

**ACTUALIZACIÓN INHABILIDADES MÉDICAS**

**INSPECTOR**

**PATROCINADO POR**



**INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - INPEC**

**SUBDIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO**

**GRUPO DE SALUD OCUPACIONAL**

**BOGOTÁ D.C.**

**2017**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 2 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### TABLA DE CONTENIDO

TRASTORNOS DEL PSIQUISMO .....	3
SISTEMA TEGUMENTARIO: PIEL Y FANERAS .....	72
SISTEMA OSTEOARTICULAR .....	95
SISTEMA MUSCULAR .....	144
SISTEMA INMUNOLÓGICO .....	146
SISTEMA NERVIOSO .....	152
SISTEMA RESPIRATORIO.....	173
SISTEMA DIGESTIVO .....	214
SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	234
SISTEMA URINARIO .....	291
SISTEMA ENDOCRINO .....	320
SISTEMA HEMATOPOYETICO.....	355
SISTEMA LINFÁTICO.....	366
SISTEMA VISUAL.....	370
SISTEMA AUDITIVO.....	396

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 3 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## INHABILIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD PARA EL CARGO DE INSPECTOR

### TRASTORNOS DEL PSIQUISMO

En la búsqueda de mantener y propiciar la salud mental de los trabajadores no solo debe ser un proceso reparatorio, sino que se debe anticipar la posibilidad del surgimiento de la enfermedad y de las consecuencias para la salud del empleado, la seguridad y el rendimiento económico del Instituto. Siguiendo esta línea de trabajo es necesario establecer las limitaciones para las personas que presenten algún tipo de alteración psicológica, más aún si se tiene en cuenta el tipo de trabajo y las condiciones a las que se va a ver expuesto durante extensos periodos de su vida, pueden llegar a desencadenar condiciones en las que la salud, la seguridad, el rendimiento e incluso la vida misma del empleado pueden verse puestas en riesgo de forma continua.

El lugar de trabajo, las funciones que desempeña y las responsabilidades asumidas en el ejercicio del mismo desempeñan un papel dual en la salud mental de los empleados, por una parte pueden ser factor de estrés debido a la misma naturaleza de la entidad, las políticas laborales y las condiciones de seguridad y bienestar o ser una fuente de proyección personal y de realización profesional, dependiendo de las características psicológicas de las personas que asumen este tipo de labores. Las condiciones del trabajo en los diferentes establecimientos carcelarios son altamente demandantes, para lo cual se debe contar con altos niveles de estabilidad emocional, resiliencia y tolerancia al estrés.

Se ha establecido que en condiciones de constante presión, estrés y situaciones potenciales de riesgo, las personas que presentan condiciones patológicas, este ambiente laboral pueden llegar

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 4 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

a agravar los síntomas de una enfermedad previa o presentarse las condiciones para la aparición de síntomas asociados con cuadros patológicos. Lo anterior hace necesario determinar las inhabilidades que resultan contraproducentes o incluso que se puedan convertir en factores de riesgo tanto para el mismo empleado como para los compañeros y los internos puestos a su cuidado.

Por otra parte la enfermedad mental tiene mayor reconocimiento como causa del ausentismo laboral y de las jubilaciones anticipadas, y en el caso del INPEC la reubicación laboral que altera las dinámicas laborales en las funciones de Custodia y vigilancia, estos procesos generan considerables costos adicionales asociados a la enfermedad mental no solo en el aspecto económico, ya que incluso generan impacto sobre la productividad, moral y disciplina de los compañeros; incluyendo las consecuencias que sobre los empleados que sufren de este tipo de alteraciones mentales como son la estigmatización y la discriminación.

**Cargo para los que aplican las siguientes restricciones:**

**INSPECTOR**

**ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

Teniendo en cuenta las características de las funciones y de las tareas a desarrollar dentro del Cuerpo de Custodia y Vigilancia, se busca que la persona que asume este tipo de labores dentro de un espacio penitenciario cuente con las herramientas psíquicas que le permitan atender las constantes demandas de atención, concentración, manejo de situaciones de crisis.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 5 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Los trastornos relacionados con la esquizofrenia se asocian a una disfunción social y laboral significativa. Los progresos académicos, la conservación de un empleo a menudo se ven dificultados por la abulia u otras manifestaciones del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para realizar las tareas requeridas.

Este tipo de trastornos afectan múltiples dominios comportamentales. Alterando la percepción de la realidad (alucinaciones), los procesos cognitivos implicados en el razonamiento deductivo (delirios), la fluidez del discurso y del pensamiento (alogia), la capacidad de iniciar y terminar tareas (abulia) y la capacidad de experimentar satisfacción emocional (anhedonia) e incluso comportamientos catatónicos donde la reacción al medio ambiente se ve reducida. Teniendo en las características de este tipo de trastornos, el sujeto que las padece puede llegar a poner en riesgo la seguridad personal, la de los compañeros y la de los mismos internos. En situaciones de estrés pueden agravar los síntomas asociados, o en caso de presentarse en forma larvaria generar situaciones o episodios de alta peligrosidad.

Por otra parte el riesgo de suicidio es bastante alto en personas que presentan este tipo de trastornos. Aproximadamente, entre el 5 y 6% de los individuos con esquizofrenia fallece por suicidio, alrededor del 20 % intenta suicidarse en al menos una ocasión y muchos más tienen ideación suicida significativa. El comportamiento suicida a veces responde a alucinaciones que ordenan hacerse daño a uno mismo, o a otros.

El riesgo de suicidio se mantiene alto a lo largo de toda la vida en los varones y en las mujeres, aunque podría ser especialmente elevado en los varones jóvenes con consumo de drogas y alcohol.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
----------------------	-----------------	------------------	---



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 6 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

<b>Trastorno psicótico breve</b>	<b>298.8</b>	<b>F23</b>	<p>Los sujetos con trastorno psicótico breve normalmente experimentan agitación emocional o una gran confusión. Pueden presentar cambios rápidos de un afecto intenso a otro. Aunque el trastorno sea breve, el grado de disfunción puede ser grave, y puede requerirse supervisión para asegurarse de que las necesidades nutricionales e higiénicas se satisfagan y que el individuo esté protegido de las consecuencias de la falta de juicio, de la disfunción cognitiva y de las acciones basadas en los delirios.</p> <p>Parece haber un aumento del riesgo de comportamiento suicida, en especial durante el episodio agudo. Los trastornos y rasgos preexistentes de la personalidad (p. ej., el trastorno de la personalidad esquizotípica, el trastorno de la personalidad límite o rasgos en el dominio de psicoticismo como la desregulación perceptiva, o en el dominio de la afectividad negativa como la suspicacia) pueden predisponer al sujeto a desarrollar el trastorno.</p>
<b>Trastorno esquizofreniforme</b>	<b>295.40</b>	<b>F20.81</b>	<p>Los síntomas característicos del trastorno esquizofreniforme son idénticos a los de la Esquizofrenia (Criterio A). El trastorno esquizofreniforme se distingue por su diferente duración: la duración total de la enfermedad, incluidas las fases prodrómica, activa y residual, es de al menos 1 mes pero menor de 6 meses (Criterio B).</p> <p>El requisito de duración del trastorno esquizofreniforme se encuentra entre el del trastorno psicótico breve, que dura más de 1 día y remite antes de 1 mes, y el de la esquizofrenia, que dura al menos 6 meses.</p>



POSITIVA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

INHABILIDADES DE SALUD Y  
SEGURIDAD  
INSPECTOR  
Versión 3.0  
2017

Página: 7 de 409

Fecha: 2017

Aprobado Por: Coordinación  
Promoción y Prevención

			<p>El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se realiza en dos situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ cuando un episodio de la enfermedad dura entre 1 y 6 meses y el sujeto ya se ha recuperado, y</li><li>○ cuando un individuo tiene síntomas durante menos de los 6 meses requeridos para diagnosticar una esquizofrenia pero todavía no se ha recuperado. En este caso, el diagnóstico debe anotarse como trastorno esquizofreniforme (provisional)", puesto que no es seguro que el individuo vaya a recuperarse del trastorno dentro del período de 6 meses.</li></ul> <p>Si la alteración persiste más allá de los 6 meses, el diagnóstico debe cambiarse a esquizofrenia. Al igual que en la esquizofrenia, no se dispone en la actualidad de pruebas de laboratorio o psicométricas para el trastorno esquizofreniforme.</p> <p>Hay múltiples regiones cerebrales en las que los estudios de neuroimagen, la neuropatología y la neurofisiología han encontrado anomalías, pero ninguna de ellas es diagnóstica.</p>
<b>Esquizofrenia</b>	<b>295.90</b>	<b>F20.9</b>	<p>Los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno.</p> <p>El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos con este trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 8 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>Los individuos con esquizofrenia pueden mostrar un afecto inapropiado (p.ej., reírse en ausencia de un estímulo apropiado); un ánimo disfórico que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o enfado; una alteración del patrón del sueño (p. ej., sueño diurno y actividad nocturna); falta de interés por comer o rechazo de la comida.</p> <p>La despersonalización, la desrealización y las preocupaciones somáticas pueden aparecer y, en ocasiones, alcanzar proporciones delirantes.</p> <p>La ansiedad y las fobias son comunes. Los déficits cognitivos son comunes en la esquizofrenia y están muy relacionados con los déficits laborales. Estos déficits pueden consistir en un deterioro de la memoria declarativa, de la memoria de trabajo, del lenguaje y de otras funciones ejecutivas, además de una velocidad de procesamiento más lenta.</p> <p>También aparecen anomalías en el procesamiento sensorial y en la capacidad inhibitoria, además de reducciones de la atención.</p> <p>Algunos individuos con esquizofrenia presentan déficits de la cognición social, incluidos déficits de la capacidad para inferir las intenciones de otras personas (teoría de la mente), y pueden prestar atención a sucesos o estímulos irrelevantes y posteriormente interpretarlos como significativos, lo que puede conducir a la generación de delirios explicativos. Estos déficits a menudo persisten durante la remisión sintomática.</p>
<b>Trastorno Esquizoafectivo</b>	<b>293.89 295.70</b>	<b>F06.1 F25.0</b>	El funcionamiento laboral a menudo se ve afectado, pero esto no es un criterio definitorio (a



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 9 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

		<b>F25.1</b>	<p>diferencia de la esquizofrenia). La restricción del contacto social y las dificultades con el autocuidado se asocian al trastorno esquizoafectivo, pero los síntomas negativos menos graves y menos persistentes que los que aparecen en la esquizofrenia. La anosognosia (es decir, la ausencia de introspección) también es común en el trastorno esquizoafectivo, pero los déficits en la capacidad de introspección pueden ser menos graves y generalizados que los de la esquizofrenia.</p> <p>Los individuos con trastorno esquizoafectivo pueden tener un riesgo mayor de desarrollar posteriormente episodios de trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar si los síntomas del estado de ánimo se mantienen tras la remisión de los síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia. Pueden asociarse trastornos relacionados con el alcohol u otras sustancias. No hay pruebas ni medidas biológicas que diagnostiquen un trastorno esquizoafectivo.</p> <p>No está claro si el trastorno esquizoafectivo difiere de la esquizofrenia en cuanto a sus características asociadas, como son las anomalías cerebrales estructurales o funcionales, los déficits cognitivos y los factores genéticos.</p>
<b>Trastorno psicótico debido a otra afección médica</b>	<b>293.81</b> <b>293.82</b> <b>293.89</b> <b>298.8</b> <b>298.9</b>	<b>F06.2</b> <b>F06.0</b> <b>F06.1</b> <b>F28</b> <b>F29</b>	<p>Las características esenciales de un trastorno psicótico debido a otra afección médica son los delirios o las alucinaciones prominentes que se consideran atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica y que no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., los síntomas no son una respuesta mediada psicológicamente a un trastorno médico grave, en cuyo caso lo adecuado Será diagnosticar un</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 10 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		<p>trastorno psicótico breve con factor de estrés notable).</p> <p>Las alucinaciones pueden aparecer en cualquier modalidad sensorial (es decir, visual, olfatoria, gustativa, táctil o auditiva), pero ciertos factores eiológicos son proclives a suscitar fenómenos alucinatorios específicos. Las alucinaciones olfatorias sugieren epilepsia del lóbulo temporal. Las alucinaciones pueden variar desde simples e informes a muy complejas y organizadas, dependiendo de factores etiológicos y ambientales.</p>
--	--	---

## TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Las condiciones laborales dentro de los establecimientos penitenciarios exigen que los empleados de los mismos cuenten con altos niveles de control emocional, en el reconocimiento de los mismos y en el manejo de los episodios y estados emocionales, personales y relacionados con el trabajo.

Cuando se cuenta con esta estabilidad y habilidad en el reconocimiento y manejo de las emociones mayor será la posibilidad de incidir sobre los internos en las diferentes situaciones relacionadas con las funciones asignadas, manteniendo el orden, la disciplina y el cumplimiento de las reglamentaciones en materia penitenciaria. Los trastorno afectivos por su propia naturaleza son eventos en los cuales las persona que lo padecen no controlan, e incluso no logran identificar la aparición de alteraciones emocionales y afectivas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 11 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Se reconocen dos estadios de alteración, una etapa de tipo depresivo y una de tipo maniaco. En la primera, la persona presenta conductas de bajo tono emocional, es dubitativo, irresoluto. El abatimiento general de la personalidad se traduce en una impotencia insuperable para abordar aún sencillos y cotidianos problemas que aparecen como complejos e irremediables, generando desesperanza e ideaciones suicidas.

En el segundo estado o periodo se presenta una sobrevaloración de las propias capacidades y de la autoreferenciación como eje vital y laboral, llegando incluso a cometer actos delictivos o que van en contravía de la seguridad e integridad de los demás.

Dentro de un espacio laboral tan complejo e inestable, en el que se presenta en forma constante presión por parte de los compañeros, superiores y de los mismos internos una persona con este tipo de trastorno puede llegar a verse en situaciones de riesgo incluso mortal, ya sea hacia sí mismo (en el caso del suicidio inducido por estados depresivos de diversa magnitud) como en estados de euforia en los que se pone en riesgo al equipo de trabajo y a la comunidad en general.

<b>Trastorno específico</b>	<b>Código DSM V</b>	<b>Código CIE 10</b>	<b>Breve descripción del trastorno (principales características)</b>
<b>Trastorno bipolar I</b>	<b>293.89 296.40</b>	<b>F06.1 F31.0</b>	El rasgo esencial de un episodio maniaco es un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal o persistente de la actividad o la presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 1 semana (o de cualquier duración si se requiere hospitalización), acompañado de al menos tres síntomas adicionales del Criterio B. Si el estado de ánimo es irritable más que elevado

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 12 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			<p>o expansivo, deben presentarse al menos cuatro síntomas del Criterio B.</p> <p>El estado de ánimo en un episodio maníaco se suele describir como eufórico, excesivamente alegre, alto o "sintiéndose por encima del mundo".</p> <p>En algunos casos, el estado de ánimo es de tal manera contagiosa que se reconoce fácilmente como excesivo y puede caracterizarse por un entusiasmo ilimitado y caótico en las relaciones interpersonales, sexuales u ocupacionales.</p>
<b>Trastorno bipolar II</b>	<b>296.89 293.89</b>	<b>F31.81 F06.1</b>	<p>El trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico con episodios afectivos recurrentes consistentes en uno o más episodios de depresión mayor (Criterios A-C en "Episodio de depresión mayor") y, al menos, un episodio hipomaniaco (Criterios A-F en "Episodio hipomaniaco").</p> <p>El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y el episodio hipomaniaco debe durar al menos 4 días para que se cumplan los criterios diagnósticos. Durante el episodio afectivo, los síntomas requeridos para el diagnóstico deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, y deben suponer un cambio apreciable del funcionamiento y habituales del sujeto.</p> <p>Un rasgo común del trastorno bipolar II es la impulsividad, que puede contribuir a los intentos de suicidio y a los trastornos por consumo de sustancias. La impulsividad también puede provenir de un trastorno concomitante de la personalidad, de un trastorno por consumo de sustancias, de un</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 13 de 409
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		Fecha: 2017

			trastorno de ansiedad, de otro trastorno mental o de una afección médica.
<b>Trastorno ciclotímico</b>	<b>301.13</b>	<b>F34.0</b>	<p>El rasgo principal del trastorno ciclotímico es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo que conlleva numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y períodos de síntoma depresivos que son distintos entre sí (Criterio A).</p> <p>Los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio hipomaniaco, y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, generalización duración para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.</p>
<b>Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducidos por sustancias/medicamentos</b>			<p>Los rasgos diagnósticos del trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos son esencialmente los mismos que los de la manía, la hipomanía y la depresión.</p> <p>Una excepción al diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos es el caso de hipomanía o manía que ocurre tras el uso de una medicación antidepresiva u otros tratamientos y que persiste más allá de los efectos fisiológicos de la medicación.</p> <p>Esta afección se considera indicativa de un trastorno bipolar verdadero, no del trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos.</p>
<b>Trastorno bipolar y trastorno relacionado debidos a otra afección medica</b>	<b>293.83</b>		Los rasgos esenciales del trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica son la presencia de un período importante y persistente de ánimo



POSITIVA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

INHABILIDADES DE SALUD Y  
SEGURIDAD  
INSPECTOR  
Versión 3.0  
2017

Página: 14 de 409

Fecha: 2017

Aprobado Por: Coordinación  
Promoción y Prevención

			<p>anormalmente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal de la actividad o de la energía que predomina en el cuadro clínico que se puede atribuir a otra afección médica (Criterio B).</p> <p>En la mayoría de los casos, el cuadro maniaco o hipomaniaco puede aparecer durante la presentación inicial de la afección médica (p. ej., en el primer mes); sin embargo, hay excepciones, especialmente en las afecciones médicas crónicas que pueden empeorar o provocar la recaída y que anuncian la aparición de un cuadro maniaco o hipomaniaco.</p>
<b>Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificados</b>	<b>296.89</b>	<b>F31.89</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno bipolar y trastorno relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno bipolar y trastorno relacionado.</p> <p>La categoría de otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el presentación no cumple los criterios de un trastorno bipolar y relacionado específico.</p> <p>Esto se hace registrando "otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "ciclotimia de corta duración").</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 15 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificados</b>	<b>296.80</b>	<b>F31.9</b>	<p>Ésta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno bipolar y trastorno relacionado.</p> <p>La categoría del trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno bipolar y relacionados específicos, e incluye presentaciones en las cuales no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p, ej., en servicios de urgencias).</p>
---	---------------	--------------	--

## TRASTORNOS DEPRESIVOS

Este tipo de trastornos afectan el rendimiento general de las personas al emocional y funcional, presentan ideaciones suicidas constantes y alteraciones en la atención y control de los impulsos. En el desarrollo de las tareas y funciones del Cuerpo de Custodia y Vigilancia, el desarrollo de las funciones exige de un constante estado de alerta y vigilancia, para identificar conductas que vayan en contravía del normal desarrollo de las actividades al interior de los establecimientos, así mismo exige de un control constante y vigilante en las funciones relacionadas con los traslados y las visitas de familiares y agentes relacionados con la actividad penitenciaria.

En el desarrollo de las actividades en garitas y de vigilancia nocturna las personas se encuentran aisladas de los demás manteniendo contacto mediante medios electrónicos de

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 16 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

comunicación, dando lugar a la construcción de ideas de auto destrucción potenciando las ideas suicidas que este tipo de trastorno caracteriza.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
<b>Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.</b>	<b>296.99</b>	<b>F34.8</b>	<p>El rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas).</p> <p>Deben ocurrir frecuentemente (p. ej., como promedio, tres o más veces a la semana) (Criterio C) en al menos un año y en al menos dos ambientes (Criterios E y F), como en la casa, en el espacio de trabajo y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo (Criterio B). La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera.</p>
<b>Trastorno de depresión mayor</b>			<p>Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día.</p> <p>A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se</p>



POSITIVA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

INHABILIDADES DE SALUD Y  
SEGURIDAD  
INSPECTOR  
Versión 3.0  
2017

Página: 17 de 409

Fecha: 2017

Aprobado Por: Coordinación  
Promoción y Prevención

			<p>infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes.</p> <p>Al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta.</p> <p>En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos.</p> <p>Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante.</p>
<b>Trastorno depresivo persistente (Distimia)</b>	<b>300.4</b>	<b>F34.1</b>	<p>El rasgo principal del trastorno depresivo (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes (Criterio A).</p> <p>En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.</p> <p>La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente.</p> <p>Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 18 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		<p>de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor.</p> <p>Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos".</p>
<b>Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos</b>		<p>Características diagnósticas del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos incluyen los síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al inyección o la inhalación de una sustancia (p. ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia.</p> <p>El trastorno depresivo se debe haber desarrollado durante el consumo de una sustancia capaz de producir un trastorno depresivo o dentro del mes posterior al mismo conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio (Criterio B).</p> <p>Además, el diagnóstico no se debe explicar mejor por un trastorno depresivo independiente.</p>
<b>Trastorno depresivo debido a otra afección</b>	<b>293.83</b>	<p>El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido/ o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico (Criterio A) y que se piensa que está relacionado con los efectos</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 19 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			<p>         fisiológicos directos de la otra afección médica (Criterio B).       </p> <p>         Para determinar si las alteraciones del ánimo se deben a otra afección médica general, el clínico debe establecer primero la presencia de una afección médica general.       </p> <p>         Además, el clínico debe establecer que la alteración del ánimo está etiológicamente relacionada con la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico.       </p> <p>         Se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico. Aunque no hay guías clínicas infalibles para determinar si la relación entre la alteración del ánimo y la afección médica es etiológica, algunas consideraciones sirven de guía en esta área.       </p> <p>         Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el comienzo, la exacerbación o la remisión de la afección médica general y la alteración del ánimo. Una segunda consideración es la presencia de rasgos que son atípicos en los trastornos del ánimo primarios.       </p>
<b>Otro trastorno depresivo especificado</b>	<b>311</b>	<b>F32.8</b>	<p>         Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.       </p> <p>         La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las       </p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 20 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			<p>que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico.</p> <p>Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y a continuación el motivo específico.</p>
<b>Trastorno depresivo no especificado</b>	<b>311</b>	<b>F32.9</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.</p> <p>La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. eje en servicios de urgencias).</p>

## TRASTORNO DE ANSIEDAD

En el desarrollo de las funciones referidas a la custodia y vigilancia de personas privadas de la libertad, se presentan altos niveles de estrés, dentro de estas funciones se pueden presentar amotinamientos, secuestros, revueltas, homicidios y otras conductas que generan constantemente la posibilidad de recibir daño o de perder la integridad física emocional y psicológica.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 21 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Las personas con trastornos de ansiedad presentan una constante situación física y psicológica de preparación ante un peligro real o imaginario, situación que se mantiene en el tiempo y ante diversas situaciones y espacios vitales.

La frecuencia e intensidad de este tipo de ansiedad es a menudo debilitante e interfiere con actividades diarias, el deterioro físico derivado de este tipo de trastornos se evidencia en síntomas asociados con altos niveles de estrés. En situaciones de riesgo o de peligro inminente las respuestas conductuales pueden variar, pero con el componente central de la pérdida de control, así pueden presentar parálisis, evitación, fuga o reacciones violentas de defensa, que generan riesgo para sí mismo y para los que le rodean. Igualmente en periodos extensos de ansiedad se generan alteraciones en la salud que se manifiestan en enfermedad laboral, en ausentismo o en el deterioro de las relaciones laborales con compañeros, superiores e internos.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
<b>Trastorno de ansiedad por separación.</b>	<b>309.21</b>	<b>F93.0</b>	<p>La Característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es la presencia de señales psicológicas, físicas o emocionales excesivas ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado (Criterio A).</p> <p>La ansiedad es superior a la que se espera en los sujetos con el mismo nivel de desarrollo.</p> <p>Los sujetos con trastorno de ansiedad por separación tienen síntomas que cumplen al menos 3 de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Experimentan un malestar excesivo recurrente al estar separados de su</li> </ol>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 22 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>hogar o de las figuras de mayor apego (Criterio A1).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Se preocupan por el bienestar o la muerte de las personas por las que sienten apego, sobre todo cuando se separan de ellas, y sienten necesidad de conocer el paradero de las figuras de mayor apego y deseo de estar en contacto con ellas (Criterio A2).</li> <li>3. Asimismo, también se muestran preocupados por los acontecimientos adversos que puedan sucederles a ellos mismos, como miedo a perderse, a ser secuestrados o a sufrir un accidente, y les impidan reunirse de nuevo con las figuras de apego (Criterio A3).</li> </ol> <p>Los sujetos con ansiedad por separación se muestran reacios o rechazan irse solos debido a su temor ante la separación.</p>
<b>Fobia específica</b>	<b>300.29</b>		<p>Una característica clave de este trastorno es un miedo o ansiedad a objetos o situaciones claramente circunscritos (Criterio A), que pueden denominarse estímulos fóbicos. Las categorías de las situaciones u objetos temidos se usan como especificadores del trastorno.</p> <p>Muchas personas temen a los objetos, las situaciones o los estímulos fóbicos de más de una categoría. Para el diagnóstico de fobia específica, la respuesta debe diferir de los temores normales y transitorios que se producen comúnmente en la población.</p> <p>Para cumplir los criterios diagnósticos, el miedo o la ansiedad deben ser intensos o graves (es decir "marcados") (Criterio A). El nivel del miedo experimentado puede variar</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 23 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>con la proximidad del objeto o de la situación temida y puede ocurrir como anticipación del mismo o en presencia real del objeto o situación.</p> <p>Además, el miedo o la ansiedad puede presentarse en forma de crisis de pánico completa o limitada (p. ej., crisis de pánico esperadas).</p> <p>Otra característica de las fobias específicas es que la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata (Criterio B).</p>
<b>Trastorno de ansiedad social (Fobia social)</b>	<b>300.23</b>	<b>F40.10</b>	<p>La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás.</p> <p>Cuando se expone a este tipo de situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente. El sujeto teme ser juzgado como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable.</p> <p>Ej individuo con fobia social teme actuar o mostrarse de una determinada manera, o manifestar síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente por los demás, como rubor - temblores, sudoración, trabarse con las palabras, o no poder mantener la mirada (Criterio B).</p>
<b>Trastorno de pánico</b>	<b>300.01</b>	<b>F41.0</b>	<p>El trastorno de pánico se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes (Criterio A), un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o</p>



POSITIVA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

INHABILIDADES DE SALUD Y  
SEGURIDAD  
INSPECTOR  
Versión 3.0  
2017

Página: 24 de 409

Fecha: 2017

Aprobado Por: Coordinación  
Promoción y Prevención

			<p>más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas.</p> <p>El término recurrente significa literalmente más de una crisis de pánico inesperada.</p> <p>El término inesperado se refiere a un ataque de pánico para el que no hay señal obvia o desencadenante en el momento de la aparición, es decir, el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparece durante el sueño (ataque de pánico nocturno).</p> <p>En contraste, los ataques de pánico esperados son aquellos para los cuales existe una señal obvia o un desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico.</p> <p>La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados debe hacerla el clínico, que realiza este juicio basándose en la combinación de un interrogatorio cuidadoso en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque y la propia opinión del individuo sobre si el ataque ha aparecido con una razón aparente o sin ella.</p>
<b>Agorafobia</b>	<b>300.22</b>	<b>F40.00</b>	<p>La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones (Criterio A).</p> <p>El Diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes:</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 25 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1) El uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones;</li> <li>2) Encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes,</li> <li>3) Estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines.</li> <li>4) estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud, o</li> <li>5) estar fuera de casa solo.</li> </ol> <p>Los ejemplos para cada situación no son exclusivos, se pueden tener otras situaciones.</p> <p>Al experimentar el miedo y la ansiedad desencadenados por tales situaciones, los individuos suelen experimentar pensamientos de que algo terrible podría suceder (Criterio B).</p> <p>Los individuos con frecuencia creen que podría ser difícil escapar de este tipo de situaciones (p. ej., "no se puede salir de aquí") o que Será difícil disponer de ayuda en el momento en que se presentaran síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosos.</p>
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	<b>300.02</b>	<b>F41.1</b>	<p>La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado.</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑIA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 26 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

		<p>Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas.</p> <p>Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todo; los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (p. ej., las tareas del hogar o llegar tarde a las citas).</p> <p>Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otra.</p>
<b>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos</b>		<p>La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad (Criterio A) que se consideran debidos a efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina).</p> <p>Los síntomas de pánico o de ansiedad se deben haber desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia, o después de la exposición a un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas (Criterio B2).</p>
<b>Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica</b>	<b>293.84</b>	<b>F06.4</b>
		<p>La característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica.</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 27 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>Los síntomas pueden ser manifestaciones de ansiedad o ataques de pánico prominentes (Criterio A).</p> <p>El juicio de que los síntomas se explicarían mejor por la afección física relacionada se ha de basar en las pruebas aportadas por la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio (Criterio B).</p> <p>Además, se debe descartar que los síntomas no se expliquen mejor por otro trastorno mental, en particular por el trastorno de adaptación, donde el factor de estrés originario de la ansiedad Será afección médica (Criterio C).</p>
<b>Otro trastorno de ansiedad especificado</b>	<b>300.09</b>	<b>F41.8</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad.</p> <p>La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico.</p>
<b>Trastorno de ansiedad no especificado</b>	<b>300.00</b>	<b>F41.9</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento,</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 28 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		<p>pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad.</p> <p>La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).</p>
--	--	---

### **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS**

El trabajo al interior del INPEC exige que las condiciones de espacio, funciones, tareas, grupo de trabajo entre otras, sean variables o se modifiquen continuamente. Así mismo las órdenes recibidas de los superiores jerárquicos y el comportamiento general de los internos se ve afectado por diversas situaciones internas o externas a los diferentes establecimientos carcelarios.

Las personas que presentan este tipo de trastornos requieren de un espacio vital en el que las condiciones se mantengan fijas o con regulaciones determinadas en forma estricta, y en las que se desarrolle la idea de control del entorno y de las condiciones y actividades, al no presentarse estas la persona puede llegar a presentar conductas repetitivas que traten de ajustar o reinstaurar la rutina real o imaginaria que se ha establecido y la aparición consecuente de pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos, malestar psicológico, alteraciones en relaciones interpersonales, alteraciones en el trabajo y en entorno familiar e incluso la presencia de posibles síntomas de otras enfermedades psiquiátricas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 29 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>	<b>300.3</b>	<b>F42</b>	<p>Los síntomas característicos el TOC son la presencia de obsesiones y compulsiones (Criterio A). Las obsesiones son pensamientos (p. ej., de contaminación), imágenes (p. ej., de escenas violentas o terroríficas) o impulsos (p. ej., de apuñalar a alguien) de naturaleza repetitiva y persistente.</p> <p>Es importante destacar que las obsesiones no son placenteras ni se experimentan como voluntarias: son intrusivas y no deseadas, y causan malestar o ansiedad en la mayoría de los individuos. El individuo intenta ignorar o suprimir estas obsesiones (p. ej., evitando los factores desencadenantes o mediante la supresión del pensamiento) o neutralizarlas con otro pensamiento o acción (p. ej., la realización de una compulsión).</p> <p>Las compulsiones (o rituales) son conductas (p. ej., el lavado, la comprobación) o actos mentales (p. ej., contar, repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas normas que se deben aplicar de manera rígida.</p> <p>La mayoría de los individuos con TOC tiene tanto obsesiones como compulsiones. Las compulsiones se realizan respuesta a una obsesión (p. ej., los pensamientos de contaminación que conducen a los rituales de lavado o, cuando algo es incorrecto, se</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 30 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			<p>produce una repetición de rituales hasta se siente "correcto").</p> <p>El objetivo es reducir la angustia provocada por las obsesiones o prevenir un acontecimiento temido (p. ej., enfermar). Sin embargo, estas compulsiones, o bien no están conectadas de forma realista con el evento temido (p. ej., disponer las cosas de forma simétrica para evitar el daño a un ser querido) o son claramente excesivas (p. ej., ducharse durante horas todos los días).</p> <p>Las compulsiones no se hacen por placer, aunque algunos individuos experimentan un alivio de la ansiedad o la angustia.</p>
<b>Trastorno disformico corporal</b>	<b>300.7</b>	<b>F45.22</b>	<p>Los individuos con trastorno dismorfo corporal (históricamente conocido como dismorfofobia) están preocupados por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, por lo que se ven feos, poco atractivos, anormales o deformes (Criterio A).</p> <p>La percepción de los defectos no es observable o sólo es apreciada levemente por los demás individuos. El espectro de preocupaciones va de "poco atractivo" o "no normal" a "horrible" o "como un monstruo".</p> <p>Las preocupaciones pueden centrarse en una o varias zonas del cuerpo, más comúnmente en la piel (p. ej., la percepción de acné, cicatrices, líneas, arrugas, palidez), el pelo (p. ej., "adelgazamiento" del pelo o "excesivo" vello facial o en el cuerpo) o la nariz (p. ej., el tamaño o la forma). Sin embargo, cualquier área del cuerpo puede ser el foco de preocupación (p. ej., los ojos, los dientes, el peso, el estómago, los pechos,</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 31 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			las piernas, el tamaño o la forma de la cara, los labios, la barbilla, las cejas, los genitales).
<b>Trastorno de acumulación</b>	<b>300.3</b>	<b>F42</b>	<p>La característica esencial del trastorno de acumulación son las dificultades persistentes para deshacerse o separarse de las posesiones, independientemente de su valor real (Criterio A).</p> <p>El termino persistente indica una dificultad de larga duración en vez de las circunstancias de vida más transitorias que pueden conducir al desorden excesivo, como la herencia de bienes. La dificultad, para deshacer las posesiones señaladas en el Criterio A se refiere a cualquier forma de descarte, incluyendo vender, regalar o reciclar.</p> <p>Las principales razones alegadas para estas dificultades se perciben en utilidad, o el valor estético de los elementos, o en un fuerte apego sentimental a las posesiones.</p> <p>Algunas personas se sienten responsables del destino de sus bienes y, a menudo, hacen todo lo posible para evitar ser derrochadores.</p> <p>El temor a perder información importante también es frecuente. Los objetos que se acumulan más comúnmente son periódicos, revistas, ropa vieja, bolsas, libros, material electrónico y papeles, pero prácticamente cualquier objeto se puede guardar.</p>
<b>Tricotilomania (trastorno de arrancarse el cabello)</b>	<b>312.39</b>	<b>F63.3</b>	<p>La característica esencial de la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) es el acto recurrente de arrancarse el propio pelo (Criterio A).</p> <p>El acto de arrancar el pelo puede afectar a cualquier región del cuerpo en la que crezca</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 32 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			<p>pele; las localizaciones más frecuentes son el cuero cabelludo, las cejas y los párpados, mientras que los sitios menos comunes son el vello axilar, el facial, el púbico y el de las regiones perirrectales.</p> <p>Es posible que los sitios donde se producen los tirones de pelo varíen con el tiempo. El acto de arrancarse el pelo puede aparecer en forma de episodios breves repartidos durante todo el día o en períodos menos frecuentes pero más sostenidos, de horas de duración, y tales tirones de pelo pueden durar meses o años.</p>
<b>Trastorno de excoriación (dañarse la piel)</b>	<b>698.4</b>	<b>L98.1</b>	<p>La característica esencial del trastorno de excoriación (rascarse la piel) es el rascado recurrente de la propia piel (Criterio A).</p> <p>Los sitios más frecuentemente escogidos son la cara, los brazos y las manos, pero muchas personas eligen múltiples lugares del cuerpo.</p> <p>Las personas pueden rascarse la piel sana, las irregularidades menores de la piel y las lesiones, como granos o callos, o las costras de anteriores rascados. La mayoría de los individuos lo realizan con sus uñas, aunque muchos utilizan pinzas, alfileres u otros objetos.</p> <p>Además del rascado de la piel puede haber frotamiento, presión, punción y mordedura de la piel. Los individuos con trastorno de excoriación a menudo pasan una cantidad significativa de su tiempo realizando comportamientos de rascado, a veces varias</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 33 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			horas al día, y esta excoriación de la piel puede durar meses o años.
<b>Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno relacionado inducidos por sustancias/medicamentos</b>			<p>Las características esenciales del trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos con él relacionados inducidos por sustancias/medicamentos son síntomas prominentes del trastorno obsesivo compulsivo y sus entornos relacionados (Criterio A) que se consideran que son atribuibles a los efectos de una sustancia (p. ej., drogas de abuso, medicación).</p> <p>Los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo y sus trastornos relacionados deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o después de la exposición a un medicamento o un tóxico, y dicha sustancia/medicamento debe ser capaz de producir los síntomas (Criterio B).</p> <p>El trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos relacionados inducidos por una medicación prescrita para un trastorno mental o una afección médica general debe tener su inicio mientras el individuo está recibiendo tal medicación.</p>
<b>Trastorno obsesivocompulsivo y trastorno relacionado debidos a otra afección médica</b>	<b>294.8</b>	<b>F06.8</b>	<p>La característica clínica esencial del trastorno obsesivocompulsivo y los trastornos relacionados debidos a otra afección médica es la presencia de síntomas obsesivocompulsivos significativos y Afines, cuya mejor explicación es que son consecuencia fisiopatológica directa de otra afección Médica.</p> <p>Los síntomas pueden consistir en obsesiones prominentes, compulsiones, preocupaciones por la apariencia,</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 34 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>acumulación, arrancarse el pelo, pellizcarse la piel o cualquier otra conducta repetitiva y centrada en el cuerpo (Criterio A).</p> <p>El juicio de si los síntomas se explicarían mejor por la afección médica asociada debería basarse en los indicios de la historia, el examen físico y los resultados de las analíticas (Criterio B). Además, se debería descartar que los síntomas no se puedan explicar mejor por otro trastorno mental (Criterio C).</p>
<b>Otro trastorno obsesivocompulsivo y trastorno relacionado especificados</b>	<b>300.3</b>	<b>F42</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivocompulsivo y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de categoría diagnóstica del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.</p> <p>La Categoría de otro trastorno obsesivocompulsivo y trastornos relacionados especificados se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno obsesivo compulsivo y relacionado específico.</p>
<b>Trastorno obsesivocompulsivo y trastorno relacionado no especificados</b>	<b>300.3</b>	<b>F42</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno obsesivocompulsivo y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 35 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		<p>funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.</p> <p>La categoría del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados no especificados se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno obsesivo compulsivo relacionados específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).</p>
--	--	---

## TRASTORNO RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS

Las condiciones generales de los establecimientos carcelarios, el contacto con delincuentes, la continua amenaza de daño, alteración o eventos violentos por parte de los internos, permiten la presencia de altos niveles de estrés. El estrés se entiende como síndrome general de adaptación, que incluye tres fases: de alarma, de resistencia o adaptación del organismo y de agotamiento, pudiendo, si la amenaza es suficientemente severa y prolongada, producir la muerte.

La respuesta de estrés se da a tres niveles: fisiológico, cognitivo y motor, actúa en el organismo desencadenando un gran número de alteraciones y enfermedades a distintos niveles. Al emplear el término estrés es posible, también, aludir a estímulos que provocan un cierto «desequilibrio»; en este sentido, el estrés se identificaría como agente externo nocivo. Por encima de los límites individuales de tolerancia al estrés (agente externo), éste provoca daños o alteraciones fisiológicos y/o psicológicos



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 36 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
<b>Trastorno de estrés postraumático</b>	309.81	F43.10	<p>La característica esencial del trastorno de estrés postraumático (TEPT), es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos.</p> <p>Las reacciones emocionales al evento traumático ya no forman parte del Criterio A. En algunos individuos se basa en la re experimentación del miedo y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento.</p> <p>En otros Serán más angustiosos la anhedonia o los estados de ánimo disforicos y las cogniciones negativas. En otros individuos sobresalen la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos.</p>
<b>Trastorno de estrés agudo</b>	308.3	F43.0	<p>La característica esencial del trastorno de estrés agudo es el desarrollo de síntomas característicos con una duración de 3 días a 1 mes tras la exposición a uno o más eventos traumáticos.</p> <p>Los eventos traumáticos que se experimentan directamente son, aunque no se limitan éstos, la exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el asalto violento personal (p. ej., la violencia sexual, la agresión física, el combate activo, el atraco, la violencia física y/o sexual en la infancia, ser secuestrado, ser tomado como rehén, el ataque terrorista, la tortura), los desastres humanos o naturales (p. ej., terremotos, los huracanes, los accidentes de avión) y los accidentes graves (p. ej., un accidente grave de vehículo a motor, un accidente de trabajo).</p>
<b>Trastorno de adaptación.</b>			<p>La presencia de síntomas emocionales o comportamental es en respuesta a un factor de estrés identificable es la característica esencial de los trastornos de adaptación (Criterio A).</p>



POSITIVA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

**INHABILIDADES DE SALUD Y  
SEGURIDAD  
INSPECTOR  
Versión 3.0  
2017**

Página: 37 de 409

Fecha: 2017

**Aprobado Por: Coordinación  
Promoción y Prevención**

			<p>El factor de estrés puede ser un solo evento (p. ej., el fin de una relación sentimental) o puede haber múltiples factores de estrés (p. ej., serias dificultades en los negocios y los problemas maritales). Los factores estresantes pueden ser recurrentes (p. ej., asociados a las crisis temporales de un negocio, unas relaciones sexuales insatisfactorias) o continuos (p. ej., una enfermedad dolorosa persistente con aumento de la discapacidad, vivir en un vecindario con alta criminalidad).</p> <p>Los factores de estrés pueden afectar a un solo individuo, a una familia entera, o a un grupo más grande o comunidad (p. ej., un desastre natural).</p> <p>Algunos factores de estrés pueden acompañar el desarrollo de determinados eventos (p. ej., ir a la escuela, dejar la casa paterna, volver a casa de los progenitores, casarse, convertirse en padre, no alcanzar los objetivos del trabajo, la jubilación).</p>
<b>Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado.</b>	<b>309.89</b>	<b>F43.8</b>	<p>Se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.</p> <p>La categoría de otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 38 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico.
<b>Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.</b>	<b>309.9</b>	<b>F43.9</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionado con traumas y factores de estrés.</p> <p>La categoría del trastorno relacionado con más y factores de estrés no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno relacionado con traumas, factores de estrés específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).</p>

## TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Las exigencias de los cargos exigen que el desarrollo de las tareas y funciones, se desarrollen manteniendo pautas de comportamientos que sirvan como referente para compañeros, superiores, jerárquicos y personal a cargo, así como dentro de la población de internos de los diferentes establecimientos, para lo cual se busca que las personas mantengan pautas de comportamiento y de personalidad coherentes y estables.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 39 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Este tipo de trastornos se caracterizan por la constante variación en las condiciones de la personalidad del sujeto, incluso presentando alteraciones de tipo delirante o de múltiple personalidad. Que afectan el desempeño y las condiciones de seguridad y normalidad.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
<b>Trastorno de identidad disociativo.</b>	<b>300.14</b>	<b>F44.81</b>	<p>La característica definitoria de un trastorno de identidad disociativo es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión (Criterio A). Sin embargo, la manifestación o no de estos estados de personalidad varía en función de la motivación psicológica, el nivel actual de estrés, la cultura, los conflictos internos y dinámicos y la tolerancia emocional.</p> <p>Puede haber períodos continuos de interrupción de la contexto de presiones psicosociales graves y/o prolongadas. En muchos casos de trastorno de identidad disociativo en forma de posesión y en una pequeña proporción de casos sin manifestación de posesión, son muy evidentes las manifestaciones de las identidades alternativas.</p> <p>Durante largos períodos de tiempo, la mayoría de los individuos con trastorno de identidad disociativo sin manifestaciones de posesión no muestran abiertamente la discontinuidad de su identidad, y sólo una pequeña minoría presenta una</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 40 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			alternancia clínicamente observable entre las identidades.
<b>Amnesia disociativa</b>	<b>300.12</b>	<b>F44.0</b>	<p>La característica definitoria de la amnesia disociativa es una incapacidad para recordar información importante autobiográfica que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. debe almacenarse con éxito en la memoria, y</li> <li>2 normalmente Será recordada fácilmente (Criterio A).</li> </ol> <p>La amnesia disociativa se diferencia de las amnesias permanentes debido al daño neurobiológico o a la toxicidad que impiden el almacenamiento de memoria o la recuperación, ya que siempre es potencialmente reversible porque la memoria ha sido almacenada con éxito.</p>
<b>Trastorno de despersonalización/desrealización</b>	<b>300.6</b>	<b>F48.1</b>	<p>Las características esenciales del trastorno de despersonalización/desrealización son episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas.</p> <p>Los episodios de despersonalización se caracterizan por una sensación de irrealidad o extrañeza, o un distanciamiento de uno mismo en general, o de algunos aspectos del yo (Criterio A1).</p> <p>El individuo puede sentirse independiente de todo su ser (p. ej., "no soy nadie", "no tengo nada de mí"). Él o ella también pueden sentirse</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 41 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			subjetivamente separado de aspectos del yo, incluyendo los sentimientos.
<b>Otro trastorno disociativo específico.</b>	<b>300.15</b>	<b>F44.89</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de los trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos.</p> <p>La categoría de trastorno disociativo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno disociativo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno disociativo especificado", seguido motivo específico (p, ej., "trance disociativo").</p>
<b>Trastorno disociativo no especificado.</b>	<b>300.15</b>	<b>F44.9</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos.</p> <p>La categoría del trastorno disociativo no especificado se utiliza en situaciones en</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 42 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno disociativo específico, e incluye presentaciones para las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).
--	--	---

## TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Este tipo de trastorno afecta el normal desempeño de las actividades cotidianas, generalmente están asociadas con otro tipo de trastorno y alteran las condiciones de trabajo, relacionadas con ausentismo, baja de la moral en los empleados públicos y de variaciones en el desempeño individual o colectivo.

Así como en el desgaste económico de la entidad ya sea por las prolongadas ausencias e incapacidades y por las horas hombre perdidas en las labores de custodia y vigilancia. Igualmente va en detrimento de la disciplina, la moral del grupo de trabajo y en la discriminación y aislamiento de los servidores públicos afectados por este tipo de trastornos.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastornos de síntomas somáticos.	300.82	F45.1	Los individuos con trastorno de síntomas somáticos suelen presentar múltiples síntomas somáticos que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria (Criterio A), aunque algunas veces sólo aparece un síntoma grave, con mayor frecuencia el dolor.



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 43 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>Los síntomas pueden ser específicos (p. ej., el dolor localizado) o relativamente inespecíficos (p. ej., la fatiga).</p> <p>Los síntomas a veces denotan sensaciones corporales normales o un malestar que generalmente no significa una enfermedad grave. Los síntomas somáticos sin explicación médica evidente no son suficientes para hacer el diagnóstico. El sufrimiento del individuo es auténtico, se explique o no médicamente.</p>
<b>Trastorno de ansiedad por enfermedad</b>	<b>300.7</b>	<b>F45.21</b>	<p>La mayoría de las personas con hipocondría ahora son clasificadas como un trastorno de síntomas Somáticos, sin embargo, en una minoría de los casos será más apropiado utilizar en su lugar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.</p> <p>El trastorno de ansiedad por enfermedad implica una preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada (Criterio A).</p> <p>No aparecen síntomas somáticos o, si lo hacen, sólo son de intensidad leve (Criterio B). Una evaluación completa no logra identificar una afección médica seria que justifique las preocupaciones de la persona.</p>
<b>Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).</b>	<b>300.11</b>		<p>Muchos clínicos utilizan los nombres alternativos de "funcional" (en referencia al funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o "psicógeno" (refiriéndose a una etiología supuesta) para describir los síntomas del trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).</p> <p>En el trastorno de conversión puede haber uno o más síntomas de diversos tipos. Los Síntomas</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 44 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>motores son debilidad o parálisis, movimientos anormales, como el temblor o las distonías, alteraciones de la marcha y la postura anormal de los miembros.</p> <p>Los síntomas sensoriales son la alteración, la reducción o la sensibilidad de la piel, la vista o el oído. Los episodios de sacudidas anormales generalizadas que afectan a una extremidad, con una alteración aparente o una pérdida de la conciencia, se pueden parecer a las crisis epilépticas (también llamadas crisis psicógenas o no epilépticas).</p> <p>Puede haber episodios de falta de respuesta que se asemejan al síncope o al coma. Otros síntomas son la reducción o la ausencia del volumen de la voz (disfonía/afonía), la articulación alterada (disartria), la sensación de un nudo en la garganta (globo) y la diplopía.</p>
<b>Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas.</b>	<b>316</b>	<b>F54</b>	<p>La característica esencial de los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas es la presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento clínicamente significativos que afectan adversamente a una afección médica, aumentando el riesgo de sufrimiento, muerte o discapacidad (Criterio B).</p> <p>Estos factores pueden afectar negativamente al estado de salud porque influyen en su curso o en su tratamiento, constituyendo un factor de riesgo adicional establecido para la salud, o porque influyen en la fisiopatología subyacente, precipitando o exacerbando los síntomas o requiriendo atención médica.</p>
<b>Trastorno fáctico</b>	<b>300.19</b>	<b>F68.10</b>	<p>La característica esencial del trastorno facticio es la simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos, en uno mismo o en otros, asociada a un engaño identificado. Los individuos con</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 45 de 409
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		Fecha: 2017

			<p>trastorno facticio también pueden buscar tratamiento para sí mismos o para otros después de provocar la lesión o la enfermedad.</p> <p>El diagnóstico requiere la demostración de que el individuo está cometiendo acciones subrepticias para tergiversar, simular o causar signos o síntomas de enfermedad o de lesión en ausencia de recompensas externas obvias. Los métodos para falsificar la enfermedad pueden ser la exageración, la fabricación, la simulación y la inducción.</p> <p>Aunque puede existir una afección médica preexistente, aparece un comportamiento engañoso o la inducción de lesiones asociadas con la simulación con la finalidad de que los demás les consideren (a ellos mismos o a otros) más enfermos o con mayor discapacidad, y esto puede dar lugar a una intervención clínica excesiva.</p>
--	--	--	--

<b>Otro trastorno de síntomas somáticos y trastorno relacionado especificados.</b>	<b>300.89</b>	<b>F45.8</b>	Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastorno de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.
<b>Trastorno de síntomas somáticos y trastorno relacionado no especificados</b>	<b>300.82</b>	<b>F45.9</b>	Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 46 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		<p>trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.</p> <p>La categoría del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados no se utilizará a menos que se den situaciones claramente inusuales en las que no exista información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.</p>
--	--	---

## TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Generalmente van asociados a otro tipo de trastornos (esquizofrenia, estrés o ansiedad, vistos anteriormente).

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
PICA	307.52		<p>La principal característica de la pica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentaria durante un período mínimo de 1 mes (Criterio A) que es suficientemente grave como para justificar atención clínica.</p> <p>Las sustancias que típicamente se suelen ingerir tienden a variar con la edad y con la disponibilidad y podrían ser papel, jabón, ropa, pelo, cuerdas, lana, tierra, tiza, polvos de talco, pintura, chicles, metales, guijarros, carbón vegetal o carbón mineral, cenizas, barro, almidón o hielo.</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 47 de 409
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		Fecha: 2017

			El término no alimentarias se incluye porque el diagnóstico de la pica no se refiere a la ingestión de productos de la dieta con un mínimo contenido nutritivo.
<b>Trastorno de rumiación</b>	<b>307.53</b>	<b>F98.21</b>	<p>La principal características del trastorno de rumiación es la regurgitación repetida de alimentos, después de alimentarse o comer, durante un período mínimo de un mes (Criterio A).</p> <p>La comida tragada previamente, que puede estar parcialmente digerida, sé devuelve a la boca aparentemente sin náuseas, arcadas involuntarias ni desagrado. La comida se puede volver a masticar para después escupirse de la boca o tragarse.</p> <p>La regurgitación en el trastorno de rumiación debería ser frecuente producirse por lo menos bastantes veces por semana, típicamente a diario.</p> <p>El trastorno no se explica mejor por una afección gastrointestinal u otra afección médica asociada (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica) (Criterio B) y no se produce exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa, una bulimia nerviosa, un trastorno de atracones o un trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (Criterio C).</p>
<b>Anorexia Nerviosa</b>	<b>307.1</b>		<p>La anorexia nerviosa tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios.</p> <p>El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (Criterio A).</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 48 de 409
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		Fecha: 2017

<b>Bulimia Nerviosa</b>	<b>307.51</b>	<b>F50.2</b>	<p>Hay tres características principales de la bulimia nerviosa: los episodios recurrentes de atracones (Criterio A), los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso (Criterio B), y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal (Criterio D).</p> <p>Para realizar el diagnóstico, los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses (Criterio C).</p>
<b>Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado</b>	<b>307.59</b>	<b>F50.8</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos.</p> <p>La categoría de otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico.</p>
<b>Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado</b>	<b>307.50</b>	<b>F50.9</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 49 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		<p>trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.</p> <p>La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).</p>
--	--	--

## TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN

La presencia de este tipo de trastorno afecta el normal desarrollo de las actividades laborales, convirtiéndose en casos extremos en incapacitantes a la hora de cumplir con prolongados periodos de trabajo o en situaciones de manejo de crisis o de alta exigencia emocional y de tolerancia a la presión externa.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
<b>Enuresis</b>	<b>307.6</b>	<b>F98.0</b>	<p>El principal rasgo de la enuresis es la emisión repetida de orina durante el día o la noche, en la cama o en la ropa (Criterio A). Suele ser involuntaria, aunque en ocasiones puede ser intencionada.</p> <p>Para establecer un diagnóstico de enuresis, la emisión de orina debe producirse al menos 2 veces por semana durante al menos 3 meses consecutivos, o debe causar un malestar</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 50 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		<p>clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B).</p> <p>Al haber alcanzado una edad en la que esté previsto que es capaz de contener la orina (una edad cronológica de al menos 5 años o, en los niños con retraso del desarrollo, una edad mental de al menos 5 años) (Criterio C).</p> <p>La incontinencia urinaria no es atribuible a los efectos lógicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (Criterio D).</p>
--	--	--

<b>Otro trastorno de la excreción especificado</b>		<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la excreción que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de excreción.</p> <p>La categoría de otro trastorno de la excreción especificado se utiliza en ocasiones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de la excreción específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la excreción especificado".</p>
<b>Otro trastorno de la excreción no especificado</b>		<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la excreción que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 51 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		<p>           criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la excreción.         </p> <p>           La categoría del trastorno de la excreción no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno de la excreción específico e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).         </p>
--	--	--

## TRASTORNOS DEL SUEÑO VIGILIA

Las condiciones generales del trabajo desarrollado al interior del INPEC exigen que las capacidades de atención y vigilancia se mantengan constantes en el tiempo y por prolongados espacios periodos.

La presencia de este tipo de trastorno, asociados o no a otros trastornos, resulta incapacitante e incluso lesivo para la seguridad del establecimiento o de los operativos que se estén realizando.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastorno de insomnio	307.42	F51.01	<p>El rasgo esencial del trastorno de insomnio es la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño con quejas sobre la dificultad para conciliar o mantener el sueño.</p> <p>Las molestias del sueño se acompañan de un malestar clínicamente significativo o de un</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 52 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>La alteración del sueño puede ocurrir durante el curso de otro trastorno mental o afección médica, o puede ocurrir de forma independiente.</p>
<b>Trastorno por hipersomnia</b>	<b>307.44</b>	<b>F51.11</b>	<p>La hipersomnia es un término diagnóstico amplio e incluye síntomas de excesiva cantidad de sueño (p. ej., sueño nocturno prolongado o sueño diurno involuntario), alteración de la calidad de la vigilia (es decir, propensión al sueño durante la vigilia que se manifiesta por dificultad para despertar o incapacidad para mantenerse despierto cuando se requiere) e inercia del sueño (es decir, un período de alteración del rendimiento y de vigilancia reducida tras el despertar de un episodio de sueño habitual o de una siesta) (Criterio A).</p> <p>Los sujetos con este trastorno se duermen rápidamente y tienen una buena eficiencia del sueño (&gt; 90 %). Pueden tener dificultad para despertarse por la mañana y a veces parecen confundidos, combativos o atáxicos.</p> <p>Esta alteración prolongada de la alerta en la transición sueño-vigilia a veces se denomina inercia del sueño (es decir, borrachera de sueño).</p>
<b>Narcolepsia</b>	<b>347.00 347.01 347.10</b>	<b>G47.419 G47.411 G47.419 G47.429</b>	<p>Los rasgos esenciales de la somnolencia en la narcolepsia son las siestas diurnas recurrentes o los lapsus de sueño.</p> <p>La somnolencia aparece característicamente a diario, pero debe ocurrir como mínimo tres veces por semana durante al menos 3 meses (Criterio A).</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 53 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>La narcolepsia produce por lo general cataplejía, que se presenta frecuentemente como episodios breves (segundos o minutos) de pérdida súbita y bilateral del tono muscular que se desencadenan por las emociones, típicamente por la risa y las bromas.</p> <p>Los músculos que se afectan pueden ser los del cuello, la mandíbula, los brazos, las piernas o todo el cuerpo, dando como resultado la oscilación de la cabeza, la caída de la mandíbula incluso caídas totales.</p> <p>Durante la cataplejía, los sujetos están despiertos y son conscientes.</p>
<b>Trastornos del sueño relacionados con la respiración</b>	327.23 327.21 786.04 780.57	<b>G47.33 G47.31 R06.3 G47.37</b>	<p>La categoría de trastornos del sueño relacionados con la respiración comprende tres trastornos relativamente diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apnea e hipopnea obstructiva del sueño,</li> <li>○ Apnea central del sueño</li> <li>○ Hipoventilación relacionada con el sueño.</li> </ul>
<b>Parasomnias</b>	307.47 327.42 333.94 780.52 780.54 780.59	<b>F51.5 G47.52 G25.81 G47.29 G47.00 G47.19 G47.10 G47.8 G47.9</b>	<p>Las parasomnias son trastornos que se caracterizan por acontecimientos conductuales, experienciales o fisiológicos anormales que se asocian con el sueño, con fases específicas del sueño o con la transición sueño-vigilia.</p> <p>Las parasomnias más frecuentes los trastornos del despertar del sueño no MOR y el trastorno del comportamiento del sueño MOR representan mezclas de vigilia y sueño no MOR y de Vigilia y sueño MOR, respectivamente.</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 54 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			<p>Estos trastornos sirven como un recordatorio de que el sueño y la vigilia no son mutuamente excluyentes y de que el sueño no es necesariamente un fenómeno global de todo el cerebro.</p>
<b>Trastorno del comportamiento del sueño MOR</b>	<b>327.42</b>	<b>G47.52</b>	<p>El rasgo principal del trastorno del comportamiento del sueño MOR son los episodios repetidos de despertar, a menudo asociados con vocalizaciones y/o comportamientos motores complejos, que producen en el sueño MOR (Criterio A):</p> <p>Estos comportamientos reflejan a menudo respuesta motora al contenido de acción o violento de los sueños, como ser atacados o tratar de escapar de una situación amenazante, que pueden denominarse comportamientos de representación del sueño.</p> <p>Las vocalizaciones son a menudo ruidosas, llenas de emoción y soeces.</p> <p>Éstos comportamientos pueden ser muy molestos para el sujeto y para el compañero de cama, y pueden producir lesiones significativas (p. ej., caídas, saltos o bajadas rápidas de la cama; carreras, puñetazos, empujones, golpes o patadas).</p> <p>Al despertarse, el sujeto está totalmente despierto, alerta y orientado (Criterio C), y a menudo es capaz de recordar el sueño, que se correlaciona estrechamente con el comportamiento observado. Los ojos están típicamente cerrados durante estos episodios.</p> <p>El diagnóstico de trastorno del comportamiento del sueño MOR requiere un</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 55 de 409
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		Fecha: 2017

			<p>malestar clínicamente significativo o discapacidad (Criterio E); esta determinación dependerá de varios factores, entre los que están la frecuencia de los episodios, el potencial para las conductas violentas o lesivas, la vergüenza y el malestar de los otros miembros del alojamiento.</p>
<b>Trastorno del sueño inducido por sustancia/medicamento</b>			<p>La característica principal del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos es una alteración importante del sueño que es lo suficientemente grave como para requerir una atención clínica independiente (Criterio A) y que se considera que se asocia primariamente con los efectos farmacológicos de una sustancia (es decir, una droga de abuso, una medicación, la exposición a una toxina) (Criterio B).</p> <p>Dependiendo de la sustancia implicada, se refiere uno de los cuatro tipos de alteraciones del sueño. Los más frecuentes son el tipo con insomnio y el tipo con somnolencia diurna, mientras que el tipo con parasomnia se ve con menos frecuencia.</p> <p>El tipo mixto se registra cuando aparecen síntomas de más de un tipo de alteraciones del sueño y no predomina ninguno.</p> <p>La alteración no puede explicarse mejor por otro trastorno del sueño (Criterio C). El trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno de insomnio o de un trastorno asociado con excesiva somnolencia, diurna al considerar el comienzo y el curso.</p>
<b>Otro trastorno de insomnio especificado</b>	<b>780.52</b>	<b>G47.09</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un Trastorno de insomnio</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 56 de 409
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		Fecha: 2017

			<p>que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de insomnio o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia.</p> <p>La categoría de otro trastorno de insomnio especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios del trastorno de insomnio o de ningún trastorno del sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de insomnio especificado” seguido del motivo específico.</p>
<b>Otro trastorno de insomnio no especificado</b>	<b>780.52</b>	<b>G47.09</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de insomnio o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del Sueño-vigilia.</p> <p>La categoría del trastorno de insomnio no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno del sueño-vigilia especificado, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.</p>
<b>Otro trastorno de hipersomnia especificado</b>	<b>780.54</b>	<b>G47.19</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 57 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>hipersomnia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de hipersomnia o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia.</p> <p>La categoría de otro trastorno de hipersomnia especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios del trastorno de hipersomnia o de algún trastorno del sueño-vigilia específico.</p>
<b>Otro trastorno de hipersomnia no especificado</b>	<b>780.59</b>	<b>G47.6</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un Trastorno del sueño-vigilia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia y no reúnen las condiciones para un diagnóstico de otro trastorno de insomnio especificado o de otro trastorno de hipersomnia especificado.</p> <p>La categoría de otro trastorno del sueño-vigilia especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno del sueño-vigilia específico.</p>
<b>Trastorno del sueño-vigilia no especificado</b>	<b>780.59</b>	<b>G47.9</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno del sueño-vigilia que causan malestar clínicamente</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 58 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

		<p>significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia y no reúne las condiciones para un diagnóstico de trastorno de insomnio no especificado o de trastorno de hipersomnia no especificado.</p> <p>La categoría del trastorno del sueño-vigilia no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno del sueño-vigilia especificado, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.</p>
--	--	--

## **TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA**

Las condiciones del INPEC como ente ejecutor de las políticas jurídicas y de penalización de conductas punibles, exige que el personal que desempeñe las mismas no se convierta en trasgresor de las leyes y normas sociales. Así mismo que los empleados reconozcan y respeten adecuadamente la línea de mando y la ejecución de órdenes por encima de los intereses y convicciones personales.

