

ACTUALIZACIÓN INHABILIDADES DE SALUD Y SEGURIDAD

MAYOR DE PRISIONES

PATROCINADO POR



INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - INPEC

SUBDIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

GRUPO DE SALUD OCUPACIONAL

BOGOTÁ D.C.

2024

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 2 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

TABLA DE CONTENIDO

Trastornos del psiquismo.....	3
Sistema tegumentario: piel y faneras.....	72
Sistema osteoarticular	93
Sistema muscular	142
Sistema inmunológico.....	144
Sistema nervioso	149
Sistema respiratorio.....	171
Sistema digestivo.....	203
Sistema cardiovascular.....	217
Sistema urinario.....	267
Sistema endocrino	289
Sistema hematopoyetico.....	302
Sistema linfático.....	304
Sistema visual.....	306
sistema auditivo	322

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 3 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

**INHABILIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD
PARA EL CARGO DE MAYOR DE PRISIONES**

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 a agravar

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 4 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 5 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

CARGO PARA LOS QUE APLICAN LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES

MAYOR DE PRISIONES

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.

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.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 6 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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)
Trastorno psicótico breve	298.8	F23	<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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 7 de 336

Fecha: 2024

			<p>suspicacia) pueden predisponer al sujeto a desarrollar el trastorno.</p> <p>Trastorno esquizofreniforme</p> <p>295.40</p> <p>F20.81</p> <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> <p>El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se realiza en dos situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">○ cuando un episodio de la enfermedad dura entre 1 y 6 meses y el sujeto ya se ha recuperado, y○ 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. <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>
--	--	--	---



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 8 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<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>
Esquizofrenia	295.90	F20.9	<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> <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>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 9 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<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>
Trastorno Esquizoafectivo	293.89 295.70	F06.1 F25.0 F25.1	<p>El funcionamiento laboral a menudo se ve afectado, pero esto no es un criterio definitorio (a 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>

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 10 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			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.
Trastorno psicótico debido a otra afección médica	293.81 293.82 293.89 298.8 298.9	F06.2 F06.0 F06.1 F28 F29	<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 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 11 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

Se reconocen dos estadios de alteración, una etapa de tipo depresivo y una de tipo maníaco. 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.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastorno bipolar I	293.89 296.40	F06.1 F31.0	El rasgo esencial de un episodio maníaco es un período bien definido de estado de ánimo



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 12 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>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 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>
Trastorno bipolar II	296.89 293.89	F31.81 F06.1	<p>Él 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 hipomaníaco (Criterios A-F en "Episodio hipomaníaco").</p> <p>El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y el episodio hipomaníaco 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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 13 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>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 trastorno de ansiedad, de otro trastorno mental o de una afección médica.</p>
Trastorno ciclotímico	301.13	F34.0	<p>El rasgo principal del trastorno ciclotímico es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo que conlleva numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y períodos de síntoma depresivos que son distintos entre sí (Criterio A).</p> <p>Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio hipomaníaco, y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, generalización duración para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.</p>

Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducidos por sustancias/medicamentos			<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</p>
--	--	--	--



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 14 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>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>
Trastorno bipolar y trastorno relacionado debidos a otra afección médica	293.83		<p>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 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 maníaco o hipomaníaco 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 maníaco o hipomaníaco.</p>
Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado	296.89	F31.89	<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>

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 15 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

		<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>
Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado	296.80	F31.9 <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

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 16 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 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 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)
Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.	296.99	F34.8	<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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 17 de 336

Fecha: 2024

			árbito persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera.
Trastorno de depresión mayor			<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 infradiagnóstica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes.</p> <p>Al principio, el paciente quizás 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>
Trastorno depresivo persistente (Distimia)	300.4	F34.1	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).



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 18 de 336

Fecha: 2024

			<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 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>
Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos			<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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 19 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

		<p>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>
Trastorno depresivo debido a otra afección	293.83	<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 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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 20 de 336

Fecha: 2024

			médica general y la alteración del ánimo. Una segunda consideración es la presencia de rasgos que son atípicos en los trastornos del ánimo primarios.
Otro trastorno depresivo especificado	311	F32.8	<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 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>
Trastorno depresivo no especificado	311	F32.9	<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</p>

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 21 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

		depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej. en servicios de urgencias).
--	--	---

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.

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 períodos 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.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 22 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastorno de ansiedad por separación	309.21	F93.0	<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 Á).</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">1. experimentan un malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las figuras de mayor apego (Criterio A1).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).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). <p>Los sujetos con ansiedad por separación se muestran reacios o rechazan irse solos debido a su temor ante la separación.</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 23 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Fobia específica	300.29		<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 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>
Trastorno de ansiedad social (Fobia social)	300.23	F40.10	<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>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 24 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<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>
Trastorno de pánico	300.01	F41.0	<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 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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 25 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>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>
Agorafobia	300.22	F40.00	<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> <ol style="list-style-type: none">1) El uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones;2) Encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamiento s, plazas, puentes,3) Estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines.4) estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud,5) estar fuera de casa solo. <p>Los ejemplos para cada situación no son exclusivos, se pueden temer otras situaciones.</p> <p>Al experimentar el miedo y la ansiedad desencadenados por tales situaciones, los</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 26 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>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>
Trastorno de ansiedad generalizada	300.02	F41.1	<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> <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>

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 27 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos	<p>Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otra.</p> <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 B).</p>
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	<p>293.84</p> <p>F06.4</p> <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> <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</p>

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 28 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

			adaptación, donde el factor de estrés originario de la ansiedad Será afección médica (Criterio C).
Otro trastorno de ansiedad especificado	300.09	F41.8	<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>
Trastorno de ansiedad no especificado	300.00	F41.9	<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 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>

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad	Página: 29 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención	Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Fecha: 2024

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 sicológico, alteraciones en relaciones interpersonales, alteraciones en el trabajo y en entorno familiar e incluso la presencia de posibles síntomas de otras enfermedades siquiátricas.

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastorno obsesivo compulsivo	300.3	F42	<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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 30 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

		<p>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 produce una repetición de rituales hasta sentirse "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>
--	--	--



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 31 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			Las compulsiones no se hacen por placer, aunque algunos individuos experimentan un alivio de la ansiedad o la angustia.
Trastorno dismórfico corporal	300.7	F45.22	<p>Los individuos con trastorno dismórfico 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, las piernas, el tamaño o la forma de la cara, los labios, la barbilla, las cejas, los genitales).</p>
Trastorno de acumulación	300.3	F42	<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 término persistente indica una dificultad de larga duración en vez de las circunstancias de vida más transitorias que pueden conducir al</p>

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 32 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

		<p>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>
Tricotilomania (trastorno de arrancarse el cabello)	312.39	F63.3 <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 pelo; 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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 33 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			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.
Trastorno de excoriación (dañarse la piel)	698.4	L98.1	<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 horas al día, y esta excoriación de la piel puede durar meses o años.</p>
Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno relacionado inducidos por sustancias/medicamentos			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).



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 34 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<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>
Trastorno obsesivocompulsivo y trastorno relacionado debidos a otra afección médica	294.8	F06.8	<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, 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>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 35 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Otro trastorno obsesivocompulsivo y trastorno relacionado especificados	300.3	F42	<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>
Trastorno obsesivocompulsivo y trastorno relacionado no especificados	300.3	F42	<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 funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno obsesivocompulsivo y trastornos relacionados.</p> <p>La categoría del trastorno obsesivocompulsivo 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 obsesivocompulsivo relacionados específico,</p>

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 36 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).		

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.

Trastorno específico	Código DSM V	Código o CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastorno de estrés postraumático	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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 37 de 336

Fecha: 2024

			<p>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>
Trastorno de estrés agudo	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>
Trastorno de adaptación			<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> <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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 38 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>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>
Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado	309.89	F43.8	<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 trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico.</p>
Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado	309.9	F43.9	<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</p>

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 39 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

		<p>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.

