

EL FUTURO ES HUMANO

PLAN NACIONAL

Multimodal 2025

Fórmulas para la vida

Valores + Emociones + Competencias

Respeto + Alegría + Aprendizaje

40



EL FUTURO ES HUMANO

Comunidad Nacional de Conocimiento en

Investigación de la Enfermedad Laboral

Fórmulas para la vida

Valores + Emociones + Competencias

Sabiduría + Gratitud + Gestión del tiempo



SESIÓN 4: PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE D'QUERVAIN (SINTOMAS - MUÑECA Y PULGAR)



CRISTIAN ALONSO RAMIREZ

COMUNIDAD NACIONAL DE CONOCIMIENTO EN INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD LABORAL



cristianalonso_r@hotmail.com



3165292972

MÉDICO UNIVERSIDAD NACIONAL POSTGRADO SALUD OCUPACIONAL UJTL.
MAESTRÍA DE EDUCACIÓN CON ÉNFASIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA U
DE LA SABANA. DIPLOMADO PROMOCIÓN DE LA SALUD CIP-SALUD, U. DE
ANTIOQUIA, EVES - ESPAÑA ASESOR INTERNACIONAL DE CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ Y ORIGEN, CERTIFICADOR DE DISCAPACIDAD, PROFESOR DE
POSTGRADO Y MAESTRÍA U EXTERNADO DE COLOMBIA, U NACIONAL UDES,
UJTL, U DE CUENCA ECUADOR



Ruta de conocimiento



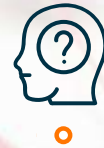
SESIÓN 1:
REALIDAD O FICCIÓN EL
FANTASMA DEL SÍNDROME
POST COVID 19



SESIÓN 2:
CÁNCER DE PIEL EN EL
MUNDO DEL TRABAJO
COMO DIAGNOSTICARLO Y
PREVENIRLO



SESIÓN 3:
NUEVAS TECNOLOGÍAS
PARA EL MONITOREO DE
TRABAJADORES EN
MEDICINA PREVENTIVA Y
DEL TRABAJO



SESIÓN 4:
PREVENCIÓN DE LA
ENFERMEDAD DE
D'QUERVAIN (SINTOMAS -
MUÑECA Y PULGAR)

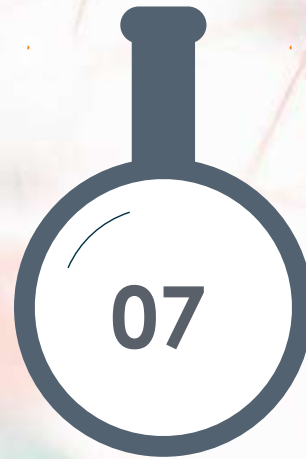


SESIÓN 5:
CÁNCER DE VEJIGA POR
AMINAS AROMÁTICAS,
HIDROCARBUROS
POLICÍCLICOS
AROMÁTICOS

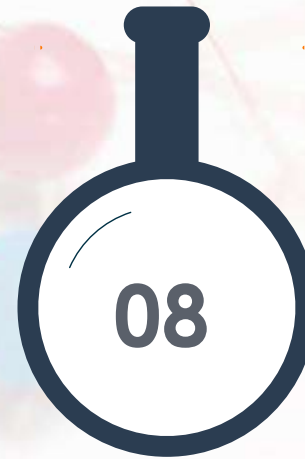
Ruta de conocimiento



SESIÓN 6:
MONITOREO CON TEXTILES
INTELIGENTES A TRABADORES EN
ACTIVIDADES EXTERNAS PARA
PREVENIR ENFERMEDADES
LABORALES



SESIÓN 7:
LEUCEMIA OCUPACIONAL POR
BENCENO EN TRABAJADORES DE
REFINACIÓN DE PETRÓLEOS,
MANUFACTURA DE PLÁSTICO Y
QUÍMICOS



SESIÓN 8:
DIAGNOSTICO,
CALIFICACIÓN Y MANEJO
DEL ASMA OCUPACIONAL



SESIÓN 9:
INVESTIGACIÓN DE LA
ENFERMEDAD LABORAL POR
OJO SECO

EVALUÉMONOS



Fórmulas para la vida

Valores + Emociones + Competencias

Respeto + Gratitud + Ética y sostenibilidad

"El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad"

AUTOR William Osler

CONTENIDO

01

Definición.

05

Manejo conservador y quirúrgico

02

Incidencia y prevalencia

03

Fisiopatología y fisiopatología

04

Diagnóstico y diagnóstico diferencial



OBJETIVOS

01

Entender los conceptos
básicos de la tenosinovitis

02

Tenr claro como se
diagnóstica y y cuales son
los diagnóstico
diferenciales

03

Cual es el manejo y sus
complicaciones

Que es la tenosinovitis de D´Quervain



Afección que implica el atrapamiento tendinoso que afecta el primer compartimento dorsal de la muñeca.

Esta afección produce engrosamiento y degeneración mixoide de las vainas tendinosas que rodean el abductor largo del pulgar y el extensor corto del pulgar, donde los tendones atraviesan el túnel fibroóseo ubicado a lo largo de la estiloides radial en la parte distal de la muñeca.



Fritz de Quervain (Sion, 4 de mayo de 1868 - Berna, 24 de enero de 1940) cirujano suizo. Realizó publicaciones sobre una forma de tenosinovitis del tendón del músculo abductor largo del pulgar y músculo extensor corto del pulgar que se conoce como tenosinovitis de Quervain.

