

Estudio sobre la reducción de patologías no traumáticas en el sector detallista de la carne.

Convenio específico entre la COMUNIDAD DE MADRID (INSTITUTO REGIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) y la ASOCIACIÓN DE EMPRESARIOS Y PROFESIONALES DE LA CARNE Y DERIVADOS CÁRNICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID (CARNIMAD) para la concesión de una subvención directa para la realización durante 2021 y 2022 de acciones incluidas en el VI PLAN DIRECTOR DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2021-2024 (ANUALIDAD 2021)



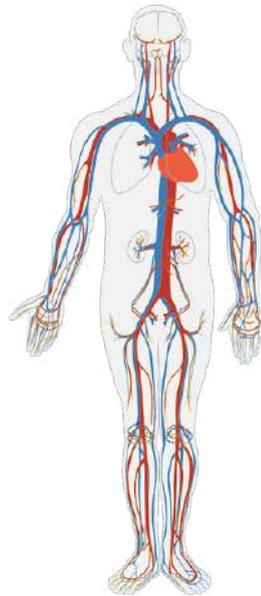
Contenido

| | | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. | INTRODUCCIÓN | 3 |
| 1.1. | Definición y ejemplos de patología cardiovascular..... | 3 |
| 1.2. | Relevancia a nivel poblacional | 5 |
| 1.3. | La patología cardiovascular en el ámbito laboral | 6 |
| 1.4. | Fisiopatología y Factores de Riesgo Cardiovascular | 11 |
| 2. | ENCUESTA SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR | 15 |
| 2.1. | Objetivo | 15 |
| 2.2. | Resultados | 16 |
| 2.3. | Análisis y Conclusiones..... | 28 |
| 3. | RECOMENDACIONES..... | 32 |
| 3.1. | Medida del riesgo cardiovascular | 32 |
| 3.2. | Recomendaciones generales | 34 |
| 3.3. | Recomendaciones adaptadas al sector | 39 |
| 3.4. | Actuación ante emergencias | 42 |
| 4. | ANEXOS..... | 48 |
| 4.1. | Cuestionario de toma de datos | 48 |
| 5. | BIBLIOGRAFÍA..... | 54 |

1. INTRODUCCIÓN

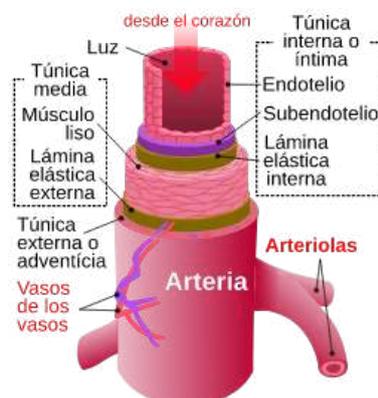
1.1. Definición y ejemplos de patología cardiovascular.

Bajo la denominación de patología cardiovascular se reúne un conjunto amplio de enfermedades que comparten origen en el deterioro de la función del corazón y los vasos sanguíneos.



Si bien las causas que llevan a esta disfunción son muy variadas (como pueden ser infecciones, autoinmunidad y defectos de nacimiento, por citar algunas), las enfermedades cardiovasculares más frecuentes tienen como base el deterioro del recubrimiento interno de arterias y venas, también llamado endotelio vascular.

Dicho endotelio regula múltiples procesos de vital importancia, como el control de la presión arterial, la coagulación sanguínea, las respuestas inflamatoria e inmunitaria, la filtración renal y la cicatrización de heridas, entre otras.



El principal causante de dicho deterioro es el envejecimiento, motivo que explica que se trate de enfermedades que típicamente aparecen a edades medias o avanzadas. En España no

INTRODUCCIÓN

disponemos de una fuente de datos estable que permita aportar cifras concretas y de forma periódica, pero sabemos por diversos registros hospitalarios y estudios que la aparición de enfermedades cardiovasculares se incrementa de forma lenta a partir de los 35 años, y se dispara a partir de los 65-70 años. A modo ilustrativo, el siguiente gráfico¹ muestra la prevalencia por franja de edad y sexo en Estados Unidos entre 2009 y 2012.

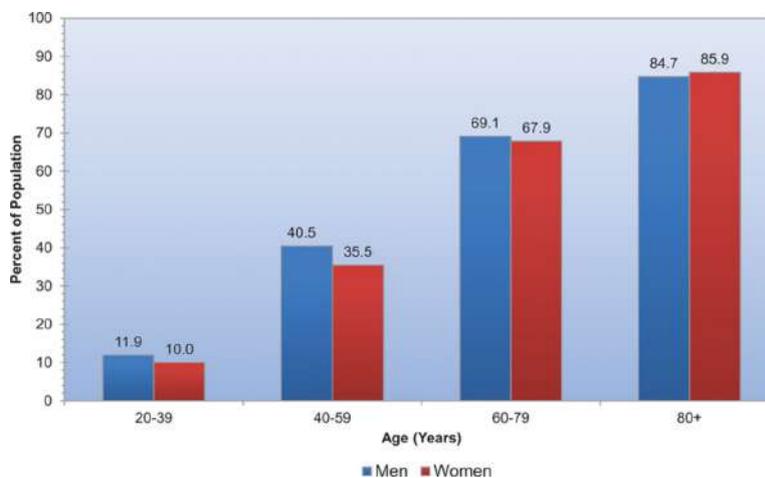
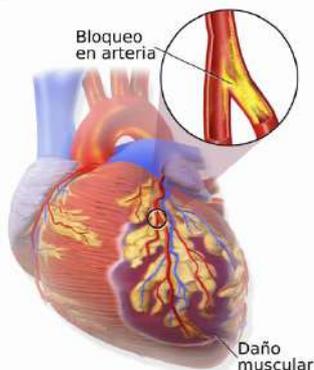


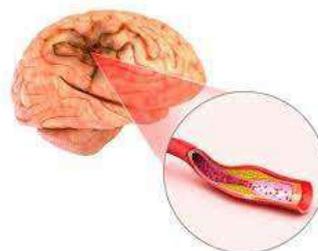
Gráfico 1. National Health and Nutrition Examination Survey: 2009–2012 (USA). Fuente: National Center for Health Statistics and National Heart, Lung, and Blood Institute. Los datos incluyen cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, accidente vascular cerebral e hipertensión arterial.