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.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 40 de 336

Fecha: 2024

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastorno de identidad disociativo	300.14	F44.81	<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 alternancia clínicamente observable entre las identidades.</p>
Amnesia disociativa	300.12	F44.0	<p>La característica definitoria de la amnesia disociativa es una incapacidad para recordar información importante autobiográfica que:</p> <ol style="list-style-type: none">1. debe almacenarse con éxito en la memoria, y2 normalmente Será recordada fácilmente (Criterio A). <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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Página: 41 de 336

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Mayor de Prisiones

Fecha: 2024

CCV - Versión 3.0

2024

			reversible porque la memoria ha sido almacenada con éxito.
Trastorno de despersonalización/desrealización	300.6	F48.1	<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 A).</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 subjetivamente separado de aspectos del yo, incluyendo los sentimientos.</p>
Otro trastorno disociativo específico	300.15	F44.89	<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>
Trastorno disociativo no especificado	300.15	F44.9	<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</p>

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 42 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

		<p>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 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).</p>
--	--	--

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 Pérdidas 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)
----------------------	--------------	---------------	---



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 43 de 336

Fecha: 2024

Trastornos de síntomas somáticos	300.82	F45.1	<p>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.</p> <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>
Trastorno de ansiedad por enfermedad	300.7	F45.21	<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>
Trastorno de conversión (trastorno de síntomas	300.11		Muchos clínicos utilizan los nombres alternativos de "funcional" (en referencia al funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o "psicógeno"



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 44 de 336

Fecha: 2024

neurológicos funcionales)		<p>(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 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>	
Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas	316	F54	<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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 45 de 336

Fecha: 2024

			<p>adicional establecido para la salud, o porque influyen en la fisiopatología subyacente, precipitando o exacerbando los síntomas o requiriendo atención médica.</p>
Trastorno fáctico	300.19	F68.10	<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 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>
Otro trastorno de síntomas somáticos y trastorno relacionado especificados	300.89	F45.8	<p>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.</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 46 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Trastorno de síntomas somáticos y trastorno relacionado no especificados	300.82	F45.9	<p>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 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		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.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 47 de 336

Fecha: 2024

			<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> <p>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.</p>
Trastorno de rumiación	307.53	F98.21	<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, se 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>
Anorexia Nerviosa	307.1		La anorexia nerviosa tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 48 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>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>
Bulimia Nerviosa	307.51	F50.2	<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>
Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado	307.59	F50.8	<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</p>

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad	Página: 49 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención	Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Fecha: 2024

			trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico.
Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado	307.50	F50.9	<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 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 períodos 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)
----------------------	--------------	---------------	---



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 50 de 336

Fecha: 2024

Enuresis	307.6	F98.0	<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 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>
Otro trastorno de la excreción especificado			<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>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 51 de 336

Fecha: 2024

Otro trastorno de la excreción no especificado			<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 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	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.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 52 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>Las molestias del sueño se acompañan de un malestar clínicamente significativo o de un 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>
Trastorno por hipersomnia	307.44	F51.11	<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 (> 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>
Narcolepsia	347.00 347.01 347.10	G47.419 G47.411 G47.419 G47.429	Los rasgos esenciales de la somnolencia en la narcolepsia son las siestas diurnas recurrentes o los lapsus de sueño.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 53 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>La somnolencia aparece característicamente a diario, pero debe ocurrir como mínimo tres veces por semana durante al menos 3 meses (Criterio A).</p> <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>
Trastornos del sueño relacionados con la respiración	327.23 327.21 786.04 780.57	G47.33 G47.31 R06.3 G47.37	<p>La categoría de trastornos del sueño relacionados con la respiración comprende tres trastornos relativamente diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Apnea e hipopnea obstructiva del sueño,○ Apnea central del sueño○ Hipoventilación relacionada con el sueño.
Parasomnias	307.47 327.42 333.94 780.52 780.54 780.59	F51.5 G47.52 G25.81 G47.29 G47.00 G47.19 G47.10 G47.8 G47.9	<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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 54 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>representan mezclas de vigilia y sueño no MOR y de Vigilia y sueño MOR, respectivamente.</p> <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>
Trastorno del comportamiento del sueño MOR	327.42	G47.52	<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>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 55 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>El diagnóstico de trastorno del comportamiento del sueño MOR requiere un 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> <p>Trastorno del sueño inducido por sustancia/medicamento</p> <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 parasomnias 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>
--	--	--	---



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 56 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Otro trastorno de insomnio especificado	780.52	G47.09	<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 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>
Otro trastorno de insomnio no especificado	780.52	G47.09	<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 específico, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 57 de 336

Fecha: 2024

Otro trastorno de hipersomnia especificado	780.54	G47.19	<p>Ésta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de 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>
Otro trastorno de hipersomnia no especificado	780.59	G47.6	<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>
Trastorno del sueño-vigilia no especificado	780.59	G47.9	Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 58 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

<p>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 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.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Página: 59 de 336

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Mayor de Prisiones

Fecha: 2024

CCV - Versión 3.0

2024

Trastorno específico	Código DSM V	Código CIE 10	Breve descripción del trastorno (principales características)
Trastorno negativista desafiante	313.81	F91.3	<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>
Trastorno explosivo intermitente	312.34	F63.81	<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>
Trastorno de la conducta			<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:</p>

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 60 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

		<p>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>
--	--	---



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 61 de 336

Fecha: 2024

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)
Trastornos relacionados con el alcohol	303.00 291.81 291.9	F10.129 F10.129 F10.99	<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 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>
Trastorno relacionado con el alcohol no especificado	291.9	F1099	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



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 62 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			categoría diagnóstica de los trastornos y trastornos adjetivos relacionados con sustancias.
Trastornos relacionados con el cannabis	292.89 292.0 292.9	F12.288 F12.99	<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>
Trastornos relacionados con los alucinógenos	292.9 292.89	F16.983 F16.99	<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 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>
Trastornos relacionados con los inhalantes	305.90 304.60	F18.10 F18.20	<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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 63 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			<p>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>
Trastornos relacionados con los inhalantes no especificado	292.9	F18.99	<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 ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.</p>
Trastorno por consumo de opiáceos	305.50 304.00 292.89 292.9 292.0	F11.10 F11.20 F11.23 F11.99	<p>El trastorno por consumo de opiáceos se caracteriza por signos y síntomas que reflejan la autoadministración prolongada y compulsiva de sustancias opiáceos 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.</p> <p>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</p>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 64 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			actividades diarias giran en torno a la obtención y la administración de opiáceos.
Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	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 benzodiacepinas, 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 antiansiedad (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.
Trastornos relacionados con los estimulantes	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 F14.99	Las anfetaminas y los estimulantes de tipo anfetamínico son sustancias con una estructura feniletiamina sustituida, tales como la anfetamina, la dextroanfetamina y la metanfetamina. También se incluyen aquellas sustancias que son estructuralmente diferentes, pero que tienen efectos similares, como el metilfenidato. 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 khát.
Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)	304.90 305.90	F19.10 F19.20	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



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 65 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

				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 nitroso, 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.
				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 mercado negro aún no identificadas, o drogas conocidas que se venden ilegalmente bajo nombres falsos.
Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado	292.9	F19.99		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. 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.
Trastornos relacionados sustancias Patológico)	no con (Juego	312.31	F63.0	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



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 66 de 336

Fecha: 2024

			<p>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

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.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 67 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

			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.

Otros trastornos de la personalidad	310.1 301.9 301.89	F07.0 F60.89 F60.9	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. La alteración de la personalidad representa un cambio en el patrón característico de personalidad del individuo.
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

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.

