterior del atlas y en su tubérculo posterior, y abajo, en las láminas del axis y en la base de su apófisis espinosa. Su articulación es sinovial, muy laxa.

- Articulación atlanto-axoidea medial: su anatomía determina la libertad de la cabeza con respecto a la columna vertebral, es una trocoide. Sus superficies articulares se forman por dos elementos:
 - a. anillo atroideo: formación osteo fibrosa formada por la fosa odontoidea y el ligamento transverso del atlas que juntos, forman el ligamento cruciforme del atlas.
 - b. Apófisis odontoides del axis: tiene dos carillas articulares, una anterior para el arco anterior del atlas y una posterior para el ligamento transverso del atlas.

Sus medios de unión son la membrana tectoria, la que asegura el contacto entre el atlas y la apófisis odontoide, que se haya sólidamente encastrada en el anillo osteofibroso, el que puede girar libremente. Sus articulaciones son sinoviales.

Ligamentos entre el occipital y el axis

Membrana tectoria: es la lámina contenida en el interior del conducto vertebral, que va desde los bordes anteriores y laterales del foramen magno hasta la cara posterior del cuerpo del axis. Se divide en tres formaciones, una medial y dos laterales.

Ligamentos de la apófisis odontoides

Son el conjunto que sujeta la apófisis odontoides del axis al borde del foramen magno.

- Ligamento del vértice del diente: va desde la parte anterior del foramen magno al vértice de la apófisis odontoides del axis (diente).
- Ligamentos alares: son cortos y poderosos, se originan en la cara medial y anterior de los cóndilos occipitales y terminan a los lados de la parte superior de la apófisis odontoides del axis.

Es necesario añadir a estos ligamentos unas cintas fibrosas que tapizan el conjunto articular por delante y detrás: ligamento longitudinal anterior, desde el occipital al cuerpo del axis, y ligamento longitudinal posterior, desde el foramen magno, separando la membrana tectoria del conducto vertebral.

Músculos del cuello

Músculos de la región cervical posterior

Músculos esplenios

Se insertan por abajo y medialmente en las apófisis espinosas de la 7ma vértebra cervical, de las 4 o 5 primeras vértebras torácicas, así como en los ligamentos interespinosos entre las apófisis espinosas correspondientes y en el tercio inferior del ligamento nual. Y hacia arriba, se fija en la línea nual superior del occipital y en la cara externa de la apófisis mastoideas (músculo esplenio de la cabeza), y en el tubérculo posterior de las apófisis transversas de las 3 primeras vértebras cervicales (músculo esplenio del cuello).

Músculo semiespinoso de la cabeza

Músculo ancho, ocupa toda la región de la nuca. Se introduce en las apófisis adversas de las 5 primeras vértebras torácicas y en la base de las apófisis transversas de las 4 o 5 últimas vértebras cervicales. En el occipital se inserta entre las líneas nual superior e inferior. La parte medial del músculo puede interrumpirse por un tendón intermedio.

Músculo longísimo de la cabeza

Vertical y lateral, del lado vertebral, se inserta en los tubérculos posteriores de las apófisis transversas de las 4 últimas vértebras cervicales. Del lado de la cabeza, se inserta en el vértice y en el borde posterior de las apófisis mastoideas.

Músculo semiespinoso del cuello

Se origina en los tubérculos posteriores de las apófisis transversas de las 5 primeras vértebras torácicas, y termina en el vértice de las apófisis espinosas de las 5 últimas vértebras cervicales.

Músculo recto posterior mayor de la cabeza

Une el axis con el occipital, se inserta hacia abajo, en la apófisis espinosa del axis y hacia arriba, en la mitad lateral de la línea nual inferior del occipital.

Músculo recto posterior menor de la cabeza

Se inserta en el tubérculo posterior del atlas, ascendiendo e insertándose en la mitad medial de la línea nual inferior y en la escama del occipital.

Músculo oblicuo mayor (inferior) de la cabeza

Es bastante voluminoso, rectangular, que une el axis con el atlas. Se inserta abajo, en la apófisis espinosa del axis y arriba, a la apófisis transversa del atlas.

Músculo oblicuo menor (superior) de la cabeza

Aplanado y triangular, une el atlas al occipital, se inserta por abajo, en la apófisis transversa del atlas, y por arriba, asciende hasta la línea nugal inferior del occipital.

Músculos de la región lateral del cuello

Músculo platisma (cutáneo del cuello)

Es ancho y delgado, que supera los límites del cuello por abajo, sobre el tórax, y por arriba, sobre la cara. Se inserta abajo, en el tejido subcutáneo de las regiones infraclavicular deltoidea y acromial. A partir de allí, se encuentra una lámina delgada, que se dirige hacia arriba para insertarse sobre la mandíbula en la sínfisis mandibular, debajo del orificio de la boca y en los tegumentos del mentón y de la comisura labial.

Músculo esternocleidomastoideo

Es voluminoso y largo, que une las apófisis mastoides y el occipital a la parte superior del tórax. Se inserta abajo, sobre la clavícula y el esternón, y arriba, en las apófisis mastoides y en la línea nugal superior.

Músculos escalenos

Constituyen una masa cónica que va desde las apófisis transversas de las vértebras cervicales hasta las dos primeras costillas.

- Anterior: se inserta arriba en el tubérculo anterior de las apófisis transversas de la 3ra, 4ta, 5ta y 6ta vértebra cervical. Y hacia abajo culmina fijándose en el borde medial de la cara superior de la primer costilla.
- Medio: se inserta en el tubérculo anterior de las apófisis transversas de la 2da, 3ra, 4ta, 5ta y 6ta vértebra cervical, así como en la de la apófisis transversa de la 7ma vértebra cervical, y hacia abajo, en la cara superior de la primer costilla, y la cara superoexterna de la segunda costilla.
- Posterior: se inserta en el tubérculo posterior de las apófisis transversas de la 4ta, 5ta y 6ta vértebra cervical, y hacia abajo, en el borde superior y en la cara lateral de la segunda costilla.

Músculos intertransversos del cuello

Cuenta con dos músculos (anterior y posterior) que se insertan en el borde inferior de la apófisis transversa que está por encima, y en el borde superior de la apófisis transversa que está por debajo.

Músculo recto lateral de la cabeza

Se inserta por abajo, sobre la apófisis transversa del atlas, y arriba, en la apófisis yugular del occipital.

Músculos anteriores del cuello

Músculo largo de la cabeza (recto anterior mayor de la cabeza)

Se inserta abajo, sobre los tubérculos anteriores de las apófisis transversas de la 3ra, 4ta, 5ta y 6ta vértebra cervical. Y hacia arriba, en la porción basilar del occipital.

Músculo recto anterior de la cabeza (recto anterior menor de la cabeza)

Une al atlas con la base del cráneo. Se inserta abajo sobre la apófisis transversa y la masa lateral del atlas, y hacia arriba en la porción basilar del occipital y en la porción petrosa del temporal.

Músculo largo del cuello

Une entre sí a las vértebras cervicales y a las 3 primeras vértebras torácicas.
Inserciones:

- Porción oblicua descendente: desde el tubérculo del atlas hasta los tubérculos anteriores de las apófisis transversas de la 3ra, 4ta, 5ta y 6ta vértebras cervicales.
- Porción oblicua ascendente: desde el cuerpo de las 3 primeras vértebras torácicas para alcanzar a los tubérculos anteriores de las apófisis transversas de la 4ta, 5ta y 6ta vértebra cervical.

Porción longitudinal: se inserta en la cara anterior de los cuerpos vertebrales desde el atlas hasta la 3er vértebra torácica.

Hueso Hioides y músculos relacionados

Debemos hacer mención del hioides, ya que sus funciones otorgan movilidad al cráneo y replican en los movimientos que realiza la columna cervical. Como se expone en el libro "Anatomía Humana" de Latarjet y Ruiz Liard, es un hueso impar, ubicado en

sentido transversal y en la región anterior y superior del cuello. Es muy móvil y solitario, no presenta articulación con otros huesos. En el hueso hioides se insertan ocho músculos, siendo los primero cuatro infrahioides y los cuatro siguientes suprahioides:

- Músculo esternohioideo: se fija abajo, en el cuarto medial del borde posterior de la clavícula, en la cara posterior del ligamento esternoclavicular, en la mitad del manubrio esternal y en el primer cartílago costal para culminar arriba en el borde inferior del cuerpo del hueso hioides.
- Músculo omohioideo: se fija abajo, en el borde superior de la escápula y arriba en el borde inferior y lateral del hueso hioides.
- Músculo esternotiroideo: se fija abajo en la cara posterior del manubrio esternal y del primer cartílago costal y arriba, en la línea oblicua de la cara anterolateral del ala del cartílago tiroideo, en los tubérculos que la limitan y en el ligamento que los une.
- Músculo tirohioideo: se fija abajo, en la cara anterolateral del cartílago tiroides, en sus tubérculos y en el ligamento que los une, y arriba en el borde y cara superficial del cuerpo y base del asa mayor del hueso hioides.
- Músculo digástrico: el vientre posterior se fija en la cara medial de la base de la apófisis mastoides, en la cisura mastoidea se continua hacia abajo y traspasa las inserciones del estilohioideo por arriba del hueso hioides; el tendón intermedio, intercalado entre los dos vientres del músculo, se fija al cuerpo del hueso hioides mediante una polea fibrosa, además se encuentra unido a su homólogo del lado opuesto. El vientre anterior se dirige hacia arriba para unirse en la cara inferior del tubérculo mentoniano de la mandíbula en la fosa digástrica.
- Músculo estilohioideo: Se fija arriba sobre la apófisis estiloides del hueso temporal y abajo en el borde superior y en la cara anterior del cuerpo del hueso hioides.
- Músculo milohioideo: se une arriba, en la línea milohioidea de la mandíbula y abajo en el hueso hioides.
- Músculo geniohioideo: se fija delante, en la espina mentoniana inferior de la mandíbula, se continua hacia abajo y atrás para fijarse en la región media de la cara anterior del hueso hioides.

Movimientos de la columna cervical

Como se expone en el libro “Columna Sana” de Álex Monasterio Uría, si colocáramos a las vértebras cervicales en su posición anatómica, estarían situadas levemente en extensión, forjando el arqueo propio de este sector, denominada como lordosis. Se cree que el nivel de arqueo cervical estándar ronda entre los 2° y los 25° , sin embargo, concurren oposiciones entre varios científicos. Su medida es llevada a cabo mediante el sistema de Cobb, en el que se consideran como referencias la disposición de la primera vértebra cervical y la superficie inferior del cuerpo vertebral de C7 (**Figura 4**).

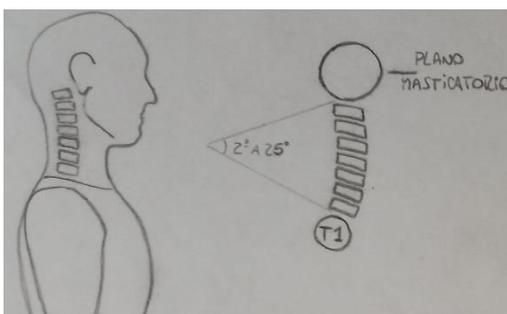


Figura 4: Posición anatómica, ángulo entre 2° y 25° .

Para calcular los niveles de movimiento, en vez de tener en cuenta al atlas, se considera como semejanza al plano masticatorio (podemos imaginarlo como una lámina de cartón retenida con los dientes con relación al plano horizontal). Se lleva a cabo de esta forma para tener en cuenta el movimiento de la cabeza sobre la primera vértebra cervical, lo que se logra mediante las articulaciones occipitoatloideas, realizando una flexión completa.

Aproximadamente de los 50° de flexión cervical, 15° corresponden a las articulaciones occipitoatloideas, lo mismo sucede con los primeros 15° de extensión. Al momento de ejecutar un movimiento de flexión, naciendo este de una posición anatómica, es que la lordosis cervical propia se endereza y luego se invierte dando forma a una concavidad anterior. Si el movimiento en cambio es de extensión, solamente se incrementa la lordosis (**Figuras 5 y 6**).

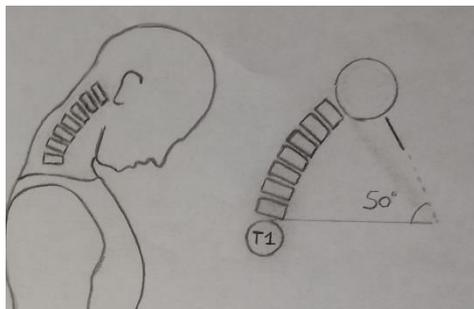


Figura 5: Flexión cervical, ángulo de 50° .

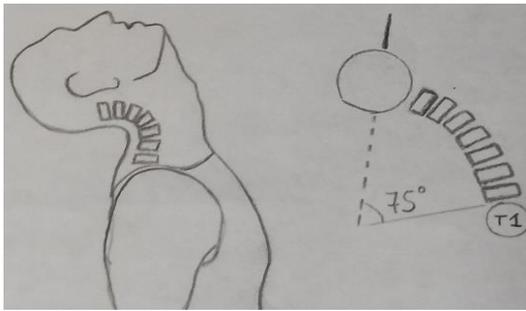


Figura 6: Extensión cervical, ángulo de 75°.

Cuando se lleva a cabo un movimiento de retropulsión igualmente se origina un enderezamiento de la curvatura cervical, pero sin lograr invertirse. El movimiento de retropulsión de la cabeza o rectificación de la lordosis cervical puede ser tomada en cuenta como una flexión parcial (**Figura 7**).

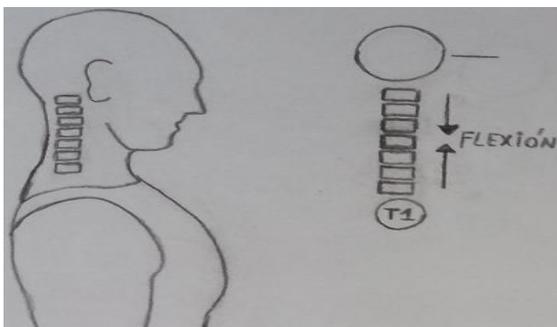


Figura 7: Retropulsión cervical.

En un movimiento de antepulsión, las últimas vértebras cervicales se flexionan para deslizar la cabeza hacia adelante, sin embargo, las superiores realizan una extensión (en especial las articulaciones occipitoatloideas) para conservar la vista en dirección al horizonte. Las articulaciones que acoplan al cráneo con el atlas cumplen la tarea de efectuar 8° dirigidas a cada lado en los movimientos de inclinación. Las otras vértebras cervicales son las encargadas de realizar los 37° que restan (**Figuras 8 y 9**).

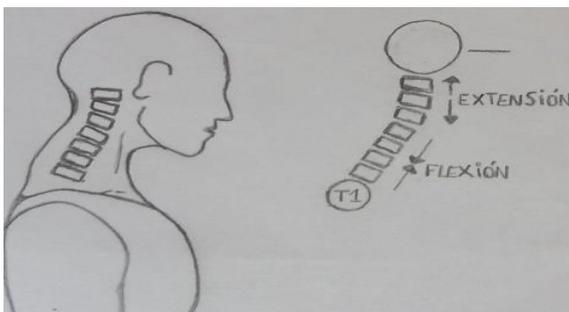


Figura 8: Antepulsión cervical.

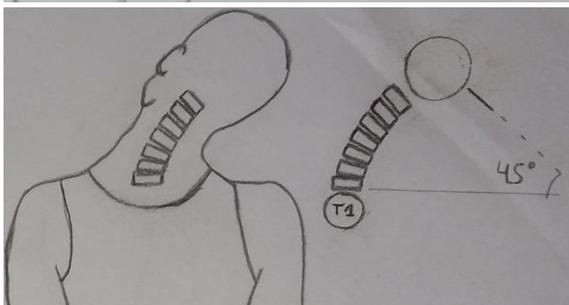


Figura 9: Flexión lateral cervical, ángulo de 45°.

En el movimiento de rotación cervical se logran 90° , de los cuales 12° corresponden a las articulaciones occipitoatloideas y otros 12° a las que acoplan el atlas con el axis. Las articulaciones que se corresponden desde C3 a C7 logran los 66° restantes (**Figura 10**).

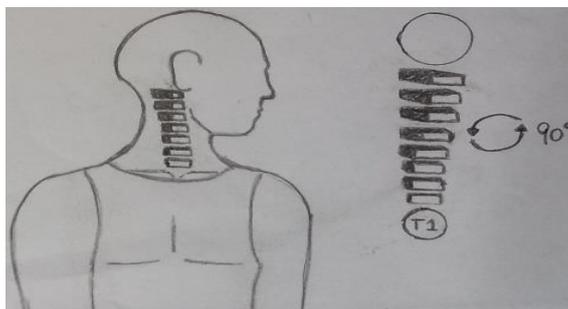


Figura 10: Rotación cervical.