Las personas que presentan este tipo de patologías se encuentran en posiciones que enfrentan, confrontan y rompen las normas sociales establecidas dentro de una comunidad laboral establecida, generando conductas antisociales y violentas que van en contravía de la misión y función del mismo INPEC.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 59 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
<b>Trastorno negativista desafiante</b>	<b>313.81</b>	<b>F91.3</b>	<p>La característica principal del trastorno negativista desafiante es un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad y discusiones/actitudes desafiantes o vengativas (Criterio A).</p> <p>No es inusual que estas personas con trastorno negativista desafiante muestren las características conductuales del trastorno sin problemas de estado de ánimo negativo.</p> <p>Sin embargo, los individuos con este trastorno que muestran síntomas de enfado/irritabilidad suelen mostrar también las características conductuales.</p>
<b>Trastorno explosivo intermitente</b>	<b>312.34</b>	<b>F63.81</b>	<p>Los arrebatos agresivos impulsivos (o basados en la ira) del trastorno explosivo intermitente presentan un inicio rápido y típicamente un escaso o nulo período prodrómico. Los arrebatos suelen durar menos de 30 minutos y se producen frecuentemente como respuesta a una pequeña provocación por parte de un amigo íntimo o una persona cercana.</p> <p>Los individuos con trastorno explosivo intermitente a menudo presentan episodios menos graves de agresión verbal o física que no provocan daños, destrucción, ni perjuicios (Criterio A1) entre los episodios disruptivos/agresivos más graves (Criterio A2).</p>

		<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>		<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>			

<b>Trastorno de la conducta</b>			<p>La principal característica del trastorno de conducta es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad (Criterio A).</p> <p>Estos comportamientos se clasifican en cuatro grupos principales:          Conducta agresiva que causa o amenaza con daño físico a otras personas o animales (Criterios A1-A7); conducta no agresiva que causa daño o destrucción de la propiedad (Criterios A8- A9); engaño o robo (Criterio A10-A12), y transgresión grave de las normas (Criterios A13-A15).</p>
---------------------------------	--	--	--

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS

El consumo de sustancias que alteran la conciencia afectan el comportamiento general de los servidores públicos, y a su vez la disciplina, el orden y las dinámicas relacionales y laborales que se han establecido como pautas de trabajo al interior del INPEC, además de generar ausentismo e incapacidad laboral afectando al instituto tanto económicamente como en eficacia en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
<b>Trastornos relacionados con el alcohol</b>	<b>303.00 291.81 291.9</b>	<b>F10.129 F10.129 F10.99</b>	<p>El trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamental es y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo.</p> <p>La abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 61 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol de forma prolongada e intensa.</p> <p>Como la abstinencia de alcohol puede ser muy desagradable, las personas pueden seguir consumiendo a pesar de las consecuencias adversas, sobre todo para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.</p>
<b>Trastorno relacionado con el alcohol no especificado</b>	<b>291.9</b>	<b>F1099</b>	Se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos y trastornos adjetivos relacionados con sustancias.
<b>Trastornos relacionados con el cannabis</b>	<b>292.89 292.0 292.9</b>	<b>F12.288 F12.99</b>	<p>El trastorno por consumo de cannabis y los otros trastornos relacionados con el cannabis son problemas que están asociados con las sustancias derivadas de la planta de cannabis y con los compuestos sintéticos químicamente similares.</p> <p>Con el tiempo, esta materia vegetal ha acumulado muchos nombres (p. ej., maruja, hierba, maría, mandanga, marihuana, cáñamo, mota y ganja, costo, hachís, chocolate, grifa).</p>
<b>Trastornos relacionados con los alucinógenos</b>	<b>292.9 292.89</b>	<b>F16.983 F16.99</b>	<p>Las fenciclidinas (o sustancias similares a la fenciclidina) incluyen la fenciclidina (p. ej., la PCP, "polvo de ángel") y los compuestos menos potentes, pero que actúan de manera parecida, como la ketamina, la ciclohexamina y la dizocilpina.</p> <p>Estas sustancias se desarrollaron primero como anestésicos disociativos en la década de los</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 62 de 409
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		Fecha: 2017

			<p>cincuenta y se convirtieron en drogas de uso recreativo en la década de sesenta.</p> <p>En dosis bajas producen sentimientos de separación de la mente y el cuerpo (por consiguiente, son "disociativas"), y en dosis altas puede producir estupor y coma. Estas sustancias suelen fumarse o ingerirse por vía oral, pero también pueden inhalarse o inyectarse.</p>
<b>Trastornos relacionados con los inhalantes</b>	<b>305.90 304.60</b>	<b>F18.10 F18.20</b>	<p>Las características del trastorno por consumo de inhalantes implican el uso repetido de una sustancia inhalante a pesar de que el individuo sabe que la sustancia le está causando graves problemas (Criterio A9). Estos problemas se reflejan en los criterios diagnósticos.</p> <p>Pueden tener lugar el ausentismo laboral o académico o la incapacidad para llevar a cabo las responsabilidades cotidianas en el trabajo o la escuela (Criterio A5), y el uso continuado de la sustancia inhalante a pesar de que conlleva discusiones con la familia o los amigos, peleas y otros problemas servales o interpersonales (Criterio A6).</p> <p>Además, se puede limitar el contacto con la familia, el trabajo o las obligaciones escolares o las actividades recreativas (p. ej., los deportes, los juegos, las aficiones) (Criterio A7). También se ha observado consumo de inhalantes mientras se conduce o maneja maquinaria peligrosa (Criterio A8).</p>
<b>Trastornos relacionados con los inhalantes no especificado</b>	<b>292.9</b>	<b>F18.99</b>	<p>Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los inhalantes que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los inhalantes o de</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 63 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
<b>Trastorno por consumo de opiáceos</b>	305.50 304.00 292.89 292.9 292.0	F11.10 F11.20 F11.23 F11.99	El trastorno por consumo de opiáceos se caracteriza por signos y síntomas que reflejan la autoadministración prolongada y compulsiva de sustancias opiáceas que no se utilizan para ningún propósito médico legítimo o, si existe otra afección médica que requiere tratamiento con opiáceos, por la utilización de opiáceos en dosis muy superiores a la cantidad necesaria para dicha afección médica.  Las personas con trastorno por consumo de opiáceos tienden a desarrollar un tipo de patrón regular de uso compulsivo de la droga en el que las actividades diarias giran en torno a la obtención y la administración de opiáceos.
<b>Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</b>	305.40 304.10 292.89 292.0 292.9	F13.10 F13.20 F13.129 F13.229 F13.929 F13.239 F13.232 F13.99	Las sustancias sedantes, hipnóticas y ansiolíticas incluyen las benzodiazepinas, los fármacos tipo Benzodiazepina (p. ej., zolpidem, zaleplón), los carbamatos (p. ej., glutetimida, meprobamato), barbitúricos (p. ej., secobarbital) y los hipnóticos tipo barbitúrico (p. ej., glutetimida, metacualoná).  Esta clase de sustancias incluye todos los medicamentos prescritos para dormir y casi todos los medicamentos anti ansiedad (ansiolíticos). No se incluyen dentro de esta clase los agentes ansiolíticos no benzodiazepínicos (p. ej., buspirona, gepirona), puesto que no se asocian significativamente con el abuso.
<b>Trastornos relacionados con los estimulantes</b>	292.89 292.9 305.70 305.60 304.40 304.20	F15.10 F14.10 F15.10 F14.20 F15.23 F14.23 F15.99	Las anfetaminas y los estimulantes de tipo amfetamínico son sustancias con una estructura feniletamina sustituida, tales como la anfetamina, la dextroanfetamina y la metanfetamina.



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 64 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

		<b>F14.99</b>	<p>También se incluyen aquellas sustancias que son estructuralmente diferentes, pero que tienen efectos similares, como el metilfenidato.</p> <p>Estas sustancias generalmente se toman por vía oral o por vía intravenosa, aunque la metanfetamina también se toma por vía nasal. No son de origen natural, además de los compuestos de tipo anfetamina sintéticos, los estimulantes derivados de plantas tales como el khat.</p>
<b>Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)</b>	<b>304.90 305.90</b>	<b>F19.10 F19.20</b>	<p>El diagnóstico de trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) y los trastornos relacionados comprende los trastornos por consumo de sustancias no relacionadas con el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (fenciclidina y otros), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes, las anfetaminas (incluyendo la cocaína) o el tabaco, pichas sustancias son los esteroides anabólicos, los fármacos antiinflamatorios no esteroideos, el cortisol, los medicamentos antiparkinsonianos, los antihistamínicos, el óxido nítrico, los nitritos de amilo, butilo o isobutilo, la nuez de betel, que se mastica en muchas culturas para producir euforia leve y sensación de flotar, el kava (de una planta de la pimienta del Pacífico Sur), que produce sedación, falta de coordinación, pérdida de peso, leve hepatitis y anomalías pulmonares, o las catinonas (incluidos los agentes de la planta khat y derivados químicos sintéticos) que producen efectos estimulantes.</p> <p>Los trastornos relacionados con sustancias desconocidas están asociados con las sustancias no identificadas, tales como las intoxicaciones en las que el individuo no puede identificar la droga ingerida, o los trastornos por consumo de sustancias que implican nuevas drogas del</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 65 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			<p>mercado negro aún no identificadas, o drogas conocidas que se venden ilegalmente bajo nombres falsos.</p>
<p><b>Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado</b></p>	<b>292.9</b>	<b>F19.99</b>	<p>Puesto que la categoría de otras sustancias (o sustancias desconocidas) es por esencia poco definida, la magnitud y el abanico de trastornos que pueden inducir son inciertos.</p> <p>De todos modos, pueden existir trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas) y se describen en otros capítulos del DSM V, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología.</p>
<p><b>Trastornos no relacionados con sustancias (Juego Patológico)</b></p>	<b>312.31</b>	<b>F63.0</b>	<p>Apostar implica arriesgar algo de valor con la esperanza de obtener algo de mayor valor. En muchas culturas, las personas participan en juegos o celebraciones y la mayoría lo hace sin experimentar problemas. Sin embargo, algunos individuos desarrollan un deterioro sustancial relacionado con su conducta de juego.</p> <p>La característica esencial del juego patológico es un comportamiento disfuncional recurrente y persistente de juego que interrumpe las actividades personales, familiares y ocupacionales (Criterio A).</p> <p>El juego patológico se define como un grupo de cuatro o más síntomas de los enumerados en el Criterio A que aparecen en cualquier momento del mismo período de 12 meses.</p>

## TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

		<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
Código: GR-IT-01		<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 66 de 409
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención			Fecha: 2017

Este tipo de trastorno está asociado con enfermedades anteriormente presentadas y dependen del tipo de personalidad que le hace mayor o menormente correlacionadas con enfermedades específicas.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastornos de la personalidad: Grupo A	301.0 301.20 301.22	F60.0 F60.1 F21	La característica esencial del trastorno de la personalidad paranoide es un patrón de suspicacia generalizada y de desconfianza hacia los demás de manera que sus motivos se interpretan como malévolos. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.
Trastornos de la personalidad: Grupo B	301.7 301.83 301.50 301.81	F60.2 F60.3 F60.4 F60.81	Este trastorno está caracterizado por la vulnerabilidad, que crece cada vez que sienta que no obtendrá lo que quiere, el individuo con este trastorno puede asumir distintas conductas, que van entre complicidad y manipulación, hasta explosión con un ataque directo.  Normalmente se ven a sí mismas como solitarias, independientes y fuertes, algunos sienten que han sido maltratados tanto por la familia como por la sociedad, lo que denomina su conducta, se sienten como si hubiesen sido maltratados y necesitan vengarse por ello y allí es cuando presentan sus rasgos más característicos, que son romper con las reglas de la sociedad, sin importarle, y sin embargo sentirlo justo y necesario.
Trastornos de la personalidad: Grupo C	301.82 301.4 301.6	F60.5 F60.6 F60.7	La característica esencial del trastorno de la personalidad Grupo C es un patrón general de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza en la edad adulta temprana y que está presente en una variedad de contextos.

		<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
Código: GR-IT-01		<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 67 de 409
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención			Fecha: 2017

<b>Otros trastornos de la personalidad</b>	<b>310.1</b> <b>301.9</b> <b>301.89</b>	<b>F07.0</b> <b>F60.89</b> <b>F60.9</b>	<p>La característica esencial del cambio de la personalidad debido a otra afección médica es un trastorno de la personalidad persistente que se considera que es debido a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica.</p> <p>La alteración de la personalidad representa un cambio en el patrón característico de personalidad del individuo.</p>
--	---	---	---

## TRASTORNOS PARAFILICOS

Este tipo de trastornos asociados con las conductas sexuales de las personas, pueden llegar a ser lesivos hacia los internos o hacia personal puesto a cargo especialmente, a visitantes o a subordinados. En el desarrollo de las conductas asociadas a este tipo de trastornos se realizan acciones que afectan el libre desarrollo de la personalidad, que victimizan al otro o que afectan en diversa manera la integridad y el bienestar, llegando a convertirse en delito en sí mismo.

Este tipo de situaciones va en contravía de los derechos humanos, aspecto que es tomado como uno de los fundamentos del trabajo penitenciario carcelario del INPEC.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastorno de voyeurismo	302.82	F65.3	Los criterios diagnósticos del trastorno de voyeurismo pueden aplicarse tanto a los individuos que en mayor o menor medida admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos que niegan categóricamente cualquier tendencia sexual a observar a personas desprevenidas que estén desnudas, desnudándose o dedicadas a



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 68 de 409
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		Fecha: 2017

			<p>realizar actividades sexuales a pesar de haber pruebas de lo contrario.</p> <p>Si los individuos que lo admiten explican también malestar o problemas psicosociales debido a sus preferencias sexuales voyeurísticas, entonces se pueden diagnosticar de trastorno de voyeurismo.</p> <p>Por otro lado, si refieren que no sufren malestar, demostrado por ausencia de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza por estos impulsos parafilicos, no hay un deterioro en otras áreas importantes del funcionamiento debido a sus intereses sexuales y sus antecedentes psiquiátricos o legales indican que no actúan de esa manera, entonces puede afirmarse que tienen un interés sexual de voyeurismo, pero no deben ser diagnosticados de trastorno de voyeurismo.</p>
<b>Trastorno de exhibicionismo</b>	<b>302.4</b>	<b>F65.2</b>	<p>Es una de las parafilias más frecuentes y constituye un delito. El trastorno es básicamente masculino, y quien lo sufre padece además un deterioro significativo en su vida. El exhibicionismo es la exposición de los propios genitales en público ante personas desconocidas, a veces, el exhibicionista se masturba durante la exposición, o posteriormente cuando lo recuerda o imagina. No suelen ser individuos peligrosos, ni intentan abusar de sus víctimas, al contrario la mayoría reaccionan de forma insegura se dan a la fuga si su oferta es correspondida.</p> <p>Su deseo radica en sorprender a la víctima, provocando en ella reacciones de miedo, asco o curiosidad, lo que le da al exhibicionista una sensación de dominio. La reacción que más detestan es la de burla o indiferencia.</p>
<b>Trastorno de frotteurismo</b>	<b>302.89</b>	<b>F65.81</b>	<p>Consiste en la excitación sexual derivada de restregarse o frotarse contra otras personas</p>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

Código: GR-IT-01	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b>	Página: 69 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b>		

			<p>desconocidas en lugares muy concurridos y sin el consentimiento de la víctima.</p> <p>Por lo general, el individuo frota su pene contra los muslos o las nalgas de la víctima y puede acariciarle los pechos y los genitales. Normalmente, el hombre fantasea una relación sexual con la víctima durante el acto. Lo que le da placer no es el componente coercitivo sino el contacto físico real.</p> <p>Este trastorno suele darse en hombres tímidos, con dificultades en las relaciones con mujeres, entre los 15 y los 25 años, decayendo posteriormente. El froteurista puede tener pareja y llevar una vida sexual normal o ser esta práctica el único medio de expresar su sexualidad.</p>
<b>Trastorno de pedofilia</b>	<b>302.2</b>	<b>F65.4</b>	<p>Los criterios diagnósticos del trastorno de pedofilia pueden aplicarse tanto a los individuos que admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos otros que niegan categóricamente cualquier atracción sexual hacia los niños prepúberes (generalmente menores de 13 años) a pesar de haber considerables pruebas objetivas de lo contrario.</p>
<b>Otro trastorno parafilico especificado</b>	<b>302.89</b>	<b>F65.89</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafilico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos parafilicos.</p> <p>La categoría de otro trastorno Parafilico especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno parafilico específico. Esto se</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 70 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

			hace registrando “otro trastorno parafilico especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “zoofilia”).
<b>Otro trastorno parafilico no especificado</b>	<b>302.9</b>	<b>F65.9</b>	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en fas que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafilico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos parafilicos.</p> <p>La categoría del parafilico no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno parafilico específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.</p>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 71 de 409
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		Fecha: 2017

<b>Trastorno sadismo sexual</b>	<b>de 302.84</b>	<b>F65.52</b>	<p>Los criterios diagnósticos del trastorno de sadismo sexual pueden aplicarse tanto a los individuos que admiten libremente este interés parafilico como a aquellos otros que niegan categóricamente cualquier tendencia sexual a someter a sufrimiento físico o psicológico a otras personas a pesar de haber pruebas objetivas de lo contrario.</p> <p>Los individuos que abiertamente reconocen su marcado interés sexual por someter a sufrimiento físico o psíquico a terceras personas son denominados "individuos que lo admiten". Si estos individuos refieren también problemas psicosociales debidos a sus preferencias o deseos sexuales de someter a sufrimiento físico o psicológico a otras personas, puede: ser diagnosticados de trastorno de sadismo sexual.</p> <p>Por el contrario si los individuos que lo admiten refieren no sufrir malestar, ejemplificado por la ausencia de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza causa de sus impulsos parafilicos, estos impulsos no suponen un obstáculo para alcanzar las metas personales y los antecedentes psiquiátricos, legales o confesados indican que no actúan de esa manera, entonces puede confirmarse que tienen interés sexual en el sadismo, pero no cumplen criterios para ser diagnosticados de trastorno de sadismo sexual.</p>
-------------------------------------	------------------	---------------	--

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 72 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA TEGUMENTARIO: PIEL Y FANERAS

### DERMATITIS

#### Definición

Inflamación aguda o crónica de la piel, que puede ser atópica o de contacto.

#### Causas

La dermatitis de contacto, es causada por la exposición a sustancias químicas, los cuales pueden lesionar la piel normal o irritar una dermatitis pre-existente. La dermatitis atópica puede estar asociada a otros trastornos alérgicos; su etiología es desconocida.

#### Fisiopatología

La dermatitis de contacto presenta una fase inicial de contacto y sensibilización con el agente involucrado. Requiere la interacción de los linfocitos y la sustancia (hapteno), posterior a la cual las células sensibilizadas migran a los linfáticos regionales aumentando la respuesta inmunológica con mayor número de linfocitos sensibilizados. Al ocurrir una nueva exposición se produce una nueva estimulación sobre los linfocitos sensibilizados, reactivándose los síntomas.

En pacientes con dermatitis atópica aunque aparentemente este sana, no es normal; es más seca y levemente más irritada. La piel de estos pacientes presenta infiltración linfocitaria y aumento de inmunoglobulina tipo Ig E., estas reacciones pueden desencadenarse por el stress psicosocial, el cual es un importante estímulo para el aumento de eosinófilos en sangre periférica, afectando la respuesta inmunológica normal.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 73 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **Manifestaciones clínicas (Falabella, 2002)**

### **Dermatitis Atópica**

El diagnóstico se realiza con tres o más criterios mayores o tres o más criterios menores.

Criterios mayores:

- Prurito.
- Liquenificación flexural o lineal.
- Episodios recurrentes de dermatitis
- Topografía típica
- Morfología típica
- Cronicidad
- Antecedentes familiares y/o personales de atopia.

Criterios menores:

- Xerosis
- Ictiosis
- Ictiosis vulgar
- Pruebas de hiperreactividad cutánea inmediata tipo 1
- Queilitis
- Tendencia a infecciones cutáneas
- Elevación de Ig E sérica
- Cuadro clínico influenciado por factores ambientales o emocionales.
- Conjuntivitis recurrente
- Queratocono

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 74 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Dermatitis de contacto**

Se presentan lesiones más frecuentemente en manos y antebrazos que son zonas expuestas y pueden estar en contacto con sustancias que tienen la capacidad de producir cambios físico-químicos en la piel. Se caracteriza por eritema, edema, microvesículas, prurito, ardor, descamación y cambios de pigmentación de la piel.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<p>Este tipo de trabajadores requieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El uso de cremas de barrera con dimeticona o una alta concentración de ingredientes activos, como los perfluoropoliéteres.</li> <li>○ El uso de cremas hidratantes con alto contenido de lípidos durante el trabajo y después de éste.</li> <li>○ Estas condiciones restringen el uso de armamento y de los implementos necesarios para el desempeño de la función a desarrollar ya que el tratamiento genera una sensación grasosa en la piel, que puede ocasionar accidentes al manejar el armamento, dificultan el uso de la tonfa.</li> <li>○ El trabajador debe manipular sustancias para la limpieza del armamento y los gases lacrimógenos que pueden exacerbar o precipitar la sintomatología.</li> <li>○ Algunos pacientes requieren el uso de antihistamínicos que producen somnolencia por lo que hay que tener precaución si se conduce o se realiza alguna otra actividad peligrosa.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 75 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Los pacientes con enfermedades inflamatorias extensas de la piel, deben recibir cuidados prioritarios en los servicios de dermatología. Requieren tratamiento a largo plazo que por las características de las funciones a desempeñar estaría restringido.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

**EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA**

**Definición**

Son un grupo de enfermedades ocasionadas por defectos genéticos (componente autosómico recesivo).

Está incluida dentro de las enfermedades ampollas. La piel por un mínimo roce o pequeño traumatismo se desprende formando unas ampollas con afectación dérmica, dando lugar a lesiones cutáneas y mucosas. Las formas graves pueden afectar también a las membranas mucosas y dejar cicatrices y contracturas cuando curan. Sobre el tejido cicatricial a veces se desarrollan carcinomas de células basales o células escamosas. El tratamiento es sintomático.

Se asocia a complicaciones como anemia, enfermedad periodontal, infecciones, pérdida del funcionamiento de las extremidades por la cicatrización de las ampollas, ceguera e infecciones. Las formas letales de esta enfermedad tienen una tasa de mortalidad muy alta.

**Causas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 76 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La epidermólisis ampullosa es hereditaria y generalmente comienza en el momento del nacimiento. Los pacientes de epidermólisis ampullosa pueden tener mayor riesgo de contraer cáncer de células escamosas de la piel.

### **Fisiopatología**

Es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por la formación de auto-anticuerpos que destruyen los hemidesmosomas, que son uniones asimétricas de las células a la lámina basal. (Maillet,2002).

### **Manifestaciones clínicas**

- Lesiones cutáneas tipo ampolla que se producen con el más mínimo roce.
- Estenosis esofágica
- Anemia
- Trastornos oculares, incluso ceguera
- Infección incluyendo sepsis
- Pérdida de funcionamiento de manos y pies
- Distrofia muscular
- Enfermedad periodontal
- Desnutrición grave causada por la dificultad para alimentarse.
- Cáncer cutáneo escamo celular: si alguien con epidermólisis ampullosa sobrevive a la infancia, la causa de muerte más común es el cáncer escamo celular metastásico de la piel. Este cáncer de piel ocurre en aquellas personas con epidermólisis ampullosa distrófica heredada de manera recesiva. Las personas con epidermólisis ampullosa a menudo desarrollan este cáncer de piel entre las edades de 15 a 35 años. El cáncer cutáneo puede ocurrir en cualquier parte de la piel.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 77 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento y labor a desempeñar por parte del INSPECTOR, donde se pueden presentar traumatismos cutáneos, con alto riesgo de infección, aunado a que por la extensión de las lesiones se puede ver menoscabada la funcionalidad de sus extremidades y siendo estas estructuras orgánicas indispensables para realizar las diferentes funciones asignadas, se presenta restricción para realizar actividades de la vida diaria.</li> <li>○ Requiere tratamiento a largo plazo que por las funciones a desempeñar estaría restringido.</li> <li>○ Además produce un trastorno de la imagen corporal, aislamiento social. Requiere curaciones y control de las lesiones por riesgo de infección.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **TATUAJES, CICATRICES Y QUELOIDES EXTENSOS - (INHABILIDAD DE SEGURIDAD)**

### **Definición**

La cicatriz aparece como secuela de una ulceración cutánea o herida y refleja un proceso fisiológico de reparación tisular. Puede ser atrófica o hipertrófica.

### **Causas**

Hay una tendencia individual para la formación de tejido conectivo grueso, existe además una tendencia familiar y racial, siendo más común en la raza negra y oriental. Puede estar mediado por las citoquinas inmunorreguladoras lo cual afecta las fases proliferativas de la cicatrización.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 78 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### Fisiopatología

**Cicatrices hipertróficas:** producidas por una acumulación excesiva de tejido dérmico con crecimiento de fibroblastos, fibras de elastina y fibras de colágeno. Cuando la extensión de la cicatriz hipertrófica es mayor en anchura y longitud que la herida que la originó, la cicatriz se denomina queloidea. Este tipo de cicatrices se produce como consecuencia de heridas traumáticas o quirúrgicas.

**Cicatrices atróficas:** son las que se generan tras la destrucción del colágeno dérmico. Un ejemplo de cicatrices atróficas son las producidas tras un proceso inflamatorio como la varicela.

### Manifestaciones clínicas

Se desarrollan después de un trauma en la piel. Aunque puede ocurrir en cualquier parte de la superficie cutánea, son más comunes en áreas como la cintura escapular, brazo, región preesternal, cara y orejas. Su tamaño y aspecto son variados y en ocasiones pueden generar contracturas incapacitantes. Son cicatrices gruesas, sobre elevadas, de superficie brillante.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 79 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El personal que presente lesiones queloides extensas que generan limitación funcional tendrán restricción para realizar las funciones asignadas, si se presentan en zonas de flexión articular, limitaran la movilidad para el trote, elevación de miembros superiores, limitación para el agarre.</li> <li>○ Adicionalmente los queloides extensos pueden limitar la movilidad de la zona afectada, problemas estéticos, irritación por la fricción con la ropa u otros elementos y sufrimiento psicológico si el queuloide es grande o desfigurante.</li> </ul> <p><b>Es importante adicionar que las cicatrices o tatuajes en sitios visibles que permitan la identificación y señalamiento del personal de la institución por parte de los internos, se traduce en una inhabilidad por razones de <u>seguridad</u></b></p>

## ÚLCERAS CUTÁNEAS

### Definición

Es una lesión que resulta de una solución de continuidad en la epidermis y la dermis, con pérdida de sustancia, en la cual se observa una excavación de profundidad variable.

### Causas

Para establecer su causa, es necesario disponer de una historia clínica con los síntomas asociados, hábitos personales, medicación utilizada, antecedentes personales y familiares, análisis clínicos que descarten una enfermedad sistémica, y una exploración física tanto de la lesión como del miembro afectado. Se pueden presentar por estasis venoso, post-flebitis, por diversas vasculitis, por

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 80 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

fistulas arteriovenosas, traumáticas, infecciosas, tumorales, neurológicas (tabes), metabólicas (diabetes).

### **Fisiopatología**

En las úlceras de origen venoso, el estasis sanguíneo está relacionado con la insuficiencia valvular venosa; ello produce un aumento de la presión hidrostática venosa, generando el paso de fibrinógeno a la dermis lo que impediría el intercambio de oxígeno, formándose posteriormente la úlcera.

En las úlceras de origen arterial, el mecanismo de acción es la isquemia. La misma puede ser causada por el bloqueo de los vasos arteriales y con menor frecuencia por arterioesclerosis, diabetes y/o úlceras por presión.

### **Manifestaciones clínicas**

Úlceras venosas: están acompañadas con cambios de dermatitis por estasis. Se presentan en los miembros inferiores de predominio en la región maleolar, son de fondo rojo, tienen muchas costras, son poco dolorosas y no suelen ser muy profundas.

Úlceras arteriales: hay atrofia cutánea, pérdida del pelo, distrofia ungueal y una piel pálida, seca y fría. Son lesiones muy dolorosas, con escaso tejido de granulación, con costras negruzcas firmemente adheridas. Están relacionadas con la diabetes, artritis reumatoidea, discrasias sanguíneas.

**JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 81 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Por la localización de las úlceras a nivel maleolar predominantemente, no podrá usar el calzado tipo bota exigido por la institución como parte del uniforme de dotación.
- Por el tipo de labor a desempeñar será más propenso a presentar sobreinfección de las úlceras.
- Requieren control y seguimiento médico estricto que por la labor a desempeñar puede verse restringido.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **LIQUEN PLANO**

### **Definición**

Enfermedad mucocutánea crónica que se caracteriza por una erupción inflamatoria, pruriginosa y recurrente, con pápulas pequeñas que pueden unirse formando placas rugosas, descamativas, acompañadas de lesiones orales.

### **Causas**

La enfermedad se desarrolla después de una exposición a alérgenos potenciales como medicamentos, colorantes y otras sustancias químicas. Los síntomas se incrementan con el estrés emocional, debido posiblemente a los cambios en el funcionamiento del sistema inmunitario durante estos periodos.

### **Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 82 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Es una enfermedad autoinmune, en la que se produce una agresión t linfocitaria dirigida a las células basales de la mucosa oral, con la posterior apoptosis jugando esto un papel importante en el proceso de transformación maligna. (<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v22n1/original1.pdf>)

### **Manifestaciones clínicas**

La variante reticular es la más frecuente apareciendo como una lesión blanca, lineal en forma estrellada, de retícula, rama o anular ligeramente sobre elevada, palpable (estriás de wickham) y que no se desprende. Se presenta en zonas amplias de la mucosa yugal preferentemente de manera bilateral, simétrica y asintomática.

La variante atrófica-erosiva se caracteriza por un adelgazamiento del espesor del epitelio manifestándose por un enrojecimiento generalizado y difuso exponiéndose los vasos sanguíneos subyacentes del corion. La localización más frecuente es la lengua siendo también la encía un lugar habitual de asentamiento presentándose como una gingivitis descamativa crónica. Esta forma se caracteriza por la presencia de ulceraciones del epitelio sobre una mucosa atrófica, aunque también podría presentarse como forma ampollosa.<sup>7</sup>

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teniendo cuenta que la historia natural de la enfermedad arroja que es un trastorno crónico, que presenta recidivas, que se exacerba por el estrés y que tiene riesgo de malignizarse; se considera que en los cargos de Dragonenate, donde los factores de riesgo de sobrecarga sicosocial son predominantes, no se debe exponer al personal con dicha patología, en virtud de las posibles consecuencias de la enfermedad al someterlos a los riesgos anteriormente descritos.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 83 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## TRASTORNO DE LAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS

### Definiciones

**Dishidrosis:** trastornos de la sudoración. Afección dermatológica caracterizada por una erupción circunscrita de pequeñas vesículas claras en las caras laterales de los dedos, asociadas a ardor y prurito localizado.

**Hiperhidrosis:** es una enfermedad rara que consiste en un exceso de sudoración que se produce por fallo del sistema nervioso simpático (parte del sistema nervioso autónomo) originando que el organismo produzca más sudor del que necesita para regular la temperatura corporal. El eccema dishidrótico tiene un curso intermitente. El rascado excesivo puede llevar a que se presente una piel irritada y gruesa que es más difícil de tratar y tarda más tiempo en sanar.

### Causas

Probablemente esta sea una manifestación clínica de la dermatitis atópica, aunque existen factores agravantes como la tensión emocional, ciertos alimentos, irritación local, infección secundaria.

### Fisiopatología

Existe una teoría descrita por Tilbury Fox en 1873, que postuló que esta entidad se presentaba por la obstrucción distal de los conductos sudoríparos y con retención de sudor.

### Manifestaciones clínicas

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 84 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Se caracteriza por la presencia de múltiples microvesículas ubicadas en las palmas y en las plantas, y en las caras laterales de los dedos. Producen marcado prurito. Suelen ser brotes esporádicos pero recurrentes.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este tipo de lesiones cutáneas con frecuencia se infectan, producen un eczema crónico que puede agravarse al entrar en contacto con determinadas sustancias como los jabones y detergentes.</li> <li>○ El trabajador debe manipular sustancias para la limpieza del armamento que pueden exacerbar los síntomas, al presentar lesiones activas corre el riesgo de presentar sobre infección.</li> <li>○ Se recomienda seguimiento por el sistema de vigilancia epidemiológico.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **PSORIASIS**

### **Definición**

Enfermedad inflamatoria crónica y recurrente caracterizada por la presencia de pápulas y placas descamativas plateadas, secas y bien delimitadas de diferentes tamaños.

### **Causas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 85 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La causa básica es desconocida. Aunque puede estar relacionada la transmisión genética.

### **Fisiopatología**

Se produce por la excesiva proliferación de queratinocitos lo que da lugar a la formación de las placas.

### **Manifestaciones clínicas**

Es una dermatopatía frecuente, crónica y recidivante. La lesión clásica es una placa eritematosa bien delimitada, con escamas superficiales de color blanco plateado. Se distribuye por las superficies de extensión (rodillas, codos y nalgas); también puede afectar a las palmas de las manos y el cuero cabelludo (sobre todo al borde de la inserción anterior). Se puede asociar a artritis psoriásica y alteraciones ungueales (onicólisis, punteado o engrosamiento de la lámina ungueal con acumulación de restos subungueales).

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los trabajadores que presenten artropatía psoriásica pueden tener limitación para realizar actividad física en virtud de presentar poliartritis simétricas.</li>   <li>○ En tal caso y para el efecto de aquellos cargos que tienen como funciones inherentes el despliegue de actividad física mediante acciones tales como subir y bajar escaleras, entrenamiento físico intenso y bipedestación prolongada entre otras; se generarían incremento y aceleramiento del deterioro articular del funcionario, al igual que limitación en el adecuado desempeño de sus funciones.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 86 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## LEPRA

### Definición

Es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, producida por un bacilo no cultivable, el mycobacterium leprae. La enfermedad afecta generalmente los nervios periféricos, la piel, el polo anterior del globo ocular, el tracto respiratorio superior, las manos, pies, el testículo y el riñón. La OMS la ha clasificado de acuerdo con los resultados del frotis cutáneo, como lepra paucibacilar cuando no se ven bacilos en el frotis directo y multibacilar cuando se encuentran bacilos en el frotis (índice bacilar >0). La evolución natural de la enfermedad genera grandes deformidades, incapacidades que resultan del daño neural. (Min Protección Social, 2004)

### Causas

Enfermedad crónica de la piel producida por el mycobacterium lepra. La forma de transmisión es poco conocida, se requiere un contacto eficiente entre una persona sana susceptible y un enfermo bacilífero para que se presente la infección.

### Fisiopatología

Este bacilo demora de 10 a 20 días en multiplicarse, para que se desarrolle un cuadro francamente patológico se requiere que el huésped presente un daño en la respuesta inmune de tipo celular. El bacilo es transmitido y penetra a través de las vías aéreas superiores o heridas cutáneas y es atacado y destruido por los polimorfonucleares neutrófilos; no obstante si logra evadir este mecanismo defensivo, el bacilo es fagocitado por los macrófagos o células de langerhans atravesando las paredes de los endotelios, llegando a los vasos y ganglios linfáticos donde los macrófagos presentan los antígenos a los linfocitos t cd4 o t cd8, determinando la forma de enfermedad leprotica (Faizal, 2002).

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 87 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

En la piel, el complejo bacilo-macróforo se localiza en la unión dermoepidérmica, folículo piloso, glándula sebácea, músculo piloerector, glándulas sudoríparas, alrededor de los vasos sanguíneos y nervios. De acuerdo con del mecanismo inmunogenético, el huésped finalmente determinara la forma de la enfermedad (polos), ya sea hiperérgica o anérgica.

La forma hiperérgica (t cd4) es de alta reactividad inmune lo cual lleva a la destrucción de los anexos cutáneos, compresión de los vasos sanguíneos sin vasculitis y destrucción de los filetes nerviosos. La forma (polo) anérgica de la enfermedad está determinada por células t cd8 y se caracteriza por la tolerancia inmunológica. Los bacilos se desarrollan libremente dentro de los macróforos produciendo cambios lipídicos intracelulares denominados “células espumosas de virchow”, determinando granulomas de células espumosas que contienen bacilos sin la característica destructiva de la forma hiperérgica.

### **Manifestaciones clínicas**

De acuerdo a la clasificación clínica las principales características de la enfermedad están determinadas por el número de lesiones, la morfología, la superficie, la presencia de pelos, la sudoración, el color, la sensibilidad y los órganos comprometidos.

**Lepra indeterminada:** máculas hipocrómicas de límites difusos, hipoestésicas al calor y al frío, no se afectan troncos nerviosos.

**Lepra tuberculoide:** máculas eritematohipocrómicas o placas eritematosas de límites bien definidos, asimétricas, anestésicas, anhidróticas y alopécicas. Puede presentar úlceras, heridas, quemaduras y mal perforante plantar. Afecta de manera asimétrica los troncos nerviosos, produciendo neuritis periférica, parálisis y osteolisis.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 88 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

**Lepra lepromatosa:** infiltración difusa de la piel, presenta numerosas lesiones simétricas eritematosas, lepromas, infiltración de las orejas, madarosis (perdida de las pestañas) y fascies leonina. Afectación simétrica de troncos nerviosos, hígado, bazo, ganglios linfáticos, medula ósea, polo anterior del ojo, atrofia testicular y ginecomastia. Reabsorción ósea de pequeños huesos como el vómer, espina nasal y falanges.

**Lepra dimorfa:** placas bien definidas, asimétricas eritematosas, anestésicas, anhidróticas y alopecias. Produce afectación asimétrica del tronco nervioso y parálisis.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para el efecto de los cargos operativos que se desempeñan en los diversos centros carcelarios y teniendo en cuenta las condiciones de dichos centros donde se presentan necesidades básicas insatisfechas, desnutrición y hacinamiento entre otras; el tener un funcionario que padece de lepra, se constituiría en un factor de riesgo adicional en salud pública para la población carcelaria.</li> <li>○ Adicionalmente por las lesiones nerviosas y óseas deformantes en cara y extremidades se limita la funcionalidad impidiendo el adecuado agarre. Se presenta anquilosis de las articulaciones de manos y pies y podrían generarse lesiones oculares que pueden progresar a ceguera.</li> <li>○ Finalmente como se anota en las manifestaciones clínicas, se produce pérdida o disminución de las funciones motoras, sensitivas o de coordinación, afectando así la velocidad de respuesta.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 89 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **CARCINOMA BASOCELULAR**

### **Definición**

Es el tumor cutáneo maligno más frecuente, procede de las células de la capa basal de la epidermis y de los folículos pilosebáceos. Tiene un gran poder destructivo local. Aparece en mayor frecuencia en cara, cuero cabelludo, orejas y cuello.

### **Causas**

Se produce por la alteración de la reparación del adn, la formación de radicales libres o la alteración de la respuesta inmune ocasionados por la exposición crónica a la luz ultravioleta.

### **Fisiopatología**

Crece a partir de células germinales primarias pluripotenciales de la capa de células basales de la epidermis o de las estructuras foliculares. Se ha demostrado que el gen supresor p53 es el más mutado en este tipo de neoplasias, sobre todo el carcinoma epidermoide. Dicho gen se activa como respuesta al daño del adn o a la activación de la proliferación celular; la mutación estimula la reproducción celular anómala e impiden la apoptosis de las células dañadas, favoreciendo así la carcinogénesis. En el carcinoma basocelular se ha identificado un gen en el cromosoma 9 que participa en la formación de un complejo proteico (gen patched-proteína sonic hedhehog) que regula

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 90 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

la proliferación celular en forma negativa. La luz uvb se ha comprobado que altera algunos de estos pasos dando inicio a la carcinogénesis en este tipo de tumor.

Existen además factores patogénicos que actúan de manera sinérgica, catalogados como factores de riesgos intrínsecos: piel y ojos claros, pelo rubio o pelirrojos, inmunodepresión, enfermedades genéticas y extrínsecos: radiaciones ionizantes, carcinógenos químicos (arsénico, hidrocarburos aromáticos), infecciones hpv, úlceras y cicatrices de quemaduras crónicas. ([www.fcm.uncu.edu.ar/medicina/pbe1/teoricos/Mecanismos\\_fisiopatologicos\\_basicos.pdf](http://www.fcm.uncu.edu.ar/medicina/pbe1/teoricos/Mecanismos_fisiopatologicos_basicos.pdf).)

### **Manifestaciones clínicas**

Se presentan placas eritematosas con descamación moderada, de tamaño variable, con pequeñas pápulas aperladas, en casos severos se ulceran rápidamente e infiltran estructuras óseas vecinas generando desfiguración y deformidad.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durante el ejercicio de la labor asignada, el funcionario no podrá realizar sus funciones en espacios abiertos en donde presente exposición solar prolongada, como en patios o garitas, ya que la exposición solar incrementa la carcinogénesis, aumentando así las mutaciones genéticas celulares generando la aparición de nuevas lesiones.</li> <li>○ Requiere tratamiento y control médico estricto.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 91 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **CARCINOMA ESCAMOCELULAR**

### **Definición**

Es una neoplasia maligna producida por la proliferación de las células epidérmicas, tienen como característica el crecimiento rápido, anaplasia, destrucción tisular local y con capacidad de ocasionar metástasis.

### **Causas**

Los principales factores de riesgo son la exposición solar, la radioterapia, la radiación infrarroja, sustancias químicas carcinogénicas, la infección viral (grupo papova) y la inmunosupresión. Dentro de las alteraciones de la queratinización se encuentran las queratosis actínicas y las congénitas.

### **Fisiopatología**

Tiene un origen multifactorial dependiendo de factores extrínsecos (factores medioambientales) e intrínsecos (factores del huésped o genéticos). La exposición solar continua da lugar a alteraciones en el gen supresor p53 activándose como respuesta al daño del adn o a la activación de la proliferación celular; la mutación estimula la reproducción celular anómala e impiden la apoptosis de las células dañadas, favoreciendo así la carcinogénesis.

### **Manifestaciones clínicas**

Clínicamente los carcinomas escamocelulares se pueden clasificar en:

**Intraepidérmicos** (enfermedad de bowen y eritroplasia de queyrat). Se presenta como una mácula o placa eritematosa bien delimitada y asintomática de crecimiento lento y centrífugo. La

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 92 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

localización más usual es la cabeza y el cuello. Puede aparecer en mucosas. Cuando localiza en el glande recibe el nombre de eritroplasia de queyrat.

**Invasivos localizados** (cuerno cutáneo, ulcerado, cupuliforme, ulcero-vegetante y verrugoso). Se inician como una pequeña zona hiperqueratósica y sobrelevada que evoluciona tornándose verrugoso o papilomatoso. A veces, se ulceran y sangran pudiendo invadir estructuras profundas o metastatizar preferentemente a ganglios linfáticos y posteriormente a otros órganos.

**Penetrantes y destructores.** La lesión inicial es un nódulo rojizo o del color de la piel que tras varias semanas desarrolla un característico cráter central hiperqueratósico de crecimiento progresivo.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durante el ejercicio de la labor asignada, el trabajador no podrá realizar sus funciones en espacios abiertos en donde presente exposición solar prolongada, como patios o garitas, ya que la exposición solar incrementa la carcinogénesis, aumentando así las mutaciones genéticas celulares generando la aparición de nuevas lesiones.</li> <li>○ Requiere tratamiento y control médico estricto.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 93 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## MELANOMA

### Definición

Tumor maligno de origen melanocítico que aparece en una zona pigmentada, piel, mucosas, ojos y sistema nerviosos central.

### Causas

Factores de riesgo para el desarrollo del melanoma maligno:

- Factores de riesgo fenotípico.
- Factores de riesgo exógenos.

Se habla de las lesiones precursoras: a. Nevus displásico o atípico, b. Nevus congénito y c. Nevus melanocítico adquirido. El antecedente familiar es importante, al igual que la lesión previa pigmentada prepuberal y la exposición solar intermitente.

### Fisiopatología

Se presenta una proliferación de los melanocitos a medida que el tumor invade hacia la profundidad desarrollando una morfología errática de tipo fusiforme.

### Manifestaciones clínicas

Un lunar que:

- Cambia de tamaño, forma o color.
- Tiene contornos o bordes irregulares.
- Tiene más de un color.
- Es asimétrico

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 94 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Produce picazón.
- Supura, sangra o está ulcerado.
- Lunares satelitales (lunares nuevos que crecen cerca de un lunar existente).

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durante el ejercicio de la labor asignada, el trabajador no podrá realizar sus funciones en espacios abiertos en donde presente exposición solar prolongada como patios o garitas, ya que la exposición solar incrementa la carcinogénesis, aumentando así las mutaciones genéticas celulares generando la aparición de nuevas lesiones.</li> <li>○ Requiere tratamiento y control médico estricto.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 95 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA OSTEOARTICULAR

### AMPUTACIÓN DE CUALQUIER SEGMENTO O EXTREMIDAD

#### Definición

Es la excéresis total de un miembro o segmento de miembro causada por algún traumatismo o por cirugía. Cuando se realiza a través de una articulación se denomina desarticulación.

#### Causas

La pérdida irreparable del aporte sanguíneo de un miembro enfermo o lesionado es la única indicación para la amputación. Una parte no puede sobrevivir cuando se destruye su medio de nutrición; no sólo se vuelve inútil sino una amenaza para la vida porque se diseminan por todo el cuerpo productos tóxicos procedentes de la destrucción tisular. Entre las causas de amputación podemos citar: enfermedades vasculares periféricas, traumatismos y sus secuelas, tumores malignos, infecciones, deformidades y parálisis, malformaciones congénitas.

#### Fisiopatología

No se consideran una enfermedad en sí misma, su fisiopatología depende de su causa.

**Por enfermedad vascular periférica:** es la causa más frecuente de amputación no traumática asociada a arterioesclerosis o diabetes. Se asocia a arteriosclerosis y lesiones neuropáticas que producen estasis venoso e hipoxemia de los tejidos, generando ulceraciones que se infectan siendo de difícil manejo, requiriendo la amputación.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 96 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

**Por trauma:** lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito, quemaduras eléctricas, minas antipersona, por congelación o accidentes de trabajo. Los mecanismos lesionales son: corte, avulsión y el aplastamiento.

**Por infección:** la infección aguda o crónica que no responde al tratamiento médico y ha deteriorado la función sistémica del individuo.

**Por tumores:** suele estar indicada en tumores malignos sin signos de diseminación metastásica. El objetivo de la amputación es reseca la neoplasia maligna antes de que metastatice. Puede estar justificada para aliviar el dolor cuando una neoplasia ha empezado a ulcerarse e infectarse o ha provocado una fractura patológica.

### **Manifestaciones Clínicas**

Se realizan amputaciones a cualquier nivel del miembro afectado. En miembros superiores generan alteración para el agarre, pinza fina; cuando se encuentra en tercio medio del antebrazo o por encima del codo requieren la adaptación de una prótesis. En los miembros inferiores la amputación de los dedos, el pie, pierna, la desarticulación de la rodilla o las amputaciones a nivel supracondileo generan distintos niveles de discapacidad para la marcha; usualmente requiere el uso de prótesis.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La extremidad inferior desempeña múltiples funciones dentro de las cuales las más importantes son: brindar soporte al resto del cuerpo a lo que se le ha llamado función de apoyo en carga; proporcionar un control de la fuerza de gravedad y permitir la bipedestación y la deambulaci3n o locomoci3n. En el caso de amputaci3n del dedo gordo, aparece en el</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 97 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

paciente una ligera cojera al correr caminar rápidamente, producto de la pérdida del empuje normal que ofrece éste dedo.

- La amputación de todos los dedos produce una escasa alteración en el paso lento ordinario, pero es incapacitante para la marcha rápida y cuando se requiere del pie una cierta aceleración y elasticidad. Además interfiere con la posición en cuclillas y el acto de ponerse de puntillas.
- En el caso de amputación parcial o total de miembro superior se presenta entre otras una limitación anatómica y funcional que impide el agarre a mano llena, esto no permite el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **SECUELAS DE FRACTURAS Y LUXACIONES**

### **Definición**

Las luxaciones completas, las fracturas abiertas y en aquellas que presentan mayor conminución y desplazamiento son las que mayormente generan secuelas funcionales de una extremidad. Se pueden producir secuelas morfológicas o funcionales.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 98 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Causas**

Las luxaciones y fracturas se asocian a eventos traumáticos. Como complicación de las fracturas se pueden presentar alteraciones en la consolidación como la pseudoartrosis o retardos en la consolidación y consolidación viciosa (es decir que los extremos de la fractura consolidan en mal posicionamiento trayendo deformidades o disfunciones).

### **Fisiopatología**

La luxación de una articulación puede ir desde una simple distensión de los ligamentos hasta una ruptura total de ellos generando un marcado desplazamiento de los segmentos articulares. El origen de una fractura puede ser muy diverso, desde una fractura causada por una enfermedad en los huesos que hace que sean débiles y propensos a las fracturas; hasta una fractura causada por la aplicación de una fuerza o presión sobre el hueso más allá del que éste puede soportar.

### **Manifestaciones Clínicas: (Gerstner, 2004)**

#### **Hombro**

Limitación para la elevación del miembro superior: es el movimiento hacia adelante del brazo en el plano sagital con un arco normal que va hasta 180°. El movimiento se lleva a cabo por fibras del deltoides. El dolor durante su ejecución confirma pinzamiento del manguito rotador.

Limitación para la abducción del miembro superior: el musculo supraespinoso inicia el movimiento y fija la cabeza humeral. El arco normal va hasta 180° el brazo se aleja del cuerpo en el plano coronal.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 99 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Luxación recidivante del hombro: inestabilidad articular, unidireccional anterior, involuntaria e inusitada. Los episodios de relajación son tan dolorosos como el de la luxación inicial y similar a aquel causado por una luxación traumática aguda. La patología causante de la inestabilidad anterior es en 100% de los casos la distensión del músculo subescapular y de la cápsula articular anterior. Son estas dos estructuras anatómicas, adosadas entre sí, indispensables para mantener la estabilidad gleno-humeral anterior.

Según hacia adonde se luxa la cabeza del humero, se clasifican en: anterior (la más frecuente), producida por un traumatismo con el brazo en abducción y rotación externa; posterior, producida por un mecanismo inverso a la anterior (aducción mas rotación interna); e inferior o erecta, producida por un mecanismo que lleva el brazo en abducción pura. Surge por un daño de magnitud suficiente para desgarrar la cápsula glenohumeral, sus ligamentos, el rodete glenoideo o el manguito de los rotadores, o producir una fractura del humero o de la zona glenoidea.

Limitación para la pronosupinacion: el rango de movilidad normal para la pronación va desde 0° hasta -80, -90°. La supinación de 80° a 90°

#### Mano

Limitación movimientos de la muñeca: el arco de flexión palmar es de 80° y la extensión es de 70°, la desviación ulnar es de 30° y la radial de 20°.

Limitación en los movimientos del pulgar: normalmente realiza movimientos de abducción palmar de 60°, aducción de 45°, flexión-extensión de las articulaciones interfalángica, metacarpofalángica y carpometacarpiana; oposición.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 100 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Limitación en la movilidad de los demas dedos: presenta movimientos en la articulación interfalángica distal, proximal, metacarpofálangica.

#### Codo

Limitación para la flexión: la flexión normal del codo va de 0° que es la extensión completa hasta 150°. Su limitación indica antecedente de luxofracturas de codo.

Limitación para la extensión: la extensión normal va desde 150° a los 0°. Su limitación indica antecedentes de luxofractura de codo.

Luxación recidivante del codo: el codo es una articulación que con frecuencia se luxa, en virtud de estar sometida en la posición de extensión a muy exigentes brazos de palanca.

La luxación se produce por traumas con el codo en hiperextensión, en caídas estando el antebrazo en supinación y fuerzas que se transmiten a través del cúbito ejerciendo acción de palanca sobre la extremidad del húmero. En estas circunstancias la extremidad superior del cúbito es forzada hacia atrás, siendo acompañada por la cabeza del radio que está sólidamente unida y desplazada anormalmente; y la apófisis coronoides del cúbito se bloquea en la fosa olecraneana de la paleta humeral.

#### Cadera

Limitación para flexión: con la rodilla flejada, la flexión de la cadera normalmente llega a 130°, con la rodilla en extensión a 90°.

Limitación para la abducción: la abducción normal máxima de la cadera es de 45°.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 101 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## Rodilla

Limitación para la flexión de rodilla: lo normal es de 135°. Puede estar limitada por adherencias de la parte profunda de los cuádriceps al fémur, caso muy frecuente en las fracturas de la diáfisis femoral. También por un bloqueo a consecuencia de la lesión de un menisco, un cuerpo libre intrarticular o daño de las superficies articulares.

Limitación para la extensión: lo normal son 0°. Limitantes de la extensión:

a) Distensión de los músculos flexores; b) el segmento anterior de ambos meniscos; c) la distensión de la parte posterior del manguito capsuloligamentoso; d) los dos ligamentos laterales, que al estar situados por detrás del eje de movimientos, se ponen cada vez más tensos a medida que el movimiento de extensión progresa.

Rodilla inestable: los fenómenos de inestabilidad son producidos básicamente por: 1. debilidad o atrofia del cuádriceps, especialmente del vasto medial que puede aparecer secundaria en todas las afecciones de la rodilla (alteraciones meniscales, lesiones de ligamentos, rotula luxable); o 2. la ruptura del ligamento cruzado anterior, que determina una estabilidad rotatoria.

Acortamiento de una extremidad que exceda de 1.5 cms: se puede asociar a otras alteraciones óseas, como displasia de cadera o escoliosis. Producen alteraciones de la marcha, lumbalgia, artrosis de cadera del miembro inferior más largo y/o disminución de la actividad física.

## Pie

Limitación para la inversión y eversión: los arcos normales son: inversión de 0° a 15° y eversión de 0° a 15° promedio 5°.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 102 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Limitación para la flexión plantar y dorsal: los arcos normales son para la flexión plantar de 0° a 50° y la flexión dorsal de 0° a 30°.

Limitación para movimiento de los dedos del pie: estas deformidades son el resultado del desequilibrio en los tendones lo cual afecta las articulaciones y la forma de los dedos.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este tipo de lesiones generan alteración anatómica y limitación funcional que impide la bipedestación, alteraciones en la marcha, dificultan el agarre manual, la elevación de miembros superiores.</li> <li>○ Esto no permite el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo, limita el ascenso a las garitas.</li> <li>○ Disminuye la capacidad de reacción.</li> <li>○ Requieren control y seguimiento médico estricto.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 103 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES

### Definición

Las hernias de la columna vertebral o hernias del núcleo pulposos, son una enfermedad relativamente frecuente que produce síntomas a veces invalidantes y que son causadas por el desplazamiento de estructuras que se encuentran normalmente entre los cuerpos de las vértebras.

### Causas

- Enfermedad discal degenerativa.
- Traumáticas.
- Involutivas (se producen con el tiempo y la edad)

### Fisiopatología

Se presenta disminución de agua y los proteoglicanos que contiene el disco intervertebral, conduciendo a la incapacidad del disco para tolerar los esfuerzos mecánicos. Lo anterior genera protrusión a través de los cuerpos vertebrales, generando en algunas ocasiones compresión radicular. Se relacionan algunos factores como el tabaquismo, la falta de ejercicio regular, una alimentación inadecuada, mala postura, microtraumatismos.

Cuando progresa la enfermedad se produce colapso del disco, lo que puede producir disminución del diámetro por el que emergen los nervios. Así mismo, la ruptura del disco puede producir una hernia que comprime las raíces nerviosas produciéndose, lumbociática o cervicobraquialgia.

### Manifestaciones Clínicas

La compresión de la raíz de un nervio raquídeo produce la sintomatología de acuerdo a la distribución de la raíz nerviosa.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 104 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Región cervical: espasmos, dolor cervical que se puede irradiar a miembros superiores. El dolor empeora al toser, hacer esfuerzos o reír. De igual forma, el compromiso de la raíz motora genera debilidad muscular, disminución o ausencia de reflejos; en tanto que el compromiso de la raíz sensitiva produce parestesias.

Región lumbar: dolor lumbar al sentarse por periodos prolongados o agacharse, el cual suele irradiarse a los miembros inferiores. El dolor tiende a disminuir al estar de pie o caminar y/o al cambiar de posición frecuentemente.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas, tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna.</li> <li>○ El personal con esta patología no podrá realizar guardias en garitas, pabellones o patios ya que requieren mantener una postura más del 80 % de la jornada.</li> <li>○ Interfiere con la conducción prolongada de vehículos.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 105 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## ESCOLIOSIS

### Definición

La escoliosis, es la desviación lateral de la columna vertebral, asociada a rotación de los cuerpos vertebrales y alteración estructural de ellos. Dicha desviación lateral debe tener una magnitud mínima de 10°. Cinco por ciento de la población tiene 5° de desviación lateral, lo que se considera normal.

### Causas

- Escoliosis idiopática: es la escoliosis sin una causa conocida.
- Congénita: existe una malformación congénita en las vértebras que condiciona la desviación lateral (hemivértebra, barras vertebrales, etc).
- Neuromusculares: la causa más conocida es la poliomielitis
- Escoliosis de la neurofibromatosis.

### Clasificación

#### Escoliosis funcionales

En este caso las alteraciones estructurales de partes blandas (ligamentos) y óseas de la columna están ausentes, conservando la anatomía y la función normal.

La más frecuente de este tipo es la que se produce por diferencia de longitud de los miembros inferiores.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 106 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Escoliosis estructurales**

Son aquellas en que la columna ha sufrido alteraciones anatómicas en alguno de sus componentes o en su conjunto, de carácter definitivo o no corregible. Así, a la inclinación lateral se agrega rotación axial de los cuerpos vertebrales, traduciéndose en gibas costales que pueden ser leves o avanzadas de acuerdo al grado de rotación de las vértebras. Hay acuñaamiento de los cuerpos vertebrales, retracción de partes blandas en especial a nivel del ápice de la curva, lo que hace que este tipo de curvas sea muy poco corregible voluntariamente por parte del paciente.

### **Fisiopatología**

En la escoliosis idiopática se desconoce la causa que la produce.

La escoliosis congénita se puede producir por: fallas en la segmentación vertebral o por defectos en la formación de las vertebras.

### **Manifestaciones Clínicas**

Asimetría de hombros y crestas iliacas, marcha con cojera, "joroba costal", visible cuando el individuo afectado se inclina hacia adelante, espasmos producidos por el desbalance muscular.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas.</li> <li>○ Tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna, el personal con esta patología no podrá realizar guardias en garitas, pabellones o patios ya que requieren mantener una postura más del 80 % de la jornada.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 107 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- En casos severos se requiere el uso de ortesis para mantener la postura limitando así la velocidad de reacción y la movilidad de la columna.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## ESPONDILOLISIS Y ESPONDILOLISTESIS

### Definición

**Espondilolistesis:** es un desplazamiento horizontal hacia adelante de una vértebra con relación a otra. Puede producir lumbalgia, radiculopatía o síndrome de la cola de caballo.

**Espondilólisis:** es un defecto de fusión en el arco vertebral a nivel del pars interarticularis o istmo. Puede ser uni o bilateral. Los cambios de la espondilosis pueden producir estenosis en los recesos laterales, en el canal medular y en el foramen.

### Causas

Pueden presentarse por traumas en hiperextensión. La espondilolistesis puede estar causada por anomalías congénitas, por una fractura por fatiga o aguda, por inestabilidad entre dos vértebras adyacentes debida a degeneración y por enfermedades infecciosas o neoplásicas.

### Fisiopatología

Puede ser degenerativa secundaria a cambios artrosicos, traumática (fracturas) o asociada a infecciones, neoplasias y/o enfermedades sistémicas como la osteogénesis imperfecta.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 108 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones Clínicas**

Dolor lumbar asociado a signos de inestabilidad de la columna, defectos en la marcha, retracción de isquiotibiales.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas.</li> <li>○ Tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna, el personal con esta patología no podrá realizar guardias en garitas, pabellones o patios ya que requieren mantener una postura más del 80 % de la jornada.</li> <li>○ En casos severos se requiere la corrección quirúrgica para mantener la alineación de la columna restringiendo los movimientos de la columna y limitando así la velocidad de reacción.</li> </ul>

### **ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

#### **Definición**

Enfermedad crónica inflamatoria de etiología desconocida, que afecta la columna vertebral y las estructuras próximas y que evoluciona desde la fibrosis hasta la fusión o anquilosis de las partes afectadas.