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 68 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 voyerismo	302.82	F65.3	<p>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 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>
Trastorno de exhibicionismo	302.4	F65.2	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



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 69 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

				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. 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.
Trastorno de froteurismo	de 302.89	F65.81		Consiste en la excitación sexual derivada de restregarse o frotarse contra otras personas desconocidas en lugares muy concurridos y sin el consentimiento de la víctima. 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. 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.
Trastorno de pedofilia	302.2	F65.4		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



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 70 de 336

Fecha: 2024

			(generalmente menores de 13 años) a pesar de haber considerables pruebas objetivas de lo contrario.
Otro trastorno parafilico especificado	302.89	F65.89	<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 hace registrando "otro trastorno parafilico especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "zoofilia").</p>
Otro trastorno parafilico no especificado	302.9	F65.9	<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>



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 71 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Trastorno de sadismo sexual	302.84	F65.52	<p>Los criterios diagnósticos del trastorno de sadismo sexual pueden aplicarse tanto a los individuos que admiten libremente este interés parafílico 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 tercera 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 parafílicos, 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>
------------------------------------	---------------	---------------	--

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 72 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

INHABILIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD POR SISTEMAS

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, las 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 73 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

importante estímulo para el aumento de eosinófilos en sangre periférica, afectando la respuesta inmunológica normal.

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.
- Liquefacción flexural o lineal.
- Episodios recurrentes de dermatitis
- Topografía típica
- Morfología típica
- Cronicidad
- Antecedentes familiares y/o personales de atopía.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 74 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Conjuntivitis recurrente
- Queratocono

Dermatitis de contacto

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

En el cargo de Mayor de Prisiones, para el ejercicio de sus funciones se requiere:

- El uso de cremas de barrera con dimeticona o una alta concentración de ingredientes activos, como los perfluoropolíéteres.
- El uso de cremas hidratantes con alto contenido de lípidos durante el trabajo y después de éste.
- 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.
- 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 75 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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 Mayor de Prisiones 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 ampollosas. 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 76 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Causas

La epidermólisis ampollosa es hereditaria y generalmente comienza en el momento del nacimiento. Los pacientes de epidermólisis ampollosa 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 ampollosa 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 ampollosa distrófica heredada de manera recesiva. Las personas con epidermólisis ampollosa 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 77 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento y labor a desempeñar por parte del MAYOR DE PRISIONES, 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. ○ Requiere tratamiento a largo plazo que por las funciones a desempeñar estaría restringido. ○ Además produce un trastorno de la imagen corporal, aislamiento social. Requiere curaciones y control de las lesiones por riesgo de infección. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar. 	

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 78 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Se pueden presentar por estasis venoso, post-flebitis, por diversas vasculitis, por fistulas arteriovenosas, traumáticas, infecciosas, tumorales, neurológicas (tabes), metabólicas (diabetes).

Fisiopatología

En las ulceras 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 ulceración.

En las ulceras 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 ulceras 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 79 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si por la localización de las ulceras a nivel maleolar predominantemente, no podrá usar el calzado tipo bota exigido por éla institución como parte del uniforme de dotación o en defecto impidiéndole su marcha. ○ Por el tipo de labor a desempeñar será más propenso a presentar sobreinfección de las ulceras en áreas visibles que limiten la socialización. ○ Requieren control y seguimiento médico estricto que por la labor a desempeñar puede verse restringido.

GENODERMATOSIS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS CUTÁNEAS

Definición

Es aquella condición cutánea que se presenta como consecuencia de una mutación o de la transmisión de genes anormales. Se clasifican en:

- Pénfigo crónico benigno familiar

Trastornos de queratinización

- Ictiosis
- Queratodermias palmoplantares
- Enfermedad de Darier

Facomatosis

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 80 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- Neurofibromatosis
- Esclerosis tuberosa

Causas (Falabella, 2002)

El trastorno es netamente generado por una alteración genética.

Fisiopatología

Mutaciones que cambian la secuencia de los nucleótidos de ADN, ya sea por ausencia o por sustitución.

- Fenómenos de recombinación que traen nuevos segmentos de adn al gen.
- Errores en la reduplicación del adn.
- Errores en los mecanismos de reparación del adn.

Manifestaciones clínicas

Las enfermedades ampollosas se clasifican en dos tipos la no cicatrízales y cicatrízales. Se caracterizan por presentar lesiones ampollosas desde la primera infancia, que suelen producirse con facilidad ante el roce o el trauma. La complicación más frecuente es la infección.

Los trastornos de la queratinización se caracterizan por que la piel toma la apariencia de las escamas de los peces.

Las facomatosis se caracterizan por presentar tumores, glioma del nervio óptico, manchas cutáneas de color café con leche, hematomas del iris, alteraciones óseas.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 81 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.
- Adicionalmente, requiere tratamiento a largo plazo y produce un trastorno de la imagen corporal que puede llevar al aislamiento social. Requiere curaciones y control de las lesiones por riesgo de infección.

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 períodos.

Fisiopatología

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 este un papel importante en el proceso de transformación maligna.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 82 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 (estrías 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

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

- 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 el cargo de Mayor de Prisiones, 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 83 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

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).

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 84 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.
- Los aspirantes a Mayor de Prisiones que presenten artropatía psoriásica pueden tener limitación para realizar actividad física en virtud de presentar poliartritis simétricas, se debe realizar evaluación específica a cada persona.

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 paubacilar 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 85 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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).

En la piel, el complejo bacilo-macrófago se localiza en la unión dermoepidermica, 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 macrófagos 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 86 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 alopecicas. Puede presentar úlceras, heridas, quemaduras y mal perforante plantar. Afecta de manera asimétrica los troncos nerviosos, produciendo neuritis periférica, parálisis y osteolisis.

Lepra lepromatosa: infiltración difusa de la piel, presenta numerosas lesiones simétricas eritematosas, lepromas, infiltración de las orejas, madarosis (Pérdida 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 alopecicas. Produce afectación asimétrica del tronco nervioso y parálisis.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Para el efecto de los cargos operativos que se desempeñan en los diversos centros carcelarios entre ellos el de Mayor de Prisiones 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 87 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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.
- Finalmente como se anoto en las manifestaciones clínicas, se produce pérdida o disminución de las funciones motoras, sensitivas o de coordinación, afectando así la velocidad de respuesta.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 88 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 hedgehog) que regula 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.

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 89 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Durante el ejercicio de la labor asignada, el funcionario no podrá realizar sus funciones en espacios abiertos en donde presente exposición solar prolongada, ya que la exposición solar incrementa la carcinogénesis, aumentando así las mutaciones genéticas celulares generando la aparición de nuevas lesiones.
- Requiere tratamiento y control médico estricto.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 90 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Durante el ejercicio de la labor asignada, el trabajador no podrá realizar sus funciones en espacios abiertos en donde presente exposición solar prolongada, ya que la exposición solar incrementa la carcinogénesis, aumentando así las mutaciones genéticas celulares generando la aparición de nuevas lesiones. ○ Requiere tratamiento y control médico estricto.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 91 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

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 prepupal 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:

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 92 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Cambia de tamaño, forma o color.
- Tiene contornos o bordes irregulares.
- Tiene más de un color.
- Es asimétrico
- Produce picazón.
- Supura, sangra o está ulcerado.
- Lunares satelitales (lunares nuevos que crecen cerca de un lunar existente).

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 93 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

SISTEMA OSTEOARTICULAR

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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 94 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 músculo supraespínoso inicia el movimiento y fija la cabeza humeral. El arco normal va hasta 180° el brazo se aleja del cuerpo en el plano coronal.

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 rodetito glenoideo o el manguito de los rotadores, o producir una fractura del humero o de la zona glenoidea.

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

Mano

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 95 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 96 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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°.

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 progresá.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 97 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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°.

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones, si 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.