Mecanismos de lesión en la columna cervical

Como se explica en el libro “Atlas de lesiones vertebrales en adultos y en niños” de Daniel Kim, Steven Ludwig, Alexander Vaccaro y Jae-Chil Chang, la columna cervical es el sector que posee mayor movilidad de la columna vertebral y cumple la función de proteger al paquete medular para que discurra hacia los demás sectores de la columna. En posición anatómica y bajo fuerzas fisiológicas normales, la columna cervical facilita un sustentáculo articulado entre el cráneo y tronco del cuerpo, mientras que cuando se ve sometida a fuerzas anormales, se puede imaginar a la columna cervical como una catapulta de guerra en la que el tronco sería el carruaje y la cabeza una piedra atada imposibilitando su eyección. Las lesiones que se pueden ocasionar generalmente son lesiones óseas o lesiones ligamentosas que generan pautas específicas y se logran diferenciar por la organización y diseño de la columna cervical. Lesiones que por mucho tiempo se consideraban como dolores sin cura y que en la actualidad se logran analizar y tratar de forma cierta.

Para el estudio de la columna cervical se la divide en columna cervical alta, comprendiendo la base craneal (clivus, cóndilos y agujero occipitales), las dos primeras vértebras C1 y C2 (Atlas y Axis) y los ligamentos que otorgan la estabilidad (transverso, alares, cruciformes y la membrana tectoria); y en columna cervical baja, la cual comprende las cinco vértebras restantes, desde C3 hasta C7.

En la región de la columna cervical alta se originan lesiones ligamentosas y fracturas particulares, llegando en simultáneo, a un 15% de los traumatismos en adultos. El sector de la columna cervical baja se compone por una estructura de vértebras con una similitud casi exacta, que se superponen entre ellas mediante los discos y articulaciones

facetarias interpuestas, por lo que, a diferencia de la columna cervical alta, comúnmente suelen originarse lesiones por fractura debido a que dependen menos de las estructuras ligamentosas.

Lesión ósea

Cada fracción vertebral ósea tolera el peso por medio del cuerpo vertebral, restringe el movimiento por las facetas o la apófisis odontoides, aferra los ligamentos gracias a las masas laterales o el ligamento transverso y resguarda la médula espinal por medio de las láminas. Las fracturas óseas pueden hallarse en las radiografías simples, pero se evalúan con mayor profundidad en la tomografía computarizada. Las fracturas revelan generalmente la potencia preponderante al instante de la lesión, mientras que la osteopenia o la osteoporosis pueden inducir fracturas en presencia de fuerzas o cargas fisiológicas. Las fracturas pueden ser sencillas o complicadas (conminutas) y se debe procurar la exploración adecuada ya que podría haber otra fractura no lindante o la presencia de una lesión ligamentosa.

Lesión ligamentosa

Para conservar la estabilidad, la columna cervical alta depende de diversos ligamentos, como el ligamento transverso, los ligamentos alares, el ligamento cruciforme, la membrana tectoria, el ligamento longitudinal anterior (LLA), el ligamento longitudinal posterior (LLP) y las cápsulas articulares. Una falla en alguno de los ligamentos podría producir inestabilidad aun cuando no se presencie una fractura. Los ligamentos pueden fallar a raíz de una avulsión de su inserción ósea, por dilatación en exceso agrandando su laxitud o mediante una rotura inmediata. La organización ligamentosa de la columna cervical baja que favorecen a la estabilidad de la columna son el LLA, el LLP, los discos intervertebrales, las cápsulas de las articulaciones facetarias, los ligamentos interespinosos y el ligamento amarillo (**Figuras 11, 12 y 13**).

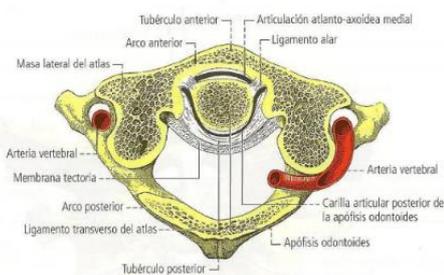


Figura 11: Ligamentos del Atlas y Axis (C1 y C2). Obtenida del libro “Anatomía Humana” de Latarjet y Ruiz Liard.

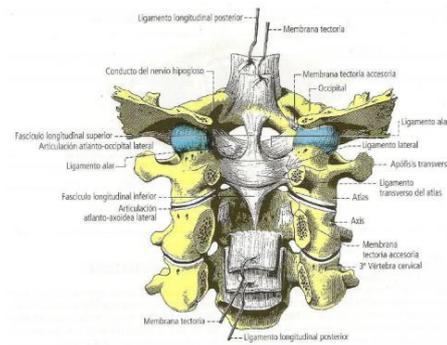


Figura 12: Vista posterior de ligamentos de la Base Craneal, Atlas y Axis (C1 y C2). Obtenida del libro “Anatomía Humana” de Latarjet y Ruiz Liard.

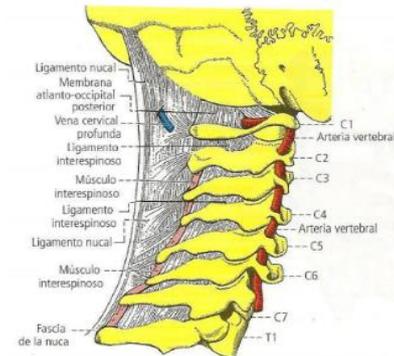


Figura 13: Vista lateral de ligamentos de la Base Craneal y toda la columna cervical. Obtenida del libro “Anatomía Humana” de Latarjet y Ruiz Liard.

Mecanismo de Latigazo cervical o whiplash

Siendo considerado como el mecanismo de lesión más frecuente en la actualidad, debemos describirlo como se expone en el libro “Latigazo cervical y colisiones a baja velocidad” de M. R. Jouvencel, «El whiplash es un mecanismo de transferencia de energía al cuello, por aceleración/deceleración, que puede resultar de un impacto trasero o lateral, sobre todo de las colisiones de vehículos a motor, pero también durante las zambullidas o en otras ocasiones. La transferencia de energía puede provocar heridas óseas o heridas de los tejidos blandos (esguince cervical), que a su vez pueden implicar una gran variedad de manifestaciones clínicas (trastornos asociados al esguince cervical).»⁷

También explica que no se deben confundir los términos de mecanismo con el de lesión ya que, como se define anteriormente, las lesiones pueden darse tanto a partes blandas como así también a partes óseas.

Las lesiones cervicales por mecanismo de whiplash siguen en aumento con el paso del tiempo debido al incremento automovilístico en las ciudades del mundo. Los tejidos blandos de la zona cervical y sectores aledaños atribuyen con facilidad las consecuencias por la ofensa traumática definida por el impacto, así como también, el

⁷ Walter Q. Spitzer y otros, Monographie Scientifique du Groupe de Travail Québécois, o.c.

cuerpo humano posee un aguante condicionado a las diferencias abruptas de la aceleración (aceleración/deceleración), consecuencias que se ven directamente modificadas por la duración del tiempo, así como por las características propias a cada persona (sexo, edad, peso). El perjuicio tisular de la persona afectada va a ser inversamente proporcional al área trayecto en la desaceleración hasta que el vehículo se detiene.

Cuando se produce un accidente por golpe posterior con incidencia en la columna cervical mediante un mecanismo de whiplash, se logra destacar los eventos en cadena por aceleración del tronco, continuado por una desaceleración, en la que el módulo biomecánico formado por la cabeza y el cuello es doblegado, sobrellevando los resultados de una hiperextensión seguida de una hiperflexión. En su mayoría, las lesiones por mecanismo de whiplash, se producen por una colisión en la parte trasera del vehículo al que se le transfiere la energía cinética del auto que lo choca generando una aceleración brusca tanto del auto colisionado como de sus ocupantes, lo que implica el deslizamiento por inercia del cuerpo hacia delante y de la cabeza hacia atrás, seguidamente el cuerpo vuelve hacia atrás y la cabeza continua hacia delante hasta que las fuerzas se equiparen y dejen de ejercer sus efectos (**Figura 14**).

La Whiplash Association Disorders de Quebec plantea la siguiente clasificación clínica para la alteración vinculada al latigazo cervical:

Clasificación	Síntomas
Grado 0	Sin dolor en el cuello ni signos físicos
Grado 1	Dolor espontáneo y/o rigidez en el cuello sin signos físicos
Grado 2	Ídem Grado 1 con signos musculoesqueléticos (reducción de movilidad y dolor por palpación)
Grado 3	Ídem Grado 2 con signos neurológicos (reducción o ablación de reflejos osteotendinosos, debilidad muscular y déficit sensitivo)
Grado 4	Ídem Grado 3 con fractura o dislocación, o lesión de la médula espinal

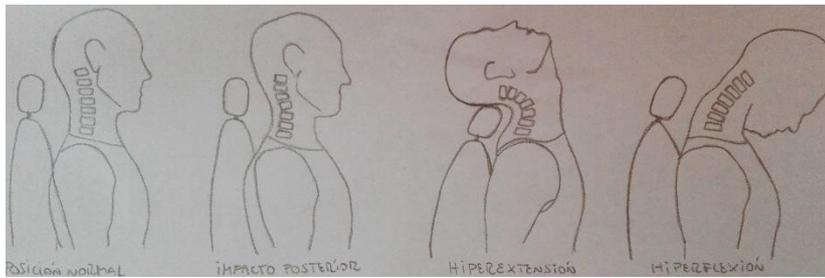


Figura 14: Fases del mecanismo de lesión por latigazo cervical.

Factores que influyen directamente el mecanismo de lesión

- Velocidad del impacto
- Estadio del vehículo (frenado o el movimiento)
- Pedal de freno accionado
- Cinturones de seguridad
- Apoyacabezas
- Enfermedades previas
- Condiciones climáticas
- Anticipación del conductor
- Tipo y resistencia del vehículo
- Ubicación del ocupante

Como se detalla en el libro “Latigazo cervical y colisiones a baja velocidad” de M. R. Jouvencel, la clasificación de los traumatismos agudos de la columna cervical por su mecanismo puede ser por:

A. Flexión.

1. Subluxación anterior.
2. Luxación interfacetaria bilateral.
3. Fractura en cuña simple.
4. Fractura de los cavadores.
5. Fractura en lágrima por flexión.

B. Flexión-rotación.

1. Luxación interfacetaria unilateral.

C. Extensión rotación.

1. Fractura del pilar.

D. Compresión vertical.

1. Fractura en estallido. a) Fractura de Jefferson del atlas. b) Fractura en estallido de las vértebras cervicales inferiores.

E. Extensión.

1. Fractura en lágrima en extensión.
2. Fractura del arco neural posterior del atlas.
3. Fractura del ahorcado (deceleración, hiperextensión).
4. Fractura-luxación por hiperextensión.

La Radiología

Descubrimiento de los rayos x (rx)

Como se expone en el libro “Manual de radiología para técnicos” de Stewart Carlyle Bushong, el hallazgo de los rayos x en realidad se produjo por accidente, entre los años 1870 y 1880 ya que los laboratorios se encontraban investigando la conducción de los rayos catódicos o electrones por medio de un tubo de Crookes. En el año 1895 Roentgen se encontraba experimentando con uno de estos tubos cuando descubrió los rayos x. Dejó a oscuras su laboratorio y tenía cercado completamente el tubo de Crookes con papel fotográfico negro para observar el comportamiento de los rayos catódicos, aconteció que en una estantería a pocos centímetros del tubo tenía una placa revestida con platinocianida de bario, un material fluorescente. Roentgen se dio cuenta que el papel negro no permitía salir luz visible del tubo, pero notó que la platinocianida de bario brillaba y que este brillo variaba con la distancia que se encontraba del tubo. A este brillo se lo designa como fluorescencia.

Él comenzó a experimentar con esta “luz x” como la había denominado, en la que interponía diversos materiales como madera, aluminio y su mano entre el tubo y la placa fluorescente; también llevó a cabo la primer imagen de rayos x médica en 1896, siendo esta imagen la mano de su mujer.

Propiedades de los rx

Como se explica en el libro “Diagnóstico por Imágenes para Alumnos y Médicos Residentes” del Prof. Dr. Francisco A. Eleta, los rx componen una vibración electromagnética de inferior longitud de onda que los rayos luminosos y poseen diversas características, como por ejemplo atravesar objetos manifestando datos de la sustancia que lo integra, lo que se ve determinado por las propiedades concretas de las mismas y en especial de su capacidad para aminorar los rx.

Otra característica de los rx es poder producir luz al incurrir en sustancias fluorescentes.

Los rx son radiaciones ionizantes con la capacidad de separar moléculas específicas en sus iones que la conforman, por lo que poseen una “actividad biológica” posibles de modificar reacciones químicas e inducir alteraciones celulares en tejidos orgánicos, principalmente en las cadenas de ADN en el núcleo celular. Es por esta característica propia de los rx, que los trabajadores de salud deben conocer los efectos que pueden llegar a ocasionar las radiaciones ionizantes y como se pueden tomar medidas para la seguridad en la utilización radiológica.

Tubo de rx

La formación de los rx comienza dentro de un ampolla de vidrio alojada en el interior de un cilindro metálico, por medio de un “salto” de los electrones que ruedan orbitando en cercanía el núcleo atómico, hacia una órbita más apartada u otro punto de la materia. Como consecuencia del cambio en la órbita, se genera una liberación de energía produciendo rx y calor, lo que se conoce como efecto Compton.

La ampolla que produce los rx trabaja como lo hace una lámpara eléctrica. Posee un ánodo y un cátodo: en el cátodo se localiza un filamento o resistencia, por el que se hace propagar una corriente de pequeño voltaje que produce su incandescencia y la producción de una “nube de electrones” que se localiza en su periferia.

Empleando una significativa variación de potencial eléctrico a través del cátodo y el ánodo se origina una corriente de electrones partiendo de la nube. Los electrones se trasladan desde el cátodo en dirección al ánodo. Los electrones que alcanzan al ánodo con gran velocidad y colisionan el “blanco”, generalmente conformado por tungsteno, generan el efecto Compton dando origen a los rx y calor.

La ampolla de vidrio en la que se genera este proceso se halla comprendida en un cilindro metálico que posee paredes a base de plomo. El plomo atenúa los rx. Con la finalidad de que solamente puedan brotar radiación beneficiosa del tubo (para diagnóstico y terapia), presenta una rendija chica en el plomo llamada ventana, por la que sale el haz de rx. Cuando logran salir, al haz de rx se lo reduce utilizando diafragmas. La cantidad y calidad de los rx, se varían utilizando al tubo de rayos en diferentes caudales eléctricos en miliamperes (mA), en kilovoltios (Kv) y en el tiempo de exposición.

Formación de imágenes

Los rx al momento de traspasar un objeto se ven aminorados, aplacados o succionados por los tejidos y sustancias que debieron traspasar. A mayor densidad de estos (más grande su peso atómico), mayor cantidad de rx absorbidos. Todo tejido posee características propias para aplacar los rx. Mediante esta manera, Al atravesar el organismo, poseeremos un haz de rx que contendrá datos de las estructuras por la que transcurrieron.

Con el fin de generar un provecho diagnóstico de los datos, se procura que el haz de rx procedente del organismo llegue hasta una pantalla fluoroscópica o hasta una película radiográfica.

Radioscopia

Una pantalla fluoroscópica posee sustancias fluorescentes que se alumbran cuando son alcanzadas por el haz de rx aminorado. Explorando un área orgánica mediante una pantalla fluorescente, alcanza con irradiarlo de manera constante para lograr visibilizarlo directa y dinámicamente. A esto se lo llama radioscopia.

Radiología

A diferencia de la radioscopia, si el haz de rx aminorado alcanza a una película radiológica (fotográfica), despedirá las sales de plata incluidas en su área. Al momento de revelada, fijada y secada la película obtendremos un informe detenido y perpetuo de la zona orgánica estudiada.

Un informe radiológico puede ejecutarse mediante inspección radioscópica, como por ejemplo un examen con contraste del tubo digestivo, o de manera directa como se ejecutan regularmente los estudios de tórax y esqueleto.

La película radiológica no es más que una lámina constituida mediante una base sintética, revestida por una emulsión que engloba las sales de plata. Cuando la película es procesada toma el nombre de “radiografía”.

Intensificador de imágenes, pantalla reforzadora, chasis y parrillas antidifusoras

A fines de optimizar la calidad de las imágenes y rebajar la irradiación del paciente, se manejan varios dispositivos como el intensificador de imágenes en la radioscopia, las pantallas reforzadoras, los chasis y las parrillas antidifusoras.

El intensificador de imágenes es una herramienta electrónica que multiplica la luminosidad y resolución de la imagen radioscópica. Otorga una reducción en la cantidad de radiación aplicada al paciente y optimiza la calidad de las imágenes. Estas

se exhiben en la pantalla de un monitor para mejorar su visualización. Los intensificadores de imágenes y los monitores sustituyen a la pantalla fluoroscópica de visión directa utilizada anteriormente y que necesitaba oscuridad ambiental.

Los chasis son recipientes con un formato de caja aplanada. En los lados internos de ambas caras se localizan unidas las pantallas reforzadoras, y en medio de estas se ubica la película.

El objetivo de la pantalla reforzadora es el de intensificar el efecto fotográfico del haz de rx, logrando de esta manera acotar significativamente la cantidad de radiación que se emplea al paciente.

