



PROGRAMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE.

CÓDIGO	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
PG-SST-04	LÍDER DEL PROCESO	SIGCMA- CENDOJ	COMITÉ DE LIDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN	FECHA	FECHA	FECHA
01	29-05-2019	05/06/2019	11/06/2019



Contenido

Introducción	3
1. Objetivos	4
1.1. Objetivo General.....	4
1.2. Objetivos Específicos	4
2. Alcance	4
3. Población objeto.....	4
4. Responsabilidades	4
4.1. Responsabilidades de la Dirección Ejecutiva.....	4
4.2. Responsabilidades del coordinador del SG SST	5
4.3. Responsabilidad del comité de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)	5
4.4. Responsabilidad de los servidores judiciales	5
5. Vigencia del Programa	5
6. Indicadores del programa.....	5
I. PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES RAMA JUDICIAL	6
1. Definiciones.....	7
2. Marco Teórico.	7
2.1. Enfermedades Transmitidas por Vectores.....	7
2.1.1. Fiebre Amarilla	8
2.1.2. Paludismo (Malaria).....	9
2.1.3. Dengue.....	9
2.1.4. Chikungunya.....	10
2.1.5. Zika	12
2.1.6. Leishmaniasis.....	12
2.1.7. Enfermedad de Chagas.....	14
2.2. Infecciones de Transmisión Sexual	15
2.3. Enfermedades Transmitidas por Alimentos	16
2.3.1. Fiebre tifoidea y paratifoidea.....	16
2.3.2. Hepatitis A.....	19
2.3.4. Tetanos	21
2.3.5. Virus pandémico A (H1N1/09)	22
3. Desarrollo del Programa.....	23
II. PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RAMA JUDICIAL	25
1. Definiciones.....	26
2. Marco Teórico.	26
2.1. Enfermedades cardiovasculares.....	26
2.1.1. Categorización del riesgo cardiovascular.....	28
3. Desarrollo del Programa.....	37
III. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	38
1. Operatividad del programa	38

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Introducción.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera al lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI. La salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general.

Los programas de Promoción de la salud en los lugares de trabajo reconocen el efecto combinado de los factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales e informativos sobre el bienestar del trabajador. Utilizando como marco de referencia la Carta de Ottawa, sobre la Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misma OMS adaptó al contexto de salud y trabajo, dentro de la Iniciativa de Trabajo Saludable.

La promoción de hábitos saludables y la prevención en salud incluyen la realización de una serie de actividades en el ámbito intra y extralaboral, que están diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles de la organización, a aumentar el control sobre su salud y mejorarla a través de la educación, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas

La promoción de la salud establecida para la Rama Judicial convoca la participación de todos los servidores judiciales independientemente de su tipo de vinculación así como de los demás colaboradores y actores sociales interesados en la puesta en práctica de iniciativas acordadas en forma conjunta para la adquisición de hábitos de vida saludable los cuales se reflejarán en una mejora en las condiciones de salud tanto individuales como grupales y el bienestar de la fuerza laboral, sumado a esto de manera indirecta se tendrá un impacto en el control de algunos riesgos laborales.

En cuanto a la prevención de enfermedades, el enfoque del programa brindará conocimientos básicos de aquellas que son más relevantes para la población trabajadora de la Rama Judicial. Los temas a tratar se dividirán en dos grupos aquellas enfermedades de origen infeccioso, priorizadas de acuerdo a los reportes del programa SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud y aquellas no transmisibles las cuales en general son de curso crónico, altamente influenciadas por los hábitos cotidianos y que en la actualidad se consideran una epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



1. Objetivos

1.1. *Objetivo General*

Planear y ejecutar actividades de promoción y prevención en salud, dirigidas a la población de servidores judiciales de la Rama Judicial, que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud tanto físicas como psicosociales, así como a la instauración de estilos de vida y trabajo más saludables que favorezcan el bienestar general de los servidores judiciales.

1.2. *Objetivos Específicos*

Establecer campañas de divulgación en la población de servidores judiciales para el fortalecimiento de la cultura del autocuidado, adoptando actuaciones seguras en el ámbito laboral y extra laboral.

Implementar campañas y actividades de prevención específicas con base en la morbilidad reportada por la Rama Judicial, el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de salud y protección social.

2. Alcance

El presente programa busca brindar a los servidores judiciales conocimientos sobre las enfermedades de origen común más frecuentes en las regiones en las que viven o por su grupo etario y cuáles son los mecanismos de prevención y detección temprana así como la interiorización de la importancia de hábitos de vida saludables y la puesta en práctica de estos.

3. Población objeto

El presente programa está dirigido a todos los servidores judiciales independientemente de su forma de contratación y tipo de vinculación así como contratistas y demás colaboradores que se encuentren en los lugares de trabajo de las 25 seccionales a nivel nacional.

4. Responsabilidades

La ejecución de este programa deberá ser promovido por la Dirección Ejecutiva y las diferentes direcciones seccionales, con la asignación de responsabilidades a los coordinadores de SG SST, al COPASST y a los servidores judiciales.

4.1. *Responsabilidades de la Dirección Ejecutiva*

- ✓ Asignar presupuesto para la implementación de las actividades para la prevención de riesgo cardiovascular.
- ✓ Facilitar las condiciones para la realización de las actividades contempladas en el programa.
- ✓ Apoyar las actividades de capacitación y establecer como prioridad la asistencia a estas.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



4.2. Responsabilidades del coordinador del SG SST

- ✓ Coordinar la implementación del programa.
- ✓ Coordinar las actividades con el fin de determinar los trabajadores y cargos a los que se les efectuarán evaluaciones, identificar los empleados que deben incluirse del programa de promoción y prevención de riesgo cardiovascular y evaluar la implementación de los controles y la ejecución de las actividades programadas.
- ✓ Presentar informes de gestión al coordinador del SGSST nacional y al comité paritario de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo al cronograma.
- ✓ Programar actividades de capacitación sobre los temas relacionados con los factores de riesgo.
- ✓ Brindar retroalimentación a los trabajadores de los resultados del programa, así como de las diferentes actividades realizadas.

4.3. Responsabilidad del comité de seguridad y salud en el trabajo (COPASST)

- ✓ Vigilar la adecuada ejecución del programa de promoción y prevención de riesgo cardiovascular.
- ✓ Evaluar el cumplimiento de los objetivos del programa, plantear estrategias que permitan modificar, plantear o reforzarlo.
- ✓ Promover conductas de saludables seguras tanto laborales como extra laborales.

4.4. Responsabilidad de los servidores judiciales

- ✓ Proporcionar ideas, impresiones y conocimientos sobre las fuentes de riesgo y las posibles medidas de control.
- ✓ Participar de forma activa en la implementación y ejecución del programa, así como seguir las recomendaciones y practicar el autocuidado.
- ✓ Tomar una actitud proactiva que les permita mejorar las capacitaciones, hacer sugerencias sobre la misma y participar.
- ✓ Ser multiplicadores de la información del programa y de la información recibida en las capacitaciones.

5. Vigencia del Programa

- Enero – diciembre 2019

6. Indicadores del programa

Por las características del programa, los indicadores que se llevaran serán de cobertura y cumplimiento de las actividades planteadas al inicio del año, los cuales se seguirán a través del plan de trabajo anual desarrollado por las seccionales y evaluados mediante la consolidación que se realiza a nivel de la DEAJ.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



I. PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES RAMA JUDICIAL.

CÓDIGO	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
PG-SST-04	LÍDER DEL PROCESO	SIGCMA- CENDOJ	COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN	FECHA	FECHA	FECHA
01	29-05-2019	05/06/2019	11/06/2019



1. Definiciones

- *Enfermedad:* condición física o mental adversa identificable, que surge, empeora o ambas a causa de la actividad laboral, una situación relacionada con el trabajo o ambos
- *Enfermedades Endémicas:* son aquellas enfermedades infecciosas que afectan de forma permanente o en determinados períodos a una región.
- *Inspección:* se define como el proceso administrativo mediante el cual se identifican los factores de riesgo que pueden generar un accidente, incidente, daño a la propiedad, incendio, explosión o daño al medio ambiente. Este proceso se ejecuta mediante visitas periódicas a los sitios de trabajo, con el objeto de verificar si todas las actividades y las instalaciones están en buen estado de funcionamiento y no existe riesgo para las mismas. Además permite identificar aquellas fuentes que pueden originar incendios, explosiones, lesiones o enfermedades, pérdida de energía, contaminaciones, daños a propiedades o a los equipos.
- *Peligro:* fuente, situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas o la combinación de estas.
- *Vigilancia en salud pública:* vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud - INS.
- *Vigilancia en salud en el entorno laboral:* vigila los riesgos laborales, los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral. Este tipo de vigilancia se describe de forma individual en los diversos programas de gestión relacionados con las acciones de promoción y prevención de estos eventos.
- *Vigilancia sanitaria:* vigila los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación.

2. Marco Teórico.

2.1. Enfermedades Transmitidas por Vectores.

En Colombia, existen varias enfermedades endémicas relacionadas con nuestra situación geográfica como región tropical, en donde se facilita el hábitat y crecimiento de los vectores que ayudan a la transmisión de la enfermedad en el hombre.

El Instituto Nacional de Salud en sus informes periódicos, reporta la incidencia de este tipo de enfermedades en las diferentes regiones del país, en particular aquellas regiones por debajo de los 1800 metros sobre el nivel del mar, áreas propicias para el crecimiento y multiplicación de los vectores.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



2.1.1. Fiebre Amarilla

Descripción: enfermedad vírica infecciosa aguda. Caracterizada por el comienzo repentino de fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, de espalda, dolor muscular generalizado, postración, náuseas y vómito. El pulso puede ser débil aunque la temperatura sea elevada. Se pierde proteínas en orinas y hay disminución del volumen de la orina, además de las defensas del cuerpo (glóbulos blancos).