#### **Causas**

Idiopática.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 109 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Fisiopatología**

La EA es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida en la que la interrelación entre factores ambientales sobre un sujeto genéticamente predispuesto favorece el desarrollo de la enfermedad. Se encuentra relacionada con la presencia del antígeno HLA/B27.

### **Manifestaciones Clínicas**

Rigidez matutina, cansancio, pérdida de peso, hipersensibilidad sacroilíaca bilateral, limitación para los movimientos de columna lumbar, tiene manifestaciones extraesqueléticas en el sistema cardiovascular, pulmones y ojos.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas, tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna, el personal con esta patología no podrá realizar guardias en garitas, pabellones o patios ya que requieren mantener una postura más del 80 % de la jornada. Requieren control y seguimiento médico estricto que por las características del servicio puede verse afecto su estado de salud.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 110 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **PATOLOGÍAS DE HOMBRO**

### **TRASTORNO DEL MANGUITO DEL ROTADOR Y TENDINITIS DEL BÍCEPS**

#### **Definición**

Las tendinitis y tenosinovitis son inflamaciones de un tendón y de la membrana sinovial de una vaina tendinosa. Los tendones de los músculos del manguito de los rotadores (supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor), junto con la cabeza larga del bíceps braquial, son localizaciones habituales de inflamación en el hombro.

#### **Causas**

Movimientos repetitivos del hombro, posturas mantenidas de los miembros superiores en elevación o abducción, elevación de cargas con los miembros superiores por encima de la cabeza.

#### **Fisiopatología**

Para el desarrollo de la tendinitis de hombro, la degeneración del tendón puede estar causada por una alteración de la circulación del tendón, que interrumpe el metabolismo.

También el estrés mecánico puede ser una causa. La muerte de las células dentro del tendón, que produce restos en los que se puede depositar calcio, quizá sea la forma inicial de degeneración. Los tendones del supraespinoso, el bíceps braquial (la cabeza larga) y las porciones superiores del infraespinoso poseen una zona en la que no existen vasos sanguíneos (avascular), y es en esta zona en la que se localizan predominantemente los signos de degeneración, incluida la muerte de células, los depósitos de calcio y las roturas microscópicas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 111 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Quando se altera la circulación sanguínea, como ocurre con la compresión y la carga estática de los tendones del hombro, la degeneración puede acelerarse, ya que el mantenimiento normal del organismo no funcionará de forma óptima.

Quando se eleva el brazo se produce compresión de los tendones, siendo esta otra génesis de la tendinitis de hombro. (Hilkka, 2000)

### **Manifestaciones Clínicas**

Arco doloroso en la abducción entre 90° y 120°, crepitación subacromial, atrofia de los músculos supra e infraespinoso.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El aspirante que presente esta patología tendrá restricción para la actividad física que requiera elevación y abducción de los miembros superiores, como lo son subir a una garita y para el manejo de armamento.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 112 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **PATOLOGÍAS DE CODO**

### **EPICONDILITIS MEDIAL**

#### **Definición (codo del golfista)**

Alteración en la inserción de los músculos pronadores y flexores del puño y de los dedos, a nivel de la cara interna distal del húmero.

#### **Causas**

Posturas en flexión y extensión del codo, movimientos de pronación, supinación extensión y flexión de la muñeca, combinada con movimientos repetitivos. Otra causa es la aplicación de fuerza en el trabajo dinámico de la flexoextensión del codo.

#### **Fisiopatología**

Se ha observado que las tendinopatías insercionales ocurren con mayor frecuencia donde el tendón se inserta cerca de la articulación, porque allí la tensión es menor, ocasionando cambios propios del desuso como debilidad o atrofia del tendón. Esta situación predispone al tendón a la lesión por carga física sobre dicha zona.

#### **Manifestaciones clínicas**

- Dolor en la cara medial del codo exacerbado por los movimientos repetidos de la muñeca.
- Dolor procedente de la cara medial del codo.
- Debilidad del agarre.
- Dolor en epicondilo medial con la flexión resistida de la muñeca.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 113 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta una alteración que impide el agarre o limita arcos de movilidad articular del codo afectado; como lo son la flexo-extensión, pronosupinación. Esto dificulta el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo. Debe tener la capacidad física de adecuarse a las situaciones de seguridad que requiera en el desempeño de sus funciones, como lo son el uso de armamento, tonfa y ascenso a las garitas.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **EPICONDILITIS LATERAL**

### **Definición (codo del tenista)**

Es la tendinitis de los músculos epicondileos. Corresponde a una lesión tendino-perióstica de la inserción del tendón común de los músculos, extensor radial corto del carpo y del extensor común de los dedos en el epicondilo externo del humero. (Gatiso, 2007)

### **Causas**

Está relacionada con la pronosupinación repetida, flexoextensión resistida de la muñeca, compresión en valgo sobre la articulación radiohumeral, o la combinación de posturas forzadas, mantenidas con aplicación de fuerza y movimiento. Levantamiento de cargas con la palma hacia abajo.

### **Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 114 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Es una alteración de naturaleza inflamatoria y degenerativa, se puede observar alteración del tamaño y forma de las mitocondrias y el núcleo de los tenocitos. Los tenocitos presentan signos de hipoxia con presencia de vacuolas lipídicas propio de un proceso metabólico anaeróbico (glucólisis) y como consecuencia de un entorno extracelular hipóxico. En la zona de inserción tendo-perióstica se puede apreciar una metaplasia fibrocartilaginosa, sugiriendo que los cambios bioquímicos en el tendón común de los epicondíleos están producidos en gran parte por la falta de unión y cohesión de las células vecinas. (Sánchez, 2007)

### **Manifestaciones Clínicas**

- Dolor a la palpación de epicondilo lateral.
- Dolor en epicondilo lateral con extensión resistida de la muñeca.
- Dolor en cara lateral del codo exacerbado por movimientos repetidos de la muñeca.

### **JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD**

- Presenta una alteración que impide el agarre o limita arcos de movilidad articular del codo afectado; como lo son la flexo-extensión, pronosupinación. Esto dificulta el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo. Debe tener la capacidad física de adecuarse a las situaciones de seguridad que requiera en el desempeño de sus funciones, como lo son el uso de armamento, tonfa y ascenso a las garitas.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 115 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **PATOLOGÍAS DE ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO**

### **TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DE QUERVAIN**

#### **Definición**

La tenosinovitis hace referencia al engrosamiento del recubrimiento de los tendones. La tenosinovitis estenosante De Quervain se produce por el engrosamiento de la vaina tendinosa del primer compartimiento dorsal de la muñeca, que incluye los tendones del abductor largo del pulgar y el extensor corto del pulgar.

#### **Causas**

Desviación radial fuerte del puño con abducción y extensión del pulgar, movimientos repetitivos del pulgar, traumatismos contusos en el carpo.

#### **Fisiopatología**

Se presenta proliferación de los condrocitos y presencia de fibras de colágeno tipo III en las poleas afectadas, metaplasia fibrocartilaginosa o proliferación vascular que termina con el engrosamiento de la vaina retinacular.

#### **Manifestaciones Clínicas**

Dolor y tumefacción a nivel de la tabaquera anatómica, que se puede irradiar al antebrazo o la mano; dolor a la palpación del tendón y en algunas ocasiones se puede presentar crepitación en la apófisis estiloides del radio. La prueba de Finkelstein es positiva; esta se realiza haciendo que el paciente cierre los dedos sobre el pulgar y desvíe la muñeca hacia el lado cubital, si se produce dolor la prueba es positiva.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 116 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta restricción en tareas con extensión y abducción del pulgar, con posturas en desviación radial forzada, aquellas que requieran agarres fuertes y control de la muñeca.</li> <li>○ Esto dificulta el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo, debe tener la capacidad física de adecuarse a las situaciones de seguridad que requiera en el desempeño de sus funciones, como lo son el uso de armamento, tonfa y ascenso a las garitas.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **ENFERMEDAD DE KIENBOCK**

### **Definición**

Necrosis avascular del hueso semilunar del carpo. Produciéndose la destrucción de este hueso.

### **Causas**

Disminución del aporte sanguíneo que suele estar asociada con la fractura del mismo.

### **Fisiopatología**

Existe un antecedente de fractura que interrumpirá su vascularización y dará como consecuencia una isquemia ósea y una necrosis de este hueso. Se puede presentar en pacientes que usan de manera crónica corticoesteroides, al aumentar el volumen de las células adiposas de la

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 117 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

medula ósea lesionando los sinusoides vasculares y además aumentando los niveles de colesterol en suero, lo que podría originar con frecuencia embolismos grasos. (Fahandezh-Saddi, 2006).

### **Manifestaciones clínicas**

- Dolor de muñeca, asociado con inflamación de la sinovial
- Limitación de la movilidad
- Disminución de la fuerza de agarre
- Aumento del grosor de la muñeca por acumulación de líquido en la zona (edema)
- Limitación funcional

A largo plazo la enfermedad suele desembocar en una artrosis de muñeca.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Su tratamiento es quirúrgico y requiere alterar la longitud de los huesos del antebrazo, genera limitación funcional y por la evolución natural de la enfermedad desencadena artrosis. Se dificulta el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo. Debe tener la capacidad física de adecuarse a las situaciones de seguridad que requiera en el desempeño de sus funciones, como lo son el uso de armamento, tonfa y ascenso a las garitas, para lo cual requiere una fuerza de agarre y movilidad articular del carpo y los dedos conservada.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 118 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **SÍNDROME DEL TUNEL DEL CARPO**

### **Definición**

Neuropatía por compresión del nervio mediano a nivel del túnel del carpo con alteraciones microvasculares y edema epidural, alteración de la conducción nerviosa por daño mielínico y axonal según su severidad.

### **Causas**

Perdida de la relación contenido/conteniente a nivel del carpo que puede ser causada por:

Disminución del tamaño del túnel del carpo, por procesos inflamatorios o traumáticos.

Alteraciones sistémicas como la diabetes tipo i, exposición a solventes, mixedema.

Está relacionado con movimientos repetitivos de los dedos cuando la mano está en posición no neutra, movimiento de flexo-extensión de la muñeca combinados con desviaciones laterales, agarre de objetos con circunferencias menores de 10.5 cm.

### **Fisiopatología**

Aumento en la presión del túnel del carpo, que puede producir isquemia, deteriorando la conducción nerviosa y generando las parestesias y el dolor. Si estos aumentos de presión persisten producen desmielinización segmentaria con posterior daño axonal irreversible, con debilidad y atrofia de los músculos inervados por el nervio mediano.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 119 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

Dolor y parestesias en territorio del mediano, disminución de la fuerza, disminución de la sensibilidad y atrofia de la región tenar.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se dificulta el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo.</li>   <li>○ Debe tener la capacidad física de adecuarse a las situaciones de seguridad que requiera en el desempeño de sus funciones, como lo son el uso de armamento, tonfa y ascenso a las garitas, para lo cual requiere una fuerza de agarre, sensibilidad y movilidad articular del carpo y los dedos conservada.</li>   <li>○ Adicionalmente el movimiento repetitivo de manos o dedos al digitar, escribir, entre otras, aumentaría la patología pudiéndose requerir de tratamiento quirúrgico para la liberación del nervio.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 120 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## CONTRACTURA DE DUPUYTREN

### Definición

Engrosamiento y acortamiento de la aponeurosis palmar (tejido fibroso situado debajo de la piel de la palma de la mano), que da lugar a la flexión permanente de los dedos, ocasionando deformidad y pérdida de la funcionalidad de la mano.

### Causas

La contractura de dupuytren se asocia a epilepsia, diabetes tipo I, consumo de alcohol y tabaquismo. Existen pruebas de una relación entre la exposición a la vibración procedente de herramientas manuales y la contractura de dupuytren. La presencia de la enfermedad se ha asociado también a lesiones aisladas y al trabajo manual pesado. (Hikka, 2006)

### Fisiopatología

Se presenta una fibrosis inflamatoria moderada en la aponeurosis palmar y alrededor de las vainas tendinosas de los tendones flexores adyacentes.

### Manifestaciones clínicas

El dedo cuarto y quinto dedo son los más afectados, se desarrolla una pequeña placa o nódulo indoloro e indurado que posteriormente se extiende formando una banda longitudinal a modo de cuerda que retrae en flexión el dedo afectado.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se dificulta el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 121 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.
  
- Debe tener la capacidad física de adecuarse a las situaciones de seguridad que requiera en el desempeño de sus funciones, como lo son el uso de armamento, tonfa y ascenso a las garitas, para lo cual requiere una fuerza de agarre y movilidad articular de los dedos conservados.
  
- Adicionalmente el movimiento repetitivo de manos o dedos al digitar, escribir, entre otras, aumentaría la patología pudiéndose requerir de tratamiento quirúrgico para la liberación del nervio.

**PATOLOGÍAS DE CADERA Y RODILLA**

**ENFERMEDAD DE LEGG - PERTHES**

**Definición**

Necrosis de la epífisis proximal del fémur ocurrida en la infancia.

**Causas**

Son causas uni o multifactoriales de la enfermedad de perthes las siguientes: los factores hereditarios, los factores endocrinos, la incongruencia mecánica de la cadera, la oclusión de los vasos retinaculares por un aumento de la presión intracapsular en la sinovitis transitoria de la cadera, la obstrucción venosa con trombosis secundaria intraepifisiaria, irregularidades vasculares congénitas o del desarrollo, el aumento de la viscosidad de la sangre que produciría una éxtasis y una disminución del flujo sanguíneo y el trauma.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 122 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Fisiopatología**

Se caracteriza por la presencia de más de dos infartos en el mismo núcleo epifisiario de la cabeza femoral. Se inicia un proceso de revascularización y reparación del núcleo óseo que conlleva a irregularidad en la reparación ósea, por la desigual dificultad encontrada en la difusión de los nuevos vasos. Si el proceso patológico se complica por el desarrollo de una subluxación anterolateral de la cabeza y de la pérdida del movimiento de la cadera (reacción sinovial, contractura de aductores), la cabeza femoral está sujeta a fuerzas excesivas e irregulares que dan lugar a su deformidad. Una vez que la cadera se aplana, aumenta aún más el grado de subluxación. (Malegon, 2006)

### **Manifestaciones clínicas**

Aparece entre los 2 y los 18 años de edad, siendo más frecuente entre los 4 y 8 años. Las primeras manifestaciones de la enfermedad son molestias o dolor a nivel de la cadera, del muslo o de la zona de la rodilla, acompañadas de una cojera más o menos acentuada. Con el tiempo el niño pierde cada vez más movilidad de la cadera y su muslo puede atrofiarse.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 123 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentarse secuelas anatómicas por la inadecuada remodelación ósea de la cabeza femoral se presentan cojeras y limitación en los arcos de movimiento articular de la cadera afectada. No podrá realizar marchas ni permanecer en bipedestación prolongadas. De igual forma se altera la velocidad de reacción para iniciar el trote y se limita el ascenso por las escaleras dada la restricción de los arcos de movimiento de la cadera.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **CONDROMALACIA**

### **Definición**

Es el reblandecimiento y degeneración del cartílago que se encuentra por debajo de la rótula.

### **Causas**

- Por afecciones congénitas: una persona nace con una desalineación de la rótula.
- Traumatismo directo: una caída o golpe a la rótula que daña el cartílago articular en la rótula o el fémur.
- Traumatismo repetido: el resultado de correr, saltar esquiar u otras actividades que ejercen presión repetida en la rótula.

### **Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 124 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La superficie articular de la patela se encuentra en contacto con los cóndilos femorales, pudiendo ser afectadas por alteraciones degenerativas. El mecanismo inicial de la lesión se encuentra en la matriz extracelular del cartílago, en donde ocurre la ruptura de las fibras de colágeno y la pérdida de los proteoglicanos. Esta degeneración progresiva del cartílago lo convierte en tejido óseo subcondral. Finalmente en la lesión profunda, las células mesenquimatosas del cartílago articular afectan la matriz cartilaginosa volviéndola más fibrosa con alto contenido de colágeno tipo I.

Existen varios grados para determinar la evolución de la misma:

- Grado 1. En el que existe edema y el cartílago rotuliano ya está reblandecido.
- Grado 2. Fibrilación o alteración en la superficie del cartílago. Esto se ve en las artroscopias como si el cartílago "se deshilara"
- Grado 3. Fisuración, existiendo ya hendiduras que alcanzan las capas más profundas.
- Grado 4. Ulceración, agravándose las hendiduras anteriores.
- Grado 5. Eburnación: debido a la profundización de la ulceración se llega a afectar el hueso subcondral que tenderá a hipertrofiarse como en la artrosis.

### **Manifestaciones clínicas**

Se caracteriza por dolor en la cara anterior de la rodilla, edema y crepitación retropatelar. Así mismo se presenta un aumento de la sensibilidad local que se asocia a un desequilibrio funcional del cuádriceps femoral, especialmente con atrofia del vasto medial.

**JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 125 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Al presentar atrofia del vasto medial, se altera la estabilidad de la articulación de la rodilla pudiendo generar luxaciones o subluxaciones de la rotula al realizar algún tipo de actividad física como caminar, tratar y subir escaleras.
- Este tipo de lesión limita al trabajador para realizar labores en las que se requiera ejecutar alguna de las citadas acciones por la inestabilidad y dolor de la rodilla; además la actividad física puede aumentar la severidad de la lesión siendo necesaria su corrección quirúrgica, inhabilitándolo para realizar tareas y/o entrenamientos esenciales de su labor.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **OSTEOCONDritis DISECANTE**

### **Definición**

Es una entidad en la cual ocurre un infarto a nivel del hueso subcondral, ocasionando el desprendimiento de un fragmento de la superficie articular y su hueso adyacente pudiendo llegar a formar un cuerpo libre, siendo en la persona joven la causa más frecuente de bloqueos. La ubicación típica de la osteocondritis disecante es la cara lateral del cóndilo femoral interno; no obstante las lesiones pueden producirse en el cóndilo femoral lateral, en la meseta tibial o en la articulación femororotuliana.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 126 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Causas**

Se produce necrosis avascular del hueso subcondral por trauma físico repetitivo.

### **Fisiopatología**

Se presenta una alteración en la irrigación sanguínea, lo que genera desprendimiento del fragmento óseo comprometido, dando lugar a un cuerpo libre intrarticular que produce los síntomas.

### **Manifestaciones clínicas**

Dolor, edema, bloqueos articulares, restricción en los arcos de movimiento.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este tipo de lesión limita al trabajador para realizar acciones como marchas, trote, subir y bajar escaleras por la presencia de bloqueos y dolor de la rodilla. Además la actividad física puede aumentar la severidad de la lesión siendo necesaria su corrección quirúrgica, inhabilitándolo para realizar tareas esenciales de su labor.</li> </ul>

## **PATOLOGÍAS DE PIERNA, TOBILLO Y PIE**

### **TENDINITIS DEL TENDÓN DE AQUILES**

#### **Definición**

Es la inflamación del tendón en cualquier punto de su recorrido. La patología específica en el punto de inserción se reconoce como "entesitis".

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 127 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Causas**

- Cambios en la altura del tacón: si se alterna el uso de zapatos de tacón alto y zapatos de tacón bajo, el tendón sufre una tracción desacostumbrada en condiciones de esfuerzo provocando su irritación.
- Compensación de un arco plantar doloroso: Se modifica el apoyo plantar para evitar el dolor del arco.
- Las desviaciones axiales del tobillo como el pie cavo-varo obligan a una dirección de tracción que fuerza más unas fibras
- La marcha y carrera en cuestas hacia arriba estiran continuamente el tendón forzando sus límites de elasticidad.
- La presión directa sobre el tendón como ocurre con el calzado de contrafuerte rígido o con las botas.

### **Fisiopatología**

En el tendón se producen alteraciones estructurales, micro roturas o francas roturas con solución de continuidad en sus fibras, especialmente en la zona de inserción. También se pueden producir calcificaciones que son la secuela natural de la inflamación crónica y aparecen cuando el cuadro ha tenido una larga evolución.

### **Manifestaciones clínicas**

Dolor en la mañana al dar los primeros pasos, durante el día varía su intensidad, siendo más severa después de la actividad física.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 128 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este tipo de lesión limita al trabajador para realizar acciones como marchas, trote y bajar escaleras entre otras; ya que se aumenta la energía aplicada sobre el tendón predisponiéndolo a rupturas espontaneas. Además la actividad física puede aumentar la severidad de la lesión siendo necesaria su corrección quirúrgica, inhabilitándolo para realizar tareas esenciales de su labor. Limita el uso del calzado exigido por la institución, ya que las botas presentan una talonera rígida que incrementa la severidad y progresión de la lesión.</li> </ul>

## **HALLUX VALGUS**

### **Definición**

Deformidad del primer segmento metatarso-falángico del pie.

### **Causas**

Su origen es multifactorial; se presenta en mayor frecuencia en mujeres y está relacionado con el uso de calzado estrecho en el antepié, factores hormonales que generan hiperlaxitud y factores genéticos que predisponen su aparición.

### **Fisiopatología**

Se combina la desviación del primer dedo (hallux) alejándose de la línea media del cuerpo, con cierta rotación del mismo en el plano frontal. Por otra parte, el primer metatarsiano se desvía aproximándose a la línea media del cuerpo y rota en varo. Esto provoca una incongruencia articular que da como resultado una luxación de la 1ª articulación metatarsofalángica, viéndose afectadas el

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 129 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

resto de estructuras anatómicas localizadas a este nivel, incluyendo la cápsula articular, los ligamentos colaterales, los sesamoideos y todos los músculos.

### **Manifestaciones clínicas**

El paciente presenta una deformidad ósea, la cual altera la estructura del calzado que con el tiempo adopta la posición de la deformidad. El enfermo se queja de dolor debido a la presión y fricción ocasionada por el calzado y por la pérdida de la alineación del dedo con respecto al resto del pie. La deformidad ósea (también llamada juanete o bunion), produce inflamación de las partes blandas.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ En casos severos requiere corrección quirúrgica, en donde pueden realizar una osteotomía, que es la resección del hueso para lograr cambios de posición o realizar la artrodesis en la cual se fijan dos extremos óseos, anclando o fijando la articulación afectada.</li>   <li>○ Los aspirantes que presenten hallux valgus sintomático con dolor y gran deformidad o antecedente quirúrgico, presentan alteraciones en la marcha con la consiguiente dificultad para el efectivo desarrollo de sus funciones, teniendo en cuenta la actividad física que deben desarrollar durante su entrenamiento y labor asignada, la bipedestación prolongada y el tipo de calzado exigido por la institución como parte del uniforme, que a su vez puede empeorar los síntomas.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 130 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## TUMORES ÓSEOS

### Definición

Proliferación anormal de células benignas o malignas (cáncer) dentro de un hueso. Pueden aparecer como lesiones primarias o como metástasis de cáncer de mama, riñón, pulmón, próstata, tiroides.

### Causas

La mayoría de las veces no se encuentra una causa justificada. Puede estar asociada a traumatismos, radiación o mutaciones genéticas hereditarias.

### Fisiopatología

Se conocen tres tipos de genes que intervienen en la respuesta oncogénica: los oncogenes cuya expresión o actividad anormal en la célula puede producir la expresión tumoral; los genes supresores cuya expresión normal inhibe la proliferación celular anormal y los genes moduladores que intervienen en el crecimiento tumoral y la probabilidad de generar metástasis.

### Manifestaciones clínicas

Se pueden desarrollar en cualquier estructura ósea. Se caracterizan por presentar dolor, deformidad y limitación funcional y aunque estos síntomas son inespecíficos suelen estar asociados a pérdida de peso, fiebre sin foco infeccioso aparente, anemia y fracturas patológicas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 131 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los métodos de tratamiento de los tumores óseos son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, pudiéndose combinar a veces los tres métodos dependiendo del tipo de tumor, así como de las necesidades del paciente. La cirugía puede ir desde la simple resección del tumor hasta la amputación de la extremidad afectada, este tipo de lesiones generan fragilidad ósea que puede conllevar a fracturas patológicas durante el desarrollo del entrenamiento y desempeño de la labor asignada. Requieren control y seguimiento médico estricto.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **DEFORMIDADES DEL CRÁNEO**

### **Definición**

Un desorden del craneofacial se refiere a una anomalía de la cara y/o la cabeza. Puede ser el resultado del crecimiento anormal de la cara o cráneo que involucran tejido suave y huesos. Una condición del craneofacial puede incluir desfiguración provocada por los defectos congénitos, enfermedad o trauma.

### **Causas**

Se pueden presentar deformidades óseas en el cráneo de origen congénito o adquirido secundarias a traumatismos craneofaciales. Las congénitas pueden asociarse a otro tipo de malformaciones no solo óseas sino cerebrales, entre estos síndromes podemos encontrar el síndrome

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 132 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

de apert, crouzon, adelaida, antley bixler, baller-gerold, boston, carpenter kleeblattschädel o cráneo de trébol, greig, jackson-weiss entre otros (Morales, 2007).

Otras causas son: las exostosis, las cuales son malformaciones óseas que pueden requerir corrección quirúrgica; los traumatismos craneoencefálicos que pueden generar deformidades o pérdidas de sustancia ósea; la craneosinostosis, que es el cierre prematuro de una o varias suturas craneales y puede provocar la detención del desarrollo y deformidades variadas del cráneo que pueden producir trastornos cerebrales (hipertensión endocraneana) o alteraciones oculares.

### **Fisiopatología**

Las alteraciones congénitas son producidas por trastornos del desarrollo embrionario o como consecuencia de un defecto hereditario. Las traumáticas están relacionadas con accidentes de tránsito, lesiones personales o lesiones autoinflingidas.

### **Manifestaciones clínicas**

Sus manifestaciones varían dependiendo del tipo de síndrome que presente. Pueden acompañarse de trastornos del desarrollo intelectual, adicional a la deformidad craneofacial.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las restricciones ocupacionales se determinan de acuerdo a la severidad del síndrome o por las secuelas de la lesión traumática craneofacial sufrida. Para el efecto se tendrán en cuenta para determinar dichas restricciones, el tipo de deformidad, las alteraciones cognitivas, de visión, audición, malformaciones del corazón u grandes vasos, que pudieran coexistir y confrontarlos con las funciones asignadas.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 133 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **DEFORMIDAD DE LOS PIES**

### **Definición**

Pueden ser adquiridas y congénitas. La más frecuente es el pie equino varo, que es una deformidad que afecta la postura del pie en cuatro posiciones que son: equino o flexión plantar, varo (la planta del pie mira hacia adentro, el borde interno se eleva y el externo descende), cavo (la cavidad plantar es exageradamente curva; la planta es convexa) y aducto (El ante-pie se presenta en aducción con respecto al retropié). El borde interno del pie se encuentra angulado hacia medial, la punta del pie es llevada hacia adentro en el plano horizontal; el borde externo es convexo y el punto culminante de la deformación se ve en el borde externo correspondiendo a la zona medio tarsiana.

Las deformidades adquiridas de los dedos del pie incluyen: dedos en martillo, dedos en mazo, dedos en garra. Estas deformidades son el resultado del desequilibrio en los tendones lo cual afecta las articulaciones y la forma de los dedos.

### **Causas**

La causa de la alteración congénita es desconocida. No obstante se han enunciado diferentes hipótesis:

- Considerada como una detención del desarrollo del pie
- Anomalía en la inserción musculotendinosa
- Anomalía muscular con desproporción entre fibras tipo I y II
- Defecto mesodérmico

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 134 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Menor espacio en la cavidad uterina, oligohidramnios y la postura fetal influyen para que exista menor movilidad fetal de los miembros inferiores, quedando el pie en equino-varo-adductus. Esta posición fija hace que se produzca una alteración del balance muscular.
- También puede ser secundaria a lesiones de tipo traumático.

### **Fisiopatología**

Hay un acortamiento del tendón de aquiles, del tibial anterior y del tibial posterior. En algunas ocasiones se puede evidenciar una inserción anómala de estos tendones. Se presentan cambios óseos en el astrágalo y el calcáneo.

### **Manifestaciones clínicas**

La planta del pie se encuentra mirando hacia arriba y adentro, el ante pié se encuentra en aducto.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este tipo de deformidades generan trastornos en la marcha, toda vez que el paciente camina en la parte externa y dorsal del pie.</li> <li>○ Lo anterior limita el uso del calzado tipo bota dado por la institución como parte de la dotación y disminuye la velocidad de respuesta.</li> <li>○ Limita la marcha normal, el trote, el ascenso y descenso de las garitas por las características estructurales de las escaleras.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 135 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## DEFORMIDADES DE LAS MANOS

### Definición

Alteraciones estructurales que se presentan en cualquier segmento de las manos y generan distintos grados de discapacidad.

### Causas

Pueden ser congénitas o adquiridas secundarias a traumatismo o enfermedades sistémicas.

### Fisiopatología

Divide las malformaciones en 7 grupos: (Florángel, 2000)

I. Fallo en la formación de partes: producen las llamadas amputaciones congénitas. Comprende la Amelia que es la ausencia completa del miembro superior; la hemimelia, ausencia del antebrazo y la mano; acheiria, que es la ausencia de la mano y la afalangia que es la ausencia de todas las falanges.

II. Fallo en la diferenciación de partes: como la sindáctila que es la persistencia anormal de una disposición embrionaria transitoria de la mano a las 8 semanas, lo cual puede dar lugar a que las membranas persistan, continuando su crecimiento igual a los dedos. Se asocia frecuentemente con otras deformidades como en los síndromes de Poland, Apert, Crouzon, mano zamba (ausencia total o parcial del radio, la cual se acompaña muchas veces de ausencia de la fila radial del carpo y del pulgar). Se asocia con un acortamiento del brazo; limitación en los movimientos del codo y severa desviación radial de la muñeca con movilidad limitada de los dedos.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 136 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

III. Duplicación: polidactilia: todo exceso de 5 dedos, tanto para las manos como para los pies, puede manifestarse como una deformidad aislada o hace parte de un síndrome de malformación (acrocefalosindactilia, Ellis Van Creveld, Laurence-Moon-Bardet-Bield, etc.). El dedo supernumerario puede aparecer como un pequeño apéndice cutáneo, sin soporte esquelético (tipo 1), ir acompañado de huesos, articulación, tendones, nervios y vasos (tipo 2), o finalmente ir asociado a su metacarpiano correspondiente (tipo 3).

IV. Sobrecrecimiento: las macrodactilias en donde existe un crecimiento anómalo de todas las estructuras del dedo.

V. Infracrecimiento: hipoplasia del pulgar. Suele ser bilateral y estar asociada a displasias de radio.

VI. Síndrome del anillo constrictivo: las bandas de constricción congénitas pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y se cree que se debe a que un filamento de la capa interna del saco coriónico se enrolla alrededor de alguna parte del feto.

VII. Anormalidades esqueléticas generalizadas: Deformidad de Madelung.

### **Manifestaciones clínicas**

Se presenta de acuerdo al tipo de defecto congénito o lesión.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 137 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta una limitación anatómica y funcional que impide el agarre a mano llena, con restricción en los arcos de movilidad articular.</li> <li>○ Esto no permite el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo como armamento, tonfa, limitación para efectuar pinza entre el primer, segundo y tercer dedo.</li> <li>○ Al realizar trabajo en alturas puede presentar caídas debido al deficiente agarre manual.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **OTRAS ENFERMEDADES**

### **ARTROPATÍA DE CUALQUIER ORIGEN O UBICACIÓN**

#### **Definición**

Enfermedad articular de cualquier localización y origen. Existen dos tipos de artropatías; las de origen inflamatorio (artritis reumatoidea) y las de origen degenerativo (osteoartrosis). La osteoartrosis es una alteración del cartílago hialino y caracterizado por pérdida de cartílago articular e hipertrofia ósea, con producción de osteofitos.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 138 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Causas**

Las artropatías seronegativas están relacionadas con una predisposición genética asociadas al hla- b27. Dentro de este grupo se encuentran: artritis psoriásica, síndrome de reiter, espondilitis anquilosante y enteropatías. La artritis reumatoide es una enfermedad en la que participan complejos autoinmunes y de anomalías en la inmunidad celular.

### **Fisiopatología**

El proceso fisiopatológico es progresivo. Desencadenado por un cambio microambiental, los condrocitos experimentan mitosis y aumentan la síntesis de proteoglicanos y colágeno tipo iii (principales elementos estructurales del cartílago). Después aumenta la síntesis de hueso por los osteoblastos subcondrales. Al aumentar la formación de hueso en el área subcondral, las propiedades físicas cambian, el hueso se hace más rígido, con menor distensibilidad y se producen microfracturas seguidas por la formación de callo, más rigidez y más microfracturas.

La metaplasia de las células sinoviales periféricas provoca la formación periarticular de osteofitos. Por último, se forman quistes óseos (seudoquistes) en la médula ósea, bajo el hueso subcondral. Los quistes óseos se deben a la extrusión de líquido articular a través de hendiduras en el cartílago hialino hacia la médula ósea, con una reacción celular osteoblástica o fibroblástica.

### **Manifestaciones clínicas**

Dolor, rigidez, deformidad articular.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 139 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas. Tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna. El personal con esta patología no podrá realizar guardias en garitas, pabellones o patios, ya que requieren mantener una postura más del 80 % de la jornada. Requieren control y seguimiento médico estricto que por las características del servicio puede verse afecto su estado de salud.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **ARTROSIS**

### **Definición**

La artrosis es una enfermedad degenerativa causada por el deterioro del cartílago articular, el cual recubre la parte final de los huesos y permite el movimiento y amortiguación de este.

### **Causas**

En la artrosis este desgaste del cartílago se produce por factores mecánicos (la sobrecarga de presión sobre un cartílago, o la fuerza normal sobre un cartílago alterado pueden provocar fisuras en la superficie del cartílago y posteriormente una pérdida progresiva del tejido) y bioquímicos (los cambios mecánicos pueden generar la presencia de proteínas responsables de la destrucción de diferentes componentes del cartílago (colágeno y proteoglicanos) y de la progresión de la enfermedad.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 140 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Puede ser secundaria a traumas previos que deformen o debiliten la articulación, o patología progresiva por desgaste funcional.

### **Manifestaciones clínicas**

Los síntomas más frecuentes son el dolor articular, la limitación de los movimientos, la crepitación, y, en algunas ocasiones, el derrame articular. Además, algunas personas pueden presentar rigidez y deformidad articular.

El dolor se puede presentar de forma intermitente, tanto en reposo como en movimiento, y puede ser agravado por el sobreuso articular.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ De acuerdo al área del cuerpo comprometida y la severidad de la artrosis, el personal afectado no tendrá la agilidad para realizar las actividades operativas requeridas por su cargo como trotar, subir escaleras, bipedestación prolongada, manipulación de cargas, armamento. De igual forma no podrán realizar actividad física ni entrenamientos por el alto riesgo articular y de exacerbación de las lesiones en el caso de que la artrosis se encuentre en las rodillas, tobillos o caderas.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 141 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **OSTEITIS DEFORMANTE**

### **Definición**

Se caracteriza por una anomalía en el remodelado del hueso que se torna excesivo y desordenado, produciendo deformación. Esta afección, también denominada enfermedad de paget. En ella hay sustitución de la matriz normal del hueso por hueso de mayor tamaño y menor resistencia.

### **Causas**

Probable etiología viral.

### **Fisiopatología**

Lo característico es la anarquía en el desarrollo de las funciones osteoblásticas y osteoclásticas. Esto ocasiona la coexistencia en el mismo hueso o sector de él, de áreas líticas y de áreas de condensación, dispuestas en forma muy irregular que recuerda la imagen de un rompecabezas. El hueso se deforma y aun cuando presenta un engrosamiento de la cortical a expensas de la esponjosa, la irregularidad de sus trabéculas y la relativa pobreza en calcio de las mismas, lo hace más fácilmente fracturable que el hueso normal.

### **Manifestaciones clínicas**

Las lesiones afectan con mayor frecuencia el cráneo, vertebras, la pelvis, fémur, tibias y humero. Suele ser asintomática, se presentan deformidades óseas, aumento en el tamaño del cráneo, dolor y rigidez. Hay claudicación en la marcha, ya que al afectar el canal medular se produce compresión nerviosa. Se presentan fracturas patológicas.

**JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 142 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Presenta restricción para la manipulación de cargas, la bipedestación prolongada y las marchas prolongadas. Tienen limitación para realizar arcos de movimiento articular completos en los segmentos afectados.
- El personal con esta patología no podrá realizar guardias en garitas, pabellones o patios, ya que requieren mantener una postura más del 80 % de la jornada.
- De igual forma no podrán realizar actividad física ni entrenamientos por el alto riesgo de presentar fracturas o lesiones neurológicas por la compresión ejercida en el canal medular.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **OSTEOPOROSIS**

### **Definición**

Disminución progresiva de la masa ósea, que aumenta la fragilidad del hueso y el riesgo de fractura.

### **Causas**

La osteoporosis tiene un origen multifactorial en los que intervienen factores como la nutrición, genética, nivel de actividad física o endocrinopatías como el hipogonadismo, hiperparatiroidismo, síndrome de Cushing, desnutrición.

### **Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 143 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Se presenta aumento en el egreso del calcio del hueso y de la actividad de los osteoclastos.  
 (Smith-Thier , 1988)

### **Manifestaciones clínicas**

Generalmente su curso es asintomático, en algunas personas se puede presentar dolor y fracturas patológicas.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas, tienen limitación para realizar arcos de movimiento articular completo en los segmentos afectados.</li>   <li>○ El personal con esta patología no podrá realizar guardias en garitas, pabellones o patios ya que requieren mantener una postura más del 80 % de la jornada, ni realizar actividad física ni entrenamientos por el alto riesgo de presentar fracturas.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 144 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA MUSCULAR

### DISTROFIA MUSCULAR

#### Definición

Grupo de enfermedades hereditarias, que cursan con debilidad y degeneración progresiva de los músculos.

#### Causas

Son hereditarias, producto de alteraciones genéticas.

#### Fisiopatología

Se producen por:

La herencia recesiva autosómica: debe heredarse un gen portador de esta característica de cada uno de los padres, para que se exprese la enfermedad. El cromosoma afectado es un cromosoma no sexual.

La herencia dominante autosómica: solo la presencia del gen heredado de uno de los padres hace que se exprese la enfermedad.

La herencia recesiva ligada a X: está ligado a un cromosoma sexual, en este caso al cromosoma X.

#### Manifestaciones clínicas

La debilidad progresiva y el desgaste muscular (disminución en la fuerza y el tamaño muscular), causados por fibras musculares en degeneración comienza en los muslos y la pelvis antes de propagarse a los brazos. Otros síntomas son la pérdida de algunos reflejos, marcha de pato, caídas frecuentes y torpeza (especialmente al correr), dificultad al levantarse de una posición sentada o

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 145 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

acostada o al subir escaleras, cambios posturales en general, dificultad respiratoria, debilidad pulmonar, y cardiomiopatía (debilidad muscular cardíaca que interfiere con la capacidad de bombeo). Muchos niños son incapaces de correr o saltar. Llevan a la invalidez.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presenta alteración en la fuerza y tono muscular, produciéndose trastornos en la marcha, limitación para el agarre, limitación en los arcos de movimiento articular. Por la evolución natural se presentarán secuelas invalidantes. Su tratamiento es paliativo, ya que no existe cura; requieren control médico estricto.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **MIASTENIA GRAVIS**

### **Definición**

Es una enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos.

### **Causas**

Etiología desconocida. Aunque el 25 % de los pacientes con este diagnostico tienen timoma y en el 75 % está relacionado con timitis. (Rojas, 1995)

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 146 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Fisiopatología**

Estos pacientes presentan anticuerpos tipo inmunoglobulina g (ig g), que están dirigidos contra los receptores de la acetilcolina de la placa neuro-muscular. Esta unión activa el complemento dañando la membrana post-sináptica.

### **Manifestaciones clínicas**

Se caracteriza por debilidad muscular que aumenta durante los periodos de actividad y disminuye después de periodos de descanso. Ciertos músculos, tales como los que controlan el movimiento de los ojos y los párpados, la expresión facial, el masticar, el habla y el deglutir (tragar) a menudo se ven afectados por este trastorno.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La debilidad progresiva de los músculos genera incapacidad para la marcha, la bipedestación, limitación en los arcos de movimiento articular, requieren control médico y farmacológico estricto. Esta patología disminuye la velocidad de reacción pudiendo poner en riesgo al trabajador en situaciones de peligro al interior del centro carcelario.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 147 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA INMUNOLÓGICO

### SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

#### Definición

Es un deterioro del sistema inmunológico producido por el virus de la inmunodeficiencia humana.

#### Causas

Es causado por un retrovirus llamado virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Pertenece a la familia *retroviridae* y contiene material genético de tipo ácido ribonucleico (RNA).

#### Fisiopatología

Este virus destruye lentamente el sistema inmunitario del humano, principalmente los linfocitos ayudadores, los cuales poseen el receptor llamado "CD4" al que se une el virus, destruyendo estas células y causando un grave daño en las funciones de la inmunidad celular y el control de la inmunidad humoral.

En su estado más avanzado la enfermedad es conocida con el nombre de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), en el que se presentan manifestaciones clínicas del tipo de las infecciones o neoplasias oportunistas secundarias al estado de inmunodeficiencia. Puede transmitirse de una persona a otra a través de tres vías: relaciones sexuales sin protección con una persona infectada, exposición a fluidos corporales infectados y por transmisión vertical.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 148 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Diagnostico: pruebas presuntivas: ensayo inmunoenzimático (ELISA). Pruebas confirmatorias: Western Blot (WB) o inmunofluorescencia indirecta (IFI).

Manifestaciones clínicas (ISS-ASCOFAME , 2008)

#### CATEGORÍA A

- Infección por VIH asintomática
- Aguda (primaria) la infección por VIH con enfermedad de acompañamiento o historia de infección aguda por VIH (29,30) Categoría B
- Linfadenopatía generalizada.

#### CATEGORIA B

- Síntomas constitucionales de más de 1 mes de duración
- Angiomatosis bacilar
- Candidiasis orofaríngea (muguet)
- Candidiasis vulvovaginal, persistente, frecuente o poco sensible a la terapia
- Displasia cervical (moderada o grave) / carcinoma cervical in situ
- Fiebre (38,5 C) o diarrea que duraron más de 1 mes
- Leucoplasia vellosa, oral
- Herpes zoster, que participen al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma
- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Listeriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si complicada por absceso tubo-ovárico

#### CATEGORÍA C

- La candidiasis de los bronquios, tráquea o los pulmones

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y  SEGURIDAD  INSPECTOR  Versión 3.0  2017</b>	Página: 149 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación  Promoción y Prevención</b>		

- Candidiasis esofágica
- El cáncer cervical invasivo
- Coccidioidomycosis diseminada o extrapulmonar
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiosis intestinal crónica (más de 1 mes de duración superior)
- La enfermedad por citomegalovirus (excepto hígado, el bazo o los ganglios)
- Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión)
- Encefalopatía relacionada con el VIH
- Herpes simple: úlceras crónicas (s) (mayores que el mes de duración 1), o
- bronquitis, neumonitis o esofagitis.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporidiosis intestinal crónica (más de 1 mes de duración superior).
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma (o término equivalente de Burkitt)
- Linfoma inmunoblástico (o término equivalente)
- Linfoma primario del cerebro.
- El complejo Mycobacterium avium o M. kansasii diseminada o extrapulmonar.
- Tuberculosis en cualquier lugar (\* pulmonar o extrapulmonar)
- Neumonía por Pneumocystis carinii
- Neumonía recurrente.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Septicemia recurrente por Salmonella.
- Síndrome de emaciación por VIH.
- Toxoplasmosis cerebral
- Nocardiosis

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 150 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teniendo en cuenta las condiciones de deterioro inmunológico del trabajador, su propensión a desarrollar infecciones y el ambiente de los centros penitenciarios en donde se podría en riesgo de contagio al trabajador.</li>   <li>○ Este no podría desarrollar de manera eficiente las funciones asignadas ya que pondría en peligro su salud.</li> </ul>

## **ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS**

### **COLAGENOSIS**

#### **Definición**

Reacción autoinmune dirigida contra las fibras de colágeno ubicadas en distintos tejidos del organismo tales como las articulaciones, la piel, los vasos sanguíneos, los riñones, el corazón, el cerebro, etc. Las enfermedades del colágeno más frecuentes son el lupus eritematoso, la dermatomiositis, la esclerodermia, la poliarteritis.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, multisistémica, de gran heterogeneidad y variabilidad, caracterizada por la producción de auto anticuerpos, así como la formación y depósito de complejos inmunes.

#### **Causas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 151 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Existe una producción de auto anticuerpos, que pueden ser anticuerpos antinucleares, anti citoplasmáticos, anti eritrocitos, anti leucocitarios, antiplaquetarios, contra el endotelio vascular. Durante el inicio de la enfermedad los anticuerpos antinucleares (ANA) son estimulados por la presencia de auto antígenos que existen como complejos y que se vuelven inmunogénicos cuando son liberados por células apoptóticas.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La sintomatología y la progresión de la enfermedad deja secuelas osteoarticulares y extrarticulares, musculares o cutáneas entre otras, que pueden provocar incapacidad absoluta y solo permitir el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria.</li> <li>○ Por el nivel de compromiso articular se limitan los arcos de movimiento lo que genera alteración en el desarrollo de las funciones inherentes a su cargo.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 152 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA NERVIOSO

### EPILEPSIA

#### Definición

Grupo de trastornos neurológicos caracterizado por episodios recurrentes de episodios convulsivos, trastornos sensoriales, anormalidades del comportamiento y pérdida de conciencia. Se produce una descarga incontrolada en las células nerviosas de la corteza cerebral. (Diccionario Océano, 1996)

#### Causas

Idiopática: es aquella en la que su causa no es identificable. Suele presentarse entre los 5 y 20 años y no se asocia a otras alteraciones neurológicas.

Secundaria: a alteraciones congénitas, alteraciones metabólicas, por supresión del alcohol o drogas, traumatismo craneano, por tumores o lesiones que ocupen espacio.

#### Fisiopatología

La epilepsia resulta de una inestabilidad en el potencial de reposo de la membrana neuronal secundaria a: alteraciones en el intercambio de potasio y calcio; alteraciones en las ATPasas de membrana responsables del transporte iónico; un defecto en los mecanismos inhibidores GABA; o a una sensibilidad alterada de los receptores mediados por ácido aspártico y glutámico, involucrados en la transmisión excitadora.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 153 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

Las manifestaciones dependerán del área afectada. Las convulsiones parciales se dividen en SIMPLES en las que se conservan la conciencia y se caracterizan por sacudidas de alguna extremidad, parestesias u hormigueo, destellos o zumbidos y COMPLEJAS en las que existe deterioro de la conciencia.

Las convulsiones parciales afectan solo una parte del cerebro y pueden generalizares presentando un cuadro tónico clónico.

Las convulsiones generalizadas se clasifican en PEQUEÑO MAL o crisis de ausencia en los que existe leve disminución del tono postural, la pérdida de conciencia es muy breve y el paciente no se percató del episodio. Las de GRAN MAL se caracterizan por la pérdida repentina de la conciencia, el paciente cae al piso, se pone rígido, se detiene la respiración, posteriormente se presentan movimientos clónicos, en donde el paciente puede morderse la lengua y presentar relajación de esfínteres.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por las características de la sintomatología donde se presenta alteración súbita de la conciencia y que el funcionario deberá realizar trabajo en alturas al desempeñar su función de guardia y custodia en las garitas, podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física; de igual manera al presentar estos eventos en un pabellón o patio, podría ser atacado por los reclusos.</li> <li>○ Tienen restricción para conducir vehículos. Se debe tener en cuenta que el estrés emocional, los turnos nocturnos pueden desencadenar los síntomas.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 154 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## VÉRTIGO

### Definición

Aquellos trastornos del equilibrio causados por la afectación del sistema vestibular sea a nivel de sus componentes periféricos (laberinto VIII PAR) o centrales (núcleos y conexiones vestibulo-cerebelosas, vestíbulo-oculares, vestíbulo-corticales, vestíbulo-espinales, sistema neurovegetativo y sustancia reticular). (España, 1999)

### Causas

Infecciones del oído medio o interno, lesiones del VII par, traumatismos craneales, alteraciones isquémicas, tumores del nervio acústico, lesiones cerebelosas, hidropesía endolinfática, alteraciones metabólicas o idiopáticos.

### Fisiopatología

El individuo en posición ortostática mantiene el tono muscular generado por el aparato vestibular que en estado de reposo es simétrico, logrando así una situación de equilibrio. Cuando el cuerpo es sometido a un movimiento, tanto el sistema somático general como el sistema vestibular generan contracciones para mantener el equilibrio y si algún proceso patológico aumenta la actividad del laberinto posterior de alguno de los dos lados, derecho o izquierdo, se generaran contracciones musculares que no tienen que contrarrestar ningún movimiento, dando lugar al desequilibrio.

Esta modificación del tono afecta también la musculatura ocular extrínseca produciendo el nistagmos. (Ramírez, 2001) También se pueden formar Ductolitos (cálculos de carbonato cálcico) por degeneración de los otolitos, que flotan en la endolinfa en el conducto semicircular posterior. El movimiento hace que los ductolitos traccionen y opriman la cúpula produciendo el vértigo.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 155 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

Falsa sensación de movimiento; puede presentarse de dos formas distintas: un desplazamiento de los objetos en relación con el sujeto (vértigo objetivo), o del sujeto en relación con los objetos (vértigo subjetivo). El vértigo se suele deber a un trastorno del sistema vestibular; también puede contribuir a él las alteraciones del sistema visual y somatosensitivo. Aparece acompañado a menudo por náuseas, inestabilidad postural y ataxia de la marcha, y puede ser inducido o exacerbado por los movimientos de la cabeza.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por las características de la sintomatología donde se presenta alteración súbitas del equilibrio y que el funcionario deberá realizar trabajo en alturas al desempeñar su función de guardia y custodia en las garitas, podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física.</li> <li>○ Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso.</li> </ul>

### **ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS**

#### **Definición**

Cuando hablamos de enfermedades degenerativas nos referimos a aquellas que van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, pues provocan un desequilibrio en los mecanismos de regeneración celular.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 156 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La degeneración es un proceso en el que un órgano o tejido van perdiendo sus características propias más importantes, por la disminución de su actividad. Así, las enfermedades degenerativas afectan y modifican a las células, al producirse sustancias inhabituales que alteran su comportamiento.

Se incluyen:

**Sistema nerviosos central:** Enfermedad de Alzheimer, atrofia multisistémica, parálisis supranuclear progresiva, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Huntington, enfermedades del sistema extrapiramidal, esclerosis múltiple.

**Sistema nervioso periférico:** síndrome de Guillan-Barré, enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, síndrome miasténico de Eaton-Lambert.

### **Causas**

Son enfermedades de origen multifactorial asociadas a respuestas inmunes en individuos susceptibles genéticamente.

### **Fisiopatología**

Se describirán aquellas de relevancia para el grupo de adultos jóvenes.

La *Esclerosis Múltiple* es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central que principalmente afecta a adultos jóvenes. Los estudios epidemiológicos y de laboratorio sugieren que es una enfermedad disimmune, posiblemente iniciada cuando un agente infeccioso, induce una respuesta inmune mediada por células T en un individuo genéticamente susceptible. La Esclerosis Múltiple se asocia significativamente con los determinantes antigénicos HLA de clase II HLA-Dw2 y HLA-DR2, particularmente con los haplotipos DRw15, DQw6 y Dw2.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 157 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La *esclerosis lateral amiotrofica* es una enfermedad neurológica progresiva, invariablemente fatal, que ataca a las células nerviosas (neuronas) encargadas de controlar los músculos voluntarios. Esta enfermedad pertenece a un grupo de dolencias llamado enfermedades de las neuronas motoras, que son caracterizadas por la degeneración gradual y muerte de las neuronas motoras.

El *Guillain Barré* es una enfermedad autoinmune que destruye la mielina en el sistema nervioso periférico. Los nervios afectados no pueden transmitir señales de manera efectiva a los músculos y estos empiezan a perder la capacidad de responder.

### **Manifestaciones clínicas**

#### Signos y síntomas

- Rigidez muscular.
- Temblor que puede ser de diferentes intensidades.
- Hipocinesia (falta de movimientos).
- Dificultad al andar.
- Mala estabilidad.
- Al comenzar a andar tienen problemas, les cuesta empezar.
- Si un movimiento no se termina tiene dificultades para reiniciarlo, para terminarlo.
- Cara de pez o máscara, por falta de expresión de los músculos de la cara.
- Lentitud de movimientos (Bradicinesia).
- Acatisia.
- Boca abierta con dificultad para mantenerla cerrada.
- Voz de tono bajo y monótono.
- Dificultad para escribir, para comer o para movimientos finos.
- Deterioro intelectual.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 158 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Depresión, ansiedad, atrofia muscular.
- Dolor testicular.
- Enrojecimiento de los pies.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teniendo en cuenta la sintomatología y la evolución natural de este grupo de enfermedades que cursan con pérdida progresiva del movimiento que en casos severos lleva a la invalidez; se disminuye la velocidad de reacción y se genera trastornos en la marcha.</li> <li>○ Adicionalmente se limita la movilidad articular por la lesión muscular, lo que impide el manejo de los dispositivos requeridos para el desarrollo de su función.</li> <li>○ Son entidades que generan inestabilidad postural por lo que el trabajador corre riesgo al desarrollar trabajo en alturas en las garitas.</li> </ul>

## **EXTRAPIRAMIDALISMO (O CUALQUIER TIPO DE MOVIMIENTOS ANORMALES)**

### **Definición**

Grupo de trastornos que se caracterizan por la presencia de movimientos involuntarios anormales.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 159 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## Causas

La patología más frecuente asociada a extrapiramidalismo primario es la enfermedad de Parkinson, que es un trastorno degenerativo, idiopático y lentamente progresivo del SNC caracterizado por disminución y lentitud de los movimientos, rigidez muscular, temblor de reposo e inestabilidad postural.

El extrapiramidalismo secundario puede estar asociado con el uso de ciertos medicamentos como la metoclopramida, el haloperidol y la reserpina.

Los movimientos anormales pueden ser de dos tipos hipokineticos o diskineticos. Las alteraciones del movimiento pueden tener origen orgánico o estructural o un origen funcional o psicógeno.

El sustrato patológico generalmente es un infarto, hemorragia o tumor a nivel de los ganglios basales contralaterales. El balismo son movimientos amplios, circulares, de circunducción, habitualmente de las extremidades superiores. Por lo general se debe a una lesión vascular en el núcleo subtalámico contralateral. La distonía es el mantenimiento de una postura forzada de manera involuntaria. Puede ocurrir a cualquier nivel de la musculatura voluntaria y dar lugar a síndromes, como la tortícolis espasmódica.

## Fisiopatología

En la enfermedad de Parkinson la etiopatogenia es desconocida. El factor de riesgo más importante es la edad avanzada. Hay una pérdida de neuronas dopaminérgicas que afecta preferentemente a la *pars compacta* de la sustancia negra. Las alteraciones del movimiento pueden tener origen orgánico o estructural o un origen funcional o psicógeno.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 160 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

- *Temblores*: movimiento oscilatorio involuntario que se produce por la contracción alternante de los músculos agonistas y antagonistas.
- *Distonía*: movimientos involuntarios de torsión relacionados con la contractura muscular mantenida y simultánea de los músculos agonistas y antagonistas.
- *Tics*: movimientos o sonidos repetitivos, breves estereotipados y carentes de objetivo.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por las características de la sintomatología donde se presenta alteración súbitas del movimiento y que el funcionario deberá realizar trabajo en alturas al desempeñar su función de guardia y custodia en las garitas, podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física.</li> <li>○ Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso.</li> <li>○ Este tipo de enfermedades producen pérdida o disminución de las funciones motoras, sensitivas o de coordinación, afectando así la velocidad de reacción.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 161 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## PARÁLISIS NERVIOS CRANEALES

### Definición

La parálisis es la pérdida de la motricidad y la contractibilidad de uno o varios músculos debido a lesiones nerviosas que se presenta en los nervios motores craneales (Motor ocular común, patético, motor ocular externo, espinal, hipogloso mayor. Nervios mixtos o sensitivos – motores son trigémino, facial, glossofaríngeo, neumogástrico).

### Causas

Pueden verse afectados por antecedentes traumáticos, neoplasias, procesos inflamatorios o infecciosos.

### Fisiopatología

Los nervios motores son: motor ocular común, patético, motor ocular externo, espinal, hipogloso mayor, nervios mixtos o sensitivos - motores son trigémino, facial, glossofaríngeo, neumogástrico. Estos pueden verse lesionados a nivel de su origen o durante su trayecto.

### Manifestaciones clínicas

**El III Par craneal** (Motor Ocular Común) puede presentar:

- Parálisis completa. Se traduce por una ptosis palpebral, estrabismo divergente, diplopía y midriasis paralítica; el reflejo fotomotor se encuentra abolido. El compromiso total del tercer par se debe a lesiones localizadas en el trayecto periférico del nervio. Ej. Aneurisma de arteria comunicante posterior, hernia del lóbulo temporal.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 162 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Parálisis parcial o incompleta: afecta en forma aislada algunos músculos oculomotores, sin compromiso de la pupila. Se debe a lesiones nucleares. Ej. Neuropatía diabética, celulitis orbitarias, inicialmente en tumores orbitarios.

#### **En el VII par craneal**

- Parálisis facial central: provocada por lesiones supranucleares de diversas etiologías. Se traducen por una parálisis de la musculatura facial inferior, unilateral, con conservación del territorio facial superior. El reflejo corneano se encuentra normal y no hay alteraciones del gusto. Obedece fundamentalmente a lesiones de etiología vascular de la vía piramidal desde la corteza hasta el núcleo de origen, también se reconocen en patologías infecciosas, tumorales o degenerativas.
- Parálisis Facial Periférica: Provocadas por distintas lesiones que afectan los núcleos de origen, el trayecto intracraneal, recorrido intra petroso emergencia mastoidea y/o el trayecto periférico. Se traducen por un facies asimétrica por parálisis completa de la hemicara.

Las alteraciones del **IX-X-XI glossofaríngeo, vago, espinal**, pueden generar deficiencias en la deglución que pueden requerir dieta líquida, alimentación por sonda o gastrostomía. Por la lesión de esos nervios se pueden producir alteraciones del habla.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las secuelas establecidas por la parálisis de los nervios craneanos, pueden interferir con las actividades de la vida diaria, como comer o hablar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 163 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Para el desarrollo de las funciones asignadas al cuerpo de custodia se requiere que el aparato fonatorio se encuentre en óptimas condiciones para impartir órdenes e instrucciones.
- La parálisis del III par genera alteraciones visuales que impiden el manejo de equipos, herramientas y la conducción de vehículos.

**TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

**Definición**

El tumor cerebral o intracraneal se define habitualmente como todo aquel proceso expansivo neofornativo que tiene origen en alguna de las estructuras que contiene la cavidad craneal como el parénquima encefálico, meninges, vasos sanguíneos, nervios craneales, glándulas, huesos y restos embrionarios.

**Causas**

Los tumores pueden originarse en las células gliales, células endimarias o plexos coroides. En la etiología de los tumores del SNC se tienen en cuenta factores ambientales, genéticos e inmunológicos y a diferencia de los tumores de otra localización, el criterio histopatológico no es lo único a tener en cuenta para definir el grado de malignidad de la lesión. Se tienen en cuenta factores como: localización, tamaño y características de infiltración, edad del paciente y su condición neurológica y la presencia de tumor residual post- operatorio.

**Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 164 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Los tumores del sistema nervioso central crecen en tres formas: por expansión (Al aumentar su masa sólida), por degeneración quística y por infiltración. Asociado al tumor se presenta un edema vasogénico a nivel de la sustancia blanca lo que ocasiona alteración de la barrera hematoencefálica.

### **Manifestaciones clínicas**

Los signos y síntomas más frecuentes son: cefalea, déficit neurológico, crisis convulsivas, cambios conductuales, náuseas, vómitos, ataxia disimetría y compromiso de los pares craneales. Generalmente inician los síntomas cuando la lesión presenta un tamaño de 2.5 cm. Los síntomas se presentan por la hipertensión endocraneana generada por el efecto expansivo de la masa y el edema perilesional; por compresión de estructuras, infiltración del tejido nervioso y de la corteza cerebral. Algunos pueden tener actividad secretora hormonal. Cuando se presentan a nivel intramedular presenta compresión de las raíces nerviosas dando síntomas motores y sensitivos de acuerdo a su localización en el canal medular.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por las características de la sintomatología el funcionario no podrá realizar trabajo en alturas para desempeñar su función de guardia y custodia en las garitas.</li> <li>○ Podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física.</li> <li>○ Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso.</li> <li>○ Este tipo de enfermedades producen pérdida o disminución de las funciones motoras, sensitivas o de coordinación, afectando así la velocidad de reacción. Requieren control médico estricto.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 165 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SECUELAS NEUROLÓGICAS POST-TRAUMÁTICAS

### Definición

La lesión cerebral de origen traumático se define como el resultado de la aplicación de fuerzas extracraneanas o de rápida aceleración-desaceleración (trauma mecánico, que no sea por hipoxia, tumor, evento vascular), que alteran las funciones cerebrales, conciencia, memoria (en eventos anteriores o posteriores al trauma) y cualquier otra alteración mental de forma transitoria o permanente. **Secuelas neurológicas:** cefalea, déficit motor, sensitivo y del lenguaje, compromiso cognitivo, epilepsia. **Secuelas psiquiátricas:** depresión mayor, psicosis, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, síndrome prefrontal.