La parrilla antidifusora es un elemento de forma plana que se intercala entre el objeto irradiado y el chasis donde se ubica la película. Se constituye mediante laminillas de plomo posicionadas paralelamente entre sí y a la ubicación del haz central de rx. Es por esto por lo que sólo admiten el paso de los rx que poseen un trayecto recto, perpendicular a la parrilla difusora, absorbiendo los rx oblicuos que se originan mediante radiaciones secundarias que no benefician la resolución de la imagen.

Procesamiento de la película:

Actualmente en los servicios de imágenes, el procesado de las películas se lleva a cabo mediante máquinas automáticas en las que se coloca la película después de ser inducida por los rx (u otra forma de radiación) para luego surgir en corto tiempo seca y de manera que pueda ser examinada en el negatoscopio. Este es un documento portátil, con un gran valor diagnóstico y legal, al cual se lo debe proteger y conservar en las instituciones hospitalarias y por los pacientes.

Sustancias de contraste

Con la finalidad de acrecentar el brillo o la resolución de contraste y anatómica de diversos órganos y tejidos es que se emplean con grandes logros los medicamentos llamados “sustancias o medios de contraste”. Los contrastes permiten poder visualizar órganos y organizaciones anatómicas. Son usados mediante los diversos métodos diagnósticos por imágenes y presentan instrucciones específicas que determinan su uso.

Radiología digital

Representa la evolución digital de los datos incluidos en el haz de rx aminorado. Se lleva a cabo por medio de dos mecanismos:

- 1) Equipos radiológicos digitalizados en los que los datos digitalizados migran a computadoras para luego ser procesados y realizar el registro
- 2) Utilización de placas sensibles de fósforo o selenio (inteligentes) en vez de las pantallas reforzadoras. Las placas se rellenan con los datos incluidos en el haz de rx aminorados y después son colocadas en un equipo que despoja los datos y descarga la placa, la que puede ser utilizada inmediatamente. Los datos digitalizados se procesan y registran.

Los dos sistemas de radiología digital otorgan la capacidad de manejo de las imágenes por parte del operador.

Proyecciones radiológicas

Generalmente para el estudio de la columna cervical mediante radiología convencional se realizan las proyecciones de frente (anteroposterior) y de perfil (lateral), proyecciones que utilizaremos en el presente estudio de investigación, pero también existen otras proyecciones específicas para examinar diferentes regiones anatómicas y su funcionalidad; a continuación, las detallaremos como se expresa en el libro “Manual de posiciones y técnicas radiológicas” de Kenneth J. Bontrager.

Proyección AP axial de columna cervical

Estructuras identificadas: se visualizan los cuerpos vertebrales de C3 a T2, el área entre los pedículos y la región que ocupan los discos intervertebrales.

Factores técnicos: receptor de imagen de 18x24 centímetros en posición longitudinal, parrilla antidifusora e intervalo de 75+-5 KV y un mAs de 10.

Posición del paciente: en posición supina o bipedestación, con ambos brazos a los costados.

Posición del sector anatómico: sin rotación de cabeza o tórax, alinear el plano mediosagital al rayo central y al receptor de imagen. Ajustar la cabeza para que la línea del plano oclusal a la base del cráneo sea perpendicular al receptor de imagen.

Rayo central: angulado entre 15 y 20° en dirección craneal, ingresa por el borde inferior del cartílago tiroides y trascurre por C4. El receptor de imagen debe estar centrado con el rayo central a una distancia de 100 centímetros.

Colimación: ajustar a los bordes de las partes blandas del cuello y receptor de imagen.

Respiración: suspender y no deglutir.

Proyección Lateral de columna cervical

Estructuras identificadas: se visualizan los cuerpos vertebrales cervicales, los sectores articulares intervertebrales, los pilares articulares, las apófisis espinosas y las articulaciones interapofisarias.

Factores técnicos: receptor de imagen de 18x24 centímetros en posición longitudinal, parrilla e intervalo de 75+-5 KV y un mAs de 28.

Posición del paciente: en posición erguida lateral, puede ser en bipedestación o sedestación, con el hombro contra el receptor de imagen vertical.

Posición del sector anatómico: alinear el plano mediocoronal con el rayo central y con el receptor de imagen. Al centrar el receptor de imagen con el rayo central se debe posicionar la parte superior del receptor de imagen a unos 2,5 centímetros por arriba del meato auditivo externo. Indicarle al paciente que relaje los hombros y los deje bajar lo más que pueda, en caso necesario para abatir los hombros se pueden usar pesas. Extender el mentón levemente hacia delante evitando superposición con las vértebras superiores.

Rayo central: perpendicular al receptor de imagen, con dirección horizontal a C4. El receptor de imagen debe estar centrado con el rayo central a una distancia entre 150 y 180 centímetros para una menor magnificación.

Colimación: ajustar a los bordes de las partes blandas del cuello y receptor de imagen.

Respiración: suspender en la expiración completa para lograr un mayor descenso de los hombros y no deglutir.

Proyecciones específicas de columna cervical

Proyección AP con la “boca abierta” para C1 y C2 de columna cervical

Estructuras identificadas: se deben visualizar rotundamente a través de la boca abierta la apófisis odontoides y el cuerpo vertebral de C2, las masas laterales de C1 y las articulaciones interapofisarias entre C1 y C2.

Factores técnicos: receptor de imagen de 18x24 centímetros en posición longitudinal, parrilla e intervalo de 75+-5 KV y un mAs de 2.

Posición del paciente: en posición supina o bipedestación, con ambos brazos a los costados. Posicionar la cabeza sobre la superficie de la mesa, procurando una inmovilización en caso necesario.

Posición del sector anatómico: sin rotación de la cabeza o tórax, alinear el plano mediosagital al rayo central y al receptor de imagen. Ajustar la cabeza de manera que, con la boca abierta, una línea desde el borde inferior de los incisivos superiores a la base del cráneo sea perpendicular al receptor de imagen o al rayo central. Asegurarse de que la boca se encuentre totalmente abierta al momento de la exposición.

Rayo central: perpendicular al receptor de imagen, dirigido a través del centro de la boca abierta. El receptor de imagen debe estar centrado con el rayo central a una distancia de 100 centímetros.

Colimación: ajustar al área de interés, alrededor de 10x10 centímetros.

Respiración: suspender y no deglutir.

Proyecciones oblicuas anterior y posterior de la columna cervical

Estructuras identificadas: en oblicuas anteriores se visualizan los orificios intervertebrales y los pedículos del lado del paciente más próximo del receptor de imagen, en oblicuas posteriores los orificios intervertebrales y los pedículos del lado del paciente más alejado del receptor de imagen.

Factores técnicos: receptor de imagen de 18x24 centímetros en posición longitudinal, parrilla antidifusora e intervalo de 75+-5 KV y un mAs de 10 para ambas proyecciones.

Posición del paciente: de preferencia en posición erguida (sentado o en bipedestación), también en decúbito si el estado del paciente lo requiere.

Posición del sector anatómico: centrar la columna al rayo central y al receptor de imagen, posicionar los brazos a los costados, si el paciente se encuentra en decúbito posicionar los brazos según sea necesario para procurar conservar esa posición. Rotar el tronco y la cabeza unos 45° y extender el mentón para imposibilitar que el maxilar inferior se superponga con la vértebras. Elevar exageradamente el mentón puede superponer la base del cráneo con C1.

Rayo central: en oblicuas anteriores angular 15° en dirección caudal a C4 y en oblicuas posteriores angular 15° en dirección craneal a C4. El receptor de imagen debe estar centrado con el rayo central a una distancia entre 150 y 180 centímetros.

Colimación: ajustar a los bordes de las partes blandas del cuello y receptor de imagen.

Respiración: suspender y no deglutir.

Proyección cervicotorácica lateral (del nadador) de columna cervical

Estructuras identificadas: se visualizan los cuerpos vertebrales y la región que ocupan los discos intervertebrales desde C4 a T3. La cabeza humeral y el brazo más alejado del receptor de imagen se hallan magnificados, y deben surgir distalmente a T4 o T5 (si es que se visualizan).

Factores técnicos: receptor de imagen de 24x30 centímetros en posición longitudinal, parrilla e intervalo de 80+-5 KV y un mAs de 120.

Posición del paciente: en posición erguida (en sedestación o bipedestación), también en decúbito si el estado del paciente lo requiere.

Posición del sector anatómico: alinear el plano mediocoronal con el rayo central y con el receptor de imagen. Posicionar el brazo y el hombro del paciente lo más cerca que se pueda del receptor de imagen, en dirección hacia arriba, flexionando el codo y con el antebrazo sobre la cabeza. Colocar el brazo lejano al receptor de imagen hacia abajo y relajar el hombro para evitar que se superponga con las estructuras. Procurar mantener la cabeza y el tórax en una posición lateral verdadera.

Rayo central: perpendicular al receptor de imagen, rayo centrado a nivel de T1 que se ubica a unos 2,5 centímetros arriba de la escotadura yugular y al mismo nivel que la vértebra prominente (C7). El receptor de imagen debe estar centrado con el rayo central a una distancia entre 150 y 180 centímetros.

Colimación: ajustar al área de interés, alrededor de unos 10x15 centímetros.

Respiración: suspender en espiración completa y no deglutir.

Proyecciones laterales en hiperflexión e hiperextensión de columna cervical

Estructuras identificadas: las imágenes en flexión y extensión visualizan la curvatura natural de la columna cervical, la amplitud de movimientos de esta y la estabilidad ligamentosa.

Factores técnicos: receptor de imagen de 24x30 centímetros en posición longitudinal, parrilla e intervalo de 75+-5 KV y un mAs de 28.

Posición del paciente: en posición lateral erguida (en sedestación o bipedestación), con ambos brazos a los costados.

Posición del sector anatómico: alinear el plano mediocoronal con el rayo central y con el receptor de imagen. Asegurar de una posición verdadera lateral, sin rotación de pelvis, hombros o cabeza. Relajar y dejar caer los hombros lo más posible (se pueden utilizar pesas). Para hiperflexión, el mentón debe estar deprimido hasta llegar al tórax o hasta el máximo posible sin que el paciente se mueva del lugar que lo posicionamos.

Para hiperextensión, el mentón debe estar elevado y la cabeza inclinada hacia atrás lo máximo posible sin que el paciente se mueva del lugar que lo posicionamos.

Rayo central: perpendicular al receptor de imagen, en dirección horizontal hacia C4. El receptor de imagen debe estar centrado con el rayo central a una distancia entre 150 y 180 centímetros.

Colimación: ajustar al área de interés, tener en cuenta incluir todas las vértebras cervicales, principalmente en hiperflexión.

Respiración: suspender en espiración completa y no deglutir.

Estudio de la imagen radiológica

Como se expone en el libro “Urgencias Ortopédicas-Columna vertebral” de Robert L. Galli, las proyecciones en la zona cervical son las correctas en pacientes que exhiben dolor focalizado, deformidad, crepitación o edema, estado mental perturbado, alteración neurológica, lesión de cabeza, traumatismos múltiples o en pacientes que sufrieron lesiones mediante algún mecanismo que pueda sospechar agresión en la zona cervical.

Para el estudio de lesiones cervicales, la proyección de perfil o lateral, debe ser la primera en obtenerse ya que brinda muchos datos anatómicos y funcionales. La columna cervical, formada por siete vértebras irregulares, y en una posición verdaderamente lateral, se presentan acopiadas de forma tal que causan cuatro curvas uniformes (**Figura 15**):

- 1- curva sobre los cuerpos vertebrales anteriores
- 2- curva sobre el conducto vertebral anterior
- 3- curva sobre el conducto vertebral posterior
- 4- curva sobre los extremos de las apófisis espinosas

Las primeras dos curvas se proyectan de igual manera que lo hacen los ligamentos longitudinales anterior y posterior sobre los cuerpos vertebrales y deben visualizarse casi en paralelo. Se cree normal un solapamiento menor a 2,7 milímetros; un trayecto de 3,5 milímetros o más, es sugerente de desgarro de uno o ambos ligamentos siendo esto anormal.

De manera semejante, una angulación entre las vértebras cervicales superior a 11° es insinuante de rotura de ligamentos, o por lo menos, de luxación, y presenta una visible irrupción de la uniformidad en las curvas.

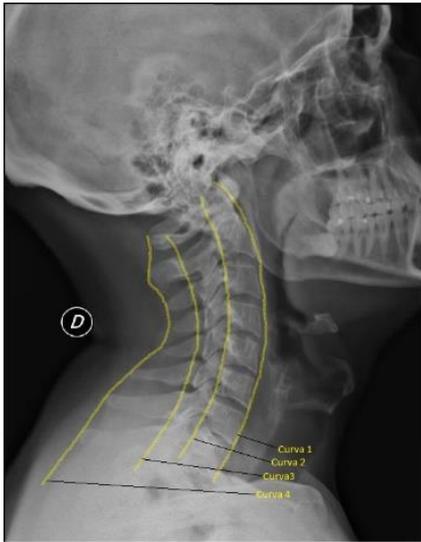


Figura 15: Curvas anatómicas de columna cervical.

Metodología y procedimientos

El actual trabajo de investigación es un estudio observacional no participante, transversal, y organizado, que fue ejecutado en base a los exámenes de pacientes atendidos en el Centro Médico Integral Fitz Roy por accidentes de tránsito in itinere y cursen sintomatologías cervicales durante los años 2015 y 2021.

Universo

El universo del actual trabajo de investigación se constituye por los trabajadores que se encuentran comprendidos dentro del convenio de la aseguradora de riesgos de trabajo (ART) y que son atendidos por la empresa Centro Médico Integral Fitz Roy, localizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Muestra

La muestra del trabajo de investigación está conformada por 17 trabajadores adultos que realizaron una atención médica en la firma Centro Médico Integral Fitz Roy por accidentes de tránsito in itinere entre los años 2015 y 2021 con sintomatología cervical.

Criterios de inclusión

Se incluyen en el trabajo de investigación a trabajadores adultos que presentan un diagnóstico de cervicalgia originada por accidentes de tránsito in itinere y fueron atendidos por la compañía Centro Médico Integral Fitz Roy para exámenes radiológicos, presentando los respectivos informes de atención médica.

Criterios de exclusión

Quedan excluidos del trabajo de investigación todos aquellos trabajadores que no sean adultos, que no sean atendidos por accidentes de tránsito in itinere, que no sean examinados por radiología convencional y aquellos trabajadores que no presenten un informe de atención médica donde conste el diagnóstico de cervicalgia.

Identificación y operacionalización de las variables

El actual trabajo de investigación presenta once variables de análisis. La primera de ellas es el sexo del paciente, siguiendo con la edad correspondiente, la tercera variable es el medio de transporte utilizado por el trabajador al momento del accidente, en la

cuarta variable se analiza el mecanismo de lesión, en la quinta variable se considera si el trabajador tuvo su atención primaria en el centro médico de la ART, la sexta variable es que proyecciones radiológicas fueron llevadas a cabo (considerando en la investigación las proyecciones AP y Lateral), como séptima variable se analiza qué métodos de imágenes se solicitaron para examinar la columna cervical, la octava variable es la sintomatología que alude el trabajador al examen físico, la novena variable es si el trabajador accidentado presenta algún tipo de trastorno neurológico leve (como náuseas, vómitos o mareos), la décima variable es el diagnóstico que se le atribuye al trabajador y como undécima variable se analizan los aportes de la radiología convencional para el estudio de la columna cervical.

La operacionalización de las variables mencionadas se adjunta en el **Anexo I**.

Técnica de recolección de información

A fines de recaudar la información necesaria para la investigación, se utilizaron imágenes diagnósticas por radiología convencional de columna cervical pertenecientes a trabajadores que sufrieron cervicalgias por accidentes de tránsito in itinere y que acudieron al Centro Médico Integral Fitz Roy para su atención médica con sus correspondientes registros de ingreso, a posteriori, se llevó a cabo la observación y el análisis de los datos y se procedió a realizar su representación en tablas de frecuencia a fines de establecer los resultados.

Análisis de datos

➤ Sexo del trabajador

Sexo	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
Masculino	15	15	88,23529412	88,23529412
Femenino	2	17	11,76470588	100

Tabla 1: Sexo de los trabajadores atendidos



Gráfico 1: Sexo de los trabajadores atendidos

Análisis de la variable

Como se expone en la gráfica, el 88% de los trabajadores que acudieron al centro médico para realizarse atenciones médicas debido a accidentes de tránsito in itinere fueron del sexo masculino, mientras que el 12% referencia a las atenciones efectuadas a trabajadores del sexo femenino.