Aun así, el deterioro del endotelio puede verse acelerado por la influencia de múltiples agresiones, que citaremos en próximos apartados del informe, concretamente en el punto 1.4, Fisiopatología y Factores de riesgo cardiovascular. La intensidad y el tiempo de exposición a dichos factores de riesgo explicarían la manifestación de enfermedades cardiovasculares a edades más tempranas de las esperadas.

Las dos principales patologías cardiovasculares, tanto por número como por contribución a la mortalidad poblacional, son la cardiopatía isquémica y los accidentes vasculares cerebrales. La primera es debida a la disfunción de las arterias coronarias (encargadas de nutrir de sangre al propio corazón), y cuya obstrucción provoca falta de riego sanguíneo a nivel del músculo cardíaco. La consecuencia es la pérdida de una parte de esta musculatura (lo que se conoce como infarto agudo de miocardio) y la disminución de la capacidad de bombear sangre del corazón, así como un estado de inestabilidad eléctrica de este órgano (que puede llevar a arritmias). Los accidentes vasculares cerebrales comparten en su mayoría ese mismo mecanismo de interrupción del riego sanguíneo, esta vez provocando la disfunción de una región cerebral y la pérdida de las funciones que esta controla (visión, memoria, habla, movimiento...).



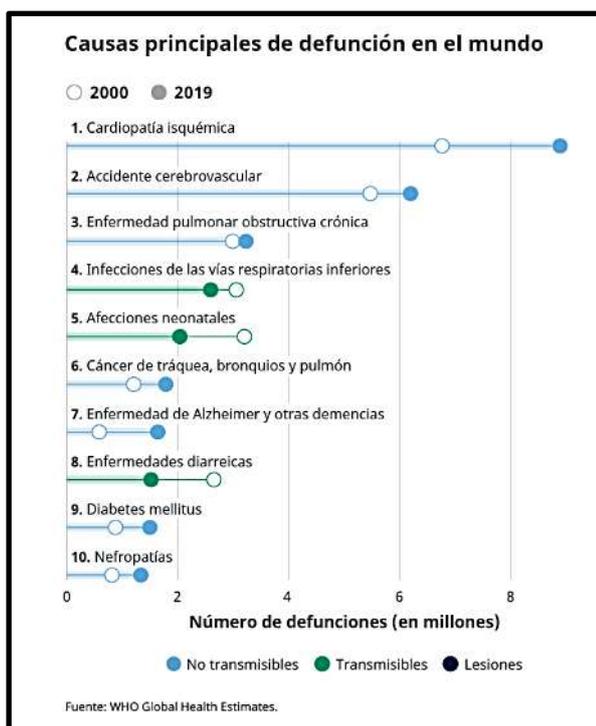
Infarto agudo de miocardio



Accidente vascular cerebral

1.2. Relevancia a nivel poblacional

Las patologías cardiovasculares en su conjunto son la primera causa de muerte a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dichas patologías causaron 17,7 millones de muertes en 2015, lo que supone el 31% de todas las muertes registradas ese año. La cardiopatía isquémica, fue la responsable de 7,4 millones de esas muertes y los accidentes vasculares cerebrales de 6,7 millones.



Esta situación no difiere de lo que nos encontramos en España, donde el Instituto Nacional de Estadística (INE) comunicó 54.959 fallecimientos debidos a enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares en 2019, representando el 13,12% del total. Además, según los

INTRODUCCIÓN

datos de ese mismo año, las enfermedades del aparato circulatorio fueron el diagnóstico principal de las altas hospitalarias, con el 12,6% del total.

Incluso con la aparición en escena de la COVID-19, parece que las enfermedades cardiovasculares se mantuvieron como la primera causa de muerte durante los 5 primeros meses del 2020, con el 23% de las defunciones contra el 20,9% causadas por el virus (datos provisionales).

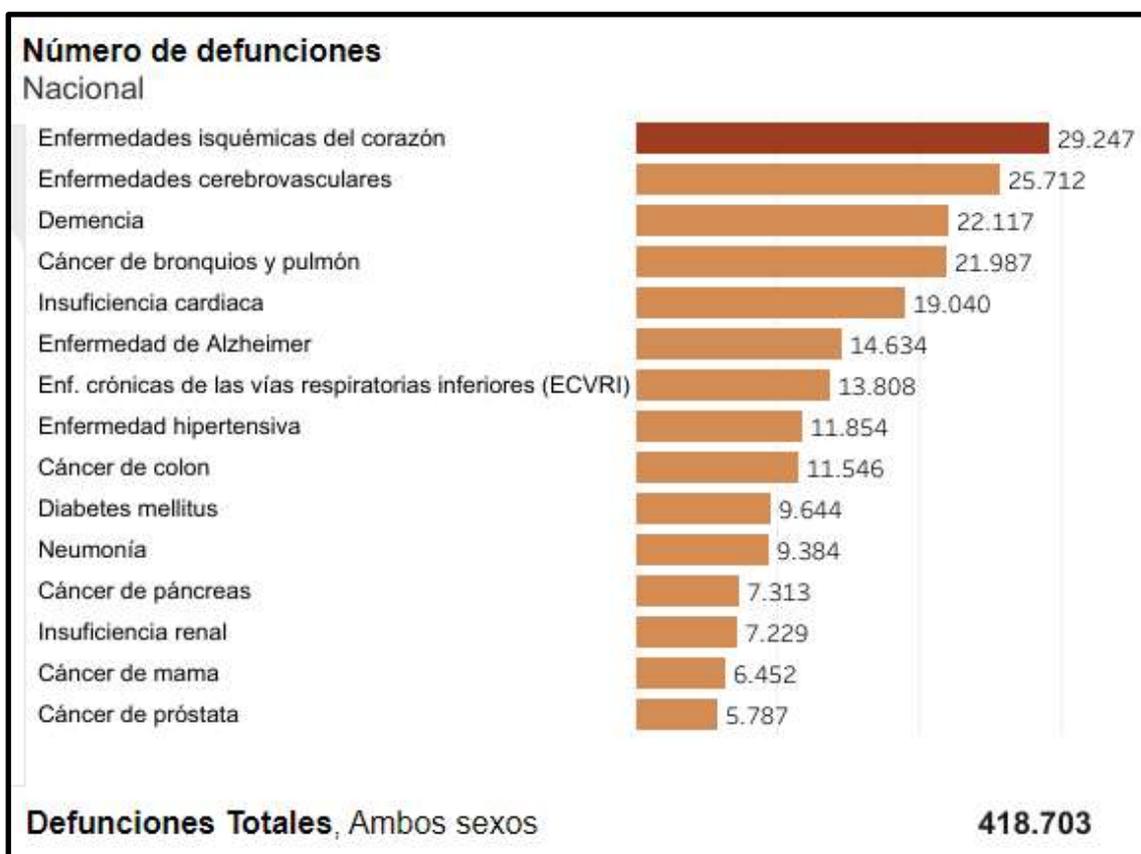


Gráfico 2. Las 15 causas de muerte más frecuentes en España. Ambos sexos. Año 2019.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

1.3. La patología cardiovascular en el ámbito laboral

Las enfermedades cardiovasculares son una tipología de accidente de trabajo muy infrecuente. El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), en el Informe Anual de Accidentes de Trabajo en España de 2020, señala a los infartos de miocardio y derrames cerebrales como el 0,2% del total de accidentes de trabajo con baja. Así lo representan en el gráfico 21 de dicho informe.