Frecuentemente se acompaña de sangrado por la nariz o por tracto gastrointestinal. La ictericia (coloración amarilla de la piel) es moderada en los comienzos de la enfermedad y se intensifica más tarde. La tasa de letalidad puede llegar al 50%.

Se reconocen dos modelos epidemiológicos: la fiebre amarilla urbana, transmitida por el *Aedes Aegypti* y la fiebre amarilla selvática, transmitida por la picadura de especies de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes* que adquieren el virus de monos infectados.

Agente: el virus de la fiebre amarilla, un flavivirus.

Modo de transmisión: en las zonas urbanas y en algunas zonas rurales, por la picadura de mosquitos *Aedes Aegypti* infectantes. En algunos sitios incluidas las áreas selváticas puede ser por mosquitos del género *Haemagogus* y *Sabethes* infectantes. Otras especies de *Aedes* podrían estar implicadas.

Período de incubación: de tres a seis días.

Reservorio: en las zonas urbanas, el hombre y el mosquito *Aedes Aegypti*. En las zonas selváticas, otros vertebrados como monos y tal vez marsupiales y mosquitos de la selva.

Período de transmisibilidad: la sangre del enfermo puede infectar al mosquito desde poco antes de iniciar la fiebre y durante los primeros 5 días de la enfermedad.

El período de incubación extrínseco en el mosquito *Aedes Aegypti* suele ser de 9 a 12 días en las zonas tropicales; una vez infectado, el mosquito permanece así durante el resto de su vida.

Distribución: en África aún se registran brotes de fiebre amarilla urbana que son causados por la transmisión enzoótica (entre especies) y endémica en llanuras húmedas y secas, durante la estación de lluvias, especialmente en las zonas vecinas a regiones boscosas con gran pluviosidad donde la fiebre amarilla selvática es enzoótica.

Los últimos casos de fiebre amarilla urbana transmitida por *Aedes Aegypti* en América se reportaron en Trinidad en 1952. La fiebre amarilla selvática en América tropical afecta generalmente a hombres adultos, expuestos en la selva.

Se han diagnosticado periódicamente casos en los Llanos Orientales de Colombia y regiones orientales de Perú y Bolivia y ocasionalmente en todos los países del continente americano, desde México hasta Argentina, con excepción de El Salvador, Uruguay y Chile.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Vacunación: el principal elemento protector es la vacunación de la población susceptible. Se recomienda que la vacuna deba ser administrada al menos diez días antes del ingreso a la zona de riesgo, pero estudios de viajeros a estas zonas muestran que estos lapsos no siempre son respetados. La vacuna confiere protección vitalicia

La fiebre amarilla es una enfermedad inmunoprevenible. Una sola inoculación subcutánea de vacuna 17D de virus vivos atenuados induce, en diez días, la producción de anticuerpos específicos.

2.1.2. Paludismo (Malaria)

Descripción: Enfermedad que se caracteriza por síntomas prodrómicos (manifestaciones iniciales) como cefalea, dolor muscular, náuseas, vómitos, decaimiento, fatiga, anorexia y fiebre, seguidos por un conjunto de picos febriles que presentan cuatro períodos sucesivos, de frío, de calor, de sudor y de apirexia (sin fiebre), picos que se repetirán. Entre los picos el paciente se siente bien y aún realiza sus actividades normales. La sintomatología y su intensidad puede variar, la fiebre puede ser continua y los escalofríos no muy intensos, puede presentarse diarrea y dolores abdominales. Las complicaciones son más frecuentes en individuos con disminución en sus defensas (gestantes, ancianos y niños) y especialmente cuando son infectados con *Plasmodium Falciparum* aunque también con *Plasmodium Vivax*, se puede presentar malaria cerebral, complicaciones renales, hepáticas, pulmonares, hipoglicemia, fiebres altas, anemias.

Agente: *Plasmodium* que puede ser de cuatro tipos: *P. Falciparum*, *P. Vivax*, *P. Malariae* y *P. ovale*. De estos cuatro tipos de *Plasmodium*, en Colombia se han encontrado tres especies, *Vivax*, *Malariae* y *Falciparum*, además se puede presentar la infección mixta.

Modo de Transmisión: se transmite por la picadura de un zancudo infectado a un huésped susceptible. La infección se puede adquirir por otras formas como transfusiones sanguíneas, procedimientos con elementos contaminados (aguja y jeringa) y por transmisión congénita.

Período de Incubación: de 8 a 14 días. Aunque algunas cepas de *P. Vivax* pueden tener un período de incubación más largo, hasta 10 meses.

Período de Transmisibilidad: el hombre es infectante para el mosquito, mientras permanezcan en su sangre gametocitos de *Plasmodium*. Los zancudos parasitados son infectantes durante toda su vida. La sangre infectada almacenada en Banco de Sangre puede permanecer infectante hasta por 16 días.

Distribución: la malaria es aún una causa importante de morbimortalidad en países tropicales y subtropicales como consecuencia de un desarrollo socioeconómico deficiente. También se ubican como zonas de alta transmisibilidad la periferia de los bosques en América del Sur y en el Asia Suroriental.

2.1.3. Dengue

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Descripción: enfermedad febril aguda que se caracteriza por un comienzo repentino, con fiebre que dura de tres a siete días, dolor de cabeza, dolores detrás de los ojos, articulares, musculares y en ocasiones brotes rojos conocidos como lamparones. Las complicaciones son excepcionales en el dengue clásico y consisten principalmente en convulsiones, trastornos de conciencia y trastornos motores.

Una variedad grave es el dengue hemorrágico que se caracteriza por los mismos síntomas descritos, más la presencia de hemorragias principalmente en piel, mucosas y tracto gastrointestinal; sangrado, disminución de las plaquetas y aumento de la permeabilidad capilar. Puede llegar a presentarse acidosis, coagulación intravascular diseminada y hemorragias masivas.

El síndrome del choque es la forma más grave del dengue hemorrágico y se caracteriza por signos de falla circulatoria aguda que se suman a los hallazgos descritos. La letalidad varía entre el 1% y el 50%, dependiendo principalmente de la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de la atención.

Agente: es causado por el virus dengue, que tiene 4 serotipos. La infección deja inmunidad definitiva para el serotipo que causó el episodio.

Modo de transmisión: la enfermedad se transmite por la picadura de un mosquito infectado (*Aedes Aegypti*) a un huésped susceptible.

Reservorio: el hombre y el mosquito *Aedes Aegypti*.

Período de incubación: de 3 a 15 días, generalmente de cuatro a ocho días.

Período de transmisibilidad: se transmite de persona-mosquito-persona. Los enfermos son infectantes para los mosquitos desde el día anterior al comienzo de la enfermedad y hasta el quinto día de ésta. El mosquito se vuelve infectante de 8 a 11 días después de alimentarse con sangre infectada y continúa siéndolo durante toda su vida.

Distribución: el dengue puede presentarse en forma endémica o epidémica en regiones ubicadas a menos de 1800 metros de altura sobre el nivel del mar. La endemia se presenta en los sitios donde hay infestación permanente por el vector.

Las epidemias se producen cuando se introduce un nuevo serotipo en una región con condiciones ecológicas favorables y una población susceptible al nuevo serotipo. La infección se presenta a cualquier edad.

Las formas graves, dengue hemorrágico y síndrome del choque del dengue, son mucho más comunes en infecciones por el serotipo 2, en menores de 15 años con antecedentes de infecciones previas por otros serotipos.

2.1.4. Chikungunya

Descripción: la fiebre chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por la picadura de un mosquito. Se describió por primera vez durante un brote ocurrido en el

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



sur de Tanzania en 1952. Se trata de un virus ARN del género *alfavirus*, familia *Togaviridae*. “Chikungunya” es una voz del idioma Kimakonde que significa “doblarse”, en alusión al aspecto encorvado de los pacientes debido a los dolores articulares.

La fiebre chikungunya se caracteriza por la aparición súbita de fiebre, generalmente acompañada de dolores articulares. Otros signos y síntomas frecuentes son: dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas. Los dolores articulares suelen ser muy debilitantes, pero generalmente desaparecen en pocos días.

La mayoría de los pacientes se recuperan completamente, pero en algunos casos los dolores articulares pueden durar varios meses, o incluso años. Se han descrito casos ocasionales con complicaciones oculares, neurológicas y cardíacas, y también con molestias gastrointestinales. Las complicaciones graves no son frecuentes, pero en personas mayores la enfermedad puede contribuir a la muerte. A menudo los pacientes solo tienen síntomas leves y la infección puede pasar inadvertida o diagnosticarse erróneamente como dengue en zonas donde este es frecuente.

Agente: virus ARN del género *alfavirus*, familia *Togaviridae*.

Modo de transmisión: el virus se transmite de una persona a otras por la picadura de mosquitos hembra infectados. Generalmente los mosquitos implicados son *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, dos especies que pueden transmitir otros virus, entre ellos el del dengue. Estos mosquitos suelen picar durante todo el periodo diurno, aunque su actividad puede ser máxima al principio de la mañana y al final de la tarde. Ambas especies pican al aire libre, pero *Aedes aegypti* también puede hacerlo en ambientes interiores.

Período de incubación: La enfermedad suele aparecer entre 4 y 8 días después de la picadura de un mosquito infectado, aunque el intervalo puede oscilar entre 2 y 12 días.