➤ Edad del trabajador

Edad de los trabajadores	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
De 18 a 25 años	1	1	5,882352941	5,882352941
De 26 a 33 años	7	8	41,17647059	47,05882353
De 34 a 41 años	6	14	35,29411765	82,35294118
De 42 a 49 años	1	15	5,882352941	88,23529412
De 50 a 57 años	2	17	11,76470588	100

Tabla 2: Edad de los trabajadores atendidos

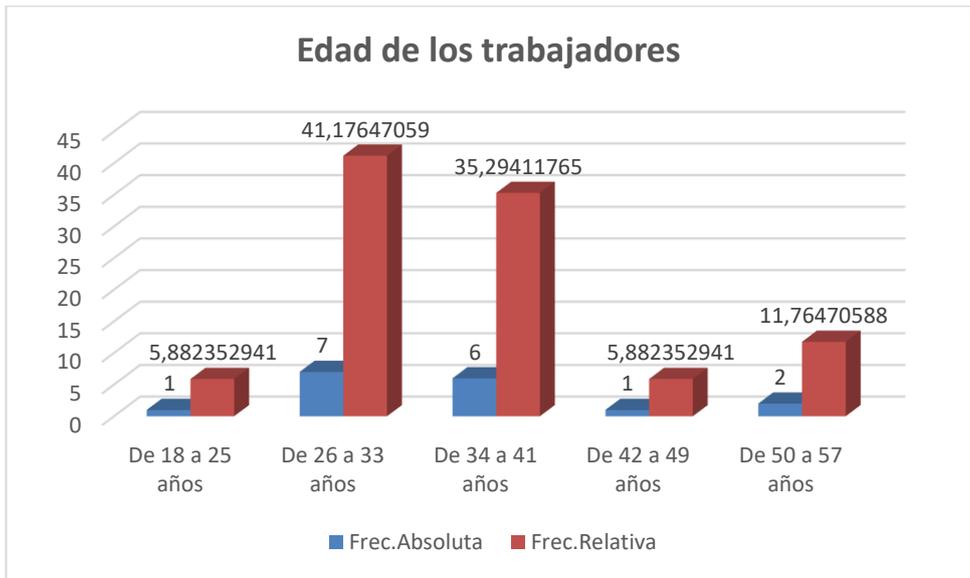


Gráfico 2: Edad de los trabajadores atendidos

Análisis de la variable

La gráfica expresa las edades de los trabajadores atendidos en la aseguradora de riesgos de trabajo debido a accidente de tránsito in itinere, siendo los trabajadores del rango etario entre 26 y 33 años, es decir, un 41,17% de la muestra los que presentaron mayor incidencia, seguidos por el rango de 34 a 41 años, estableciendo el 35,29%.

➤ Medio de transporte al momento del accidente in itinere

Medio de desplazamiento	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
Automóvil	7	7	41,17647059	41,17647059
No especifica	3	10	17,64705882	58,82352941
Camión	2	12	11,76470588	70,58823529
Camioneta	2	14	11,76470588	82,35294118
A pie	1	15	5,882352941	88,23529412
Motocicleta	2	17	11,76470588	100

Tabla 3: Medio de transporte al momento del accidente in itinere

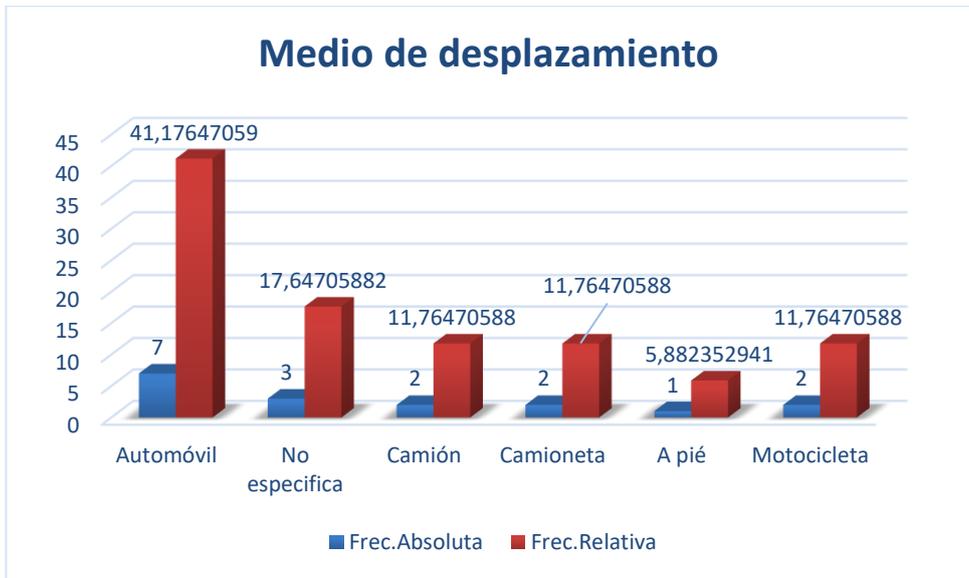


Gráfico 3: Medio de transporte al momento del accidente en itinere

Análisis de la variable

Como se puede apreciar en la gráfica, el medio de transporte utilizado por los trabajadores al momento del accidente laboral resultó en primer lugar el automóvil con un 41,17% de prevalencia, y en segundo lugar con un 17,64% de incidencia, no se especifica el medio de locomoción en el que circulaba el trabajador.

➤ Mecanismo de lesión

Mecanismo de lesión	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
Choque de vehículos	5	5	29,41176471	29,41176471
Choque desde atrás	2	7	11,76470588	41,17647059
Latigazo cervical	5	12	29,41176471	70,58823529
Choque con cordón	1	13	5,882352941	76,47058824
Choque de frente	1	14	5,882352941	82,35294118
Choque con persona	1	15	5,882352941	88,23529412
Atropellamiento	1	16	5,882352941	94,11764706
Caida de vehículo	1	17	5,882352941	100

Tabla 4: Mecanismo de lesión

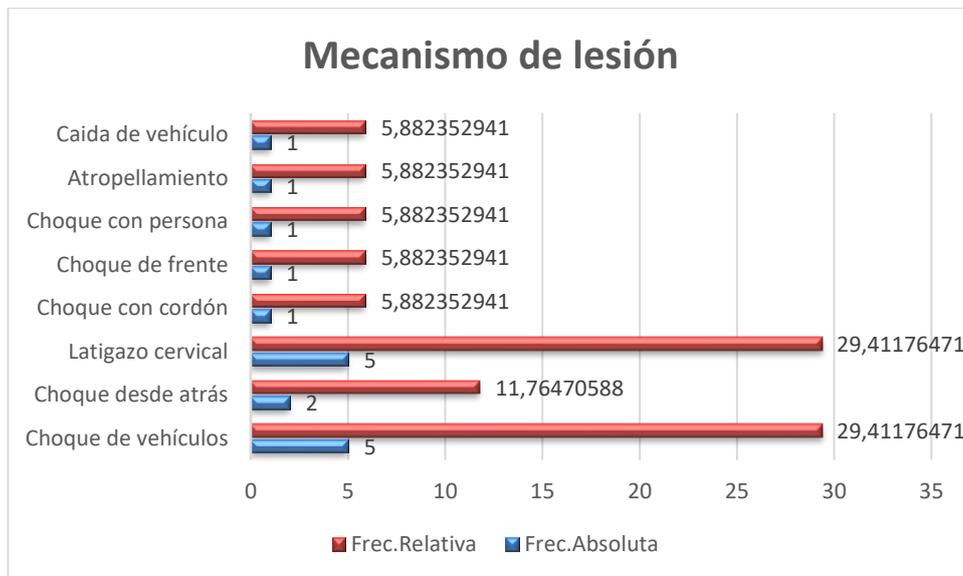


Gráfico 4: Mecanismo de lesión

Análisis de la variable

La gráfica nos muestra cuales fueron los mecanismos de lesión más frecuentes en los accidentes de tránsito in itinere, ocupando de manera compartida el primer lugar, el choque de vehículos (donde no se expresa la metodología del accidente de forma cierta) y el mecanismo del latigazo cervical, ambos representan de igual forma el 29,41% de la totalidad de la muestra, seguido por el choque desde atrás con un 11,76%.

➤ Lugar de atención primaria

Atención primaria en la ART?	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
Sí	12	12	70,58823529	70,58823529
No	5	17	29,41176471	100

Tabla 5: Atención primaria en el centro médico de la ART

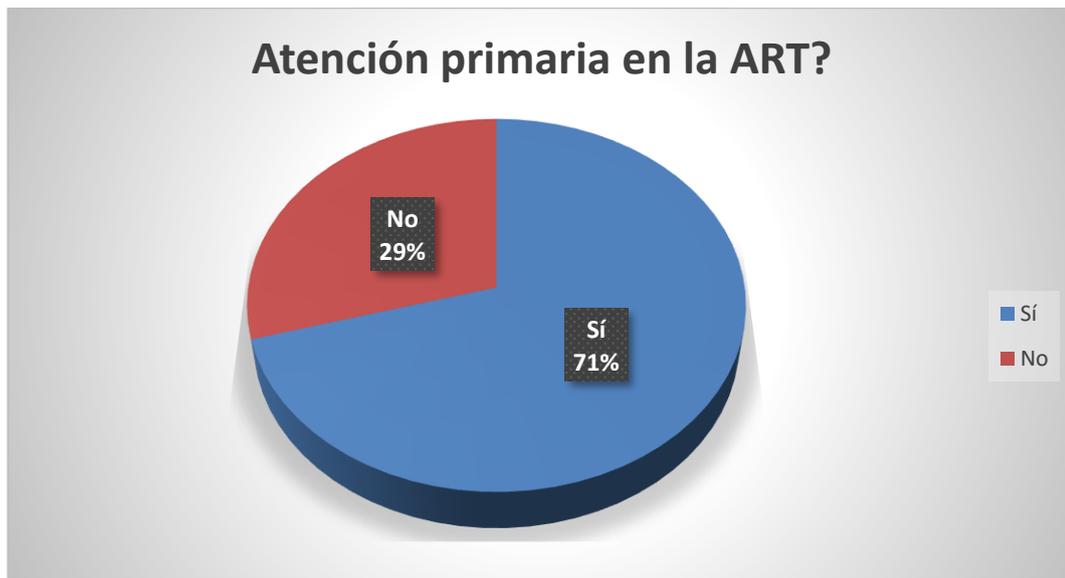


Gráfico 5: Atención primaria en el centro médico de la ART

Análisis de la variable

En la gráfica se pone de manifiesto el porcentaje de incidencia que ocupa la atención médica primaria de los trabajadores accidentados, la mayoría realizó su atención primaria en el centro médico de la ART en un 71% mientras que el 29% de los trabajadores accidentados debieron ser atendidos en primer instancia en hospitales, institutos o centros médicos que no pertenecen a la aseguradora de riesgos de trabajo.

➤ **Proyecciones radiológicas utilizadas**

Proyecciones de columna cervical utilizadas	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
AP y Lateral	13	13	76,47058824	76,47058824
AP	3	16	17,64705882	94,11764706
Lateral	1	17	5,882352941	100

Tabla 6: Proyecciones radiológicas utilizadas

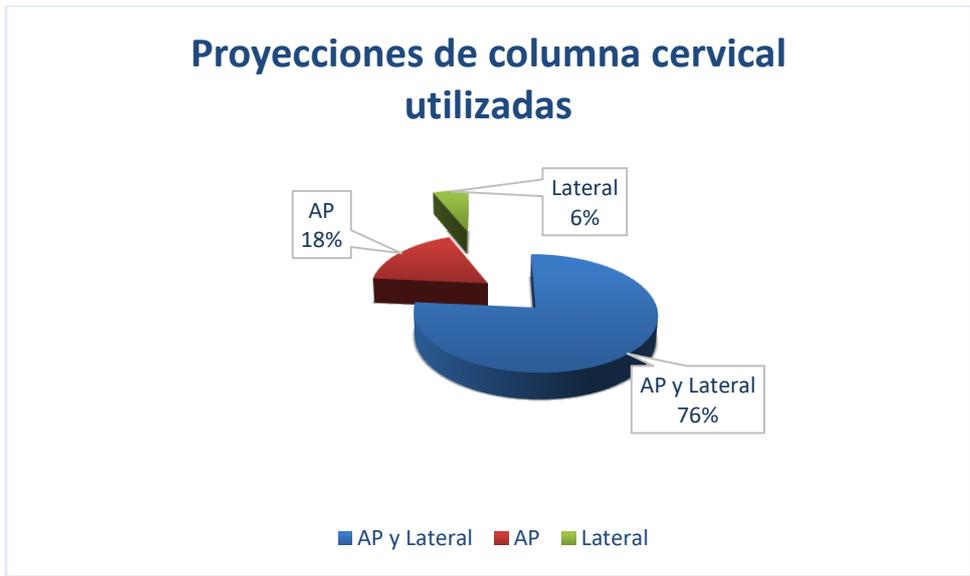


Gráfico 6: Proyecciones radiológicas utilizadas

Análisis de la variable

La gráfica nos detalla que las proyecciones de columna cervical más utilizadas en el centro médico fueron la combinación entre la AP y Lateral en un 76% de la muestra, la proyección solamente de AP se realizó a un 18% y la proyección únicamente de Lateral en el 6% de los trabajadores considerados.

➤ **Métodos de imágenes solicitados**

Métodos solicitados para examinar la columna cervical	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
Rx	10	10	58,82352941	58,82352941
Rx y RMN	4	14	23,52941176	82,35294118
Rx, TAC y RMN	1	15	5,882352941	88,23529412
Rx y TAC	2	17	11,76470588	100

Tabla 7: Métodos de imágenes solicitados

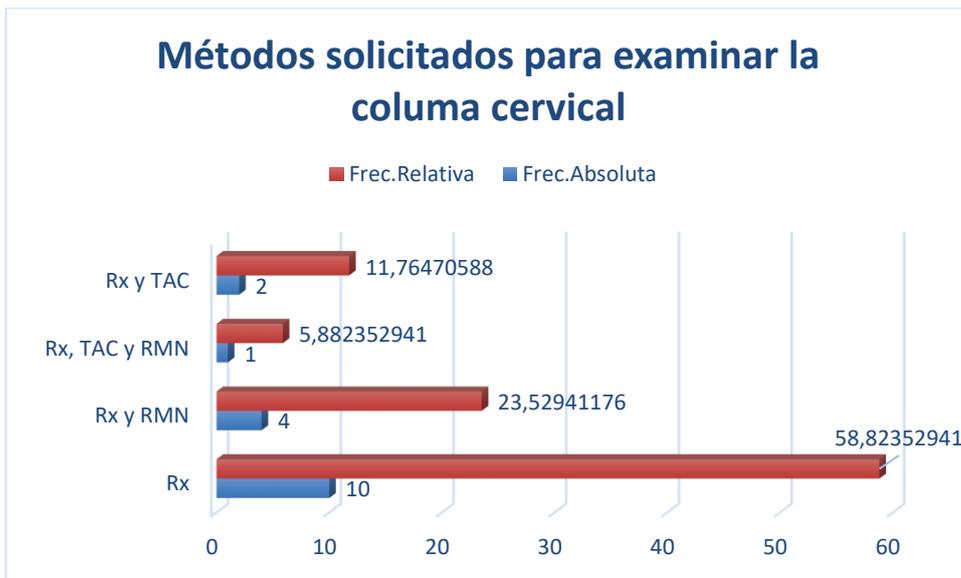


Gráfico 7: Métodos de imágenes solicitados

Análisis de la variable

El gráfico expone que el método de imágenes más solicitado para examinar la columna cervical de los trabajadores accidentados fue el de Rx con un 58,82% de incidencia seguido por la solicitud de estudios imagenológicos con métodos combinados de Rx y RMN con una participación del 23,52%.

➤ Síntomas físicos

Síntoma Físico frecuente	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
Contractura muscular	6	6	35,29411765	35,29411765
Contractura paravertebral	2	8	11,76470588	47,05882353
Dolor paravertebral	1	9	5,882352941	52,94117647
Contractura cervical	2	11	11,76470588	64,70588235
Dolor cervical	6	17	35,29411765	100

Tabla 8: Síntomas físicos

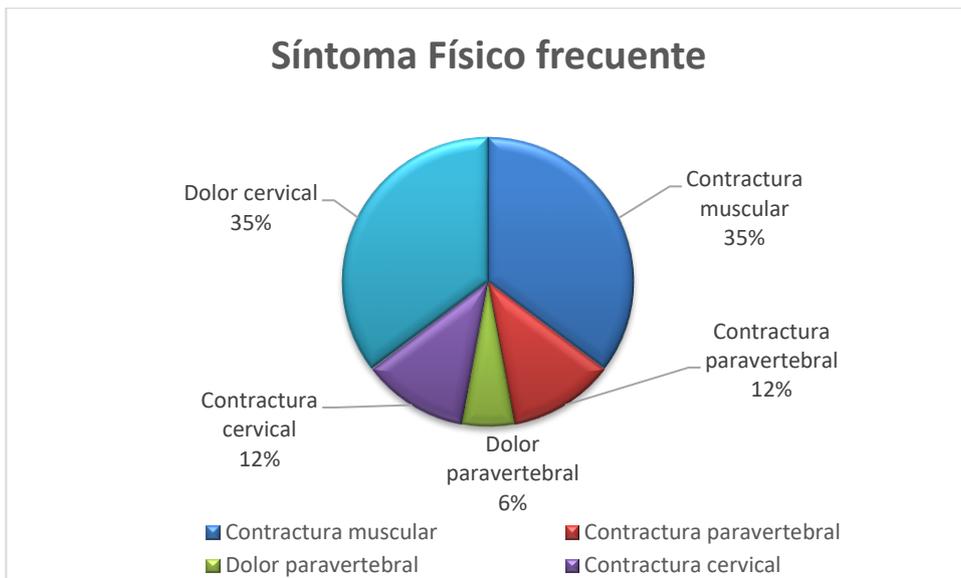


Gráfico 8: Síntomas físicos

Análisis de la variable

El gráfico revela que el síntoma físico más frecuente en la examinación médica es compartido entre el de dolor cervical y la contractura muscular presentando ambos un 35% de acontecimiento y lo siguen la contractura cervical y la contractura paravertebral ambas presentando el mismo valor de incidencia en un 12% de la muestra.