INTRODUCCIÓN

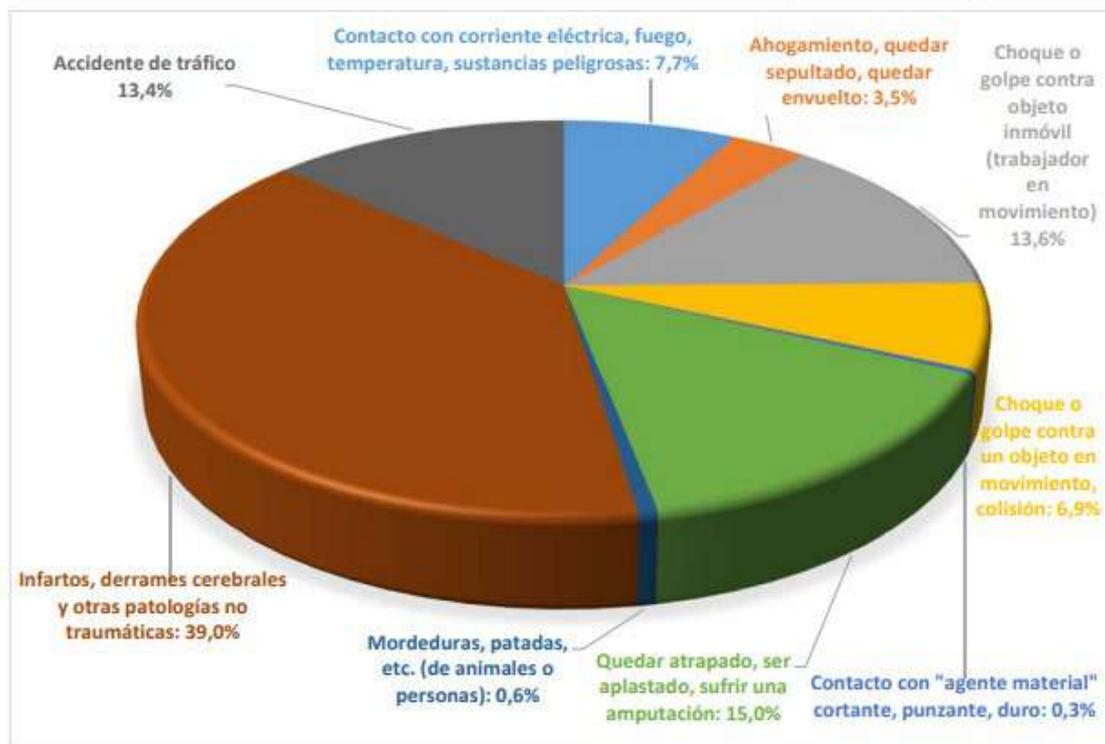


Fuente: Elaboración del INSST a partir del Fichero de microdatos de accidentes de trabajo 2020. MITES.

Gráfico 3 Formas de contacto más frecuentes. Accidentes en jornada con baja

Sin embargo, su verdadera relevancia se manifiesta cuando se analizan los accidentes de trabajo con resultado de muerte del trabajador. Según ese mismo organismo, pasan a significar el 39% de los accidentes de trabajo mortales, junto a otras patologías no traumáticas.

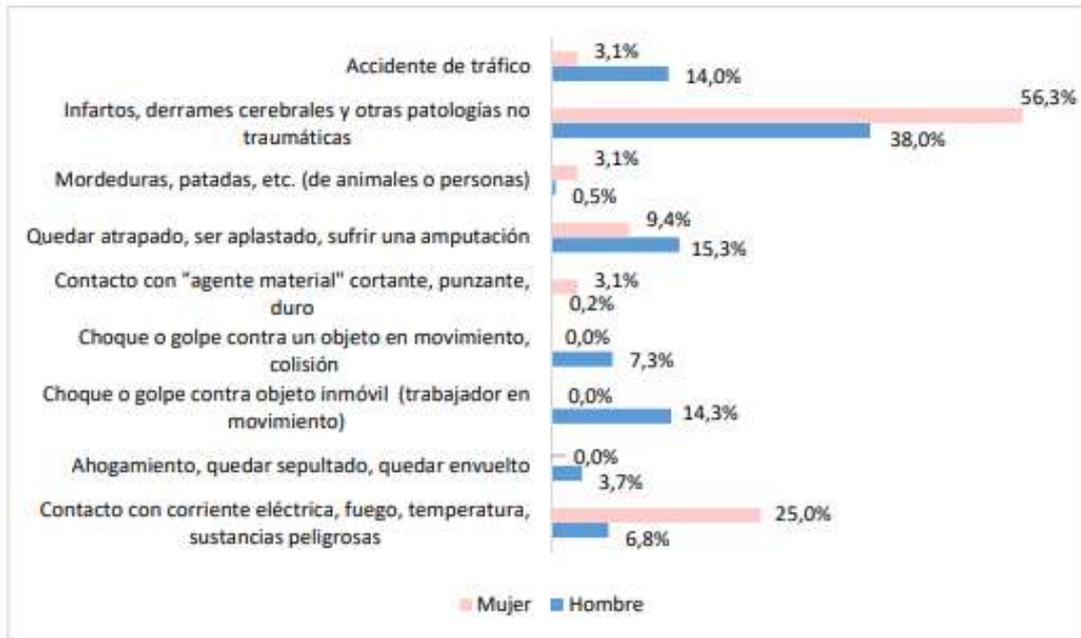
INTRODUCCIÓN



Fuente: Elaboración del INSST a partir del Fichero de microdatos de accidentes de trabajo 2020. MITES.