- Requieren control y seguimiento médico estricto.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 98 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES

Definición

Las hernias de la columna vertebral o hernias del núcleo pulposo, 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 progresla 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 cervicobraquialgía.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 99 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Manifestaciones Clínicas

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

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas, tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna. ○ Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 100 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 101 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

al grado de rotación de las vértebras. Hay acuñamiento 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas. ○ Tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna. ○ 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 inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 102 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

ESPONDIOLISIS Y ESPONDIOLISTESIS

Definición

Espondiololistesis: 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 espondiolistesis 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.

Manifestaciones Clínicas

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 103 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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.

Fisiopatología

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 104 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

La EA es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida en la que la interrelación entre factores ambientales sobre un sujeto genéticamente predisposto 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 sacroiliaca bilateral, limitación para los movimientos de columna lumbar, tiene manifestaciones extraesqueléticas en el sistema cardiovascular, pulmones y ojos.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas, tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna. ○ Requieren control y seguimiento médico estricto que por las características del servicio puede verse afecto su estado de salud. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 105 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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, quizás 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.

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 106 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Cuando 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.

Cuando 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

- El aspirante que presente esta patología tendrá restricción para la actividad física que requiera elevación y abducción de los miembros superiores.
- Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

PATOLOGÍAS DE CODO

EPICONDILITIS MEDIAL

Definición (codo del golfista)

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 107 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 108 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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

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

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 109 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

los epicondileos 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
<ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta una alteración que impide el agarre o limita arcos de movilidad articular del codo afectado; como lo son la flexo-extensión, pronosupinación. ○ Debe tener la capacidad física de adecuarse a las situaciones de seguridad que requiera en el desempeño de sus funciones. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

PATOLOGÍAS DE ANTEBRAZO, MUÑECA Y MANO

TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DE QUERVAIN

Definición

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 110 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 condroцитos 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 pacte cierre los dedos sobre el pulgar y desvíe la muñeca hacia el lado cubital, si se produce dolor la prueba es positiva.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 111 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

ENFERMEDAD DE KIENBOCK

Definición

Necrosis avascular del hueso semilunar del carpo. Producíendose 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 interrumplirá 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 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 112 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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, para lo cual requiere una fuerza de agarre y movilidad articular del carpo y los dedos conservada. ○ Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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 mielinico y axonal según su severidad.

Causas

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 113 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Pérdida de la relación contenido/continente 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.

Manifestaciones clínicas

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

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 114 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Debe tener la capacidad física de adecuarse a las situaciones de seguridad que requiera en el desempeño de sus funciones, para lo cual requiere una fuerza de agarre, sensibilidad y movilidad articular del carpo y los dedos conservada.
- 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.
- Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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)

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 115 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 116 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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)

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 117 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- 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.
- Será inutilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

CONDROMALACIA

Definición

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 118 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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

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 deshilachara"
- 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 119 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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, trotar 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 inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

OSTEOCONDRTIS DISECANTE

Definición

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 120 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 121 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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".

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 122 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 espontáneas. 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. ○ Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

HALLUX VALGUS

Definición

Deformidad del primer segmento metatarso-falángico del pie.

Causas

 POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS	 COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	INPEC POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad	Página: 123 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención	Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Fecha: 2024

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 1^a articulación metatarsofalángica, viéndose afectadas el 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 124 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 125 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 onco-génica: 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 126 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

DEFORMIDADES DEL CRÁNEO

Definición

Un desorden del craneofacial se refiere a una anormalidad 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 de apert, crouzon, adelaida, antley bixler, baller-gerold, boston, carpenter kleebattschädel 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 127 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Será inutilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA COLUMNA

ESPIÑA BÍFIDA

Definición

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 128 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

La espina bífida es una malformación congénita del tubo neural, que se caracteriza porque uno o varios arcos vertebrales posteriores no se fusionaron durante la gestación y la médula espinal quedó sin protección ósea. Existen dos tipos de espina bífida, la espina bífida oculta y la espina bífida abierta o quística.

Causas

La principal causa de espina bífida es la deficiencia de ácido fólico durante el embarazo.

Fisiopatología

El defecto del tubo ocurre probablemente entre los 22-28 días de gestación, periodo en que se forma la médula espinal. Ocurre una ruptura del tubo neural, seguida de protrusión de tejido nervioso a través del canal vertebral impidiendo la fusión de las láminas vertebrales.

Manifestaciones clínicas

Estos síntomas pueden ser de tres tipos:

- Neurológicos: debilidad en las extremidades inferiores, atrofia de una pierna o pie, escasa sensibilidad o alteración de los reflejos.
- Genito-urinarios: incontinencia de orina o heces o retención de orina.
- Ortopédicos: deformidad de los pies o diferencias de tamaño.
- En la espina bífida abierta, se puede presentar:
- Meningocele: se forma un saco quístico con líquido cefalorraquídeo y meninges sin nervios espinales.
- Mielomeningocele: es la variante más grave y frecuente; las raíces nerviosas se encuentran expuestas.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 129 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Teniendo en cuenta la exposición a actividad física intensa durante el entrenamiento y el desarrollo de su labor y que la medula espinal no tiene una protección ósea adecuada, se pueden generar lesiones espinales y/o precipitación de los síntomas. ○ Adicionalmente tiene restricción para efectuar labores inherentes a su cargo, como marchas, bipedestación prolongada. En los casos severos de espina bífida, hay lentificación de la respuesta motora, incontinencia fecal y urinaria. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

DEFORMIDADES CONGÉNITAS DEL TÓRAX

Definición

Se denomina *pectus excavatum* a una malformación de la pared anterior del tórax, caracterizada por una profunda depresión del esternón y alteración de las articulaciones condroesternales inferiores. En los casos más severos puede ocasionar una compresión de los órganos torácicos y como consecuencia producir dificultad respiratoria, infecciones respiratorias frecuentes, intolerancia al ejercicio y dolor torácico.

Causas

- Desarrollo anormal del diafragma.
- Crecimiento anormal de los cartílagos costales.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 130 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Predisposición genética

Fisiopatología

Se presenta por un trastorno en el desarrollo de los cartílagos costales; ya que su crecimiento de atrás adelante (desde la costilla al esternón) no termina en la línea de contacto con el esternón, sino que continúa dicho crecimiento y entonces los cartílagos tienen que hundirse o salir hacia fuera (prolapso), arrastrando consigo al esternón con el consiguiente hundimiento o abultamiento del mismo. En las grandes malformaciones las vísceras torácicas están comprimidas por los huesos del tórax por lo que existe una restricción severa de la ventilación pulmonar y existe un déficit de llenado de sangre en las cavidades derechas del corazón. Existe compromiso vital para el paciente. La corrección es quirúrgica. (Varela, 2002)

Manifestaciones clínicas

Deformidad del tórax, en casos severos hay alteración de la dinámica cardiaca y restricción pulmonar.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta una alteración anatómica que puede generar alteraciones en la dinámica cardiaca, sobre todo de las cavidades derechas y restricciones en la función pulmonar. Por tanto de presentarse dichas alteraciones, impedirían una adecuada ejecución de las funciones a desarrollar, ya que las alteraciones hemodinámicas y respiratorias restringen la actividad física necesaria para el desempeño de las funciones inherentes al cargo de Mayor de Prisiones. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 131 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE LAS EXTREMIDADES

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 desciende), 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 músculotendinosa
- Anomalía muscular con desproporción entre fibras tipo I y II
- Defecto mesodérmico

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 132 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 133 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 134 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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-Biedl, 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 135 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta una limitación anatómica y funcional que impide el agarre a mano llena, con restricción en los arcos de movilidad articular. ○ Esto no permite el manejo de los dispositivos usados para el entrenamiento y posterior desempeño en el cargo, limitación para efectuar pinza entre el primer, segundo y tercer dedo. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar. 	