➤ **Presencia de trastornos neurológicos**

Presencia signos neurológicos?	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
Sin trastornos	14	14	82,35294118	82,35294118
Con trastornos	3	17	17,64705882	100

Tabla 9: Presencia de trastornos neurológicos

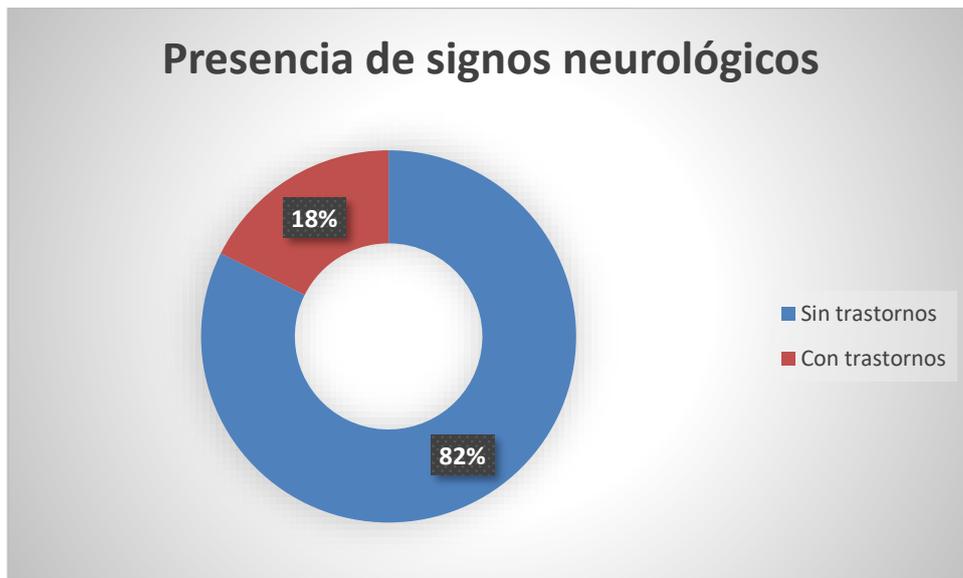


Gráfico 9: Presencia de trastornos neurológicos

Análisis de la variable

El gráfico expone que el 82% de los trabajadores que sufrieron accidentes de tránsito in itinere no presentan trastornos neurológicos, mientras que el 18% mostró síntomas neurológicos leves (como náuseas, vómitos o mareos).

➤ **Diagnóstico**

Diagnóstico	Frec.Absoluta	Frec.Abs.Acumulada	Frec.Relativa	Frec.Rel.Acumulada
Cervicalgia post traumática	3	3	17,64705882	17,64705882
Cervicalgia	13	16	76,47058824	94,11764706
Cervicolumbalgia post traumática	1	17	5,882352941	100

Tabla 10: Diagnóstico

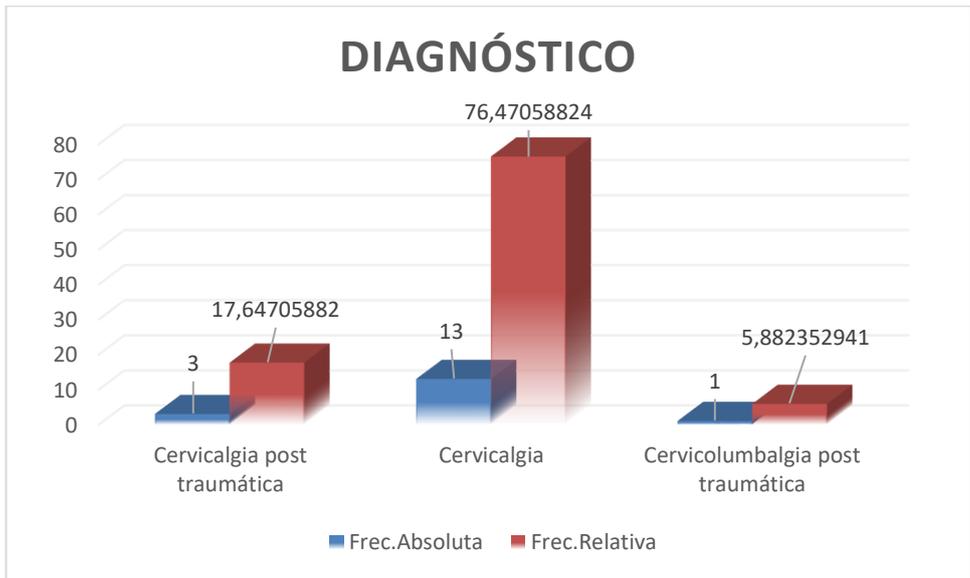


Gráfico 10: Diagnóstico

Análisis de la variable

El gráfico expresa los diagnósticos médicos que se otorgaron a los distintos trabajadores en el centro médico de la ART, el más recurrente fue el de cervicalgia con un 76,47%, seguido por la cervicalgia post traumática con un 17,64% y un 5,88% para el diagnóstico de cervicolumbalgia post traumática.

➤ **Aportes de la radiología convencional**

Aportes de la radiología convencional	Frec. Absoluta	Frec. Abs. Acumulada	Frec. Relativa	Frec. Rel. Acumulada
Sin lesiones óseas aparentes	9	9	52,94117647	52,94117647
Rectificación cervical	6	15	35,29411765	88,23529412
No especifica	2	17	11,76470588	100

Tabla 11: Aportes de la radiología convencional

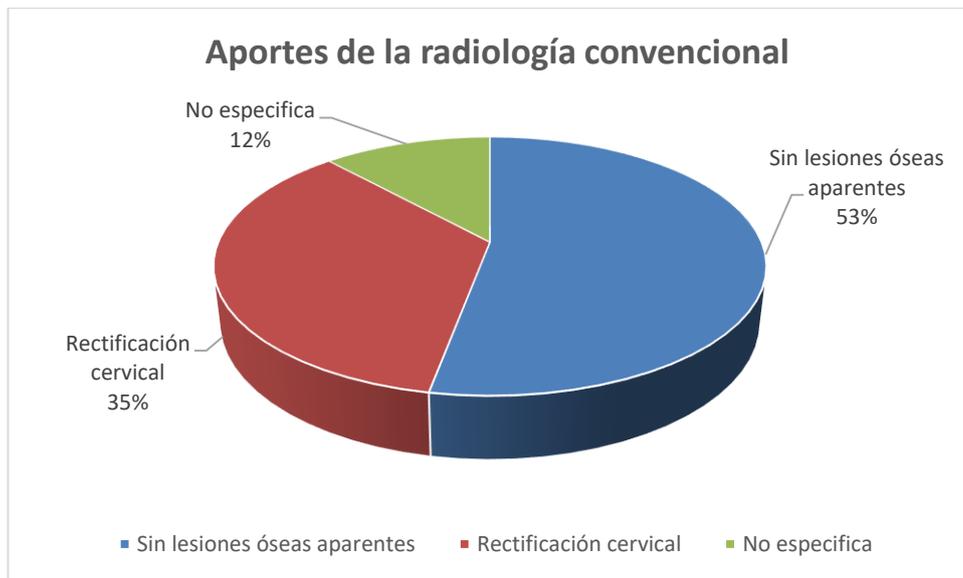


Gráfico 11: Aportes de la radiología convencional

Análisis de la variable

Como se expresa en el gráfico la radiología convencional nos otorga grandes beneficios al momento de examinar la columna cervical de los trabajadores accidentados, estableciendo que el 53% de los trabajadores no presentan lesiones óseas aparentes mientras que el 35% de los trabajadores presentan rectificación de columna cervical.

Conclusión

La cervicalgia originada en accidentes de tránsito in itinere es una patología con tendencia a un crecimiento exponencial debido a la gran demanda de la industria automotriz por parte de las sociedades. Los trabajadores de dichas sociedades, a fines de realizar sus tareas en las locaciones de sus empleadores, y que deben transportarse de manera física a sus trabajos, se encuentran expuestos a estos sucesos y necesitan la cobertura médica que les proporciona su aseguradora de riesgos de trabajo para una atención médica adecuada.

Los estudios imagenológicos que se realizan en la práctica diaria para la examinación de la columna cervical pueden ser mediante radiología convencional, tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear, siendo la radiología convencional la que se utiliza como primer opción ante accidentes de tránsito in itinere por su rapidez para evaluar daños que pongan en peligro la integridad del paciente.

Como dejamos en manifiesto por el presente trabajo de investigación por medio de los resultados obtenidos vemos que, de los 17 trabajadores de la muestra, el sexo masculino predomina en los valores de incidencia de casos presentando un porcentaje del 88% sobre el total.

Determinamos que la franja etaria de los trabajadores accidentados corresponde al rango entre los 26 y 33 años, significando un 41,17% de la muestra, así como también que el medio de transporte comúnmente utilizado en los accidentes de tránsito ha sido el automóvil en el 41,17% de los siniestros viales.

Establecemos que el mecanismo de lesión en columna cervical más frecuente fue el señalado en los informes como choque de vehículos donde no se profundiza en los detalles de los sucesos compartiendo el mismo porcentaje de incidencia que el mecanismo de latigazo cervical ocupando el 29,41% ambos mecanismos y donde el choque desde atrás que produjo el 11,76% podría ser incluido en uno de los mecanismos anteriores aumentando sus valores.

Podemos determinar el valor de la muestra con relación a su atención médica inicial en la que el 71% de los trabajadores accidentados en horario laboral pudo llevar a cabo su atención en el centro médico de la aseguradora.

En cuanto a los exámenes realizados en el centro médico de la ART, esclarecemos que el método diagnóstico más utilizado fue el de radiología convencional en el 58,82% de los trabajadores y que las proyecciones radiológicas más solicitadas han sido la combinación de la AP y Lateral de columna cervical en el 76% de la muestra.

Ponemos en manifiesto, que los trabajadores accidentados presentaron síntomas físicos en los que los valores más recurrentes revelan dolor cervical y contractura muscular, ambos síntomas presentan la misma repetición, el 35% de la muestra cada una; y el 82% de la muestra no presenta signos neurológicos leves (como náuseas, vómitos o mareos).

También exhibimos que el diagnóstico médico más frecuente en los trabajadores accidentados fue el de cervicgia con un valor del 76,47% y que la radiología convencional aporta información de gran utilidad diagnóstica determinando que el 53% de los pacientes atendidos no presentan lesiones óseas aparentes y que el 35% de ellos evidencian rectificación cervical.

Por último, se concluye que la utilización de la radiología convencional nos permite realizar una evaluación de manera rápida y eficaz para diagnosticar cervicgias originadas en accidentes de tránsito in itinere y poder ejecutar un tratamiento adecuado para el beneficio del paciente.

Recomendaciones

Se recomienda llevar a cabo los estudios imagenológicos que sean necesarios para examinar los posibles daños en la columna cervical, complementando la radiología convencional con los métodos de tomografía computarizada o mediante la utilización de la resonancia magnética nuclear.

En el uso de radiología convencional, se recomienda la realización de las proyecciones AP y Lateral en simultaneo para poder exhibir detalles que pueden ocultarse en una sola proyección ya que se trata de una imagen en 2D.

También se recomienda el posicionamiento acorde del paciente, la angulación del tubo de Rx, así como la técnica del equipo para lograr una imagen diagnóstica de calidad y no superponer las estructuras.

Por último, se recomienda hacer una examinación meticulosa de la anatomía de la columna cervical tanto físicamente como por medio de las imágenes radiológicas, prestando especial atención a los posibles detalles que modifiquen la funcionalidad o sostén de las vértebras, discos y ligamentos cervicales.

Bibliografía

- Eleta, Francisco A. (2003). “Diagnóstico por Imágenes para Alumnos y Médicos Residentes”. Editorial: Talleres Bolgraph 3era ed.
- Latarjet, Ruiz Liard (2004). “Anatomía humana”. Editorial: Panamericana 4ta ed.
- Patton, Kevin T., Thibodeau, Gary A. (2013). “Anatomía y Fisiología”. Editorial: Elsevier 8va ed.
- Bushong, Stewart Carlyle (2010). “Manual de Radiología para Técnicos: Física, Biología y Protección Radiológica”. Editorial: Elsevier 9na ed.
- Bontrager, Kenneth L., Campagnano, Jhon P. (2014). “Manual de Posiciones y Técnicas Radiológicas”. Editorial: Elsevier 8va ed.
- Galli, Robert L., Spate, Daniel W., Rutha Simon, Robert (1991). “Urgencias Ortopédicas: Columna vertebral”. Editorial: Ediciones Scriba, S.A. 1er ed.
- Kim, Daniel H., Ludwig, Steven C., Vaccaro, Alexander R., Chang, Jae-Chil (2010). “Atlas de Lesiones Vertebrales en Adultos y Niños”. Editorial: Elsevier-Saunders 1er ed.
- Uría, Álex Monasterio (2008). “Columna Sana”. Editorial: Paidotribo 1er ed.
- Jouvencel, M. R. (2003). “Latigazo Cervical y Colisiones a Baja Velocidad: La Ausencia de Daños en el Vehículo no Supone Inexistencia de Lesiones en los Ocupantes”. Editorial: Diaz de Santos S.A.
- Malleville, Sofía (2020). “La salud de los trabajadores: transformaciones y continuidades en el sistema de riesgos del trabajo en Argentina (1995-2017)”. Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet) N° 34, Vol XXI.
- Ramírez, Susana González, Chaparro Ruiz, Ezequiel Salvador, de la Rosa Alvarado, María del Rocío, Díaz Vega, Manuel, Guzmán González, Juan Manuel, Jiménez Alcántara, José Alfredo, López Roldán, Verónica Myriam, Rosas Medina, Julio (2005). “Guía Clínica para la rehabilitación del paciente con esguince cervical, en el primer nivel de atención”. Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica del IMSS, Vol 43, N°1.
- Reinoso Barbero, Luis, Díaz Garrido, Ramón, González Gómez, María Fernanda, Fernández Fernández, Miguel, Capapé Aguilar, Ana y Garrido Astray, María Concepción (2015). “Lesiones por accidentes de trabajo

relacionados con el tráfico ocurridas en los trabajadores de una entidad bancaria (2007-2013)". 18 (4): 185-191

- Regal Ramos, Raúl Jesús (2011). "Síndrome de latigazo cervical. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid". 57 (225): 348-360.
- Tannoury, Chadi, De Giacomo, Anthony, Rihn, Jeffrey, Wilson IV, William, Henderson Sr., Fraser and Vaccaro, Alexander (2013). "Acute Whiplash: Clinical and Finite Element Analysis". 5: 19-31.