Gráfico 4 Formas de contacto más frecuentes. Accidentes mortales en jornada de trabajo

Este porcentaje es aún más llamativo en el caso de las mujeres, donde estas patologías explican el 56,3% de los accidentes de trabajo mortales. De esta manera lo muestran en el gráfico siguiente

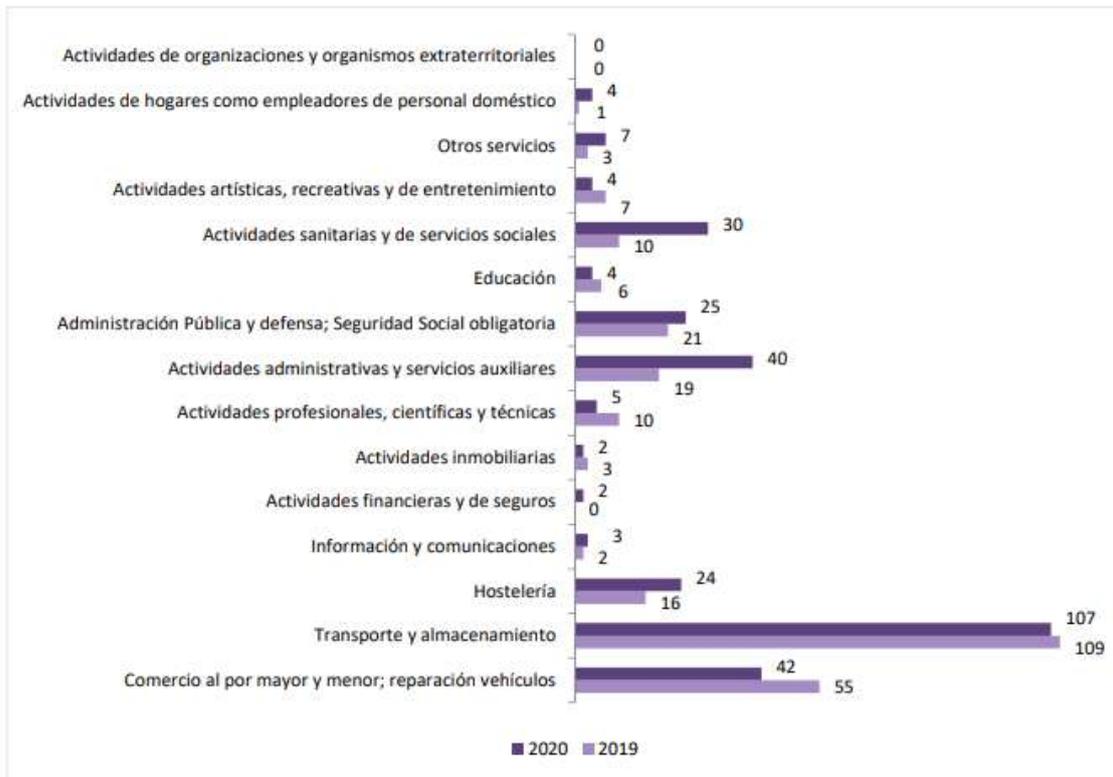


Fuente: Elaboración del INSST a partir del Fichero de microdatos de accidentes de trabajo 2020. MITES.

Gráfico 5 Formas más frecuentes según sexo. Accidentes mortales en jornada de trabajo

Si analizamos estos datos por sectores de actividad, el sector de comercio al por mayor y menor es el segundo sector, después del de transporte y almacenamiento, con más accidentes de trabajo mortales. El gráfico 6 de este mismo informe así lo objetiva.

INTRODUCCIÓN



Fuente: Elaboración del INSST a partir del Fichero de microdatos de accidentes de trabajo 2019 y 2020. MITES.

Gráfico 6 Variación interanual del número de accidentes de trabajo mortales 2020-2019. Sector servicios Formas de contacto más frecuentes. Accidentes mortales en jornada de

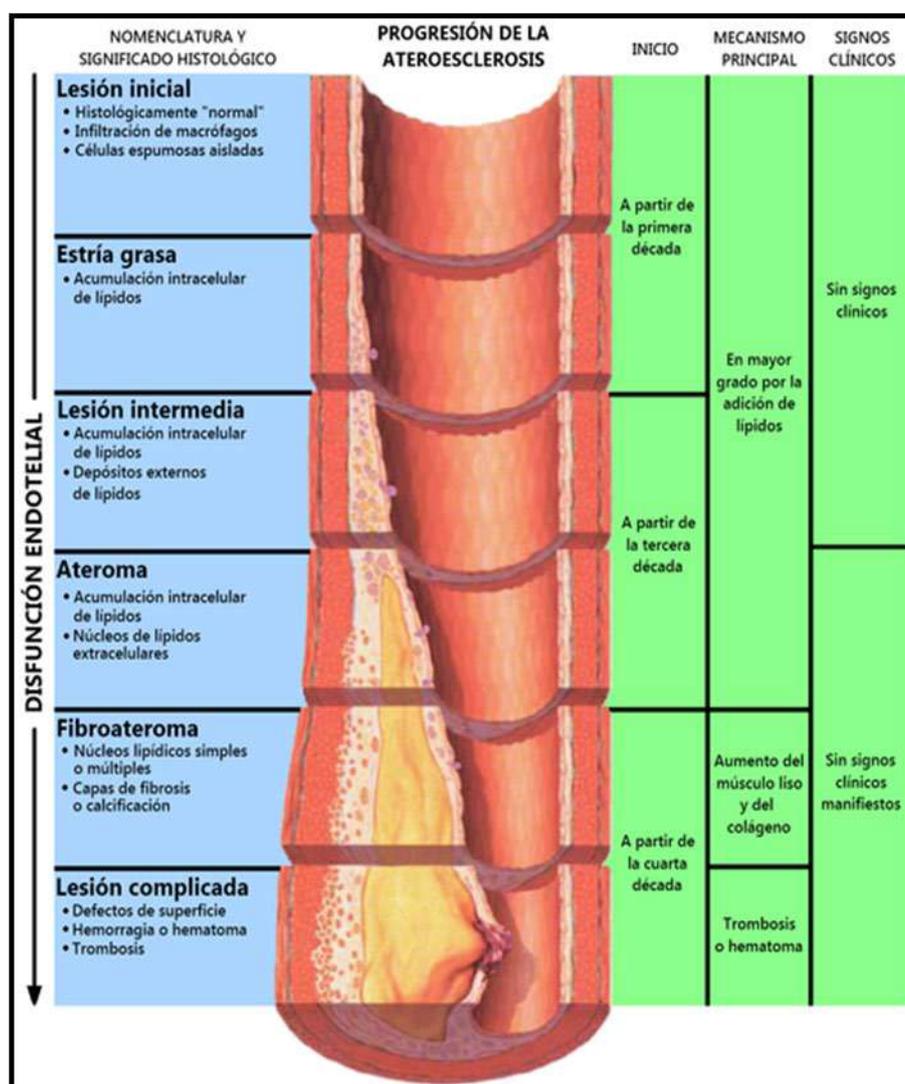
En resumen, los eventos adversos de salud secundarios a patologías cardiovasculares durante el desarrollo de la actividad laboral son muy infrecuentes, pero de una enorme gravedad. El sector del comercio es uno de los más afectados.