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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 136 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

enteropatías. La artritis reumatoide es una enfermedad en la que participan complejos autoinmunes y de anomalidades 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas. Tienen limitación para realizar movimientos de flexo-extensión de la columna.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 137 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Requieren control y seguimiento médico estricto que por las características del servicio puede verse afecto su estado de salud.

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

ARTROSISS

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).

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

Manifestaciones clínicas

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 138 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

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

OSTEITIS DEFORMANTE

Definición

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 139 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 da 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, vértebras, 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 140 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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.
- 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 incompatibilidad para el cargo de Mayor de Prisiones 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

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

Manifestaciones clínicas

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 141 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

- Presenta restricción para la manipulación de cargas, bipedestación prolongada, marchas prolongadas, tienen limitación para realizar arcos de movimiento articular completo en los segmentos afectados.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 142 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 acostada o al subir escaleras, cambios posturales en general, dificultad respiratoria, debilidad pulmonar, y cardiomiopatía (debilidad

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 143 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

muscular cardíaca que interfiere con la capacidad de bombeo). Muchos niños son incapaces de correr o saltar. Llevan a la invalidez.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- 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.

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

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 diagnóstico tienen timoma y en el 75 % está relacionado con timitis. (Rojas, 1995)

Fisiopatología

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 144 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 períodos de actividad y disminuye después de períodos de descanso. Ciertos músculos, tales como los que controlan el movimiento de los ojos y los párpados, la expresión facial, el masticar, el hablar y el deglutar (tragar) a menudo se ven afectados por este trastorno.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología o de las secuelas que tenga presentes y que limiten la labor a desempeñar.

SISTEMA INMUNOLÓGICO

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 145 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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

Manifestaciones clínicas (ISS-ASCOFAME , 2008)

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 146 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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
- Candidiasis esofágica
- El cáncer cervical invasivo
- Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 147 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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.
- Isosporidiasis intestinal crónica (más de 1 mes de duración superior).
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma (o término equivalente de Burkitt)
- Linfoma inmunoblastico (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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 148 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Este no podría desarrollar de manera eficiente las funciones asignadas ya que pondría en peligro su salud. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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 autoanticuerpos, así como la formación y depósito de complejos inmunes.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 149 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Causas

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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

SISTEMA NERVIOSO

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 150 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

EPILEPSIA

Definición

Grupo de trastornos neurológicos caracterizado por episodios recurrentes de episodios convulsivos, trastornos sensoriales, anomalías 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.

Manifestaciones clínicas

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad	Página: 151 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención	Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Fecha: 2024

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 generalizarse 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 percata 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Por las características de la sintomatología donde se presenta alteración súbita de la conciencia podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física, Tienen restricción para conducir vehículos. Se debe tener en cuenta que el estrés emocional pueden desencadenar los síntomas. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

VÉRTIGO

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 152 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 vestíbulo-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 generarán 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.

Manifestaciones clínicas

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 153 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- Por las características de la sintomatología donde se presenta alteración súbitas del equilibrio, 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Definición

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 154 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 disimune, 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 antigenicos HLA de clase II HLA-Dw2 y HLA-DR2, particularmente con los haplotipos DRw15, DQw6 y Dw2.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 155 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

La esclerosis lateral amiotrófica 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 156 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Dificultad para escribir, para comer o para movimientos finos.
- Deterioro intelectual.
- Depresión, ansiedad, atrofia muscular.
- Dolor testicular.
- Enrojecimiento de los pies.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. Adicionalmente se limita la movilidad articular por la lesión muscular. Son entidades que generan inestabilidad postural por lo que el trabajador corre riesgo al desarrollar trabajo en alturas. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

EXTRAPIRAMIDALISMO (O CUALQUIER TIPO DE MOVIMIENTOS ANORMALES)

Definición

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

Causas

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 157 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 diskineíticos. 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.

Manifestaciones clínicas

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 158 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- *Temblor*: movimiento oscilatorio involuntario que se produce por la contracción alternante de los músculos agonistas y antagonistas.
- *Distorción*: 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Por las características de la sintomatología donde se presenta alteración súbitas del movimiento y 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. Este tipo de enfermedades producen pérdida o disminución de las funciones motoras, sensitivas o de coordinación, afectando así la velocidad de reacción. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 159 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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, glosofaríngeo, 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, glosofaríngeo, 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 160 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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 glosofaringeo, 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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 161 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Definición

El tumor cerebral o intracraneal se define habitualmente como todo aquel proceso expansivo neoformativo 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 ependimarias o plexos coroideos. 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 162 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Fisiopatología

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, dismetría 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso. ○ 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.

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 163 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 164 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

Los TCE cerrados se subdividen en TCE simple, commoción, 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 translación que causa el desplazamiento de la masa encefálica respecto al cráneo y otras estructuras endocraniales 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 posttraumatismo.

Manifestaciones clínicas

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

Signos deficitarios:

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 165 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- De movimiento: hemiplejia, hemiparesia, parálisis de pares craneales.
- De los reflejos: asimetría de reflejos osteotendinoso; aparición de reflejos anormales (babinski).
- Sensitivos: anestesias o parestesias 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso. ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 166 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 intracraneanos.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 167 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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

PLEJIAS O PARESIA DE CUALQUIER PARTE DEL CUERPO

Definición

Una lesión de esta corteza produce una pérdida del movimiento voluntario del hemicuerpo opuesto, lo que se llama hemiparesia (si la pérdida es parcial) o hemiplejía (si es total). Otras formas de compromiso

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 168 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 169 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

que inicia un mecanismo de cascada de potentes vasoconstrictor (tromboxanos, leucotrienos y prostaglandinas. que producirán finalmente edema y lesión cerebral

Manifestaciones clínicas

- Plejia: 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 músculo 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

- Por las características de la sintomatología el funcionario no podrá realizar trabajo en alturas, 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. Este tipo de lesiones producen pérdida o disminución de las funciones motoras, sensitivas o de coordinación, afectando así la velocidad de reacción. Requieren control médico estricto.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS	 COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 170 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 171 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 172 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 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 hematógena, al resto del organismo. No se sabe muy bien porqué 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 173 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

subaracnóideo y sobre todo, las zonas apicales posteriores del pulmón. En estas zonas se producen focos de multiplicación hasta que 2 a 10 semanas después de la primo-infección, 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 primo-infección. 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 hemoptico 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 174 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Otra causa de hemoptisis es la sobreinfección por aspergilus (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 baciloscopía 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 175 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.
- 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar por él o generar riesgo para la comunidad.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 176 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 cardíaca se acelera y la temperatura corporal generalmente se incrementa.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

BRONQUIECTASIA

Definición

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 177 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 178 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 179 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 alergénico), 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:

- *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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 180 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- *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 broncoconstricción, 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.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 181 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 respiratorio 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 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 dióxido 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_2 y H_2O , que se suma al efecto de la hipercapnia que produce incremento del ácido carbónico (H_2CO_3) que se disocia en bicarbonato e iones hidrógenos, originando acidosis mixta.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 182 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones 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 paracatártico.

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 encuentran en el ápex del pulmón. La causa de la formación de los blebs es atribuida a la disección por el aire desde un

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 183 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 paracicatricial.

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 bronquiolos están obstruidos por fibrosis y por infiltración de macrófagos y leucocitos (fundamentalmente linfocitos T CD8).

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 184 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 ≤3mm, 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 (soplano). En el examen radiológico, presentan los pulmones inflados, un diafragma deprimido y un aumento del diámetro posteroanterior (tórax en tonel).