Incidencia y prevalencia

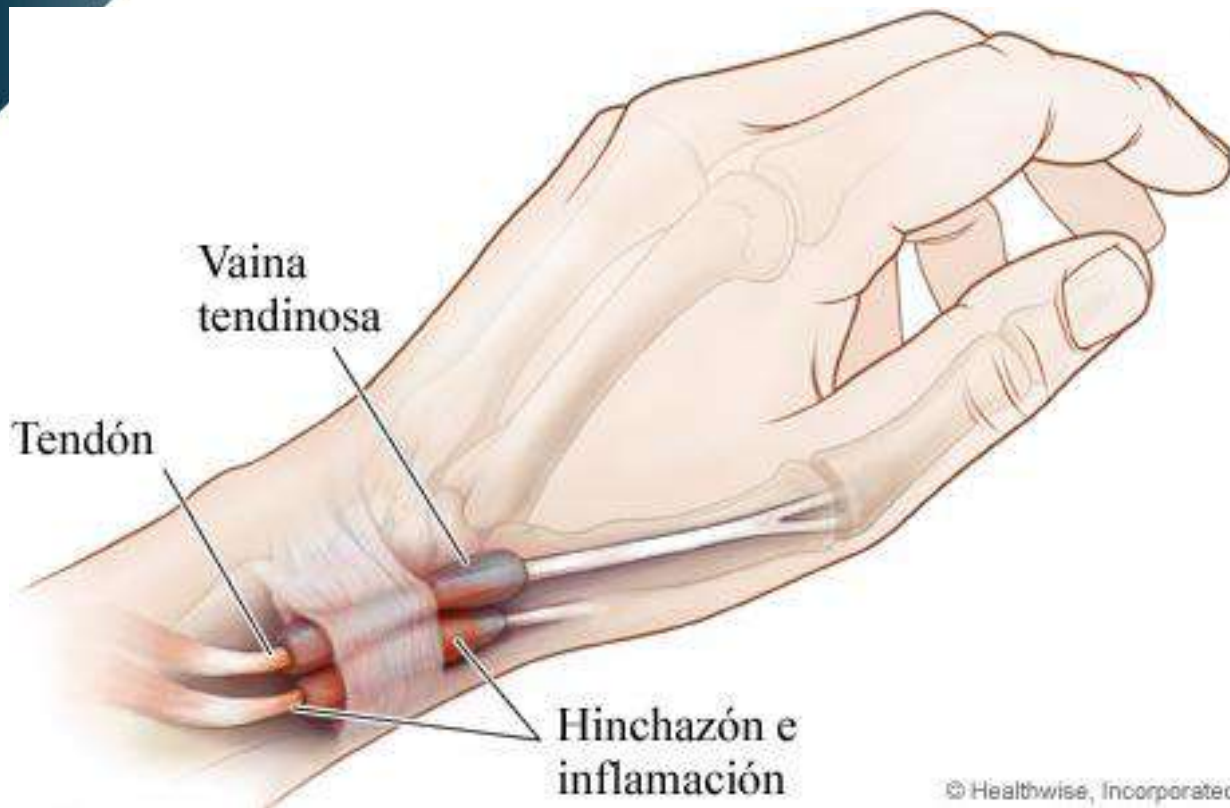


Es más frecuente en mujeres, especialmente en edad adulta (30-50 años). La prevalencia en la población general varía entre 0,5% y 1,3%.

Se estima que afecta aproximadamente a 0,5% a 2% de la población general.

En trabajadores que realizan movimientos repetitivos con las manos o trabajan en tareas que implican la manipulación de objetos pesados, su incidencia puede aumentar significativamente.

Definición del Síndrome de D'Quervain



Es una tenosinovitis estenosante que afecta la vaina del extensor corto del pulgar y abductor largo del pulgar, provocando dolor y dificultad en los movimientos del pulgar y la muñeca. Es una inflamación crónica que provoca estrechamiento del canal extensor radial del carpo.

© Healthwise, Incorporated

Etiología o Causa

Degeneración mixoide con depósitos de tejido fibroso y aumento de la vascularización, más que a una inflamación aguda del revestimiento sinovial.

Este depósito provoca el engrosamiento de la vaina tendinosa, atrapando dolorosamente los tendones del abductor largo del pulgar y del extensor corto del pulgar.



Etiología o Causa

Se asocia con movimientos repetitivos de la muñeca, que requieren específicamente abducción radial del pulgar, extensión simultánea y desviación radial de la muñeca.

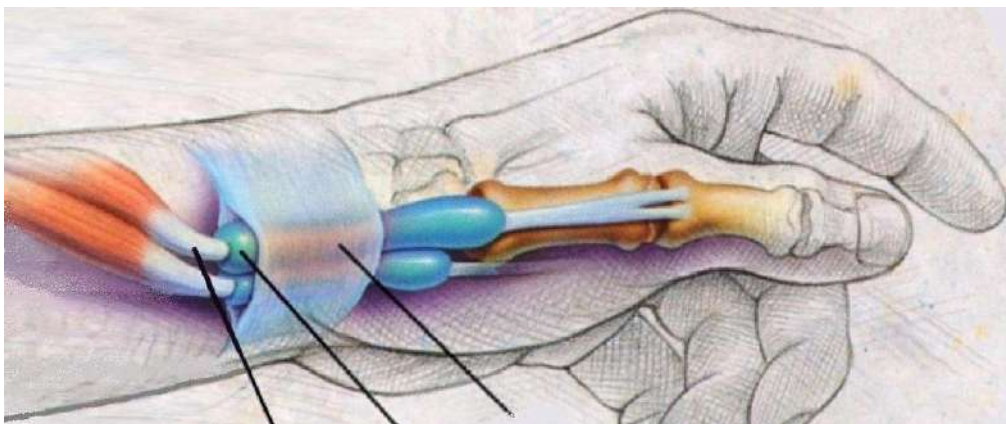
La población de pacientes típica son las madres de recién nacidos que levantan repetidamente a un recién nacido con los pulgares en abducción radial y las muñecas pasando de desviación cubital a radial.