Es por lo tanto de vital importancia conocer las causas que llevan al sistema cardiovascular a enfermar, con el objetivo de aplicar planes de prevención y de actuación eficaces.

1.4. Fisiopatología y Factores de Riesgo Cardiovascular

Como comentábamos con anterioridad, el deterioro de la capa interna de las arterias, o endotelio vascular, es el fenómeno que explica la aparición de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes, como son la cardiopatía isquémica y los accidentes vasculares cerebrales.

Ya sea por efecto del envejecimiento o por agresiones externas, dicho endotelio sufre un proceso de inflamación que desemboca no tan solo en la pérdida de alguna de sus funciones, sino también en la infiltración de la pared arterial por células cargadas de colesterol. Esto provoca un aumento de grosor de dicha pared, con el estrechamiento progresivo del calibre arterial y el debilitamiento de su capa interna. En fases más avanzadas la pared arterial se endurece por el depósito de calcio, lo que se conoce como arterioesclerosis. Todo este proceso se establece más o menos rápido dependiendo de la susceptibilidad individual y de la intensidad de la exposición a los agresores.

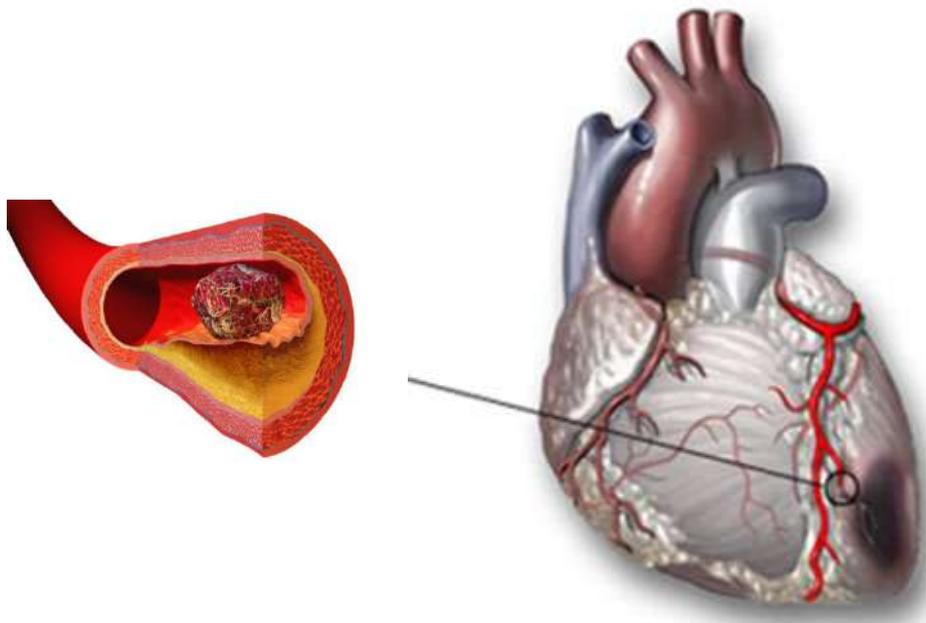


Cuando la disminución del calibre arterial es suficiente para provocar una falta de riego sanguíneo en la zona irrigada por esa arteria, el órgano irrigado empieza a disfuncionar.

INTRODUCCIÓN

Si la oclusión es progresiva, los síntomas que provoca también lo son, pudiendo incluso no provocar molestias durante largos periodos de tiempo. Si la oclusión es rápida, como sucede cuando el endotelio debilitado se rompe y se coagula la sangre dentro del vaso sanguíneo, las consecuencias pueden ser catastróficas.

Ejemplo de esto último son precisamente los infartos agudos de miocardio, en los que una parte del músculo cardíaco muere como consecuencia de la trombosis dentro de una arteria coronaria. La trombosis intraarterial es consecuencia de la liberación al torrente sanguíneo de sustancias y células del interior de la pared arterial, lo que activa potentemente la coagulación sanguínea.



Infarto agudo de miocardio por rotura de placa de ateroma y trombosis intraarterial

Las principales agresiones al endotelio vascular provienen de los denominados **factores de riesgo cardiovascular**, que citamos a continuación:

- **Hipertensión arterial**, o elevación patológica de las cifras de presión sanguínea, es considerada por la OMS, en su informe de 2009 sobre Riesgos para la Salud Global, como

INTRODUCCIÓN

el factor aislado que más contribuye a la mortalidad a nivel mundial, estando implicada en más de 7 millones de muertes al año (13% del total anual). A pesar de que la Encuesta Europea de Salud en España del 2020 cifra en un 19% la proporción de personas de más de 15 años que dicen tener esta condición, se estima que en España un 40% de la población de más de 18 años tiene hipertensión arterial, ignorando que tienen esta condición más de un tercio de los afectados. El siguiente gráfico, extraído de la actualización de 2021 de la encuesta nacional sobre salud y nutrición de los Estados Unidos², muestra no solamente el incremento de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares con la edad, sino también la diferencia en esta prevalencia en relación a la presencia o no de hipertensión arterial.