### Causas

Trauma mecánico por aceleración - desaceleración.

Se pueden dividir a los TCE en abiertos y cerrados. Los abiertos se consideran aquellos en que hay heridas epicraneanas y los cerrados a los que no las hay.

Los TCE abiertos a su vez pueden ser penetrantes (cuando hay duramadre abierta) o no penetrantes. Las heridas penetrantes pueden ser debido a armas de fuego o por armas blancas. Su tratamiento casi siempre es quirúrgico si hay objetos dentro del cráneo. Clínicamente se observa la presencia de un orificio de entrada y/o salida en el cráneo, pudiendo haber o no toma de la conciencia. Su pronóstico depende de las estructuras dañadas a su paso.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 166 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Los TCE cerrados se subdividen en TCE simple, conmoción, contusión, las fracturas craneales (las cuales pueden ser abiertas o cerradas) y la compresión cerebral.

### **Fisiopatología**

Lesión primaria: es responsable de todas las lesiones nerviosas y vasculares que aparecen inmediatamente después de la agresión mecánica. El movimiento generado por el impacto es de dos tipos: de tensión que provoca elongación y de tensión corte que conlleva una distorsión angular.

El impacto origina dos efectos mecánicos sobre el cerebro: 1) movimiento de traslación que causa el desplazamiento de la masa encefálica respecto al cráneo y otras estructuras endocraneales como la duramadre e induce además, cambios en la presión Intracraneana y 2) un movimiento de rotación en el que el cerebro se retarda con relación al cráneo, creándose fuerzas de inercia sobre las conexiones del cerebro con el cráneo y la duramadre (venas de anclaje) y sobre el propio tejido cerebral.

Lesión secundaria: lesiones cerebrales provocadas por una serie de injurias sistémicas o intracraneales que aparecen en los minutos, horas e incluso primeros días postraumatismo.

### **Manifestaciones clínicas**

Esta lesión produce consecuentemente un edema cerebral el cual es mayor en la región de contrgolpe que en la del punto del impacto directo. también puede asociarse a hemorragias cerebrales.

### **Signos deficitarios:**

- De movimiento: hemiplejía, hemiparesia, parálisis de pares craneales.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 167 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- De los reflejos: asimetría de reflejos osteotendinoso; aparición de reflejos anormales (babinski).
- Sensitivos: anestias o parestias de un hemicuerpo.
- Funcionales: afasia, sensitiva y/o motora., deterioro estable de la conciencia.

**Signos irritativos:**

- Cefalea sin carácter progresivo.
- Nauseas sin carácter progresivo.
- Vómito sin carácter progresivo.
- Rigidez de nuca, por irritación meníngea.
- Convulsiones por irritación cortical.
- Agitación psicomotora.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por las características de la sintomatología el funcionario no podrá realizar trabajo en alturas para desempeñar su función de guardia y custodia en las garitas, podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física.</li> <li>○ Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso.</li> <li>○ Este tipo de lesiones producen pérdida o disminución de las funciones motoras, sensitivas o de coordinación y de las funciones mentales, afectando así la velocidad de reacción. Requieren control médico estricto.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 168 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **MIGRAÑA**

### **Definición**

Cefalea vascular recurrente caracterizada por aura prodrómica, comienzo unilateral, dolor intenso, fotofobia y trastornos del sistema nervioso autónomo durante la fase aguda, que puede durar desde algunas horas hasta varios días.

### **Causas**

Se cree que el dolor está relacionado con la dilatación de los vasos sanguíneos extracraneales, que pueda ser el resultado de cambios químicos capaces de inducir espasmo muscular intracraneal.

### **Fisiopatología**

La existencia de un estado de hipersensibilidad del sistema nervioso parece tener un origen genético. Las neuronas de la corteza cerebral en los sujetos con migraña reaccionan de manera exagerada ante estímulos ambientales específicos. Así, bajo determinadas circunstancias aparecen ondas de despolarización e hiperpolarización cortical, estrechamente relacionadas con el fenómeno del aura y que marcan el inicio de un ataque típico de migraña. Por un mecanismo hasta ahora desconocido, los procesos de despolarización e hiperpolarización cortical activan el sistema nervioso trigeminal que inerva las meninges y los vasos sanguíneos intracraneales.

Cuando las células nerviosas del trigémino son activadas, sus axones terminales liberan una serie de neuropéptidos que inducen inflamación transitoria en las meninges y en la pared de los vasos sanguíneos. Tales neuropéptidos incluyen neurocinina A, sustancia P y péptido relacionado con el gen de la calcitonina. En respuesta a los mismos, se generan otras sustancias por parte de los tejidos

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 169 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

vecinos como prostaglandinas, histamina y serotonina, que estimulan las terminaciones sensitivas del trigémino y producen el dolor de cabeza. (Zaninivic, 2001)

### **Manifestaciones Clínicas**

La crisis inminente puede ir precedida por trastornos visuales como luces destellantes o líneas ondulantes o sabores u olores extraños, entumeciendo, hormigueo, vértigo, acúlenos o sensación de que una parte del cuerpo está distorsionada en cuanto a forma o tamaño. La fase aguda puede acompañarse de náuseas, vómitos, escalofríos, poliuria, sudoración, edema facial, irritabilidad y fatiga externa. Después del ataque, el individuo suele sentir la cabeza entumecida, dolor en el cuello y sueño.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por lo incapacitante de la sintomatología dolorosa inherente a la migraña, así como la frecuente asociación de síntomas paralelos como alteraciones visuales (Fosfenos y escotomas), náuseas y tinitus, se presentaría restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento (cuyo manejo es riesgoso), durante la crisis migrañosa.</li> <li>○ Este tipo de lesiones producen pérdida o disminución de las funciones motoras, sensitivas o de coordinación, afectando así la velocidad de reacción.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 170 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## PLEJIAS O PARESIA DE CUALQUIER PARTE DEL CUERPO

### Definición

Una lesión de esta corteza produce una pérdida del movimiento voluntario del hemicuero opuesto, lo que se llama hemiparesia (si la pérdida es parcial) o hemiplejía (si es total). Otras formas de compromiso motor voluntario son paraplejía o paraparesia que compromete sólo las extremidades inferiores y la tetraplejía o tetraparesia que compromete las cuatro extremidades.

### Causas

Suelen aparecer como secuela de accidente cerebrovasculares o lesiones traumáticas.

### Fisiopatología

Interrupción del flujo sanguíneo que produce un trastorno de las vías descendentes piramidales y extrapiramidales que puede ser causada por:

- Trombosis arteroesclerótica.
- Hemorragia cerebral hipertensiva.
- Crisis isquémica transitoria.
- Embolismo.
- Rotura de aneurismas o malformación arteriovenosa.
- Vasculitis.
- Alteraciones hematológicas (policitemia, púrpura trombocitopénico).
- Traumatismos de arteria carótida.
- Aneurisma aórtico disecante.
- Hipotensión sistémica.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 171 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La disminución del flujo cerebral por debajo de 15 ml de sangre por cada 100 gr de tejido por minuto produce un fallo en el mecanismo de autorregulación del cerebro (barrera hematoencefálica - flujo sanguíneo cerebral) y disminución en la entrega de nutrientes oxígeno y glucosa al tejido, lo que genera una alteración en la bomba de sodio-potasio de la membrana celular y de los canales de calcio con la consecuente elevación del calcio intracelular. Ello altera las fosfolipasas A y C que liberan ácidos grasos libres y ácido araquidónico que inicia un mecanismo de cascada de potentes vasoconstrictor (tromboxanos, leucotrienos y prostaglandinas. que producirán finalmente edema y lesión cerebral

### **Manifestaciones clínicas**

- Plejía: debilidad de la musculatura; las manifestaciones son variables según la intensidad del déficit y el segmento corporal dañado. La debilidad predomina habitualmente en los segmentos distales y puede limitarse a una reducción de la velocidad y de la precisión de los movimientos finos. Ella se acompaña de otros signos clínicos variables según el sitio de la lesión responsable.( Bérubé, 1991) Es la pérdida de la motricidad y la contractibilidad de uno o varios músculos debido a lesiones nerviosas o del mismo musculo puede tratarse de hemiplejia, monoplejia y paraplejia.
- Paresia: disminución parcial de la fuerza muscular. Es la ausencia parcial de movimiento voluntario de un hemicuerpo o extremidad.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 172 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por las características de la sintomatología el funcionario no podrá realizar trabajo en alturas para desempeñar su función de guardia y custodia en las garitas, podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física.</li>   <li>○ Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso.</li>   <li>○ Este tipo de lesiones producen pérdida o disminución de las funciones motoras, sensitivas o de coordinación, afectando así la velocidad de reacción.</li>   <li>○ Requieren control médico estricto.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 173 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA RESPIRATORIO

### TUBERCULOSIS

#### Definición

Es una enfermedad infecciosa crónica pulmonar y extrapulmonar, adquirida mediante inhalación en la estructura alveolar del pulmón de núcleos de gotitas secas que contienen el bacilo de la Tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*). Se caracteriza por periodos de infección temprana (a menudo asintomática), latencia y potencial de recurrencia de la enfermedad post primaria.

#### Causas

Cualquier persona puede verse afectada por esta infección. La enfermedad se propaga a través del aire mediante pequeñas gotitas de secreciones de la tos o estornudos de personas infectadas de *mycobacterium tuberculosis*.

Para contagiarse de la tuberculosis debe de haber un contacto frecuente, familiar o una convivencia con personas infectadas. Es muy raro contagiarse de forma casual por un contacto esporádico en la calle. Las bacterias de la tuberculosis se transmiten a través del aire.

#### Fisiopatología

Cuando una persona inhala esas partículas suspendidas en el aire, lo suficientemente pequeñas como para llegar a los alvéolos, comienza la infección. Es difícil establecer cuántos bacilos se necesitan para producir infección, pero se estima que entre 5 y 200.

Una vez en los alvéolos, los bacilos son fagocitados por los macrófagos alveolares no activados (estadio I de la patogenia), donde se multiplican y producen la liberación de citoquinas que

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 174 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

a su vez, atraerán a más macrófagos y monocitos que de nuevo fagocitarán los bacilos. Se produce una acumulación de monocitos y bacilos intracelulares (estadio ii o estado de simbiosis, también conocido como fase de crecimiento logarítmico) entre los días 7 y 21. La posterior necrosis tisular y de los macrófagos (necrosis caseosa, estadio iii) hace que se cree un medio desfavorable para la multiplicación de los bacilos. Esto se produce alrededor de la tercera semana, coincidiendo con la positivización del tuberculina-ppd. (derivado proteico purificado).

Con la sensibilización de los linfocitos cd4 se produce una reacción inmunológica tipo th1 con liberación de linfoquinas que activan los macrófagos, capaces de la destrucción del bacilo. Este fenómeno dará lugar a la formación de los granulomas que caracterizan histológicamente a la enfermedad (estadio iv).

Si la secuencia en la patogenia continúa y se produce la licuefacción del material (estadio v) y éste drena a la vía aérea, se producirá la cavitación. En este medio los macrófagos activados son ineficaces, por lo que se crean unas condiciones idóneas para la multiplicación extracelular de los bacilos.

Este foco primario casi siempre es subpleural y localizado en la región media del pulmón (zona inferior de los lóbulos superiores y superior de los lóbulos inferior y medio), donde el flujo aéreo mayor facilita el que se depositen esos bacilos inhalados.

Volviendo al inicio de la secuencia (estadio i), parte de esos macrófagos alveolares pueden alcanzar vía linfática los ganglios regionales y desde aquí, vía hematogena, al resto del organismo. No se sabe muy bien por qué causas, existen zonas del organismo que favorecen la retención y multiplicación de los bacilos: riñones, epífisis de los huesos largos, cuerpos vertebrales, áreas meníngeas cercanas al espacio subaracnoideo y sobre todo, las zonas apicales posteriores del

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 175 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

pulmón. En estas zonas se producen focos de multiplicación hasta que 2 a 10 semanas después de la primoinfección, el sistema inmune detiene esta multiplicación y previene una futura diseminación (se produce la conversión de la prueba del ppd). Estas zonas podrán ser en el futuro focos de posible reactivación.

La infección puede progresar a enfermedad rápidamente, años después, o nunca. En los individuos inmunocompetentes infectados, el 5 por ciento desarrollará la enfermedad en los dos años siguientes a la primoinfección. Otro 5 por ciento la desarrollará más tarde. Es decir, el 10 por ciento de los infectados desarrollará enfermedad en algún momento de su vida. El otro 90 por ciento permanecerá libre de enfermedad.

La tuberculosis miliar se produce cuando un foco necrótico erosiona un vaso sanguíneo y una gran cantidad de bacilos entra en el torrente circulatorio en un breve espacio de tiempo, diseminándose a numerosos órganos.

### **Manifestaciones clínicas**

La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo). Éste es el principal síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento.

Además, puede existir dolor torácico y en ocasiones hemoptisis. Ésta última, aunque suele reducirse a esputo hemoptoico o hemoptisis leve, es indicativa de enfermedad avanzada. La hemoptisis grave, como consecuencia de la erosión de una arteria pulmonar por una cavidad (aneurisma de Rasmussen) y que era descrita en los libros clásicos como una complicación terminal en la era pre-antibiótica, es hoy muy rara. Otra causa de hemoptisis es la sobreinfección por aspergilus

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 176 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

(aspergiloma) de una caverna tuberculosa crónica, en cuyo caso el sangrado se produce sin que haya actividad del proceso tuberculoso.

La pleuritis tuberculosa suele presentarse generalmente de forma unilateral y puede asociarse a dolor pleurítico agudo o recurrente. Generalmente, los síntomas sistémicos no son muy floridos, aunque se puede presentar como una enfermedad febril aguda. En otras ocasiones es asintomática.

En zonas de alta incidencia se presenta, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes sin signos de afectación pulmonar. El pronóstico a corto plazo es excelente, con una remisión completa en el 90 por ciento de los casos en unos meses. Pero sin tratamiento recidivaría en el 65 por ciento de los casos en 5 años.

En zona de más baja incidencia, un número alto de casos se presenta en enfermos mayores con afectación parenquimatosa concomitante. El derrame suele ser un exudado. El recuento de células suele estar entre 500 y 2.500, de predominio linfocítico, aunque hasta en un 15 por ciento pueden predominar los polimorfonucleares. En punciones repetidas se observa un desplazamiento hacia los linfocitos. El pH suele ser de 7,3 o menos.

La elevación de los niveles de adenosindeaminasa (ADA) en el líquido pleural tiene su utilidad diagnóstica. Cifras mayores de 40 UI tienen una sensibilidad y una especificidad muy altas. La baciloscopia raramente es positiva y el cultivo será positivo en un 25 por ciento de los casos. La biopsia pleural puede demostrar granulomas en un 75 por ciento de las muestras. Con el tratamiento tuberculostático raramente es necesario recurrir a toracocentesis repetidas para su curación.

**JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 177 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto que por la función a desempeñar en cualquier parte del país puede verse restringida generándose riesgos para la salud del funcionario. Se genera una condición de riesgo para la población carcelaria teniendo en cuenta la exposición a riesgo biológico dentro de los centros penitenciarios.
- En este tipo de situaciones se requiere que el paciente no tenga contacto con comunidades (específicamente atención al público). Lo anterior, con el fin de disminuir posibles factores de riesgo infecto - contagioso para la población carcelaria.

## **ATELECTASIA**

### **Definición**

es un trastorno caracterizado por una disminución del volumen de una parte o de la totalidad de los pulmones, lo que origina que distintas áreas de los mismos estén desprovistas de aire, produciendo el colapso de un segmento pulmonar o un lóbulo pulmonar completo. En realidad no se trata de una enfermedad en sí misma, sino que es una manifestación o consecuencia de otras enfermedades.

### **Causas**

La obstrucción de un bronquio constituye una causa muy común de producción de atelectasias. Los tumores que ocupan la luz de los bronquios, los tapones de moco, los cuerpos extraños o los coágulos de sangre son las causas más comunes de dicha obstrucción.

### **Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 178 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Luego de instalada la obstrucción, el aire atrapado en los alvéolos pulmonares se reabsorbe y se produce el colapso de los espacios aéreos correspondientes al bronquio obstruido.

### **Manifestaciones Clínicas**

La magnitud de las manifestaciones clínicas va a depender de la velocidad con la que se instaló la obstrucción bronquial y de la cantidad de pulmón comprometido.

Cuando la instalación es progresiva puede no producir síntoma alguno o se manifiesta como una creciente dificultad para respirar, haciéndose cada vez más rápida.

Si la obstrucción del bronquio es total y se instala en forma brusca, ocasiona tos seca y un dolor intenso en el tórax del lado afectado, más aún si está asociado a un proceso infeccioso. La respiración se hace cada vez más difícil; la piel puede tornarse de una coloración azulada debido a una disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre; la frecuencia cardiaca se acelera y la temperatura corporal generalmente se incrementa.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El entrenamiento físico y las funciones a desarrollar requieren un alto rendimiento físico, que se ve limitado por la patología en mención generándose un riesgo para la salud del aspirante.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

### **BRONQUIECTASIA**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 179 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Definición**

Es la destrucción y ensanchamiento de las vías respiratorias mayores, produciendo una dilatación permanente, anormal, de bronquios lobares, segmentarios o subsegmentarios. Habitualmente se acompaña de alteraciones inflamatorias transmurales de la pared del bronquio, con linfocitos t cd4+ y macrófagos.

### **Causas**

Está dada por la inflamación recurrente o la infección de las vías respiratorias. Con mayor frecuencia, comienza en la infancia como complicación de una infección o la inhalación de un cuerpo extraño.

La fibrosis quística ocasiona aproximadamente la mitad de todas las bronquiectasias en los Estados Unidos. Algunos de los factores para esta enfermedad son: las infecciones pulmonares graves y recurrentes (neumonía, tuberculosis, infecciones micóticas), las defensas pulmonares anormales y la obstrucción de las vías respiratorias por un cuerpo extraño o un tumor. La afección también puede ser causada por la inhalación rutinaria de partículas de alimentos al comer.

### **Fisiopatología**

La bronquiectasia es principalmente una enfermedad de los bronquios y de los bronquiolos que implica un círculo vicioso entre la infección transmural y la liberación de mediadores de la inflamación. Esta enfermedad está relacionada con las secreciones y los microbios irritantes retenidos que causan obstrucción y daño de la vía aérea, y con la infección recurrente.

Está modificada la dinámica de las vías aéreas y del transporte mucociliar. El debilitamiento de la pared de los bronquios provoca que estas se colapsen durante la espiración disminuyendo así el flujo aéreo y favoreciendo la retención de secreciones más espesas que aumentan la obstrucción.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 180 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

De estas dos características nace la eficacia de la tos en la liberación del aire y de las secreciones retenidas.

La disminución de la ventilación en los alvéolos dependientes de los bronquios dañados y las anastomosis entre las circulaciones bronquial y pulmonar desencadenan un desequilibrio en la relación ventilación perfusión e hipoxemia secundaria. La persistencia de esta última puede llevar a la hipertensión pulmonar y al Cor Pulmonale.

Aunque no hay estudios de pacientes en las etapas muy tempranas de la bronquiectasia, los hallazgos en pacientes con esta patología dan importancia al aumento del número celular y de los mediadores de la respuesta inflamatoria: biopsias de la mucosa bronquial revelan la infiltración por neutrófilos y linfocitos T; el esputo expectorado tiene aumentadas las concentraciones de elastasa, del factor de necrosis tumoral (TNF), de interleuquina-8 y de los prostanoïdes (son mediadores de la inflamación).

### **Manifestaciones Clínicas**

Los síntomas, a menudo, se desarrollan gradualmente y se pueden presentar meses o años después del hecho que causa la bronquiectasia.

Dichos síntomas pueden abarcar: cianosis, halitosis, tos crónica con producción de grandes cantidades de esputo fétido, dedos de las manos en forma de palillo de tambor, expectoración con sangre, tos que empeora al acostarse hacia un lado, fatiga, palidez, dificultad para respirar que empeora con el ejercicio, pérdida de peso, sibilancias.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 181 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El entrenamiento físico y las funciones a desarrollar requieren de un alto rendimiento físico, que se ve limitado por la patología en mención. Generándose un riesgo para la salud del aspirante.</li> <li>○ Requieren tratamiento quirúrgico, que a largo plazo y por las características de las funciones a desempeñar estaría restringido, incluso para aquellas que no impliquen: exposición a bajas temperaturas, mohos, ácaros, polvo, humo, solventes y en general a alérgenos externos que puedan exacerbar su patología (hiperactividad bronquial).</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **ASMA**

### **Definición**

Enfermedad crónica del sistema respiratorio caracterizada por hiperreactividad bronquial. Las vías aéreas más finas disminuyen ocasional y reversiblemente por contraerse su musculatura lisa o por ensanchamiento de su mucosa al inflamarse y producir mucosidad; por lo general en respuesta a uno o más factores desencadenantes como la exposición a un medio ambiente inadecuado (frío, húmedo o alérgico), el ejercicio o esfuerzo en pacientes hiper-reactivos, o el estrés emocional.

### **Causas**

Las causas que provocan el asma bronquial y motivan la respuesta de los mecanismos principalmente inmunológicos se clasifican en:

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 182 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- *Extrínsecas.* Iniciada en la infancia con antecedentes familiares positivos para alergias y se asocia con una hipersensibilidad tipo 1 y otras manifestaciones alérgicas (ige), inducidas por agentes alérgenos como el polen, lana, polvo, etc., o contaminación atmosférica, materias irritantes, variaciones meteorológicas, aspergilosis y otros. En aproximadamente 50% de los niños con asma y un porcentaje menor de adultos, la exposición a alérgenos es responsable parcial o sustancialmente de la inflamación asmática por medio de reacciones de hipersensibilidad.[10]. Las crisis son súbitas, autolimitadas y breves en duración. Cursan con buen pronóstico, responden a la inmunoterapia y a esteroides a largo plazo por vía inhalada con absorción sistémica minúscula, de modo tal que los efectos sobre el resto del cuerpo son virtualmente inexistentes.
- *Intrínsecas o idiopática.* Por lo general comienza en mayores de 35 años y sin antecedentes personales ni familiares. Se inicia por estímulos no inmunológicos, sin elevar ige, representados por microbios, hongos, tos, trastornos psíquicos, estrés, etc.
- *Mixtas.* Combinación con frecuencia de naturaleza bacteriana de factores intrínsecos y extrínsecos.

### **Fisiopatología**

El asma bronquial se caracteriza por un incremento de la resistencia al flujo aéreo dado por broncostricción, hipersecreción de mucus y edema. Son variados los estímulos que frente a un bronquio terminal hiperreactivo inician este complejo proceso que da lugar a dichas manifestaciones clínicas. Entre estos se encuentran los alérgenos inhalados como ácaros del polvo, pólenes, proteína de la soya, humo del tabaco, olores y otros contaminantes del aire, infecciones virales, fármacos, aire frío y ejercicio físico.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 183 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Los mediadores almacenados o recién sintetizados son liberados de los mastocitos locales tras la estimulación inespecíficas o por la unión de alérgenos a IgE específicos en la membrana de dichas células.

La liberación de histamina, los C4, D4, E4, el factor activador de plaquetas inician la broncoconstricción, el edema de la mucosa y la respuesta inmunitaria. La respuesta inmunitaria inmediata produce broncoconstricción, es estable con agonista de receptores B2 y puede prevenirse con estabilizadores de mastocitos.

La respuesta inmunitaria tardía aparece de seis a ocho horas después, produce un estado continuo de sensibilidad excesiva de la vía aérea respiratoria con infiltración eosinofílica y neutrofilia y requiere ser tratada con antiinflamatorios esteroideos.

La obstrucción se agudiza durante la espiración, puesto que las vías respiratorias intratorácicas normalmente presentan un menor diámetro durante esta fase. Aunque la obstrucción respiratoria es difusa no afecta de igual forma al pulmón. Puede haber atelectasias segmentarias o subsegmentarias agravando el desequilibrio ventilación perfusión. La hiperinsuflación provoca una disminución de la distensibilidad, con el consiguiente aumento del trabajo respiratorio.

El incremento del esfuerzo espiratorio para vencer la resistencia de las vías respiratorias obstruidas, genera también un aumento de la presión transpulmonar y un ascenso del punto de igual presión, que produce estrechamiento o cierre completo prematuro de algunas vías aéreas, predisponiendo al riesgo de neumotórax.

La presión intratorácica aumentada puede interferir en el retorno venoso y por tanto reducir el gasto cardíaco, lo cual puede manifestarse como pulso paradójico. El desequilibrio entre ventilación

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 184 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

perfusión (V/Q), la hiperventilación alveolar y el incremento del trabajo respiratorio producen cambios en la gasometría.

La hiperventilación de algunas regiones del pulmón compensa inicialmente las elevadas presiones de bióxido de carbono con que se perfunden las regiones escasamente ventiladas. Sin embargo no pueden compensarse la hipoxemia respirando aire atmosférico; la presión de oxígeno disminuye así como la saturación de oxihemoglobina. La ulterior progresión de la obstrucción causa una mayor hipoventilación alveolar apareciendo súbitamente hipercapnia. La hipoxia interfiere en la conversión del ácido láctico en CO<sub>2</sub> y H<sub>2</sub>O, que se suma al efecto de la hipercapnia que produce incremento del ácido carbónico (H<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>) que se disocia en bicarbonato e iones hidrógenos, originando acidosis mixta.

La hipoxia y la acidosis provocan vasoconstricción pulmonar que ocasiona daño de las células alveolares tipo II, disminuyendo la producción de sustancia tensoactiva, agravando la tendencia a las atelectasias.

### **Manifestaciones clínicas**

Disnea paroxística, sibilancias, espiración prolongada y tos irritativa.

**JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 185 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- En esta patología en particular, se recomienda restringir la exposición a vapores, disolventes, polvos, material microparticulado volátil y/o químicos irritantes para las vías respiratorias, como son los gases lacrimógenos, cambios extremos de temperatura y en general, a alérgenos externos que puedan exacerbar su patología respiratoria.
- En los cargos anteriormente anotados se requiere de un entrenamiento físico intenso, existe exposición a gases lacrimógenos y hay cambios extremos de temperaturas en turnos nocturnos. Lo anterior aunado a que las funciones a desarrollar requieren de un alto rendimiento físico, generándose un riesgo para la salud del aspirante.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **ENFERMEDAD QUISTICA DEL PULMÓN – ENFISEMA BULLOSO**

### **Definición**

Es un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por presentar como dato común, quistes pulmonares definidos como unas áreas de hiperclaridad focal mayor de 1 cm, en general esférica bien definida y con una pared fina, menor de 3 mm. Son alteraciones parenquimatosas pulmonares que cursan con una ó más bullas (espacios aéreos intraparenquimatosos). Son una forma especial de enfisema y se asocian a distintos tipos de lesiones pulmonares. La más frecuente es con la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. También suelen asociarse al enfisema paraseptal o al enfisema paracicatricial.

Las bullas tienen un diámetro superior a 1 cm y deben distinguirse de las vesículas pleurales (blebs) que son pequeñas bullas subpleurales, raramente mayor de 1-2 cm de diámetro y que se

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y  SEGURIDAD  INSPECTOR  Versión 3.0  2017</b>	Página: 186 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación  Promoción y Prevención</b>		

encuentran en el ápex del pulmón. La causa de la formación de los blebs es atribuida a la disección por el aire desde un alvéolo roto a través del tejido intersticial, hacia la capa fibrosa de la pleura visceral donde se acumula en forma de quiste.

### **Causas**

Las bullas que son un signo directo de destrucción pulmonar. Se suelen asociar con la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), fibrosis quística. También suelen asociarse al enfisema paraseptal o al enfisema paracatricial.

### **Fisiopatología**

Como enfermedad pulmonar obstructiva que es, el proceso patogénico inicial es un proceso inflamatorio que produce estrechamiento de las vías respiratorias y de los espacios respiratorios distales. El humo del cigarrillo (así como otros irritantes) potencia esta respuesta inflamatoria, ya que contiene productos oxidantes que desencadenan la respuesta inflamatoria y el reclutamiento inicial de leucocitos neutrófilos (PMNs), que contienen serina elastasa y otras proteasas. El humo del tabaco también interfiere con la actividad ATT, al oxidar los residuos metionina de esta enzima, inactivando de esta forma su función antielastasa.

Como consecuencia, la actividad elastasa de los polimorfonucleares no encuentra oposición, por lo que se incrementa la actividad elastolítica, destruyendo el tejido elástico de las paredes distales de las vías respiratorias. Esto produce una disminución de la capacidad de retracción elástica del pulmón, por lo que se facilita el colapso de las vías aéreas distales. Sin embargo, esta teoría sobre la patogénesis del enfisema requiere más datos que permitan validarla.

Los estudios histopatológicos efectuados demuestran que la mayor parte de la inflamación tiene lugar en las vías respiratorias periféricas (bronquiolos) y en el parénquima pulmonar. Los

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 187 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

bronquiolos están obstruidos por fibrosis y por infiltración de macrófagos y leucocitos (fundamentalmente linfocitos T CD8). También existe un aumento de neutrófilos por respuesta a una previa liberación de mediadores de la inflamación como citocinas, quimiocinas y otros.

Normalmente el 25% de la resistencia al flujo del aire en su paso por las vías respiratorias ocurre a nivel de los túbulos  $\leq 3\text{mm}$ , aumentándose al 80% en esas vías para los pacientes con enfisema. Sumado a ello, la disminución de la elasticidad pulmonar y la destrucción de las paredes alveolares producen el cierre prematuro de las vías aéreas distales más periféricas.

Durante la inspiración, el aire vence la resistencia producida por el moco secretado por las sobreestimuladas células caliciformes, pero el aire queda atrapado en el alveolo sin poder vencer la obstrucción de moco durante la espiración. Eso crea los grandes espacios bullosos característicos del enfisema.

### **Manifestaciones clínicas**

La mayor parte de los pacientes de enfisema son mayores de 60 años, con una prolongada historia de disnea (dificultad para respirar) de esfuerzo y tos no productiva. Estos pacientes presentan frecuentemente pérdida de peso debido a la utilización de los músculos accesorios para respirar, mientras que los individuos sanos únicamente utilizan el diafragma para producir los movimientos ventilatorios. La tos y las sibilancias son mucho menos frecuentes que en la bronquitis crónica.

En los pacientes con enfisema los hallazgos característicos son taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), una fase espiratoria prolongada, tórax en posición inspiratoria (tórax en tonel), uso de los músculos accesorios de la respiración (sobre todo el esternocleidomastoideo) y respiración con labios fruncidos (soplando). En el examen radiológico, presentan los pulmones inflados, un diafragma deprimido y un aumento del diámetro posteroanterior (tórax en tonel).

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 188 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se considera que los cargos anteriormente anotados requieren de un entrenamiento físico importante y las funciones a desarrollar necesitan un alto rendimiento físico. Por lo anterior se limitaría el adecuado desarrollo de las funciones del trabajador, aunado a un riesgo para la salud del aspirante.</li>   <li>○ Adicionalmente los pacientes con enfermedades pulmonares llevan un estilo de vida sedentario con una disminución progresiva de la capacidad para hacer ejercicio, debido a la sensación de disnea, lo cual genera un círculo vicioso de disnea-inactividad, desacondicionamiento físico, disminución de la capacidad aeróbica, con pérdida de la masa muscular y la fuerza muscular.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **ANTECEDENTES DE HEMO O NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO**

### **Definición**

El neumotórax es la presencia de aire dentro de la cavidad pleural. Se denomina espontaneo por que no existe un evento traumático o causa conocida que lo genere. El hemotórax es la presencia de sangre en la cavidad pleural.

### **Causas**

*Neumotórax*: la primera causa es el que se presenta generalmente en hombres sanos previamente, en la tercera o cuarta década, con una incidencia anual en hombres de 7 por 100.000 y

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 189 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

en mujeres de 1 a 1.5 por 100.000. Ocurre por la ruptura de una burbuja apical, que es una bolsa de aire dentro de la pleura visceral. Esta burbuja se forma a su vez por ruptura de alvéolos subpleurales, cuyo aire liberado diseca el tejido en forma centrifuga. La ruptura de la burbuja puede producirse por gran estrés gravitacional, al cual está sujeto el ápex pulmonar en la posición vertical. Pueden romperse también pequeños vasos subpleurales y acompañarse de hemotórax (20 % de casos). El neumotórax ocurre levemente más en el lado derecho, son raros los bilaterales, recurriendo el 30% en el mismo lado y 10% en el lado contralateral.

*Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:* su pico de incidencia es en la sexta y séptima década. En asma se ha mencionado como mecanismo de la ruptura alveolar, distal a tapones de moco en los bronquios.

*Hemotórax:* la causa más común del hemotórax es un traumatismo torácico. También se puede presentar en pacientes que tengan:

- Un defecto en la coagulación de la sangre
- Traumatismo torácico con objeto contundente
- Muerte del tejido pulmonar (infarto pulmonar)
- Cáncer pulmonar o pleural
- Traumatismo torácico con objeto penetrante (cuando un arma cortopunzante o proyectiles que laceran el pulmón)
- Colocación de un catéter venoso central
- Cirugía del tórax o del corazón
- Tuberculosis

## **Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 190 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

El *neumotórax* o acumulación de aire en el espacio pleural, se clasifica como espontáneo (primario o secundario) o traumático. El espontáneo primario se produce en ausencia de una enfermedad pulmonar de fondo, mientras que el espontáneo secundario representa una complicación de alguna enfermedad pulmonar preexistente. Por otro lado, el traumático es el resultado de trauma penetrante o no penetrante. El neumotórax iatrogénico puede manifestarse después de procedimientos como toracocentesis, biopsia pleural, colocación de un catéter yugular interno o subclavio, biopsia pulmonar percutánea, broncoscopia con biopsia transbronquial y ventilación mecánica con presión positiva.

El neumotórax a tensión suele presentarse de forma secundaria después de trauma penetrante, infección pulmonar, reanimación cardiopulmonar o ventilación mecánica con presión positiva. En el neumotórax a tensión, la presión de aire en el espacio pleural excede la presión del ambiente durante todo el ciclo respiratorio. Un mecanismo de válvula permite que el aire penetre hacia el espacio pleural en la inspiración y evita su salida durante la espiración.

El neumotórax primario afecta principalmente a los varones altos, delgados, entre los 10 y 30 años de edad. Se considera que se produce por rotura apical subpleural de bulas, en respuesta a presión intrapleural negativa alta. Los antecedentes familiares y el tabaquismo también pueden constituir factores importantes.

El neumotórax secundario se produce como una complicación de EPOC, asma, fibrosis quística, tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis*, neumotórax catamenial y una variedad amplia de enfermedades pulmonares infiltrativas, incluyendo sarcoidosis, linfangioleiomiomatosis, histiocitosis de células de Langerhans y esclerosis tuberosa. Se considera que la pentamidina aerosolizada y los antecedentes previos de neumonía por *Pneumocystis* representan factores de riesgo potenciales para

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 191 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

el desarrollo de neumotórax. La mitad de los pacientes con neumotórax sobre una neumonía por *Pneumocystis* recurrente desarrolla neumotórax en el lado contralateral.

La ruptura del tejido pulmonar Será debida a una presión intrapulmonar más elevada en una región del pulmón comparada con otras regiones pulmonares y con el espacio intrapleural. Esto es posible solo si el gas intrapulmonar no encontrara una salida a través de las vías aéreas o de la circulación. Así pues, la presión en la región intrapulmonar cerrada, no podría descender, sobre todo cuando la presión atmosférica disminuyera. (Bense, 1992)

*El hemotórax* espontáneo es muy infrecuente, puede deberse a rotura de malformaciones como fístulas arteriovenosas pulmonares o secuestros, en el curso de tratamiento anticoagulante o ruptura de aneurismas de aorta.

### **Manifestaciones clínicas**

*Neumotórax*: inicio agudo de dolor torácico isolateral y disnea. Datos físicos mínimos en casos leves, expansión torácica unilateral, disminución del frémito táctil, hiperresonancia, reducción de los ruidos respiratorios, desplazamiento mediastínico, cianosis e hipotensión en el neumotórax a tensión. Presencia de aire pleural en las radiografías del tórax.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 192 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un 50% sufre recidivas y puede ser necesaria la abrasión pleural por toracotomía o toracostomía a fin de que se adhiera las superficies (pleurodesis). Requieren tratamiento quirúrgico que a largo plazo y por las características de las funciones a desempeñar (entrenamiento físico) estaría restringido.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **HISTOPLASMOSIS**

### **Definición**

Infección originada por la inhalación de esporas del hongo *Histoplasma capsulatum*. Es una micosis sistémica que afecta el sistema reticuloendotelial (Arenas,1993). Presenta cuadros clínicos que van desde formas benignas (asintomáticas), hasta cuadros agudos o crónicos de vías respiratorias, granulomas y en ocasiones hasta infecciones generalizadas.

### **Causas**

Se origina por un hongo dimorfo y se adquiere por inhalación. La infección ingresa al cuerpo a través de los pulmones. El hongo *Histoplasma* crece como un hongo en el suelo y la infección resulta de la inhalación de partículas transportadas por el aire. El suelo contaminado con los excrementos de aves o de murciélagos puede tener mayores concentraciones de histoplasma.

Puede haber un periodo corto de infección activa o puede volverse crónica y propagarse por todo el cuerpo.

### **Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 193 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La infección por *Histoplasma capsulatum* habitualmente se produce por vía respiratoria. Cuando los gérmenes llegan al alvéolo pulmonar son fagocitados por los macrófagos. Se reproducen localmente, luego siguen la vía linfática hacia los ganglios hiliares y mediastinales y a través del conducto torácico invaden el torrente sanguíneo diseminando en los distintos tejidos y órganos. Parasitan especialmente los órganos del sistema mono-histiocitario (pulmón, hígado, bazo, ganglios linfáticos, estructuras linfáticas del aparato digestivo).

El organismo virgen de infección, reacciona inicialmente mediante una respuesta inflamatoria inespecífica a polimorfonucleares y luego con linfocitos y macrófagos. Estos fagocitan los gérmenes sin destruirlos, permitiendo su desarrollo.

Ante la presencia de los gérmenes el organismo desarrolla inmunidad específica de tipo celular que determina la formación de granulomas y conduce al control de la infección. Los hongos que persisten en estado latente, tardíamente pueden reactivarse si por cualquier causa se deteriora la inmunidad celular.

Si el paciente es un inmunodeprimido, la infección primaria no puede ser controlada y evoluciona directamente a enfermedad la que puede adoptar diferentes grados de gravedad. Raramente la puerta de entrada es cutánea produciéndose una lesión local y adenopatías regionales.

### **Manifestaciones clínicas**

Se describen diferentes cuadros clínicos que varían en relación a la edad del paciente, la masividad del inóculo inhalado, la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica previa y el estado inmunitario del enfermo.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 194 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

En el hospedero normal la primoinfección suele ser asintomática pero si el nivel de exposición fue importante puede producirse una infección aguda severa, después de un periodo de incubación de 1 a 3 semanas. La infección generalmente es reconocida por el viraje de la prueba intradérmica con histoplasmina. Raramente se detecta por el hallazgo de un infiltrado pulmonar y adenomegalias hiliares o más tardíamente por la presencia de nódulos calcificados en pulmón, ganglios, bazo o suprarrenales. Cuando la primoinfección es sintomática (5-10% de los infectados) la severidad del cuadro se relaciona con la magnitud del inóculo. Puede manifestarse con síntomas que simulan una gripe o bajo la forma de una neumonitis aguda.

Los patrones radiológicos son variables: infiltrados intersticiales uni o bilaterales, generalmente parahiliares, o imágenes nodulares únicas o múltiples diseminadas, con adenomegalias hiliares y/o mediastinales, con o sin derrame pleural. Puede acompañarse de artralgias, eritema nodoso o multiforme. Muchos de estos pacientes se recuperan espontáneamente en pocos días a semanas, quedando secuelas pulmonares y extrapulmonares calcificadas. Astenia y disminución de fuerzas pueden persistir varias semanas.

En personas con antecedentes de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica comúnmente se observa la forma crónica cavitaria. Los síntomas respiratorios y generales son inespecíficos. Radiológicamente se observan infiltrados pulmonares con retracción de lóbulos superiores, casquetes pleurales, cavidades, desviación traqueal, nódulos calcificados. El principal diagnóstico diferencial es con la tuberculosis. Es rara la diseminación extrapulmonar. La evolución es hacia la insuficiencia respiratoria y la caquexia. La patogenia de esta forma estaría determinada por una respuesta deficiente del huésped frente a la primoinfección.

En pacientes con deterioro inmune moderado (edad avanzada, desnutrición, diabetes, alcoholismo, tratamientos corticoides, enfermedades malignas) se observan formas diseminadas

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 195 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

crónicas que se manifiestan por síntomas generales, lesiones cutáneas ulceradas, o úlcero-vegetantes mucosas, hepatoesplenomegalia, infiltrados pulmonares, insuficiencia suprarrenal.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto y por el hecho que las funciones a desempeñar podrían llevarse a cabo en cualquier parte del país, puede verse restringido dicho control generándose riesgos para la salud del funcionario.</li> <li>○ Adicionalmente se genera una condición de riesgo para la población carcelaria teniendo en cuenta la exposición a factor de riesgo biológico dentro de los centros penitenciarios, ya que esta patología se asocia a estados de inmunosupresión.</li> <li>○ En este tipo de situaciones se requiere que el paciente no tenga contacto con comunidades (específicamente atención al público). Lo anterior, con el fin de disminuir posibles factores de riesgo infecto - contagioso.</li> </ul>

## **FIBROSIS PULMONAR**

### **Definición**

Es una enfermedad en la que de forma lenta y progresiva se va sustituyendo el tejido funcional del pulmón (los alveolos) por tejido fibroso o cicatrizal, con la consecuente pérdida de la capacidad respiratoria.

### **Causas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 196 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Sus causas aún son desconocidas y los expertos continúan estudiándolas. Sin embargo, hay ciertos riesgos que ayudan a fomentar esta enfermedad, como el tabaco. Según el número de cigarros que se fumen al día y los años de fumador, varía el riesgo de padecer fibrosis pulmonar. También se ha encontrado relación con algunos medicamentos comunes, como los antidepresivos, aunque se desconoce aún el porqué.

Otra causa aparece cuando el reflujo del ácido gástrico va hacia la vía respiratoria de forma crónica. Asimismo, existen causas ambientales, tanto en el medio rural como urbano. La exposición a ciertas sustancias como el serrín, acero, el plomo, latón o la madera del pino, se asocia con el desarrollo de esta enfermedad. En los pacientes que padecen fibrosis pulmonar se ha hallado el virus de Ebstein Barr, CMV, VIH y Hepatitis C.

### **Fisiopatología**

La fibrosis provoca una incapacidad permanente de los tejidos para llevar a cabo la respiración y transportar el oxígeno. Los alvéolos, así como el tejido de los pulmones que se encuentra entre ellos y rodeándolos y los vasos capilares de los pulmones, son destruidos por la formación del tejido cicatrizante.

En la fibrosis pulmonar diseminada se incrementa la recuperación elástica pulmonar y reduce la distensibilidad pulmonar, todo lo que se conoce como enfermedad pulmonar restrictiva.

Se caracteriza por inflamación crónica de las paredes alveolares que causa fibrosis intensa, difusa y progresiva y destrucción de la arquitectura normal. Produce sucesivamente:

- Defecto restrictivo
- Alteración de la ventilación Del trabajo ventilatorio

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 197 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Lesión vascular destructora y obliterante
- Deterioro de perfusión y hematosi del pulmón

### **Manifestaciones**

Principio insidioso disnea, tos seca y persistente, cianosis digital e hipocratismo digital, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardiaca derecha y edema periférico.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología de carácter irreversible, que por su evolución limita la función de ventilación pulmonar y por las características de las actividades laborales a desempeñar (entrenamiento físico) estaría restringido.</li> <li>○ Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto, que por la función a desempeñar en cualquier parte del país puede verse limitada generándose riesgos para la salud del funcionario.</li> <li>○ No deben realizar actividad física toda vez que se pueden exacerbar los síntomas e incluso producir la muerte.</li> </ul>

### **SARCOIDOSIS PULMONAR**

#### **Definición**

Enfermedad granulomatosa sistémica de etiología desconocida, caracterizada por la formación de tubérculos de tejido epitelioides no necrotizado. Los lugares de asiento suelen ser pulmones, hígado, bazo, piel, mucosas y glándulas salivales y lagrimales con implicación de ganglios linfáticos.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 198 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Causas**

Su etiología es desconocida, la hipótesis más aceptada es que se trata de una respuesta inmunitaria a exposición de factores ambientales en individuos genéticamente predispuestos.

### **Fisiopatología**

En los órganos afectados se acumulan células mononucleares, principalmente, linfocitos T colaboradores y fagocitos mononucleares, seguido por la formación de granulomas. No hay pruebas de que este proceso dañe el parénquima del órgano afectado liberando mediadores; por el contrario, la disfunción del órgano es consecuencia de la acumulación de estas células inflamatorias que producen distorsión de la estructura del órgano. La afección grave del parénquima puede dar lugar a una fibrosis irreversible.

### **Manifestaciones clínicas**

los órganos que se ven afectados con más frecuencia son los pulmones, tanto en los adultos como en los niños. Si se forman granulomas (masas inflamadas) en los pulmones, puede haber sibilancias (silbidos o chillidos al respirar), tos, sensación de falta de aliento o dolor en el pecho. También es posible que no haya ningún síntoma.

Algunas personas con sarcoidosis pueden sentirse muy cansadas, inquietas o deprimidas. los sudores nocturnos y la pérdida de peso son síntomas frecuentes de la enfermedad. se puede asociar a alteraciones miocárdica generando arritmias, hepatoesplenomegalia, parálisis de pares craneanos (Ferri, 2003). Para su tratamiento se requiere el uso de corticosteroides que afectan el sistema inmunológico produciendo mayor susceptibilidad a las infecciones.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 199 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Patología de carácter progresivo, que por su evolución limita la función de ventilación pulmonar, y por las características de las actividades a desempeñar (entrenamiento físico) estaría restringido.
- Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto, que por la función a desempeñar en cualquier parte del país puede verse restringida generándose riesgos para la salud del funcionario.
- Teniendo en cuenta el tratamiento médico a seguir en esta patología y la propensión a desarrollar procesos infecciosos se debe restringir el contacto con poblaciones confinadas por el riesgo de infección del funcionario.

## **ESTENOSIS BRONQUIAL**

### **Definición**

Estrechamiento de la luz de un bronquio.

### **Causas**

La estenosis traqueal y bronquial actualmente se agrupan en cuatro categorías: congénita, neoplásica, infecciosa e inflamatoria. La más frecuente está relacionada con procesos inflamatorios postraumáticos o por acción de sustancias tóxicas.

### **Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 200 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Producen un trastorno ventilatorio obstructivo, aumentando la resistencia al flujo del aire, que puede poner en riesgo la vida, ya que el estrechamiento empeora con la inspiración por cambios en los gradientes de la presión intratorácica y la presión atmosférica. En estos casos hay una disminución del fev1 y del cociente fev1/cvf.

### **Manifestaciones clínicas**

Tos progresiva, fiebre, hipoventilación pulmonar, expectoración, hemoptisis, disnea, dolor torácico, cianosis, sibilancias, espiración prolongada, episodios de cianosis y estridor.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología que altera y compromete la función pulmonar y alterando las funciones a desempeñar (entrenamiento físico). A su vez, son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto, que por la función a desempeñar en cualquier parte del país,</li> <li>○ puede verse restringido generándose riesgos para la salud del funcionario. De acuerdo al grado de severidad de la obstrucción puede requerir cirugía y uso de oxígeno suplementario.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 201 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA

### Definición

Estado patológico que se caracteriza por elevaciones sostenidas de la presión de la arteria pulmonar sin que se halle una causa demostrable. Siendo la presión media de arteria pulmonar mayor de 25 mm de Hg en reposo, o mayor de 30 mm de Hg con ejercicio.

### Causas

En muchos casos la causa se desconoce. Ésta es infrecuente y afecta más a las mujeres que a los hombres.

La hipertensión pulmonar puede ser causada por:

- Cualquier afección que cause bajos niveles crónicos de oxígeno en la sangre
- Enfermedades autoinmunitarias que dañan los pulmones, como la esclerodermia o la artritis reumatoidea
- Ciertas anomalías congénitas del corazón
- Ciertos medicamentos para dietas
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Antecedentes de un coágulo sanguíneo en el pulmón
- Infección por VIH
- Neumopatía o enfermedad de las válvulas cardíacas
- Apnea obstructiva del sueño

### Fisiopatología

Se produce un aumento de la presión de la arteria pulmonar, con presión de capilar venoso normal. Para mantener el débito cardíaco en reposo, ante la presión de arteria pulmonar aumentada,

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 202 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

el ventrículo derecho reacciona desarrollando hipertrofia de sus paredes. A medida que aumenta la resistencia vascular pulmonar el ventrículo derecho claudica desarrollando disfunción sistólica, con aumento de la presión de fin de diástole, apareciendo las manifestaciones clínicas de insuficiencia cardíaca derecha.

A pesar que el ventrículo izquierdo no está afectado por la enfermedad vascular pulmonar, la dilatación progresiva del ventrículo derecho dificulta el llenado ventricular izquierdo, produciendo elevación modesta de las presiones de final de diástole y de capilar pulmonar.

Tres elementos se combinan para producir un aumento de la resistencia vascular en pacientes con hipertensión pulmonar primaria: vasoconstricción, remodelación de la pared vascular y trombosis in situ. En la HTP primaria se postula que existe una anomalía del endotelio vascular pulmonar en que se produce: un aumento de los mediadores endoteliales vasoconstrictores, de los mediadores plaquetarios vasoconstrictores y una disminución de la actividad de canales de K del músculo liso, con aumento del calcio intracelular y aumento del tono vascular. Esto resulta en una dificultad para lograr un estado de relajación del músculo liso y en un estado procoagulante que facilita la trombosis "in situ".

Los trastornos en la función del endotelio vascular pulmonar también pueden ser importantes. Un desequilibrio de la proporción de los metabolitos de la prostaciclina respecto a los metabolitos del tromboxano (ambas sustancias son eicosanoides circulantes con efectos divergentes sobre la agregación de las plaquetas y el tono de la musculatura lisa vascular) indica que o un aumento en la actividad del tromboxano o una disminución en la actividad de la prostaciclina pudieran contribuir a la patogénesis.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 203 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Los trastornos en la síntesis del óxido nítrico vasorelajante derivado del endotelio y el aumento en la producción de la endotelina vasoconstrictora derivada del endotelio también han sido asociados con la hipertensión pulmonar. Sin embargo, aún queda por esclarecer si estos trastornos son la causa o el resultado de la enfermedad.

La proliferación de tejido íntimal y adventicial se produce después de la vasoconstricción a medida que progresa la enfermedad. La trombosis se puede producir como resultado de lesiones del endotelio, de una fibrinólisis anormal, de un aumento en la actividad procoagulante y de trastornos plaquetarios.

### **Manifestaciones clínicas**

- Con frecuencia, la dificultad para respirar o el mareo leve durante la actividad es el primer síntoma.
- Se puede presentar taquicardia. (palpitaciones.)
- Con el tiempo, los síntomas ocurren con actividad más ligera o incluso estando en reposo.

Otros síntomas abarcan:

- Edema de las piernas y los tobillos.
- Cianosis.
- Presión o dolor torácico.
- Vértigo o síncope.
- Fatiga.
- Debilidad

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 204 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Esta patología compromete la función de ventilación pulmonar generando alteración de las funciones a desempeñar (entrenamiento físico). La disnea y fatigabilidad fácil se deben a la dificultad para entregar oxígeno durante actividad física como resultado de la inhabilidad para aumentar el débito cardíaco cuando la demanda aumenta.</li>   <li>○ Se puede además producir dolor torácico asociado a isquemia del ventrículo derecho y síncope por caída del flujo cerebral durante la actividad física, lo cual generaría caídas. Por lo anterior debe estar restringido el trabajo en alturas. Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **DESVIACIÓN MODERADA A SEVERA DEL TABIQUE NASAL CON OBSTRUCCIÓN FUNCIONAL SUPERIOR AL 30%.**

### **Definición**

Las desviaciones septales pueden ser traumáticas, congénitas o aparecer espontáneamente en el desarrollo facial. Las desviaciones traumáticas pueden establecerse inmediatamente o cuando el trauma ocurre en la infancia, en el proceso de crecimiento de la nariz.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 205 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## Causas

Traumática, neoplasia, congénita o puede aparecer durante el desarrollo facial

## Fisiopatología

Las desviaciones septales alteran la permeabilidad respiratoria al cambiar el flujo laminar del aire inspirado, lo que ocasiona turbulencias o atrofia de las estructuras esqueléticas. (Ramírez, 2001).

Las desviaciones septales pueden ser suaves y convexas, o convertirse en crestas y espolones septales. Las desviaciones suaves presentan convexidad hacia una fosa acompañada habitualmente de una contra curva hacia el otro, en forma de "S". En ellas, el septum cartilaginoso se encuentra engrosado en las partes más salientes de la curva. Este tipo de obstrucciones pueden ocasionar obstrucción nasal bilateral.

Las crestas y los espolones se desarrollan preferentemente en dos sitios: 1. En la unión del borde anterior y superior del vómer con el borde posterior e inferior del cartílago cuadrangular y de la lámina perpendicular del etmoides. 2. En la unión del borde inferior del vómer y del cartílago septal con la espina nasal y la cresta maxilar formada por las apófisis palatinas. El diagnóstico de desviación septal es muy sencillo, ya que se establece por simple rinoscopia. Lo que es muy difícil es determinar si la desviación septal produce o no obstrucción nasal. Esta relación de causalidad, es decir, que la desviación septal produzca la obstrucción nasal y no que simplemente coexista con ella, se puede establecer con base en lo siguiente:

- Las desviaciones septales producen obstrucción continua. Esta puede ser parcial o total en un momento dado, clínica o subclínica, pero se puede determinar objetivamente todo el tiempo. No es posible suponer que el tabique cambie de lugar periódicamente por lo cual, si

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 206 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

la causa de la obstrucción es la desviación septal, esta existirá en mayor o menor grado, pero en forma constante.

- La obstrucción nasal no se corrige totalmente con vasoconstrictores nasales. Estos la podrán mejorar, en la medida que los cornetes sean capaces de retraerse y dejar un espacio extra a pesar de la desviación, pero no lo pueden hacer a tal grado de normalizar la respiración. Si lo hacen, el defecto que ocasiona la obstrucción yace, seguramente, en una anomalía funcional de los cornetes que no se corregirá cambiando la posición del septum. La permeabilidad nasal puede cuantificarse por medio de la "rinomanometría" que mide y registra la presión y el flujo de la corriente aérea en cada fosa nasal.

### **Manifestaciones clínicas**

Congestión nasal persistente, obstrucción persistente del paso del aire, ronquidos nocturnos, hiposmia, sequedad nasal y epistaxis. La desviación del tabique nasal es una de las causas de insuficiencia respiratoria nasal.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología que produce insuficiencia respiratoria dada por disminución del flujo de aire y alteración de la ventilación pulmonar. Requieren tratamiento quirúrgico, que a largo plazo, sin tratamiento y por las características de las funciones a desempeñar (entrenamiento físico) estaría restringido.</li> <li>○ Observación: si el paciente presenta esta alteración y es susceptible de corrección quirúrgica sin secuelas posteriores y es certificada su funcionalidad por el médico tratante podrá realizar sin restricciones sus funciones laborales.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 207 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## TUMORES

### Definición

Comprenden neoplasias benignas o malignas de nariz, laringe, pulmones, pleurales, bronquiales y de la tráquea.

### Causas

Existen múltiples factores riesgo que interfieren para el desarrollo de cada una de las neoplasias, dentro de los cuales se incluyen: el consumo de tabaco, la exposición a gases, polvos y químicos entre otros. Además del factor de riesgo genético y estilos de vida.

### Fisiopatología

#### Cáncer de pulmón

Es el más frecuente en todo el mundo. Se calcula que en 1985 se produjeron 676.500 casos en varones y 219.300 casos en mujeres, lo que representa un 11,8 % de todos los nuevos casos de cáncer ocurridos ese año; cifra que está aumentando a un ritmo aproximado de un 0,5 % por año (Parkin, Pisani y Ferlay 1993). Cerca del 60 % de estos casos tienen lugar en países industrializados, en muchos de los cuales el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer entre los varones.

Tanto en los países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo, los varones presentan una incidencia mayor que las mujeres y la relación entre ambos sexos varía entre 2 y 10

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 208 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

veces. Las variaciones internacionales entre sexos en cuanto a la incidencia de cáncer de pulmón se explican en gran medida por la variación en los patrones de consumo de tabaco, tanto actual como pasado.

Se ha observado de forma constante un riesgo mayor de cáncer de pulmón en las áreas urbanas en comparación con las áreas rurales. En los países industrializados se observa una relación inversa entre la incidencia de cáncer de pulmón y la mortalidad según la clase social en los varones, mientras que las mujeres muestran patrones menos claros y constantes. Las diferencias entre clases sociales en los varones reflejan principalmente un patrón de consumo de tabaco diferente. Sin embargo, en los países en desarrollo parece existir un mayor riesgo en los varones de la clase social superior que en otros varones: este patrón probablemente refleja la adopción más precoz de hábitos occidentales por parte de los grupos más prósperos de la población.

El carcinoma escamo celular presenta una fuerte asociación con el consumo de tabaco y representa el tipo de cáncer de pulmón más común en muchas poblaciones. Se origina con mayor frecuencia en los bronquios proximales.

El adenocarcinoma presenta una asociación menos intensa con el consumo de tabaco. Este tumor es de origen periférico y puede presentarse como un nódulo solitario periférico, una enfermedad multifocal o una forma neumónica rápidamente progresiva que se disemina de lóbulo a lóbulo.

El carcinoma de células grandes representa una proporción más pequeña de todos los cánceres de pulmón y tiene un comportamiento similar al del adenocarcinoma. El cáncer de pulmón puede metastatizar a prácticamente cualquier órgano. Las localizaciones más frecuentes de las lesiones metastásicas son la pleura, los ganglios linfáticos, el hueso, el cerebro, las glándulas

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 209 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

suprarrenales, el pericardio y el hígado. En el momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón presentan metástasis.

El pronóstico varía según el estadio de la enfermedad. La supervivencia global a los cinco años para los pacientes con cáncer de pulmón en Europa (en el periodo 1983-85) se encontraba entre el 7 y el 9 % (Berrino y cols. 1995). Actualmente no se dispone de ningún método de detección selectiva en la población para el cáncer de pulmón.

### **Cáncer nasofaríngeo**

Es raro en la mayoría de las poblaciones, pero frecuente en ambos sexos en áreas como el sudeste asiático, el sur de China y el norte de África. Los emigrantes del sur de China conservan en gran medida este riesgo elevado, pero los emigrantes chinos de segunda y tercera generación a Estados Unidos tienen un riesgo inferior a la mitad con respecto a los de primera generación.

Los cánceres de nasofaringe generalmente se originan en el epitelio escamoso. De acuerdo con la OMS, estos tumores se clasifican como: tipo 1, carcinoma escamo celular queratinizante; tipo 2, carcinoma no queratinizante; y tipo 3, carcinoma indiferenciado, que es el tipo histológico más frecuente. El tipo 1 tiene un crecimiento local incontrolado, y se observa diseminación metastásica en el 60 % de los pacientes. Los tipos 2 y 3 presentan diseminación metastásica en el 80 al 90 % de los pacientes.

Se detecta una masa en el cuello en alrededor del 90 % de los pacientes con carcinoma de nasofaringe. Pueden encontrarse alteraciones de la audición, otitis media serosa, acúfenos, obstrucción nasal, dolor y síntomas relacionados con el crecimiento del tumor hacia estructuras anatómicas adyacentes.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 210 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

El consumo de pescado salado al estilo chino es un factor de riesgo de cáncer nasofaríngeo; el papel de otros factores nutricionales y de virus, en particular del virus de Epstein-Barr, aunque sospechado, no se ha confirmado. No se conoce ningún factor profesional que cause cáncer nasofaríngeo, y en la actualidad no se dispone de medidas preventivas. (Higginson, Muir y Muñoz 1992).

### **Cáncer nasosinusal**

Las neoplasias de la nariz y de las cavidades nasales son relativamente raras. En conjunto, el cáncer de nariz y de senos paranasales - incluidos los senos maxilares, etmoidales, esfenoidales y frontales - representan menos del 1 % de todos los cánceres. En la mayoría de los casos, estos tumores se clasifican como carcinomas escamosos. En los países occidentales, los cánceres de nariz son más frecuentes que los de senos paranasales (Higginson, Muir y Muñoz 1992).

Se producen con mayor frecuencia en varones y entre las poblaciones de raza negra. La incidencia más alta se observa en Kuwait, Martinica e India. El pico de desarrollo de la enfermedad se produce durante la sexta década de la vida. La principal causa conocida del cáncer nasosinusal es la exposición al polvo de madera, en particular de las maderas duras. El consumo de tabaco no parece asociarse a este tipo de cáncer.