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 185 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

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

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

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 186 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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 tarde.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 187 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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, casqueteras 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 crónicas que se manifiestan por síntomas generales, lesiones cutáneas ulceradas, o úlcero-vegetantes mucosas, hepatoesplenomegalia, infiltrados pulmonares, insuficiencia suprarrenal.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 188 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

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

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 189 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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
- Lesión vascular destructora y obliterante
- Deterioro de perfusión y hematosísis del pulmón

Manifestaciones

Principio insidioso disnea, tos seca y persistente, cianosis digital e hipocratismo digital, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardiaca derecha y edema periférico.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 190 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.
- 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.
- No deben realizar actividad física toda vez que se pueden exacerbar los síntomas e incluso producir la muerte.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

SARCOIDOSIS PULMONAR

Definición

Enfermedad granulomatosa sistémica de etiología desconocida, caracterizada por la formación de tubérculos de tejido epitelioide no necrotizado. Los lugares de asiento suelen ser pulmones, hígado, bazo, piel, mucosas y glándulas salivales y lagrimales con implicación de ganglios linfáticos.

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 predisuestos.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 191 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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, hepatosplenomegalia, 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
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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.

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 192 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

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 posttraumáticos o por acción de sustancias tóxicas.

Fisiopatología

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 193 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Manifestaciones clínicas

Tos progresiva, fiebre, hipoventilación pulmonar, expectoración, hemoptisis, disnea, dolor torácico, cianosis, sibilancias, espiración prolongada, episodios de cianosis y estridor.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

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

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 194 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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, 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 195 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 anormalidad 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.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 196 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 197 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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 inutilidad para aumentar el débito cardíaco cuando la demanda aumenta.
- 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.
- Será inutilidad para el cargo de Mayor de Prisiones 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 198 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 199 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 200 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 201 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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).

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 202 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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, acropaqia, pérdida de peso, fiebre intermitente, astenia y adinamia, diaforesis.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 203 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ 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 Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar. 	

SISTEMA DIGESTIVO

LESIONES O AFECCIONES DE LOS MAXILARES Y SUS TEJIDOS, CON DESFIGURACIONES

Definición

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 204 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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).

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 205 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 carbunclo y al muermo (úlcera 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; 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 206 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 sulfídrico 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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 207 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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”.
- 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 hepatorrenal de origen tóxico.

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 208 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

En los casos de estomatitis aguda o crónica, el proceso inflamatorio puede afectar también, a veces, a las glándulas salivales.

Manifestaciones clínicas

Odinofagia, disfagia, desartria 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 209 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- Patología que altera fundamentalmente la masticación y la deglución de los alimentos y puede comprometer la vocalización.
- 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).
- 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.
- Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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 glosofaríngeo (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 de guerra, en la vida civil a causa de accidentes o consecuencia de neoplasias o accidentes cerebrovasculares.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 210 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

	 POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL	
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 211 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Patología que altera fundamentalmente la masticación y la deglución de los alimentos y puede comprometer la vocalización.
- 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 212 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

Los sinusoides reciben caudal de sangre de la vena porta y de la arteria hepática. La presión de la arteria hepática parecía 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 213 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Patología de carácter irreversible, que por su evolución, puede comprometer varios sistemas.
- 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.
- 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 214 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 215 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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:

- 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 (occlusión 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 216 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Por lo anterior la función a desempeñar en cualquier parte del país puede verse restringido generándose riesgos para la salud del funcionario. ○ Estos pacientes están limitados para manipular pesos y realizar actividad física, porque pueden presentar protrusión o herniación de la ostomía. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 217 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FIBRILACIÓN Y FLUTER AURICULAR

Definición

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 cardiaca o valvular:

- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad cardiaca reumática, estenosis mitral.
- Enfermedad del seno.
- Síndrome de pre excitación, Wolf Parkinson White (WPW).
- Insuficiencia cardiaca.
- 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 218 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Cáncer de pulmón.
- Otros problemas intratorácicos.
- Embolismo pulmonar.
- Diabetes.

Relacionados con la dieta y estilos de vida:

- Sobrecarga emocional o física.
- Consumo excesivo de cafeína.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Consumo de cocaína.
- Obesidad.

Tras cirugía

- Sobre todo cirugía cardiaca 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 219 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Puede desarrollarse reaparición de la arritmia en el personal que presenta este antecedente médico. ○ Adicionalmente se generan condiciones de riesgo porque pueden asociarse a Pérdidas de conciencia, síncope o muerte súbita.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 220 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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

ARRITMIA CARDIACA

Definición

Es cualquier anormalidad 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.

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 cardíacas, 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 cardíaca, sino también alteración en el sitio de inicio de la secuencia de la activación eléctrica del corazón.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 221 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 cardiaco. 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:

- 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 222 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 síncopeles que son observables en la disociación auriculo ventricular (bloqueos a-v completó, taquicardia ventricular), bradicardias extremas y reflejo neurocardiogénico (respuesta a estímulo vagal desde mecanos 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.

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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ La actividad física puede desarrollar la aparición de arritmias en el personal que presenta este antecedente médico. ○ 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 síncopeles. ○ Se asocia a muerte súbita.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 223 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.
- Requieren control médico y farmacológico estricto.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 224 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 inicián y terminan abruptamente y pueden durar de pocos segundos a varias horas o más. La frecuencia cardiaca 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 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 225 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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

TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN ELÉCTRICA CARDIACA

EXCEPTO HEMIBLOQUEO DE LA RAMA ANTERO SUPERIOR DEL HAZ DE HIZ

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 226 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.
- 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 227 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.
- 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 cardiaca.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 228 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Para fijar la inhabilidad se tendrá en cuenta el tipo y grado de bloqueo y la patología de base (ver fisiopatología). ○ Se definirá por valoración médica y de ECG ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 229 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 cardiaca, 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, las 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 meticilina. El *S. aureus* es la causa 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 meticilina.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 230 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 prolapsio 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 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 231 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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

- Patología que altera la dinámica cardiaca y 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

MIOCARDITIS Y DEGENERACIÓN DEL MIOCARDIO

Definición

Se define como una entidad anatomo-clínica caracterizada por un tejido cardíaco que muestra degeneración miofibrilar junto con un infiltrado intersticial de tipo linfocitario. Su manifestación clínica principal, aunque no exclusiva, es un cuadro de insuficiencia cardíaca.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 232 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 multíparas. 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.
- De células gigantes: se caracteriza por la presencia de células multinucleadas de probable origen macrofágico 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 humorral, 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).

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 233 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 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 cardíaco, con resolución completa de las mismas en un buen porcentaje de casos. El sustrato de estas

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 234 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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

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 cardiaca: 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 235 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Muerte súbita: siendo diagnosticadas en el estudio necrópsico. Recientemente se han atribuido a esta causa las muertes súbitas de jóvenes atletas profesionales.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- Patología que altera la dinámica cardiaca y ejecución del cargo propiamente dicho, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del trabajador.
- Los pacientes con secuelas graves pueden requerir trasplante cardiaco.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 236 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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 *Coxsakie 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.
- 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 237 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

- 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 238 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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.
- 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 jugular y disminuye el volumen de eyeción 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 cardíaco pero acúmulos mayores producen un gran aumento de la presión venosa central que se acompaña disminución severa del gasto cardíaco. Desde el punto de vista clínico los derrames pericárdicos leves no tienen repercusión hemodinámica pero los derrames severos se pueden acompañar acompañar de cuadros de taponamiento cardíaco.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad	Página: 239 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención	Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Fecha: 2024

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 pacientes con inflamación pericárdica y en otras oportunidades sólo se escucha en alguna etapa de la evolución. El frote pericárdico se ausulta mejor cerca del borde paraesternal izquierdo.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

- Patología que altera la dinámica cardiaca, y teniendo en cuenta el tipo de sus actividades, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante o trabajador.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

VALVULOPATÍA

Definición

Son todas aquellas enfermedades que afectan a las válvulas cardíacas, independientemente de su etiología o la gravedad del cuadro clínico que produzcan. Se clasifican siguiendo dos criterios:

La válvula afectada

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 240 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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), ateroesclerosis, 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 241 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 242 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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).