Algunas posibles etiologías de la enfermedad incluyen una lesión aguda de la muñeca, aumento de las fuerzas de fricción en la muñeca por movimientos enérgicos de la muñeca y el pulgar, causas patogénicas, enfermedades inflamatorias y variaciones anatómicas en el primer compartimento dorsal.



Shuaib W, Mohiuddin Z, Swain FR, Khosa F. Diferenciación de las causas comunes del dolor radial de muñeca. JAAPA. Septiembre de 2014; 27 (9):34-6. [[PubMed](#)]

Causas y factores de riesgo laborales



El síndrome de De Quervain está asociado a movimientos repetitivos y posturas forzadas que implican la pronación de la muñeca y la extensión del pulgar. Los factores laborales que pueden contribuir son:

- Trabajos que impliquen manipulación repetitiva de herramientas o instrumentos (por ejemplo, dentistas, carpinteros, costureras).
- Movimientos repetitivos con la mano y la muñeca en flexión y pronación (como en tareas de ensamblaje, mecánicos, amasado en panadería).
- Uso frecuente del pulgar para sujetar objetos o manipular herramientas.

Fisiopatología



FISIOPATOLOGÍA

Los tendones extensores de la muñeca se dividen en seis compartimentos extensores por el retináculo extensor.

El primer compartimento dorsal de la muñeca contiene los tendones del abductor largo del pulgar y del extensor corto del pulgar, revestidos por una vaina sinovial que los separa de los otros cinco compartimentos dorsales de la muñeca. Al atravesar estos tendones un túnel fibroso de aproximadamente 2 cm de longitud que pasa sobre la estiloides radial y por debajo de las fibras transversales del retináculo extensor, presentan riesgo de atrapamiento, especialmente en caso de traumatismos agudos o movimientos repetitivos. El primer compartimento se encoge debido al engrosamiento de la vaina tendinosa, lo que provoca una tenosinovitis estenosante de la muñeca.

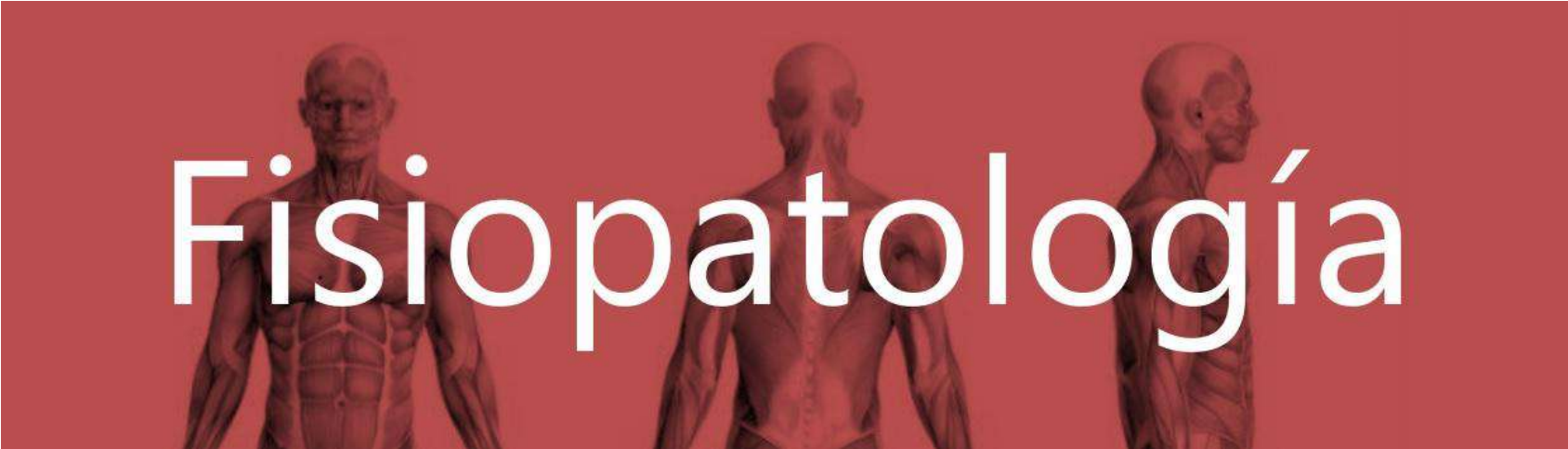
Se produce una formación de fibrocartílago en respuesta al aumento de la tensión sobre las vainas tendinosas, lo que provoca su engrosamiento.

Se observa neovascularización sobre las vainas tendinosas.

En esta afección, también se observa degeneración mixoide en los tendones.

Con frecuencia se observa un tabique en el primer compartimento dorsal entre los dos tendones, lo que no solo constriñe el volumen del primer compartimento, sino que también tiene importantes consideraciones tanto en el tratamiento conservador como en el quirúrgico.

Fisiopatología



Historia Natural de la Enfermedad

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE QUERVAIN		
CONCEPTO: Es uno de los tipos mas frecuentes de tendinitis de los tendones extensores que cruzan la muñeca, que debido a su alta incidencia, se denomina habitualmente por el nombre del cirujano suizo que la describió. Afecta a los dos tendones que cruzan la mas lateral de las 6 correderas extensoras que encontramos en la muñeca, es decir, al tendón encargado de separar el dedo gordo (abductor largo) y uno de los dos extensores de ese mismo dedo (extensor corto).		
PERIODO PREPATOGENICO	PERIODO PATOGENICO	
HUÉSPED: A las personas más comunes que les da esta enfermedad son los jóvenes y adultos de la tercera edad, pero en realidad le puede dar a cualquiera persona de cualquier edad.	HORIZONTE CLÍNICO Invalidez: En caso que no se trate a tiempo y no haya reavilitación total. Estado Cronico: Cirugía, parestesias del nervio radial. Defecto: Limitación al movimiento, enrojecimiento Incapacidad: Una vez se presente dolor o debilidad al agarrar. Diagnostico Diferencial: Tunel del Carpio, Artritis, Estrés S Y S : Enrojecimiento, dolor, sensibilidad, inflamacion, sensacion de "agujas y alfileres" o de que no puede mover la mano Alteraciones tisulares: Estrechamiento en el primer compartimiento de retinaculo de la muñeca. Localización y multiplicación del agente: Extensores de la muñeca, ambas manos, se multiplica los agentes cuando hay sobreuso de la muñeca sin embargo, no a todos las personas que desarrollan actividades similares les ocurre, por lo que probablemente siempre haya un factor de riesgo detras. uno de esos es la edad (30-50). algunos de los laborales con mas caso son: peluquerías, la cocina, la jardineria, trabajos de obra civil entre otros.	
AGENTE: Los mecánicos, son los esfuerzos que realizan por hacer alguna cosa (como cargar cosas muy pesadas), caídas que causan inflamación del tendón o el tendón ya esta muy desgastado.		
MEDIO AMBIENTE: Es físico, ámbito laboral se puede dar en cualquier zona rural o urbana.		
		
PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCIARIA
* Evitar movimientos repetitivos. * Hacer las debidas pausas activas. * Levantar peso con las maniobras necesarias para nivelar el peso del objeto. * Cuidado personal.	• Terapia Física • Férula • Masaje	• Antiinflamatorios • Tablilla las 24 horas de día durante 6 semanas para descansar el pulgar y la muñeca.

Síntomas y signos



- Dolor en el tendón radial del carpo, especialmente en la zona del pulgar, que aumenta con la palpación y el movimiento.
- Tendencia a dolor durante la movilización del pulgar y muñeca, especialmente al agarrar objetos o movimientos de pinza.
- Hinchazón o edema en el área dorsal del radio distal.
- Limitación de movimiento del pulgar y muñeca.
- Sensación de inestabilidad o clic en el tendón.

Diagnóstico

Clínico:

basado en historia de movimientos repetitivos, síntomas y signos.

Prueba de Finkelstein:

movimiento pasivo u activo del pulgar en flexión mientras se realiza la desviación ulnar de la muñeca. Es altamente sensible pero no específica.

Pruebas adicionales:

ecografía (para detectar inflamación, engrosamiento de la vaina), resonancia magnética en casos complejos.



Prueba de Finkelstein:

También conocida como maniobra de Finkelstein o signo de Finkelstein, es una prueba clínica utilizada para diagnosticar la tenosinovitis de De Quervain. Esta prueba ayuda a determinar si existe dolor o inflamación en los tendones de la muñeca, específicamente el abductor largo del pulgar y el extensor corto del pulgar, que se encuentran en el primer compartimento dorsal de la muñeca.

¿Cómo se realiza la prueba de Finkelstein?

Preparación:

- El paciente flexiona el pulgar sobre la palma de la mano y lo envuelve con los dedos de la misma mano, formando un puño.

Movimiento:

- Luego, el examinador desplaza suavemente la muñeca hacia el lado del dedo meñique (desviación cubital).

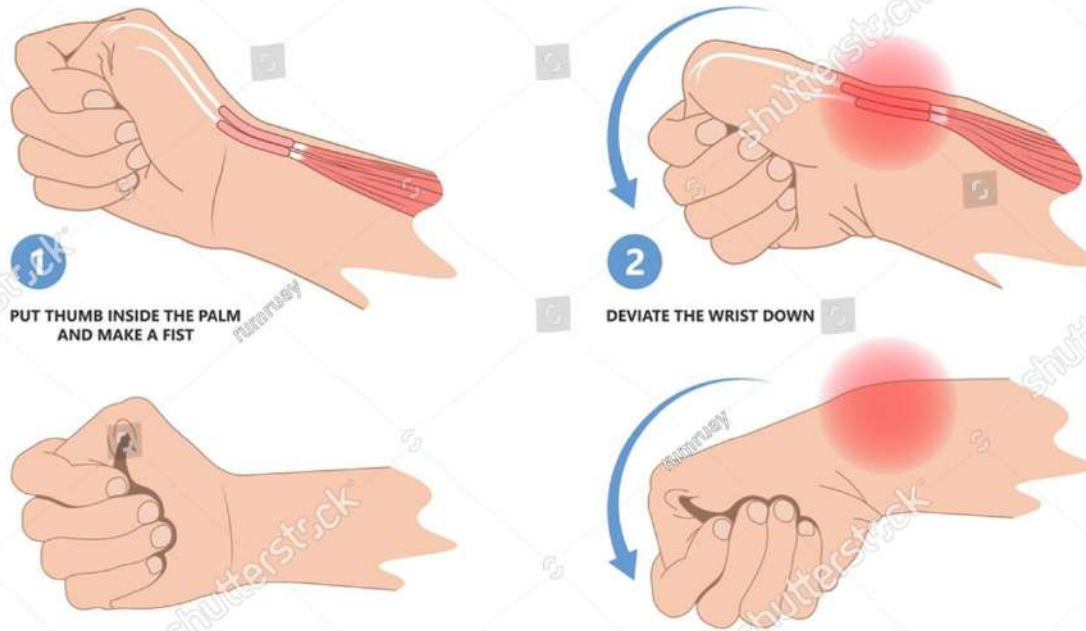
3. Evaluación:

- Si el paciente experimenta dolor intenso en la zona de la muñeca, especialmente en la base del pulgar, la prueba es positiva y sugiere la presencia de tenosinovitis de De Quervain.

4. Variación:

- En algunos casos, el examinador puede aplicar presión suave en la apófisis estiloides radial para aumentar la tensión en los tendones y verificar si el dolor se agrava.

FINKELSTEIN'S MANEUVER



IF THE PATIENT'S REPORT OF PAIN IT MEANS THE TEST IS POSITIVE

Hallazgos ecográficos en la tenosinovitis de De Quervain:

Engrosamiento de la vaina tendinosa:

- La ecografía muestra un engrosamiento del retináculo extensor, que es la estructura que cubre los tendones APL (abductor largo del pulgar) y EPB (extensor corto del pulgar).