La mayoría de los tumores de la cavidad nasal y de los senos paranasales son bien diferenciados y de crecimiento lento. Los síntomas pueden incluir úlcera no cicatrizante, hemorragia, obstrucción nasal y síntomas relacionados con el crecimiento en la cavidad oral, la órbita y la fosa pterigoidea. La enfermedad suele estar avanzada en el momento del diagnóstico.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 211 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Cáncer de laringe**

La incidencia más alta de cáncer de laringe se comunica en Sao Paolo (Brasil), Navarra (España) y Varese (Italia). También se ha comunicado una mortalidad elevada en Francia, Uruguay, Hungría, Yugoslavia, Cuba, Oriente Próximo y norte de África. El cáncer de laringe afecta predominantemente a los varones: en 1985 se produjeron aproximadamente 120.500 casos en varones y 20.700 en mujeres (Parkin, Pisani y Ferlay 1993). En general, la incidencia es mayor en las poblaciones de raza negra que en las de raza blanca, y en las áreas urbanas en comparación con las rurales.

Prácticamente todos los cánceres de laringe son carcinomas escamosos. La mayor parte se localizan en la glotis, pero también pueden desarrollarse en la supraglotis o, raramente, en la subglotis. Los síntomas pueden estar ausentes o ser muy leves. Puede aparecer dolor, sensación de aspereza, alteración de la tolerancia a alimentos calientes o fríos, tendencia a la broncoaspiración de líquidos, alteración de las vías aéreas, un cambio leve en la voz durante varias semanas y adenopatía cervical, dependiendo de la localización y el estadio de la lesión.

La mayoría de los cánceres de laringe son visibles a la inspección o la endoscopia laríngea. En la laringe de los fumadores pueden identificarse lesiones preneoplásicas (Higginson, Muir y Muñoz 1992). La supervivencia global a los cinco años para los pacientes con cáncer de laringe en Europa entre 1983 y 1985 era de alrededor del 55 % (Berrino y cols. 1995).

### **Mesotelioma pleural**

Los mesoteliomas pueden originarse en la pleura, el peritoneo y el pericardio. El mesotelioma maligno representa el tumor pleural más importante; se produce principalmente entre la quinta y la séptima décadas de la vida.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 212 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

El mesotelioma pleural fue en el pasado un tumor raro y continúa siéndolo en la mayoría de las poblaciones femeninas; pero en los varones de los países industrializados su incidencia ha aumentado en un 5 a un 10% por año durante las últimas décadas.

En general, los varones resultan afectados más que las mujeres. La obtención de cálculos precisos sobre su incidencia y mortalidad resulta problemática debido a las dificultades en el diagnóstico histológico y a los cambios en la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases, ICD) (Higginson, Muir y Muñoz 1992). Sin embargo, las tasas de incidencia parecen presentar variaciones locales muy importantes: con muy elevadas en áreas en las que existe minería del amianto (p.ej., provincia del NO de El Cabo en Sudáfrica), en las principales ciudades con astilleros y en regiones con contaminación medioambiental por fibras, como ocurre en ciertas áreas de la parte central de Turquía. Los pacientes pueden estar asintomáticos y ser diagnosticados casualmente por una radiografía de tórax o bien presentar disnea y dolor torácico. Los mesoteliomas tienden a ser invasivos. La supervivencia media es de 4 a 18 meses en varias series.

### **Manifestaciones clínicas**

Varían de acuerdo a la neoplasia a que hace referencia y el estadio sin embargo pueden incluir generalmente: tos, expectoración, hemoptisis, disnea, dolor torácico, cianosis, acropaquia, pérdida de peso, fiebre intermitente, astenia y adinamia, diaforesis.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patologías que comprenden la afección de las vías respiratorias altas y bajas, que comprometen la función de ventilación pulmonar y por las características de las funciones a desempeñar (entrenamiento físico) estaría restringido.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 213 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- A su vez, son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto, que por la función a desempeñar en cualquier parte del país, puede verse restringido generándose riesgos para la salud del funcionario.
- Las neoplasias malignas se asocian a síndromes constitucionales que producen desacondicionamiento físico, disminución de la capacidad aeróbica, con pérdida de la masa muscular y la fuerza muscular.
- Requieren oxígeno suplementario para realizar actividades básicas de la vida diaria.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 214 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA DIGESTIVO

### LESIONES O AFECCIONES DE LOS MAXILARES Y SUS TEJIDOS, CON DESFIGURACIONES

#### Definición

La boca es la puerta de entrada al aparato digestivo y sus funciones son fundamentalmente la masticación y la deglución de los alimentos; y la digestión parcial de los almidones por medio de las enzimas salivales. También participa en la vocalización y puede sustituir o complementar a la nariz en la respiración.

Dados lo expuesto de su localización y las funciones que cumple, es mucho más que una simple puerta de entrada, actuando como área de absorción, retención y excreción de las sustancias tóxicas a las que se expone el organismo. Los factores que favorecen la respiración bucal (estenosis nasal, situaciones emocionales) y el aumento de la ventilación pulmonar durante el esfuerzo facilitan la penetración de sustancias extrañas por esta vía o su acción directa en los tejidos de la cavidad bucal.

Los tejidos de la cavidad oral pueden ser un foco de acumulación de sustancias tóxicas, no sólo por absorción directa y local, sino también por transporte a través de la circulación sanguínea.

#### Causas

Las lesiones de la boca y de los dientes (también llamadas lesiones estomatológicas) de origen profesional pueden ser debidas a: agentes físicos (traumatismos agudos y microtraumatismos crónicos, calor, electricidad, radiaciones, etc.) que alteran los tejidos de la cavidad oral, directamente o a través de cambios sistémicos; agentes biológicos (virus, bacterias, micetos).

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 215 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **Fisiopatología**

### **Labios y mejillas**

La exploración de labios y mejillas puede revelar palidez debida a anemia (benceno, intoxicación por plomo, etc.), cianosis por insuficiencia respiratoria aguda (asfixia) o crónica (enfermedades profesionales del pulmón), cianosis por metahemoglobinemia (nitritos y compuestos orgánicos nitrogenados, aminas aromáticas), color rojo cereza secundario a la intoxicación aguda por monóxido de carbono, pigmentación amarillenta en caso de intoxicación aguda por ácido pírico o dinitrocresol o en la ictericia hepatotóxica (fósforo, pesticidas con hidrocarburos clorados, etc.). En la argirosis aparece una coloración parda o gris azulada causada por la precipitación de la plata o de sus compuestos insolubles, sobre todo en las zonas expuestas a la luz solar.

Los trastornos profesionales de los labios son: disqueratosis, fisuras y ulceraciones por acción directa de las sustancias cáusticas y corrosivas; dermatitis alérgica de contacto (níquel, cromo) que puede incluir también la dermatitis de los trabajadores del tabaco; eczemas microbianos secundarios al uso de equipo respiratorio protector sin respetar las normas elementales de higiene; lesiones debidas al carbunco y al muermo (úlceras cancroide y pústulas malignas) de los que trabajan con animales, inflamación causada por la radiación solar en los trabajadores agrícolas y los pescadores; neoplasias en los que manejan sustancias carcinógenas; lesiones traumáticas y chancros de los labios en los sopladores de vidrio.

### **Dientes**

La coloración debida al depósito de sustancias inertes o a la impregnación del esmalte por compuestos solubles tiene un interés casi exclusivamente diagnóstico. Los cambios de coloración importantes son los siguientes: pardo, por depósito de compuestos de hierro, níquel y manganeso;

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 216 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

pardo verdoso, debido al vanadio; pardo amarillento, debido al yodo y al bromo; amarillo dorado, con frecuencia limitado a la línea gingival, debido al cadmio.

Mayor importancia tiene la erosión dental de origen mecánico o químico. Incluso en la actualidad, es posible encontrar erosiones de origen mecánico en ciertos artesanos (debidas a la costumbre de sujetar clavos o cuerdas, etc., con los dientes), tan características que pueden considerarse estigmas profesionales.

Se han descrito lesiones causadas por polvos abrasivos en fresadores, lijadores, canteros y talladores de piedras preciosas. La exposición prolongada a los ácidos orgánicos e inorgánicos provoca a menudo lesiones dentales, que afectan sobre todo a la superficie labial de los incisivos (más rara vez a los caninos). Estas lesiones comienzan por ser superficiales y limitadas al esmalte, pero se van haciendo más profundas y amplias, alcanzando la dentina y provocando la solubilización y movilización de las sales de calcio. Su localización en la superficie anterior de los dientes se debe a que cuando la boca está abierta, son estos dientes los que resultan más expuestos y privados de la protección natural del efecto tampón de la saliva.

### **Cambios de las membranas mucosas y estomatitis**

Los distintos cambios de coloración de las membranas mucosas debidos a la impregnación o precipitación de metales y sus compuestos insolubles (plomo, antimonio, bismuto, cobre, plata, arsénico) tienen un valor diagnóstico definitivo. Un ejemplo típico es la línea de Burton en la intoxicación por plomo, que se debe a la precipitación del sulfuro de plomo tras el desarrollo de ácido sulfhídrico en la cavidad oral como consecuencia de la putrefacción de los restos alimenticios. No ha sido posible reproducir experimentalmente esta línea de Burton en animales herbívoros.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 217 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Existe un cambio de coloración muy peculiar de la membrana mucosa de la lengua de los trabajadores expuestos al vanadio. Se debe a la impregnación por pentóxido de vanadio, que posteriormente se reduce a trióxido. Esta coloración no puede eliminarse, pero desaparece espontáneamente algunos días después de concluir la exposición.

La mucosa oral puede ser asiento de lesiones corrosivas graves debidas a ácidos, álcalis u otras sustancias corrosivas. Los álcalis producen maceración, supuración y necrosis del tejido, con formación de lesiones que se desprenden con facilidad. La ingestión de productos cáusticos o corrosivos provoca úlceras grandes y muy dolorosas en la boca, el esófago y el estómago, que pueden evolucionar hacia la perforación y a menudo dejan cicatrices. La exposición crónica favorece el desarrollo de inflamación, fisuras, úlceras y descamación epitelial de la lengua, el paladar y otras partes de la mucosa oral. Los ácidos inorgánicos y orgánicos coagulan las proteínas y causan lesiones ulceradas, necróticas, que curan con cicatrices estenosantes. Los cloruros de mercurio y de zinc, algunas sales de cobre, los cromatos alcalinos, el fenol y otras sustancias cáusticas provocan lesiones similares.

### **Glándulas salivales**

Se ha observado un aumento de la secreción salival en las situaciones siguientes:

- En distintas estomatitis agudas y crónicas, debido sobre todo a la acción irritante de las sustancias tóxicas; a veces es de gran intensidad. Por ejemplo, en la intoxicación crónica por derivados del mercurio, el síntoma es tan marcado y aparece en una fase tan precoz, que los trabajadores ingleses lo han denominado “enfermedad de la saliva”.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 218 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- En casos de intoxicación con afectación del sistema nervioso central, como sucede en la secundaria al manganeso. Sin embargo, incluso en la intoxicación crónica por mercurio, se cree que la hiperactividad de las glándulas salivales es al menos en parte, de origen nervioso.
- En casos de intoxicación aguda por pesticidas organofosforados que inhiben las colinesterasas.
- Existe disminución de la secreción salival en los trastornos graves de la termorregulación (golpe de calor, intoxicación aguda por dinitrocresol) y en la alteración grave del equilibrio hidroelectrolítico durante el fracaso hepatorenal de origen tóxico.

En los casos de estomatitis aguda o crónica, el proceso inflamatorio puede afectar también, a veces, a las glándulas salivales.

### **Manifestaciones clínicas**

Odinofagia, disfagia, disartria entre otros, además de las mencionadas previamente de acuerdo al área comprometida y al agente. Adicionalmente provoca una mala oclusión grave que requiere tratamiento quirúrgico. Se puede presentar hipoplasia o hiperplasia condilar que genera alteración en la línea media facial.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 219 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología que altera la fundamentalmente la masticación y la deglución de los alimentos y puede comprometer la vocalización.</li> <li>○ Por el desempeño de sus actividades y funciones puede generar obstrucciones de la vía aérea y restringir el uso permanente de la voz (necesaria para impartir órdenes).</li> <li>○ Presenta una anomalía física que altera, modifica o cambia la estructura facial, en forma visible o permanente y que altera su funcionalidad. Requiere control y seguimiento médico a largo plazo.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **PARÁLISIS DE LA LENGUA**

### **Definición**

Se da por la lesión de la inervación motora de la lengua que procede del nervio hipogloso (xii) y del glossofaríngeo (ix).

### **Causas**

- Parálisis unilateral de la lengua: se puede presentar parálisis de la lengua por lesión del nervio hipogloso. La parálisis por lesiones directas de la lengua es relativamente frecuente en época

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 220 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

de guerra, en la vida civil a causa de accidentes o consecuencia de neoplasias o accidentes cerebrovasculares.

- Parálisis bilateral de la lengua: es debida a una lesión de la neurona periférica. Existe una degeneración, atrofia muscular y contracciones fibrilares; en cambio, en las lesiones de la neurona central faltan estas tres características.

### **Fisiopatología**

El nervio hipogloso inerva los músculos isolaterales de la lengua. El núcleo de este nervio o sus fibras de salida pueden estar afectados por lesiones intramedulares como tumores, poliomielitis, o con mayor frecuencia, enfermedad de la neurona motora. Las lesiones de las meninges basales y los huesos occipitales (platibasia, enfermedad de Paget) pueden comprimir el nervio en su trayecto extramedular o bien en el conducto del hipogloso. Pueden aparecer lesiones aisladas de causa desconocida. La atrofia y las fasciculaciones de la lengua aparecen semanas después de la interrupción del nervio.

### **Manifestaciones clínicas**

Si la parálisis es unilateral la punta de la lengua se desvía hacia el lado paralizado. La parálisis bilateral produce disartria muy acentuada y dificultad para la masticación y deglución. Es de advertir que las lesiones bilaterales de los hemisferios cerebrales provocan una parálisis glosolabial denominada pseudobulbar.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología que altera la fundamentalmente la masticación y la deglución de los alimentos y puede comprometer la vocalización.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 221 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Por el desempeño de sus actividades y funciones puede generar obstrucciones de la vía aérea y restringir el uso permanente de la voz (necesario para impartir órdenes).
- Presenta una irregularidad física que altera, modifica o cambia la estructura facial, en forma visible o permanente y que altera su funcionalidad. Requiere control y seguimiento médico a largo plazo.

### **MOVILIDAD DENTAL GRADO III**

#### **Definición**

La movilidad dental grado III es una movilidad grave bucolingual, mesodistal o ambos con desplazamiento vertical. El progreso de la enfermedad periodontal con la consiguiente pérdida de hueso alveolar, ocasiona un aumento de la movilidad de los dientes. De esta forma, la movilidad dental es un parámetro útil para el diagnóstico de la enfermedad periodontal.

#### **Causas**

Se debe de un lado a la elasticidad del ligamento periodontal y de otro a la deformación del hueso alveolar en respuesta a una tensión.

#### **Fisiopatología**

En la periodontitis vamos a encontrar reabsorción ósea, reabsorción gingival, pérdida del ligamento periodontal y movilidad dentaria causado por presencia de placa dura en la superficie dental. Quiere decir que mientras mayor sea el tiempo de la placa dura en la superficie del diente, mayor será la reabsorción. Estos daños son irreversibles. Se forma una bolsa debajo del borde de las encías, donde quedan atrapados los alimentos y la placa.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 222 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Grados de reabsorción ósea: son de dos tipos, reabsorción ósea vertical y horizontal. De estas dos la reabsorción vertical es la más agresiva.

Movilidad dentaria: podemos clasificarla en tres grados; esta movilidad va a estar dada por pérdida del ligamento Periodontal:

- Grado 1: movilidad horizontal (una ligera movilidad de la pieza dental)
- Grado 2: movilidad vertical (este tipo de movilidad es la más agresiva)
- Grado 3: movilidad horizontal y movilidad vertical

Con un adecuado tratamiento podemos controlar un grado 1 y grado 2 de movilidad.

### **Manifestaciones clínicas**

Inestabilidad dental que interfiere con el proceso masticatorio.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El aspirante puede realizar el tratamiento odontológico antes de realizar su curso, con el fin de no interferir con su instrucción y asignación de funciones.</li> <li>○ Al estar relacionadas con pulpitis requerirá de tratamiento odontológico a largo plazo que por las características del servicio y/o función podría verse alterado.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 223 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **ACALASIA**

### **Definición**

Es el trastorno de la motilidad esofágica caracterizada por la ausencia de peristaltismo en el cuerpo del esófago, falta de relajación del esfínter esofágico inferior durante la deglución y una alta presión en la parte inferior del esófago. Puede deberse a una disfunción del plexo mientérico del esófago que determina una denervación del musculo esofágico. De igual forma puede estar asociado a complicaciones pulmonares secundarias a la regurgitación.

La alteración del vaciamiento esofágico conlleva a una progresiva dilatación del esófago. El carcinoma epidermoide del esófago se ve aumentado en pacientes con acalasia.

La enfermedad afecta ambos sexos y puede aparecer a cualquier edad, sin embargo se diagnostica generalmente entre la tercera y la cuarta década de la vida. Su incidencia en Estados Unidos y Europa oscila entre 0.5 a 1 por 100.000

### **Causas**

La etiología real de la enfermedad no es bien conocida, pero una parte de esta enfermedad está caracterizada por la deficiencia en el esfínter esofágico inferior o cardias, que le impide relajarse durante la deglución, entorpeciendo la entrada de alimento al estómago. Esta enfermedad también se caracteriza por la disminución en la peristalsis.

Por otro lado hay una falta de estimulación nerviosa al esófago, que tiene diversos orígenes: daños a los nervios del esófago, infecciones (principalmente parásitos), cáncer e incluso factores hereditarios. Afecta a personas de ambos sexos y a cualquier edad, sin embargo es más frecuente en adultos de mediana edad.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 224 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Fisiopatología**

La contracción y relajación del esfínter esofágico inferior (eei) están regulados por neurotransmisores excitatorios (como la acetilcolina y la sustancia p) e inhibitorios (como el óxido nítrico y el péptido intestinal vasoactivo). Los pacientes con acalasia tienen una carencia de las células ganglionares inhibitorias no-adrenérgicas y no-colinérgicas, las cuales suelen estar rodeadas por leucocitos con predominio de eosinófilos, causando un desbalance entre la neurotransmisión excitatoria y la inhibitoria. El resultado es un esfínter esofágico continuamente hipertenso o no relajado.

### **Manifestaciones clínicas**

Los síntomas más notables son: 1. Dolor retroesternal, que en fases iniciales es intermitente y que se va haciendo progresivo. 2. Disfagia esofágica (el alimento, una vez tragado, se "atasca" por el aumento de presión de la parte distal del esófago y el cardias). 3. En fases avanzadas se puede dar regurgitación, dolor torácico y pérdida de peso que puede confundir con un cáncer de esófago.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se considera que genera inhabilidad para aquellos cargos que requieran de esfuerzo físico importante bien sea por el entrenamiento inherente a su cargo o por el desarrollo de sus funciones, como es el caso del Inspector y solo en aquellos casos en los cuales la acalasia haya generado secuelas nutricionales dadas por bajo peso al presentar episodios frecuentes de regurgitación.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 225 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **HERNIAS EN CUALQUIER UBICACIÓN**

### **Definición**

Las hernias pueden surgir en cualquier lugar del cuerpo, pero son más frecuentes en el área abdominal. Entre los tipos específicos de hernias abdominales se incluyen:

- **Hernia epigástrica:** se produce en la parte alta del abdomen, entre el esternón y el ombligo. Es más común en hombres que en mujeres y puede causar sensibilidad en el área afectada, indigestión, eructos y a veces vómitos.
- **Hernia paraumbilical:** se desarrolla cerca del ombligo y es más común en mujeres que en hombres. Puede producir estreñimiento y a veces, dolores abdominales.
- **Hernia inguinal:** se desarrolla en la ingle, sobre todo en hombres o en bebés varones.
- **Hernia femoral:** es similar a la hernia inguinal, salvo que se desarrolla más debajo de la ingle. Se da generalmente en mujeres obesas.
- **Hernia umbilical:** se da en bebés recién nacidos y aparece como un bulto alrededor del ombligo.
- **Hernia incisional:** esta hernia normalmente se produce después de una operación en el abdomen, en el lugar en que ha sido cortado el músculo.

### **Causas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 226 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Las hernias son causadas por la debilidad o desgarramiento de la pared muscular que cubre la cavidad abdominal. El embarazo y la obesidad suelen ser factores desencadenantes.

### **Fisiopatología**

Se da la protrusión de un órgano a través de una abertura anormal en la pared muscular de la cavidad que la rodea. Las hernias pueden ser congénitas, deberse a la falta de cierre de determinadas estructuras tras el nacimiento o desarrollarse en un momento posterior de la vida por obesidad, debilidad muscular, una intervención quirúrgica o alguna enfermedad.

### **Manifestaciones clínicas**

Las hernias son causadas por la debilidad o desgarramiento de la pared muscular que cubre la cavidad abdominal. El embarazo y la obesidad suelen ser factores desencadenantes.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento durante su periodo de formación se pueden sufrir complicaciones como encarcelamiento o estrangulación del saco herniario.</li> <li>○ Tiene restricción para levantar objetos pesados, no debe realizar movimientos de flexoextensión de columna ya que puede generar compresión del defecto herniario abdominal.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 227 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **CIRROSIS O NECROSIS HEPÁTICA**

### **Definición**

Condición ocasionada por ciertas enfermedades crónicas del hígado que provocan la formación de tejido cicatrizal y daño permanente al hígado. El tejido cicatrizal que se forma en la cirrosis hepática daña la estructura del hígado, bloqueando el flujo de sangre a través del órgano. La pérdida del tejido hepático normal disminuye la capacidad que tiene el hígado de procesar nutrientes, hormonas, fármacos y toxinas. También disminuye la capacidad del hígado para producir proteínas y otras sustancias.

### **Causas**

Alcoholismo crónico, hepatitis viral (tipo b, c y d), hepatitis auto inmune , trastornos hereditarios, deficiencia de alfa-1 antitripsina, fibrosis quística, hemocromatosis, enfermedad de wilson, galactosemia, enfermedades relacionadas con el almacenaje de glicógeno, atresia biliar, reacción severa a medicamentos (fármacos), exposición a toxinas ambientales, ataques repetidos de fallo cardiaco acompañado de congestión hepática.

### **Fisiopatología**

Las lesiones de los hepatocitos producen cambios de la función hepática que puede llegar en casos extremos a la insuficiencia grave con el cuadro clínico característico. Como muchas otras formas de insuficiencia orgánica no es posible descartar las formas mínimas. Además de las manifestaciones del daño hepático evidenciado por una serie de síntomas y signos, se presentan entre otras síntomas secundarios al hiperesplenismo y la hipertensión portal.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 228 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Los sinusoides reciben caudal de sangre de la vena porta y de la arteria hepática. La presión de la arteria hepática pareciera no influir normalmente sobre la presión portal, salvo en la cirrosis hepática donde existe una disminución del lecho vascular con espacios con nula o escasa vascularización. En estos casos la irrigación se hace exclusivamente por la arteria hepática. Los troncos venosos importantes de la porta pueden estrecharse y volverse sinuosos en la Hipertensión Portal.

### **Manifestaciones clínicas**

Astenia, adinamia, hiporexia, náuseas, ictericia, ascitis, pérdida de peso, encefalopatía, anasarca y/o edema de miembros inferiores, prurito generalizado, alteración del metabolismo, hipertensión portal, varices esofágicas.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología de carácter irreversible, que por su evolución, puede comprometer varios sistemas.</li> <li>○ Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto que por la función a desempeñar en cualquier parte del país puede verse restringida generándose riesgos para la salud del funcionario.</li> <li>○ En este tipo de situaciones se requiere que el paciente no tenga contacto con comunidades (específicamente manejo de personal carcelario). Lo anterior, con el fin de disminuir posibles factores de riesgo infecto - contagioso.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 229 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## COLELITIASIS

### Definición

Acumulo de cálculos en la vesícula biliar. Se considera uno de los desórdenes que afecta con mayor frecuencia al tracto gastrointestinal y se estima que en los estados unidos el 10% de la población padece de cálculos en la vesícula biliar.

### Causas

Cualquier condición que produzca un aumento en la cantidad de colesterol, calcio o bilirrubina no conjugada. Predispone la formación de cálculos la acumulación de bilis por periodos prolongados (hipo movilidad).

### Fisiopatología

- mecanismos de la sobresaturación biliar.
- precipitación y nucleación del colesterol.
- precipitación y nucleación del colesterol biliar.
- Crecimiento y agregación de los cristales.
- crecimiento y agregación de los cristales de colesterol.

Los cálculos pueden ser de dos tipos: pigmentarios: representan el 25% y se componen de bilirrubina y se acompañan de sales de calcio, son radiopacos. Colesterol: representa el 75% de los cálculos, son radiolúcidos.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 230 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

- Cólico biliar: dolor abdominal de inicio súbito, intenso, en epigastrio o hipocondrio derecho, irradiado a espalda y escápula; desencadenado por ingesta de alimentos altos en grasas.
- No se alivia con ninguna posición.
- Signos acompañantes: náusea, vómito, fiebre, ictericia, irritación peritoneal.

### **JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD**

- Son pacientes que deben ser sometidos en forma previa a manejo posiblemente quirúrgico, antes del inicio de sus funciones. Requiere previa valoración médica.

## **PANCREATITIS CRÓNICA**

### **Definición**

Inflamación progresiva del páncreas que da lugar a su destrucción, provocando la pérdida de sus funciones principales como son alteración de la absorción de los alimentos (malabsorción) y aumento de los niveles de azúcar en sangre (diabetes mellitus).

### **Causas**

La causa más frecuente es el alcohol, dando lugar al 70 a 90% de los casos. En un 10 a 30% de las pancreatitis crónicas se no se conoce la causa (es lo que se llama pancreatitis crónica idiopática).

Una pequeña parte de los casos de pancreatitis crónica tienen relación familiar (pancreatitis crónica hereditaria). También se ha relacionado con el aumento de los niveles de calcio o de triglicéridos en la sangre. En los niños, la causa más frecuente es la fibrosis quística.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 231 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Fisiopatología**

Es un proceso inflamatorio crónico del páncreas que comporta la formación de fibrosis y la destrucción del tejido exocrino y endocrino. Desde el punto de vista histológico se requiere la presencia de fibrosis y atrofia glandular, mientras que se acepta una presencia variable de infiltrado celular inflamatorio.

### **Manifestaciones clínicas**

El dolor es el síntoma fundamental. Son frecuentes la pérdida de peso, la esteatorrea y otros signos y síntomas de malabsorción.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las complicaciones de la pancreatitis, pueden generar complicaciones sistémicas, algunas de ellas irreversibles que deterioran la funcionalidad global y puede verse comprometida la integridad física del aspirante toda vez que será expuesto a una carga física elevada.</li> </ul>

## **COLOSTOMIA**

### **Definición**

Es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de la pared abdominal. Las heces que se movilizan a través del intestino van a parar a una bolsa adherida al abdomen.

### **Causas**

Existen muchas razones para llevar a cabo una colostomía:

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 232 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Infección abdominal, como en el caso de diverticulitis perforada o un absceso
- Lesión al colon o al recto (por ejemplo, una herida con arma de fuego)
- Bloqueo parcial o completo del intestino grueso (oclusión intestinal)
- Cáncer colorrectal
- Fístulas o heridas en el perineo, el área entre el ano y la vulva (mujeres) o el ano y el escroto (hombres).

Dependiendo de la enfermedad o lesión específica las colostomías son temporales o permanentes. En la mayoría de los casos, las colostomías pueden ser reversibles.

### **Fisiopatología**

Este procedimiento usualmente se realiza después de resecciones intestinales, obstrucción intestinal o lesiones. La colostomía puede ser temporal o permanente. Para la colostomía, se pasa un extremo del colon sano a través de la pared abdominal y se suturan los extremos a la piel de dicha pared. Se fija una bolsa, llamada dispositivo de ostomía, alrededor de la abertura para permitir el drenaje de las heces.

La colostomía puede ser por corto tiempo. Una vez que haya recuperación total de la cirugía inicial, se practica otra cirugía para reconectar los extremos del intestino grueso. En general, esto se hace después de 12 semanas.

### **Manifestaciones clínicas**

El tránsito intestinal se deriva del intestino grueso a un reservorio fijado a la pared abdominal el cual debe cambiarse frecuentemente.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 233 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por ser un procedimiento quirúrgico, son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto, ya que en la mayoría de los casos se requiere cirugía de reconexión.</li>   <li>○ Por lo anterior la función a desempeñar en cualquier parte del país puede verse restringido generándose riesgos para la salud del funcionario.</li>   <li>○ Estos pacientes están limitados para manipular pesos y realizar actividad física, porque pueden presentar protrusión o herniación de la ostomía.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 234 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA CARDIOVASCULAR

### ARTERIOSCLEROSIS

#### Definición

La arteriosclerosis se puede clasificar patológicamente en tres tipos, de los cuales el más común es la aterosclerosis. Se produce cuando el colesterol, un tipo de grasa, se acumula en las paredes de las arterias, haciéndolas más estrechas con lo que se obstaculiza el flujo sanguíneo. Con el tiempo el colesterol acumulado puede salir a la superficie y formar coágulos, causando más problemas circulatorios.

#### Causas

Se asocia a un estilo de vida poco saludable. Los factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis se pueden agrupar en dos categorías, según la posibilidad de actuar sobre ellos.

- No modificables: Edad, hormonas sexuales, antecedentes familiares y alteraciones genéticas.
- Modificables: Hiperlipidemia o aumento del nivel de lípidos en la sangre, hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, diabetes mellitus.

#### Fisiopatología

Proceso inflamatorio crónico en la pared de las grandes arterias. El fenómeno inicial es la infiltración de lipoproteínas de baja densidad (LDL) en la región subendotelial. Estas son oxidadas o modificadas siendo fagocitadas por los macrófagos formándose las células espumosas, estas células forman las estrías adiposas. Las LDL oxidadas tienen varios efectos nocivos como la estimulación de citocinas y la inhibición en la producción de óxido nítrico. Se estimulan las células del músculo liso

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 235 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

vascular y se desplazan desde la media hasta la intima, en este lugar prolifera la placa de ateroma. (Mcphee, 2003)

La placa de ateroma tiene su origen en la placa lipídica que se observa ya al nacimiento en las grandes arterias y se transforma con el transcurso del tiempo en la placa de ateroma, que inicialmente no provoca síntomas, pero que suele manifestarse por las enfermedades del síndrome ateroscleroso cuando se asocian los factores de riesgo de la aterosclerosis.

Conforme avanza la placa de ateroma, se produce un estrechamiento o estenosis de la arteria, inicialmente parcial, hasta evolucionar a una completa obstrucción. Además la placa de ateroma es frágil y puede romperse, sangrar y formar un trombo o desprenderse de la pared de la arteria y provocar una embolia de colesterol.

De forma esquemática, los elementos centrales de la patogénesis de la aterosclerosis son los siguientes:

- Daño crónico del endotelio, que se produce habitualmente de forma sutil y progresiva hasta terminar con la disfunción del mismo; lo que genera un aumento de la permeabilidad, la adhesión de los leucocitos circulantes (inicialmente monocitos) y aparición de un potencial trombogénico.
- Acumulación de lipoproteínas, fundamentalmente LDL, con alto contenido en colesterol, en la pared del vaso sanguíneo afectado (generalmente, en la capa íntima de una gran arteria).
- Modificación de las lipoproteínas acumuladas en la lesión por oxidación.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 236 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Adhesión de los monocitos sanguíneos (y otros leucocitos) al endotelio, seguido por su migración hacia la íntima y su transformación en macrófagos y en células espumosas.
- Adhesión de las plaquetas.
- Liberación de factores por las plaquetas activadas, los macrófagos o las células vasculares, que causan la migración de las células musculares lisas de la capa media de la arteria hacia la capa íntima.
- Proliferación de las células musculares lisas en la íntima; estas células se modifican y elaboran componentes de la matriz extracelular, como colágeno y proteoglicanos, que se acumulan en la íntima, generando la cubierta fibrosa de la placa de ateroma.
- Aumento en la acumulación de lípidos, tanto intracelularmente (en los macrófagos y en las células musculares lisas) como extracelularmente.
- Las placas de ateroma pueden permanecer estables, con una densa capa fibrosa y un componente inflamatorio y lipídico poco importante. Estas placas, aunque pueden reducir de forma considerable la luz del vaso, generalmente no producen una lesión aguda.
- Una placa puede devenir inestable (con tendencia a la ruptura) si presenta una capa fibrosa fina, un gran núcleo lipídico y un proceso inflamatorio importante. La ruptura de la placa puede generar un trombo.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 237 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

La aterosclerosis es asintomática mientras no aparece una estenosis crítica en una arteria, pero si se produce, los síntomas se deben a la disminución del aporte de sangre a los tejidos. El síntoma más frecuente es el dolor.

Las enfermedades que forman el síndrome de aterosclerosis y que se caracterizan por afectación de las arterias por placas de ateroma y en consecuencia obstrucción al flujo sanguíneo o isquemia son, dependiendo de la arteria del órgano afectado: cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, claudicación intermitente, disfunción eréctil, colitis isquémica, aneurisma aórtico.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se debe indagar sobre antecedentes personales de enfermedad isquémica cardiaca o cerebral y síntomas de claudicación intermitente; que en caso de ser positivos limitarían el tipo de entrenamiento y funciones a desarrollar; toda vez que se pueden precipitar los síntomas, generar lesiones orgánicas graves y en algunos casos la muerte por disfunción cardiaca.</li> <li>○ La fijación de la inhabilidad dependerá de los estudios de comorbilidad, teniendo en cuenta que en las fases iniciales de la enfermedad este es asintomática.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

### **FIBRILACIÓN Y FLUTER AURICULAR**

#### **Definición**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 238 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Son arritmias cardiacas de origen supraventricular en la que hay una activación auricular desorganizada, no hay coordinación en la sístole auricular y el llenado ventricular es inefectivo.

### **Causas (Ryden, 2006)**

Las causas más frecuentes son:

#### **Enfermedad cardíaca o valvular:**

- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad cardíaca reumática, estenosis mitral.
- Enfermedad del seno.
- Síndrome de pre excitación, Wolf Parkinson White (WPW).
- Insuficiencia cardíaca.
- Con menos frecuencia: cardiomiopatía, enfermedad pericárdica, defecto del tabique interauricular, mixoma auricular.

#### **Causas no cardíacas:**

- HTA.
- Tirotoxicosis.
- Infecciones agudas (neumonía la mayoría de los casos).
- Depleción electrolítica.
- Cáncer de pulmón.
- Otros problemas intratorácicos.
- Embolismo pulmonar.
- Diabetes.

#### **Relacionados con la dieta y estilos de vida:**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 239 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Sobrecarga emocional o física.
- Consumo excesivo de cafeína.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Consumo de cocaína.
- Obesidad.

#### **Tras cirugía**

- Sobre todo cirugía cardíaca y toracotomía.

#### **Fisiopatología**

Fundamentalmente se plantean dos mecanismos electrofisiológicos:

Múltiples focos de reentrada que originan frentes de onda reentrantes que circulan simultáneamente por ambas aurículas, activan las aurículas en forma aleatoria, desaparecen y vuelven a formarse y una vez establecidos siguen las vías de excitación. En función de la presencia o ausencia de refractariedad auricular muchos de ellos alcanzan el nodo atrioventricular activando al ventrículo con una frecuencia irregular y variable.

En algunos pacientes la fibrilación auricular parece tener un origen focal, con frecuencia en una de las venas pulmonares. Estos pacientes en general presentan extrasístoles auriculares frecuentes y paroxismos de fibrilación auricular sin cardiopatía orgánica.

La propia fibrilación auricular genera modificaciones fisiológicas y anatómicas que favorecen su persistencia: dilatación auricular, fibrosis miofibrilar, acortamiento de periodos refractarios auriculares y velocidad de conducción.

#### **Manifestaciones clínicas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 240 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Los síntomas pueden abarcar: dificultad respiratoria al estar acostado, confusión, vértigo, mareo, desmayos, fatiga, pulso que puede sentirse acelerado, rápido, palpitante, agitado o puede sentirse demasiado lento, pulso que puede sentirse regular o irregular, sensación de percibir los latidos cardíacos (palpitaciones), sensación de opresión en el pecho, disnea. Sintomatología deriva de la inestabilidad hemodinámica.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Este tipo de pacientes requieren como parte de su tratamiento anticoagulación para evitar embolias, que por las características del entrenamiento y la función a desempeñar pueden sufrir traumatismos leves que pondrían en riesgo su integridad física.</li> <li>○ Puede desarrollarse reaparición de la arritmia en el personal que presenta este antecedente médico.</li> <li>○ Adicionalmente se generan condiciones de riesgo porque pueden asociarse a pérdidas de conciencia, síncope o muerte súbita.</li> </ul>

## **ARRITMIA CARDIACA**

### **Definición**

Es cualquier anomalía en la frecuencia, regularidad o sitio de origen del impulso cardíaco o trastorno en la conducción que produce una alteración en la frecuencia normal de la activación de las aurículas y los ventrículos.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 241 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Las arritmias pueden originarse en la aurícula o en el ventrículo y pueden ser rápidas: taquiarritmia (más de 100 lpm) o lentas: bradiarritmia (menos de 60 lpm). Las que se originan por encima del ventrículo se llaman supraventriculares y las que se originan en el ventrículo son las arritmias ventriculares.

### **Causas**

Las arritmias se deben a alteraciones en la iniciación de los impulsos (automatismo) o a alteraciones en la propagación de los impulsos (conducción). Se pueden producir por un defecto congénito, cierto tipo de enfermedades cardiacas, alteraciones de la hormona tiroidea, la hipertensión arterial y la hemocromatosis. Además, el estrés, la cafeína, el tabaco, el alcohol y algunos medicamentos.

### **Fisiopatología**

El término arritmia cardiaca implica no sólo una alteración del ritmo y frecuencia cardiaca, sino también alteración en el sitio de inicio de la secuencia de la activación eléctrica del corazón.

El ritmo cardíaco es considerado normal cuando se origina en el nódulo sinusal y se conduce por las vías acostumbradas en forma normal. El ritmo sinusal es el que nace en el nodo sinusal (acumulo celular especializado de 3x15x1 mm ubicado en la aurícula derecha cercano a la llegada de la vena cava superior) y es desde aquí donde se genera la activación y propagación posterior del estímulo cardíaco. La propagación pasa rápidamente a las células vecinas gracias a la existencia de los discos intercalares que son membranas celulares con muy baja resistencia a los impulsos eléctricos.

Las células que forman el nódulo sinusal tienen la capacidad de despolarizarse antes que los demás marcapasos cardiacos y esto está determinado por:

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 242 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Las características del potencial de acción de estas células que presenta en forma espontánea mayor permeabilidad al ion sodio.
- Presentan potenciales transmembrana menos negativos, que los acerca más al potencial umbral de descarga.
- Las arritmias sean convertido con el tiempo en una de las consultas frecuentes en los servicios de urgencia y motivo de ingreso a las unidades de cuidados intermedios (uti) e intensivos (uci). Adicionalmente son causa de descompensación de insuficiencia cardiaca, especialmente en aquellas cardiopatías que cursan con disfunción ventricular diastólica y es así como las taquiarritmias determinan un menor tiempo de llenado ventricular y alteración en la relajación ventricular (esto último determinado por la persistencia de calcio intra citoplasmático) aumentando la presión intraauricular, la que se propaga en forma retrograda hacia el capilar pulmonar apareciendo con ello los síntomas de disnea que en los casos de instalación brusca puede ser un edema pulmonar agudo.

También la taquiarritmias pueden debutar como un cuadro anginoso, ya que esta puede perfectamente generar un cuadro isquémico al determinar un mayor consumo de oxígeno por el músculo cardiaco debido a las frecuencias cardiacas elevadas.

Los cuadros sincopales que son observables en la disociación auriculo ventricular (bloqueos a-v completó, taquicardia ventricular), bradicardias extremas y reflejo neurocardiogénico (respuesta a estímulo vagal desde mecano receptores de paredes ventricular) son otro ejemplo de motivo de consulta. En algunos casos las arritmias pueden ser catastróficas para el paciente y determinar muerte súbita como lo vemos en los casos de fibrilación ventricular.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 243 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

La duración, diversidad e intensidad de los síntomas depende mucho de cada caso pero los más habituales son: dificultad para respirar y dolor en el pecho, sensación de mareo, fatiga, palpitaciones.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La actividad física puede desarrollar la aparición de arritmias en el personal que presenta este antecedente médico.</li> <li>○ Adicionalmente se generan condiciones de riesgo porque pueden asociarse a pérdidas de conciencia o síncope; que pueden producir caída de alturas al sufrir los episodios sincopales en las garitas donde deben desarrollar parte de su función de guardia y custodia.</li> <li>○ Se asocia a muerte súbita.</li> <li>○ Teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento durante su periodo de formación, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante.</li> <li>○ Requieren control médico y farmacológico estricto.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 244 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR

### Definición

Es una frecuencia cardíaca rápida que se presenta ocasionalmente (paroxística) y que comienza con episodios que tienen lugar por encima de los ventrículos.

### Causas

Normalmente las cámaras del corazón (aurículas y ventrículos) se contraen de una manera coordinada. Las contracciones son causadas por una señal eléctrica que comienza en el nódulo sinoauricular (llamado también nódulo sinusal o nódulo sa). La señal es conducida a través de las aurículas (las cámaras superiores del corazón) y las estimula para que se contraigan.

La taquicardia supraventricular paroxística (tsvp) puede iniciarse en el nódulo sa, en las aurículas, en las rutas de conducción de las aurículas o en el nódulo av. Este trastorno se presenta con más frecuencia en los jóvenes y en los bebés.

Entre los factores de riesgo están el hecho de fumar, la cafeína y el consumo de alcohol y drogas psicoactivas. La tsvp puede presentarse con toxicidad por digitálicos y puede ser una forma de taquicardia por reentrada (una corriente eléctrica es atrapada en un asa de reentrada, estimulando excesivamente el corazón), como en el caso del síndrome de wolff-parkinson-white.

### Fisiopatología

Ésta es la taquicardia paroxística más común y se desarrolla con frecuencia en pacientes sin enfermedad estructural del corazón. Los ataques se inician y terminan abruptamente y pueden durar de pocos segundos a varias horas o más. La frecuencia cardíaca puede ser de 140 a 240 latidos/min (por lo general 160 a 220 latidos/min) y es perfectamente regular (a pesar de ejercicio o cambio de

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 245 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

posición). La onda P difiere en contorno de los latidos sinusales. Los pacientes pueden estar asintomáticos, excepto por estar conscientes de la acción rápida del corazón, pero algunos experimentan dolor torácico leve o falta de aire, especialmente cuando los episodios son prolongados, sin anomalías cardíacas relacionadas.

La taquicardia paroxística supraventricular puede producirse como resultado de toxicidad por digitálicos y luego se relaciona comúnmente con bloqueo auriculoventricular. El mecanismo más común para la taquicardia paroxística supraventricular es la reentrada, que puede iniciarse o terminar por una extrasístole ventricular o auricular programada de manera irregular. El circuito de reentrada afecta con mayor frecuencia a dos vías (una vía lenta y una rápida) dentro del nodo auriculoventricular (AV).

Esto se conoce como taquicardia de reentrada del nodo AV (AVNRT). Con menor frecuencia, la reentrada se debe a una vía accesoria entre las aurículas y los ventrículos (AVRT). Cerca de la tercera parte de los pacientes tiene vías aberrantes a los ventrículos. La fisiopatología y el tratamiento de las arritmias causadas por vías accesorias difieren significativamente y se expone por separado más adelante.

En el ECG se caracterizan por la presencia de un ritmo rápido (habitualmente entre 160 y 220 por minuto) y regular, con QRS generalmente angosto. En algunas ocasiones el QRS puede ser ancho: cuando se asocia a bloqueo de rama o en caso en que un haz anómalo participe en la conducción anterógrada.

Un 50% de las TPSV obedecen a un mecanismo de reentrada nodal y en un 40% hay participación de un haz paraespecífico. Generalmente no se logra documentar otra cardiopatía.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 246 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

Palpitaciones (sensación táctil de los latidos del corazón), pulso rápido, ansiedad, sensación de muerte inminente, insuficiencia respiratoria, opresión torácica.

### **JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD**

La actividad física puede desarrollar la aparición de arritmias en el personal que presenta este antecedente médico, generando condiciones de riesgo porque pueden asociarse a pérdidas de conciencia o síncope, que a la vez pueden producir caída de alturas en las garitas donde deben desarrollar parte de su función de guardia y custodia.

### **TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN ELÉCTRICA CARDIACA**

EXCEPTO HEMIBLOQUEO DE LA RAMA ANTERO SUPERIOR DEL HAZ DE HIZ

#### **Definición**

Trastorno en la conducción del impulso eléctrico originado en la aurícula hasta el ventrículo.

#### **Causas**

Las causas más frecuentes de bloqueo aurículo-ventricular proximal son:

- Medicamentos: digital, betabloqueadores, verapamilo, amiodarona.
- Aumento del tono vagal.
- Procesos inflamatorios del corazón (miocarditis).
- Infarto de cara diafragmática.
- Bloqueo A-V congénito.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 247 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Secundarios a cirugía de cardiopatías congénitas.

Las causas más frecuentes de bloqueos A-V infrahisianos son:

- Fibrosis inespecífica del sistema excito-conductor (enfermedad de Lenegre).
- Calcificación del esqueleto cardíaco (enfermedad de Lev).
- Enfermedad coronaria (infarto de pared anterior).
- Miocardiopatías.
- Otros (colagenopatías, enfermedades por depósitos, etc.).

El tratamiento de los Bloqueos A-V de alto grado o sintomáticos, consiste en la implantación de un Marcapasos.

### **Fisiopatología**

Los trastornos de la conducción comprenden: bloqueos auriculo-ventriculares trastorno de la conducción eléctrica entre las aurículas y los ventrículos.

Existen tres tipos de bloqueos av: (Matiz, 2006)

- Bloqueo av de primer grado: cuando los impulsos que pasan desde las aurículas a los ventrículos disminuyen su velocidad.
- Bloqueo av de segundo grado: cuando parte de los impulsos que se transmiten desde las aurículas a los ventrículos se bloquean, es decir, no se transmiten. Se expresa con una relación numérica; por ejemplo, 3:2 significa que de tres impulsos sólo llegan dos hasta los ventrículos.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 248 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Bloqueo av de tercer grado: cuando todos los impulsos de las aurículas se interrumpen y por tanto, ninguno llega a ser conducido hasta los ventrículos. Síndromes de preexcitación: como el síndrome de wolff parkinson white y lown-ganong- levine

### **Manifestaciones clínicas**

Algunas arritmias no causan síntomas y no están asociadas con un aumento de la mortalidad. Sin embargo, algunas arritmias asintomáticas se asocian con eventos adversos. Los ejemplos incluyen un mayor riesgo de formación de trombos en el corazón y un mayor riesgo de un transporte sanguíneo insuficiente hacia el corazón debido a latidos débiles. Otros riesgos incluyen el embolismo, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y muerte súbita cardíaca.

Si una arritmia tiene como resultado un latido que es demasiado rápido, demasiado lento o demasiado débil para el suministro adecuado para las demandas del cuerpo, ello puede manifestarse como una menor presión arterial y puede causar mareo o desmayos.

Algunos tipos de arritmia dar lugar a un paro cardíaco o muerte súbita. La evaluación médica de la anomalía mediante un electrocardiograma es la mejor forma de diagnosticar y evaluar el riesgo de cualquier arritmia.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para fijar la inhabilidad se tendrá en cuanto el tipo y grado de bloqueo y la patología de base (ver fisiopatología).</li> <li>○ Se definirá por valoración médica y de ECG</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 249 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## ENDOCARDITIS

### Definición

Enfermedad inflamatoria, exudativa y proliferativa del endocardio, que afecta más frecuentemente a las valvas y es producida por una gran cantidad de microorganismos.

Se divide en endocarditis aguda, subaguda y la no bacteriana (virus, hongos). Se asocia a factores de riesgo de aparición como son antecedentes de cardiopatía congénita, cirugía cardíaca, drogadicción, uso de medicamentos inmunosupresores.

### Causas

Aunque la etiología más frecuente de la endocarditis es una enfermedad bacteriana, lo cierto es que los hongos y virus también son considerados como agentes causales de la enfermedad. En otras ocasiones resulta imposible identificar el organismo responsable del desarrollo de la endocarditis.

La mayor proporción de los casos de endocarditis son producidos por un pequeño número de bacterias, los cuales llegan al torrente sanguíneo por portales de entrada, como la cavidad bucal, la piel y las vías respiratorias. Las bacterias más frecuentemente asociadas a la endocarditis infecciosa incluyen: *Streptococcus viridans*; *Streptococcus pneumoniae*—corresponde de 3 - 7% de los casos de endocarditis en niños; *Staphylococcus*—cerca del 85% de los estafilococos coagulasa-negativos que causan endocarditis de prótesis valvulares son resistentes a la metilina. El *S. aureus* es la causa

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 250 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

más frecuente de endocarditis infecciosa con una tasa bruta de mortalidad cercana al 50% y aproximadamente la mitad de los casos no están asociados a valvulopatías; *pseudomonas aeruginosa*; especies de *cándida* y los microorganismos del grupo HACEK (*Haemophilus*, *actinobacillus*, *cardiobacterium*, *eikenella* y *kingella*).

Las infecciones que siguen a una prótesis valvular, implantación de catéteres o de marcapasos o dispositivos de desfibrilación y cardioversión eléctrica, son consideradas infecciones nosocomiales y suelen ser causadas por el *Staphylococcus aureus*. Las infecciones en consumidores de drogas por vía intravenosa también tienden a ser por *S. aureus* y casi todos son igualmente resistentes a la metilina.

En ciertos casos se nota una combinación concomitante de focos infecciosos, notablemente la tríada de endocarditis, meningitis y neumonía, conocida como la tríada de Osler, especialmente en adultos. La glomerulonefritis suele aparecer como consecuencia de fenómenos inmunitarios post-infecciosos.

### **Fisiopatología**

En casi todos los casos de endocarditis infecciosa, los microorganismos necesitan un sitio de fijación tal como una lesión en el endotelio, un trombo no infectado, el prolapso e insuficiencia mitral, una estenosis aórtica o una cardiopatía reumática (frecuente en países en vías de desarrollo). El lupus eritematoso sistémico y patologías de hipercoagulabilidad pueden favorecer la deposición de vegetaciones y de microorganismos en ellos. las bacterias más virulentas pueden adherirse directamente al endotelio intacto.

Las bacterias que causan endocarditis se ven favorecidas por la presencia en sus superficies de proteínas fijadoras, como los glucanos sobre los estreptococos y las proteínas fijadoras de fibrina

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 251 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

sobre el *s. aureus*. Una vez adheridas las bacterias, se forma una densa red de plaquetas, fibrina y microorganismos. Estas estructuras pueden embolizar y causar infartos en sitios distantes del corazón.

### **Manifestaciones clínicas**

En las endocarditis los síntomas pueden generarse de un modo lento (subagudo) menos grave, dependiendo del microorganismo infectante, que puede prolongarse semanas o meses, o en cambio, de modo repentino (agudo), producido por microorganismos virulentos. No siempre existe una clara separación entre la forma aguda y la subaguda. En más del 50% de los pacientes se nota: Debilidad y fatiga, escalofríos, fiebre, soplo cardíaco.

En menos de la mitad de los pacientes puede verse: pérdida de peso, sudoración excesiva y/o sudoración nocturna, dificultad para respirar con la actividad, dolores musculares, palidez, dolores articulares, sangre en la orina u orina de color anormal, inflamación de pies, piernas o abdomen, lesiones de Janeway, (manchas cutáneas rojas e indoloras, localizadas en las palmas de las manos y en las plantas de los pies), ganglios rojos y dolorosos en las yemas de los dedos de la manos y de los pies (llamados nódulos de Osler), anomalías en las uñas.

**JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 252 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Patología que altera la dinámica cardiaca y teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento durante su periodo de formación o ejecución del cargo propiamente dicho, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del trabajador.
- Teniendo en cuenta la evolución natural de la enfermedad estos pacientes pueden requerir reemplazos valvulares cardiacos, se pueden ocasionar accidentes cerebro-vasculares por la embolia de trombos intracavitarios.

**MIOCARDITIS Y DEGENERACIÓN DEL MIOCARDIO**

**Definición**

Se define como una entidad anatomoclínica caracterizada por un tejido cardiaco que muestra degeneración miofibrilar junto con un infiltrado intersticial de tipo linfocitario. Su manifestación clínica principal, aunque no exclusiva, es un cuadro de insuficiencia cardiaca.

**Causas**

- Idiopática: También denominada postviral ó linfocítica, en base al tipo celular predominante en el estudio histológico. De supuesta naturaleza autoinmune. Es la forma más frecuente, con una incidencia en estudios necrópsicos del 1.06%.
- Postparto: con una incidencia aproximada de 1 cada 4000 partos, se suele presentar entre el último mes de embarazo y los seis meses tras el parto. Es más frecuente en mujeres de raza negra, de edad avanzada y múltiparas. Sigue siendo un misterio la etiología, aunque lo más probable es que se trate de una miocarditis viral o una respuesta autoinmune en el contexto de unos factores hormonales específicos.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 253 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- De células gigantes: se caracteriza por la presencia de células multinucleadas de probable origen macrófago en el infiltrado inflamatorio adyacentes a los miocitos. Es considerada por algunos autores como una forma de sarcoidosis de exclusiva localización miocárdica. Su curso clínico y pronóstico es mucho más desfavorable que la forma linfocítica.
- Miocardiopatía dilatada: considerada como resultado de una miocarditis previa. Es objeto de revisión en otro apartado de este capítulo.

### **Fisiopatología**

La miocarditis idiopática es el resultado de un mecanismo lesional mediado por la activación del sistema inmune. De los dos brazos de la respuesta inmunológica no hay evidencia de que el tipo humoral, por anticuerpos, desempeñe un papel relevante en el daño miocitario. Este es protagonizado por la inmunidad celular a través de los linfocitos, los macrófagos y sus productos derivados (citoquinas).

La secuencia de activación del sistema inmune celular se inicia con el reconocimiento del antígeno. En el caso de la miocarditis no se conoce con exactitud si el antígeno desencadenante pertenece a un agente externo (virus) ó forma parte de las células miocíticas y es expuesto al sistema inmune tras la lisis de éstas por los virus. A este respecto se han reconocido varios hallazgos en modelos experimentales.

En primer lugar la falta de detección de partículas virales de Coxsackie virus en muestras de tejido infectado en las que se observa respuesta inflamatoria, evidenciando un aclaramiento de las mismas por parte del sistema inmunológico. Si se somete el animal a una depleción selectiva de linfocitos CD4, la respuesta inflamatoria y la lesión celular no se producen, aún a pesar de la

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 254 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

persistencia del virus en el tejido miocárdico. Otros hechos que apoyan la teoría autoinmunitaria son la inducción experimental de miocarditis con proteínas constitutivas del miocito (como la miosina, la ATPasa del retículo sarcoplásmico y la proteína mitocondrial transportadora de los compuestos fosfatos), y la reactividad de linfocitos extraídos de animales infectados frente a células miocíticas aisladas.

Tras el reconocimiento del antígeno se produce la activación y proliferación de los linfocitos que conduce a la liberación de citoquinas (TNF, gamma-interferón, interleukinas) con la subsiguiente amplificación de la respuesta inmunológica. En particular se activan linfocitos CD8, una estirpe celular citotóxica y macrófagos, que liberan radicales libres y proteasas. Ambas conducen a la necrosis del miocito. Además, los macrófagos liberan factores reguladores de la síntesis de matriz intersticial, como el factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF), el factor transformador de crecimiento (TGF-beta), que son los responsables de la formación de la fibrosis tisular.

Todos los sucesos anteriormente descritos conducen al daño considerado irreversible de la enfermedad. Sin embargo, es bien conocida la tendencia a las alteraciones reversibles del funcionalismo cardiaco, con resolución completa de las mismas en un buen porcentaje de casos. El sustrato de estas alteraciones parece encontrarse en la acción de determinadas citoquinas (interleukina 1 y TNF) sobre la regulación de los receptores adrenérgicos miocárdicos, bloqueando la actuación de las catecolaminas endógenas.

### **Manifestaciones clínicas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 255 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Es clásico incluir la presencia de una enfermedad febril con sintomatología general y/o respiratoria varios días antes de la manifestación principal de la misma. Con posterioridad sobreviene una o varias de las manifestaciones que se citan a continuación:

- Insuficiencia cardíaca: en forma exclusiva de edema agudo de pulmón ó más severa de shock cardiogénico. La exploración física variará en función de la severidad del cuadro, pero generalmente se encontrará taquicardia (desproporcionada al grado de fiebre), galope ventricular a la auscultación y grados variables de insuficiencia respiratoria y/o síntomas de bajo gasto. En algunas ocasiones coexiste afectación pericárdica auscultándose el roce característico.
- Presíncope/síncope: generalmente como expresión clínica de alteraciones del ritmo, bien del tipo de taquicardias ventriculares ó lo que es más frecuente, de bloqueos de conducción.
- Dolor torácico: generalmente presente en grados variables, puede llegar a adquirir carácter predominante y junto con alteraciones electrocardiográficas sugerentes de isquemia miocárdica (patrón de pseudoinfarto), conducir al error diagnóstico de un IAM.
- Arritmias: como manifestación inicial ó como complicación durante el transcurso de la enfermedad. Es de señalar que algunas miocarditis se diagnostican al estudiar taquicardias ventriculares de origen indeterminado.
- Muerte súbita: siendo diagnosticadas en el estudio necrópsico. Recientemente se han atribuido a esta causa las muertes súbitas de jóvenes atletas profesionales.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 256 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología que altera la dinámica cardiaca y teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento durante su periodo de formación o ejecución del cargo propiamente dicho, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del trabajador.</li>   <li>○ Los pacientes con secuelas graves pueden requerir trasplante cardiaco.</li> </ul>

## **PERICARDITIS**

### **Definición**

Se llama pericarditis al proceso inflamatorio que afecta al pericardio produciendo como consecuencia exudación en su fase aguda, que puede ser causa de engrosamiento y fibrosis de dicha membrana, lo cual da lugar a una enfermedad de curso crónico.

### **Causas**

Puede ser consecuencia de un sinnúmero de padecimientos diferentes. A continuación se analizan las formas que con mayor frecuencia se presentan en la práctica clínica.

- Pericarditis viral: quizás sea la forma más frecuente; aparece preferentemente en sujetos jóvenes del sexo masculino y está en relación con infecciones por virus de las familias *Coxsackie B*, *Echo*, *Influenza*, *adenovirus*, y *mononucleosis*. Clínicamente se caracteriza por la instalación de un proceso infeccioso (ataque al estado general, fiebre y mialgias), al cual se le suman los síntomas producidos por la inflamación pericárdica.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 257 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Pericarditis post-infarto: el infarto del miocardio transmural puede complicarse con pericarditis aguda. Dicha pericarditis usualmente aparece en los primeros días de evolución del infarto del miocardio. Es importante tener en cuenta esta posibilidad para no clasificar un dolor precordial de tipo pericárdico como angina residual post-infarto, cuyo pronóstico y tratamiento son diferentes. El curso de este tipo de pericarditis es favorable hacia la curación, en la gran mayoría de los casos. Es excepcional el derrame pericárdico de consideración. También hay un cuadro de pericarditis que puede aparecer semanas después de haber padecido el paciente un infarto del miocardio y que se debe a un proceso inmunológico (síndrome de Dressler).
- Síndrome de postpericardiotomía: en pacientes que han sido sometidos a cirugía cardíaca, no es rara la aparición de fiebre, dolor precordial de tipo pericárdico, artralgias y frote pericárdico. Este cuadro se denomina "síndrome post pericardiotomía" y puede aparecer en periodo variable de 10 días a varias semanas. Hay evidencias de que el proceso tiene un fondo inmunológico y la evolución es favorable la mayoría de las veces.
- Pericarditis bacteriana (purulenta): los factores predisponentes más importantes para la infección del saco pericárdico son el derrame pericárdico en pericarditis urémica y la inmunosupresión condicionada por quemaduras extensas, inmunoterapia, linfoma, leucemia o SIDA. En la era preantibiótica la ruta preponderante era la extensión de una neumonía bacteriana o de un empiema hacia el pericardio. En la actualidad solo 20% de los casos de pericarditis purulenta se produce por esta vía. Hoy en día, la pericarditis purulenta se presenta con mayor frecuencia secundaria a cirugía torácica condicionada por procesos infecciosos o por traumatismos torácicos, complicaciones de endocarditis infecciosa, absceso miocárdico o embolia coronaria séptica.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 258 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Pericarditis amebiana: Es una grave complicación del absceso hepático amebiano. La perforación de un absceso del lóbulo izquierdo hacia el pericardio condiciona la acumulación de material purulento en la cavidad pericárdica y se añade dolor precordial al síndrome febril y a la hepatomegalia dolorosa. Esta complicación se acompaña de alteraciones electrocardiográficas (complejo QRS de bajo voltaje), cardiomegalia en la radiografía de tórax. El cuadro evoluciona rápidamente hacia el taponamiento cardíaco que si no se resuelve mediante el drenaje pericárdico culmina con la muerte del enfermo. El tratamiento de urgencia consiste en la punción pericárdica para la rápida evacuación de la secreción purulenta (pus achocolatado). Cuando el diagnóstico se ha establecido (frotis en platina caliente y raspado pericárdico para la búsqueda de *Entamoeba histolytica* en fresco) el tratamiento definitivo consistirá en drenaje quirúrgico del pericardio y tratamiento antiamebiano (emetina asociada a cloroquina o metronidazol).
- Pericarditis por enfermedades del tejido conectivo: la pericarditis aparece preferentemente en el lupus eritematoso (20 a 40% de los casos), artritis reumatoide (menos del 10% de los casos), escleroderma, poliarteritis nodosa, dermatomiositis y vasculitis. Puede afectarse el pericardio en la fiebre reumática.
- Pericarditis urémica: aparece aproximadamente en 32 a 42% de los pacientes urémicos crónicos, y en 15% de los pacientes sometidos a hemodiálisis crónica. El taponamiento cardíaco es una complicación potencial de la pericarditis urémica.
- Pericarditis neoplásica: en 5 a 15% de los pacientes con neoplasias malignas puede existir invasión del pericardio (cáncer broncogénico, cáncer de mama, leucemia, linfoma de Hodgkin y otros linfomas). Se manifiestan clínicamente por derrame pericárdico hemorrágico y taponamiento cardíaco.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 259 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Pericarditis post radiación: el daño por radiación al pericardio es una complicación frecuente en la terapéutica con radioterapia para el linfoma de Hodgkin y el cáncer de mama. La forma de presentación es una pericarditis aguda en el curso de los 12 meses siguientes a la radioterapia.