Distribución: Tanto *Aedes aegypti* como *Aedes albopictus* se han visto implicados en grandes brotes de fiebre chikungunya. El *Aedes aegypti* está confinado a las zonas tropicales y subtropicales, *Aedes albopictus* también está presente en regiones templadas, e incluso templadas-frías. En los últimos decenios *Aedes albopictus* ha salido de Asia y se ha establecido en algunas zonas de África, Europa y las Américas.

En comparación con *Aedes aegypti*, la especie *Aedes albopictus* prospera en una variedad más amplia de acumulaciones de agua que le sirven de criaderos, tales como cáscaras de coco, vainas de cacao, tocones de bambú, huecos de árboles, charcos en rocas, además de depósitos artificiales tales como neumáticos de vehículos o platos bajo macetas.

Esta diversidad de hábitats explica la abundancia de *Aedes albopictus* en zonas rurales y periurbanas y en parques urbanos sombreados. El *Aedes aegypti* está más estrechamente asociado a las viviendas y tiene criaderos en espacios interiores, por ejemplo en floreros, recipientes de agua y tanques de agua en baños, además de los mismos hábitats exteriores artificiales que *Aedes albopictus*.

En África se han encontrado varios otros mosquitos vectores de la enfermedad, entre ellos especies del grupo *Aedes furcifer-taylori* y *Aedes luteocephalus*. Hay indicios de que

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



algunos animales diferentes de los primates (roedores, aves y pequeños mamíferos) también pueden actuar como reservorios.

2.1.5. Zika

Descripción: el virus de Zika es un virus emergente transmitido por mosquitos que se identificó por vez primera en Uganda, en 1947, en macacos de la India, a través de una red de monitoreo de la fiebre amarilla selvática. Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzania. Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, las Américas, Asia y el Pacífico.

Durante los grandes brotes que se han producido en la Polinesia francesa en 2013 y en el Brasil en 2015, las autoridades sanitarias nacionales notificaron potenciales complicaciones neurológicas y autoinmunitarias. Recientemente, en el Brasil, las autoridades sanitarias locales han observado un aumento de las infecciones por este virus en la población general, coincidiendo con él, aumento de los casos de síndrome de Guillain-Barré y de recién nacidos con microcefalia en el nordeste del país. Una cantidad considerable de nuevas investigaciones han reforzado la asociación entre la infección por este virus y la aparición de malformaciones fetales y trastornos neurológicos. No obstante, son necesarias más investigaciones para entender mejor esa relación. Asimismo, se están investigando otras causas posibles.

Agente: virus del género Flavivirus, Vector: mosquitos *Aedes* (que habitualmente pican durante el día, sobre todo al amanecer y al atardecer/anochece) y Reservorio desconocido

Modo de transmisión: el virus de Zika se transmite a las personas a través de la picadura de mosquitos infectados del género *Aedes*, y sobre todo de *Aedes aegypti* en las regiones tropicales. Este mosquito es el mismo que transmite el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre amarilla. Asimismo, es posible la transmisión sexual, y se están investigando otros modos de transmisión, como las transfusiones de sangre y la transmisión perinatal.

Período de incubación: el periodo de incubación de la enfermedad por el virus de Zika no está claro, pero probablemente sea de pocos días. Los síntomas son similares a los de otras infecciones por parvovirus, entre ellas el dengue, y consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas; suelen ser leves y durar entre 2 y 7 días.

Distribución: los primeros brotes de enfermedad por el virus de Zika se describieron en el Pacífico en 2007 y 2013 (Yap y Polinesia francesa, respectivamente), y en las Américas (Brasil y Colombia) y África (Cabo Verde) en 2015. Desde el 1 de enero de 2007, se ha notificado la transmisión del virus en 64 países y territorios.

2.1.6. Leishmaniasis

Descripción: zoonosis que afecta la piel, las mucosas o las vísceras y se presenta en varias formas clínicas: *la cutánea* con manifestaciones que varían desde lesiones cerradas como pápulas, nódulos y placas, con aspecto verrugoso o con formas ulceradas, siendo ésta la más frecuente; las lesiones pueden ser únicas o múltiples y generalmente están localizadas

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



en áreas expuestas, son lesiones de crecimiento lento e indoloras excepto aquellas con sobreinfección bacteriana. Pueden cicatrizar espontáneamente en semanas o persistir por años.

La forma mucocutánea, afecta con mayor frecuencia la nariz y la orofaringe. El compromiso mucoso puede ocurrir en el 3% al 5% de los enfermos con lesión cutánea primaria. La lesión puede aparecer en los primeros dos años en el 50% de los pacientes y hasta 30 años después. Las lesiones comienzan con secreción purulenta y obstrucción nasal que progresa a la ulceración, son frecuentes las infecciones bacterianas sobre agregadas que ponen en peligro la vida del paciente. La leishmaniosis mucosa nunca cura espontáneamente. *La forma visceral o Kala-azar* es una enfermedad crónica generalizada, que concentra sus daños en bazo, médula ósea, hígado y ganglios linfáticos. Se caracteriza por fiebre, crecimiento del hígado y de los ganglios linfáticos, anemia, manifestaciones hemorrágicas y debilidad progresiva. Sin tratamiento generalmente se presenta la muerte. El 80% de los pacientes son menores de cinco años.

Agente: parásitos protozoarios intracelulares pertenecientes a la familia trypanosomatidae, género *Leishmania*; en éste se han categorizado dos subgéneros: *Leishmania* y *Viannia*.

Modo de transmisión: en América es transmitida al hombre por la picadura de pequeños dípteros pertenecientes al género *Lutzomyia*, conocido popularmente con el nombre de *jején*. Pequeño insecto que mide cerca de 2 a 5 mm. De longitud, con el cuerpo y las alas densamente cubiertos de pelos. Con una vida media de 20 -30 días.

Las hembras son hematófagas; obteniendo sangre de animales vertebrados como perros, equinos, aves de corral, zorros entre otros, incluyendo al hombre.

Las condiciones microclimáticas favorables para la *Lutzomyia* se encuentran en regiones con abundante vegetación en la cual existe una gran variedad de abrigos como rocas, cuevas, nidos, troncos y raíces, cerca de las viviendas se encuentran criaderos en los basureros, establos y pocilgas.

Las hembras generalmente inician su actividad en horas crepusculares y nocturnas en busca de huéspedes para alimentarse de sangre, la mayoría de las especies se alimentan en el extra domicilio; picando al hombre en las partes más expuestas del cuerpo. El radio de vuelo es generalmente corto, en promedio 200 a 300 metros.

Las *Lutzomyias* desarrollan todas las formas inmaduras de su ciclo de vida (huevo, larva y pupa) en la tierra hasta llegar a su estado adulto.

Período de incubación: en las formas cutáneas y mucocutáneas puede oscilar entre 3 semanas y 6 meses. Para la forma visceral generalmente es de dos a cuatro meses pero se puede prolongar hasta dos años.

Reservorio: principalmente animales silvestres; a nivel doméstico el perro y el hombre.

Período de transmisibilidad: mientras persistan los parásitos en la sangre, en los casos no tratados generalmente entre cinco meses y hasta varios años.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Distribución: las formas cutáneas y mucocutáneas se encuentran distribuidas en gran parte del territorio nacional por debajo de los 1750 metros sobre el nivel del mar; generalmente es más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas.

Los focos más importantes de la forma visceral en Colombia, se encuentran localizados en el valle alto del río Magdalena que comprende los departamentos de Huila, Tolima y Cundinamarca y las sabanas de Córdoba, Sucre y Bolívar. La población económicamente activa dedicada a actividades de campo como aserradores, cazadores, colonizadores y el personal de las fuerzas armadas presentan un mayor riesgo de adquirir la enfermedad.

La migración, la urbanización de áreas semiforestales y el deterioro ambiental se constituyen en los principales factores de riesgo.

2.1.7. Enfermedad de Chagas

Descripción: la tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas puede cursar como una infección asintomática, lo cual ocurre la mayoría de las veces, o manifestarse clínicamente en forma aguda o crónica. También se ha descrito la forma congénita.

La forma aguda de la enfermedad es poco frecuente y se presenta principalmente en niños. En el sitio de inoculación se produce la lesión primaria o chagomas como un nódulo inflamatorio o placa de tipo erisipeloide, blando, o piel seca y zona central necrótica o hemorrágica, indolora, con edema local y acompañada de adenopatía regional. En muchos pacientes se observa el complejo oftalmo-ganglionar o signo de Romaña, que consiste en edema bipalpebral uni o bilateral en ocasiones con edema facial, conjuntivitis, queratitis y dacriocistitis. La diseminación del parásito da origen a una linfadenopatía generalizada, hepato y esplenomegalia y compromiso de la médula ósea y corazón, además de una serie de síntomas generales como fiebre, cefalea, anorexia y dolores musculares, entre otros. El compromiso generalizado puede llevar a una insuficiencia cardíaca y a la muerte; sin embargo lo más frecuente es que el paciente pase a una forma subaguda o crónica, con una fase de latencia que puede durar meses o años.

La forma crónica aparece tardíamente y se caracteriza principalmente por miocarditis, cardiomegalia, megaesófago y megacolon. La miocarditis es la presentación clínica más frecuente de la forma crónica, la cual puede cursar asintomática o progresar hasta la cardiomegalia, la insuficiencia cardíaca y alteraciones en el electrocardiograma. La forma congénita es poco frecuente y suele cursar asintomática. Las manifestaciones clínicas consisten en hepato-esplenomegalia con síntomas generales, trastornos neurológicos y anemia.

Agente: *Trypanosoma cruzi*, la forma circulante se conoce como tripomastigote y la tisular como amastigote.