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 243 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Patología que altera la dinámica cardiaca, y teniendo en cuenta el tipo de sus actividades, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante o trabajador.
- Se puede presentar como complicación un engrosamiento pericárdico que constriñe el corazón impidiendo el llenado de las cavidades cardíacas generando sintomatología de bajo gasto cardíaco con síncope o dolor torácico asociado a isquemia miocárdica lo que genera riesgo al tener que realizar trabajo en alturas.
- Será incompatibilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 244 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 ateroesclerótica (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 ateroesclerosis 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 245 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

$$\text{Tension} = \text{presion} \times \text{diametro}$$

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 habla, cuello rígido (ocasionalmente),

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 246 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

comienzo súbito de irritabilidad, impulsividad o poco control del temperamento, cambios en la visión (visión doble o pérdida de la misma).

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

- El entrenamiento físico y las funciones a desarrollar donde se requiere un alto rendimiento físico pueden generar ruptura del aneurisma.
- 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 247 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 248 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 cardiaca. ○ Si existe antecedente quirúrgico de corrección se debe mantener el criterio de restricción. Puede sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del funcionario. ○ Se deben valorar las secuelas asociadas a la enfermedad cardiaca de base y las inherentes al procedimiento quirúrgico. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 249 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 250 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.

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 occlusiones de arterias viscerales).
- Biopsia de arteria de pequeño o mediano calibre con infiltrado inflamatorio de PMN (además de mononucleares) en la pared de vaso.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 251 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Un paciente tendría PAN cuando al menos 3 de estos criterios están presentes. Sensibilidad 82%; Especificidad 86%.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ 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 infecciosa que deteriorarían su calidad de vida. ○ Requieren tratamiento y control médico estricto. ○ Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

TROMBOANGEITIS 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 252 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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 ulceras 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 253 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

Nota: los síntomas pueden empeorar con la exposición al frío o con el estrés emocional y generalmente resultan afectadas dos o más extremidades.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- Patología que altera la dinámica cardiaca, y teniendo en cuenta el tipo de sus actividades, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante o trabajador.
- El tratamiento médico no ofrece beneficio constante.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 254 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 255 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

propuesta como uno de los causantes del aumento en la presión arterial en ciertos pacientes con enfermedades metabólicas.

- 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 256 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 257 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 258 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Patología que altera la dinámica cardiaca, y teniendo en cuenta el tipo de actividades, pueden sufrir complicaciones que pondrían en riesgo la salud del aspirante o trabajador.
- 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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 cardíaca, 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 259 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 ateroesclerótica de las arterias coronarias.

Fisiopatología

De acuerdo al comportamiento de la placa de ateroma, la afección pasa por diversos estados, a saber:

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 260 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Manifestaciones clínicas

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> ○ La actividad física puede desarrollar la aparición de futuros eventos cardiovasculares fatales en el personal que presenta este antecedente médico. Se generan condiciones de riesgo porque pueden asociarse a síncope o a muerte súbita. ○ Será incompatibilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar. 	

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 261 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 262 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Los émbolos más frecuentes que pueden producir una oclusión arterial aguda de miembros inferiores son:

- **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 ateroesclerótica o de un trombo proximal. Suele caracterizarse por dedos del pie azules y pulsos pedios palpables.

Manifestaciones clínicas

Dolor, parestesias, palidez cutánea, claudicación intermitente, poiquilotermia y pulsos periféricos ausentes.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
--

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 263 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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.
- 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.
- Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

VARICES EN MIEMBROS INFERIORES GRADO 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.

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 varices 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 (varices esofágicas), región anal (hemorroides) o en testículos (varicocele).

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 264 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 265 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 sub-aponeurótica, 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.

Ellas 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 266 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 trasmita 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, desconfort al estar mucho tiempo de pie; molestias que desaparecen cuando el paciente camina o adopta la posición horizontal (acostado).

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 vérice.
- CEAP 1: miembros con venas varicosas solamente.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 267 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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, ulceras 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. ○ 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. ○ Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

SISTEMA URINARIO

GLOMERULONEFRITIS

Definición

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 268 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 anatopatológicas 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
- Nefropatía por IgA
- Nefritis lúpica
- Glomerulonefritis membranoproliferativa I
- Glomerulonefritis membranoproliferativa II
- Glomerulonefritis post estreptocócica

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 269 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 β -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 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 270 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 271 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 histopatológicas 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.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 272 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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).

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 273 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 274 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.
- **Glomeruloesclerosis 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 275 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- **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:
- **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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 276 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- **VIH:** los antígenos propios del virus provocan una obstrucción de la luz de los capilares glomerulares que altera la función normal del riñón.
- **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, captoril): 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 277 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 278 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Las principales manifestaciones del síndrome nefrótico son:

- 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 279 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA

Definición

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 280 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Incapacidad renal para realizar las funciones depurativa, excretora, reguladora de los equilibrios hidroelectrolíticos y acido-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
- 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).

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 281 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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 integro 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.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 282 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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 cardíaco puede revelar agrandamiento cardíaco, 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 troussseau 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 283 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.
- Conviene que éste tenga una actividad laboral limitada y que evite las condiciones que acentúen la patología subyacente.
- 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01

Aprobado Por: Coordinación Promoción
y Prevención

Inhabilidades de Salud y Seguridad

Mayor de Prisiones

CCV - Versión 3.0

2024

Página: 284 de 336

Fecha: 2024

TUMORES

Definición

A nivel renal se presentan tumores primarios benignos o malignos.

CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES RENALES PRIMARIOS

TUMORES DEL TEJIDO RENAL

	TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
EPITELIALES	Adenoma	Carcinoma de cel. renales
	Oncocitoma	
NO EPITELIALES	Fibroma	Sarcomas
	Mioma	
	Reninoma	
	Angiomielipoma	
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	

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 285 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

TUMORES DE LA CAPSULA RENAL

TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
Fibroma	Sarcomas
Mioma	

Fuente:http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/anatomiatanatologica/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**

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 286 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- **Régimen alimenticio** (una dieta alta en grasa aumenta el riesgo)
- **Obesidad**
- **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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 287 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Patologías que comprenden la afección del sistema renal y urinario. ○ 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. ○ 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. ○ 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.



INPEC

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL

Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 288 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar. Siendo de restricción absoluta si el diagnóstico es de malignidad.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 289 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 períodos de balance positivo de energía, los ácidos grasos son almacenados en la célula en forma de triglicéridos; por eso, cuando la ingestión supera el gasto, se produce

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 290 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 mediado por el

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 291 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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).

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 292 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar. Sólo en casos de obesidad mórbida (IMC Hombres > 35 y mujeres > de 34) 	

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 excede la capacidad de las células de los tubos renales para resolver glucosa a partir del ultrafiltrado glomerular, lo

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 293 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ 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. ○ 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: ○ Aumento del riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC).

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 294 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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 Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 295 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

HIPOGLUCEMIA

Definición

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 postabortivas:

- Insuficiencia de órganos: hepatopatías, insuficiencia cardiaca, 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 296 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 297 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 298 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

TRASTORNOS DE LA HIPÓFISIS Y LA REGULACIÓN HIPOTALÁMICA

Definición

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 shehan o la necrosis hipofisaria postparto

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 299 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Infecciones o enfermedades inflamatorias.
- Sarcoidosis o amiloidosis.
- Extirpación quirúrgica.
- 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 segregá 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 300 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Manifestaciones clínicas

- Galactorrea: producción de leche en las mujeres que no están en periodo de lactancia o en hombres.
- 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Se pueden presentar alteraciones inmunitarias que pondrían en riesgo al aspirante o trabajador, de adquirir infecciones teniendo en cuenta las condiciones higiénicas sanitarias. ○ 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 301 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

de presentar macroadenomas hipofisarios que generen compresión sobre el quiasma óptico.