### **Fisiopatología**

El pericardio es una membrana rígida pero distensible. Al acumularse líquido aumenta la presión intrapericárdica lo cuál disminuye el llenado ventricular y de forma secundaria aumenta la presión venosa yugular y disminuye el volumen de eyección ventricular y la tensión arterial.

De forma experimental pequeños acúmulos de líquido en el espacio pericárdico son bien tolerados y no tienen repercusión en el gasto cardiaco pero acúmulos mayores producen un gran aumento de la presión venosa central que se acompaña disminución severa del gasto cardiaco. Desde el punto de vista clínico los derrames pericárdicos leves no tienen repercusión hemodinámica pero los derrames severos se pueden acompañar acompañan de cuadros de taponamiento cardiaco.

### **Manifestaciones clínicas**

Dolor pericárdico: el dolor se localiza en la región precordial; puede ser intenso, opresivo o como sensación de quemadura; en ocasiones irradia hacia las regiones supraclaviculares, especialmente hacia la izquierda, y es de carácter continuo con duración hasta de varios días.

Sus características más importantes son la exacerbación franca con los movimientos respiratorios, especialmente la inspiración profunda, con los movimientos laterales del tórax y el decúbito dorsal; y el frote pericárdico. Desafortunadamente este último no se escucha en todos los

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 260 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

pacientes con inflamación pericárdica y en otras oportunidades sólo se escucha en alguna etapa de la evolución. El frote pericárdico se ausculta mejor cerca del borde paraesternal izquierdo.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología que altera la dinámica cardiaca, y teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento durante su periodo de formación y posteriormente el ejercicio de sus actividades, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante.</li> </ul>

## **VALVULOPATÍA**

### **Definición**

Son todas aquellas enfermedades que afectan a las válvulas cardiacas, independientemente de su etiología o la gravedad del cuadro clínico que produzcan. Se clasifican siguiendo dos criterios:

La válvula afectada

La patogenia de la enfermedad: el problema radica en una disminución permanente del diámetro del orificio (estenosis), o en una disminución de la capacidad de la válvula para cerrarse (insuficiencia), o en un movimiento de las valvas en sentido anormal (prolapso).

Así, las valvulopatías que se diferencian son: 1.Estenosis mitral, 2.Insuficiencia mitral, 3.Prolapso mitral, 4.Estenosis aórtica, 5.Insuficiencia aórtica, 6.Estenosis tricuspídea, 7.Insuficiencia tricuspídea, 8.Estenosis pulmonar, 9.Insuficiencia pulmonar.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 261 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La clínica y la evolución de cada cuadro es muy variable, atendiendo a la válvula afectada y la causa subyacente. Muchas veces el tratamiento sintomático es suficiente, mientras que en otros casos se hace necesario el recambio valvular.

### **Causas**

La afección de las válvulas cardíacas puede consistir en el estrechamiento de las válvulas (estenosis), que obstruye el flujo sanguíneo, o en el ensanchamiento o cicatrización de las válvulas, que permite que la sangre vuelva hacia atrás (insuficiencia).

Esta enfermedad puede ser heredada o provocada por: fiebre reumática (una complicación de las faringoamigdalitis por estreptococos), aterosclerosis, hipertensión, defectos congénitos del corazón, infecciones de las válvulas (endocarditis) tras una infección en la sangre (la autoinyección de drogas, conlleva un riesgo muy alto), sífilis (raramente).

### **Fisiopatología**

La repercusión hemodinámica y el mecanismo de compensación son distintos en la estenosis y en la insuficiencia.

- Estenosis: Supone una sobrecarga de presión para la cavidad situada inmediatamente por detrás de la válvula estrecha, que debe desarrollar más fuerza que en condiciones normales para impulsar la sangre.

La compensación se consigue mediante la hipertrofia, o sea, el aumento de grosor de las fibras musculares de la pared de la cavidad sobrecargada y precisamente, es la sobrecarga impuesta a las fibras miocárdicas el estímulo para la hipertrofia.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 262 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Si las que son estrechas son las válvulas semilunares, la hipertrofia de la potente pared de los ventrículos logra la compensación durante un tiempo, pero si las estenosadas son las auriculoventriculares, la débil pared de las aurículas no consigue compensar el trastorno y por consiguiente la sangre se estanca en ellas y en las venas que les aportan la sangre desde el comienzo.

El aumento de la presión por esta estasis sanguínea es también un mecanismo compensador ya que ayuda a vencer la estenosis.

- Insuficiencia: cuando la válvula es insuficiente refluye sangre a su través al vaciarse la cavidad situada más allá de ella. De esta forma, la cámara situada por detrás debe acoger e impulsar a la cámara o a la arteria, situada por delante la sangre que llega por vía normal más la procedente del reflujo, lo que significa que ambas cavidades sufren una sobrecarga de volumen. En este caso, la forma de compensar el trastorno es la dilatación reguladora, que también implica cierta hipertrofia para mantener la relación entre grosor de la pared y diámetro de la cavidad.

En la insuficiencia valvular existe pues, una sangre pendular, que avanza y retrocede con cada ciclo sin lograr abandonar el corazón. El volumen de esta sangre pendular, índice de la intensidad del trastorno, depende de tres factores: extensión de la superficie valvular que permanece abierta cuando debería estar cerrada, resistencia al flujo anterógrado y resistencia al flujo retrógrado; los dos primeros aumentan el reflujo, y el tercero lo reduce.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 263 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

Ocasionalmente puede ser asintomática, sin embargo se puede asociar a: astenia y adinamia, mareos o desvanecimientos, dolor de pecho, falta de aire, congestión pulmonar, irregularidades del ritmo cardíaco, soplos cardíacos, anomalías de la tensión arterial (alta o baja).

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología que altera la dinámica cardíaca, y teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento durante su periodo de formación y posteriormente el ejercicio de sus actividades, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante o trabajador.</li>   <li>○ Se puede presentar como complicación un engrosamiento pericardico que constriñe el corazón impidiendo el llenado de las cavidades cardiacas generando sintomatología de bajo gasto cardiaco con sincopes o dolor torácico asociado a isquemia miocárdica lo que genera riesgo al tener que realizar trabajo en alturas en las garitas como parte de su función de guardia y de custodia.</li>   <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 264 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **ANEURISMA DE CUALQUIER VASO SANGUÍNEO**

### **Definición**

Un aneurisma es una dilatación localizada de una arteria ocasionada por una degeneración de la pared. Los aneurismas más frecuentes son los arteriales y su localización más habitual radica en la base del cerebro (el polígono de Willis) y la aorta.

### **Causas**

No se tiene claridad exacta sobre las causas de los aneurismas. Algunos aneurismas se presentan al nacer (congénitos). Los defectos en algunas de las partes de la pared arterial pueden ser responsables.

La hipertensión arterial y el colesterol alto pueden aumentar el riesgo de ciertos tipos de aneurismas. Se cree que la hipertensión arterial juega un papel en los aneurismas aórticos abdominales. La enfermedad aterosclerótica (acumulación de colesterol en las arterias) también puede llevar a la formación de algunos aneurismas. El embarazo está frecuentemente asociado con la formación y ruptura de aneurismas en la arteria esplénica.

### **Fisiopatología**

Aunque la causa del aneurisma asociado a aterosclerosis no se conoce, si se sabe que existe un importante infiltrado inflamatorio en la pared, mayoritariamente compuesto por macrófagos, los cuales secretan localmente enzimas capaces de degradar el colágeno y la elastina llevando a la degeneración de la pared y su posterior dilatación. Estas enzimas pertenecen a la familia de las metaloproteinasas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 265 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La ley de Laplace explica el aumento progresivo de la tensión en la pared al dilatarse la arteria, hay que recordar que la presión en su interior, es la presión arterial del individuo, que tiende a mantenerse relativamente constante.

$$\text{Tension} = \text{presión} \times \text{diámetro}$$

Es así como el aumento del diámetro llevará a un aumento de la tensión, lo que a su vez aumentará el diámetro hasta llegar a la complicación más temida: la ruptura.

Luego, una vez ocurrido el fenómeno inicial aún desconocido, se constituye un círculo que a través de inflamación lleva a una mayor destrucción de la pared y dilatación, la que por razones físicas lleva a su vez a un mayor crecimiento por mayor tensión en la pared.

### **Manifestaciones clínicas**

Los aneurismas generalmente no causan síntomas, a menos que se rompan y ocasionen un sangrado interno. A menudo los aneurismas se descubren en una tomografía computarizada o en una resonancia magnética realizada por otra razón. Si el aneurisma comprime estructuras circundantes en el cerebro, se pueden presentar síntomas. Estos dependen de qué estructura comprima el aneurisma, pero pueden abarcar: pérdida de la visión, dolores de cabeza, dolor en el ojo, vómitos, dolor en el cuello. Un dolor de cabeza intenso es un síntoma de que un aneurisma se ha roto.

Otros síntomas de la ruptura de un aneurisma pueden abarcar: confusión, letargo, somnolencia o estupor, párpado caído, dolores de cabeza con náuseas o vómitos, debilidad muscular o dificultad para mover cualquier parte del cuerpo, entumecimiento o disminución de la sensibilidad en cualquier parte del cuerpo, crisis epiléptica, movimiento lento, perezoso, letárgico, problemas del

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 266 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

habla, cuello rígido (ocasionalmente), comienzo súbito de irritabilidad, impulsividad o poco control del temperamento, cambios en la visión (visión doble o pérdida de la misma).

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El entrenamiento físico y las funciones a desarrollar donde se requiere un alto rendimiento físico pueden generar ruptura del aneurisma.</li> <li>○ Si existe antecedente quirúrgico de corrección se debe mantener la restricción para realizar actividad física o labores que conlleven una alta carga metabólica y hemodinámica, ya que puede ocurrir ruptura de la corrección quirúrgica.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **ANTECEDENTE DE CIRUGÍA CARDIACA**

### **Definición**

La cirugía cardiovascular es una especialidad médica de clase quirúrgica que, mediante el uso de la mano y el instrumento, pretende resolver o mejorar aquellas patologías cardíacas que no son tratables con fármacos ni con intervenciones menores tales como cateterismos, stents, etc. En la mayoría de los casos el objetivo real es disminuir la magnitud de los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente, puesto que es atípica la resolución completa del problema.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 267 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Causas**

Está dirigida a solventar las patologías cardíacas y ha experimentado una importante evolución en los últimos 35 años, lo que permite que hoy pueda darse solución quirúrgica a la mayoría de las patologías, tanto adquiridas como congénitas.

Dentro de las intervenciones quirúrgicas que desarrolla la cirugía cardíaca, las más usuales son: valvulopatía mitral, valvulopatía aórtica, valvulopatía tricúspide, valvulopatía pulmonar, cirugía coronaria de revascularización.

### **Fisiopatología**

La cirugía cardíaca se clasifica en dos tipos principales cerrada y abierta y está orientada a corregir defectos congénitos o adquiridos, sustituir válvulas enfermas, permeabilizar o hacer un cortocircuito en vasos bloqueados, así como injertar una prótesis o un trasplante. La técnica cerrada se realiza a través de una pequeña incisión sin utilizar la máquina corazón-pulmón o extracorpórea. En la técnica abierta, se seleccionan las cámaras cardíacas para visualizar totalmente su interior y la sangre se desvía del campo quirúrgico a través de la máquina corazón-pulmón. La asistencia preoperatoria se centra en la corrección de los desequilibrios metabólicos y los trastornos funcionales cardíacos y pulmonares; junto con ello se realizan las distintas pruebas diagnósticas y analíticas necesarias.

### **Manifestaciones clínicas**

La corrección quirúrgica de una anomalía cardíaca no es una enfermedad en sí; en este tipo de pacientes se deben valorar las comorbilidades y secuelas instauradas por la enfermedad cardíaca de base y las asociadas al acto anestésico y quirúrgico.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 268 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se debe restringir el entrenamiento físico y teniendo en cuenta las funciones a desarrollar donde se requiere un alto rendimiento físico, se puede generar daño de la corrección quirúrgica, alterando la dinámica cardíaca.</li> <li>○ Si existe antecedente quirúrgico de corrección se debe mantener el criterio de restricción. Puede sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante.</li> <li>○ Se deben valorar las secuelas asociadas a la enfermedad cardíaca de base y las inherentes al procedimiento quirúrgico.</li> </ul>

## **PANARTERITIS NODOSA**

### **Definición**

Es una vasculitis (enfermedad vascular que se caracteriza por la inflamación de los vasos sanguíneos) diseminada que afecta a arterias de mediano calibre. La característica principal es la inflamación necrotizante (con destrucción celular), peculiarmente focal y segmentaria en las regiones afectas. Sigue un curso agudo, subagudo o crónico remitente, con posibles reagudizaciones episódicas.

### **Causas**

La causa es desconocida que afecta las arterias, los vasos sanguíneos que transportan la sangre oxigenada a los órganos y los tejidos. Se presenta cuando ciertas células inmunitarias atacan las arterias afectadas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 269 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Este padecimiento afecta a más adultos que a niños. La enfermedad causa daño a los tejidos irrigados por las arterias afectadas, dado que los tejidos no están recibiendo el oxígeno y nutrición que necesitan.

Las formas secundarias son consecuencia de infecciones, principalmente por el virus de la hepatitis b, no obstante otros agentes etiológicos han sido considerados responsables: virus de la hepatitis c, estreptococos, virus de inmunodeficiencia humana, klebsiellas, citomegalovirus, pseudomonas, parvovirus b19, yersinias, virus linfotrópico t humano.

### **Fisiopatología**

Podemos diferenciar tres estadios evolutivos que pueden coexistir en diversos pacientes, en el mismo o en distintos vasos. Los órganos más afectados son: riñones, corazón (ambos en 70% en series de autopsia), hígado, aparato digestivo, páncreas, testículos, músculo esquelético, sistema nervioso (SN) y piel. Tiene cierta preferencia por las ramificaciones arteriales (bifurcaciones).

- Estadio de lesión aguda: necrosis fibrinoide de la íntima que se extiende posteriormente a todo el espesor de la pared, de forma segmentaria favoreciendo la dilatación aneurismática, destrucción de la elástica interna y trombosis.
- Estadio de reparación: infiltrado inflamatorio con proliferación de la íntima que produce un engrosamiento de la pared y la aparición de nódulos.
- Estadio de lesión curada: engrosamiento fibroso de la pared con destrucción de las fibras elásticas y consecuente rigidez arterial.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 270 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Manifestaciones clínicas**

Los síntomas más frecuentes al comienzo de la enfermedad son fiebre, pérdida de peso, dolores músculo-esqueléticos, neuropatía periférica, alteraciones gastrointestinales y lesiones cutáneas que incluyen purpura y eritema.

### **Pan. Criterios de clasificación. (acr 1990)**

- Pérdida de peso > de 4kg. (No por dietas u otros factores).
- Livedo reticular.
- Dolor testicular.
- Mialgias, debilidad o dolor de miembros inferiores.
- Mononeuropatía, mononeuritis múltiple o polineuropatía.
- Presión arterial diastólica > de 90 mmHg
- Uremia > de 40mg/dl o creatininemia > de 1,5mg/dl (no por deshidratación u obstrucción).
- Evidencias de infección por VHB (presencia de Ag de superficie o Ac séricos).
- Arteriografía anormal (Aneurismas y/u oclusiones de arterias viscerales).
- Biopsia de arteria de pequeño o mediano calibre con infiltrado inflamatorio de PMN (además de mononucleares) en la pared de vaso.
- Un paciente tendría PAN cuando al menos 3 de estos criterios están presentes. Sensibilidad 82%; Especificidad 86%.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 271 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los factores pronósticos de la enfermedad implican que puede presentarse compromiso renal, del tracto gastrointestinal, del sistema nervioso central, miocardiopatía y el porcentaje de mortalidad es alto.</li> <li>○ Estos pacientes tienen restricción para la actividad física, requiere uso de corticoides que generaría estados de inmunosupresión que por la labor a desarrollar en los centros de reclusión podría contagiarse de enfermedades infecciosas que deteriorarían su calidad de vida.</li> <li>○ Requieren tratamiento y control médico estricto.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **TROMBOANGELITIS OBLITERANTE**

### **Definición**

También conocida como "Enfermedad de Berger" es una vasculopatía inflamatoria, no arteriosclerótica, oclusiva, segmentaria y recidivante que afecta a arterias y venas de mediano y pequeño tamaño de las extremidades y en raras ocasiones afecta a arterias viscerales (Sanabria, 2003). Es un trastorno inflamatorio de causa desconocida, de carácter progresivo y de crecimiento proximal y cuyo marcador clínico es la isquemia distal causada por oclusión trombótica segmentaria de las arterias y venas de pequeño y mediano calibre de las extremidades superiores e inferiores.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 272 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Causas**

La tromboangeítis obliterante (enfermedad de buerger) es causada por vasculitis que es la inflamación de los vasos sanguíneos.

Los vasos sanguíneos de las manos y de los pies resultan especialmente afectados, tornándose estrechos o completamente obstruidos. Esto reduce el flujo de sangre a los tejidos de las manos y de los pies, ocasionando dolor y finalmente daño.

La tromboangeítis obliterante afecta aproximadamente a 6 de cada 10,000 personas y casi siempre afecta a los hombres entre 20 y 40 años de edad que tienen antecedentes de fumar o mascar tabaco. La afección también puede estar asociada con las personas que tienen antecedentes de enfermedad de raynaud.

### **Fisiopatología**

Se observa una reacción inflamatoria no ateromatosa de las venas y las arterias pequeñas que produce tromboflebitis superficial y obstrucción arterial acompañada de úlceras o gangrena de los dedos. El abandono del tabaco es esencial.

### **Manifestaciones clínicas**

Las manos o los pies pueden estar pálidos, rojos o azulosos. Las manos o los pies pueden sentirse fríos, dolor en las manos y pies, agudo, intenso ardor u hormigueo con frecuencia ocurre en reposo. Dolor en las piernas, tobillos o pies al caminar (claudicación intermitente), con frecuencia localizado en el arco del pie. Cambios en la piel o úlceras en las manos o pies.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 273 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Nota: los síntomas pueden empeorar con la exposición al frío o con el estrés emocional y generalmente resultan afectadas dos o más extremidades.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología que altera la dinámica cardíaca, y teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento durante su periodo de formación y posteriormente el ejercicio de sus actividades, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante o trabajador.</li> <li>○ El tratamiento médico no ofrece beneficio constante.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

### **Definición**

Enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mm Hg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mm Hg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 274 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## Causas

Algunos de los factores ambientales que contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial incluyen la obesidad, el consumo de alcohol, el tamaño de la familia, circunstancias de hacinamiento y las profesiones estresantes. Se ha notado que en sociedades económicamente prósperas, estos factores aumentan la incidencia de hipertensión con la edad.

- Sodio: Aproximadamente un tercio de la población hipertensa se debe al consumo de sal, porque al aumentar la ingesta de sal se aumenta la presión osmótica sanguínea al retenerse agua, aumentando la presión sanguínea. Los efectos del exceso de sal dietética dependen en la ingesta de sodio y a la función renal.
- Renina: Se ha observado que la renina, secretada por el riñón y asociada a la aldosterona, tiende a tener un rango de actividades más amplio en pacientes hipertensos. Sin embargo, la hipertensión arterial asociada a un bajo nivel de renina es frecuente en personas con descendencia negra, lo cual probablemente explique la razón por la que los medicamentos que inhiben el sistema renina-angiotensina son menos eficaces en ese grupo de población.
- Resistencia a la insulina: En individuos normotensos, la insulina estimula la actividad del sistema nervioso simpático sin elevar la presión arterial sin embargo, en pacientes con condiciones patológicas de base, como el síndrome metabólico, la aumentada actividad simpática puede sobreponerse a los efectos vasodilatadores de la insulina. Esta resistencia a la insulina ha sido propuesta como uno de los causantes del aumento en la presión arterial en ciertos pacientes con enfermedades metabólicas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 275 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Apnea durante el sueño: La apnea del sueño es un trastorno común y una posible causa de hipertensión arterial. El tratamiento de este trastorno por medio de presión aérea positiva continua u otros manejos, mejora la hipertensión esencial.
- Genética: La hipertensión arterial es uno de los trastornos más complejos con un componente genético asociado a la aparición de la enfermedad. Se han estudiado a más de 50 genes que podrían estar involucrados con la hipertensión.
- Edad: Al transcurrir los años y según los aspectos de la enfermedad, el número de fibras de colágeno en las paredes arteriales aumenta, haciendo que los vasos sanguíneos se vuelvan más rígidos. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se reduce, creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se aumenta la presión arterial.

### **Fisiopatología**

La presión arterial es producto del gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica. Por lo tanto, los factores determinantes de la presión arterial son factores que afectan al gasto cardíaco y a la fisiología y estructura de las arteriolas. Por ejemplo, el aumento de la viscosidad de la sangre tiene efectos significativos sobre el trabajo necesario para bombear una cantidad dada de sangre y puede dar lugar a un aumento persistente de la presión arterial.

Las condiciones de maleabilidad de la pared de los vasos sanguíneos (componentes pulsátiles) afectan la velocidad del flujo sanguíneo, por lo que también tienen una potencial relevancia en lo que respecta a la regulación de la presión arterial. Además, los cambios en el espesor de las paredes vasculares afectan a la amplificación de la resistencia vascular periférica en pacientes

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 276 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

hipertensos, lo que conlleva a reflexión de ondas en dirección a la aorta y opuestas al flujo sanguíneo, aumentando la presión arterial sistólica.

El volumen de sangre circulante es regulada por la sal renal y el manejo del agua, un fenómeno que juega un papel especialmente importante en la hipertensión sensible a las concentraciones de sal sanguíneas.

La mayoría de los mecanismos asociados a la hipertensión secundaria son generalmente evidentes y se entienden bien. Sin embargo, aquellos relacionados con la hipertensión esencial (primaria) son mucho menos comprendidos. Lo que se sabe es que el gasto cardíaco se eleva a principio del curso natural de la enfermedad, con una resistencia periférica total (RPT) normal. Con el tiempo, disminuye el gasto cardíaco hasta niveles normales, pero se incrementa la RPT. Tres teorías han sido propuestas para explicar este fenómeno:

La incapacidad de los riñones para excretar sodio, resultando en la aparición de factores que excretan sodio, tales como la secreción del péptido natriurético auricular para promover la excreción de sal con el efecto secundario de aumento de la resistencia periférica total.

Un sistema renina-angiotensina hiperactivo que conlleva a una vasoconstricción y la consecuente retención de sodio y agua. El aumento reflejo del volumen sanguíneo conduce a la hipertensión arterial.

La hiperactividad del sistema nervioso simpático, dando lugar a niveles elevados de estrés. También se sabe que la hipertensión es altamente heredable y poligénica (causadas por más de un gen) y varios genes candidatos se han postulado como causa de esta enfermedad.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 277 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Recientemente, el trabajo relacionado con la asociación entre la hipertensión esencial y el daño sostenido al endotelio ha ganado favor entre los científicos enfocados en la hipertensión. Sin embargo, no está del todo claro si los cambios endoteliales preceden al desarrollo de la hipertensión o si tales cambios se deben principalmente a una persistente presión arterial elevada.

### **Manifestaciones clínicas**

En algunos casos, puede haber mareos, sangrado por la nariz, o dolores de cabeza, pero no necesariamente. La mayoría de los afectados no tienen síntomas.

Eso no quiere decir que no sea peligrosa, es más, eso justamente es lo que la hace peligrosa, porque al no tener manifestaciones sintomáticas, se ignora su presencia y por tanto no se diagnóstica ni se trata, con la consecuencia fatal de estos hechos, ya que gran parte de las muertes que se producen cada año, lo son resultado directo de la hipertensión o de sus complicaciones sobre el sistema cerebral, cardiovascular o renal.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patología que altera la dinámica cardiaca, y teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento y posteriormente el ejercicio de sus actividades, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante o trabajador.</li> <li>○ Asumiendo la edad de ingreso del personal, este tipo de patología se asocia a otras enfermedades catalogadas como incompatibles con el servicio o función a desempeñar.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 278 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## ANGINA DE PECHO

### Definición

También conocida como angor o angor pectoris, es un dolor, generalmente de carácter opresivo, localizado en el área retroesternal, ocasionado por insuficiente aporte de sangre (oxígeno) a las células del músculo del corazón. Con frecuencia se asocia a los episodios de angina de pecho con un riesgo elevado de futuros eventos cardiovasculares fatales. Aunque un infarto agudo de miocardio puede ocurrir sin dolor, el dolor de pecho opresivo de aparición repentina y que dura más de 15 minutos debe requerir atención médica calificada de urgencia para descartar un infarto.

La angina de pecho es una molestia o dolor que ocurre por lo que en medicina se denomina como isquemia miocárdica, también llamada isquemia cardiaca, que se produce cuando las demandas de oxígeno miocárdicas (es decir, del músculo cardíaco), superan al aporte, lo que conlleva una deficiencia de sangre y oxígeno en el miocardio.

### Causas

Se debe a un desequilibrio entre el aporte y la demanda de  $O_2$  al miocardio, obedeciendo la mayoría de las veces a la obstrucción aterosclerótica de las arterias coronarias.

### Fisiopatología

De acuerdo al comportamiento de la placa de ateroma, la afección pasa por diversos estados, a saber:

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 279 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Angor de reciente comienzo. Entendiendo como tal a la que ha aparecido en los últimos 30 días. Se corresponde con el crecimiento de una placa de ateroma que ha obstruido alrededor del 50% de la luz arterial.

- Angina estable. Es aquella que apareció hace más de 30 días y no ha tenido cambios en su evolución. De acuerdo al esfuerzo que sea posible realizar sin desencadenar la aparición del angor, se distinguen cuatro grados:
  - El dolor aparece ante esfuerzos extraordinarios, no limitando la actividad física habitual.
  - El dolor aparece ante esfuerzos moderados y limita levemente la actividad cotidiana.
  - El dolor aparece ante pequeños esfuerzos y limita severamente la actividad cotidiana.
  - El dolor aparece ante esfuerzos mínimos y ocasionalmente en reposo, con severa limitación de la actividad cotidiana.

Angina inestable. Es aquella que ha variado su patrón habitual, haciéndose más frecuente o apareciendo con esfuerzos menores. Generalmente se produce como manifestación de un accidente de placa, es decir que la placa de ateroma se ulceró o se rompió, vertiendo su contenido en la luz de la arteria comprometida o desencadenando la formación de un trombo por el estímulo a la agregación plaquetaria. Su evolución habitual es hacia el infarto agudo de miocardio si no es prontamente tratada.

### **Manifestaciones clínicas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 280 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Habitualmente, la angina se asocia al ejercicio o a las alteraciones emocionales; se alivia rápidamente con el reposo y la nitroglicerina. Produce por ende, dolor torácico tipo peso asociado ocasionalmente a disnea y diaforesis.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La actividad física puede desarrollar la aparición de futuros eventos cardiovasculares fatales en el personal que presenta este antecedente médico.</li> <li>○ Se generan condiciones de riesgo porque pueden asociarse a sincopes o a muerte súbita.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **EMBOLIA Y TROMBOSIS ARTERIAL**

### **Definición**

La embolia arterial se produce por la migración a través del torrente sanguíneo de un trombo que produce una obstrucción en el flujo sanguíneo de algún órgano. La trombosis arterial se produce a partir de una arteria enferma apareciendo la oclusión de manera gradual y progresiva.

### **Causas**

La causa más frecuente de obstrucción arterial aguda es la *embolia* de la circulación mayor. La principal fuente de émbolos arteriales es el corazón izquierdo (ya sea por trastornos del ritmo cardiaco, infarto agudo de miocardio, etc.) y la mayoría de estos émbolos migra hacia las extremidades inferiores. El lugar donde más frecuentemente asientan dichos émbolos es a nivel de la arteria femoral

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 281 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

común, en su bifurcación o bien más distalmente. También son habituales en extremidades superiores, carótidas y más raramente, en las mesentéricas. Después de la embolia arterial, la *trombosis* arterial aguda es la causa más frecuente de obstrucción arterial aguda. La trombosis casi siempre se produce por alteraciones previas del endotelio vascular, generalmente de causa arteriosclerótica.

La formación de un trombo *in situ* puede verse favorecida por distintos mecanismos: una estenosis arterial severa, situaciones de hiperviscosidad o hipercoagulabilidad, bajo gasto cardiaco y otras. En estos casos de trombosis arterial hay un segmento especialmente susceptible: la femoral superficial a nivel del anillo de los aductores.

### **Fisiopatología**

La oclusión arterial aguda produce isquemia anóxica de los tejidos del segmento arterial afectado, luego de la cual se presentara gangrena (50%), la que depende del sitio de oclusión, circulación colateral y longitud de la oclusión. La presencia de dolor y parestesias se presenta por el daño de las fibras nerviosas de la zona afectada, pero la pérdida de la función nerviosa y la parálisis ya nos indican necrosis muscular inminente. La muerte tisular aparece de 6 a 8 horas después del fenómeno embólico, pero puede modificarse por la circulación colateral.

La trombosis no se propaga más allá de las ramificaciones arteriales si la circulación colateral es suficiente, pero si esta circulación no es adecuada o se produce estasis, se formaran trombosis venosas y arteriales distales a la oclusión inicial.

Los émbolos más frecuentes que pueden producir una oclusión arterial aguda de miembros inferiores son:

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 282 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- **Émbolos cardiacos:** el corazón es la primera fuente de producción de émbolos. El 85% a 95% de las oclusiones arteriales producidas por estos suelen medir más de 5 mm de diámetro, por lo que se alojan en vasos de diámetro grande como la arteria femoral común. Su origen se debe a:
  - Fibrilación auricular.
  - Infarto del miocardio.
  - Afección valvular.
  
- **Ateroémbolos:** tiene un tamaño de menos de 5 mm de diámetro por lo que se alojan en vasos de diámetro pequeño como ramas de las arterias digitales que se desprenden de una placa aterosclerótica o de un trombo proximal. Suele caracterizarse por dedos del pie azules y pulsos pedios palpables.

### **Manifestaciones clínicas**

Dolor, parestesias, palidez cutánea, claudicación intermitente, poiquiloterminia y pulsos periféricos ausentes.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 283 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Requiere como parte del tratamiento anticoagulación, siendo esta una condición de riesgo por el tipo de labor a desempeñar ya que puede sufrir traumatismos menores que pondrían en riesgo su salud al presentar sangrado de difícil manejo.</li>   <li>○ La actividad física a desarrollar estaría limitada ya que estos pacientes por la lesión arterial presentan claudicación intermitente esto quiere decir que después de realizar determinada actividad o marcha se reproducen los síntomas deteriorando la calidad de vida del funcionario.</li> </ul>

## **TROMBOFLEBITIS**

### **Definición**

Puede definirse como la presencia de trombos dentro de las venas, que ocasionan una obstrucción en el normal pasaje de la sangre por ellas, en lo que está implicada una inflamación de la vena afectada. La gravedad de estos procesos se debe a las posibles complicaciones que acarrear. La tromboflebitis puede afectar a las venas superficiales o a las venas profundas, siendo este último cuadro el que mayor riesgo de complicaciones tiene.

Aproximadamente el 90% de las trombosis ocurren en las venas de los miembros inferiores, con una frecuencia exacta difícil de determinar, ya que en muchos casos no produce manifestaciones clínicas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 284 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Se puede asociar a trombosis venosa profunda (TVP), la cual afecta principalmente las venas grandes en la parte inferior de la pierna y el muslo. El coágulo puede bloquear el flujo sanguíneo y causar hinchazón y dolor. Cuando un coágulo se desprende y viaja a través del torrente sanguíneo, se denomina émbolo, el cual se puede atascar en el cerebro, los pulmones, el corazón o en otra área, llevando a daño grave.

### **Causas**

Los riesgos para una tromboflebitis superficial abarcan los siguientes:

- Trastornos que implican aumento de la coagulación de la sangre
- Infección
- Venas varicosas.
- Irritación química del área
- Permanecer sentado o inmóvil por mucho tiempo

Existe también un aumento del riesgo en mujeres debido a un embarazo actual o reciente, así como por el uso de anticonceptivos orales.

### **Fisiopatología**

Se resume mediante la tríada de virchow: estasis sanguíneo, daño endotelial e hipercoagulabilidad.

### **Manifestaciones clínicas**

La trombosis venosa profunda se caracteriza por: dolor en pantorrilla o muslo, que aumenta al caminar, edema (acumulación de líquido) en la extremidad afectada, aparición de un cordón indurado, dilatación del sistema venoso superficial, puede aparecer febrícula y taquicardia.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 285 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La tromboflebitis superficial afecta más a personas mayores, portadoras de várices. Si bien puede no producir molestia alguna, generalmente se presenta con:

Dolor local.

Aumento de la temperatura localizada en el trayecto de la vena afectada, adquiriendo este además, un tono rojo – violáceo.

Generalmente la pierna afectada no se encuentra hinchada.

Sin embargo, en un alto porcentaje de los casos, estos dos procesos resultan asintomáticos.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se asocia a presencia de trombos en miembros inferiores que pueden desprenderse y migrar a estructuras orgánicas vitales como el corazón, el cerebro y el pulmón.</li> <li>○ Requiere como parte del tratamiento anticoagulación, siendo esta una condición de riesgo por el tipo de labor a desempeñar ya que puede sufrir traumatismos menores y presentar sangrados de severidad variable que pondrían en riesgo su vida.</li> </ul>

## **VARICES EN MIEMBROS INFERIORES GRADO II, III Y IV**

### **Definición**

Dilatación, elongamiento y tortuosidad de un trayecto venoso, asociado a incompetencia valvular con la consecuente incapacidad de establecer un retorno eficaz de la sangre al corazón. Las más habituales son las de los miembros inferiores.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 286 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## Causas

Se producen por una alteración de las válvulas venosas, dispositivos situados dentro de la luz de la vena en forma de un doble nido de golondrina que permite el flujo unidireccional de la sangre en dirección al retorno cardíaco y a su vez, impide el reflujo de esta a la periferia (reflujo venoso retrógrado). Las várices se forman cuando las válvulas venosas no cierran bien, entonces la sangre comienza a acumularse en las venas, haciendo que se hinchen. Las varices se pueden encontrar en otros sitios como el esófago (várices esofágicas), región anal (hemorroides) o en testículos (varicocele).

## Fisiopatología

El sistema venoso de retorno de los miembros inferiores consta de tres sistemas importantes: sistema venoso profundo, sistema venoso superficial y sistema venoso comunicante.

El sistema venoso profundo, está formado por las venas tibiales anteriores, tibiales posteriores y peroneas. Son pares y recogen el retorno venoso de la pierna hasta formar un tronco común: el tronco tibioperoneo situado preferentemente a la altura de la escotadura interósea tibioperoneal; discurre con ese nombre hasta alcanzar la interlínea articular de la rodilla donde recibe el nombre de vena poplítea; esta vena recibe el aporte de la safena externa y se llama poplítea hasta atravesar el anillo de hunter donde recibe el nombre de vena femoral superficial.

Como tal recorre la cara interna profunda del muslo; bien arriba recoge el concurso de la vena femoral profunda que drena los músculos del muslo y a nivel de la arcada inguinocrural, recibe el aporte del gran tronco venoso superficial, la vena safena interna, dando origen a partir de esta unión a la vena femoral común, que al ingresar a la pelvis seguirá cambiando de nombre hasta que uniéndose a la similar vena iliaca del otro miembro inferior van a formar la vena cava inferior.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 287 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

El sistema venoso superficial, está formado por dos grandes venas; la vena safena interna o safena magna y la vena safena externa, también llamada safena parva, safena posterior, safena menor. La safena interna nace en la vena dorsolateral interna del pie, discurre por delante del maléolo interno, cara interna de la pierna, cara lateral interna de la rodilla y luego cara interna del muslo para al llegar a la región inguinocrural, hacer una curva hacia adentro y atrás (cayado de la safena), perforar la fascia cribiforme formando el anillo de allan burns, también llamado ligamento de Hey y desembocar en la vena femoral. En su trayecto recibe el aporte de otras venas superficiales tanto a nivel de la pierna como del muslo.

La vena safena externa nace en la vena dorsolateral externa del pie, discurre por detrás del maléolo externo, asciende por la cara posterior de la pierna y a 8-10 cm del maléolo, se hace subaponeurótica, sigue su ascenso por la línea media de la pierna y viene a desembocar en la vena poplítea a nivel de la interlínea articular de la rodilla. En su trayecto recibe el aporte de otras venas superficiales y casi siempre se relaciona con la otra safena mediante una vena anastomótica también superficial.

Sistema comunicante, ambas venas safenas en todo su trayecto emiten ramas que atraviesan la aponeurosis y desembocan en las venas profundas de la pierna y el muslo; son las venas del sistema comunicante, de gran importancia en la fisiología del retorno venoso.

Los tres sistemas descritos, presentan en su pared interna válvulas bicúspides que coaptan perfectamente y son unidireccionales y como su nombre lo indica permiten el paso a través de ellas del flujo sanguíneo de retorno en forma centrípeta y evitan el reflujo distal al coaptarse; su normalidad anatómica y funcional es una de las condiciones principales para un retorno venoso normal.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 288 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Elas existen, tanto en las venas superficiales como en las comunicantes y profundas orientadas para permitir el paso de la sangre de la periferia al centro, de los segmentos distales hacia el corazón.

Hay otro grupo importante de venas superficiales, que naciendo en el tegumento discurren subcutáneamente y perforan la aponeurosis para drenar directamente al sistema venoso profundo a diferente altura del miembro inferior; es el sistema de las venas perforantes, de suma importancia en la etiología de la recidiva varicosa. Hay autores que opinan que las perforantes más grandes de los miembros inferiores son las venas safenas; forman pues, las perforantes menores a las safenas, también parte del sistema venoso superficial.

Se ha determinado que el sistema venoso profundo conduce el 90% del retorno y el sistema venoso superficial sólo el 10%. Este retorno se efectúa mediante la bomba muscular (contracción muscular que presiona las venas e impulsa la sangre hacia arriba) y el latido arterial que con la dilatación presiona la vena produciendo el mismo efecto que la contracción muscular. Secundariamente actuaría la presión negativa intraabdominal.

Etiopatogénicamente se puede decir que cualquier incremento de presión en el sistema venoso profundo que se trasmite al sistema venoso superficial en sentido retrógrado venciendo la unidireccionalidad valvular puede producir dilatación de las venas superficiales, llegando a hacerse varicosas.

### **Manifestaciones clínicas**

Las várices primarias tienen como síntomas acompañantes a las dilataciones venosas: ardor plantar y en el trayecto de las venas dilatadas, discomfort al estar mucho tiempo de pie; molestias que desaparecen cuando el paciente camina o adopta la posición horizontal (acostado).

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 289 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Las várices secundarias en cambio presentan dolor, cansancio y pesadez de piernas al estar mucho tiempo de pie e hinchazón de la pierna afectada (edema venoso). Estas molestias aumentan cuando el paciente camina y demoran mucho en desaparecer, cuando el paciente se acuesta.

La clasificación CEAP está basada en los signos y síntomas de la enfermedad que son importantes para evaluar la probabilidad del desarrollo futuro de una úlcera de acuerdo a la clínica podemos clasificarla en:

- CEAP 0: sin evidencia clínica de várice.
- CEAP 1: miembros con venas varicosas solamente.
- CEAP 2: miembros con venas varicosas sintomáticas (dolor).
- CEAP 3: várices sintomáticas con edema.
- CEAP 4: miembros varicosos, afectados por lipodermatoesclerosis pero sin úlcera.
- CEAP 5: presencia de úlcera venosa cicatrizada.
- CEAP 6: presencia de úlcera venosa activa.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La evolución natural de la enfermedad implica la posibilidad de presentar aumento de la severidad de la insuficiencia venosa, que puede producir trombosis venosa profunda, atrofia blanca de la piel, úlceras varicosas que tienen una curación tórpida y tienden a ser de carácter crónico y el síndrome post-flebitico o post-trombotico que provoca edema intersticial y sobrecarga linfática.</li> </ul>

	<p style="text-align: center;"><b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Código: GR-IT-01</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD INSPECTOR Versión 3.0 2017</b></p>	<p style="text-align: right;">Página: 290 de 409 Fecha: 2017</p>
<p style="text-align: center;"><b>Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención</b></p>		

- Dicha sintomatología puede exacerbarse por el tipo de entrenamiento físico y la función a desempeñar se vería afectada ya que no podría permanecer por tiempos prolongados en bipedestación como se requiere durante las guardias en pabellones, patios o garitas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 291 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA URINARIO

### GLOMERULONEFRITIS

#### Definición

La glomerulonefritis son un grupo de enfermedades del riñón que tienen como síntoma la inflamación de las estructuras internas del riñón (glomérulos). La Glomerulonefritis (GN) es un término diagnóstico genérico aplicado a un conjunto de entidades clínicas y anatomopatológicas de predominante afección glomerular inflamatoria que se exteriorizan principalmente con hematuria, proteinuria, hipertensión arterial y grado variable de compromiso funcional.

#### Causas

La Glomerulonefritis aguda se puede presentar secundaria a enfermedades infecciosas por ciertas cepas nefrogénicas del estreptococo beta hemolítico del grupo A y otros patógenos como el virus de la hepatitis B. La glomerulonefritis puede ser causada por problemas específicos con el sistema inmunitario del cuerpo, pero se desconoce la causa exacta de algunos casos. El daño a los glomérulos provoca la pérdida de sangre y proteína en la orina.

La afección se puede desarrollar después de sobrevivir a la fase aguda de la glomerulonefritis rápidamente progresiva. En cerca de una cuarta parte de las personas con glomerulonefritis crónica no hay antecedentes previos de enfermedad renal y el trastorno aparece primero como insuficiencia renal crónica.

Algunos trastornos específicos asociados con la glomerulonefritis son:

- Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- Síndrome de Goodpasture

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 292 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Nefropatía por IgA
- Nefritis lúpica
- Glomerulonefritis membranoproliferativa I
- Glomerulonefritis membranoproliferativa II
- Glomerulonefritis post estreptocócica

### **Fisiopatología**

La GMN aguda se caracteriza por inicio abrupto de hematuria macroscópica, oliguria, falla renal, disminución súbita de la tasa de filtración glomerular con retención de sodio y agua, manifestando edema e hipertensión. La proteinuria varía ampliamente en este síndrome y por lo general es menos de 3 g/d.

Una de las principales GMN agudas es la post infecciosa, donde el daño glomerular resulta de un compromiso inmune, desencadenado por una variedad de infecciones bacterianas, virales o de protozoarios. La más común es la GMN post estreptocócica, afecta a niños entre los 2 y 10 años, predomina ligeramente en hombres. Sólo ciertas cepas nefrogénicas de estreptococo se asocian con la GMN. La variedad más común de GMN post estreptocócica es usualmente después de una infección faríngea con estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A, serotipo 12. Se han unido a varias cepas desórdenes epidémicos causados por infecciones en piel y en faringe.

Se encuentran en el glomérulo depósitos de IgG y C3 y sugieren que la formación de complejos inmunes está involucrada en su fisiopatología. Las evidencias recientes manifiestan que uno o más antígenos estreptocócicos, con una afinidad por las estructuras glomerulares son «plantados» en el glomérulo durante la fase temprana de la infección estreptocócica, siguiendo 10 a 14 días más tarde una respuesta inmune del huésped, donde los anticuerpos son pegados a los antígenos. El candidato antigénico más probable incluye endostreptosina, proteína asociada con

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 293 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

cepas nefrogénicas (que tiene actividad de estreptoquinasa) y proteínas que se unen a plasmina (un precursor de exotoxina pirógena B).

Sin embargo la concentración de complejos inmunes circulantes no se correlaciona con la severidad de la enfermedad y puede contribuir a la generación de depósitos inmunes intraglomerulares masivos después de que el complejo inmune formado in situ, altera la permeabilidad glomerular de la membrana basal glomerular.

En la microscopía de luz, la GMN post estreptocócica se observa como un proceso proliferativo difuso con aumento del número de células mesangiales y de células endoteliales, a menudo acompañada por infiltración del lumen capilar y del mesangio por polimorfonucleares, monocitos y eosinófilos. La inmunofluorescencia típicamente revela un patrón granular grueso de depósitos de IgG y C3 en el mesangio y en las asas capilares. Los depósitos subepiteliales grandes referidos como «jibas» se miran mejor con microscopía electrónica durante las primeras dos semanas de la enfermedad y tienden a disminuir entre las semanas 4 y 8.

La GMN post estreptocócica es una enfermedad aguda y reversible, caracterizada por recuperación espontánea en la mayoría de los pacientes. Típicamente, la hematuria gruesa y el edema se presentan entre 7 días a 12 semanas después de la infección estreptocócica.

La resolución espontánea de las manifestaciones clínicas es por lo general rápida. La diuresis reaparece en una a dos semanas y la concentración de creatinina sérica retorna a nivel basal dentro de las cuatro semanas. La hematuria microscópica desaparece dentro de los seis meses pero la proteinuria leve permanece estática en 15% de los pacientes después de 3 años.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 294 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Ha sido sujeto de controversia el pronóstico a largo tiempo de individuos con GMN post estreptocócicas. La mayoría de los pacientes tienen una recuperación completa. Puede aparecer hipertensión, proteinuria persistente y a veces insuficiencia renal crónica. El tratamiento de GMN post estreptocócica es de soporte, enfocado a la sobrecarga de fluidos con dieta hiposódica (2.4 g/sodio/d); la hipertensión responde a diuréticos de asa (furosemida) y antihipertensivos tipo IECA, pero se deben dar con precaución si hay insuficiencia renal con hipercalemia.

### **Manifestaciones clínicas**

#### Formas clínicas de presentación

- GN aguda moderada.
- GN aguda severa:
- Encefalopatía hipotensiva.
- Insuficiencia renal aguda (IRA).
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- GN aguda con síndrome nefrótico.
- GN rápidamente progresiva: en la cual hay una caída rápida y progresiva de la función renal y requiere tratamiento adecuado para tratar de evitar su progresión a insuficiencia renal terminal.
- GN persistente: la que mantiene los signos de actividad (hematuria y/o proteinuria) por más de un año de evolución.
- GN crónica: es irreversible, expresión histopatológica de fibrosis y va hacia insuficiencia renal terminal.
- Con estas variaciones clínicas se pueden presentar GN post infecciosas bacterianas (la más frecuente post-estreptocócica aguda) virales, formando parte de enfermedades sistémicas (Purpura Henoch) nefritis heredo familiares, radiopáticas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 295 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

En el primer caso se produce habitualmente un deterioro rápido de la función renal con una disminución en la cantidad de la orina, con presencia de hematíes y detritus celulares en forma de cilindros que pueden ser observados al microscopio.

Como consecuencia de estas alteraciones puede aparecer una retención importante de líquidos con aparición de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca. Las glomerulonefritis proliferativas extra y endocapilares suelen cursar de esta forma. La pérdida de proteínas por la orina da lugar a un descenso de la cifra de proteínas en sangre con aparición de edemas debido a la extravasación de agua procedente de los vasos y a una respuesta compensadora por parte del hígado que al intentar contrarrestar este déficit de proteínas fabricando más, ocasiona una elevación en los niveles de lípidos. Las glomerulonefritis no proliferativas como la de cambios mínimos o la membranosa suelen cursar de este modo.

Respecto a la evolución, se pueden distinguir aquellas que evolucionan de forma rápida como las glomerulonefritis proliferativas endo y extracapilares, mientras que las demás presentan una evolución más crónica, que puede ser desde meses a años. Evidentemente la rapidez en el deterioro de la función renal puede ser diferente incluso dentro de un mismo tipo de glomerulonefritis. No solo importa el grado y extensión de la lesión glomerular sino también una serie de condiciones clínicas que pueden afectar a la evolución como la hipertensión arterial, el cumplimiento de las medidas dietéticas recomendadas, el empleo de fármacos o agentes que puedan perjudicar al riñón.

Factores de mal pronóstico: Insuficiencia renal progresiva, disminución del C3, hipertensión arterial severa e incontrolable con tratamiento; Glomerulonefritis rápidamente progresiva, diagnóstico histopatológico (GN proliferativa endo y extra capilar con más del 50% de semilunas; GN membranoproliferativa, fibrosis glomerular difusa, GN crónica).

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 296 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto que por la función a desempeñar en cualquier parte del país puede verse restringida generándose riesgos para la salud del funcionario.</li>   <li>○ El daño renal se asocia a la presencia de otras enfermedades como la enfermedad vascular hipertensiva, osteodistrofia renal con osteoporosis severa, siendo esto una restricción para realizar actividad física de alto impacto ya que podría presentar fracturas patológicas.</li>   <li>○ Si se presenta la insuficiencia renal crónica el paciente requerirá terapia dialítica que tiene como fin mejorar la supervivencia pero no la calidad de vida.</li> </ul>

## **SÍNDROME NEFRÓTICO**

### **Definición**

Es un trastorno renal causado por un conjunto de enfermedades, caracterizado por aumento en la permeabilidad de la pared capilar de los glomérulos renales que conlleva a la presencia de niveles altos de proteína en la orina (proteinuria), definida como la excreción mayor de 3.5 gramos de proteína en la orina de 24 horas (McPhee, 2003) niveles bajos de proteína en la sangre (hipoproteinemia o hipoalbuminemia), ascitis y en algunos casos, edema, hiperlipemia y una predisposición para la coagulación.

### **Causas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 297 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

El síndrome nefrótico es causado por afección glomerular, bien por enfermedad renal (glomerulonefritis primaria) o bien por enfermedades extrarrenales que afectan al riñón (glomerulonefritis secundaria). Las principales causas son:

- **Enfermedad de cambios mínimos:** es la causa más común de síndrome nefrótico primario en niños. Debe su nombre a que las nefronas parecen normales vistas a microscopía óptica y sólo con el microscopio electrónico se aprecia la lesión. También hay intensa proteinuria.
- **Glomerulonefritis membranosa:** es la causa más común en adultos. Una inflamación de la membrana del glomérulo dificulta la función de filtración del riñón. El motivo por el que se engruesa dicha membrana se desconoce.
- **Glomerulonefritis mesangiocapilar:** la inflamación del glomérulo junto con el depósito de anticuerpos en la membrana del mismo, dificultan la filtración de la orina.
- **Glomerulonefritis rápidamente progresiva:** se dice que hay enfermedad cuando al menos el 50% de los glomérulos del paciente muestra formas de semiluna en una biopsia de riñón.
- **Glomerulosclerosis focal y segmentaria:** se caracteriza por la aparición de un tejido cicatricial en los glomérulos. El adjetivo focal es debido a que algunos de los glomérulos presentan esas cicatrices, mientras que otros permanecen intactos; el término segmentaria representa que sólo parte del glomérulo sufre el daño.
- **Glomerulonefritis diabética en un paciente con síndrome nefrótico:** las glomerulonefritis secundarias mantienen el mismo patrón histológico que las causas primarias aunque guardan características que las diferencian:

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 298 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- **Nefropatía diabética:** se trata de una complicación que se da en algunos diabéticos. El exceso de azúcar en sangre termina acumulándose en las estructuras renales produciendo que se inflamen y no puedan cumplir correctamente su función. Esto conlleva la filtración de proteínas en la orina.
- **Lupus eritematoso sistémico:** esta enfermedad autoinmune puede afectar a varios órganos, entre ellos al riñón, por el depósito de inmunocomplejos típicos de esta enfermedad. Debido a la inflamación provocada en los riñones, se le da el nombre de glomerulonefritis lúpica.
- **Sarcoidosis:** no es muy frecuente que afecte al riñón pero, en ocasiones, el acúmulo de granulomas inflamatorios (conjunto de células del sistema inmunitario) en los glomérulos puede desencadenar el síndrome nefrótico.
- **Sífilis:** esta enfermedad, en su estado secundario (a las 2 u 8 semanas del comienzo), puede llegar a lesionar el riñón.
- **Hepatitis B:** determinados antígenos presentes en la hepatitis pueden conglomerarse en los riñones dañándolos.
- **Síndrome de Sjögren:** al igual que ocurre con el lupus eritematoso sistémico, el ser una enfermedad autoinmune facilita el depósito de inmunocomplejos en los glomérulos, causando su inflamación.
- **VIH:** los antígenos propios del virus provocan una obstrucción de la luz de los capilares glomerulares que altera la función normal del riñón.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 299 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- **Amiloidosis:** el depósito de sustancia amiloide (proteínas con estructura anómala) en los glomérulos modifica la forma y función de los mismos.
- **Mieloma múltiple:** las células cancerosas llegan al riñón causando glomerulonefritis como complicación.
- **Vasculitis:** la inflamación de los vasos sanguíneos a nivel del glomérulo impide el flujo normal de sangre y compromete al riñón.
- **Cáncer:** como ocurre en el mieloma, la invasión del glomérulo por células cancerosas también puede perturbar la función normal.
- **Trastornos genéticos:** existe una variante poco frecuente de síndrome nefrótico llamada síndrome nefrótico congénito. Se trata de una enfermedad genética en la que la proteína nefrina, componente de la barrera de filtración glomerular, está alterada en el riñón de estos pacientes.
- **Drogas** (sales de oro, penicilina, captopril): las primeras pueden producir una pérdida de proteínas más o menos importante por la orina, a consecuencia del acúmulo del metal; la segunda es nefrotóxica en pacientes con insuficiencia renal y el último, puede potenciar la proteinuria.

### **Fisiopatología**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 300 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

El glomérulo renal es el encargado de filtrar la sangre que llega al riñón. Está formado por capilares con pequeños poros que permiten el paso de moléculas pequeñas, pero no así de macromoléculas de más de 40.000 daltons como son las proteínas.

En el síndrome nefrótico el glomérulo afectado por una inflamación o una hialinización (formación de material homogéneo cristalino dentro de las células), permite que proteínas como la albúmina, la antitrombina o las inmunoglobulinas lo atraviesen y aparezcan en la orina.

La albúmina es la principal proteína de la sangre capaz de mantener la presión oncótica, lo que evita la extravasación de fluidos al medio extracelular y consecuentemente la formación de edemas.

En respuesta a la hipoproteinemia, el hígado pone en marcha un mecanismo compensatorio consistente en la síntesis de una mayor cantidad de proteínas, tales como alfa-2 macroglobulina y lipoproteínas, siendo estas últimas las causantes de la hiperlipemia que incrementa el riesgo cardiovascular en estos pacientes.

La proteinuria en la mayoría de las enfermedades glomerulares se debe a trastornos estructurales que aumentan el número de poros relativamente no selectivos. La pérdida parcial de la selectividad aniónica también puede contribuir en la pérdida de proteínas. La mayor excepción a este mecanismo, es la enfermedad por cambios mínimos, en la cual la pérdida de la barrera aniónica (aparentemente por disminución de la síntesis de polianiones a partir de las células epiteliales dañadas) es la mayor responsable del aumento en la filtración de proteínas.

### **Manifestaciones clínicas**

Las principales manifestaciones del síndrome nefrótico son:

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 301 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Una proteinuria superior a 3,5 g /24 h se considera proteinuria en rango nefrótico. En ausencia de un examen de orina de 24 horas para medir la proteína total se suele usar la relación entre la concentración urinaria de albúmina y creatinina. En el síndrome nefrótico este cociente es superior a 200-400 mg/mmol. Esta gran pérdida de proteínas se debe a un aumento de la permeabilidad del glomérulo, que deja pasar las proteínas a la orina en vez de retenerlas en la sangre. En condiciones normales no se pierden más de 1,5 g/24 h.
- Una hipoalbuminemia inferior a 2,5 g/dL, que sobrepasa la compensación hepática, es decir, la síntesis proteica en el hígado resulta insuficiente para compensar el bajo nivel de proteínas en la sangre.
- El edema, ocasionado por la hipoalbuminemia y la retención de sodio y agua, estimulada esta contención por la hormona antidiurética. Este edema del síndrome nefrótico aparece, inicialmente, en zonas declives (tales como las piernas) y en los párpados; en fases avanzadas se extiende también a cavidades pleurales y peritoneales (ascitis) hasta la anasarca.
- La hiperlipidemia es consecuencia del aumento de la síntesis de lipoproteínas de baja y muy baja densidad responsable del transporte de colesterol y triglicéridos; además, hay un incremento de la síntesis hepática de colesterol.
- La hipercoagulabilidad, entendida como una mayor predisposición a la formación de trombos sanguíneos, es debida a la disminución en la sangre de la antitrombina III por su pérdida urinaria.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 302 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Se asocia a disfunción tiroidea por la pérdida de proteínas transportadoras de tiroxina resultando una disminución de la concentración plasmática de T4.

Los pacientes con Síndrome Nefrótico son más susceptibles a contraer infecciones. Dicha susceptibilidad ha sido atribuida a la disminución de los niveles de IgG y de los factores B y D del complemento, lo cual dificulta la opsonización de microorganismos encapsulados, asociado también a esto la administración de inmunosupresores como parte del tratamiento.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se presentan requerimientos especiales nutricionales como parte del tratamiento como lo es la dieta hiposódica, hipoproteica; se asocia a presencia de edema en miembros inferiores que dificultaría el uso del calzado tipo bota exigido como parte del uniforme.</li> <li>○ Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto que por la función a desempeñar en cualquier parte del país puede verse restringida generándose riesgos para la salud del funcionario.</li> </ul>

## **HEMATURIA**

### **Definición**

Se define como la presencia de sangre en la orina, específicamente a la presencia de 3 o más hematíes en un sedimento urinario. El lugar de procedencia de la sangre puede ser de cualquier estructura del aparato urinario; riñones, uréteres, vejiga, próstata y hay que distinguirla del sangrado

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 303 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

que aparece a través del meato uretral sin estar relacionado con la micción, que se denomina uretrorragia y cuyo origen estaría localizado en algún punto por debajo del esfínter externo de la uretra.

También hay que distinguirla del sangrado vaginal en la mujer, que procede de su aparato genital interno y que en múltiples ocasiones no saben aclarar su lugar de procedencia ya que se dan cuenta en el momento de la micción al encontrar manchado de sangre el recipiente donde han orinado.

### **Causas**

Cistitis bacteriana, cistitis intersticial, uretritis, cálculo renal expulsado o en expulsión, carcinoma de células transicionales, carcinoma epidermoide vesical, carcinoma de células renales, quistes renales relacionados con la edad, otras neoplasias, enfermedad renal quística adquirida o congénita, enfermedades glomerulares, enfermedades intersticial, nefrolitiasis, pielonefritis, infarto renal.

### **Fisiopatología**

La hematuria es un indicio específico de anomalía de los riñones o vías urinarias, pero no señalan en forma específica alguna forma particular de enfermedad renal. Este problema en si no es doloroso; sin embargo, el paso de coágulos sanguíneos a lo largo del uréter o uretra puede producir cólico renal o disuria, respectivamente. En general, la hematuria ocurre en los siguientes trastornos:

- Trastornos sistémicos, como hemoglobinopatía, anomalías de la coagulación, sepsis y rara vez, insuficiencia cardiaca congestiva grave. también puede haber hematuria después de ejercicio intenso.
- Enfermedades glomerulares inflamatorias y necrosantes. de igual forma ocurre también en ciertos tipos de nefritis intersticiales, en especial las que son agudas y en el infarto renal.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 304 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Enfermedades caracterizadas por trastorno de la estructura normal de los riñones y vías urinarias, como en neoplasmas, urolitiasis, traumatismo o enfermedad quística del riñón.
- Trastornos irritativos o inflamatorios de riñones, uréter o vías urinarias inferiores, como en la pielonefritis o infección de vías urinarias inferiores.

#### **Manifestaciones clínicas**

En ocasiones es asintomática, sin embargo puede presentar síntomas relacionados a la patología desencadenante. Se presentan cambios en la coloración de la orina.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se debe evaluar la causa desencadenante de la hematuria, la presencia de complicaciones y patologías asociadas para definir la inhabilidad.</li> <li>○ En caso de estar relacionada con infecciones del tracto urinario inferior se administra el tratamiento específico y se reevaluará el caso.</li> <li>○ Si la hematuria se encuentra asociada a enfermedad renal o sistémica que requiera control y seguimiento médico estricto se evaluarán sus secuelas y comorbilidades.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 305 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Estos pacientes tienen restricciones dietarias, de ejercicio físico ya que este puede incrementar la hematuria.

## **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA**

### **Definición**

Incapacidad renal para realizar las funciones depurativa, excretora, reguladora de los equilibrios hidroelectrolíticos y ácido-base y de las funciones endocrinas y metabólicas.