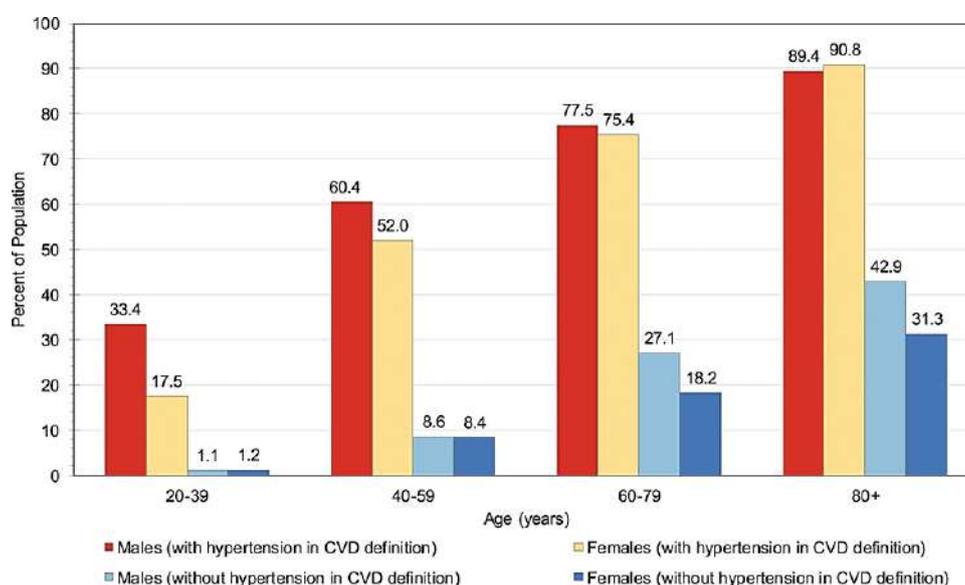


Grafico 7. National Health and Nutrition Examination Survey: 2015–2018 (USA). Fuente: National Center for Health Statistics and National Heart, Lung, and Blood Institute. Los datos incluyen cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, accidente vascular cerebral e hipertensión arterial.

- **Hábito tabáquico**, responsable de la mitad de las muertes prematuras en fumadores, la mayoría por enfermedad cardiovascular y cáncer. Multiplica por 5 el riesgo de padecer un infarto o un accidente vascular cerebral. El riesgo de los fumadores pasivos de padecer dichas enfermedades también está incrementado.

INTRODUCCIÓN

- **Diabetes mellitus**, o trastornos del metabolismo de la glucosa, que dobla el riesgo de enfermar por patología cardiovascular.
- **Dislipemia**, o elevación de las cifras de colesterol, cuya disminución es clave en el control de las enfermedades cardiovasculares. Cifras elevadas de la subfracción LDL incrementan el riesgo de padecerlas.
- **Obesidad y sobrepeso**, en muchas ocasiones asociados a hipertensión arterial y diabetes.
- **Inactividad física y sedentarismo**, con una relación directa con un incremento de la mortalidad por todas las causas (no solo cardiovascular) y la aparición de trastornos metabólicos como la diabetes.
- **Otros factores de riesgo**: Uso de alcohol, estrés emocional, depresión y otras patologías mentales, contaminación ambiental, etc.



Modificado de infografía “Disminuir la enfermedad cardiovascular, un objetivo prioritario” de la Fundación Española del Corazón.

<https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/recursos-didacticos/infografias.html>

El adecuado diagnóstico y control de estos factores de riesgo es de un enorme interés para reducir no solo la mortalidad sino también para mejorar la salud de la población general, y en su extensión de la población trabajadora. Los cuestionarios sobre salud cardiovascular son una buena herramienta a este fin.

En el siguiente apartado presentamos la encuesta sobre factores de riesgo cardiovascular impulsada por CARNIMAD, así como los resultados obtenidos con su realización.

2. ENCUESTA SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

2.1. Objetivo

Desde CARNIMAD, como organización empresarial que ofrece un amplio catálogo de servicios especializados para el profesional carnicero, charcutero, pollero y casquero, se viene trabajando desde hace más de 20 años en la mejora de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, la reducción de los riesgos laborales, la investigación o fomento de nuevas formas de protección y la promoción de estructuras eficaces de prevención, con el objetivo de acercar la Prevención de Riesgos Laborales a las empresas:

- Asesorando para dar cumplimiento a la legislación sobre seguridad y salud laboral.
- Inculcando la necesidad de integrar la Prevención de Riesgos Laborales en todas las actividades desarrolladas en la empresa.
- Desde el año 2005, el *Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo* incluye a CARNIMAD en las ediciones del Plan Director, participando en numerosas visitas de asesoramiento gratuito a empresas del sector para mejorar la gestión y condiciones de PRL en sus establecimientos y realizando estudios de interés relacionados con la seguridad y salud laboral.

Por todo ello, consciente del interés y la preocupación que tiene la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares sobre la población trabajadora y la importancia que tienen las actuaciones de diagnóstico precoz y la implantación de medidas de prevención individuales y organizativas como herramienta eficaz para disminuir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, y por lo tanto de accidentes de trabajo causados por patologías no traumáticas, desde CARNIMAD se presenta el estudio sobre "*La reducción de las patologías no traumáticas en el sector detallistas de la carne*".

El estudio incluye la distribución de cuestionarios dirigidos a trabajadores del sector para su cumplimentación de forma anónima relacionado con datos personales del trabajador, sobre el puesto de trabajo y sobre factores de riesgo cardiovascular modificables, con el objetivo de obtener información real y objetiva.

2.2. Resultados

En la siguiente tabla y en los gráficos posteriores se resumen las características de los trabajadores que han cumplimentado el cuestionario.

| | Número | Proporción |
|--------------------------|--------|------------|
| Cuestionarios | 60 | 100% |
| Sexo | | |
| Hombres | 53 | 88% |
| Mujeres | 5 | 9% |
| NS/NC | 2 | 3% |
| Franjas de edad | | |
| <35 años | 11 | 18% |
| 35-55 años | 28 | 47% |
| >55 años | 19 | 32% |
| NS/NC | 2 | 3% |
| Nivel de estudios | | |
| Básico | 25 | 42% |
| Medio | 28 | 47% |
| Universitario | 5 | 8% |
| NS/NC | 2 | 3% |
| Apoyo social | | |
| Viven solos | 19 | 32% |
| Viven acompañados | 39 | 65% |
| NS/NC | 2 | 3% |