Reservorios: el hombre y más de 150 especies de animales domésticos y salvajes actúan como reservorios del parásito, a partir de los cuales se infecta el vector.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Vectores: el vector de *T. cruzi* es un insecto hematófago de la familia Reduviidae, subfamilia triatominae y géneros *Rhodnius*, *Triatoma* y *Pastrogylus* conocidos popularmente como “pitos”, “barbeiros”, “chupos”, “vinchucar” o “chinches besadores”.

Modo de transmisión: los vectores infectados pican al hombre, ingieren sangre y cuando la ingestión ha sido abundante defecan fácilmente sobre la piel. Las defecaciones son frotadas como consecuencia del rascado y través del sitio de la picadura o laceraciones que existan o se produzcan en la piel, ocurre la penetración del parásito, las defecaciones infectantes también pueden entrar en contacto con las conjuntivas u otras mucosas, lo cual facilita la entrada del agente infeccioso.

La transmisión también puede producirse madre a hijo vía placentaria o por transfusión de sangre contaminada o trasplantes.

Período de Incubación: aproximadamente 5 a 14 días después de la picadura del insecto vector; en los casos producidos por transfusión de sangre, de 30 a 40 días.

Período de transmisibilidad: la transmisibilidad depende de la presencia de parasitemias, la cual es más intensa durante la fase aguda, pero puede persistir con baja intensidad o con apariciones periódicas durante toda la vida del paciente. El vector se hace infectante de 10 a 30 días después de haber picado a un huésped infectado y la infección del tratomíneo persiste durante toda su vida (2 años).

2.2. Infecciones de Transmisión Sexual

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un tipo especial de patología humana por las repercusiones de tipo social y epidemiológico que implican. Conforman también un grupo especial, que si bien tienen agentes etiológicos distintos, también tienen un comportamiento epidemiológico común. Como su nombre lo dicen son entidades que se transmiten por el contacto íntimo de dos seres, pero no necesariamente por el coito.

Inciden en su ocurrencia múltiples factores de orden social que se deben considerar a la luz del momento actual que vive el mundo. Bajo ningún punto de vista como erróneamente se ha considerado son patrimonio exclusivo de la prostitución que, pese a ser un grupo de alto riesgo, también es uno de los más controlados.

En orden de importancia clínica las enfermedades que se mencionan a continuación constituyen el grupo:

- Infección por VIH y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. SIDA.
- Sífilis.
- Infección gonocócica.
- Uretritis no gonocócica.
- Tricomoniasis.
- Herpes genital.
- Vaginitis.
- Chancro blando.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Granuloma venéreo.
Linfogranuloma venéreo.
Molusco contagioso.
Condiloma acuminado.
Hepatitis B.

Dentro de sus actividades de medicina preventiva, se desarrolla una estrategia de educación, encaminada a que los servidores tengan el conocimiento de la existencia de estas enfermedades, sus vías de transmisión, y de contagio y de los efectos sobre la salud, y lo que es lo más importante, el modo eficaz de prevenirlas.

2.3. Enfermedades Transmitidas por Alimentos

Descripción: la intoxicación alimentaria es aquella que se adquiere cuando se ingiere en los alimentos cantidades suficientes de agentes químicos o microorganismos patógenos y/o sus toxinas. Frecuentemente estas intoxicaciones se dan por la preparación de alimentos defectuosamente o mal conservados.

Generalmente se manifiesta con vómito, diarrea, fiebre, dolor abdominal, deshidratación y otras complicaciones

Agente: toxinas provenientes de microorganismos o elementos químicos en los alimentos.

Modo de transmisión: a través de la ingestión de y/o aguas contaminadas con microorganismos, toxinas y agentes químicos.

El mecanismo de contaminación de los alimentos se da a través de la manipulación de alimentos, animales infectados, roedores, insectos y utensilios de cocina.

2.3.1. Fiebre tifoidea y paratifoidea

Agente etiológico: la fiebre tifoidea y paratifoidea causada por *Salmonella typhi* y *S. paratyphi.*, es una enfermedad bacteriana sistémica prevenible, que se relaciona con precarias condiciones ambientales, provisión de agua potable, disposición de excretas, mala higiene personal y falta de un control adecuado a manipuladores de alimentos.

Modo de transmisión: la transmisión se hace por agua o alimentos contaminados con heces u orina de un enfermo o portadores crónicos biliares de *S. typhi* y *S. paratyphi* que contaminan intermitentemente agua o alimentos. Los alimentos más implicados son las frutas y verduras (fertilizadas con heces o regadas con aguas contaminadas), mariscos procedentes de lechos contaminados (aguas servidas), en particular las ostras. En la leche y los productos lácteos contaminados el agente puede perdurar hasta por dos meses y los enfermos no diagnosticados son vehículos de transmisión importantes. El congelamiento no destruye la bacteria, por lo tanto los alimentos congelados y refrigerados pueden ser vehículos de transmisión.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Periodo de incubación: tiende a variar de acuerdo con las dosis infectante (105 UFC, Unidades formadoras de Colonias) entre tres días y tres meses, por lo regular con límites de una a tres semanas. En la gastroenteritis paratifoidea de uno a 10 días.

Periodo de transmisibilidad: la transmisibilidad es posible mientras persista la bacteria en las heces del portador o del enfermo, por lo común desde la primera semana hasta la convalecencia.

Presentación clínica: el cuadro clínico de la fiebre tifoidea/paratifoidea incluye fiebre, bradicardia relativa y, en menor proporción, cefalea, vómito, diarrea, esplenomegalia, escalofrío, dolor abdominal y malestar general; sin embargo, el diagnóstico clínico no tiene una alta sensibilidad. Se considera el cultivo del germen como la prueba de elección para diagnóstico en sangre, heces o médula ósea de acuerdo al tiempo de evolución e intervenciones realizadas.

Reservorio: el hombre es el reservorio de los agentes, pero en el caso de *S. paratyphi*, en ocasiones algunos animales domésticos pueden ser reservorios. Los contactos en el núcleo familiar pueden ser portadores transitorios o permanentes. El estado de portador puede surgir después de la enfermedad aguda o de infección leve o subclínica y se consideran más frecuentes los portadores fecales de corta duración que los urinarios. Los portadores y los enfermos no diagnosticados son vehículos de transmisión importantes.

Caracterización epidemiológica: la fiebre tifoidea y paratifoidea es enfermedad de alta prevalencia en los países pobres y en menor escala en los países en vías de desarrollo y se relaciona directamente con las condiciones socioeconómicas y de higiene ambiental, especialmente agua potable y manejo de excretas.

La Organización Mundial de la Salud estima la incidencia global anual de la fiebre tifoidea en 0,3%, o sea cerca de 16 millones de casos, de los cuales aproximadamente 600.000 son muertes. En algunos países en vías de desarrollo de Asia, África y América Latina, la incidencia anual puede alcanzar el 1%, con tasas de letalidad de hasta el 10%. En los países donde la enfermedad es endémica, las mayores tasas específicas por edad se encuentran entre los 5 y 12 años. Sin embargo, estudios en áreas de alta endemia mostrarían que hay una importante subestimación de los casos en niños menores de cinco años. En estos países la incidencia de la tifoidea está vinculada a las condiciones de higiene y de infraestructura sanitaria.

Las mejores condiciones de vida en países industrializados como la higiene, el tratamiento y la distribución del agua potable y la introducción de antibióticos en los últimos 40 años dieron lugar a una reducción drástica de los casos y de la mortalidad debido a la fiebre tifoidea y paratifoidea. Sin embargo, la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública significativo en algunos países de Asia del sur y del este, de África y de América Latina.

En América Latina y el Caribe se trata menos de 12% del agua de residuos recogida, lo que significa que enormes cantidades de aguas residuales no tratadas, junto con los efluentes industriales y el agua de escorrentía, contaminan las fuentes de aguas subterráneas y superficiales necesarias para los suministros públicos de agua. Se estima que podría

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LIDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



lograrse una reducción en la incidencia de ciertas enfermedades bacteriológicas, entre ellas la fiebre tifoidea y paratifoidea, de hasta 80% mediante una protección eficaz de las fuentes de agua de las aguas residuales no tratadas.

En países de la región donde todavía prevalecen factores como la ausencia general de letrinas, la falta de agua de consumo desinfectada y las fuentes de agua no protegidas, se han presentado epidemias de fiebre tifoidea y paratifoidea; una de las más grandes en los últimos años fue la ocurrida en Ca Pierre, Haití, en junio de 2004, donde la fuente principal de agua para la comunidad se encontraba en un barranco conectado a un riachuelo que se usaba como excusado.

En Colombia no se ha podido establecer de manera real la incidencia del evento debido a los métodos diagnósticos utilizados para su confirmación, y aunque hay un alto grado de notificación, la mayoría de los casos quedan como probables y sólo una parte de los notificados se confirma mediante los métodos diagnósticos recomendados.

En 2005, la región que más casos reportó fue la región Occidente, en los departamentos de Valle del Cauca y Chocó, seguida de la región de la Costa Atlántica, en los departamentos de Sucre y el distrito de Cartagena.

Es importante aclarar que no se ha establecido la prueba de laboratorio para el diagnóstico, pero se considera que cerca de 90% se realiza por la reacción de Widal, la cual no es específica para este evento.

Vacunación: la vacunación sistemática frente a la fiebre tifoidea no está indicada porque no confiere una protección absoluta frente a la infección y la vacunación masiva en una población produciría una disminución de la incidencia de infección de corta duración sin modificar apenas la proporción de portadores.

Sus indicaciones son las siguientes:

Personas que viajan a zonas endémicas (Asia, África, Sudamérica y algunas zonas del sur del Mediterráneo) o a zonas donde *S. typhi* es resistente o multirresistente, como sucede en la península arábiga o el subcontinente indio. En estos casos la vacunación no excusa de tener cuidado, en esos países, de no consumir alimentos crudos y agua no controlada.