Anexo I

Operacionalización de las variables

Variables	Indicadores	Valores
Sexo	Historia clínica	Masculino Femenino
Edad	Documento de identidad	18 a 57 años
Medio de desplazamiento	Transporte utilizado	Automóvil Camioneta Motocicleta A pie Camión No específica
Mecanismo de lesión	Manera en la cual se produce el accidente	Choque de vehículos Choque desde atrás Latigazo cervical Choque con cordón Choque con persona Choque de frente Atropellamiento Caída de vehículo
Atención primaria en ART	Lugar de atención médica inicial en ART	Sí No
Proyecciones de columna cervical utilizadas	Técnica de proyección radiológicas utilizadas	AP Lateral
Métodos solicitados para examinar la columna cervical	Métodos diagnósticos por imágenes solicitados para estudiar la columna cervical	RX TAC RMN
Síntoma físico frecuente	Examen médico de la condición física del paciente	Contractura muscular Contractura paravertebral Dolor paravertebral Contractura cervical Contractura muscular Dolor cervical
Presencia de signos neurológicos	Examen médico de la condición neurológica del paciente	Sin trastornos Con trastornos
Diagnóstico	Causas y explicación del problema de salud	Cervicalgia Cervicalgia post traumática Cervicolumbalgia post traumática Latigazo cervical
Aportes de la radiología convencional	Contribución de la radiología convencional en columna cervical para el diagnóstico médico	Sin lesiones óseas aparentes Rectificación cervical Subluxación vertebral Luxación vertebral Fractura ósea Ruptura de ligamentos Laxitud de ligamentos Discopatías

Anexo II

Imágenes diagnósticas e informes de los trabajadores

Trabajador 1

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Siniestro

Tipo de Siniestro Accidente en Itinere		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 03 May 2017 11:30	Abandonó el trabajo el 04 May 2017 14:00	Tuvo primera curación el 05 May 2017 12:09	
¿Cómo ocurrió el accidente? Paciente de 48 años edad, trabaja como arquitecto, lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas. Cervicalgia posterior a traumatismo por accidente en la vía publica auto vs auto. 9 de julio y Perón.			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehiculos		
Naturaleza de la lesión:	8 - Traumatismos internos		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	20 - Región cervical (columna vertebral y músculos adya	Mano hábil:	
Tuvo atención médica anterior en			
Diagnóstico:	Cervicalgia posterior a traumatismo		
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia		
Examen F ísico, Tratamiento e Indicaciones: Región cervical: región cervical contractura muscular, no trastornos motores ni sensitivos periféricos Rx: SLOA Se indica diclofenac 50 mg comp cada 12 horas, fkt x 5, calor seco y control.			
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)			
Gravedad: Leve			
Baja laboral: Si	Días estimados: 10	¿Supone Incapacidad? No	
Sugerencia de Rechazo: No		Causa:	
Estudios Solicitados: rx COLUMNA CERVICAL			
Próxima consulta: 10 May 2017 13:15			

Formulario de No Concurrencia

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle			
Fecha del Siniestro: 03 May 2017		Fecha: May 5 2017 5:00PM	
Código CIE 10:	M54.2		
Motivo:	Derivado	Cetrai S.A	
Observaciones:			



Trabajador 2

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt: Doc: CUIL:
 Apell. y Nombre: CUIT: Tel:
 Empleador:

Características del Siniestro

Tipo de Siniestro Accidente en Itinere		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 26 Feb 2016 08:40	Abandonó el trabajo el	Tuvo primera curación el 26 Feb 2016 10:04	
¿Cómo ocurrió el accidente? PACIENTE DE 32 AÑOS QUE TRABAJA COMO JEFE DE OBRA DESDE HACE 9 AÑOS DE L A V DE 9 A 17 HS. REFIERE QUE EN EL DIA DE LA FECHA MIENTRAS SE DIRIGIA A SU TRABAJO SOBRE LA AV. WARNES AL 1300 SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO AL CHOCAR CON OTRO VEHICULO. NIEGA PERDIDA DE LA CONCIENCIA.			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehiculos		
Naturaleza de la lesión:	7 - Contusiones		
Agente Material Asociado:	10930 - OTRAS MAQUINARIAS NO LISTADAS BAJO ESTE EPIGRAFE		
Zona afectada:	15 - Cabeza, ubicaciones múltiples		Mano hábil:
Tuvo atención médica anterior en			
Diagnóstico:	TEC SIN PERDIDA DE LA CONCIENCIA. CERVICALGIA POST TRAUMÁTICA.		
	Código CIE 10: S06.3 Traumatismo cerebral focal		
Examen F ísico, Tratamiento e Indicaciones: CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE , REFIERE CEFALEA Y CERVICALGIA, AL EXAMEN SIN SIGNOS NEUROLÓGICOS APARENTES DE FOCO MOTOR NI SENSITIVO. SIN SDME MEN INGO NI VERTIGINOSO, PUPILAS ISOCORÍCAS Y REACTIVAS. SIN ESCORIASIONES EN CUERO CABELLUDO NI ROSTRO. SE PALPA CONTRACTURA PARAVERTEBRAL CERVICAL MODERADA. NIEGA PARESTESIAS EN LOS MMSS. SE APLICA DICLOFENAC + DEXAMETASONA IMS. SE REALIZA RX SLOA. SE INDICA DICLOFENAC EN GEL + IBUPORFENO 400 MG POR 10 PAUTAS DE ALARMA SE CITA PARA CONTROL EVENTUAL ALTA			
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)			
Gravedad: Leve			
<			
Baja laboral: SI	Días estimados: 10	¿Supone Incapacidad? No	
Sugerencia de Rechazo: No	Causal:		
Estudios Solicitados: RX CRANEO Y COLUMNA CERVICAL			
Próxima consulta: 29 Feb 2016 15:50			

Cese de Atención por Clínica Médica

Aseguradora: Código Srt: Doc: CUIL:
 Apell. y Nombre: CUIT: Tel:
 Empleador:

Detalle	
Diagnóstico:	TEC SIN PERDIDA DE LA CONCIENCIA. CERVICALGIA POST TRAUMÁTICA.
	Código CIE 10: S06.3 Traumatismo cerebral focal
Atendido el: 04 Mar 2016	
Observaciones: Buena evolución de su politraumatismo por choque vehicular. Hemodinamicamente compensado, sin signos neurológicos de foco. Signos de Romberg y asociados para equilibrio negativos. Part: 120/60. Buena función sin dolor de columna cervical. Clínicamente estable.	
	Nuevo control:





Trabajador 3

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente en Itinere		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 09 Aug 2018 19:20	Abandonó el trabajo el 09 Aug 2018 19:30	Tuvo primera curación el 09 Aug 2018 20:45	
¿Cómo ocurrió el accidente? 33 años, supervisor de dom a viernes de 19 a 5, ingresa por sus medios con antecedente de choque desde atrás mientras manejaba su auto alas 19 hs camino al trabajo en escalabrini y sta fe			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehiculos		
Naturaleza de la lesión:	8 - Traumatismos internos		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	20 - Región cervical (columna vertebral y músculos adya	Mano hábil: Derecha	

Tuvo atención médica anterior en	
Diagnóstico:	cervicalgia
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: DOLOR CERVICAL PARAVERTEBRAL NO AGRAVADO A LA PALPACION Y PERCUSSION DE PROMINENCIAS OSEAS VERTEBRALES, NEGIA IRRADIACION A MIEMBROS SUPERIORES NI PARESTESIAS, FUERZA MUSCULAR Y SENSIBILIDAD DISTAL CONSERVADA, PULSOS PERIFERICOS Y RELLENO CAPILAR POSITIVO, TRONNER (-), HOFFMAN (-) REFLEJOS SIMÉTRICOS. RX: SIN LESIONES OSEAS AGUDAS APARENTES. RECTIFICACION DE LORDOSIS FISIOLÓGICA INDICO CALORTERAPIA, DICLOFENAC 50 MG COMP POR 10 CADA 8 HS , REPOSO, DOY PAUTAS DE ALARMA Y CUIDADO CITO A CONTROL	
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)	
Gravedad: Leve	
Baja laboral: Si	Días estimados: 0
¿Supone Incapacidad? No	
Sugerencia de Rechazo: No	Causal:
Estudios Solicitados: rx columna cervical	
Próxima consulta: 13 Aug 2018 13:00	

Informe de Evolución y Tratamiento

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	cervicalgia
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia
Atendido el: 13 Aug 2018	
Observaciones: cervicalgia niega parestesias ,mareos en cambios posiciones Contractura músculos indico fkt 5 sesione s solícito RMN de col .cervical cito control	
Nuevo control: 14 Aug 2018 10:30	



Trabajador 4

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente de Trabajo		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 15 Feb 2021 01:50	Abandonó el trabajo el 15 Feb 2021 01:50	Tuvo primera curación el 15 Feb 2021 03:50	
¿Cómo ocurrió el accidente? paciente masculino de 26 años de edad, trabaja en ciba San Isidro, chofer de camiones, antigüedad laboral 5 años, de lunes a viernes de 04 a 16, y dom de 18 a 02hs refiere que en el día de la fecha al ir marcha atrás en el camión choca con otro camión del trabajo q tmb iba marcha atrás con posterior latigazo y dolor cervical y lumbar no refiere alergias medicamentosas, ni toma de medicamentos, antecedente de tuberculosis			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehiculos		
Naturaleza de la lesión:	8 - Traumatismos internos		
Agente Material Asociado:	20001 - CAMIONES		
Zona afectada:	20 - Región cervical (columna vertebral y músculos adya		Mano hábil: Derecha

Tuvo atención médica anterior en	
Diagnóstico:	cervicolumbalgia post traumatismo
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: lucido, vigil, orientado deambula por sus propios medios, marcha eubasica sin dolor a la palpación de eminencia oseas, se palpa contractura cervical rx: sin lesión oseas, se evidencia rectificación cervical, estructura conservada se indica analgésico diclo/dexa calor local reposo, analgesia, fkt y control por consultorios VESALION 75mg (diclofenac iny.a.x1) (xq) x 1 NEXADRON (dexametasona 8 mg amp. x 1) (xq) x 1 ULCOZOL (omeprazol 20 mg comp.x 1) x 2 SINALGICO (ketorolac 20 mg comp.x 1) x 4	
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)	
Gravedad: Leve	
Baja laboral: Si	Días estimados: 0 ¿Supone Incapacidad? No

	C
	Estudios Solicitados: RX
	Próxima consulta:

Informe Traumatológico

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	cervicolumbalgia post traumatismo
	Código CIE 10: M54.5 Lumbago no especificado
Atendido el: 22 Feb 2021	
Observaciones: PACIENTE CONCORRE CON MEJORIA DE SINTOMATOLOGIA CERVICAL Y LUMBAR. FRANKEL "E". LASEGUE NEGATIVO. EN CONDICIONES DE ALTA.	
	Nuevo control:





Trabajador 5

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Siniestro

Tipo de Siniestro Accidente en Itinere		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 26 Feb 2021 05:45	Abandonó el trabajo el 26 Feb 2021 05:45	Tuvo primera curación el 26 Feb 2021 09:00	
¿Cómo ocurrió el accidente? MASCULINO DE 28 AÑOS, ELECTRICISTA, LUNES A SABADOS DE 06 A 14HS, ANTIGUEDAD DE 7 AÑOS APP: HTA (SIN TTO FARMACOLOGICO AL MOMENTO), ALERG: N/R REFIERE QUE MIENTRAS SE DIRIGIA HACIA SU TRABAJO EN AUTO OTRO AUTOMOVIL LE IMPACTA EN EL COSTADO, SUFRIENDO CONTUSION EN COSTADO IZQUIERDO DE LA CARA CONTRA LA VENTANA DEL AUTO Y LATIGAZO CERVICAL, NIEGA PERDIDA DEL CONOCIMIENTO.			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehículos		
Naturaleza de la lesión:	7 - Contusiones		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	2 - Ojos (incluye Párpados, la órbita y el nervio ópti		Mano hábil: Derecha

Tuvo atención médica anterior en	
Diagnóstico:	LATIGAZO CERVICAL, CONTUSION EN REGION PERIORBITAL Y POMULO IZQUIERDO
	Código CIE 10: S05.8 Otros traumatismos del ojo y de la órbita
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: AL EXAMEN FISICO: ORIENTADO TLP, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO Y/O MOTOR APARENTE, PUPILAS ISOCORICAS Y REACTIVAS, CUELLO MOVIL, DOLOR CON LA ROTACION DE LA CABEZA, ASOCIADO A CONTRACTURAS MUSCULARES DOLOROSAS, NO REFIERE PARESTESIAS; SE OBSERVA EDEMA LEVE A NIVEL DE ORBITA INFERIOR Y POMULO IZQ, NO HEMATOMAS. SE SOLICITA RX ORBITA IZQ F Y CRANEO P, COL. CERVICAL FYP SE INDICA ANALGESIA IM EN EL MOMENTO, CONTINUAR CON ANALGESIA V.O + CRIOTERAPIA LOCAL + CALOR LOCAL Y REPOSO, SE INDICAN 5 SESIONES DE FKT Y CONTROL CLINICO AL FINALIZAR. VESALION 75mg (diclofenac iny.a.x1) (xq) x 1 NEXADRON (dexametasona 8 mg amp. x 1) (xq) x 1 DICLOGESIC (Diclofenac 50 mg comp.rec.x 1) x 10	
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)	
Gravedad: Moderado sin Internación	
Baja laboral: Si	¿Supone Incapacidad? No
Días estimados: 0	

Estudios Solicitados: RXM

Informe Kinesiológico

Aseguradora: Código Srt:
Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
Empleador: CUIT: Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	LATIGAZO CERVICAL
	Código CIE 10: S05.8 Otros traumatismos del ojo y de la orbita
Atendido el: 01 Mar 2021	
Observaciones: Pte de 28 años, Electricista, comienza con 5 sesiones de fkt. Dx: Cervicalgia. Accidente: Accidente de tránsito auto vs auto sufriendo latigazo cervical. En el día de la fecha pte refiere cefalea sin mareos ni nauseas. Movilidad limitada por dolor. No refiere irradiaciones. Se observa contractura de trapecios superiores con predominio izq. tto: MGT + IR + Ejercicios de Movilidad y Elongación.	
	Nuevo control: 02 Mar 2021 17:00



Trabajador 6

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente de Trabajo	Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:
Accidentado el 22 Jan 2021 02:00	Abandonó el trabajo el 22 Jan 2021 03:17	Tuvo primera curación el 22 Jan 2021 03:00
¿Cómo ocurrió el accidente? 40 AÑOS, SUPERVISOR DE CLIBA DE LUN A LUN DE 20 A 04, INGRESA POR SUS MEDIOS CON ANT ACCIDENTE EN VIA PUBLICA HOY A LAS 00 HS EN J NEWERY Y SOLDADO DE LA IND, CABA , MIENTRAS MANEJABA CAMIONETA Y SER EMBESTIDO POR AUTO, VIGIL, ORIENTADO AL INGRESO		
Forma del accidente:	906 - Atropellamiento por vehículo	
Naturaleza de la lesión:	8 - Traumatismos internos	
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES	
Zona afectada:	20 - Región cervical (columna vertebral y músculos adya	Mano hábil: Derecha

Tuvo atención médica anterior en		
Diagnóstico:	CERVICALGIA	
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia	
Examen F isico, Tratamiento e Indicaciones: DOLOR CERVICAL PARAVERTEBRAL NO AGRAVADO A LA PALPACION Y PERCUSSION DE PROMINENCIAS OSEAS VERTEBRALES, NIEGA IRRADIACION A MIEMBROS SUPERIORES NI PARESTESIAS, FUERZA MUSCULAR Y SENSIBILIDAD DISTAL CONSERVADA, PULSOS PERIFERICOS Y RELLENO CAPILAR POSITIVO, DOLOR LUMBAR PARAVERTEBRAL NO AGRAVADO A LA PALPACION Y PERCUSSION DE PROMINENCIAS OSEAS VERTEBRALES, NIEGA IRRADIACION A MIEMBROS INFERIORES NI PARESTESIAS, FUERZA MUSCULAR Y SENSIBILIDAD DISTAL CONSERVADA, PULSOS PERIFERICOS Y RELLENO CAPILAR POSITIVO, LASEGUE (-), WASSERMAN (-) REFLEJOS SIMÉTRICOS. RX: SIN LESIONES OSEAS AGUDAS APARENTES. CON PERDIDA DE LORDOSIS DICLOGESIC (Diclofenac 50 mg comp.rec.x 1) x 10		
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)		
Gravedad: Leve		
Baja laboral: SI	Días estimados: 0	¿Supone Incapacidad? No

Causal: <
Estudios Solicitados: RX
Próxima consulta: 26 Jan 2021 14:30

Informe de Evolución y Tratamiento

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle		
Diagnóstico:	CERVICALGIA	
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia	
Atendido el: 26 Jan 2021		
Observaciones: Estudios Solicitados: DIOXAFLEX(diclofenac gel x 50 g) CONTROL EVOLUTIVO. IMPORTANTE CONTRACTURA PARAVERTEBRAL A NIVEL CERVICAL. NIEGA PARETSESIAS EN LOS MMSS, INDICO 5 SEIOSNES DE FKT, DICLOFENAC EN GEL. CALOR LOCAL SECO SE CITA PARA CONTROL. EVENTUAL ALTA		
		Nuevo control: 29 Jan 2021 18:30





Trabajador 7

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
Empleador: CUIT: Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente de Trabajo		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 11 Apr 2021 23:15	Abandonó el trabajo el 12 Apr 2021 23:15	Tuvo primera curación el 13 Apr 2021 00:20	
¿Cómo ocurrió el accidente? PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, CHOFER RECOLECTOR, 4 AÑOS, DE DOMINGO A VIERNES, DE 23 A 4 HS. HOY ANTE FRENADA BRUSCA GOLPEO SU CABEZA CONTRA GUANTERA DEL CAMION. LATIGAZO CERVICAL.			
Forma del accidente:	911 - Injuria punzo-cortante o contusa involuntaria		
Naturaleza de la lesión:	7 - Contusiones		
Agente Material Asociado:	20001 - CAMIONES		
Zona afectada:	15 - Cabeza, ubicaciones múltiples	Mano hábil: Izquierda	

Tuvo atención médica anterior en	
Diagnóstico:	TEC SIMPLE
Código CIE 10: S09.8 Otros traumatismos de la cabeza, especificados	
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: PACIENTE QUE GOLPEO SU CABEZA EN REGION FRONTAL CONTRA GUANTERA DE CAMION RECOLECTOR ANTE BRUSCA FRENADA. NO PERDIO CONOCIMIENTO. CERVICALGIA POR LATIGAZO. RX DE CONTROL. GLASGOW 15/15. NO FOCO MOTOR NI NEUROLOGICO AGUDOS. DICLOGESIC (Diclofenac 50 mg comp.rec.x 1) x 10	
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)	
Gravedad: Leve	
Baja laboral: SI	¿Supone Incapacidad? No
Días estimados: 0	
Sugerencia de Rechazo: No	Causa:
Estudios Solicitados: RX	
Próxima consulta: 15 Apr 2021 16:20	