Presencia de líquido:

- Se puede observar líquido en la vaina tendinosa, indicando inflamación y edema.

Aumento del tamaño de los tendones:

- En algunos casos, los tendones APL y EPB pueden aparecer más grandes en la ecografía debido a la inflamación.

Tabiques intercompartimentales:

- La presencia de tabiques, que son bandas de tejido conectivo que separan los compartimentos tendinosos, puede contribuir a la tenosinovitis.

Evaluación de la anatomía:

- La ecografía permite evaluar la anatomía de la zona, incluyendo la presencia o ausencia de otros tendones, así como las variantes anatómicas que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad.



Diagnóstico diferencial

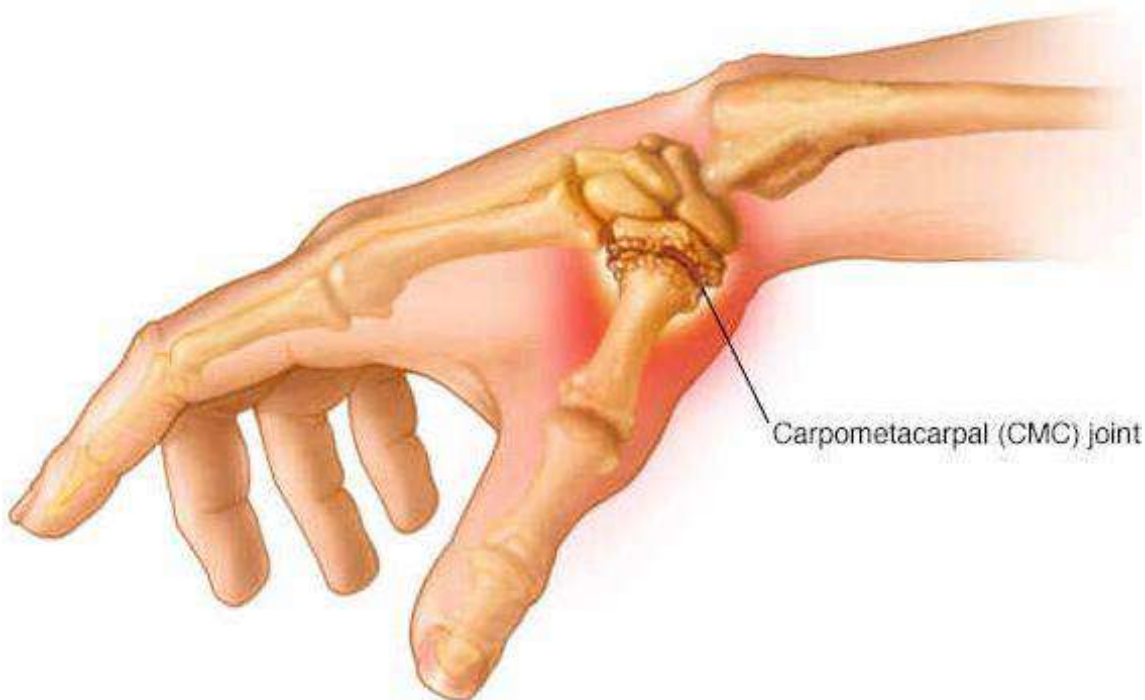
Los diagnósticos diferenciales que pueden imitar esta condición incluyen:

- Osteoartritis de la primera articulación carpometacarpiana
- Fractura de escafoides
- Fractura de la estiloides radial
- Neuritis de la rama sensitiva del nervio radial (síndrome de Wartenberg)
- Síndrome de intersección
- Pulgar en gatillo



Osteoartritis (OA) de la primera articulación carpometacarpiana

- La osteoartritis (OA) de la primera articulación carpometacarpiana (1.^a CMCJ), también conocida como rizartrrosis del pulgar, es una enfermedad degenerativa que afecta la articulación entre el trapecio y el primer metacarpiano. Esta articulación es crucial para el movimiento del pulgar y la prensión, por lo que la OA puede causar dolor, rigidez, pérdida de fuerza y dificultad para realizar tareas cotidianas.



Fractura de escafoides

Una fractura de escafoides, también conocida como fractura navicular, es la rotura del hueso escafoides, uno de los huesos pequeños de la muñeca. El escafoides se encuentra en la base del pulgar y es el hueso carpiano más frecuentemente fracturado.