Personas que trabajan en la limpieza de cloacas y otros lugares con aguas residuales, en zonas donde la enfermedad es endémica. Personas en contacto íntimo con un portador cuyo estado no puede ser erradicado por alguna razón.

Trabajadores de laboratorio donde se aísla o se manipula regularmente *S. typhi*.

Se recomienda una sola dosis de 0,5 ml de la vacuna, que contiene 25 µg del polisacárido VI de *Salmonella typhi*, tanto para niños como para adultos.

Los sujetos que permanezcan en riesgo de contraer la fiebre tifoidea deberán revacunarse cada 3 años con una sola dosis de la vacuna.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Esta protección será definida por los clientes de las diferentes empresas donde se considere este riesgo biológico.

2.3.2. Hepatitis A.

Agente infeccioso: el virus de la hepatitis A es del tipo RNA, de la familia Picornavirus, y se conoce un solo serotipo clasificado como enterovirus tipo 72.

Modo de transmisión: por vía fecal-oral por contacto persona a persona generalmente por contactos cercanos familiares o institucionales, en donde los niños y jóvenes tienen un papel importante en la diseminación, o por una fuente común debida a la ingestión de agua o cualquier comida contaminada (leche, frutas, verduras con manipulación inadecuada y moluscos, ostras o almejas crudos o mal cocidos capturados de aguas residuales), a través del sexo anal u oral-anal. Por transfusión de sangre es rara sin embargo puede ocurrir cuando el donador está en el período de incubación. También se ha informado de brotes de hepatitis A entre los usuarios de drogas intravenosas, debido a que la viremia puede persistir por varias semanas y el contagio se relaciona con higiene deficiente y el uso compartido drogas, jeringuillas, filtros y soluciones para mezclar drogas.

Periodo de incubación: de 15 a 50 días, con un promedio de 30 días.

Periodo de transmisibilidad: el momento de mayor transmisión ocurre en la segunda mitad del período de incubación asociada a la excreción de virus en heces y continúa hasta la primera semana después del inicio de la ictericia.

Reservorio: los seres humanos.

Susceptibilidad: están en riesgo de infección las personas que nunca se han infectado y las no han sido vacunadas contra la hepatitis A.

Inmunidad: Se adquiere de por vida a través de la infección por el VHA, una vez que una persona se recupera de la hepatitis A, nunca se infectará de nuevo y a través de la inmunización confieren protección completa contra la infección.

Epidemiología: en todo el mundo, se producen 1,4 millones de casos anualmente de hepatitis A., la vía de transmisión es fundamentalmente fecal-oral y su incidencia está inversamente relacionada con el nivel socioeconómico y las condiciones higiénico-sanitarias. Las áreas geográficas pueden clasificarse de alta, intermedia o baja endemia de infección por el VHA y se correlaciona con las condiciones higiénicas y sanitarias de cada área. De alta endemia se encuentran los países en vías de desarrollo con las condiciones higiénicas y sanitarias muy pobres (África, Asia Central y América del Sur), la infección es adquirida en la niñez temprana y es asintomática. El 80% de la población menor de 10 años presenta marcadores serológicos que demuestran algún contacto con el virus en el pasado (IgG anti VHA positivo).

Colombia está entre los países con alta a moderada endemia, sin embargo la variación es muy amplia y existen áreas de alta y baja endemia. En 2000, se notificaron 1511 casos; en 2001, 2572; en 2002, 6646; en 2003, 6595; en 2004, 3103; en 2005, 2765 y en 2006, 4202. Las entidades territoriales con mayor número de casos incidentes acumulados de hepatitis

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



A con respecto al promedio nacional entre los años 2000 - 2006 fueron Bogotá, Antioquia, Valle, Santander, Norte de Santander, Cundinamarca, Sucre, Boyacá y Cesar.

El grupo etáreo más afectado en el año 2006 fue el de 5 a 14 años seguido por el de 15-44 años. Las entidades territoriales que reportaron muertes atribuibles a hepatitis A en el período fueron: Bogotá, Cesar, Magdalena, Valle y Guainía con dos casos cada uno y Cundinamarca, Santa Marta y Boyacá con un caso cada una.

Vacunación: indicación en grupos de riesgo: viajeros internacionales a áreas de endemidad intermedia o alta, especialmente aquéllos que realicen viajes frecuentes o permanezcan largos períodos de tiempo en dichas áreas. Estas recomendaciones no incluyen viajeros a Norte América (excepto Méjico y América Central), Japón, Australia, Nueva Zelanda o países europeos desarrollados. Se recomienda la administración de inmunoglobulina para viajeros menores de 2 años de edad, niños que residan en comunidades con elevada endemidad o brotes periódicos de la enfermedad, homosexuales con múltiples parejas, ADVP (drug addict who uses drugs intravenously), personas con enfermedades hepáticas crónicas, personas con serología positiva para el virus de la hepatitis C, personas con riesgo ocupacional de infección, receptores de hemoderivados de forma reiterada, personal militar, personal sanitario, personal de instituciones de deficientes mentales, manipuladores de alimentos, trabajadores de alcantarillado, niños que acuden a guarderías, así como sus cuidadores, padres, hermanos y otros contactos, personas que padecen con frecuencia enfermedades de transmisión sexual y consumidores de alimentos de alto riesgo (e. g., marisco crudo).

Esta protección será definida por los clientes de las diferentes empresas donde se considere este riesgo biológico.

2.3.3. Cólera

Descripción: enfermedad bacteriana aguda, del tracto intestinal, que se caracteriza por el comienzo repentino de diarrea acuosa y profusa, y vómito. La fiebre no se presenta siempre. Conduce a una rápida deshidratación de la persona.

Agente: Vibrio Choerae serogrupo 01 que elabora enterotoxinas.

Modo de transmisión: De persona a persona por vía fecal – oral, fundamentalmente por el consumo de aguas contaminadas con heces o vómitos de pacientes portadores.

Las manos juegan un papel relevante en el modo de transmisión. El hombre y los animales de mar son un reservorio, el periodo de incubación va de 5 horas a 5 días.

La transmisibilidad se da mientras dure el estado de portador de heces positivas, que dura hasta varios días después de la recuperación. El tratamiento eficaz con antibióticos apropiados a corta el periodo de transmisión.

Las primeras epidemias de este siglo en Latinoamérica y en Colombia se registraron en la década de los 90's, la diseminación se hizo principalmente a través del océano pacífico y de los ríos Magdalena y Cauca.

Factores de riesgo: La pésima infraestructura sanitaria de las regiones, el manejo inadecuado en la producción, almacenamiento y expendio de algunos alimentos, los malos hábitos higiénicos.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Caso sospechoso: Todo paciente con enfermedad diarreica aguda, cuando se está en un momento epidémico de cólera.

Medidas preventivas: Intervenir oportuna y eficazmente los brotes de Cólera. Que se lleguen a presentar en la empresa.

Promover el consumo dentro y fuera del trabajo de agua totalmente potable.

Informar a la población trabajadora sobre la adecuada manipulación de alimentos, higiene personal y familiar.

Coordinación con el asesor médico de la empresa, los médicos y enfermeros de las compañías operadoras sobre la identificación y notificación de casos probables de cólera.

En el caso de clasificación como caso probable, se debe notificar de inmediato a la autoridad sanitaria de la región y dar manejo hospitalario al trabajador.

Otras enfermedades transmisibles

2.3.4. Tetanos

Descripción: enfermedad aguda inducida por una exotoxina; se caracteriza por contracciones musculares dolorosas, primero en los maseteros y músculos del cuello y después en los del tronco, espasmos generalizados, trismus por lo cual el paciente tiene dificultad para abrir la boca, bostezar y masticar, pudiendo llegar a la risa sardónica. La posición de opistótonos se da por el espasmo muscular. No se observa fiebre. Es frecuente que se acompañe de sudoración profusa y taquicardia, reflejos osteotendinosos exaltados y conservación del estado de conciencia.

Las complicaciones son tromboflebitis, flebotrombosis, fracturas de vértebras dorsales, hemorragia gastrointestinal, crisis hipertensivas, taquicardia, arritmias cardíacas y espasmo laríngeo, que con frecuencia causa la muerte.

La enfermedad no confiere inmunidad por lo cual el paciente debe ser vacunado una vez resuelto el cuadro agudo.

Agente: *Clostridium tetani*, bacilo anaeróbico, Gram positivo, esporulado.

Modo de transmisión: introducción de las esporas en el organismo a través de heridas, desgarros, quemaduras, traumas de piel, mordeduras de animales y procedimientos invasivos con instrumental contaminado.

Reservorio: el intestino de los caballos y otros animales, incluido el hombre, en el cual el agente habita normalmente sin producir daño. Además en la tierra u objetos contaminados con heces de animal.

Período de incubación: de 3 a 21 días, puede variar dependiendo de la extensión y el sitio de la herida, el promedio es de 10 días.

Período de transmisibilidad: no se transmite directamente de persona a persona.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Distribución: mundial, es más frecuente en regiones agrícolas y zonas subdesarrolladas donde existe mayor contaminación fecal, con bajas coberturas de vacunación y deficiencias en la calidad y accesibilidad a los servicios de salud.

Vacunación: la vacunación frente al tétanos es una recomendación para todas las personas no vacunadas, independientemente de su edad.

La vacunación consiste en la aplicación de tres dosis con intervalos de un mes entre la primera y la segunda y entre 6 y 12 meses de la segunda la tercera. Posteriormente hay que poner una dosis de recuerdo cada 10 años.¹

Los adultos que nunca han sido vacunados contra tétanos deben recibir las tres dosis respectivas de toxoide tetánico o Td en el calendario descrito anteriormente; alternativamente en situaciones en que los adultos probablemente hayan recibido alguna dosis de tétanos pero no disponen de ningún registro se recomienda realizar prueba serológica de anticuerpos contra tétanos sin embargo este es un procedimiento no viable respecto al costo beneficio por lo que se recomienda reiniciar esquema de dicha vacunación.