- 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 para el cargo de Mayor de Prisiones dependerá del tipo de trastorno, su severidad, la presencia de complicaciones y la causa base.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 302 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

SISTEMA HEMATOPOYETICO

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 irremediablemente 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 303 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Manifestaciones clínicas

Es frecuente encontrar fiebre alta, cefalea, postración, malestar general, anorexia, dolor óseo, adenopatías, ictericia, masa abdominal, hemorragias gastrointestinales.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Algunos pacientes requieren de esplenectomía y/o uso de esteroides, haciéndolos susceptibles aún más a desarrollar infecciones que pueden comprometer su integridad física. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar. 	

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 304 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

SISTEMA LINFÁTICO

LINFOMAS

Definición

Enfermedades malignas de los órganos linfoproliferativos localizados en los ganglios linfáticos o en los componentes linfoideos de los demás tejidos no linfoideos, ocasionados por una proliferación neoplásicas 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 linfoma de Hodgkin.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 305 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

En orden de mejor a peor pronóstico son las siguientes: predominio linfocítico, esclerosis nodular, celularidad mixta y depleción linfocitica. (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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Este no podría desarrollar de manera eficiente las funciones asignadas ya que pondría en peligro su salud. Requieren control y seguimiento médico estricto. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 306 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 307 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.
- Disminución de agudeza visual.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 308 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el trastorno es severo y no tiene la adecuada corrección.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 309 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Disminución de la agudeza y campo visual, pérdida de la acomodación, Pérdida de la visión binocular. (Melenec, 1993)

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- Al presentar una discapacidad visual se genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de actividades.
- Tienen restricción para manejo de herramientas, equipos, conducir vehículos. Disminuye la capacidad para desplazarse en una forma eficaz en su entorno.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones la Afaquia bilateral.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 310 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

La presión se eleva cuando el humor acuoso no es drenado de manera apropiada. La presión opriñe 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.

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

DESPRENDIMIENTO DE RETINA

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 311 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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 vítreo asociados con la edad o menos frecuentemente, con inflamaciones intraoculares.

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 predispuestas a presentar esta enfermedad.

Fisiopatología

Cuando se produce un desgarro en la retina, el líquido situado en la cavidad vítreo 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 312 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 o conducir vehículos. ○ Disminuye la capacidad para desplazarse en una forma eficaz en su entorno. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar. 	

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 el ojo es más alargado, en la hipermetropía el ojo es más corto y en el astigmatismo la curvatura del ojo es irregular.

Fisiopatología

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 313 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Disminuye la capacidad para desplazarse en una forma eficaz en su entorno si no se usa la corrección visual adecuada. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar y no se encuentre corregida.

DIPLOPIA

Definición

Percepción de dos imágenes de un objeto único.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 314 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Causas

Las causas más frecuentes son isquémica, tumoral y posttraumática.

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 intracranal (VI par), inflamación post viral, meningitis (bacteriana, micótica, granulomatosa, neoplasia), fistula 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- 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.
- Se debe evaluar la patología de base y sus secuelas asociadas.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 315 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar y se presenta no corregida.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 316 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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.

Manifestaciones clínicas

- Pérdida 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"> ○ 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. Se debe evaluar la patología de base y sus secuelas asociadas. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

TRASTORNOS DEL NERVIO ÓPTICO

Definición

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 317 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Se puede presentar *papiledema* por aumento de la presión intracraaneana. 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 meningoitis o por sífilis. Es de tipo unilateral.

Causas

- El *papiledema* se causa por el aumento de la presión intracraaneana secundaria a tumores, lesiones expansivas, trauma.
- *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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 318 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD

- 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. Se debe evaluar la patología de base y sus secuelas asociadas.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 319 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

Los rayos ultravioleta son mutagénicos para el gen p53 (gen supresor de tumores) en las células limfocitarias. 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ El pterigón 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. ○ Adicionalmente la exposición a luz solar estimula su desarrollo y en los cargos anteriormente anotados, se encuentra con frecuencia exposición a la misma. ○ Observación: 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 320 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

QUERATOCONO

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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ El queratocono genera una mala visión de forma progresiva, lo cual genera una limitación o menor eficiencia en el desarrollo de una actividad. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS	 COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 321 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 322 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 *pseudomonas aeruginosa*.

Fisiopatología

La infección se origina generalmente en el conducto auditivo externo (CAE), sobrepasa su revestimiento cutáneo, progresiva y da lugar a una condritis y/o osteomielitis. La infección también puede progresar a través del timpano, penetrar en las cavidades aireadas del hueso temporal, el peñasco, las estructuras anatómicas vecinas, e incluso, el tallo cerebral.

La osteitis 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 %.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad	Página: 323 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención	Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Fecha: 2024

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, 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 324 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 endocranéales.

Causas

- Infecciones bacterianas: neumococo, Haemophilus influenzae, Estreptococo Beta hemolítico, Estafilococo aureus, Pseudomonas aeruginosa.
- 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 325 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

La intensa vasodilatación del mucoperiorostio 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 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Al presentar una discapacidad auditiva, entendiéndola como una carencia o disminución de la audición, se incrementa el riesgo de accidentes. ○ Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 326 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 327 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

- Traumatismocefálico 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 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.

JUSTIFICACIÓN DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tienen restricción para conducir vehículos, para manejar equipos, herramientas o armamento cuyo manejo es riesgoso. ○ 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. ○ Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 328 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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: pseudomonas aeruginosa, anaerobios (peptococcus y propionibacterium), e. Coli, proteus, estafilococo aureus, estreptococos, neumococo, difteroides 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 fláccida*.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 329 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD

- Por las características de la sintomatología, la evolución natural de la enfermedad (se pueden presentar alteración del equilibrio), podría sufrir caídas que pondrían en riesgo su integridad física.
- 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.
- Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 330 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

HIPOAUDIOLOGIA

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.
- 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.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 331 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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 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 en el 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 neurosensitiva con un componente conductivo agregado.

Manifestaciones clínicas (Ramírez, 2001)

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 332 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

- 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.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ El trabajador tiene restricción para trabajo en alturas, conducción de vehículos y manejo de armamento. ○ Por la alteración audiológica puede presentar confusión al dársele órdenes de tipo verbal generando riesgos para la integridad personal, de sus compañeros. ○ Los aspirantes con hipoacusia bilateral de moderada a severa tendrán restricciones para ocupar el cargo al cual están aplicando. ○ Será inhabilidad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es tan severo que limita la labor a desempeñar.

PERFORACIÓN TIMPÁNICA

Definición

Un tímpano perforado es un agujero o ruptura en la fina membrana que separa el conducto auditivo externo del oído medio.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 333 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

Causas

Dentro de las causas se pueden citar: golpe en el oido 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.

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, estreptomicina, 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

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 334 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		

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.

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

Pérdida de la audición, secreción sanguino-purulenta por el oído afectado, tinnitus.

JUSTIFICACION DE LA INHABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ○ El trabajador tiene restricción para trabajo en alturas, conducción de vehículos y manejo de armamento. ○ Si hay alteración audiológica, puede presentar confusión al dársele órdenes de tipo verbal generando riesgos para la integridad personal, de sus compañeros. ○ Será inabilitad para el cargo de Mayor de Prisiones si el estado de la patología es bilateral y es tan severa que limita la labor a desempeñar.

 POSITIVA <small>COMPANÍA DE SEGUROS</small>	 COLOMBIA <small>POTENCIA DE LA</small> VIDA	INPEC
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS/ARL		
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 335 de 336
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		Fecha: 2024

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 COMPANÍA DE SEGUROS	 COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	INPEC
Código: GR-IT-01	Inhabilidades de Salud y Seguridad Mayor de Prisiones CCV - Versión 3.0 2024	Página: 336 de 336 Fecha: 2024
Aprobado Por: Coordinación Promoción y Prevención		