Informe Traumatológico

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	TEC SIMPLE
	Código CIE 10: S09.8 Otros traumatismos de la cabeza, especificados
Atendido el: 13 Apr 2021	
Observaciones: paciente copiloto de camión sin cinturón de seguridad sufre tec s/ pc y cervicalgia. sin radiculopatias rx sloa por oyt sin conducta activa, sigue por clínica medica analgésicos y control por tec	
	Nuevo control:



Trabajador 8

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Siniestro

Tipo de Siniestro Accidente de Trabajo		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el:	Atendido el:	Fecha Alta:	
Accidentado el 03 Mar 2021 00:15	Abandonó el trabajo el 04 Mar 2021 00:00	Tuvo primera curación el 04 Mar 2021 00:36	
¿Cómo ocurrió el accidente? Paciente de 37 años que trabaja de barrendero de do a vie de 22 a 2.30hs que refiere que en el día de ayer alrededor de las 22.20hs mientras trabajaba al esquivar una bicicleta chocó con el carro el cordón separador de la misma, clavándose el manubrio del carro en el abdomen y sacudiendo la cabeza hacia atrás. No refiere patologías previas ni alergia a medicamentos			
Forma del accidente:	302 - Choques contra objetos inmóviles (a excepción de choques deb		
Naturaleza de la lesión:	7 - Contusiones		
Agente Material Asociado:	A01 - SUP.TRANSITO/ TRABAJO (PAVIM,PISO,SUELO)		
Zona afectada:	24 - Abdomen (pared abdominal)	Mano hábil:	

Tuvo atención médica anterior en		
Diagnóstico:	contusion abdomen + cervicalgia	
	Código CIE 10: S30.1 Contusion de la pared abdominal	
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: refiere molestias en región posterior de cuello y fosa ilíaca izq sin edema ni hematomas, sin síntomas neuroortopédicos, abdomen blando, depresible, movilidad completa Rx sin evidencia de lesión ósea aguda alta médica IBUPIRAC (ibuprofeno 400mg comp.x 1)(qx) x 6		
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)		
Gravedad: Leve		
Baja laboral: No	Días estimados: 0	¿Supone Incapacidad? No
Sugerencia de Rechazo: No	Causal:	
Estudios Solicitados: RX		
Próxima consulta:		

Informe de Evolución Clínico

Aseguradora:

Código Srt:

Apell. y Nombre:

Doc:

CUIL:

Empleador:

CUIT:

Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	contusion abdomen + cervicalgia
	Código CIE 10: S30.1 Contusion de la pared abdominal
Atendido el: 04 Mar 2021	
Observaciones: Paciente de 37 años que trabaja de barrendero de do a vie de 22 a 2.30hs que refiere que en el día de ayer alrededor de las 22.20hs mientras trabajaba al esquivar una bicicleta chocó con el carro el cordón separador de la misma, clavándose el manubrio del carro en el abdomen y sacudiendo la cabeza hacia atrás. No refiere patologías previas ni alergia a medicamentos Al examen físico Abdomen balando depresible, no doloroso, no masas no megalias, peritallsis positiva. Plan Alta por especialidad con recomendaciones y signos de alarmas	
	Nuevo control:



Trabajador 9

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente en Itinere		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 27 Jan 2015 13:30	Abandonó el trabajo el	Tuvo primera curación el 28 Jan 2015 12:02	
¿Cómo ocurrió el accidente? PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS O ALERGICOS, ADMINISTRATIVO, HORARIO DE 14:00 A 23:00 HORAS DE LUNES A VIERNES , ANTIGUEDAD 7 MESES. REFIERE PACIENTE QUE VIAJABA EN SU AUTO EN CALIDAD DE CONDUCTOR POR AV GRNERAL PAZ, SUFRE ACCIDETE DE TRANSITO CON OTRO AUTOMOVIL CHOCANDOLE POR LA PARTE DE ATRAS , PRESENTANDO POSTEIORMENTE DOLOR EN REGION CERVICAL, HOMBROS Y ESPALDA, REFIERE USABA CINTURON DE SEGURIDAD.			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehiculos		
Naturaleza de la lesión:	38 - Distensión muscular		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	190 - Cabeza y Cuello	Mano hábil:	
Tuvo atención médica anterior en			
Diagnóstico:	CERVICALGIA POST LATIGAZO CERVICAL		
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia		
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: INGRESA DEAMBULANDO POR SUS MEDIOS PRESENTA CONTRACTURA A NIVEL CERVICAL DOLOR A LA PALPACION EN REGION CERVICAL Y DORSAL, LEVE LIMITACION A LA EXTENSION DE CUELLO , SE SOLICITA RX DE COLUMNA CERVICAL EN LA CUAL NO S OBSERVAN LESIONES OEAS AGUDAS SE INDICA DICLOFENAC 50 MG/8H Y CLONAZEPAM 5MG CONTROL POR CE CLINICA			
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)			
Gravedad: Leve			
Baja laboral: Si	Días estimados: 10	¿Supone Incapacidad? No	
Sugerencia de Rechazo: No		Causal:	
Estudios Solicitados: RX DE COLUMNA CERVICAL			

Informe de Evolución Clínica

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	CERVICALGIA POST LATIGAZO CERVICAL
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia
Atendido el: 30 Jan 2015	
Observaciones: Paciente con buena evolucion sin contractura muscular cervical, sin limitacion a lso movimientos. En condiciones de alta.	
	Nuevo control:





Trabajador 10

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente en Itinere		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 26 Oct 2020 13:20	Abandonó el trabajo el 26 Oct 2020 13:30	Tuvo primera curación el 17 Nov 2020 12:40	
¿Cómo ocurrió el accidente? PACIENTE 26 AÑOS, MECÁNICO. DOMINGOS A VIERNES 14 A 22 HS. 7 AÑOS DE ANTIGÜEDAD LABORAL. REFIERE QUE EL DÍA 26/10/2020, 13.20 MIENTRAS SE ENCONTRABA EN SU AUTOMÓVIL CONDUCIENDO EN GENERAL PAZ, DIRIGIÉNDOSE A SU PUESTO DE TRABAJO, ES EMBESTIDO POR UN AUTOMÓVIL, SUFRIENDO LATIGAZO CERVICAL. USABA CINTURÓN DE SEGURIDAD. SIN TEC. NIEGA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS O ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehículos		
Naturaleza de la lesión:	8 - Traumatismos internos		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	20 - Región cervical (columna vertebral y músculos adya)		Mano hábil: Derecha

Tuvo atención médica anterior en HOSPITAL SANTOJANNI		
Diagnóstico:	CERVICALGIA.	
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia	
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: AL EXAMEN INGRESA CON COLLAR CERVICAL. SE RETIRA EL MISMO. NO PRESENTA CONTRACTURA MUSCULAR CERVICAL, MOVILIDAD LATERALIZACIÓN Y FLEOXEXTENSIÓN CONSERVADA. NO MAREOS. NO CEFALEA. MOVILIZA 4 MIEMBROS. NO PARESTESIAS. 3/11/2020 SE REALIZÓ RMN CERVICAL, SIN LESIONES AGUDAS. DISCOPATÍAS. PATOLOGÍA INCULPABLE QUE DEBE TRATAR EN SU OBRA SOCIAL. SE EXPLICA AL PACIENTE. REALIZÓ 15 SESIONES DE FKT.		
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)		
Gravedad: Leve		
Baja laboral: No	Días estimados: 0	¿Supone Incapacidad? No
Sugerencia de Rechazo: No	Causal:	
Estudios Solicitados:		
Próxima consulta:		

Informe Kinesiológico

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle		
Diagnóstico:	analgesia. cervicalgia por latigazo	
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia	
Atendido el: 28 Oct 2020		
Observaciones: Pte de 26 años, mecanico, inicia sesion de fkt por AVP (auto vs auto) con 2 dias de evolucion (26/10/20). Asiste deambulando por sus propios medios con marcha eubasica con cuello schanz. Refiere mareos, fotofobia, no refiere parestesias en MMSS, refiere sintomatologia dolorosa en region cervical con irradiacion a lumbar. Presenta signo de contractura muscular paravertebral. Comienza plan de tto analgesico, mgt, crlo, EA.		
		Nuevo control: 29 Oct 2020 12:00



Trabajador 11

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora:	Código Srt:	
Apell. y Nombre:	Doc:	CUIL:
Empleador:	CUIT:	Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente en Itinere		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 01 May 2018 21:45	Abandonó el trabajo el 02 May 2018 22:00	Tuvo primera curación el 02 May 2018 14:00	
¿Cómo ocurrió el accidente? PACIENTE DE 28 AÑOS TRABAJA COMO BARRENDERO DE 23 A 06 DE DOMINGO A VIERNES REFIERE QUE AYER A LAS 21:45 CUANDO SE DIRIGIA AL TRABAJO EN UN AUTO VIAJANDO DE COPILOTO SUFREN CHOQUE CON OTRO AUTO, DE FRENTE USABA CINTURON DE SEGURIDAD, REFIERE TRAUMA EN REGION FRONTAL CON EL PARABRISAS SIN HERIDA, HOY DOLOR EN EL PECHO Y DOLOR EN REGION CERVICO DORSAL, FUE VISTO EN SALITA DE URGENCIAS EN GREGORIO DE LA FERRERE MANEJAN CON DICLOFENAC Y RELIVERAN TENIA SENSACION DE MAREOS HASTA HACE UN PAR DE HORAS NO PERDIDA DE CONOCIMIENTO			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehiculos		
Naturaleza de la lesión:	7 - Contusiones		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	15 - Cabeza, ubicaciones múltiples	Mano hábil: Derecha	
Tuvo atención médica anterior en URGENCIAS GREGORIO DE LA ferr			
Diagnóstico:	TEC SIN PC CERVICALGIA		
	Código CIE 10: S09.8 Otros traumatismos de la cabeza, especificados		
Examen F ísico, Tratamiento e Indicaciones: PACIENTE AMBULATORIO GLASGOW 15 / 15 SIN DEFICIT NEUROLOGICO CORAZON RITMICO SOLICITO RX SLOA, INIDICO DICLOFENAC 50 MG CADA 8 HORAS, CITO A CONTROL			
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)			
Gravedad: Leve			
Baja laboral: SI	Días estimados: 10	¿Supone Incapacidad? No	
Sugerencia de Rechazo: No		Causal:	
Estudios Solicitados: RX CRANEO Y COLUMNA CERVICAL			
Próxima consulta: 04 May 2018 15:00			

Informe de Evolución Clínica

Aseguradora:	Código Srt:	
Apell. y Nombre:	Doc:	CUIL:
Empleador:	CUIT:	Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	TEC SIN PC CERVICALGIA
	Código CIE 10: S09.8 Otros traumatismos de la cabeza, especificados
Atendido el: 05 May 2018	
Observaciones: BUENA EVOLUCION, ASINTOMATICO. SIN LIMITACION FUNCIONAL. ALTA MEDICO Y LABORAL	
Nuevo control:	



Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente en Itinere		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 16 Nov 2019 05:10	Abandonó el trabajo el 16 Nov 2019 00:00	Tuvo primera curación el 16 Nov 2019 14:23	
¿Cómo ocurrió el accidente? 52 AÑOS. EMPLEADA DE INFRAESTRUCTURA, 06:00 A 14:00 DE LUNES A SABADOS. REFEIRE IBA CIRCULANDO POR RUTA TRES Y ATROPELLO A UN MUCHACHO, LO SACO DE LA BANQUINA. IBA EN CALIDAD DE CONDUCTORA DEL VEHICULO SUCESO OCURRIDO A LAS 05:10 AM. RFEIRE DOLOR EN LA ESPALDA Y CABEZA, ADEMÁS DE NAUSEAS Y MAEREOS, NIEGA PERDIA DEL CONOCIMIENTO.			
Forma del accidente:	303 - Choque contra objetos móviles		
Naturaleza de la lesión:	7 - Contusiones		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	16 - Cuello	Mano hábil: Derecha	

Tuvo atención médica anterior en	
Diagnóstico:	TRAUMA CERVICAL TEC SIN PERDIDA ACCIDENTE DE TRANSITO
	Código CIE 10: S19.8 Otros traumatismos del cuello, especificados
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: CUADRO CLINICO DE 8 HORAS DE EVOLUCION DADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTORA REFEIRE PACIENTE QUE ATROPELLO A UNA PERSONA, REFEIRE CEFALA, MAREOS Y DOLOR EN A REGION CERVICAL. NIEGA HABER RECIBIDO ATENSION MEDICA AL MOMENTO DEL SUCESO, NIEGA PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, NIEGA ALERGIAS Y ANTECEDENETS DE IMPORTANCIA. EXAMEN FISICO FC 75 FR 18 TA 120/80 MMHG SO2 98% CABZA Y CUELLO CUELLO MOVIL, LEVE DOLRO A LA MOVILIZACION, NO SE OBSERVA DEFORMIDAD C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES CLARO SINS AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS SNC SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, ALERTA, CONSCIENTE ORIENTADA, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ GLASGOW15/15 VESALION PLAN OBSERVACION DICLOFENACO AMP 75 MG IM DEXAMTEASONA AMP 8 MG IM AHORA TC CEREBRAL RC DE COLUMNA CERVICAL 75mg (diclofenac iny.a.x1) (xq) x 1 NEXADRON (dexametasona 8 mg amp. x 1) (xq) x 1 PLAN SALIDA CON INIDCAIONES Y SIGNOS DE ALARMAS PARA AUCDIR AL SERVICIO DE EMERGENCIAS MAS CERCANOIBUPIRAC (ibuprofeno 400mg comp.x 1)(xq) x 15 DICLOGESIC (Diclofenac 50 mg comp.rec.x 1) x 15	
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)	
Gravedad: Leve	
	Estudios Solicitados: TAC RX
	Próxima consulta:

Informe de Evolución Clínico

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	TRAUMA CERVICAL TEC SIN PERDIDA ACCIDENTE DE TRANSITO
	Código CIE 10: S19.8 Otros traumatismos del cuello, especificados
Atendido el: 18 Nov 2019	
Observaciones: Control de paciente quien sufriera accidente vehicular conduciendo en la ruta hace 48 hs atropella a un masculino de 16 años que se encuentra internado. EF: cefalea y cervicalgia, insomnio, llanto profuso, relata lo ocurrido con alta carga de angustia y ansiedad imposibilitando todas sus actividades cotidianas. TA 140/80 mmhg, cervicalgia, Continuar con aines y Dzp 1x noche, IC eq stress post traumático. VALIUM (diazepam 5 mg comp. x1) SINALGICO (ketorolac 20 mg comp.x 1)	
	Nuevo control:





Trabajador 13

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente de Trabajo		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 04 Mar 2021 15:00	Abandonó el trabajo el 04 Mar 2021 15:00	Tuvo primera curación el 04 Mar 2021 18:14	
¿Cómo ocurrió el accidente? Paciente de 37 años de edad, trabaja como barrendera, lunes a sábados de 14:00 a 22:00 horas. Refiere que se encontraba realizando el barrido y al cruzar la calle es atropellada por un automóvil sufriendo cervicalgia, contusión de hombro derecho, muñeca derecha, cadera derecha y esguince de tobillo izquierdo.			
Forma del accidente:	906 - Atropellamiento por vehículo		
Naturaleza de la lesión:	7 - Contusiones		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	30 - Hombro (con inclusión de clavícula, omóplato y axi		Mano hábil: Derecha

Tuvo atención médica anterior en	
Diagnóstico:	cervicalgia, contusión de hombro derecho, muñeca derecha, cadera derecha y esguince de tobillo izquierdo
	Código CIE 10: S40.0 Contusion del hombro y del brazo
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: Paciente que ingresa deambulando. Columna cervical: contractura muscular, no trastornos motores sensitivos ni periféricos. Hombro derecho: moviliza con dolor y con limitación de la movilidad. Cadera derecha: moviliza con dolor, no se observa deseje clínico, articulación libre. Tobillo izquierdo: dolor en región malleolar externa, leve edema. Rx columna cervical: rectificación de la lordosis fisiológica, se observa una imagen compatible con solución de continuidad a nivel de C6 Rx hombro, cadera y tobillo: SLOA Se solicita TAC de columna cervical: SLOA Se solicita RMN de columna cervical Se indica diclofenac 50 mg comp cada 12 horas, fkt x 5, crioterapia intermitente y control. DICLOGESIC (Diclofenac 50 mg comp.rec.x 1) x 16	
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)	
Gravedad: Leve	
Baja laboral: SI	Días estimados: 0 ¿Supone Incapacidad? No

Estudios Solicitados: RX TAC RM
Próxima consulta: 08 Mar 2021 08:00

Informe Traumatológico

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	Código CIE 10: S70.0 Contusion de la cadera
Atendido el: 11 Mar 2021	
Observaciones: Paciente en control de politx, rx de pelvis,sloa, rx tobillo dcho sloa ,rx col cervical sloa, al examen sin edema en tobillo dcho, movilidad conservada, contractura parevertebral a nivel cervical y región de trapecio,se recibe rmn informa rectificación de lordosis, resto sin lesiones, indico fkt y control	
Nuevo control: 18 Mar 2021 16:00	