Adultos que han recibido esquemas incompletos de vacunación deben recibir dosis de toxoide tetánico hasta completar el esquema de tres dosis. Para esto se debe aplicar el siguiente cuadro:

VACUNA ANTITETÁNICA (TT)		
Dosis previas	Supuestos	Dosis y pautas a aplicar
Tres o más dosis	Han transcurrido más de 10 años desde la última dosis	Una dosis.
	No han transcurrido más de 10 años desde la última dosis	Ninguna. Recordar fecha de la próxima dosis (10 años de la última)
Dos dosis	Ha transcurrido más de 6 meses desde la segunda dosis	Una dosis. Recordar fecha de la próxima dosis (10 años de la última)
Una dosis	Ha transcurrido más de 1mes desde la dosis	Poner dos dosis con intervalo de seis meses. Recordar fecha de la próxima dosis (10 años de la última)

2.3.5. *Virus pandemico A (H1N1/09)*

Es una enfermedad respiratoria producida por un nuevo virus de influenza que puede diseminarse entre las personas. Como es un virus nuevo y no se tienen defensas, se transmite muy fácilmente entre las personas. Entonces, es de esperarse que un número grande de personas contraiga el virus.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Los síntomas de la influenza A (H1N1) en humanos son similares a los síntomas de la influenza estacional e incluyen fiebre acompañada de tos, dolor de garganta, congestión y secreción nasal, dolor de cabeza, escalofríos o fatiga. A veces se presenta vómito y diarrea. Puede evolucionar a un cuadro grave con postración, síntomas de neumonía, como dificultad para respirar, aumento de la frecuencia respiratoria y dolor en el pecho, y llegar hasta la muerte. La mayoría de personas que se han infectado con este virus han presentado una enfermedad leve. Sin embargo, algunos han presentado una enfermedad grave y otros pocos han muerto.

3. Desarrollo del Programa.

Basados en el análisis de la información suministrada a través del Boletín Epidemiológico Nacional del programa SIVIGILA perteneciente al Instituto Nacional de Salud se conocerá el análisis de salud pública por cada región del país.

Esta información será obtenida mediante las publicaciones semanales de los mencionados boletines en la página Web del Instituto y validada al finalizar cada trimestre, ya que en ocasiones se presentan por parte de las respectivas secretarías de salud reportes extemporáneos.

También, se revisaran sistemáticamente de forma mensual los boletines de los eventos centinela o de las recomendaciones emitidas por los distintos entes de salud como el INS, Ministerio de protección social, OPS y OMS y se evaluará su aplicabilidad para el programa y que llegaran a tener impacto en la población de servidores de la Rama Judicial.

Adicionalmente, se validará la caracterización de la morbilidad y ausentismo laboral obtenido de la información del sistema Kactus, para desarrollar campañas en salud orientadas al estado real de salud-enfermedad de origen común de los servidores de la Rama Judicial.

Teniendo en cuenta que los lugares de trabajo de la Rama Judicial se encuentran en todo el territorio nacional se identifican los principales riesgos de salud pública establecidos en los Boletines de SIVIGILA del INS para los 32 departamentos y las enfermedades de interés en Salud Pública para el país, para los años 2017 y 2018 las enfermedades de notificación obligatoria más frecuentes fueron:

Enfermedad	No de caso reportados para 2017
Vigilancia rabia humana	127630
Malaria	52924
Intoxicación exógena	39548
Parotiditis	17809
Dengue	25993

Enfermedad	No de caso reportados para 2018

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



A continuación se describen los eventos de seguimiento e interés público para los servidores judiciales de la Rama Judicial.

COPIA NO CONTROLADA

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



II. PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RAMA JUDICIAL

CÓDIGO	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
PG-SST-04	LÍDER DEL PROCESO	SIGCMA- CENDOJ	COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN	FECHA	FECHA	FECHA
01	29-05-2019	05/06/2019	11/06/2019



1. Definiciones

- Factor de riesgo cardiovascular: característica de una persona que se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular a lo largo de su vida. Este factor de riesgo determinado por Factores no modificables como son el sexo, la edad y la herencia; y factores modificables como tensión arterial, tabaquismo, dieta, peso, sedentarismo, nivel de estrés y niveles sanguíneos de azúcar, colesterol y triglicéridos.
- Detección temprana: actividades que identifican una enfermedad de manera precoz, minimizando el daño causado, las complicaciones y secuelas que esta conlleva.
- Prevención primaria: se basa en la reducción de la aparición de una enfermedad, a través del control de los factores de riesgo sin que esto implique ningún tipo de tratamiento médico.
- Prevención secundaria: detección y tratamiento de la enfermedad, cuyo objetivo es evitar la progresión de la enfermedad
- Prevención terciaria: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, busca evitar secuelas graves y muerte por la enfermedad

2. Marco Teórico.

2.1. *Enfermedades cardiovasculares*

La enfermedad cardiovascular, incluyendo el accidente cerebro vascular, es la principal causa de enfermedad y muerte en la población adulta. Este conjunto de patologías se relacionan directamente con la aterosclerosis, la cual está asociada a desordenes de lípidos, tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, trastornos de los niveles de azúcar entre otros. En Colombia se ha observado una variación en las cifras de morbilidad y mortalidad respecto a la década anterior; mientras que hace 10 años prevalecía como primera causa de muerte los efectos de la violencia vivida y las enfermedades cardiovasculares estaban en tercer lugar. Esto ha cambiado, según las estadísticas del Ministerio de Protección Social, hoy en día son la primera causa de muerte de 45 años en adelante.

Esta constituye una importante causa de mortalidad en la población mundial. La OMS informo que en el año 2010 el 63% de las 36 millones de muertes registradas en el mundo por enfermedades no transmisibles, 80% se debieron a enfermedades cardiovasculares y diabetes en países de ingresos bajos y medios. (3)

Según datos del informe de indicadores básicos 2011, situación de salud en Colombia, de la Organización Panamericana de la Salud, en Colombia, para el año 2009 la enfermedad cardio-cerebro-vascular se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad en

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



personas mayores de 45 años, con una tasa de 55.859 muertes por cada 100.000 habitantes

Estas patologías tienen múltiples factores de riesgo, los cuales pueden ser clasificados como modificables y no modificables.

En general, se acepta como enfermedad cardiovascular la enfermedad coronaria a la que se le agrega el evento cerebrovascular, la enfermedad arterial periférica y la falla cardíaca.

Entre los factores de riesgo no modificables estarían la edad, el sexo y la historia familiar, especialmente en familiares de primer grado. Se incluye como riesgo la edad superior a 55 años en varones y la superior a 65 años en la mujer. Por lo que respecta a los antecedentes familiares, la enfermedad cardiovascular prematura, en un familiar de primer grado en varones antes de los 55 años y en mujeres antes de los 65 años.

Los factores de riesgo modificables son:

- Tabaquismo

Existe una clara evidencia del efecto adverso del tabaco sobre la salud, siendo el tabaquismo el responsable de aproximadamente un 50% de las muertes evitables. La mitad de dichas muertes son debidas a ECV. El riesgo de infarto de miocardio es mucho más alto entre los fumadores que entre los no fumadores, y el de muerte súbita está aumentado más de 10 veces en los varones y más de 5 veces en las mujeres que fuman.

- Dislipidemias

La asociación entre niveles de colesterol y ECV, se ha evidenciado en múltiples estudios clínicos, esta asociación está influida por la presencia de otros factores de riesgo cardiovasculares tales como la presencia de diabetes o de niveles altos de triglicéridos, o de niveles bajos de colesterol HDL. Por este motivo es fundamental la estimación global del riesgo cardiovascular.

La presencia de unos niveles de triglicéridos > 1,7 mmol/l (150 mg/dl) es uno de los criterios utilizados en la definición de síndrome metabólico entidad relacionada como factor de riesgo para la aparición de Diabetes en las personas que cumplan sus criterios diagnósticos.

- Obesidad

Se considera como factor de riesgo cardiovascular la presencia de un IMC ≥ 30 kg/m² o un perímetro abdominal a nivel de la cintura ≥ 90 cm en el varón y ≥ 80 cm en la mujer. La obesidad central es uno de los factores utilizados en la definición del síndrome metabólico.

- Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un factor de riesgo mayor de enfermedad coronaria. Diversos estudios han mostrado que la diabetes tipo 2 aumenta de 2 a 4 veces la mortalidad por

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



enfermedades vasculares. El riesgo de enfermedad coronaria de los sujetos diabéticos fue superior al de los no diabéticos. Siguiendo las directrices de otras sociedades científicas internacionales, se considera como diabetes la presencia de una glucemia en ayunas > 7,0 mmol/l (126 mg/dl) o una glucemia postprandial > 11,0 mmol/l (200 mg/dl). (2 glicemias basales > 126 mg/dl.).

- Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo silencioso. Su prevalencia mundial está en aumento mientras el control poblacional de las cifras de presión elevadas aún es muy pobre (menos de 30% de los pacientes tratados están controlados). En la actualidad se acepta que la hipertensión comienza a partir de valores de presión arterial sistólica mayores o iguales a 140 mm Hg y/o de presión arterial diastólica superiores o iguales a 90 mm Hg Para establecer el diagnóstico es necesario realizar una medición correcta confirmando los valores en tres tomas separadas en el tiempo o mediante registros ambulatorios de presión arterial.