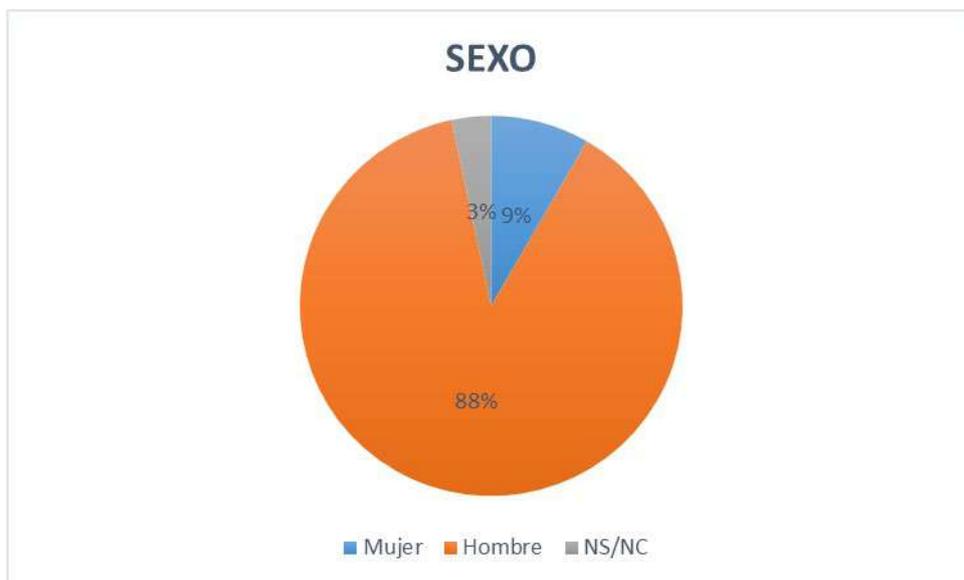


Gráfico 8. Fuente: Elaboración propia

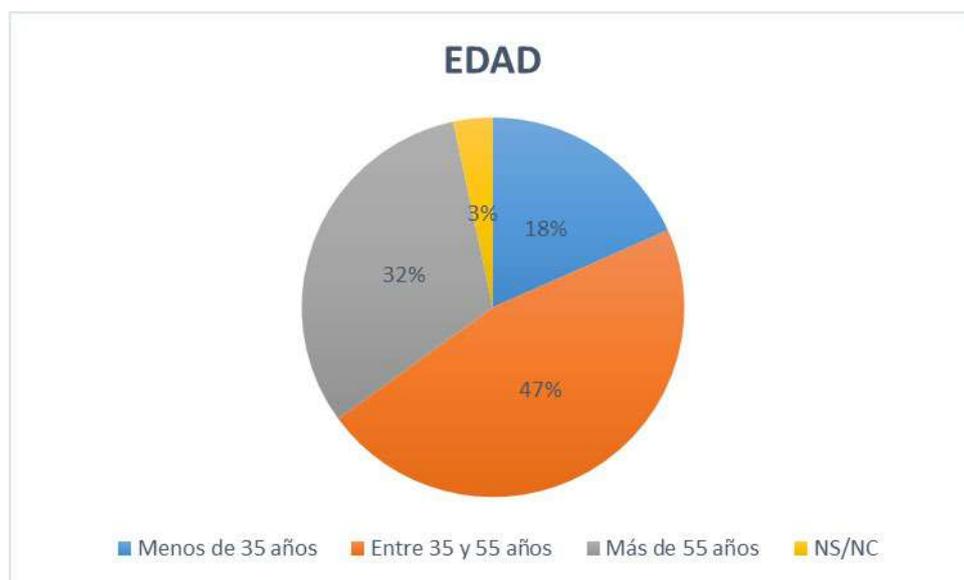


Gráfico 9. Fuente: Elaboración propia



Gráfico 10 Fuente: Elaboración propia

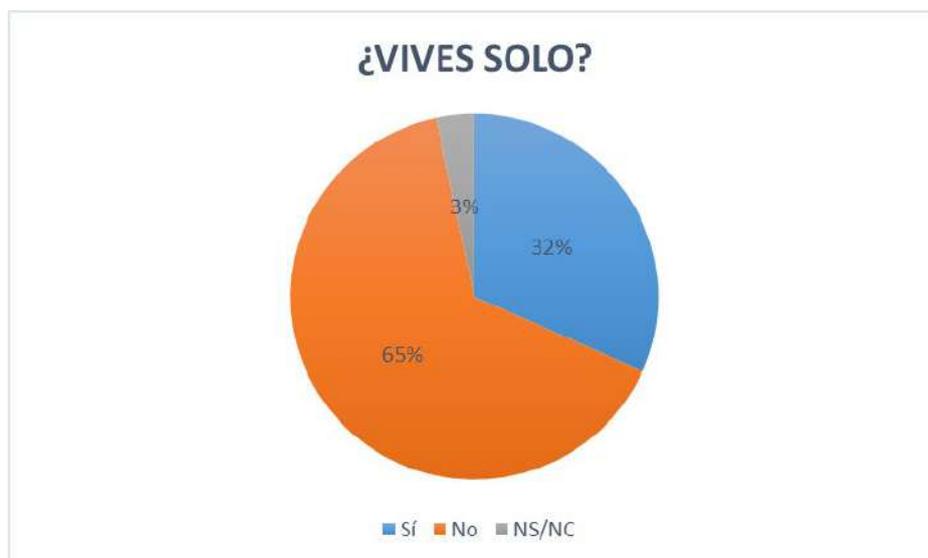


Gráfico 11. Fuente: Elaboración propia

Estamos pues ante una población de estudio fundamentalmente masculina, de edad media, nivel de estudios básico y con una elevada proporción de personas que viven solas.

En lo que se refiere a la actividad principal de la empresa donde trabajan y al puesto de trabajo concreto, la distribución es la siguiente:

| | Número | Proporción |
|--------------------------|--------|------------|
| Cuestionarios | 60 | 100% |
| Actividad | | |
| Carnicería-charcutería | 9 | 15% |
| Carnicería | 33 | 55% |
| Charcutería | 10 | 17% |
| Pollería | 8 | 13% |
| Puesto de trabajo | | |
| Gerente | 4 | 7% |
| Encargado | 3 | 5% |
| Dependiente pollería | 8 | 13% |
| Charcutero | 11 | 18% |
| Carnicero | 33 | 55% |
| Repartidor | 1 | 2% |