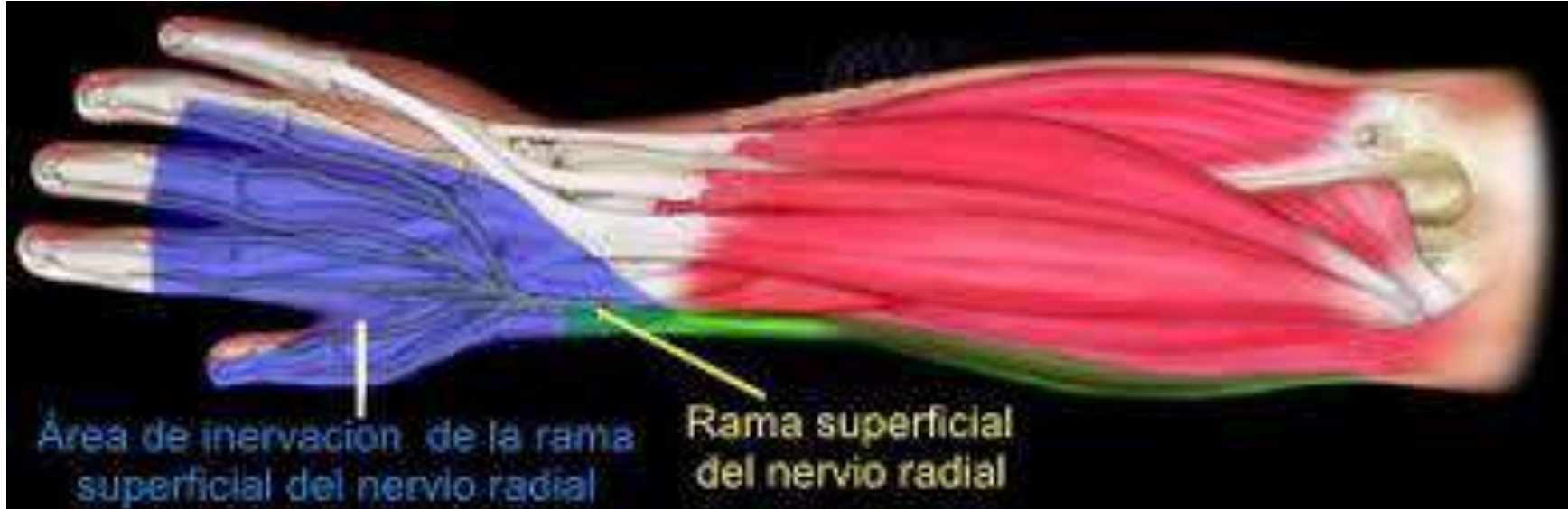


Fractura de la estiloides radial



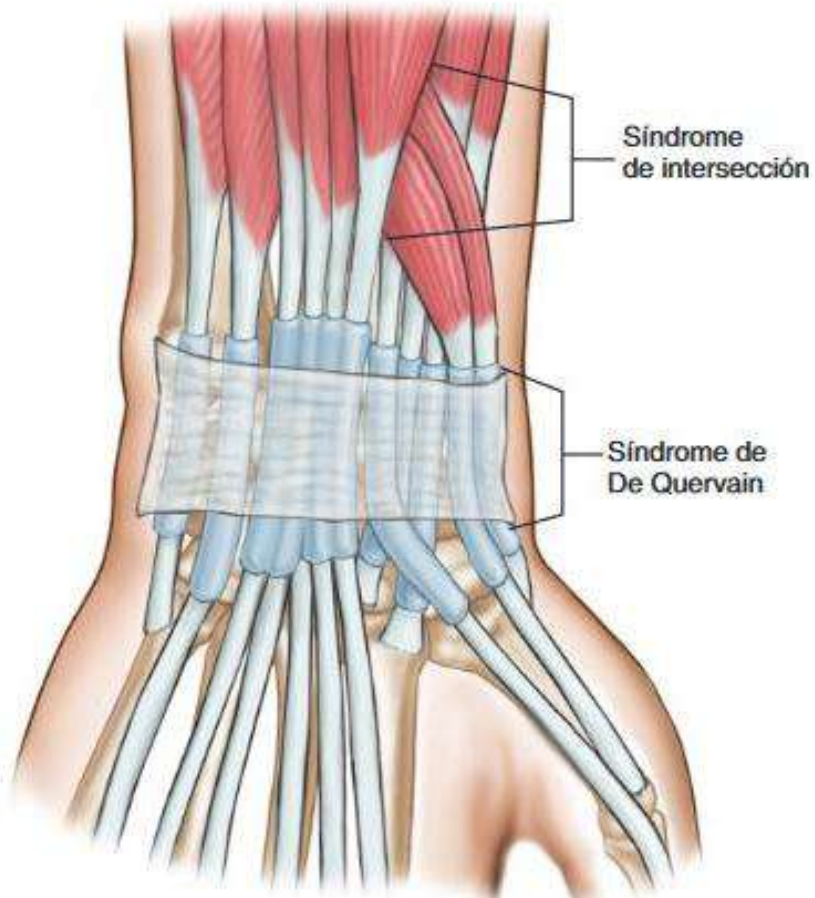
Una fractura de escafoides, también conocida como fractura navicular, es la rotura del hueso escafoides, uno de los huesos pequeños de la muñeca. El escafoides se encuentra en la base del pulgar y es el hueso carpiano más frecuentemente fracturado.

Síndrome de Wartenberg



El Síndrome de Wartenberg, también conocido como queiralgia parestésica, es una neuropatía compresiva de la rama sensitiva superficial del nervio radial. Se caracteriza por dolor y parestesias en la cara dorsal y radial de la muñeca y la mano, sin déficits motores.

Síndrome de intersección



El también conocido como tenosinovitis de los extensores radiales de la muñeca, es una afección que afecta los tendones que se cruzan en la parte posterior de la muñeca. Se caracteriza por la inflamación de los tendones, especialmente en el punto donde se intersecan el primer y segundo compartimentos dorsales de los extensores de la muñeca. Esto causa dolor y dificultad para mover la muñeca, especialmente al extenderla o realizar movimientos repetitivos.

Pulgar en gatillo

El "pulgar en gatillo", o dedo en gatillo en el pulgar, es una condición en la que el pulgar se traba o se bloquea al doblarlo o estirarlo, y al liberarse puede chasquear. Se caracteriza por la sensación de que el pulgar se atasca y produce un chasquido al moverse.



Tratamiento/Manejo

Autolimitada y resolverse sin intervención.

- Para quienes presentan síntomas persistentes, las opciones de tratamiento no quirúrgico más utilizadas son la ferulización, los antiinflamatorios sistémicos y las inyecciones de corticosteroides.
- La ferulización con una férula para el pulgar puede ofrecer un alivio temporal, pero la tasa de fracaso y recurrencia suele ser alta, y la adherencia suele ser baja.
- La ferulización puede ser una medida temporal para pacientes que no desean someterse a ninguna intervención. La inmovilización de la muñeca por sí sola puede aliviar el dolor en pacientes con dolor leve. Además, la inmovilización estricta con una férula rígida o un yeso para el pulgar puede resultar perjudicial, ya que podría aumentar la degeneración mixoide de los tendones afectados. Por lo tanto, la inmovilización con una férula semirrígida removible puede ser más útil.