- Estrés mental, medio ambiente (3)

No se tienen datos sobre la influencia del estrés mental en nuestra población, pero puede deducirse que debido al alto estrés psíquico al cual ha estado expuesto el pueblo colombiano en las últimas cuatro décadas causado por la violencia, es fácil concluir que ha sido un factor de riesgo muy alto en la producción de las enfermedades cardiovasculares.

El estrés mental puede clasificarse en agudo y crónico.

Un claro ejemplo del primer tipo son los eventos catastróficos que puede sufrir un individuo. Éstos aumentan en 2,3 veces el riesgo de infarto agudo de miocardio. En un estudio sobre el terrorismo y las guerras, se manifiesta que estos fenómenos sociales a la par que los eventos catastróficos, son francos generadores de enfermedad cardiovascular. De otra parte, la muerte súbita por infarto del miocardio también se ha asociado con el estrés agudo.

El estrés crónico se origina por factores traumáticos persistentes, que con frecuencia el paciente pasa desapercibidos o les concede poca importancia. En este tipo sobresalen los de índole laboral y familiar. Los primeros se han investigado ampliamente. En el Estudio INTERHEART se concluye que de 20% a 30% de casos de enfermedad cardiovascular, es atribuible al estrés laboral.

En el Whitehall Study, dirigido por Chandola *et al*, realizado en el University College London Medical School, indica que el estrés laboral crónico y sostenido, eleva al menos al doble las posibilidades de enfermedad cardiovascular. Esta investigación fue realizada entre 10.308 trabajadores con un seguimiento de 14 años, hecho que estadísticamente es muy significativo. Así mismo, se encontró una cifra similar a la del INTERHEART en relación a que el 32% de los trabajadores con estrés sufrían de una enfermedad cardiovascular.

2.1.1. Categorización del riesgo cardiovascular.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Esta categorización, se basa en los criterios de Framingham, los cuales se definieron tras un estudio de cohortes que lleva ya 70 años de seguimiento, esto ha permitido definir cuáles son los criterios de mayor impacto para definir el riesgo cardiovascular. Para Colombia la validación de este puntaje han llevado a que el Ministerio de Salud de adopte el puntaje de Framingham x 0.75 como el instrumento de estimación del riesgo.

Al realizar esta categorización, se conoce el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave e incluso mortal en un periodo de 10 años según los factores de riesgo modificables y no modificables en personas sin patología cardiovascular al momento de la estimación de este, con el fin de plantear medidas de prevención primaria; aquellas personas que ya tenga establecido algún diagnóstico de este grupo de patologías se considera de alto riesgo y la prevención ya sería secundaria o terciaria de acuerdo a su estado actual.

La OMS, en su libro Prevención de las enfermedades cardiovasculares, publicado en el 2008, brinda por grupo de países la categorización del riesgo cardiovascular bajo otra metodología la cual está definida por dos contextos, el primero cuando se puede medir el colesterol total y el segundo en el que no. A continuación las tablas de predicción para Colombia para ambos casos

Sin embargo, para la Rama Judicial la estimación del RCV, se realizara con los criterios de Framingham así:

CRITERIOS DE FRAMINGHAM POR SEXO

1. Edad

Edad	Puntaje	
	Mujeres	Hombres
20 – 34	-7	-9
35 – 39	-3	-4
40 – 44	0	0
45 – 49	3	3
50 – 54	6	6
55 – 59	8	8
60 – 64	10	10
65 - 69	12	11
70 - 74	14	12
75 - 80	16	13

2. Colesterol total por grupo de edad y sexo

Colesterol total (Mg/DL)	Puntaje por edad									
	20 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 69		70 – 79	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
< 160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
160 – 199	4	4	3	3	2	2	1	1	1	0
200 – 239	8	7	6	5	4	3	2	1	1	0

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



240 – 270	11	9	8	8	5	4	3	2	2	1
> 280	13	11	10	8	7	5	4	3	2	1

3. Habito de fumar por grupo de edad y sexo

¿Fuma ?	Puntaje por edad									
	20 – 39		40 – 49		50 – 59		60 – 69		70 – 79	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
No fuma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Si fuma	9	8	7	5	4	3	2	1	1	1

4. Colesterol HDL por grupo de edad

Colesterol HDL (mg/dl)	Puntos	
	Mujeres	Hombres
60	-1	-1
50 - 59	0	0
40 – 49	1	1
< 40	2	2

5. Presión sistólica

Presión sistólica	No tratada		Tratada	
	Mujer	Hombres	Mujer	Hombres
< 120	0	0	0	0
120 – 129	1	0	3	1
130 – 139	2	1	4	2
140 – 149	3	1	5	2
> 160	4	2	6	3

6. Al total de la sumatoria de los puntajes de las tabla anteriores se le aplica una multiplicación por 0.75 y buscar el valor en estas tabla

Mujer		Hombre	
Puntaje total	% de riesgo a 10 años	Puntaje total	% de riesgo a 10 años
< 9 - 12	1	<0 - 4	1
13 -14	2	5 - 6	2
15	3	7	3
16	4	8	4
17	5	9	5
18	6	10	6
19	8	11	8
20	11	12	10
21	14	13	12

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



22	17	14	16
23	22	15	20
24	27	16	25
>25	>30	>17	> 30

Riesgo cardiovascular Leve
Riesgo cardiovascular Moderado
Riesgo cardiovascular Severo

De acuerdo al porcentaje obtenido, tras el cruce de la información, se determina el RCV y la periodicidad del seguimiento que debe hacerse a los factores modificables la cual se describe en la tabla tomada de la OMS así:

Riesgo de episodio cardiovascular a 10 años < 10 %, 10 a < 20%, 20 a < 30%, ≥ 30%	
Si los recursos son limitados, puede que haya que priorizar el asesoramiento y la atención individuales en función del riesgo cardiovascular.	
Riesgo < 10%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo bajo. Un bajo riesgo no significa “ausencia de riesgo”. Se sugiere un manejo discreto centrado en cambios del modo de vida ^b .
Riesgo 10%-< 20%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo moderado de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 6-12 meses.
Riesgo 20%-< 30%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.
Riesgo ≥ 30%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo muy alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



COPIA NO CONTROLADA

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



2.2. **Cáncer**

El cáncer, es la segunda causa de muerte en el mundo; es una enfermedad que se puede originar en cualquier órgano o parte del cuerpo, básicamente es un proceso de crecimiento y diseminación de un tipo de células determinado. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes, el más importantes es el humo de tabaco al que se le atribuyen el 22% de las muertes por cáncer, otros factores de riesgo son índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de alcohol y la infección por algunos virus (Virus hepatitis, papilomavirus). En fase temprana, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia.

En el 2015, se estima causo 8,8 millones de defunciones, lo que corresponde a una de cada seis muertes, esta proporción es mayor en países de ingresos medios y bajos esto se debe a la detección tardía o en fases avanzadas así como la falta de tratamiento ya que las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. Es así como en 2017, solo el 26% de los países de ingresos bajos informaron de que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%.

Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de muertes son: Pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario

Dado que el diagnóstico temprano hace que el tratamiento sea más eficaz lo que aumenta la supervivencia, disminuye la morbilidad y los costos asociados a la atención de la enfermedad, es muy importante realizar tamizaje de manera sistemática según los grupos de edad, es así como este programa buscara promover en los servidores judiciales no solo la práctica de hábitos de vida saludable sino también la realización de tamizaje de los tipos de cáncer priorizados para Colombia en el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021, lo cuales son: Cuello Uterino, Cáncer de Mama, Cáncer de Próstata, Cáncer Color rectal.

Las actividades de tamizaje se recomendaran así:

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



CÁNCER DE COLON Y RECTO -INDIVIDUOS CON RIESGO PROMEDIO-			
Edad	Prueba	Periodicidad	Recomendación
50 a 75 años	Sangre oculta en materia fecal inmunoquímica	Cada 2 años	Se sugiere que la estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto en la población colombiana con riesgo promedio sea sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años, cuando esta se encuentre disponible.
50 a 75 años	Colonoscopia	Cada 10 años	Se sugiere que la edad de inicio de la tamización para cáncer de colon y recto en la población colombiana con riesgo promedio sea a los 50 años de edad y la edad de finalización sea a los 75 años de edad.

CÁNCER DE MAMA			
Edad	Prueba	Periodicidad	Recomendación
50 a 69 años de edad	Mamografía de dos proyecciones	Cada dos años	Se recomienda realizar tamización de base poblacional organizada mediante mamografía de dos proyecciones, cada dos años, en mujeres de 50 a 69 años de edad, siempre incluido dentro de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama.
A partir de los 40 años	Examen clínico de la mama	Una vez al año	Se recomienda la realización del examen clínico de la mama a partir de los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año, con un método estandarizado y por parte de médicos debidamente entrenados, asegurando la referencia inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado en el evento de haber detectado lesiones sospechosas
Cualquier edad	Autoexamen de mama	Una vez al mes	No se recomienda la realización del autoexamen de la mama como estrategia de tamización. Se recomienda la enseñanza del autoexamen como estrategia de concientización y autoconocimiento.
Cualquier edad	Mamografía y/o ecografía	Mujeres sintomáticas	Se recomienda realizar detección temprana en mujeres sintomáticas, independientemente de su edad, utilizando las estrategias diagnósticas adecuadas.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LIDERES DEL SIGCMA
VERSION 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