### **Causas**

#### **Insuficiencia renal aguda**

##### **A. Pre-renales**

- Contracción del volumen del líquido extracelular (hipovolemia, deshidratación)
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hipotensión

##### **B. Renales**

- Necrosis tubular aguda
- Post-operatoria

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 306 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Nefrotoxicidad (antibióticos, metales pesados)
- Eclampsia, sepsis
- Varias
- Glomerulonefritis aguda
- Hipertensión maligna
- Vasculitis
- Nefropatía por ácido úrico
- Síndrome urémico

#### C. Post-renales

- Obstrucción de los uréteres (cálculos, coágulos, compresión extrínseca).
- Obstrucción vesical (hipertrofia prostática, carcinoma).

#### **Insuficiencia renal crónica**

- Nefropatía diabética
- Nefropatías vasculares: hipertensión arterial, arterioesclerosis
- Glomerulonefritis
- Enfermedades quísticas
- Nefropatías intersticiales

#### **Fisiopatología**

La insuficiencia renal perenal se presenta como una respuesta fisiológica a la hipoperfusión renal. El tejido renal se mantiene íntegro y una vez corregida la causa de la hipoperfusión la función renal se normaliza. Si las causas que originaron la hipoperfusión se perpetúan se producirá lesión del tejido renal.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 307 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La isquemia y la hipoperfusión provocan dos alteraciones fundamentales en el riñón:

- Alteraciones hemodinámicas que a través de vasoconstricción, contracción del tejido mensangial y congestión medular, conducen a la marcada reducción del filtrado glomerular.
- Daño tubular isquémico, al cual son más sensibles la pars recta del tubo contorneado proximal y la porción gruesa ascendente del asa de henle, probablemente por sus mayores requerimientos de atp (transporte activo de solutos muy importantes a estos niveles) y porque la medular externa, lugar de asiento de estas estructuras, tiene peor aporte vascular que otras zonas renales. La necrosis tubular causa obstrucción tubular lo que permite el paso del ultrafiltrado hacia el tejido intersticial al perder el túbulo la integridad de su pared.
- En la enfermedad renal crónica se presenta un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal que lleva al paciente a un síndrome urémico.

### **Manifestaciones clínicas**

Los pacientes presentan anorexia, astenia, náuseas, vómitos, baja de peso, oliguria, prurito, somnolencia. En un paciente urémico podemos ver palidez por la anemia que presenta, hiperpigmentado y con muestras de excoriaciones de la piel por causa del prurito. Por lo general se da en pacientes hipertensos y dependiendo de la ingesta de sodio puede presentar hipervolemia o hipovolemia.

El examen cardiaco puede revelar agrandamiento cardiaco, ritmo de galope s4 y posiblemente, un frote pericárdico. El estudio pulmonar puede revelar un frote pleural, así como un cierto grado de derrame pleural. El examen neurológico puede revelar un signo de chvostek o de

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 308 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

trousseau positivo, como consecuencia de la hipocalcemia y además neuropatías periféricas. En las extremidades se puede encontrar asterixis y en casos avanzados se encuentran mioclonias. En el interrogatorio es probable que el paciente se queje de debilidad, cefalea, náuseas y vómitos. El aliento tiene un aroma especial (fétor urémico).

En un examen de laboratorio revelara anemia, retención nitrogenada, hipocalcemia, hiperfosfatemia; el sodio puede estar normal a menos que este alterado el mecanismo de la sed, el potasio puede estar alto, bajo o normal; el bicarbonato estará disminuido y hará muestra de acidosis metabólica.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto, debido a que el tratamiento para estas patologías es a largo plazo y depende en gran medida del grado de recuperación y rehabilitación del estado de salud general del paciente.</li> <li>○ Conviene que éste tenga una actividad laboral limitada y que evite las condiciones que acentúen la patología subyacente.</li> <li>○ Teniendo en cuenta el desequilibrio hidroelectrolítico producido por esta enfermedad, la anemia, la hipertensión y los síntomas neurológicos asociados, no es conveniente que estos pacientes realicen actividad física ya que la oxigenación, transporte hidroelectrolítico y muchas veces el estado cardiovascular se encuentran comprometidos y se pondría en riesgo la vida del paciente.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 309 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## UROLITIASIS

### Definición

La nefrolitiasis se refiere sólo a cálculos o concreciones en los riñones y en la pelvis renal (cálculos renales); la urolitiasis a cálculos en la pelvis o en cualquier parte de la vía urinaria (vejiga, uréter, uretra).

### Causas

Las causas y la génesis de los cálculos no se conocen todavía con exactitud. En la formación del cálculo se distinguen dos estadios.

Estadio inicial o de nucleación: tiene lugar a nivel microscópico. En esta fase se produce la precipitación de diversas sales, la cual está condicionada por distintos factores: a) falta de inhibidores (citratos en los cálculos de fosfato de calcio, pirofosfatos en los de oxalato de calcio); b) compuestos de alto peso molecular como, por ejemplo, mucoproteínas, proteína de Tamm Horsfall y células epiteliales; c) sobresaturación de constituyentes de la orina.

Estadio de crecimiento y agregación de los cristales: en esta fase los cálculos se hacen visibles macroscópicamente. Cuando son muy pequeños se denominan arenilla. Los de gran tamaño forman un molde del aparato pielocalicilar y se llaman cálculos coraliformes (cálculos en asta de ciervo).

### Fisiopatología

A grandes rasgos, los cálculos renales se clasifican como calcáreos y no calcáreos. Los trabajos más recientes sugieren que la formación es consecuencia de una infección parecida a la

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 310 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

ocasionada por helicobacter pylori y a la enfermedad ulcerosa. Las nanobacterias son pequeños microorganismos intracelulares que forman núcleos de apatita, presentes en el centro de la mayoría de los cálculos de riñón y de las placas minerales de la papila renal.

La posterior cristalización y el crecimiento de la piedra están influidos por factores endógenos y nutricionales. Asimismo, el volumen de la orina y la concentración de solutos también determinan la formación de cálculos.

### **Manifestaciones clínicas**

Los cálculos renales pueden causar diferentes síntomas, dependiendo de su tamaño, composición y de su situación en el aparato urinario. Algunos por su tamaño pequeño pueden pasar desapercibidos.

La litiasis renal puede manifestarse así:

- Cólico nefrítico: al salir los cálculos del riñón producen un taponamiento de la salida de orina del riñón produciéndose un dolor intensísimo, que aparece en la zona renal (lumbar ó espalda baja) y se irradia hacia el abdomen anterior hacia los genitales. Es un dolor intermitente que no se alivia y se asocia a náuseas, vómitos, sudoración y sensación de hinchazón abdominal. No suele dar fiebre.
- Dolor lumbar: es un dolor persistente y más solapado en la zona lumbar.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 311 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Hematuria: es la aparición de sangre en la orina. Puede ser visible a simple vista o a veces tan solo microscópica. Se produce por las lesiones que produce el cálculo en su paso por las estructuras del riñón.
- Infecciones de orina: por su situación, algunos cálculos solo se descubren por infecciones frecuentes de la orina.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ En estos pacientes se deben evaluar las condiciones de riesgo para desarrollar nefrolitiasis, evaluar factores como hipercalciuria, hiperparatiroidismo, hiperuricemia o hiperuricosuria (en la gota y leucemias), estasis urinaria y tendencia familiar entre otras.</li> <li>○ Si se presento un único episodio sin estar asociado a los factores anteriores no se genera restricción para laborar, caso contrario en el que se asocie a estas condiciones se debe evaluar individualmente teniendo en cuenta las posibles complicaciones como irritación local y hematuria, enclavamiento, ectasia urinaria e hidronefrosis, infección con pielonefritis, abscesos e hidropionefrosis; las cuales limitarían la actividad física del trabajador.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **NEFRECTOMIA**

### **Definición**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 312 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Extirpación quirúrgica de total o parcial un riñón.

### **Causas**

Hay varias indicaciones para este procedimiento, tales como el carcinoma de células renales. La nefrectomía también se realiza con el propósito del trasplante renal o por traumatismos o por riñón poliquístico.

### **Fisiopatología**

No es considerada una enfermedad sino es un procedimiento quirúrgico como parte del tratamiento de alguna enfermedad que amerite la extirpación total o parcial de un riñón. Existen diversas técnicas quirúrgicas para la nefrectomía que puede ser abierta o laparoscópica.

### **Manifestaciones clínicas**

Si al momento de la nefrectomía total, radical o parcial en otro riñón se encuentra sano no se evidenciara sintomatología asociada, se debe evaluar la causa desencadenante y sus secuelas asociadas como lo son la proteinuria, la hipertensión arterial e insuficiencia renal. (F. Oppenheimer, 2005)

### **JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD**

- La aplicación de la inhabilidad depende del grado de severidad de la afección, las complicaciones presentes y la causa base de la nefrectomía.

## **PROTEINURIA**

### **Definición**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 313 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

No es una enfermedad en si misma sino un indicador precoz de enfermedad renal o sistémica. Su valor normal es de 150 mg en 24 horas o de 0 a 8 mg/dl en una muestra aislada.

### **Causas**

Proteinurias primarias: transitoria (fiebre, deshidratación, ejercicio), intermitente (proteinuria ortostática), persistente (proteinuria persistente benigna, proteinuria tubular aislada familiar o no familiar, proteinuria tubular familiar asociada a hipercalciuria).

Proteinurias secundarias: síndrome nefrótico idiopático, glomerulonefritis membranosa, nefritis hereditaria, pielonefritis crónica, tubulopatías hereditaria.

### **Fisiopatología**

La proteinuria está definida por la presencia de proteínas en la orina. En los adultos se refiere a una excreción urinaria de estas superior a 150 mg en 24 horas. Se ha utilizado como un marcador de lesión renal, constituyéndose en uno de los datos más importantes para el nefrólogo. Sin embargo, patologías tan comunes como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus frecuentemente manifiestan sus afecciones renales con la presencia de proteinuria, convirtiéndose ahora en un marcador de enfermedades sistémicas y no solo renales. Normalmente, un individuo filtra 5000 mg de proteínas cada día, de los cuales 4950 mg son reabsorbidos en el túbulo proximal del riñón, de manera que la cantidad excretada es poca.

### **Manifestaciones clínicas**

Ocasionalmente no hay síntomas, sin embargo, pueden presentarse edema en miembros superiores e inferiores, distensión abdominal, edema facial.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 314 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se tendrá en cuenta la evolución de la enfermedad donde se presentan requerimientos especiales nutricionales como parte del tratamiento como lo es la dieta hiposódica, hipoproteica.</li>   <li>○ Adicionalmente la presencia de edema de miembros inferiores en casos avanzados que dificultaría el uso del calzado tipo bota exigido como parte del uniforme y el hecho que la exigencia física importante inherente a varios de los cargos, se vería limitada por la depleción proteica en sangre secundaria a proteinuria importante.</li>   <li>○ Lo anterior sin perjuicio de las limitantes generados por la patología base causante de la proteinuria.</li> </ul>

## **TUMORES**

### **Definición**

A nivel renal se presentan tumores primarios benignos o malignos.

### **CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES RENALES PRIMARIOS**

#### **TUMORES DEL TEJIDO RENAL**

	<b>TUMORES BENIGNOS</b>	<b>TUMORES MALIGNOS</b>
<b>EPITELIALES</b>	Adenoma	Carcinoma de cel. renales
	Oncocitoma	

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 315 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

NO EPITELIALES	Fibroma	Sarcomas
	Mioma	
	Reninoma	
	Angiomiolipoma	
DISONTOGENETICOS	Nefroblastoma	Tumor de Wilms
	Nefroma mesoblástico	

#### TUMORES DE LA PELVIS

	TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
EPITELIALES	Papiloma	Ca. de epitelio de transición
NO EPITELIALES	Fibroma	Sarcomas
	Mioma	

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 316 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### TUMORES DE LA CAPSULA RENAL

TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
Fibroma	Sarcomas
Mioma	

Fuente: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/anatomiaopatologica/05Genital\\_masc/5tumores.htm](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/anatomiaopatologica/05Genital_masc/5tumores.htm)

#### Causas

Todavía no se conocen muy bien las causas del cáncer de riñón. A pesar de ello, aunque no se conozca exactamente por qué se desarrolla este cáncer sí se han descubierto determinados comportamientos, hábitos y acciones que aumentan las posibilidades de una persona de desarrollarlo.

En general, de acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society), los factores de riesgo son los siguientes:

- **Fumar** (duplica el riesgo)
- **Amianto** (exposición continuada al amianto y a los vapores del petróleo)
- **Cadmio** (exposición continuada al cadmio)
- **Historial familiar** (un historial familiar de cáncer de riñón aumenta el riesgo de la persona)
- **Sexo** (los hombres duplican en riesgo a las mujeres)
- **Síndrome Von Hippel-Lindau** (enfermedad causada por la mutación de un gen) **Esclerosis tuberosa**
- **Régimen alimenticio** (una dieta alta en grasa aumenta el riesgo)
- **Obesidad**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 317 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- **Diálisis a largo plazo (los pacientes que han estado en diálisis por largo tiempo pueden desarrollar quistes renales que pueden ser causas de cáncer de riñón).**

### **Fisiopatología**

El tejido de origen del adenocarcinoma renal es el epitelio tubular proximal renal. El cáncer de riñón aparece tanto de forma esporádica como hereditaria y ambas están asociadas a alteraciones estructurales del brazo corto de cromosoma 3 (3p). Estudios genéticos en familias con alto riesgo de desarrollar cáncer renal condujeron a la clonación de genes cuya alteración provoca la aparición del tumor. Estos genes pueden ser supresores (*vhl*, *tsc*) u oncogenes (*met*).

Existen al menos cuatro síndromes hereditarios asociados al adenocarcinoma renal:

- El síndrome de von hippel-lindau (*vhl*)
- El carcinoma renal papilar hereditario (*cprh*)
- El oncocitoma renal familiar (*orf*), asociado al síndrome de birt-hogg-dube (*sbhd*)
- El carcinoma renal hereditario (*crh*).

### **Manifestaciones clínicas**

El síntoma más común es la hematuria. El patrón de síntomas del CCR varía de unos pacientes a otros, incluso hasta la fase en la que aparecen metástasis. Debido a la situación de los riñones y a la movilidad de las estructuras contiguas a la masa en expansión, estos tumores son a menudo muy grandes en el momento de su detección clínica. Aunque el síntoma primordial del CCR es la hematuria, ésta aparece más tarde que en los tumores de células de transición debido a la localización intrarenal del CCR. Se ha considerado al CCR como “el sueño médico de los médicos” pero “la maldición de los cirujanos” debido a la interesante constelación de síntomas relacionados con los síndromes paraneoplásicos.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 318 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

El cáncer de vejiga tiene unos síntomas parecidos a los de una infección urinaria y puede producir disuria, frecuencia urinaria y aparición de células sanguíneas y purulentas en la orina. Dado que los síntomas de una infección urinaria pueden ser el anuncio de un tumor vesical, especialmente si se acompañan de hematuria macroscópica en pacientes mayores, es necesario confirmar la presencia de bacterias y mantenerse alerta. Si un paciente tratado de una infección urinaria no mejora inmediatamente, hay que remitirlo al urólogo para un estudio más completo.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patologías que comprenden la afección del sistema renal y urinario.</li> <li>○ Los métodos de tratamiento de los tumores son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, pudiéndose combinar a veces los tres métodos dependiendo del tipo de tumor así como de las necesidades del paciente.</li> <li>○ Son pacientes que requieren control y seguimiento médico estricto, que por la función a desempeñar en cualquier parte del país, puede verse restringida generándose riesgos para la salud del funcionario.</li> <li>○ Los pacientes con cáncer presentan limitación para el desarrollo de la actividad física importante, comprometiendo el adecuado desarrollo de las labores requeridas; no solo por la patología en sí, sino también por las consecuencias y efectos secundarios generados por los métodos terapéuticos para combatirlo.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

**Código: GR-IT-01**

**INHABILIDADES DE SALUD Y  
SEGURIDAD  
INSPECTOR  
Versión 3.0  
2017**

Página: 319 de 409

Fecha: 2017

**Aprobado Por: Coordinación  
Promoción y Prevención**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 320 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA ENDOCRINO

### OBESIDAD

#### Definición

Está caracterizada por un índice de masa corporal o IMC aumentado (mayor o igual a 30). Forma parte del síndrome metabólico. Es un factor de riesgo conocido para enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión arterial, ictus y algunas formas de cáncer. La evidencia sugiere que se trata de una enfermedad con origen multifactorial: genético, ambiental, psicológico entre otros. Se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, hipertrofia general del tejido adiposo.

#### Causas

Las causas de la obesidad son múltiples e incluyen factores tales como la herencia genética, el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico y el tipo o estilo de vida que se lleve. Además de mayor ingesta de calorías de las que el cuerpo necesita y/o menor actividad física de la que el cuerpo precisa.

#### Fisiopatología

Sea cual sea la etiología de la obesidad, el camino para su desarrollo es el mismo, un aumento de la ingestión y/o una disminución del gasto energético. Los lípidos procedentes de la dieta o sintetizados a partir de un exceso de carbohidratos de la dieta, son transportados al tejido adiposo como quilomicrones o lipoproteínas de muy baja densidad (vldl). Los triglicéridos de estas partículas son hidrolizados por la lipoproteinlipasa localizada en los capilares endoteliales, introducidos en el adipocito y reesterificados como triglicéridos tisulares. Durante los periodos de balance positivo de energía, los ácidos grasos son almacenados en la célula en forma de triglicéridos; por eso, cuando la

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 321 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

ingestión supera el gasto, se produce la obesidad. En la medida en que se acumulan lípidos en el adipocito, este se hipertrofia y en el momento en que la célula ha alcanzado su tamaño máximo, se forman nuevos adipocitos a partir de los preadipocitos o células adiposas precursoras y se establece la hiperplasia.

El paciente muy obeso que desarrolla hiperplasia y comienza a adelgazar, disminuirá el tamaño de los adipocitos, pero no su número. Este hecho tiene una relevancia especial en la obesidad de temprano comienzo, en la niñez o la adolescencia, en la cual prima la hiperplasia sobre la hipertrofia, y como resultado es más difícil su control, pues hay una tendencia a recuperar el peso perdido con gran facilidad y de ahí la importancia de la vigilancia estrecha en el peso de los niños y adolescentes, porque las consecuencias pueden ser graves.

En el caso de la obesidad de comienzo en la adultez, predomina la hipertrofia sobre la hiperplasia, por lo cual su tratamiento suele ser más agradecido, pero no por eso fácil. Por otra parte, se sabe que la distribución de los adipocitos y su capacidad de diferenciación, está condicionada genéticamente, por eso, mientras mayor sea la fuerza genética para la obesidad, mayor será la probabilidad de que este proceso se desarrolle con el menor esfuerzo y la mayor rapidez.

Tomando en cuenta las leyes de la termoenergética, el paciente obeso debe comer más para mantener su peso, porque además de que su gasto energético es mayor porque el tejido magro también se incrementa con la obesidad, la actividad adrenérgica está estimulada por vía de la leptina y este aspecto parece ser importante en el mantenimiento de la obesidad.

La mayoría de los obesos tienen en realidad una hiperleptinemia con resistencia a la acción de la leptina de forma selectiva, es decir, solo en su capacidad para disminuir la ingestión, pero no en su acción con mediación simpática y por eso el obeso está expuesto no solo a un incremento del gasto

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 322 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

mediado por el sistema neurovegetativo, sino también a efectos neuroendocrinos amplificados, con devastadoras consecuencias clínicas.

De ahí que la pérdida de solo unos pocos kilogramos de peso represente un beneficio multiplicado, por las positivas consecuencias clínicas que esto condiciona, y que las acciones contra la obesidad sean siempre de inestimable utilidad. Los obesos con hipoleptinemia, aleptinémicos o con alteraciones en la acción de los receptores de la leptina, que son el grupo menos numeroso, tienen por su parte un gasto energético disminuido con desregulación de los mecanismos controladores de la ingestión que da origen y perpetúa la obesidad. Se ha demostrado que se corrige con la administración de leptina recombinante en el caso de las alteraciones de la leptina, no así en los problemas del receptor.

### **Manifestaciones clínicas**

La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo. La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones.

La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos. Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Es frecuente asimismo la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas).

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 323 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tipo de entrenamiento físico y la función a desarrollar se ve limitada toda vez que la obesidad dificulta la realización de algunas tareas ya que genera fatiga y está asociada a mayor riesgo cardiovascular que puede generar síncope y/o estar asociados a otras patologías consideradas como criterio de inhabilidad.</li> <li>○ Es también un factor de riesgo de problemas musculoesqueléticos y de osteoartritis.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar como en casos de obesidad mórbida.</li> </ul>

## **DESNUTRICIÓN**

### **Definición**

Es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico. Es un proceso que afecta todos los órganos y sistemas que es progresivo y reversible en sus fases iniciales.

### **Causas**

- Disminución de la ingesta dietética.
- Mala absorción.
- Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía.
- Psicológica; por ejemplo, depresión o anorexia nerviosa.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 324 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no es/son digerido(s) o absorbido(s) apropiadamente.

La desnutrición puede ser lo suficientemente leve como para no presentar síntomas o tan grave que el daño ocasionado sea irreversible, a pesar de que se pueda mantener a la persona con vida.

A nivel mundial, especialmente entre los niños que no pueden defenderse por sí solos, la desnutrición continúa siendo un problema significativo. La pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra en países como Biafra, Somalia, Ruanda, Iraq y muchos otros más han demostrado que la desnutrición y el hambre no son elementos extraños a este mundo.

**Desnutrición Calórica:** se caracteriza por un balance calórico negativo de evolución prolongada (semanas a meses). Por su lenta progresión se producen cambios endocrinos y metabólicos adaptativos a una ingesta energética deficiente, tendientes a preservar las proteínas del paciente.

## Fisiopatología

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 325 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- El gasto energético se reduce hasta en un 30 % por disminución de la actividad del SN simpático y una menor conversión periférica de tiroxina T4 a T3, aumentando la rT3 y a veces, disminución de la actividad física espontánea.
- Disminuye la síntesis y degradación de proteínas. Se va reduciendo la masa muscular, mientras las proteínas circulantes y viscerales se mantienen por un mayor tiempo.
- Cambios endocrinos, lo más importante es lo señalado para hormonas tiroideas.
- Disminuye el débito y la reserva cardíaca por atrofia miocárdica. También disminuye la presión arterial y se alteran reflejos cardiocirculatorios (hipotensión ortostática). Frente a una mayor demanda por una enfermedad intercurrente o en un periodo de recuperación nutricional puede aparecer insuficiencia cardíaca.
- Disminución de la secreción gástrica, pancreática y biliar y de la motilidad intestinal. Atrofia de la mucosa intestinal con menor capacidad absorbiva.

**Desnutrición Proteica:** se desarrolla por un balance negativo, especialmente nitrogenado. También se denomina Kwashiorkor del adulto. Su evolución es rápida, en días o semanas generalmente secundaria a una enfermedad hipercatabólica (infección, trauma), algunas neoplasias y en pacientes alcohólicos con mala ingesta de proteínas en su dieta.

### **Fisiopatología**

- El gasto energético generalmente está aumentado (hipermetabolismo).
- Aumento del catabolismo de las proteínas musculares y aumento de síntesis de algunas proteínas prioritarias (ver Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica). Algunas proteínas plasmáticas como la albúmina, prealbúmina y apo B (en las VLDL) disminuyen su síntesis. La disminución de estas proteínas transportadoras puede explicar la aparición de un síndrome pluricarencial por déficit de vitaminas y minerales con anemia, alteraciones en piel y mucosas como puede observarse en algunos pacientes alcohólicos con desnutrición proteica.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 326 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Síndrome edematoso por expansión del volumen extracelular en asociación a hipoalbuminemia.
- Hígado graso por disminución de síntesis de apo B y secreción de VLDL, acumulándose triglicéridos en el hepatocito.
- Los cambios en el sistema endocrino son especialmente importantes en pacientes graves con un SRIS.
- El sistema inmunocompetente se deteriora en forma importante, especialmente en sus componentes de inmunidad celular. Este hecho tiene gran trascendencia en la respuesta a las infecciones que son más frecuentes y más graves en estos pacientes.
- La capacidad de cicatrización está deteriorada y los pacientes tienen mayor incidencia de complicaciones quirúrgicas (fístulas), fracturas mal consolidadas y úlceras de decúbito.
- Disfunción de órganos y sistemas, entre los cuales se puede señalar:
  - Atrofia cardíaca, insuficiencia cardíaca y mala tolerancia a la hipovolemia
  - Atrofia de la mucosa intestinal y traslocación bacteriana
  - Disminución de fuerza ventilatoria, atelectasias y colapso alveolar
  - Atrofia muscular, fatigabilidad y postración (riesgo de tromboembolismo pulmonar)

### **Manifestaciones clínicas**

Se presentan lesiones cutáneas, oculares, en la lengua, óseas, musculoesqueléticas, alteraciones del aparato digestivo, hematológicas, neurológicas, edema secundario a la hipoproteinemia, desequilibrio hidroelectrolítico y aparición de infecciones.

**JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 327 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Se requiere un estado nutricional óptimo para desarrollar las actividades inherentes al cargo a desempeñar, ya que se requiere un aporte calórico adecuado y reservas metabólicas para ser utilizadas durante la actividad física intensa, emocional y mental.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **BOCIO**

### **Definición**

Es el aumento de tamaño de la glándula tiroides. Se traduce externamente por una tumoración en la parte antero-inferior del cuello justo debajo de la laringe. Existen varios tipos desde el punto de vista morfológico: bocio difuso, uninodular o multinodular.

Según su tamaño se divide en los siguientes estados:

- Estado 1: detectable a la palpación.
- Estado 2: bocio palpable y visible con el cuello en hiperextensión.
- Estado 3: visible con el cuello en posición normal.
- Estado 4: bocio visible a distancia.

### **Causas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 328 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La causa más común de bocio en el mundo es idiopática. La segunda causa es la deficiencia de yodo; este estado se conoce habitualmente como bocio endémico. El tratamiento y curación consiste en un suplemento en la alimentación con yodo (en forma de yoduro o yodato).

Hoy en día constituye un problema únicamente en los países más pobres que carecen de recursos económicos para reforzar los alimentos con esta sustancia como parte del programa de alimentación pública. En la actualidad el bocio se debe fundamentalmente a un factor hereditario o a un factor fisiológico (en la pubertad). Generalmente no da sintomatología y cuando se presenta la más frecuente son consecuencia de la compresión de la tráquea y de la ronquera.

### **Fisiopatología**

En la mayoría de los casos, el bocio se produce debido a una secreción insuficiente de hormonas tiroideas. Este déficit hormonal produce un aumento de la secreción de tsh por la glándula pituitaria, que ocasiona hipertrofia de las células tiroideas produciendo un crecimiento de la glándula, de modo que pueda segregar la cantidad suficiente de hormonas. Esto se logra en muchas ocasiones, aunque en algunos casos, este mecanismo compensador no logra que se produzca la cantidad necesaria de hormonas tiroideas.

Si el trastorno es de corta duración, el tamaño de la glándula puede volver a la normalidad de forma espontánea. Sin embargo, si la alteración ha sido duradera o es permanente, la glándula queda definitivamente aumentada de tamaño. Ciclos sucesivos de crecimiento e involución originan la formación de nódulos que caracterizan al bocio multinodular.

### **Manifestaciones clínicas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 329 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Si la secreción hormonal es normal solo produce clínica local.
- En la fase inicial es difuso, firme pero no duro, de palpación indolora y no produce otra clínica que la tumoración.
- En la fase más avanzada es nodular con uno o más nódulos duros por transformación fibrosa o quística. A veces se producen compresiones tráquea, esófago, intratorácicas, pudiendo aparecer dolor por hemorragias intraquísticas, obligando a descartar tiroiditis, o determinadas formas de carcinoma tiroideo. Un crecimiento rápido también sugiere hemorragia intranodular o malignidad.
- Las compresiones intratorácicas causan síntomas de compresión de estructuras vecinas, los más frecuentes son disnea, estertores, tos, disfagia (menos frecuente).
- En el caso de neoplasia, los carcinomas tiroideos pueden incluso causar la compresión de la vena subclavia, yugular o vena cava superior que se manifiesta por plétora facial y dilatación de las venas del cuello. La compresión de nervios recurrentes ocasiona parálisis de las cuerdas vocales, que se manifiesta como disnea y voz ronca bitonal.
- En el bocio simple la función tiroidea es normal durante muchos años o siempre. Puede aparecer hipotiroidismo o hipertiroidismo esporádicamente por transformación autonómica de algún nódulo (bocio multinodular tóxico).

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuando el crecimiento es importante puede dar lugar a síntomas compresivos por desplazamiento y presión sobre estructuras vecinas como la tráquea, el esófago o el nervio recurrente, lo que producirá dificultad respiratoria, para la deglución o afonía respectivamente.</li> <li>○ Aparte de los síntomas compresivos, puede originar alteraciones de la función tiroidea como es el hipertiroidismo (nerviosismo, palpitaciones, cansancio, pérdida de peso, entre otras) o el</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 330 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

hipotiroidismo (intolerancia al frío cansancio, somnolencia, sequedad de piel...) síntomas que por la función a desempeñar, puede verse restringida generándose riesgos para la salud del funcionario.

- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

**DIABETES**

**Definición**

Trastorno complejo de los carbohidratos debido fundamentalmente a una secreción inadecuada o absoluta de insulina por parte de las células beta del páncreas.

**Causas**

La diabetes tipo 1 se debe a la destrucción autoinmunitaria selectiva de las células beta de los islotes pancreáticos mediada por linfocitos t. En la diabetes tipo 2 existe una predisposición genética y factores poligénicos ambientales, se presenta una secreción inadecuada y resistencia a esta.

**Fisiopatología**

La diabetes mellitus se origina por deficiencia relativa o absoluta de la secreción de insulina por parte de las células beta. La deficiencia de dicha hormona, a su vez, disminuye la utilización de glucosa, aminoácidos y ácidos grasos por los tejidos.

La glucosa que se obtiene a partir de la dieta o por gluconeogénesis hepática, se acumula en la circulación lo que produce hiperglucemia. Conforme aumentan las cifras plasmáticas de glucosa se

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 331 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

excede la capacidad de las células de los tubos renales para resolver glucosa a partir del ultrafiltrado glomerular, lo que produce glucosuria. Esto ocurre cuando la concentración plasmática de glucosa excede el valor de referencia 70-110 mg/dL.

La glucosuria crea una diuresis osmótica y produce poliuria. La polidipsia compensadora evita la deshidratación. La menor utilización hística periférica de la glucosa ingerida origina pérdida de peso a medida que el organismo intenta compensar la "inanición" percibida.

### **Manifestaciones clínicas**

Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, astenia, adinamia, visión borrosa, infecciones superficiales frecuentes, y mala cicatrización de las heridas.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Requieren control y seguimiento médico estricto y por las características de la función a desarrollar se pone en peligro el estado de salud del aspirante o trabajador.</li> <li>○ Teniendo en cuenta el tipo de actividad física a realizar durante la fase de entrenamiento o de ejecución de las labores, se puede generar inestabilidad metabólica que requiera asistencia hospitalaria.</li> <li>○ A su vez requieren cumplimiento de instrucciones nutricionales específicas, lo cual se hace imposible de seguir en virtud las funciones del servicio. Se asocia a:</li> <li>○ Aumento del riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC).</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 332 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies y en última instancia, amputación.
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos y un 10% sufren un deterioro grave de la visión.
- Se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa. La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes.
- Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos.
- En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **HIPOGLUCEMIA**

### **Definición**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 333 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Se define la hipoglucemia en un adulto como una cifra de glucemia inferior a 40 mg/dl, incluso en ausencia de síntomas.

### **Causas**

#### **Por medicamentos o tóxicos:**

- Diabéticos tratados con Insulina o sulfonilurea.
- Ingestión de raticidas.
- Alterando función hepática: alcohol, b -bloqueadores no selectivos, propanolol.

#### **Hipoglucemia reactiva:**

- Reducción de la capacidad gástrica.
- Idiopática.

#### **Hipoglucemias postabsortivas:**

- Insuficiencia de órganos: hepatopatías, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, sepsis, inanición.
- Deficiencias hormonales: hipopituitarismo, insuficiencia suprarrenal, deficiencia de glucagón y adrenalina.
- Tumores de células no-beta.
- Hiperinsulinismo endógeno: autoanticuerpos contra insulina, autoanticuerpos contra receptor insulínico.
- Hipoglucemia ficticia: insulina o sulfonilurea.

### **Fisiopatología**

La insulina frena la producción hepática de glucosa y aumenta la utilización de la glucosa por parte de los tejidos periféricos (fundamentalmente el músculo). Por todo ello, la secreción de insulina

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 334 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

baja las cifras de glucemia. Cuando por cualquier mecanismo aparece hipoglucemia se aumenta la producción de una serie de hormonas de contrarregulación, tales como: Glucagón y epinefrina. Estas hormonas producirían un aumento en la glucogenolisis de forma que intentarían elevar las cifras de glucemia hasta niveles normales. La hormona de crecimiento y el cortisol Serán otras hormonas de contrarregulación que vendrían en una segunda fase evolutiva, una vez pasada la fase más aguda.

Aunque las catecolaminas son unas hormonas muy importantes en el proceso de contrarregulación de la hipoglucemia, no juegan un papel fundamental en caso de secreción adecuada de glucagón. En caso de déficit en la producción de glucagón, como Será el caso de diabéticos de larga evolución o sujetos que han sido sometidos a pancreatectomías totales, es cuando las catecolaminas tomarían el papel principal como hormonas contrarreguladoras.

En sujetos con una diabetes de muy larga evolución, incluso la producción de catecolaminas estaría afectada, por lo que los mecanismos compensadores de la hipoglucemia estarían deteriorados. Es interesante recordar al respecto que estos mecanismos descritos podrían alterarse con la administración de beta-bloqueantes no selectivos, tales como el propranolol.

### **Manifestaciones clínicas**

Los síntomas que ocurren durante una hipoglucemia se deben a:

- La descarga producida por el sistema nervioso simpático - descarga adrenérgica.
- Causados por la neuroglucopenia.

La hipoglucemia activa células del hipotálamo que Serán las responsables de la descarga del sistema nervioso simpático, produciendo síntomas tales como: sudoración, palpitaciones, ansiedad. La activación del sistema nervioso parasimpático produciría manifestaciones tales como cambios en

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 335 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

el tamaño pupilar y aumento en la secreción de saliva por la parótida. Tanto hipotermia como hipertermia pueden observarse en la hipoglucemia. La hipotermia se debería a la pérdida de calor causada por la sudoración excesiva y la vasodilatación periférica. La hipertermia se produciría por las convulsiones o el edema cerebral.

El umbral aceptado para el desarrollo de síntomas por neuroglucopenia es aproximadamente 36 mg / dl. Por debajo de estas cifras de glucemia pueden demostrarse cambios en el electroencefalograma y en la conciencia. La corteza cerebral es la más susceptible a los efectos de la hipoglucemia, seguida por el cerebelo, los ganglios de la base, tálamo, hipotálamo, troncoencéfalo, médula espinal y finalmente los nervios periféricos. Las convulsiones pueden producirse durante la hipoglucemia, siendo este síntoma más frecuente en los niños.

Los síntomas son: nerviosismo, sudor, temblor, polifagia (hambre excesiva), confusión, cefalea, incapacidad para concentrarse, pérdida de memoria, desorientación, diaforesis (sudoración fría), visión borrosa, convulsiones, coma, fatiga.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por la actividad física a desarrollar se puede generar una alteración metabólica que curse con pérdida de la conciencia poniendo en riesgo la salud del aspirante.</li> <li>○ Por su sintomatología el rtrabajo en alturas (garitas) se convierte en un riesgo de mayor proporción.</li> </ul>

## **TRASTORNOS DE LA HIPÓFISIS Y LA REGULACIÓN HIPOTALÁMICA**

### **Definición**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 336 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

El sistema endocrino está regulado por la hipófisis o glándula pituitaria que está ella misma, regulada por las células neurosecretoras del hipotálamo. El sistema neuroendocrino incluye la hipófisis que regula la función de determinados órganos viscerales como el útero, la mama, los riñones, regula el crecimiento y el soporte trófico así como, a través de las funciones de órganos diana específicos, las funciones de la glándula tiroides, las suprarrenales y las gónadas, asegurando el crecimiento y desarrollo, el mantenimiento del medio interno, la regulación del metabolismo y la reproducción.

La hipófisis controla en gran parte, el funcionamiento de las demás glándulas endocrinas y es a su vez controlada por el hipotálamo, una región del cerebro que se encuentra por encima de la hipófisis. La hipófisis consta de dos lóbulos, el anterior (adenohipófisis) y el posterior (neurohipófisis). La alteración en su funcionamiento genera trastornos tiroideos, acromegalia o gigantismo, hiperprolactinemia, trastorno de las glándulas suprarrenales y trastornos gonadales.

El hipopituitarismo es la deficiencia de una o varias hormonas hipofisarias (es un déficit parcial o completo) y su etiología es múltiple, resultante de la afectación de la hipófisis o del hipotálamo.

### **Causas**

Causas primarias que afectan la hipófisis:

- Tumores hipofisarios.
- Suministro inadecuado de sangre a la hipófisis; como en las hemorragias o anemias.
- Síndrome de Sheehan o la necrosis hipofisaria postparto
- Infecciones o enfermedades inflamatorias.
- Sarcoidosis o amiloidosis.
- Extirpación quirúrgica.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 337 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Enfermedad autoinmune.
- Síndrome de la silla turca vacía.

Causas primarias que afectan el hipotálamo:

- Tumores hipotalámicos.
- Traumatismos.
- Lesión quirúrgica de la hipófisis, de los vasos y nervios que llegan a ella.

### **Fisiopatología**

El eje hipotálamo-hipofisario-órgano diana, forma un sistema coordinado en donde la señal que llega al hipotálamo estimula o inhibe la secreción hormonal de la hipófisis anterior, siendo estas hormonas a su vez órgano-específicas. La hipófisis produce una determinada hormona que es específica del órgano -diana, el cual a su vez segrega una hormona circulante que tiene un efecto modulador sobre el hipotálamo y/o hipófisis.

Es lo que ha llegado a denominarse sistema de retroalimentación negativa o de circuito cerrado. Todas las hormonas de la hipófisis anterior pueden alterarse ya sea por hipersecreción o por disminución de ella. La hipersecreción hormonal suele ser de una hormona aislada y en general es producido por un tumor adenohipofisario. El déficit hormonal puede ser aislado o múltiple como ocurre por ejemplo en el caso de tumores que destruyen la hipófisis.

### **Manifestaciones clínicas**

- Galactorrea: producción de leche en las mujeres que no están en periodo de lactancia o en hombres.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 338 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Diabetes insípida: que se caracteriza por la escasa producción de hormona antidiurética. Presenta como síntomas sed exagerada y excesiva eliminación de orina.
- Acromegalia: crecimiento desmesurado de los tejidos y órganos.
- Enfermedad de Cushing: se presenta un adenoma hipofisario secretor de ACTH que produce por la excesiva exposición crónica a glucocorticoides que da lugar a la hiperplasia bilateral de la corteza suprarrenal. Que produce debilidad muscular, que se manifiesta con dificultad para subir escaleras, levantarse de la silla o de la cama usando los brazos para apoyarse, se asocia a obesidad y a una distribución grasa particular que afecta sobre toda la cara, el cuello, tronco y abdomen, atrofia de la piel, estrías, produce supresión del sistema inmunológico.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dependiendo de la patología base se puede asociar con disminución de síntesis de proteínas lo que genera alteraciones musculares que limitan al paciente para realizar actividad física.</li> <li>○ Se pueden presentar alteraciones inmunitarias que pondrían en riesgo al aspirante o trabajador, de adquirir infecciones teniendo en cuenta las condiciones higiénicas sanitarias de los centros carcelarios.</li> <li>○ La alteración en el eje hipotálamo-hipofisario se asocia a otras manifestaciones clínicas como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, alteraciones del campo visual en caso de presentar macroadenomas hipofisarios que generen compresión sobre el quiasma óptico.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 339 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Estas comorbilidades ponen en riesgo la salud del aspirante teniendo en cuenta los altos requerimientos físicos y metabólicos durante su entrenamiento y posterior desempeño de la labor.
- en general la inhabilidad dependerá del tipo de trastorno, su severidad, la presencia de complicaciones y la causa base.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **TRASTORNOS DE LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES**

### **Definición**

Grupo de afecciones que se presentan por la secreción excesiva o insuficiente de cada tipo de hormona suprarrenal produciendo síndromes característicos.

### **Causas**

Deshidratación, infección u otro estrés físico, lesión neoplásica primaria o metastásica de la glándula suprarrenal o de la hipófisis, suspensión de un tratamiento con esteroides como la prednisona o la hidrocortisona, cirugía, traumatismos, hemocromatosis, amiloidosis, sarcoidosis y uso de anticonceptivos orales.

### **Fisiopatología**

Las glándulas suprarrenales están divididas tanto anatómica como funcionalmente en dos partes: corteza y médula. A su vez, la corteza se subdivide en tres zonas: glomerulosa, que produce

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 340 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

fundamentalmente aldosterona, el mineralcorticoide principal que contribuye al balance hidroelectrolítico a través de la homeostasis del sodio y el potasio. La zona fasciculada que es responsable de la síntesis de glucocorticoides, tales como el cortisol, que afecta al metabolismo glucosado y al normal funcionamiento celular.

La zona reticularis que produce predominantemente andrógenos y es similar a la zona fasciculada, funcionalmente hablando, ya que se suma a la producción de cortisol. La médula adrenal es muy similar desde el punto de vista fisiológico a los ganglios simpáticos, actuando en sincronismo con el sistema nervioso simpático.

El eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal desempeña un papel importante en la capacidad que posee el organismo para hacer frente a situaciones de estrés tales como infecciones, traumas o cirugía.

El hipotálamo, que está sujeto a influencias reguladoras de otras partes del cerebro como el sistema límbico, segrega la hormona liberadora de la corticotropina (crh) y la arginina-vasopresina, potentes estimulantes de la hipófisis anterior, que libera una prohormona, la proopiomelanocortina (pomc), que contiene acth. De esta manera, la acción de las hormonas hipotalámicas se ve amplificada segregándose un gran número de moléculas de corticotropina.

Una concentración plasmática de corticotropina de 5,5 pmol/litro resulta en una concentración plasmática de cortisol de 550 mmol/litro. Solo el 5% del cortisol plasmático circula libre; la mayoría está unida a proteínas. La acth circula hasta las glándulas suprarrenales llevando a la síntesis y liberación de cortisol y de otros corticosteroides. A su vez, el cortisol ejerce un feed-back negativo en glándulas suprarrenales, hipófisis, hipotálamo y corteza cerebral para disminuir la producción y

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 341 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

secreción de cortisol, controlando de esta manera la secreción de corticotropina, hormona liberadora de corticotropina y de vasopresina.

La biosíntesis de todas las hormonas esteroideas de la corteza suprarrenal es dependiente de la acth. La zona fasciculada y la reticularis son totalmente dependientes de ella. En ausencia de acth sólo se produce un 10% de la tasa de síntesis de esteroides.

El cortisol se libera en pulsos episódicos, con un patrón diurno, siguiendo un ritmo circadiano establecido por la liberación hipofisaria de acth. Los niveles de cortisol aumentan durante las últimas horas de sueño y hacen pico por la mañana temprano. El mínimo nivel se encuentra a primera hora de la tarde. Las situaciones de estrés agudo y algunas enfermedades crónicas pueden alterar este patrón. La hormona antidiurética y la interleukina 1 pueden estimular el eje hipófisis-suprarrenal, especialmente en situaciones de estrés. El cortisol tiene una importancia vital en el mantenimiento del tono vascular y en la contractilidad cardíaca.

Su presencia es importante en los efectos fisiológicos de las catecolaminas en la musculatura vascular lisa, por lo que su ausencia origina clínicamente hipotensión con poca respuesta al tratamiento con fluidos o drogas vasoactivas. Interviene en el metabolismo de los carbohidratos y de las proteínas y en el control del sistema inmune, con potentes efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores.

La secreción diaria normal de cortisol es de 20 a 30 ug, lo que equivale a 20 mcg de hidrocortisona por la mañana (8 a.m) y 10 mcg por la tarde (4 a 6 p.m). En condiciones de estrés, la glándula suprarrenal incrementa la secreción diaria de esteroides de 10 a 12 veces. La respuesta al estrés se caracteriza por una secreción continua de acth a pesar de hipercortisolemia. Es independiente de la hora del día o de la concentración de cortisol plasmático, ya que el estrés

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 342 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

sobrepasa otros mecanismos de regulación e incrementa la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal.

A mayor estrés, mayor elevación del cortisol. Por ejemplo, en el shock séptico, trauma severo y procedimientos quirúrgicos los niveles de cortisol plasmático aumentan de 2 a 5 veces. El fallo respiratorio origina un incremento del 50 al 100% de los niveles normales.

La corticotropina también estimula la secreción de andrógenos suprarrenales y en determinadas ocasiones, de aldosterona. La secreción de aldosterona está controlada fundamentalmente por el sistema renina-angiotensina y no se altera de manera importante por los cambios en los niveles de acth en condiciones fisiológicas. Estimulan la síntesis de renina la hiponatremia, la hipokalemia, las prostaglandinas y los vasodilatadores como el nitroprusiato, así como la activación del sistema nervioso simpático (a través de receptores beta). El potasio modifica la secreción de aldosterona independientemente su efecto en la renina. Los mineralocorticoides son importantes para la homeostasis de la sal y el agua.

### **Manifestaciones clínicas**

- Enfermedad de adisson: se presenta una insuficiencia cortico suprarrenal que se presenta por la destrucción de la corteza suprarrenal o por secreción indebida de la ACTH hipofisaria. Se caracteriza por sensación de cansancio, debilidad, depresión, anorexia, pérdida de peso, mareo, vomito, diarrea, hiponatremia, hiperpotasemia, testículos pequeños, escasez de vello axilar y pubiano.
- Síndrome suprarrenogenital: se produce una excesiva producción de andrógenos que produce masculinización. En las mujeres genera hirsutismo y talla baja por fusión epifisaria temprana.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 343 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Enfermedad de Cushing: se presenta un adenoma hipofisario secretor de ACTH que se produce por la excesiva exposición crónica a glucocorticoides, que da lugar a la hiperplasia bilateral de la corteza suprarrenal. Produce debilidad muscular, que se manifiesta con dificultad para subir escaleras, levantarse de la silla o de la cama usando los brazos para apoyarse; se asocia a obesidad y a una distribución grasa particular que afecta sobre toda la cara, el cuello, tronco y abdomen, atrofia de la piel, estrías. Produce supresión del sistema inmunológico.
- Hiperaldosteronismo: producción excesiva de mineralocorticoides. Se caracteriza por la retención de sodio y por pérdida de potasio e hidrogeno por el riñón, produciendo aumento del volumen del líquido extracelular y de la tensión arterial. Por la pérdida excesiva de potasio se presenta debilidad muscular, perdida del vigor sexual, nicturia. La hipertensión sostenida puede generar lesión renal e hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- Feocromocitoma: tumor de las células cromafines que aumenta la secreción de catecolaminas. Se caracteriza por hipertensión arterial, diaforesis, angustia, palpitaciones, nauseas y vomito. Se presentan picos hipertensivos relacionados con la actividad física, estrés, cambios bruscos de posición, estornudos.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Requieren control y seguimiento médico estricto.</li> <li>○ Se asocia a disminución de síntesis de proteínas lo que genera alteraciones musculares que limitan al paciente para realizar actividad física.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 344 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Se presentan alteraciones inmunitarias que lo pondrían en riesgo de adquirir infecciones teniendo en cuenta las condiciones higiénicas sanitarias de los centros carcelarios.
- La alteración en el eje hipotálamo-hipofisario se asocia a otras manifestaciones clínicas como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, deshidratación.
- Estas comorbilidades ponen en riesgo la salud del aspirante teniendo en cuenta los altos requerimientos físicos y metabólicos durante su entrenamiento y posterior desempeño de la labor.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **HIPERTIROIDISMO**

### **Definición**

Es un tipo de trastorno metabólico en el que el exceso de función de la glándula tiroides conlleva a una hipersecreción de hormonas tiroideas, tiroxina (t4) libre, de triyodotironina (t3) libre o ambas.

### **Causas**

Es consecuencia de una hiperplasia (bocio tóxico) de la glándula a causa de una secreción excesiva de tsh (acrónimo inglés de "hormona estimulante de la tiroides"), o bien a la estimulación de la tiroides por tsi (inmunoglobulina tiroestimulante), que son anticuerpos que se unen a los mismos receptores que lo haría la tsh, por lo que la glándula sufre una estimulación muy intensa que causa el hipertiroidismo.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 345 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La tirotoxicosis (intoxicación por hormonas tiroideas) es el síndrome debido a una excesiva acción de las ht sobre el organismo. El exceso de ht circulantes puede deberse a una hiperfunción del tiroides, a una destrucción del tiroides con una producción ectópica de hormonas tiroideas o a una ingestión exógena excesiva de hormona tiroidea.

### **Fisiopatología**

El exceso de hormonas tiroideas induce un aumento global del metabolismo, con una elevación del gasto energético, de la producción de calor y consumo de oxígeno. Aumenta la síntesis proteica, pero en conjunto predomina el catabolismo sobre el anabolismo, por lo que se produce un balance nitrogenado negativo. Además aumenta la sensibilidad de los tejidos a la acción de las catecolaminas, probablemente debido a una potenciación de los receptores adrenérgicos.

Debido al efecto catabólico se produce adelgazamiento (poco notable en la polifagia). La piel se hace fina, aumenta la caída del cabello, las uñas se vuelven frágiles y tienden a separarse del lecho ungueal (uñas de plummer).

El exceso de hormonas tiroideas produce un aumento de la motilidad intestinal por lo que aumentan el número de evacuaciones. Se sobrecarga el aparato cardiovascular debido al aumento de las necesidades tisulares de nutrientes de oxígeno, a la necesidad de disipar el exceso de calor producido y la hipersensibilidad cardíaca a las catecolaminas. Aumenta la frecuencia cardíaca y pueden aparecer arritmias. En el sistema neuromuscular el exceso de hormonas tiroideas se manifiesta con nerviosismo, irritabilidad, insomnio, trastornos mentales que pueden oscilar desde la ansiedad al delirio, temblor fino distal, hiperreflexia y debilidad de los músculos de la cintura.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 346 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

A veces se produce disnea provocada por el consumo de oxígeno y por la ansiedad. Debe diferenciarse de la disnea que puede provocar un bocio voluminoso al estrechar la vía respiratoria.

### **Manifestaciones clínicas**

Taquicardia, pérdida de peso, nerviosismo y temblores. En los seres humanos, las principales causas de este padecimiento son la enfermedad de graves o bocio tóxico difuso (etiología más común con 70–80%), el adenoma tiroideo tóxico, el bocio multinodular tóxico, la tiroiditis subaguda y los efectos de algunos medicamentos. Se diferencia del síndrome de tirotoxicosis o tormenta tiroidea porque en esta última hay una exacerbación del hipertiroidismo, a tal grado que pone en peligro la vida del paciente, fundamentalmente por insuficiencia cardíaca. Por su parte, la tirotoxicosis engloba al hipertiroidismo y a otras patologías que cursan con una elevada concentración de hormonas tiroideas, causada por la glándula tiroidea o no.

**JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 347 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- El hipertiroidismo es un estado hipermetabólico que se puede corregir en forma permanente en casi todos los pacientes.
- La remisión del hipertiroidismo pueden haber deficiencias del sistema visual y cardiovascular que deben ser evaluadas para determinar sus secuelas ya que estas pueden interferir con el desarrollo del entrenamiento y el cumplimiento de sus funciones.

(Decreto N° 1507 de 2014. Manual Único De Calificación De Invalidez.)

## **HIPOTIROIDISMO**

### **Definición**

El hipotiroidismo es una enfermedad endocrina frecuente que resulta del déficit de hormonas tiroideas y de sus efectos a nivel tisular. Si su origen está en la glándula tiroidea se denomina hipotiroidismo primario y si está en la hipófisis o el hipotálamo se denomina hipotiroidismo secundario o terciario respectivamente.

La enfermedad tiene una expresión clínica muy variable; así puede presentarse como una enfermedad con síntomas y signos característicos (hipotiroidismo clínico) o en forma asintomática la cual es detectable solo mediante exámenes de laboratorio (hipotiroidismo subclínico).

Las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo varían según la edad del paciente y la velocidad en que progresa la enfermedad. En el adulto son frecuentes las alteraciones del ánimo, la

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 348 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

astenia y los trastornos a nivel de piel y faneras. En la mujer en edad fértil puede presentarse por polimenorrea, anemia e infertilidad.

En la gran mayoría de los casos (>95%) el hipotiroidismo corresponde a la forma primaria. Las etiologías más frecuentes son la tiroiditis autoinmune, la cirugía tiroidea y el tratamiento con radioyodo.

### **Causas**

La causa más frecuente de hipotiroidismo es la tiroiditis de hashimoto que da lugar a una destrucción progresiva del tiroides como consecuencia de fenómenos de autoinmunidad. Otras causas son la extirpación quirúrgica, la administración de yodo radioactivo, fármacos como el metimazol o la amiodarona, la hemocromatosis.

### **Fisiopatología**

Teniendo en cuenta las causas y mecanismos por las que se puede llegar al fallo tiroideo es posible clasificarlo en tres categorías:

#### *1- Hipotiroidismo primario:*

- Producido por enfermedades propias de la glándula tiroides que destruyen los folículos tiroideos.
- La histopatología evidencia lesiones variadas con reemplazo de los folículos por inflamación, esclerosis u otras. Cursa con elevación de la tirotrófina hipofisaria por liberación del freno ejercido por la tiroxina y la triiodotironina que están disminuidas o ausentes. La tiroides puede afectarse por diferentes causas:
- Trastornos de la embriogénesis: aplasia e hipoplasia tiroidea: hipotiroidismo congénito que produce el cretinismo (patología de la infancia).

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 349 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Deficiencia de la biosíntesis hormonal:
- Por falla heredofamiliar de enzimas que intervienen en la producción de hormonas tiroideas: generalmente ocasionan cretinismo por atacar al recién nacido o bien si lo hacen después del desarrollo del sistema nervioso llevan al hipotiroidismo infantil.
- La producción hormonal puede fallar por déficit de yodo en el agua y/o los alimentos agravados por sustancias bociógenas en ellos la cual puede manifestarse a cualquier edad entre la niñez, adolescencia o juventud. Ocasiona el hipotiroidismo endémico.
- Extirpación o destrucción de la glándula: El tratamiento quirúrgico de un cáncer tiroideo con tiroidectomía total o de un hipertiroidismo con tiroidectomía mayor que 3/4 o 4/5 partes del órgano. La destrucción radiante de la misma con yodo 131 o con cobaltoterapia en estas patologías produce el mismo efecto que la cirugía.
- Enfermedades autoinmunes: I a tiroiditis autoinmune  
 atrófica y la crónica linfocitaria (Enfermedad de Hashimoto) reemplazan las células funcionantes por infiltrados linfoplasmocitarios y fibrosis.
- Misceláneas: Tiroiditis crónica fibrosa de Riedel, tuberculosis o micosis tiroideas, amilodosis.  
 Hipotiroidismo medicamentoso: yodo, amiodarona, antitiroideos, ácido paraaminosalicílico, litio, etionamida.

*2- Hipotiroidismo secundario:*

- Tiroides sana que por enfermedades destructivas de la adenohipófisis se ve privada del estímulo de la tirotrófina y secundariamente se atrofia y deja de secretar T3 y T4. Cursa con tirotrófina y ambas hormonas tiroideas bajas. La adecuada estimulación tiroidea con TSH restablece la secreción glandular. Como la hipófisis está destruida, su estimulación con TRH exógena no logra respuesta. La anatomía patológica de la tiroides solo muestra atrofia de los folículos tiroideos y en la hipófisis hay destrucción del parénquima. Diversas lesiones de la

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 350 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

hipófisis pueden llevar a la destrucción: tumores primarios o metastáticos, infartos, hematomas, granulomas, abscesos.

### 3- Hipotiroidismo terciario:

- La adenohipófisis y la tiroides son sanas pero sufren las consecuencias de enfermedades del hipotálamo que resulta anulado y no produce hormona liberadora de tirotrófina. Este hecho altera el sistema de retroalimentación glandular con el consiguiente déficit de tirotrófina que a su vez lleva al déficit de hormonas tiroideas. Es decir que hay carencia de TRH, TSH, T3 y T4. La estimulación del sistema con TRH restablece la normalidad. Lo mismo se puede lograr con TSH para la secreción tiroidea. El estudio histológico muestra destrucción del hipotálamo con atrofia de la hipófisis y tiroides. El mismo tipo de enfermedades y lesiones que atacan la hipófisis pueden hacerlo con el hipotálamo.

### **Manifestaciones clínicas**

Los síntomas precoces del hipotiroidismo en el adulto son inespecíficos y de inicio insidioso. Entre ellos se encuentra la letargia, el estreñimiento, la intolerancia al frío, rigidez y contractura muscular, el síndrome del túnel carpiano y la menorragia.

En la exploración de la cara es donde se aprecian más datos clínicos y entre ellos destaca:

- Amimia: se le llama cara empastada o cara de payaso, debido a tumefacción palpebral, palidez cérea en la que resalta el enrojecimiento malar (chapetas malares), con inexpresividad manifiesta, aspecto tosco, bobalicón. Cuando es exagerado puede que se desarrolle un coma mixedematoso. También hay que diferenciarlo de un síndrome parkinsoniano.
- Blefaroptosis: es la caída del párpado superior por parálisis (ptosis palpebral).

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 351 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Edema palpebral o periorbitario, con bolsas en los párpados inferiores, labios gruesos, macroglosia que puede provocar la mordedura de la lengua con frecuencia y provocar un síndrome de apnea obstructiva del sueño.
- Voz ronca, a veces apagada, lenta, gutural, profunda y áspera.
- Alopecia que suele ser de tipo androide, con pelo fino, muy seco, estropajoso, deslustrado, debilitado, caída del pelo de la cola de las cejas.
- Piel engrosada: la piel aparece casi como piel de naranja, en la que se marcan mucho los surcos nasogenianos y los pliegues.

**Aparato respiratorio:**

- Existe una hipoventilación, debido a la disminución de fuerza de los músculos respiratorios que provoca una insuficiencia respiratoria de distintos grados manifestada por: disminución de la capacidad vital forzada en la espirometría, atelectasia, derrame pleural, retención de anhídrido carbónico, que puede provocar una acidosis respiratoria y conducir a un coma mixedematoso.

**Aparato cardiovascular:**

- Bradicardia con tonos cardíacos débiles, derrame pericárdico que empeora el pronóstico, hipertensión arterial, disminución en la fracción de eyección.
- Trastornos electrocardiográficos como espacio pr prolongado, complejo qrs de bajo voltaje y puede existir bloqueo auriculoventricular.
- Insuficiencia cardíaca: existe un riesgo de cardiopatía isquémica. En la fase final existe una cardiomegalia con miocardiopatía dilatada que puede provocar la muerte.

**Aparato urinario:**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 352 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Existe un aumento de urea, creatinina, hiponatremia, hipoalbuminemia, albuminuria, que conduce a oliguria por retención de líquidos y edemas. Se produce una disminución del flujo sanguíneo renal con disminución de la filtración glomerular y de la reabsorción tubular.

**Sistema nervioso:**

- La gran mayoría de los síntomas neurológicos son característicos del hipotiroidismo congénito en niños menores de 2 años por defecto la maduración del sistema nervioso central.
- Letargia: enlentecimiento de la función intelectual, bradipsiquia, bradilalia, pérdida de iniciativa (abulia) y memoria (amnesia), somnolencia, apatía. Hay que distinguirlo de la demencia.
- Trastornos psiquiátricos: ocurren raras veces y se caracteriza por psicosis paranoica o depresión (locura mixedematosa) y retraso mental.
- Cefalea: se produce por déficit de hormonas tiroideas y también por agrandamiento de la silla turca porque tiene que producir mucha tsh en casos de hipotiroidismo primario. Hay que distinguirlo de un adenoma hipofisario.
- Disminución y enlentecimiento de los reflejos osteotendinosos.
- Neuralgias y parestesias, como el síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano, anosmia, hipoacusia.

**Aparato locomotor:**

- Aparece rigidez por contracturas musculares, cansancio fácil, calambres musculares, a veces hipotonía muscular generalizada que empeora con el frío, engrosamiento muscular en pantorrillas y brazos, relajación de reflejos osteotendinosos. Además podemos encontrar al examen físico el reflejo miotónico que se puede evocar al hacer presión en el tercio superior del brazo en el bíceps, y se suelta presionando hacia el examinador. Es también muy

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 353 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

importante al examen físico el reflejo de walkman que es el regreso lento a la posición neutra luego de evocar el reflejo aquileo, y que sugiere fuertemente la presencia de hipotiroidismo.

**Piel:**

- La piel aparece pálida, gruesa, reseca, escamosa, sin sudor, pastosa y fría.
- Queratodermia palmoplantar. A veces existe un tinte carotinémico por metabolismo insuficiente de carotenos, cloasma, uñas gruesas, estriadas, quebradizas y de lento crecimiento.
- Mixedema: en hipotiroidismos graves existe una acumulación de mucopolisacáridos hidrófilos en la sustancia fundamental de la piel y otros tejidos, que se rodean de agua y producen engrosamiento de la piel, rasgos faciales e induración pastosa de la piel que da al enfermo un aspecto edematoso generalizado que a diferencia del edema de la insuficiencia cardíaca no deja fóvea

**Aparato genital:**

- El hipotiroidismo es una causa frecuente de esterilidad. En mujeres existen ciclos anovulatorios con hipermenorrea, abortos y en algunos casos amenorrea. En los hombres produce impotencia, disminución de la libido, alteraciones en la espermatogénesis.