Tratamiento/Manejo

Se ha informado que la inyección de corticosteroides proporciona un alivio casi completo con una o dos inyecciones en el 52% al 90% de los pacientes. La inyección se realiza en la vaina del tendón a 1 cm proximal a la estiloides radial, donde los tendones son palpables. Se debe intentar infiltrar palpablemente las vainas del abductor largo del pulgar y del extensor corto del pulgar lo más profundo posible en el túnel fibroóseo para minimizar el riesgo de atrofia subcutánea e hipopigmentación. Se ha informado que la guía ecográfica durante la inyección permite la visualización e inyección adecuada de los múltiples septos y vainas, que pueden estar presentes en el primer compartimento extensor dorsal. La tasa de éxito de la inyección de corticosteroides aumenta cuando el procedimiento se realiza bajo guía ecográfica. Aproximadamente el 50% de los pacientes informan alivio sintomático con una sola inyección. Una segunda inyección puede proporcionar alivio en otro 40% a 45% de los pacientes. Las posibles complicaciones de la inyección de esteroides incluyen atrofia grasa y dérmica e hipopigmentación, generalmente asociadas con la inyección subcutánea en lugar de la vaina tendinosa. Estas pueden mejorar o resolverse con el tiempo. Además, múltiples inyecciones en un corto período pueden causar debilitamiento de los tendones, lo que provoca su adelgazamiento y, finalmente, su rotura.



Tratamiento/Manejo



También se han descrito otras modalidades de tratamiento no quirúrgico en forma de terapia láser, terapia de ultrasonido terapéutico y acupuntura, pero no hay consenso ni evidencia de alta calidad sobre la eficacia de estas terapias.



Ferrara PE, Codazza S, Cerulli S, Maccauro G, Ferriero G, Ronconi G. Modalidades físicas para el tratamiento conservador de la tenosinovitis de muñeca y mano: Una revisión sistemática. Semin Arthritis Rheum. Diciembre de 2020; 50 (6):1280-1290. [[PubMed](#)]

Tratamiento/Manejo

Cirugía D Quervain



Si los síntomas no mejoran o reaparecen después de dos inyecciones de corticosteroides, el tratamiento quirúrgico es una opción.

Ambulatoria / Anestesia local, regional o general, torniquete para limitar el sangrado intraoperatorio y permitir la identificación de estructuras anatómicas críticas.

Se realiza mediante una incisión cutánea transversal de aproximadamente 2 cm sobre el primer compartimento dorsal.

Con precaución para evitar lesionar las ramas del nervio sensitivo radial superficial, se expone el ligamento que cubre el primer compartimento dorsal mediante disección roma.

Incisión aguda en el margen dorsal de la vaina. Se identifican y se inciden las subvainas.

Una vez liberados todos los subcompartimentos, se cierra la piel, se aplica un apósito voluminoso y suave, y se realiza la movilización temprana.

Se han descrito múltiples variantes de técnicas quirúrgicas en la literatura, incluyendo abordajes endoscópicos y la escisión parcial del retináculo extensor.

Altas tasas de alivio sintomático con bajas tasas de complicaciones.

Tratamiento/Manejo

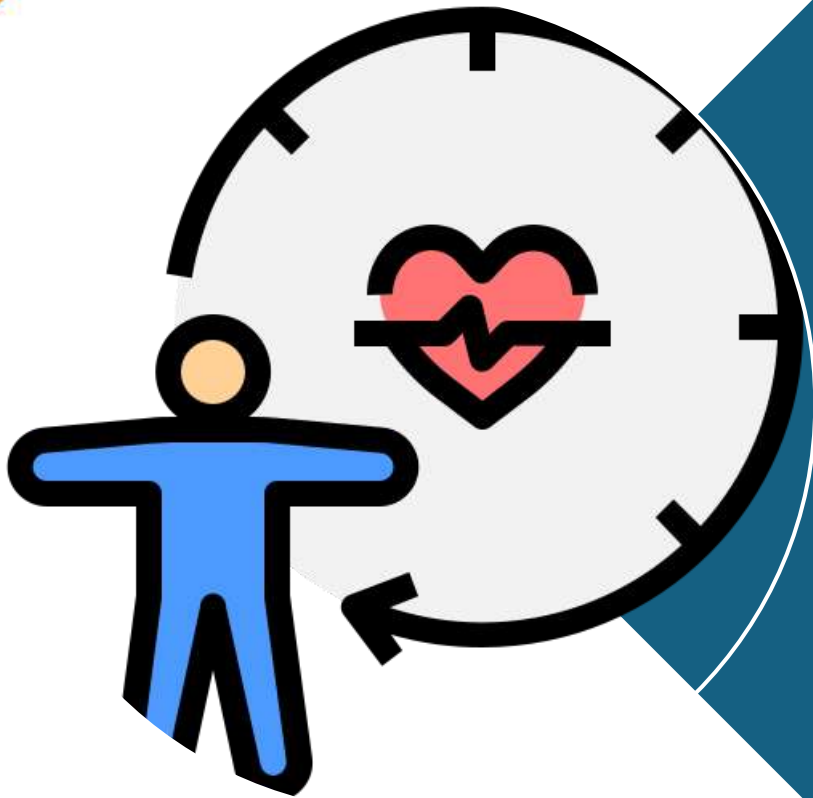
Cuidados postoperatorios: limitados. Vendaje o vendaje sencillo sin un cuidado complejo de la herida. Comiencen a usarlo pronto para las AVD y otras actividades ligeras. Una vez retirados los puntos, generalmente a las dos semanas. Los pacientes pueden experimentar inflamación leve y dolor a la palpación en la zona quirúrgica durante algunos meses.