CÁNCER DE PRÓSTATA			
Edad	Prueba	Periodicidad	Recomendación
Desde 50 años	Tacto rectal	Cada 5 años	No se recomienda la detección temprana organizada poblacional en cáncer de próstata. Se recomienda la detección temprana de oportunidad como estrategia de detección temprana del cáncer de próstata en hombres mayores de 50 años, asintomáticos, que acudan a consulta médica por diferentes causas.
			Si se realiza tamización de oportunidad, debe hacerse con PSA y tacto rectal en una frecuencia no inferior a 5 años y previa explicación de los potenciales riesgos y beneficios para el paciente, promoviendo una toma de decisiones concertada.
Desde 50 años	Antígeno prostático específico	Cada 5 años	Se recomienda la combinación de tacto rectal y medición del antígeno prostático ajustado por edad, como estrategia de diagnóstico temprano del cáncer de próstata.
			En los pacientes en quienes se registre un primer nivel de antígeno prostático alterado acorde con la edad, en presencia de tacto rectal normal, se recomienda la repetición de la prueba en el curso de los siguientes seis meses.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



CÁNCER DE CUELLO UTERINO			
Edad	Prueba	Periodicidad	Recomendación
30 a 65 años	ADN - VPH	Cada 5 años ante resultados negativos	Se recomienda el uso de pruebas de ADN-VPH que detecten los tipos virales de alto riesgo para la tamización de cáncer de cuello uterino en población general con el fin de reducir la incidencia y mortalidad de cáncer de cuello uterino invasivo.
			Se sugiere iniciar la tamización con pruebas de ADN-VPH a los 30 años de edad y finalizarla a los 65 años de edad, con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino invasivo.
			Se sugiere realizar la tamización con pruebas de ADN-VPH en población general cada cinco años ante resultados negativos, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad de cáncer de cuello uterino invasivo.
30 a 65 años	Citología de cuello uterino	Triage ante pruebas de VPH positivas	Se recomienda el uso de citología de cuello uterino para la clasificación diagnóstica (triage) de las pacientes positivas a la tamización con pruebas de ADN-VPH, con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino invasivo.
25 a 29 años	Citología de cuello uterino	Cada 3 años ante resultados negativos	Se sugiere realizar la tamización con citología en mujeres menores de 30 años, desde los 25 años de edad, y en intervalos de cada 3 años ante resultados negativos, con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad de cáncer de cuello uterino invasivo.
30 a 50 años	Técnicas de inspección visual VIA VILI	Cada 3 años ante resultados negativos	Se recomienda realizar la tamización con pruebas de inspección visual con ácido acético y lugol (VIA-VILI), seguido de tratamiento inmediato ante resultados positivos, en población entre los 30 y 50 años con difícil acceso a los servicios de salud, en intervalos que no deben superar los 3 años, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad de cáncer de cuello uterino invasivo.

Otras actividades encaminadas a controlar el riesgo de cáncer, priorizadas en el Plan Decenal 2012 – 2021, son:

- Control del riesgo del consumo nocivo de alcohol.
- Promoción de alimentación saludable
- Promoción de la actividad física
- Control del riesgo frente a carcinógenos ocupacionales (asbesto, sílice, benceno, plomo compuesto inorgánico, radiación ionizante)
- Control del riesgo frente a la radiación de la luz solar ultra violeta

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



- Protección específica a virus relacionados con cáncer cuyas metas están dadas por alcanzar y mantener coberturas útiles de la vacuna contra VPH y contra la Hepatitis B.

3. Desarrollo del Programa

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o enfermedades crónicas, son patologías de larga duración por su lenta progresión, Los cuatro tipos principales son:

- enfermedades cardiovasculares, como infarto de miocardio, ataque cerebrovascular (ACV), falla cardíaca e hipertensión arterial, entre otras.
- Los diferentes tipos de cáncer.
- Las enfermedades respiratorias crónicas, como la neumopatía obstructiva crónica o asma.
- Diabetes

Basados en el análisis de los exámenes médicos ocupacionales y los programas de tamizaje desarrollados por la Rama judicial, se conocerán las cifras de servidores enfermos así como los diferentes hábitos que pueden influenciar el riesgo cardiovascular, cáncer y diabetes.

Esta información será obtenida a través de las diferentes seccionales y las bases de datos entregadas por los contratistas de los diferentes programas que se han desarrollado en los últimos años.

También, se validaran las causas de ausentismos y morbilidad obtenida del sistema Kactus, para desarrollar campañas en salud orientada según la morbilidad por enfermedad común de los servidores de la Rama Judicial.

El presente programa basa su metodología en la prevención primaria, la cual se realizará a través de sesiones de divulgación, charlas educativas, campañas informativas/educativas y generación de boletines de las que siempre se debe contar un registro de su realización o divulgación.

Ademas, los diferentes programas enfocados en la salud de los servidores judiciales seran de doble via por una parte serviran para identificar factores predisponentes asi como factores protectores frente a este tipo de patologias y a su vez seran canales de comunicación para brindar informacion que permita la educacion en salud.

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



III. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

Como se mencionó en el capítulo anterior, las enfermedades no transmisibles (ENT), son la causa de defunción más importante en el mundo, pues representan en su conjunto el 70% del número total de muertes anuales; comparten factores de riesgo comunes que incluyen la exposición y consumo del humo del tabaco y sus derivados, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable. Las ENT se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, teniendo un impacto importante no solo en la disminución del riesgo cardiovascular sino en la aparición de otras patologías tales como la hipertensión, diabetes y dislipidemia por todo lo anterior, es necesario establecer como proceso prioritario la educación y el seguimiento a los servidores judiciales promoviendo el conocimiento y la instauración de estilos de vida saludable.

La promoción de la salud es la primera línea de acción para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y tiene como objetivo aumentar la conciencia en los trabajadores con respecto a la importancia de la alimentación, la actividad física y los efectos nocivos tanto del tabaco como de las drogas de abuso, para mantenerse sano o con un adecuado control de la enfermedad en el caso de aquellas personas que ya tengan diagnóstico de alguna patología especialmente cardiovascular.

A nivel mundial se ha determinado que el trabajar en la promoción de ámbitos de vida saludable reduce aproximadamente el 36% del ausentismo.

Cuando un servidor enferma las consecuencias y costos no son solo para él, sino que comprometen a la familia, la comunidad y la entidad, por lo cual la implementación del programa de promoción y prevención en hábitos de vida saludable constituye una herramienta útil para la planificación y las intervenciones la salud del trabajador. Con este programa se espera realizar una contribución al bienestar de los servidores, ayudando así a mejorar su calidad de vida.

1. Operatividad del programa

A través del SG-SST de la Rama Judicial, con el apoyo de la ARL y demás entidades de Seguridad Social, la Alta Dirección promoverá una cultura del no consumo de tabaco, alcohol y demás sustancias psicoactivas dentro de los espacios laborales, basado en el artículo tercero del Acuerdo No. PSAA16-10560 del agosto 11 de 2016, el cual contiene la política de Prevención de Consumo de Sustancias Psicoactivas.

La información necesaria para el desarrollo del programa se encuentra ubicada a nivel nacional en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en la DEAJ y en las diferentes seccionales en cada coordinación de SST, esta corresponde a atos, estadísticas y actividades programadas dentro del plan de trabajo del SGSST.

Para poder llevar a cabo un diagnóstico integral relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas dentro de la empresa, se tendrá en cuenta la información encontrada en los siguientes aspectos:

a) Diagnóstico de las condiciones de salud

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Durante la evaluación médica ocupacional de ingreso y periódica se hará énfasis en la información recolectada sobre el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, para que esta sea incluida en el análisis de las condiciones de salud durante la elaboración del informe estadístico.

b) Estadísticas de ausentismo

Se analizará si el consumo de sustancias psicoactivas está generando ausencias laborales, incluidas aquellas derivadas de accidentes de trabajo.

c) Diagnóstico de riesgo psicosocial

Por medio de esta evaluación se logrará identificar factores de riesgo laborales, sociales e individuales para consumo de sustancias psicoactivas, permitiendo de esta forma desarrollar estrategias de prevención. Igualmente permitirá identificar aquellos factores protectores que serán objeto de refuerzo.

7.1. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Este programa se realizará durante el año, con el apoyo de las EPSs y ARL, con énfasis especial en la semana de la salud llevada a cabo por cada seccional, mediante las estrategias de: charlas, publicación de plegables, afiches y folletos; así como el envío de información de salud vía correo electrónico.

El presente programa basa su metodología en la prevención primaria, la cual se realizará a través de sesiones de divulgación y sensibilización de la política y el programa; adicionalmente se realizarán charlas educativas, campañas informativas/educativas y generación de boletines.

Toda actividad realizada deberá tener registro de la misma y evaluación de la misma

Plan de capacitaciones

- ✓ Información general de efectos en salud del consumo de alcohol, el cigarrillo y sustancias psicoactivas y el riesgo de su consumo
- ✓ Identificación de señales tempranas de uso o abuso de sustancias
- ✓ Beneficios sobre la salud y el bienestar del no consumo
- ✓ Uso del tiempo libre y la calidad de vida.
- ✓ Técnicas para manejo del estrés
- ✓ Autocuidado con énfasis en autoestima, auto-confianza, auto-imagen y autocontrol.
- ✓ Relaciones personales, habilidades y competencias sociales para resolución de problemas y conflictos

7. CONTROL DE CAMBIOS

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019



Versión	Fecha	Descripción del cambio
0	27 junio de 2018	Creación del documento
1	11 junio de 2019	Se ajustó el programa según directrices de documentos establecido por el SIGCMA: Encabezado, pie de página, tamaño de letra y marca de agua "Copia no controlada".

COPIA NO CONTROLADA

CÓDIGO PG-SST-04	ELABORÓ LÍDER DEL PROCESO	REVISÓ SIGCMA- CENDOJ	APROBÓ COMITÉ DE LÍDERES DEL SIGCMA
VERSIÓN 01	FECHA 29-05-2019	FECHA 05/06/2019	FECHA 11/06/2019