Trabajador 14

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora:	Código Srt:	
Apell. y Nombre:	Doc:	CUIL:
Empleador:	CUIT:	Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente de Trabajo		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 29 Aug 2019 21:30	Abandonó el trabajo el 30 Aug 2019 05:00	Tuvo primera curación el 30 Aug 2019 05:30	
¿Cómo ocurrió el accidente? 52 AÑOS, CHOFER , DE DOMINGO A VIER DE 15 A 23 HS, INGRESA TRAIDO POR AMBULANCIA PRIVADA, VIGIL, ORIENTADO, CON ANT DE TX EN COLUMNA CERVICAL , CRANEO Y HOMBRO DER, HOY A LAS 21 30 AL SER EMBESTIDO POR AUTO MIENTRAS MANEJABA CAMIONETA EN AV MARQUEZ AL 300			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehiculos		
Naturaleza de la lesión:	7 - Contusiones		
Agente Material Asociado:	20002 - CAMIONETAS		
Zona afectada:	15 - Cabeza, ubicaciones múltiples	Mano hábil: Derecha	

Tuvo atención médica anterior en HTAL SAN ISIDRO		
Diagnóstico:	TX EN COLUMNA CERVICAL , CRANEO Y HOMBRO DER	
	Código CIE 10: S09.8 Otros traumatismos de la cabeza, especificados	
Examen F ísico, Tratamiento e Indicaciones: TX EN COLUMNA CERVICAL DOLOR MUSCULAR PARA VERTEBRAL, CON COLLAR CERVICAL , Y HOMBRO DER DOLOR A LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA , DOLOR A PALPACION DE ART ACROMIO CLAVICULAR, SOLICITO RX Y TAC, RX SLOA, SE RETIRA COLLAR CERVICAL, IC CLINICA MEDICA POR TEC, EN CONDICIONES DE EXTERNACION POR TRAUMATOLOGIA CABESTRILLO DE VIETNAM (xq) x 1 VESALION 75mg (diclofenac iny.a.x1) (xq) x 1 NEXADRON (dexametasona 8 mg amp. x 1) (xq) x 1 DICLOGESIC (Diclofenac 50 mg comp.rec.x 1) x 10		
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)		
Gravedad: Leve		
Baja laboral: SI	Días estimados: 0	¿Supone Incapacidad? No
Sugerencia de Rechazo: No	Causa:	
Estudios Solicitados: rx craneo, columna cervical, hombro		
Próxima consulta:		

Informe Traumatológico

Aseguradora:	Código Srt:	
Apell. y Nombre:	Doc:	CUIL:
Empleador:	CUIT:	Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	
	Código CIE 10: S09.8 Otros traumatismos de la cabeza, especificados
Atendido el: 06 Sep 2019	
Observaciones: PACIENTE CON ANTECEDENTES DE LATIGAZO CERVICAL DOLOR A NICEL C5/C6 . CC CERVICAL MOVILIDAD LIMITADA POR DOLOR SE INDICA CONTINUAR CON FKT Y PROXIMO CONTROL UNA VEZ FINALIZADAS LAS MISMAS	
	Nuevo control: 13 Sep 2019 15:00



Trabajador 15

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente en Itinere		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 04 Sep 2019 00:15	Abandonó el trabajo el 04 Sep 2019 00:00	Tuvo primera curación el 04 Sep 2019 23:49	
¿Cómo ocurrió el accidente? paciente masculino de 23 años de edad trabaja en recolección de residuos en cllba (antigüedad 5 años 4 meses) lunes a lunes con un franco semanal 20:00 a 12-01:00 hs aproximadamente, refiere que en la madrugada al volver del trabajo sufre accidente en via publica moto_ auto atendido posteriormente en htal. pirovano presenta dolor en pie izquierdo, cervicalgia			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehiculos		
Naturaleza de la lesión:	7 - Contusiones		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	181 - Ubicaciones múltiples (más de dos zonas del cuerpo no listad		Mano hábil: Derecha

Tuvo atención médica anterior en htal pirovano	
Diagnóstico:	policontusiones columna cervical pie tobillo izquierdos torax
	Código CIE 10: T00 Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: paciente con dolor a la movilización activa y pasiva de cuello dolor al tragar, presenta leve aumento de volumen a nivel de cuello dolor en parrilla costal derecha con cierta limitación a respiración por dolor, no se evidencia hematomas ni edema dolor a nivel de primer rayo de pie izquierdo con eritema y edema a nivel de articulación metatarso falángica de hallux se solicita rx VESALION 75mg (diclofenac iny.a.x1) (xq) x 1 NEXADRON (dexametasona 8 mg amp. x 1) (xq) x 1	
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)	
Gravedad: Leve	
Baja laboral: SI	Días estimados: 0
¿Supone Incapacidad? No	

Estudios Solicitados: RX columna cervical pie tobillo torax tac columna cervical
Próxima consulta:

Informe de Evolución Clínica

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	
	Código CIE 10: S90.3 Contusion de otras partes y de las no especificadas del pie
Atendido el: 05 Sep 2019	
Observaciones: Se examina Masculino de 23 años de edad, que presenta accidente moto auto. Con contusiones múltiples. Al interrogatorio presenta dolor en hemitorax derecho de moderada intensidad y dolor en la zona anterior de cuello. Al examen físico, torax simétrico normaexpensible, dolor a la digito preseion en hemitora derecho. Mv vesicular audible en ambos campos pulmonares sin agregados, buena entrada de aire bilateral. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, Buena entrada de aire sin edema de glotis. Neurologico estable. Se observan rayos x de torax dentro de limites normales sin lesiones y tomografía de columna vertebral sin alteración. Se indica tto analgésico por neuritis intercostal. Estudios Solicitados: VALIUM (diazepam 5 mg comp. x1)	
	Nuevo control:





Trabajador 16

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
Empleador: CUIT: Tet:

Características del Sinistro

Tipo de Sinistro Accidente en Itinerario		Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:	
Accidentado el 23 Jun 2018 11:55	Abandonó el trabajo el 27 Jun 2018 11:55	Tuvo primera curación el 27 Jun 2018 11:27	
¿Cómo ocurrió el accidente? Paciente de 37 años de edad, trabaja como barrendero, lunes a sábados de 6:00 a 14:00 horas. Traumatismo de muñeca derecha + cervicalgia posterior a traumatismo por accidente en la vía pública auto vs auto. Se encontraba detenido y otro automóvil lo colisionó de atrás. Salta entre Pavón y Constitución. (Constitución)			
Forma del accidente:	907 - Choque de Vehículos		
Naturaleza de la lesión:	8 - Traumatismos internos		
Agente Material Asociado:	20006 - AUTOMÓVILES		
Zona afectada:	20 - Región cervical (columna vertebral y músculos adya		Mano hábil: Derecha

Tuvo atención médica anterior en	
Diagnóstico:	Traumatismo de muñeca derecha + cervicalgia posterior a traumatismo
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: Muñeca izquierda: dolor en región dorsal de la muñeca a nivel de la inserción del 1er y 2do radiales que se exacerba a la extensión de la muñeca y en cara palmar a nivel del tendón cubital anterior. Moviliza sin deseo clínico. Región cervical: contractura muscular a nivel del esterno cleido mastoideo, no trastornos motores ni sensitivos periféricos. Rx columna cervical: SLOA, rectificación de la lordosis fisiológica Rx muñeca: SLOA Se solicita RMN de muñeca y columna cervical VESALION 75mg (diclofenac iny.a.x1) (xq) x 1 NEXADRON (dexametasona 8 mg amp. x 1) (xq) x 1 SINALGICO (ketorolac 20 mg comp.x 1) x 16	
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)	
Gravedad: Leve	
Baja laboral: Si	Días estimados: 10
¿Supone Incapacidad? No	

Estudios Solicitados: RX muñeca y columna cervical, rnm de muñeca
Próxima consulta: 28 Jun 2018 07:30

Informe Traumatológico

Aseguradora: Código Srt:
Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
Empleador: CUIT: Tet:

Detalle

Diagnóstico:	
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia
Atendido el: 04 Jul 2018	
Observaciones: PACIENTE EN TRATAMIENTO POR CERVICALGIA + TRAUMA DE MUÑECA IZQUIERDA, INGRESA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, AL EXAMEN FISICO NEUROORTOPEDICO CONSERVADO MOVILIZA 4 MIEMBROS MOTILIDAD SENSIBILIDAD DISTAL CONSERVADA BUEN RELLENO CAPILAR DISTAL, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA, RMN INFORMA DISCOPATIA C4-C5, C5-C6 Y C6-C7 SE EXPLICA PATOLOGIA CRONICA E INCULPABLE, PACIENTE CONTINUA CON DOLOR EN MUÑECA, RMN Y TC SE OBSERVA ENFERMEDAD DE KIENBOCK, SE EXPLICA PATOLOGIA CRONICA E INCULPABLE SE SUGIERE CONTROL POR SU OBRA SOCIAL, SE INDICA CONTINUAR CON FKT EJERCICIOS, CALOR LCAOL PAUTAS DE ALARMA Y CONTROL	
Nuevo control: 11 Jul 2018 17:15	



Trabajador 17

Ingreso Atención Médica Inicial

Aseguradora: Código Srt:
 Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
 Empleador: CUIT: Tel:

Características del Siniestro

Tipo de Siniestro Accidente en Itinere	Tipo de Reingreso:	
Reingreso el	Atendido el	Fecha Alta:
Accidentado el 15 Oct 2020 06:00	Abandonó el trabajo el 15 Oct 2020 06:00	Tuvo primera curación el 15 Oct 2020 16:08
¿Cómo ocurrió el accidente? Paciente de 39 años de edad, trabaja como chofer, lunes sábados de 6:30 a 15:30 horas. Refiere que yendo por la autopista le estallan las dos ruedas de la moto perdiendo la estabilidad y cayendo sufriendo contusiones en hombro, codo, cadera, rodilla y pierna derechos + cervicalgia, no refiere tec llevaba casco.		
Forma del accidente:	203 - Caídas de objetos en curso de manutención manual	
Naturaleza de la lesión:	8 - Traumatismos internos	
Agente Material Asociado:	20007 - MOTOCICLETAS	
Zona afectada:	20 - Región cervical (columna vertebral y músculos adya	Mano hábil: Derecha

Tuvo atención médica anterior en Hospital Bocalandro		
Diagnóstico:	contusiones en hombro, codo, cadera, rodilla y pierna derechos + cervicalgia, no refiere tec llevaba casco	
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia	
Examen Físico, Tratamiento e Indicaciones: Paciente que ingresa en ambulancia. Lucido y estable. Columna cervical: contractura muscular, no trastornos motores ni sensitivos periféricos. Hombro derecho: moviliza con dolor en forma completa, no se observa deseos clínicos evidentes. Codo derecho: escoriación, moviliza, no se observa deseo clínico. Cadera derecha: moviliza, articulación libre y sin deseo clínico. Rodilla derecha: dolor en cara postero-lateral. Pierna derecha: Rx columna cervical: rectificación de la lordosis fisiológica, SLOA Rx pelvis, codo, rodilla, hombro y pierna: SLOA Se solicita RMN de columna cervical y rodilla Se indica 5 sesiones de fkt de columna cervical + rodilla, crioterapia intermitente, diclofenac 50 mg comp cada 12 horas y paracetamol 500 mg comp cada 12 horas reposo y control. DICLOGESIC (Diclofenac 50 mg comp.rec.x 1) x 16 PARACETAMOL 500mg x 1 x 16		
¿Se encuadra dentro de los accidentes de la Res. 1021/2008 de la S.R.T.? No (Debe informarlo dentro de las 12 Hs.)		
Gravedad: Leve		
Baja laboral: Si	Días estimados: 0	¿Supone Incapacidad? No

Estudios Solicitados: RX RM
Próxima consulta: 16 Oct 2020 19:00

Informe Kinesiológico

Aseguradora: Código Srt:
Apell. y Nombre: Doc: CUIL:
Empleador: CUIT: Tel:

Detalle	
Diagnóstico:	DX: ESGUINCE DE RODILLA DERECHA
	Código CIE 10: M54.2 Cervicalgia
Atendido el: 20 Oct 2020	
Observaciones: Paciente de 39 años de edad, trabaja como chofer. Refiere que yendo por la autopista le estallan las dos ruedas de la moto perdiendo la estabilidad y cayendo sufriendo contusiones en hombro, codo, cadera, rodilla y pierna derechos + cervicalgia, no refiere tec llevaba casco. Columna cervical: contractura muscular en cuello, ROM conservado, no trastornos motores ni sensitivos periféricos. Rodilla derecha: dolor en cara postero-lateral. ROM conservado. Rx columna cervical: rectificación de la lordosis fisiológica, SLOA Rx pelvis, codo, rodilla, hombro y pierna: SLOA. tto: magnetoterapia, electroanalgesia en columna cervical y rodilla derecha a nivel de hueso popliteo. plan de ejercicios de movilidad, elongación.	
Nuevo control: 21 Oct 2020 11:30	



Anexo III

Planificación en Excel de la información recolectada

1	Trabajadores	Sexo	Edad	Medio de desplazamiento	Mecanismo de lesión	Atención primaria en la ART?	Proyecciones de columna cervical utilizadas	Métodos solicitados para examinar la columna cervical	Síntoma Físico frecuente	Presencia signos neurológicos?	Diagnóstico	Aportes de la radiología convencional
2	Trabajador 1	Masculino	48	Automóvil	Choque de vehículos	Sí	AP y Lateral	Rx	Contractura muscular	Sin trastornos	Cervicalgia post traumática	Sin lesiones óseas aparentes
3	Trabajador 2	Masculino	32	No específica	Choque de vehículos	Sí	AP y Lateral	Rx	Contractura paravertebral	Sin trastornos	Cervicalgia post traumática	Sin lesiones óseas aparentes
4	Trabajador 3	Masculino	33	Automóvil	Choque desde atrás	Sí	AP y Lateral	Rx y RMN	Dolor paravertebral	Sin trastornos	Cervicalgia	Rectificación cervical
5	Trabajador 4	Masculino	26	Camión	Latigazo cervical	Sí	AP y Lateral	Rx	Contractura cervical	Sin trastornos	Cervicolumbalgia post traumática	Rectificación cervical
6	Trabajador 5	Masculino	28	Automóvil	Latigazo cervical	Sí	AP y Lateral	Rx	Contractura muscular	Sin trastornos	Cervicalgia	No específica
7	Trabajador 6	Masculino	40	Camioneta	Choque de vehículos	Sí	AP y Lateral	Rx	Contractura paravertebral	Sin trastornos	Cervicalgia	Rectificación cervical
8	Trabajador 7	Masculino	34	Camión	Latigazo cervical	Sí	AP	Rx	Dolor cervical	Sin trastornos	Cervicalgia	Sin lesiones óseas aparentes
9	Trabajador 8	Masculino	37	No específica	Choque con cordón	Sí	AP y Lateral	Rx	Dolor cervical	Sin trastornos	Cervicalgia	Sin lesiones óseas aparentes
10	Trabajador 9	Masculino	32	Automóvil	Latigazo cervical	Sí	AP y Lateral	Rx	Contractura cervical	Sin trastornos	Cervicalgia	Sin lesiones óseas aparentes
11	Trabajador 10	Masculino	26	Automóvil	Latigazo cervical	No	AP y Lateral	Rx y RMN	Contractura muscular	Con trastornos	Cervicalgia	Sin lesiones óseas aparentes
12	Trabajador 11	Masculino	28	Automóvil	Choque de frente	No	AP	Rx	Dolor cervical	Con trastornos	Cervicalgia	Sin lesiones óseas aparentes
13	Trabajador 12	Femenino	52	No específica	Choque con persona	Sí	AP y Lateral	Rx	Dolor cervical	Con trastornos	Cervicalgia	No específica
14	Trabajador 13	Femenino	37	A pie	Atropellamiento	Sí	AP y Lateral	Rx, TAC y RMN	Contractura muscular	Sin trastornos	Cervicalgia	Rectificación cervical
15	Trabajador 14	Masculino	52	Camioneta	Choque de vehículos	No	AP	Rx y TAC	Dolor cervical	Sin trastornos	Cervicalgia	Sin lesiones óseas aparentes
16	Trabajador 15	Masculino	23	Motocicleta	Choque de vehículos	No	AP y Lateral	Rx y TAC	Dolor cervical	Sin trastornos	Cervicalgia	Sin lesiones óseas aparentes
17	Trabajador 16	Masculino	37	Automóvil	Choque desde atrás	Sí	AP y Lateral	Rx y RMN	Contractura muscular	Sin trastornos	Cervicalgia post traumática	Rectificación cervical
18	Trabajador 17	Masculino	39	Motocicleta	Caida de vehículo	No	Lateral	Rx y RMN	Contractura muscular	Sin trastornos	Cervicalgia	Rectificación cervical