Complicaciones quirúrgicas: poco frecuentes. La infección local de tejidos blandos y la dehiscencia de la herida son las más frecuentes, (antibióticos orales y cuidado local de la herida). LESIÓN QUIRÚRGICA del nervio radial superficial (dolor y parestesias).

Subluxación de los tendones del primer compartimento dorsal con la flexión y extensión de la muñeca. Esto puede ser molesto cuando los tendones rozan o se subluxan sobre la estiloides radial.



Pronóstico



La mayoría de los pacientes se tratan con éxito con tratamiento no quirúrgico. La inyección de corticosteroides, con o sin inmovilización, es eficaz en muchos pacientes. Incluso cuando el tratamiento no quirúrgico falla, la liberación del primer compartimento dorsal alivia el dolor en casi todos los pacientes.

Pronóstico favorable.

Factores de riesgo para el fracaso del tratamiento no quirúrgico incluyen el sexo femenino, el hipotiroidismo, la presencia de un tabique en el primer compartimento y las enfermedades psiquiátricas.

Complicaciones

Las complicaciones relacionadas con la cirugía incluyen:

- Lesión del nervio radial superficial
- Atrapamiento del abductor largo del pulgar y del extensor corto del pulgar
- Subluxación de los tendones

BIBLIOGRAFÍA

- Larsen CG, Fitzgerald MJ, Nellans KW, Lane LB. Manejo de la tenosinovitis de De Quervain: Una revisión crítica. JBJS Rev. 10 de septiembre de 2021; 9 (9) [[PubMed](#)]
- Ferrara PE, Codazza S, Cerulli S, Maccauro G, Ferriero G, Ronconi G. Modalidades físicas para el tratamiento conservador de la tenosinovitis de muñeca y mano: Una revisión sistemática. Semin Arthritis Rheum. Diciembre de 2020; 50 (6):1280-1290. [[PubMed](#)]
- Anderson BC, Manthey R, Brouns MC. Tratamiento de la tenosinovitis de De Quervain con corticosteroides. Estudio prospectivo de la respuesta a la inyección local. Arthritis Rheum. Julio de 1991; 34 (7):793-8. [[PubMed](#)]
- Foster ZJ, Voss TT, Hatch J, Frimodig A. Inyecciones de corticosteroides para afecciones musculoesqueléticas comunes. Am Fam Physician. 15 de octubre de 2015; 92 (8):694-9. [[PubMed](#)]
- BreHaitz, C. et al. (2019). Diagnostic accuracy of clinical tests for De Quervain's tenosynovitis. *Musculoskeletal Care*, 17(3), 351–358. [<https://doi.org/10.1002/msc.1413>] [<https://doi.org/10.1002/msc.1413>]
- Gogaz, D. et al. (2020). Clinical presentation of De Quervain's tenosynovitis. *Journal of Hand Therapy*, 33(1), 78–82. [<https://doi.org/10.1016/j.jht.2019.02.008>]
- Suwannaphisit S, Chuaychoosakoon C. Efectividad de las intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la enfermedad de De Quervain: Una revisión sistemática y un metanálisis. *Ann Med Surg (Londres)*. Mayo de 2022; 77 :103620. [[Artículo gratuito de PMC](#)] [[PubMed](#)]
- Allbrook V. «Me duele el lateral de la muñeca»: Tenosinovitis de De Quervain. *Aust J Gen Pract*. Noviembre de 2019; 48 (11):753-756. [[PubMed](#)]
- Shuaib W, Mohiuddin Z, Swain FR, Khosa F. Diferenciación de las causas comunes del dolor radial de muñeca. *JAAPA*. Septiembre de 2014; 27 (9):34-6. [[PubMed](#)]

EVALUÉMONOS



Fórmulas para la vida

Valores + Emociones + Competencias

Respeto + Gratitud + Ética y sostenibilidad



PREGUNTAS

Recuerda que POSITIVA tiene para ti:



<https://posipedia.com.co/>



Cursos virtuales



Artículos



Audios



Juegos digitales



OVAS



Guías



Mailings



Videos



¿Quieres profundizar tus conocimientos y potenciar tus competencias en SST?

¡Capacítate y fortalece la seguridad de tu empresa!

CURSOS

VIRTUALES SG-SST DE 50 Y 20 HORAS

Escanea e insíbete



Para trabajadores de todas las empresas, áreas y sectores.

¡TE ESPERAMOS!



Conoce cómo

descargar los certificados de las acciones educativas

01



Paso 1:
Escanea el código QR

02

Consulta tu certificado

Descarga el certificado y/o constancia de participación a las acciones educativas Positiva.

Para iniciar el proceso de descarga debes ingresar tu número de documento (sin espacios, puntos y comas) y luego dar clic en el botón "Consultar".

Tipo de identificación
Escoge tu tipo de identificación

Número de documento

Consultar

Paso 2:
Selecciona el **tipo de documento** y escribe el **número**, una vez diligenciados da clic en consultar.

03

Consultar certificados

Datos del Usuario

Documento:
Nombre:
Total horas: 205

No.	Acción educativa	Fecha de Certificación	Duración en horas	Modalidad	Descarga
1	CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL COMO ENTRENADOR U/POD NIVEL 1	2023-05-14	0	PRESENCIAL	
2	CENSO TECNICO ENTRENADOR Y PREVENCIÓN 2024 BOGOTÁ HAS POSITIVA	2024-10-16	8	PRESENCIAL	
3	CURSO VIRTUAL DE 20 HORAS ACTUALIZACIÓN DEL PROCESO EDUCATIVO VIRTUAL DE 20 HORAS (2021)	2024-04-25	20	VIRTUAL	
4	CURSO VIRTUAL DE 50 HORAS SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	2023-09-25	50	VIRTUAL	

Paso 3:
Encontrarás tu historial académico y podrás generar la descarga de tu certificado en el icono