**Alteración del metabolismo:**

- Existe una disminución del metabolismo energético con la disminución de producción de calor, disminución del metabolismo basal, intolerancia al frío y baja temperatura basal.

**Alteraciones en los análisis de sangre:**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 354 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Anemia: puede ser macrocítica por anemia perniciosa (12%), anemia microcítica por hipermenorrea en mujeres, o normocítica por insuficiencia medular de enfermedad crónica y disminución del metabolismo.
- Hipercolesterolemia: sobre todo por el aumento de ldl.
- Disminución de la eritropoyetina, vitamina b12, y en la absorción de hierro.
- Elevación de cpk, tanto muscular como cardíaca.
- Hiponatremia dilucional.
- Aumento de enzimas aminotransferasa.
- Disminución de hormonas tiroideas.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El hipotiroidismo requiere control y tratamiento continuo ya que se puede presentar el coma mixedematoso que es una complicación grave del hipotiroidismo, por una falta de hormona tiroidea que da como resultado una encefalopatía.</li> <li>○ Es el estado terminal de un hipotiroidismo no controlado o mal controlado se pone en riesgo la vida y a su vez este puede ser desencadenado por la exposición al frío, infecciones de cualquier localización, situaciones de estrés.</li> <li>○ Teniendo en cuenta lo anterior el personal que presente esta patología tendrá restricción para realizar turnos nocturnos, no podrá realizar actividades bajo presión que generen estrés, esto con el fin de prevenir complicaciones que pondrían en riesgo la vida.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 355 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA HEMATOPOYETICO

### ANEMIA DE CUALQUIER ETIOLOGÍA

#### Definición

Disminución de la masa eritrocitaria y de la concentración de hemoglobina (Hb) circulantes en el organismo por debajo de unos límites considerados normales para un sujeto, teniendo en cuenta factores como edad, sexo, condiciones medioambientales (Ej. altitud) y estado fisiológico (neonatalidad, infancia, pubertad, embarazo, ancianidad).

En la práctica hablamos de anemia (criterios OMS) en caso de:

- Hb < 13 g/dl en varón adulto
- Hb < 12 g/dl en mujer adulta
- Hb < 11 g/dl en la mujer embarazada
- Un descenso brusco o gradual de 2 gr/dl o más de la cifra de Hb habitual de un paciente, incluso aunque se mantenga dentro de los límites normales para su edad y sexo.

**Clasificación morfológica:** Es la más utilizada. Clasifica las anemias en función del tamaño de los hematíes (VCM). El VCM permite subdividir a las anemias en:

- *Microcíticas* (VCM<80). Causas más frecuentes: déficit de hierro, anemia secundaria a enfermedad crónica y talasemia.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 356 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- *Normocíticas* (VCM: 80-100). Causas más frecuentes: anemia secundaria a enfermedad crónica, hemolítica, aplásica o por infiltración medular y hemorragia aguda.
- *Macrocíticas* (VCM>100). Causas más frecuentes: déficit de vitamina B12, déficit de ácido fólico, hipotiroidismo y enfermedad hepática. (López, 2005)

### **Causas**

- Nutricionales (ingestión deficiente y su pérdida excesiva), deficiencia de hierro, anemia megaloblástica (deficiencia de ácido fólico).
- Por pérdida aguda de sangre.
- Enfermedades sistémicas crónicas (neoplasias, insuficiencia endocrina o hepatopatías).
- Enfermedades parasitarias y hemolisis en casos de esplenomegalia y hemoglobinopatías.
- Aplasia medular.

### **Fisiopatología**

Básicamente se puede producir por tres mecanismos:

- Una disminución en la producción de eritrocitos
- Una destrucción acelerada (hiperhemólisis). Anemias hemolíticas por mecanismos intracorporales y extracorporales
- La pérdida de sangre a través de una solución de continuidad en el sistema vascular (hemorragia).

### **Manifestaciones clínicas**

Se deben a la hipoxia celular y al desarrollo de mecanismos de compensación. Varían según la etiología, intensidad y rapidez de la instauración de la anemia.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 357 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### Síntomas

Astenia, laxitud, debilidad muscular general, intolerancia al esfuerzo, cefalea, acúfenos, vértigos, falta de concentración y memoria, trastornos del sueño, inapetencia, irritabilidad, disnea, palpitaciones, dolor torácico anginoso.

### Exploración física

Pálidez mucoso-cutánea (piel, conjuntivas, mucosas, lecho ungueal), soplo sistólico en ápex o foco pulmonar, taquicardia, signos de Insuficiencia Cardiaca.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La hemoglobina es una proteína que está encargada del transporte de oxígeno a los tejidos y que su deficiencia genera alteraciones sistémicas que pueden poner en riesgo la vida y que el personal de custodia durante su entrenamiento y posterior desempeño de sus funciones debido a la alta carga metabólica por las exigencias físicas de la labor.</li> <li>○ Ello pondría en riesgo el estado de salud del trabajador.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 358 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **LEUCOPENIA**

### **Definición**

Es la disminución de las células sanguíneas de la serie blanca. Las células que más frecuentemente se afectan son los neutrófilos y los linfocitos.

### **Causas**

La más importante está relacionada con: las inmunodeficiencias, sean congénitas o adquiridas; por una destrucción exagerada de las células como ocurre en las irradiaciones, la quimioterapia, ciertos medicamentos como los corticoides; en enfermedad de cushing; anemia aplásica; en enfermedades autoinmunes.

### **Fisiopatología**

La leucopenia se produce a) como consecuencia de la reducción proliferativa de los precursores mieloides, b) aumento en su destrucción o aumento en la marginación vascular.

La falta completa de neutrófilos se conoce como agranulocitosis. La consecuencia clínica de la neutropenia son las infecciones bacterianas. Comúnmente se asocia a leucemia.

### **Manifestaciones clínicas**

Tendencia a presentar infecciones virales, bacterianas, fúngicas o parasitarias recurrentes.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 359 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las condiciones de deterioro inmunológico del trabajador, su propensión a desarrollar infecciones y el ambiente de los centros penitenciarios pondría en riesgo de contagio al trabajador.</li> <li>○ Éste no podría desarrollar de manera eficiente las funciones asignadas ya que pondría en peligro su salud.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **TROMBOCITOPENIA**

### **Definición**

Disminución en el recuento plaquetario.

### **Causas**

- Por producción disminuida: congénitas, anomalía de May-Hegglin.
- Por destrucción incrementada: purpura trombótica trombocitopénica, enfermedad linfoproliferativa, inducida por etanol, sepsis, uso de algunos fármacos como la heparina, las sales de oro y la rifampicina.
- Distribución irregular: hiperesplenismo

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 360 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### Fisiopatología

La disminución de la producción acontece cuando la médula ósea se afecta por diversos factores o cuando se altera la producción hepática de trombopoyetina, como en la cirrosis. Pueden existir anticuerpos que se dirigen al antígeno plaquetario de membrana *gpIIb/IIIa*, por inhibición de la enzima plaquetaria ciclooxigenasa, disminuyendo así su capacidad de agregación. (McPhee, 2003)

### Manifestaciones clínicas

Sangrados frecuentes, epistaxis, gingivorragia, hematuria, melenas y petequias, se incrementa el riesgo de hemorragia secundaria a traumatismos mínimos.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tipo de entrenamiento y requerimiento físico del cargo donde pueden ocurrir traumas, generaría hemorragias articulares o en algún otro órgano forjándose una condición de riesgo para el trabajador. Requieren control y seguimiento médico estricto.</li> <li>○ Algunos pacientes requieren de esplenectomía y/o uso de esteroides, haciéndolos susceptibles aún más a desarrollar infecciones que pueden comprometer su integridad física.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 361 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## LEUCEMIA

### Definición

Grupo de entidades clínicas de etiología desconocida, caracterizadas por la proliferación neoplásica de uno o varios componentes del sistema hematopoyético que infiltran la medula ósea y los tejidos. De curso natural progresivo e irremediamente fatal.

Neoplasia maligna de los órganos hematopoyéticos que se caracterizan por una sustitución difusa de la medula ósea por precursores de los leucocitos; número y forma anormales de leucocitos inmaduros en la circulación general e infiltración de los ganglios linfáticos, bazo, hígado y otros órganos.

### Causas

Aunque su etiología no se encuentra plenamente establecida, su aparición puede estar relacionada con la exposición a tóxicos como el benceno y la irradiación entre otros.

### Fisiopatología

La población de células leucémicas proviene de una sola célula única que ha sufrido una transformación y formado un clonus homogéneo. La célula que ha sufrido la transformación neoplásica es diferente a la célula pluripotencial de la medula ósea; estas células proliferan inicialmente en la médula y posteriormente infiltran otros tejidos como el hígado y el bazo. Las células leucémicas tienen un bajo índice de mortalidad respecto a las células normales.

### Manifestaciones clínicas

Es frecuente encontrar fiebre alta, cefalea, postración, malestar general, anorexia, dolor óseo, adenopatías, ictericia, masa abdominal, hemorragias gastrointestinales.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 362 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El tipo de entrenamiento y requerimiento físico del cargo donde pueden ocurrir traumas, generaría hemorragias articulares o en algún otro órgano forjándose una condición de riesgo para el trabajador.</li> <li>○ Requieren control y seguimiento médico estricto.</li> <li>○ Algunos pacientes requieren de esplenectomía y/o uso de esteroides, haciéndolos susceptibles aún más a desarrollar infecciones que pueden comprometer su integridad física.</li> </ul>

## **HEMOGLOBINOPATIAS Y TALASEMIAS**

### **Definición**

Las hemoglobinopatías son alteraciones hereditarias cualitativas o cuantitativas de la globina, secundarias a mutaciones genéticas, cuya consecuencia puede ser una modificación estructural (hemoglobinopatías estructurales) o una disminución de la síntesis de una cadena globínica estructuralmente normal (talasemias).

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 363 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## Causas

### Hemoglobinopatías estructurales

Son el resultado de mutaciones al nivel de alguno de los genes que codifican la síntesis de una determinada cadena globínica:  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\psi$ , y  $\delta$ .

### Clasificación Clínica

#### Variantes por mutación superficial.

- Síndromes drepanocíticos:
- Rasgo drepanocítico (AS)
- Anemia drepanocítica (SS) o de células falciformes
- Dobles estados heterocigotos (SC)(SD), (S- $\beta$ -talasemia)

**Variantes de Hb inestable** (anemia hemolítica congénita con cuerpos de Heinz).

**Variantes de Hb con elevada afinidad por el oxígeno** (eritrocitosis familiar).

**Hemoglobinas M o metahomoglobinemias** (cianosis familiar).

### Fisiopatología

Talasemias: la disminución en la síntesis de un tipo de cadena globínica rompe el equilibrio normal entre las cadenas alfa y beta y conduce a la acumulación intracelular de una de ellas. Así, en la alfatalasemia se produce un exceso de cadenas beta y en la betatalasemia un exceso de cadenas alfa. En ambos casos, se forman precipitados intracelulares que son la causa de la destrucción precoz

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 364 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

de los eritroblastos antes de alcanzar la maduración completa (eritropoyesis ineficaz). De igual forma, los eritrocitos que superan el trastorno madurativo, suelen presentar también abundantes precipitados de cadenas globínicas, que en exceso que invariablemente disminuyen su supervivencia en la circulación (hemólisis).

### **Manifestaciones clínicas**

La talasemia se clasifica clínicamente en 3 grandes grupos:

- Talasemia mayor o enfermedad de Cooley que corresponde a las formas de mayor expresividad clínica (síndrome hemolítico crónico muy intenso con anemia grave y esplenomegalia).
- Talasemia menor o rasgo talasémico que corresponde a formas de expresividad clínica poco manifiesta o incluso ausente (talasemia mínima).
- Talasemia intermedia que corresponde a formas de expresividad clínica de diferente intensidad, aunque siempre caracterizadas por un síndrome hemolítico moderado o intenso con anemia y esplenomegalia. (Malcorra, 2001) Se asocia a cianosis.

En la anemia drepanocítica son frecuentes dos tipos de complicaciones:

- Crisis vasculares oclusivas o crisis de dolor: por acumulación de drepanocitos que determina éstasis arterial e infartos. Las crisis vasculares se inician bruscamente, con intenso dolor y fiebre. En los niños los lugares más frecuentes son los huesos de las manos y los pies. Son frecuentes los procesos osteomielíticos por salmonella. En los adultos predominan los infartos pulmonares. Puede presentarse priapismo.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 365 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Crisis aplásicas: por interrupción brusca de la producción de eritrocitos, secundario generalmente a infecciones por parvovirus y deficiencias de ácido fólico.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La hemoglobina es una proteína que está encargada del transporte de oxígeno a los tejidos y que su deficiencia genera alteraciones sistémicas que pueden poner en riesgo la vida y que el personal de custodia durante su entrenamiento y posterior desempeño de sus funciones debido a la alta carga metabólica por las exigencias físicas de la labor.</li> <li>○ Ello pondría en riesgo el estado de salud del trabajador.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 366 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA LINFÁTICO

### LINFOMAS

#### Definición

Enfermedades malignas de los órganos linfoproliferativos localizados en los ganglios linfáticos o en los componentes linfoides de los demás tejidos no linfoides, ocasionados por una proliferación neoplásica de linfocitos B o T. los principales tipos son la enfermedad de Hodgkin y los no Hodgkin.

#### Causas

Su etiología es desconocida aunque puede estar relacionada con enfermedades virales, el uso de medicamentos inmunosupresores y en pacientes con alteraciones de la inmunidad y/o de los oncogenes. Hay factores que pueden aumentar el riesgo de presentar linfomas como lo son exposición a solventes, agua contaminada con nitrato, gastritis por *h. Pylori*.

#### Fisiopatología

##### Enfermedad de Hodgkin

Se distingue de otros linfomas por la presencia de células grandes con dos núcleos vesiculares y nucléolos eosinófilos prominentes llamadas células de Reed Sternberg que tienen un citoplasma abundante. En su forma característica tienen dos núcleos grandes vesiculosos con membrana nuclear gruesa; cada uno tiene un nucléolo prominente; los nucléolos están ubicados en una misma línea en un área vecina de ambos núcleos.

El hallazgo de células de Reed-Sternberg características es necesario para hacer el diagnóstico de enfermedad de Hodgkin. Se reconocen cuatro variedades histológicas principales de

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 367 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

linfoma de Hodgkin. En orden de mejor a peor pronóstico son las siguientes: predominio linfocítico, esclerosis nodular, celularidad mixta y depleción linfocítica. (Restrepo, 1994)

### **Linfoma no Hodgkin**

Se origina en las células B, se presentan translocaciones cromosómicas.

### **Manifestaciones clínicas**

Suele aparecer con un ganglio linfático o un grupo de ganglios aumentados de tamaño, indoloros, en la región del cuello, acompañados de debilidad, fiebre, pérdida de peso y anemia. Cuando la afectación linfática es importante, puede aumentar también de tamaño el bazo y el hígado y aparecen trastornos gastrointestinales, mal absorción y lesiones óseas. Este tipo de tumoraciones son más frecuentes en el hombre y su tratamiento consiste en radioterapia intensiva y quimioterapia.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las condiciones de deterioro inmunológico del trabajador, su propensión a desarrollar infecciones y el ambiente de los centros penitenciarios pondría en riesgo de contagio al trabajador.</li> <li>○ Este no podría desarrollar de manera eficiente las funciones asignadas ya que pondría en peligro su salud. Requieren control y seguimiento médico estricto.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 368 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## LINFEDEMA

### Definición

El linfedema es un edema por acúmulo anormal de líquido en el tejido subcutáneo, secundario a la incapacidad del sistema linfático para depurar la linfa. El líquido linfático es rico en proteínas y esa aglomeración anormal de proteínas origina edema, inflamación crónica y fibrosis. Se trata pues, de una enfermedad evolutiva y crónica.

### Causas

**Primario:** de aparición espontánea o tras un desencadenante, por ausencia congénita del tejido linfático o anomalía en el desarrollo del mismo. Puede ser hereditario (Enf. de Milroy) o no hereditario (precoz o tardío).

**Secundario:** causado por obstrucción o interrupción del sistema linfático. La causa más frecuente, posquirúrgico: mastectomía en las mujeres y prostatectomía en varones. Otras causas son las neoplasias, el flebolinfedema y las infecciones (filariasis).

### Fisiopatología

Los linfedemas por lo general se presentan en una gran variabilidad de formas. Cuando se trata de linfedemas primarios por lo general obedecen a alguna alteración anatómica o congénita de los conductos linfáticos. La presentación puede incluso ser desde el nacimiento o la infancia, pero con más frecuencia aparecen a partir los 35 años, como consecuencia de un pequeño traumatismo o esguince en una extremidad. Por lo general comienza como un edema en tarso y tobillo.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 369 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Por su parte, los linfedemas secundarios se relacionan con la existencias de tumores que afectan a las cadenas ganglionares (próstata, ovario, mama) o con la extirpación quirúrgica o radioterapia de estos tumores y las zonas periféricas.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Son pacientes que tienen propensión a desarrollar infecciones locales, requieren control y seguimiento medico, requieren asistir de manera permanente a terapias de drenaje.</li>   <li>○ Cuando la lesión se presenta en miembros inferiores no es posible usar el calzado tipo bota exigido por la institución como parte del uniforme.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 370 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA VISUAL

### Definición

Esta relacionada con antecedente de escleritis, uveítis anterior y posterior, endoftalmitis, retinopatías vasculares, retinopatía diabética, desprendimiento de retina, retinosis pigmentaria, glaucoma, neuritis óptica, ambliopía. Estas patologías pueden progresar a ceguera uni o bilateral.

- *Escleritis*: Proceso inflamatorio que afecta a la esclera, se caracteriza por ser generalmente crónico, doloroso, destructivo y causante potencial de ceguera. Está frecuentemente asociado a enfermedades sistémicas, requiriendo por ello tratamiento general para controlar la inflamación subyacente.
- *Uveítis*: inflamación de la úvea, que es una lámina intermedia entre la esclerótica y la retina. Se asocia a ojo rojo, disminución de la agudeza visual de curso lento y progresivo y dolor.
- *Endoftalmitis*: es una inflamación posiblemente producida por una infección bacteriana o fúngica y que afecta a todas las capas internas del ojo, el humor vítreo y la esclerótica.
- *Retinosis pigmentaria*: La retinosis pigmentaria es una enfermedad ocular de carácter degenerativo y hereditario que produce una grave disminución de la capacidad visual y que en muchos casos conduce a la ceguera.

### Causas

Suele asociarse a enfermedades sistémicas como el lupus, la artritis reumática, toxoplasmosis, sífilis, sida, infecciones oculares, trauma ocular directo o ser de carácter hereditario.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 371 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Fisiopatología**

Escleritis: depósito de inmunocomplejos en la pared vascular. Da lugar a una necrosis fibrinoide de la misma, oclusión trombótica de los vasos junto con una respuesta inflamatoria crónica en el tejido escleral.

Retinosis pigmentaria: se produce por degeneración y apoptosis de los fotorreceptores (bastones-campo periférico) aunque en las fases finales afecta a los conos (visión central), provocando ceguera en un grupo importante de los casos.

Endoftalmitis: el tiempo de presentación de los síntomas como dolor intenso así como de pérdida de visión con edema conjuntival intenso y pérdida del reflejo del fondo de ojo, hacen muchas veces el diagnóstico. La bacteriana es más rápida y agresiva, entre 48 y 72 horas después de la cirugía o trauma penetrante, siendo el *s.aureus* y el *s.epidermidis* las bacterias más comunes. La endoftalmitis micótica es más tardía, incluso semanas. La asociada a *p. Acnes* puede presentarse desde los 2 meses hasta los 6 meses posquirúrgicos.

### **Manifestaciones clínicas**

- Ceguera nocturna: deficiente adaptación a la oscuridad o lugares poco iluminados.
- Campo de vision limitado como pérdida de visión periférica. para poder ver los objetos circundantes hay que girar la cabeza, es la llamada visión “en túnel”.
- Deslumbramiento como molestias ante excesiva luminosidad, haciéndose necesarias gafas de sol especiales.
- Disminucion de agudeza visual.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 372 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad, tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos, disminuye la capacidad para desplazarse en una forma eficaz en su entorno.</li> </ul>

## **AFAQUIA UNILATERAL, BILATERAL Y PRESENCIA DE LENTE INTRAOCULAR**

### **Definición**

Se presenta por la extirpación quirúrgica de parte o la totalidad del cristalino ocular, casi siempre como tratamiento de una catarata. El cristalino es necesario para una correcta visión, pues su capacidad de refracción es imprescindible para que los rayos de luz que penetran en el ojo converjan exactamente sobre la retina. Por lo tanto la ausencia de cristalino tiene como consecuencia una agudeza visual baja.

### **Causas**

Extracción del cristalino por cataratas. En rara ocasiones es de tipo congénito.

### **Fisiopatología**

Afaquia congénita: es extremadamente rara y resulta de falta de formación de la placoda del cristalino, durante la cuarta semana.

### **Manifestaciones clínicas**

Disminución de la agudeza y campo visual, pérdida de la acomodación, pérdida de la visión binocular. (Melenec, 1993)

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 373 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual se genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de actividades.</li>   <li>○ Tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos. Disminuye la capacidad para desplazarse en una forma eficaz en su entorno.</li> </ul>

## **GLAUCOMA**

### **Definición**

Trastorno caracterizado por el aumento de la presión intraocular que puede causar defectos de la visión. Abarcan desde la pérdida leve hasta la ceguera absoluta y se diferencian en glaucomas de ángulo estrecho, abierto y secundarios a una enfermedad ocular preexistente.

### **Causas**

Puede ser congénito, o secundaria a procesos inflamatorios intraoculares, postoperatorio, traumático y por el uso crónico de corticoides.

### **Fisiopatología**

La presión se eleva cuando el humor acuoso no es drenado de manera apropiada. La presión oprime la unión del nervio óptico y la retina contra la parte posterior del ojo, causando así una reducción en el suministro sanguíneo al nervio óptico, que es el que lleva la información visual desde el ojo hasta el cerebro.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 374 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Dicha pérdida del suministro sanguíneo implica que las células nerviosas individuales mueran de forma progresiva y a medida que **el nervio óptico va deteriorándose** se generen puntos ciegos en el campo de visión. Lo primero que se afecta es la visión periférica (visión lateral), seguida de una disminución en la visión central (frontal). Si estos síntomas no son tratados el glaucoma puede ocasionar ceguera.

### **Manifestaciones clínicas**

Disminución de la visión periférica y central, dolor ocular intenso, enrojecimiento ocular.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad.</li> <li>○ Tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos. Disminuye la capacidad para desplazarse en una forma eficaz en su entorno.</li> </ul>

## **DESPRENDIMIENTO DE RETINA**

### **Definición**

Separación de la retina y de la coroides en el polo posterior del ojo. Habitualmente es secundaria a un orificio retiniano que permite la entrada del humor vítreo que la separa de la coroides. Los traumatismos oculares graves como las contusiones o las heridas penetrantes, pueden ser la causa inmediata, aunque en la gran mayoría de los casos es consecuencia de cambios internos de la cámara vítrea asociados con la edad o menos frecuentemente, con inflamaciones intraoculares.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 375 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Causas**

Puede ocurrir después de un traumatismo sobre el ojo, tras una intervención quirúrgica ocular, o bien espontáneamente. Las personas de más edad y las afectas de miopía avanzada o diabetes, están más predisuestas a presentar esta enfermedad.

### **Fisiopatología**

Cuando se produce un desgarro en la retina, el líquido situado en la cavidad vítrea puede pasar a través del desgarro y situarse bajo la retina; separándola de la pared posterior del ojo. Esta separación, se denomina desprendimiento de retina y la visión se pierde en el lugar en que la retina se desprende.

Puesto que la mayoría de desgarros se localizan en la retina periférica (o parte lateral de la retina), el desprendimiento produce en primer lugar pérdida de la visión lateral o periférica. Un paciente puede apreciar una sombra oscura o un velo que procede de un lado, de arriba o de abajo. En la mayoría de los casos, después del comienzo de un desprendimiento, toda la retina se desprenderá finalmente y se perderá toda la visión útil de ese ojo.

### **Manifestaciones clínicas**

Disminución repentina de la visión.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual se genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad.</li>   <li>○ Tienen restricción para manejo de herramientas, equipos o conducir vehículos.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 376 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Disminuye la capacidad para desplazarse en una forma eficaz en su entorno.

## **AMETROPIA**

### **Definición**

Defecto óptico producido por un error de refracción. Las principales ametropías son miopía, astigmatismo e hipermetropía; que se pueden corregir en algunas ocasiones con el uso de lentes o con cirugía refractiva.

### **Causas**

En la miopía en ojo es más alargado, en la hipermetropía el ojo es más corto y en el astigmatismo la curvatura del ojo es irregular.

### **Fisiopatología**

Las principales ametropías son miopía (la imagen se enfoca por delante de la retina), astigmatismo (alteración en el enfoque tanto cercano como lejano), hipermetropía (la imagen se enfoca por detrás de la retina).

### **Manifestaciones clínicas**

Visión borrosa, fatiga visual, alteración en la visión de profundidad. La agudeza visual cercana y lejana mayor de 20/50 en uno o ambos ojos, sin corrección, produce una pérdida de funcionalidad visual del 25%. Una visión inferior a 20/200 es considerada ceguera legal.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 377 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual se genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad.</li> <li>○ Tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos.</li> <li>○ Disminuye la capacidad para desplazarse en una forma eficaz en su entorno si no se usa la corrección visual adecuada.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **ANISOCORIA**

### **Definición**

Es un signo médico. Es la diferencia en el diámetro pupilar que puede asociarse a disfunción de las vías simpáticas del diencefalo, el tronco encefálico, la medula espinal, las raíces medulares y los nervios periféricos.

### **Causas**

- Vasculares: accidentes vasculares encefálicos, aneurismas cerebrales.
- Tumoraes: cerebrales, síndrome de horner producido por tumores torácicos
- Infecciosas: meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales.
- Medicamentos oftalmológicos: atropina, otros.
- Glaucoma.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 378 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Fisiopatología**

Se puede presentar en lesiones del III par isquémicas o traumáticas, por lesión del ganglio ciliar, arteritis, sífilis terciaria.

### **Manifestaciones clínicas**

Anisocoria con midriasis bilateral asimétrica con arreflexia fotomotora, buena respuesta a la convergencia (miosis), parálisis de la mirada vertical. La pupila afectada no responde a la luz. Hay mala visión de cerca. No responde como reflejo consensual. Sí responde al estímulo de convergencia.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual se genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad.</li> <li>○ Tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos.</li> <li>○ Disminuye la capacidad para desplazarse en una forma eficaz en su entorno si no se usa la corrección visual adecuada.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 379 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## DIPLOPIA

### Definición

Percepción de dos imágenes de un objeto único.

### Causas

Las causas más frecuentes son isquémica, tumoral y postraumática.

Se puede originar por ictus en el tronco del encéfalo (desviación oblicua, parálisis fascicular o nuclear), infarto microvascular (parálisis de los nervios III, IV, VI), tumor (en el tronco del encéfalo, seno cavernoso, hendidura orbitaria superior, órbita), esclerosis múltiple (oftalmoplejía internuclear, parálisis de los nervios oculomotores), aneurisma (III par), aumento de la presión intracraneal (VI par), inflamación post viral, meningitis (bacteriana, micótica, granulomatosa, neoplasia), fístula o trombosis del seno cavernoso, herpes zóster, síndrome de Tolosa-Hunt, síndrome de Wernicke-Korsakoff, botulismo, miastenia grave, síndrome de Guillain-Barré o síndrome de Fisher, enfermedad de graves, pseudotumor orbitario, miositis orbitaria, traumatismo, celulitis orbitaria.

### Fisiopatología

Alteración de los músculos oculomotores por parálisis uni o bilateral del vi par craneal.

### Manifestaciones clínicas

- Diplopía binocular: la visión doble desaparece al ocluir uno de los ojos.
- Diplopía monocular: La visión doble no desaparece tras oclusión ocular, estos casos son debidos a maculopatías, cataratas u otras causas de opacidad de medios.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 380 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad.</li> <li>○ Tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos.</li> <li>○ Se debe evaluar la patología de base y sus secuelas asociadas.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

## **ALTERACIÓN DEL CAMPO VISUAL**

### **Definición**

El campo visual es la extensión de espacio que podemos observar. Los límites del campo visual se evalúan de manera binocular y monocular y es uno de los parámetros para determinar que existe baja visión o ceguera legal.

Si la visión es binocular el campo visual debe ser igual o superior a 91.5 grados en el plano horizontal y 55 grados en el plano vertical hacia arriba y 75 grados hacia abajo. En la visión monocular el campo visual temporal es de 91.5 grados, en el nasal 64 grados, en el vertical hacia arriba es de 55 grados y hacia debajo de 75 grados. No puede presentar en el campo visual central escotomas absolutos, ni relativos en la sensibilidad retiniana.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 381 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### Causas

Las afectaciones concéntricas o generalizadas del campo visual se originan en: la retinitis pigmentaria, glaucoma, desprendimientos de retina. Las limitaciones sectoriales, hemianopsia y cuadrantonopsia se producen por tumores craneales, trauma craneoencefálico o accidentes cerebrovasculares. ( Real Decreto 772/97 de 30 de Mayo, modificado por Real Decreto 1598/2004 de 2 de Julio )

### Fisiopatología

Síndrome Quiasmático: en general las lesiones del quiasma producen hemianopsias bitemporales en el campo visual y atrofia óptica en banda; que es una atrofia óptica segmentaria que une el borde nasal con el temporal, conservando las fibras del polo superior e inferior del disco.

### Manifestaciones clínicas

- *Escotoma*: un escotoma es un área del campo visual en que el paciente no ve. Cuando un escotoma se ubica en el centro del campo se le llama central, cuando no está en el centro pero si dentro de los 30° centrales, se le llama paracentral.
- *Hemianopsia*: la hemianopsia es la pérdida de una mitad del campo visual. La hemianopsia pueden ser derecha, izquierda, superior o inferior. Cuando hay hemianopsias en los campos visuales de ambos ojos se pueden nombrar de la siguiente forma; si las hemianopsias afectan el mismo lado (derecho o izquierdo) se habla de hemianopsia **homónima**, por ejemplo, hemianopsia homónima derecha, hemianopsia homónima izquierda. Si las hemianopsias afectan diferentes lados, se llaman **heterónomas**. Las hemianopsias heterónomas pueden ser entonces binasales (afectan a ambas mitades nasales, hemianopsia derecha en el ojo izquierdo y hemianopsia izquierda en el ojo derecho), o bitemporales. Al decir hemianopsia bitemporal o binasal, se da por entendido que es heterónoma.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 382 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- *Cuadrantopsia*: La cuadrantopsia es la pérdida de un cuadrante del campo visual. Las cuadrantopsias pueden ser superior derecha, superior izquierda, inferior derecha, inferior izquierda. Cuando hay cuadrantopsias en los campos visuales de ambos ojos se puede aplicar la misma nomenclatura que para las hemianopsias.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad, tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos.</li> <li>○ Se debe evaluar la patología de base y sus secuelas asociadas.</li> <li>○ Esta patología aumenta el riesgo de tropezar con objetos, de caídas, problemas de lectura y disminución de la capacidad laboral para prestar servicio de vigilancia en garitas, patios y/o hacer remisiones.</li> </ul>

## **AMBLIOPIA**

### **Definición**

Reducción de la visión en un ojo que aparece estructuralmente normal al ser examinado por oftalmoscopio. La ambliopía se asocia a una fijación inestable. Hay una pérdida de la correcta estimulación monocular y la pérdida de la relación binocular.

### **Causas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 383 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Entre los tipos de ambliopía se encuentra la ambliopía de supresión en los casos de estrabismo y la ambliopía tóxica por envenenamiento con quinina, plomo, alcohol de madera y arsénico entre otros.

Se conocen las siguientes causas:

- Ametrópica: bilateral se asocia a errores de refracción de una magnitud aproximadamente similar.
- Anisométrica: diferencia del error refractivo entre ambos ojos, aparece en el ojo más amétrope como resultado de la imagen borrosa constante de un objeto (Aniseiconia, es la desigualdad en la forma y tamaño de las imágenes formadas en cada ojo). Una diferencia mayor de una dioptría y media de equivalente esférico puede provocar ambliopía.
- Estrabismo: pérdida del paralelismo ocular. Suele producir ambliopía si no ocurre fijación alterna, siendo la visión peor en el ojo no fijador. El estrabismo puede ser la causa o la consecuencia de la ambliopía. El estrabismo es la causa más frecuente de ambliopía.
- Por privación de la visión de las formas: es el tipo más grave de ambliopía, el sistema visual se ve privado de su estimulación cuando sobreviene el periodo más crítico del desarrollo visual. Todas las etapas siguientes del desarrollo visual, se basan en esta etapa inicial y no se producen si no ha ocurrido ésta.

Esta etapa requiere la estimulación continua de las imágenes visuales formadas (más que la luz solamente sin enfocar) para el desarrollo foveal. Causas de ésta, son la opacidad de medios como

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 384 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

cataratas, cicatrices corneales, oclusión por ejemplo en las ptosis congénitas, secundarias (hemangiomas) o yatrógenas

### **Fisiopatología**

- Enmascaramiento dicóptico, que es el proceso por el cual un estímulo de determinado contraste presentado en un ojo inhibe la detección de un estímulo idéntico, pero de menor contraste, presentado en el otro ojo.
- Supresión fusional, que es la inhabilidad para percibir objetos en parte o la totalidad del campo visual de un ojo. Ocurre en visión binocular y representa un proceso inhibitorio interocular que evita que la información visual del ojo suprimido alcance el umbral de percepción consciente.
- Supresión por rivalidad binocular, que hace referencia a periodos alternantes de dominancia y supresión ocasionados por estimulación retiniana de zonas retínicas correspondientes con estímulos monoculares distintos.

### **Manifestaciones clínicas**

Disminución de la agudeza visual monocular, en algunos casos de presenta una diferencia de 1.5 dioptrías en ametropías binoculares lo que genera ambliopía.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 385 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad. Se reduce la capacidad de reacción.</li> <li>○ Presenta alteración de la visión de profundidad, lo que limita en trabajo en alturas a desarrollar en las garitas.</li> </ul>

## **DISCROMATOPSIA**

### **Definición**

Es el defecto más común de la visión de colores. Es de etiología congénita en la mayoría de las veces y afecta solo a los hombres, aunque puede estar relacionada con la exposición al benceno y sus derivados, al uso de anticonceptivos, enfermedades de la retina o atrofia del nervio óptico.

Se reconocen tres tipos: protanopia: el individuo no puede distinguir entre los colores rojo y verde, deuteranopia: ceguera para el color verde, tritanopia: ceguera para el color azul.

### **Causas**

La discromatopsia congénita es el resultado de la ausencia de uno o más fotopigmentos de los conos. La discromatopsia adquirida se presenta en enfermedades de retina, nervio óptico por causas tóxicas y por resultado de la progresión de una enfermedad hereditaria (retinitis pigmentosa y atrofia óptica); puede ser causada por trastornos de la nutrición, particularmente la hipovitaminosis A.

### **Fisiopatología**

El defecto genético es hereditario y se transmite por un alelo recesivo ligado al cromosoma X. Si un varón hereda un cromosoma X con esta deficiencia será daltónico, en cambio en el caso de las

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 386 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

mujeres sólo serán daltónicas si sus dos cromosomas X tienen la deficiencia, en caso contrario serán sólo portadoras, pudiendo transmitirlo a su descendencia.

### **Manifestaciones clínicas**

Alteración en la visión profundidad lo que genera una percepción errónea de las distancias en condiciones de baja visibilidad o penumbra. Alteración en la discriminación del color.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es importante determinar que no solo se genera un riesgo ocupacional para la persona que padece la afección sino para sus compañeros de labor y del personal que debe custodiar.</li> <li>○ Tiene restricción para el manejo de equipos, herramientas, conducir vehículos, limitación para la detección de señales que utilicen el código de colores, como alarmas, semáforos, señales de emergencia; poniendo en riesgo a la población carcelaria y a sus compañeros de trabajo.</li> <li>○ No deben realizar trabajo en alturas por la perdida de la visión de profundidad.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 387 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## CATARATAS

### Definición

Es una opacidad del cristalino que puede ser degenerativa, del desarrollo o congénitas. La causa puede ser el envejecimiento, la exposición a rayos X, el calor por exposición a rayos infrarrojos, enfermedad sistémica o medicamentos sistémicos. Se trata mediante extracción quirúrgica y sustitución por un lente intraocular artificial.

### Causas

El tipo más común de catarata está relacionado con el envejecimiento natural del ojo. Algunas otras causas de cataratas son:

- Herencia.
- Causas metabólicas, siendo la diabetes mellitus la más frecuente. Otras causas metabólicas incluyen galactosemia, síndrome de Lowe, enfermedad de Fabry.
- Trauma ocular contuso o perforante.
- Medicamentos tales como corticoesteroides.
- Exposición a largo plazo a los rayos del U.V sin usar protección;
- Cirugía ocular previa.
- Cataratas congénitas.

### Fisiopatología

Se caracteriza por la reducción de la captación de oxígeno y el aumento inicial del contenido de agua seguido por deshidratación. El contenido de calcio y sodio aumenta y disminuye el contenido de potasio, ácido ascórbico y proteínas.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 388 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### Manifestaciones clínicas

- Perdida progresiva de la agudeza visual.
- Deslumbramiento o sensibilidad a la luz.
- Necesidad de luz más intensa para leer.
- Visión nocturna deficiente.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad.</li> <li>○ Tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos. Se debe evaluar la patología de base y sus secuelas asociadas.</li> </ul>

## TRASTORNOS DEL NERVIÓ ÓPTICO

### Definición

Se puede presentar *papiledema* por aumento de la presión intracraneana. Se asocia a traumatismos craneales, hemorragia cerebral, meningitis, tumores. *Neuritis óptica*: focos de inflamación del nervio óptico y alrededor del mismo. Es causado por procesos desmielinizantes, la esclerosis múltiple, intoxicación con ciertas sustancias como el plomo, durante la meningitis o por sífilis. Es de tipo unilateral.

### Causas

- El *papiledema* se causa por el aumento de la presión intracraneana secundaria a tumores, lesiones expansivas, trauma.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 389 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- *Neuritis óptica*: la inflamación repentina del nervio óptico provoca edema y la destrucción de la vaina de mielina. Dicha inflamación ocasionalmente puede ser el resultado de una infección viral o puede ser causada por enfermedades autoinmunitarias como la esclerosis múltiple.

### **Fisiopatología**

El papiledema se produce por un trastorno vascular en la vena central de la retina es bilateral.

### **Manifestaciones clínicas**

Cuadro precedido por un dolor retrobulbar que se agrava con el movimiento de los músculos, disminución de la agudeza visual que puede ser marcada, los campos visuales muestran defecto de la visión central y además hay un defecto pupilar aferente.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual se genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad. Tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos.</li> <li>○ Se debe evaluar la patología de base y sus secuelas asociadas. Se restringe uso de armamento y el trabajo en alturas.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 390 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **ESTRABISMO**

### **Definición**

Es una desviación involuntaria del ojo desde su posición fisiológica normal, de suerte que los globos oculares no pueden dirigirse simultáneamente a un mismo punto. Un estrabismo concomitante, presente desde la infancia, suele considerarse como trastorno congénito. Como antes se dijo, el estrabismo congénito latente puede manifestarse en la edad adulta, cuando concurre con enfermedad sistémica. Una desviación adquirida (desplazamiento vertical de los ejes oculares), puede deberse a varias lesiones que alteren al tallo encefálico y tiene poco valor de localización. El estrabismo no concomitante quizá se debe a enfermedades que restringen la órbita o a anomalías en el funcionamiento del musculo o del nervio oculomotor.

### **Causas**

Alteración en el funcionamiento de los músculos oculomotores, una incapacidad cerebral para fusionar la imagen de ambos ojos o en errores refractivos, enfermedades musculares, degenerativas o neurológicas.

### **Fisiopatología**

La condición puede ser de ambos ojos (alternante) o de un solo ojo (monocular), dependiendo de los patrones de visión y fijación. Es así como en el estrabismo alternante, el paciente usa cualquiera de los dos ojos para fijar o para ver, mientras que desvía el otro ojo. Dado que en este caso cada ojo es usado "por turnos", la visión se desarrolla más o menos igual en ambos ojos. De esta manera, el cerebro del paciente aprende a suprimir la imagen del ojo que desvía (ojo no fijador) para evitar el fenómeno de la visión doble (diplopía).

### **Manifestaciones clínicas**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 391 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

De acuerdo a la dirección de la desviación el estrabismo se clasifica en: horizontal (endotropía o exotropía) y vertical (hipertropía o hipotropía). Estas últimas pueden ocurrir aisladas o en combinación con las desviaciones horizontales.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Al presentar una discapacidad visual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad.</li> <li>○ Se restringe uso de armamento, trabajo en alturas. Generalmente se acompaña de déficit visual importante del ojo extravico, con las consiguientes limitantes.</li> </ul>

## **PTERIGION GRADO III**

### **Definición**

Es un engrosamiento de la conjuntiva de forma triangular que invadió la cornea, dificultando la visión si no se corrige quirúrgicamente de manera oportuna.

### **Causas**

Debe haber susceptibilidad genética del individuo y exposición a la luz solar.

### **Fisiopatología**

El pterigión es un proceso inflamatorio, degenerativo, cuya característica distintiva es la alteración focal del limbo. Su aparición está relacionada directamente con la exposición a la radiación ultravioleta, la inflamación y otros factores irritantes.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 392 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

Los rayos ultravioleta son mutagénicos para el gen p53 (gen supresor de tumores) en las células limbales. Esto produce una disminución en la regulación de la apoptosis, entonces el factor de crecimiento transformante beta se produce en mayores cantidades, originando aumento en las colagenasas, migración celular y angiogénesis. Esto promueve la proliferación del tejido conectivo subconjuntival (elastosis) y un crecimiento de conjuntiva anormal sobre la córnea, destruyendo la capa de Bowman.(Ochoa, 2006)

### **Manifestaciones clínicas**

Enrojecimiento y/o inflamación especialmente durante el crecimiento de un pterigión, visión borrosa, irritación, sequedad, ardor, sensación de cuerpo extraño en el ojo.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El pterigión grado III afecta el eje visual, produciendo alteraciones en la visión el trabajador lo cual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad; tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos, se restringe uso de armamento, trabajo en alturas.</li> </ul> <p>Adicionalmente la exposición a luz solar estimula su desarrollo y en el cargo de inspector, se encuentra con frecuencia exposición a la misma.</p> <p><i>Observación:</i> Requiere de corrección quirúrgica de la lesión una vez realizada y después de 6 meses posteriores al tratamiento, previo concepto médico del oftalmólogo tratante donde certifique que no presenta ninguna secuela puede desempeñar sus funciones sin restricción.</p>

### **QUERATOCONO**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 393 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### Definición

Ectasia progresiva de la cornea que genera protrusión no inflamatoria de la parte central de la córnea. Más frecuentemente en mujeres, puede causar astigmatismo miópico irregular y disminución de la agudeza visual. Afecta en la mayoría de los casos a ambos ojos pero su presentación y evolución es asimétrica. Los lentes de contacto suelen restablecer la agudeza visual. La causa es desconocida.

### Causas

Desconocidas.

### Fisiopatología

Se ha sugerido que un desbalance en la familia de los genes de factor de transcripción sp que controla la expresión de los receptores trka del factor de crecimiento de los nervios, dando la expresión fenotípica de la enfermedad.

### Manifestaciones clínicas

Visión borrosa, ardor, sensación de cuerpo extraño en el ojo afectado, suele asociarse a atopias.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El queratocono genera una mala visión de forma progresiva, lo cual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad.</li> <li>○ Adicionalmente tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos; se restringe uso de armamento, trabajo en alturas.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 394 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **ALTERACIÓN DE LA ESTEREOPSIS**

### **Definición**

La visión estereoscópica es una cualidad de nuestro sistema visual esencial para calcular y estimar distancias. La estereopsis es la función del sistema visual que permite distinguir con alta precisión la tridimensionalidad de una escena visual a partir de la disparidad. Puede estar asociado a forias elevadas, aniseiconia que es la diferencia de tamaño de las imágenes retinianas o percibidas. El valor de la estereopsis se expresa en segundos de arco, siendo normal a 40 segundos.

### **Causas**

Ametropía, estrabismos, enfermedades degenerativas de la retina, discromatopsia, cataratas, visión monocular, ambliopía, anisometría.

### **Fisiopatología**

Se presenta una alteración en los puntos de fusión de formación de la imagen en ambas retinas. (Evans, 2006)

### **Manifestaciones clínicas**

Visión borrosa, fatiga visual, visión doble (diplopía) ocasional, dificultades para apreciar los relieves y las distancias.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 395 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Se disminuye el campo visual, la precepción de profundidad aumentando el riesgo de caídas.
  
- Tienen restricción para trabajo en alturas, impidiendo mantener niveles aceptables de seguridad en la labor desempeñada, pudiendo generar riesgo para su propia integridad, la de sus compañeros de trabajo y la población carcelaria.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 396 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## SISTEMA AUDITIVO

### INFECCIONES CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO GRAVES Y CRÓNICAS

#### Definición

La otitis externa necrotizante, se produce en pacientes inmunosuprimidos o diabéticos; es una otitis de curso grave, progresivo y potencialmente letal.

#### Causas

El germen causal es la *pseudomona aeruginosa*.

#### Fisiopatología

La infección se origina generalmente en el conducto auditivo externo (CAE), sobrepasa su revestimiento cutáneo, progresa y da lugar a una condritis y/o osteomielitis. La infección también puede progresar a través del tímpano, penetrar en las cavidades aireadas del hueso temporal, el peñasco, las estructuras anatómicas vecinas, e incluso, el tallo cerebral.

La osteítis de hueso temporal, compromete las estructuras anatómicas vecinas como también su contenido es decir, los senos venosos tanto sigmoideo como lateral, los pares craneales VII, VIII, IX, X, XI y XII, con las correspondientes secuelas neurológicas en caso de superar el periodo agudo, ya que la mortalidad puede superar el 50 %.

#### Manifestaciones clínicas

La infección se generaliza afectando el pabellón auricular, las partes blandas adyacentes, la parótida y la articulación temporomandibular. Puede desarrollarse osteomielitis de la base del cráneo,

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 397 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

tromboflebitis del seno lateral o afectación meníngea. Puede requerir desbridamiento y extirpación de las estructuras afectadas.

Inicia con otorrea, otalgia y cefalea intensa; se asocia a parálisis facial y al ingresar al cráneo afectar otros pares, lo cual empeora su pronóstico. Se debe hacer un diagnóstico diferencial con la otitis externa secundaria a la afectación por el virus Herpes varicela-zoster.

Su forma más grave Será el llamado Síndrome de Ramsay - Hunt en el que se tiene hipoacusia súbita neurosensorial unilateral, por afectación del ganglio espiral de Golgi perteneciente al VIII par craneal, con grados variables de vértigo, por afectación del ganglio vestibular de Scarpa, y parálisis facial unilateral.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La evolución natural de la enfermedad y la posibilidad de secuelas, restringen el desempeño laboral por la lesión de múltiples pares craneanos, al afectar la visión, la audición, la deglución y el habla.</li> <li>○ Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 398 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **MASTOIDITIS CRÓNICA**

### **Definición**

Es la inflamación-infección de las celdillas mastoideas con destrucción de sus paredes óseas (osteítis). Es una complicación de la otitis media crónica recurrente. Puede generar fistulas periauriculares. Las complicaciones de la mastoiditis hacia el interior son la petrositis, la laberintitis, la parálisis facial, abscesos perifaríngeos y las complicaciones endocraneales.

### **Causas**

- Infecciones bacterianas: neumococo, Haemophilus influenzae, Estreptococo Beta hemolítico, Estafilococo aureus, Pseudomona auroginosa.
- Anaerobios: Fusobacterium necrophorum y Bacteroides fragilis.
- Micosis: pacientes con VIH e inmunodeprimidos.
- Infecciones virales.

### **Fisiopatología**

La vía patogénica más común es la de continuidad anatómica y funcional entre caja timpánica y mastoides, que facilita la propagación de gérmenes a través de la mucosa desde la caja, trompa de eustaquio o rinofaringe, hacia la mastoides.

El proceso tiene consecutivamente una fase congestiva, exudativa y osteítica. Se produce una inflamación de la mucosa con gran vasodilatación capilar, formación de pus, ulceración de la mucosa y destrucción por osteítis purulenta de los tabiques intercelulares fusionándose las celdas.

La intensa vasodilatación del mucoperiostio provoca la descalcificación rápida de estos finos tabiques que separan una celda de su vecina, lo que facilita que el proceso inflamatorio encuentre libre el

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 399 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

camino para invadir por contigüidad un grupo de celdas. La trombosis séptica de los capilares lleva a la necrosis séptica de zonas más o menos extensas de la mucosa y de elementos óseos. Su acumulación en el interior de la cavidad forma un absceso cerrado, fase de empiema mastoideo.

### **Manifestaciones clínicas**

Dolor, aumento o reaparición de la fiebre, astenia, adinamia, y empeoramiento del estado general, disminución de la audición y otorrea.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La evolución natural de la enfermedad y la instauración de sus secuelas, restringen el desempeño laboral por la lesión de múltiples pares craneanos, al afectar la visión, la audición, la deglución y el habla.</li>   <li>○ Al presentar una discapacidad auditiva, entendiéndola como una carencia o disminución de la audición, se incrementa el riesgo de accidentes al no escuchar de manera adecuada instrucciones, órdenes o alarmas, no solo poniendo en riesgo la integridad física propia sino la de sus compañeros y la de la población carcelaria.</li> </ul>

## **ENFERMEDAD DE MENIERE**

### **Definición**

Trastorno del equilibrio de origen laberíntico, debido a una alteración idiopática en el metabolismo de la endolinfa que desencadena una dilatación del laberinto membranoso al incrementarse su volumen: hidrops. Se manifiesta por crisis vertiginosas esporádicas, espontáneas y recurrentes, pérdida auditiva, plenitud ótica y acúfenos.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 400 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

### **Causas**

- Enfermedad autoinmune
- Traumatismo acústico
- Otitis media crónica
- Síndrome de Cogan
- Hipoacusia congénita
- Tumores del saco endolinfático
- Fenestración de la cápsula ótica
- Concusión laberíntica
- Enfermedad de Letterer-Siwe
- Leucemia
- Displasia tipo Mondini
- Otosclerosis
- Enfermedad de Paget
- Laberintitis serosa
- Trauma quirúrgico sobre el oído interno
- Sífilis
- Traumatismo cefálico sobre el hueso temporal
- Laberintitis viral

### **Fisiopatología**

Se presenta un aumento en la producción de endolinfa o un problema para su reabsorción (kimura, 1967). El exceso de endolinfa en los espacios del oído interno (laberinto membranoso), provoca un aumento de presión o hidrops endolinfático que Será el responsable de las micro roturas

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 401 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

de las membranas del oído interno y de la posterior mezcla de endolinfa y perilinfa, responsables de las manifestaciones clínicas en la em (zenner, 1994).

### **Manifestaciones clínicas**

Episodios espontáneos e imprevistos de vértigo, hipoacusia fluctuante y acufenos.

<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Por las características de la sintomatología donde se presenta alteración súbitas del equilibrio y que el funcionario deberá realizar trabajo en alturas al desempeñar su función de guardia y custodia en las garitas, podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física. Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso.</li>   <li>○ Adicionalmente al acompañarse de disminución de la audición, se incrementa el riesgo de accidentes al no escuchar de manera adecuada instrucciones, órdenes o alarmas, no solo poniendo en riesgo la integridad física propia sino la de sus compañeros y la de la población carcelaria.</li> </ul>

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 402 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## OTITIS MEDIA CRÓNICA

### Definición

Inflamación crónica persistente sin tendencia a la curación con presencia de exudado bilateral más de 3 meses o unilateral más de 6 meses. Puede dejar como secuelas perforación timpánica, hipoacusia conductiva, tímpano esclerosado, disyunciones de cadena osicular y colesteatoma.

### Causas

Los gérmenes que con mayor frecuencia están implicados son: pseudomona aeruginosa, anaerobios (peptococcus y propionibacterium), e. Coli, proteus, estafilococo aureus, estreptococos, neumococo, differoides y mycobacterium tuberculosis.

### Fisiopatología

Se presenta una relación directa entre el grado de neumatización mastoidea, la gravedad y la tendencia a la cronicidad de las infecciones del oído medio. Se presenta por una disfunción anatómica de la trompa de eustaquio.

### Manifestaciones clínicas

Otorrea frecuente, fétida; dependiendo del grado de progresión puede generar hipoacusia, acúfenos y en casos de invasión bacteriana al laberinto producir vértigo. A la otoscopia se evidencia ruptura de la membrana timpánica a nivel de la *pars flácida*.

**JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD**

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 403 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Por las características de la sintomatología, la evolución natural de la enfermedad (se pueden presenta alteración del equilibrio) y que el funcionario deberá realizar trabajo en alturas al desempeñar su función de guardia y custodia en las garitas, podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física.
- Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso.
- Adicionalmente puede acompañarse de disminución de la agudeza auditiva lo cual incrementa el riesgo de accidentes al no escuchar de manera adecuada instrucciones, órdenes o alarmas, no solo poniendo en riesgo la integridad física propia sino la de sus compañeros y la de la población carcelaria.
- Será inhabilidad para el cargo de Inspector si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

## **HIPOACUSIA**

### **Definición**

Pérdida o una disminución de la audición que puede afectar a uno u ambos oídos. Se clasifican:

#### **1. según la localización:**

- Hipoacusia de conducción o de transmisión.- la lesión se localiza en el oído externo o medio.
- Hipoacusia de percepción o neurosensorial.- la lesión se localiza en el oído interno, el nervio auditivo o bien en la corteza cerebral.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 404 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

- Hipoacusia mixtas.- la lesión se localiza tanto en los órganos de transmisión como en los de percepción.

2. según el grado de pérdida auditiva:

- Hipoacusia leve (entre 20 – 40 db).
- Hipoacusia moderada (entre 40 – 70 db).
- Hipoacusia severa (entre 70 – 90 db)
- Hipoacusia profunda (más de 90 db)

**Causas**

Causas prenatales: se pueden clasificar en dos tipos: hereditarias y adquiridas.

- Origen hereditario-genético: la hipoacusia hereditaria afecta a uno de cada 4.000 nacidos y pueden presentarse aisladas (tanto dominantes como recesivas) o asociadas a otros síndromes o patologías.
- Adquiridas: Las hipoacusias adquiridas tienen su origen en procesos infecciosos como rubéola, toxoplasmosis, sífilis, etc. o bien en la administración de fármacos ototóxicos a la madre, que pueden llegar por vía trasplacentaria al feto.
- Causas neonatales: en ocasiones no están muy claros y dependen de múltiples factores interrelacionados. Podemos centrar las causas neonatales en cuatro: anoxia neonatal, ictericia neonatal, prematuridad y traumatismo obstétrico.
- Causas postnatales: dentro de este grupo enmarcaremos todas aquellas hipoacusias que aparecerán a lo largo de la vida de una persona, destacando como causas la meningitis, la

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 405 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

laberintitis, el sarampión, la varicela, la parotiditis; así como la exposición a sustancias ototóxicas, especialmente de carácter farmacológico y la inducida por ruido.

### **Fisiopatología**

En la hipoacusia conductiva, las ondas sonoras no pueden llegar con la misma intensidad que el sonido estímulo a la cóclea. Son las producidas por lesión del sistema de transmisión de los sonidos como son el conducto auditivo externo, membrana timpánica, cadena osicular, ventanas, líquidos y membrana basilar.

La hipoacusia neurosensorial es producida por lesiones del órgano de Corti (cocleopatías), las vías acústicas (hipoacusias retrococleares o neuronopatías) y el córtex cerebral auditivo (corticopatías).

La hipoacusia mixta, es neurosensorial con un componente conductivo agregado. Una sordera puede estar originada por varias lesiones coexistentes afectando al mismo tiempo al sistema conductivo y al neurosensorial.

### **Manifestaciones clínicas (Ramírez, 2001)**

- Hipoacusia leve: el habla con voz a tono normal es percibida, pero difícilmente la emitida en voz baja o lejana, la mayoría de los ruidos son percibidos.
- Hipoacusia moderada: se percibe el habla si se eleva la voz, se perciben algunos ruidos familiares.
- Hipoacusia severa: se percibe el habla fuerte junto al oído, así como los ruidos intensos.
- Hipoacusia profunda: ninguna percepción de palabra, solo se perciben ruidos muy potentes.
- Cofosis: no hay percepción sonora.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 406 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El trabajador tiene restricción para trabajo en alturas, conducción de vehículos y manejo de armamento.</li> <li>○ Por la alteración audiológica puede presentar confusión al dársele órdenes de tipo verbal generando riesgos para la integridad personal, de sus compañeros y la población carcelaria.</li> </ul> <p><b>Los aspirantes con hipoacusia de moderada a severa tendrán restricciones para ocupar el cargo al cual están aplicando. Los aspirantes con hipoacusia leve deberán tener seguimiento medico estricto de su salud auditiva.</b></p>

## **PERFORACIÓN TIMPÁNICA**

### **Definición**

Un tímpano perforado es un agujero o ruptura en la fina membrana que separa el conducto auditivo externo del oído medio.

### **Causas**

Dentro de las causas se pueden citar: golpe en el oído con la mano abierta de plano, por una fractura de cráneo, después de una explosión súbita, si un objeto (tal como un alfiler, un hisopo, o un palillo) es empujado demasiado profundo en el conducto auditivo, como resultado de la entrada de una partícula incandescente o de ácido. Las infecciones del oído medio pueden causar dolor, pérdida auditiva, y ruptura espontánea (desgarro) del tímpano resultando en una perforación. En esa circunstancia puede drenar secreción infectada o sanguinolenta por el conducto auditivo.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 407 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

## **Fisiopatología**

### **Lesión ciliar**

El movimiento ciliar inducido por los estímulos acústicos intensos puede superar la resistencia mecánica de los cilios y provocar la destrucción mecánica de las células ciliadas. Como el número de estas células es limitado y no pueden regenerarse, cualquier pérdida celular será permanente y si la exposición al estímulo sonoro dañino continúa, tendrá un carácter progresivo. En general, el efecto último de la lesión ciliar es el desarrollo de un déficit auditivo.

Las células ciliadas externas son las más sensibles al sonido y a los agentes tóxicos como la anoxia, las medicaciones ototóxicas y los agentes químicos (p. ej., derivados de la quinina, estreptomina, algunos otros antibióticos y algunos preparados antitumorales) y son, por tanto, las primeras en perderse. En las células ciliadas externas afectadas o con estereocilios dañados sólo permanecen operativos los fenómenos hidromecánicos pasivos.

En estas condiciones, sólo es posible el análisis grosero de la vibración acústica. A grandes rasgos, la destrucción de los cilios en las células ciliadas externas hace aumentar el umbral de audición en 40 dB.

### **Lesión celular**

La exposición al ruido, sobre todo si es reiterada y prolongada, puede afectar también al metabolismo de las células del órgano de Corti y a las sinapsis aferentes localizadas bajo las células ciliadas internas. Entre los efectos extraciliares descritos se encuentran la modificación de la ultraestructura celular (retículo, mitocondria, lisosomas) y postsinápticamente, hinchazón de las dendritas aferentes.

	<b>POSITIVA</b> <b>COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL</b>	
<b>Código: GR-IT-01</b>	<b>INHABILIDADES DE SALUD Y          SEGURIDAD          INSPECTOR          Versión 3.0          2017</b>	Página: 408 de 409 Fecha: 2017
<b>Aprobado Por: Coordinación          Promoción y Prevención</b>		

La hinchazón dendrítica probablemente se deba a la acumulación tóxica de neurotransmisores como resultado de la actividad excesiva de las células ciliadas internas. No obstante, la extensión de la lesión estereociliar parece determinar si la pérdida auditiva es temporal o permanente.

La perforación timpánica se puede también asociar a disfunción de la trompa de Eustaquio. Se presenta cuando la trompa no se abre durante la deglución o el bostezo. Esta disfunción produce una diferencia entre la presión de aire interna y externa del oído medio. Esto genera molestia en el oído, perforación timpánica y problemas de audición.

### **Manifestaciones clínicas**

Perdida de la audición, secreción sanguino-purulenta por el oído afectado, tinnitus.

<b>JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El trabajador tiene restricción para trabajo en alturas, conducción de vehículos y manejo de armamento.</li> <li>○ Si hay alteración audiológica, puede presentar confusión al dársele órdenes de tipo verbal generando riesgos para la integridad personal, de sus compañeros y la población carcelaria.</li> </ul>

La fijación de la inhabilidad dependerá del tipo de lesión, la severidad de la misma, la presencia de complicaciones, el grado de hipoacusia. (Ver justificación de la inhabilidad).



**POSITIVA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL**

**Código: GR-IT-01**

**Aprobado Por: Coordinación  
Promoción y Prevención**

Actualización del profesiograma del Dragoneante (V3). Profesiograma y perfiles profesiográficos para el Cuerpo de Custodia y Vigilancia (V2). Incluye la actualización del documento de inhabilidades médicas (V3)

Página: 409 de 409

Fecha: diciembre de 2015