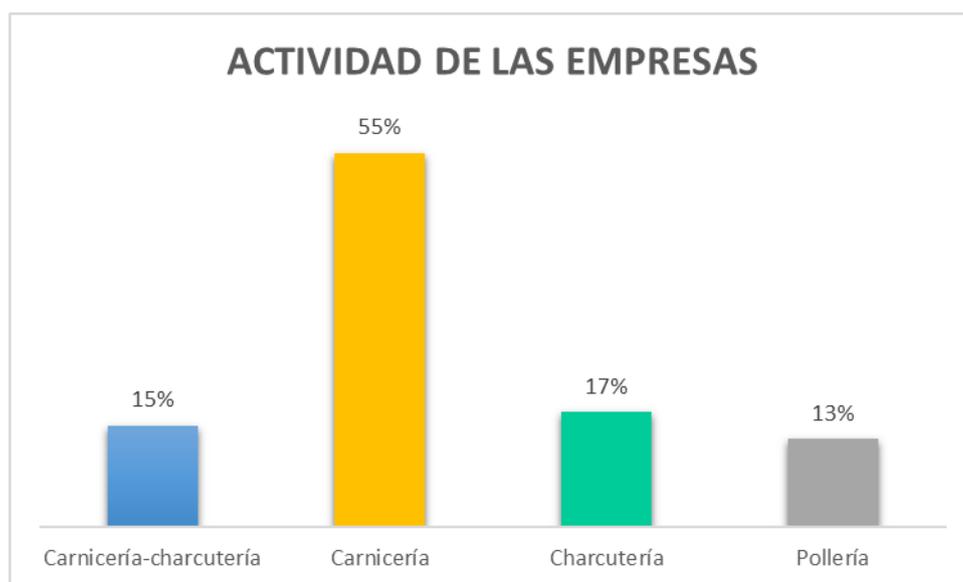


Gráfico 12 Fuente: Elaboración propia

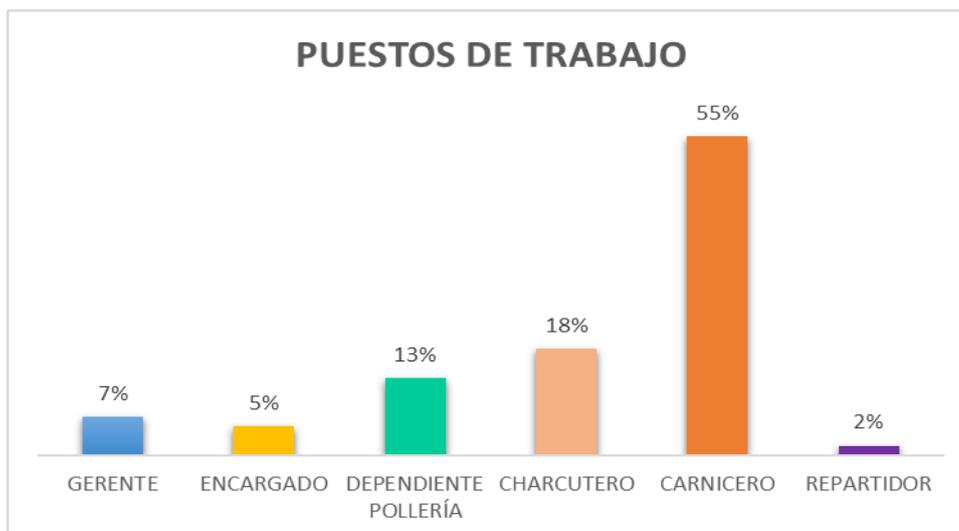


Gráfico 13 Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los datos recogidos sobre antecedentes médicos y familiares, aquí se muestran:

| | Número | Proporción |
|-----------------------------------------------|--------|------------|
| Cuestionarios | 60 | 100% |
| Antecedentes enfermedad cardiovascular | | |
| Angina de pecho o infarto | 2 | 3% |
| Embolia o sangrado cerebral | 1 | 2% |
| Obstrucción arterial carótidas | 1 | 2% |
| Obstrucción arterial extremidades | 2 | 3% |
| Otras enfermedades | | |
| Cáncer | 1 | 2% |
| Enfermedad renal crónica | 1 | 2% |
| Enfermedad autoinmune o inflamatoria | 3 | 5% |
| Enfermedad mental | 1 | 2% |
| Trastorno apneas del sueño | 9 | 15% |
| Antecedentes familiares | | |
| Enfermedad cardiovascular precoz | 9 | 15% |
| Medicación | | |
| Toman fármacos | 14 | 23% |
| Presión arterial | 6 | 10% |
| Colesterol | 4 | 7% |
| Diabetes | 4 | 7% |
| Ansiedad | 4 | 7% |
| Depresión | 1 | 2% |
| | | |
| Coagulación sanguínea | 4 | 7% |
| | | |

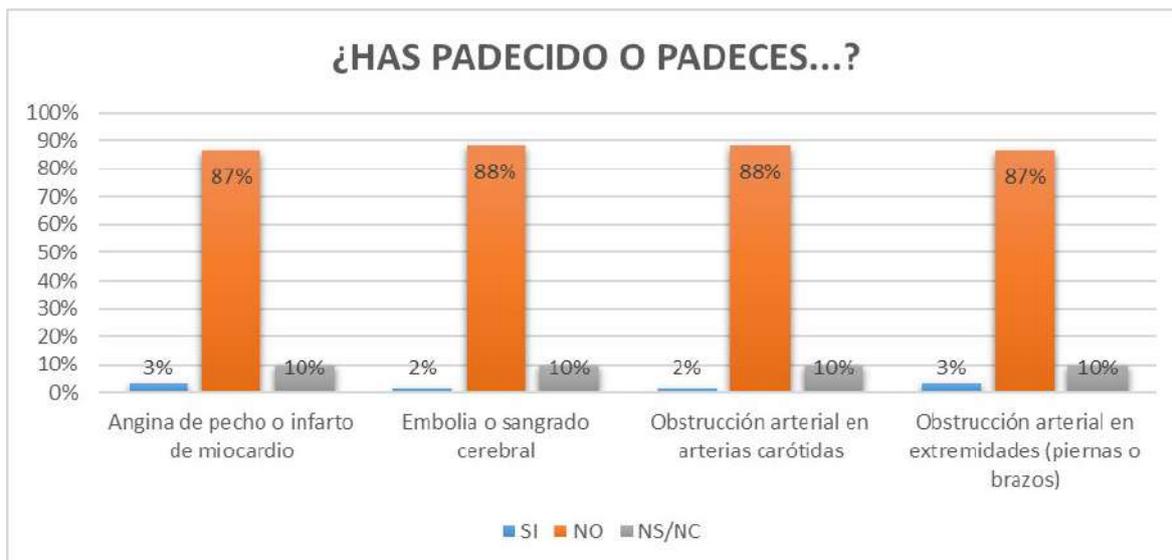


Gráfico 14. Fuente: Elaboración propia

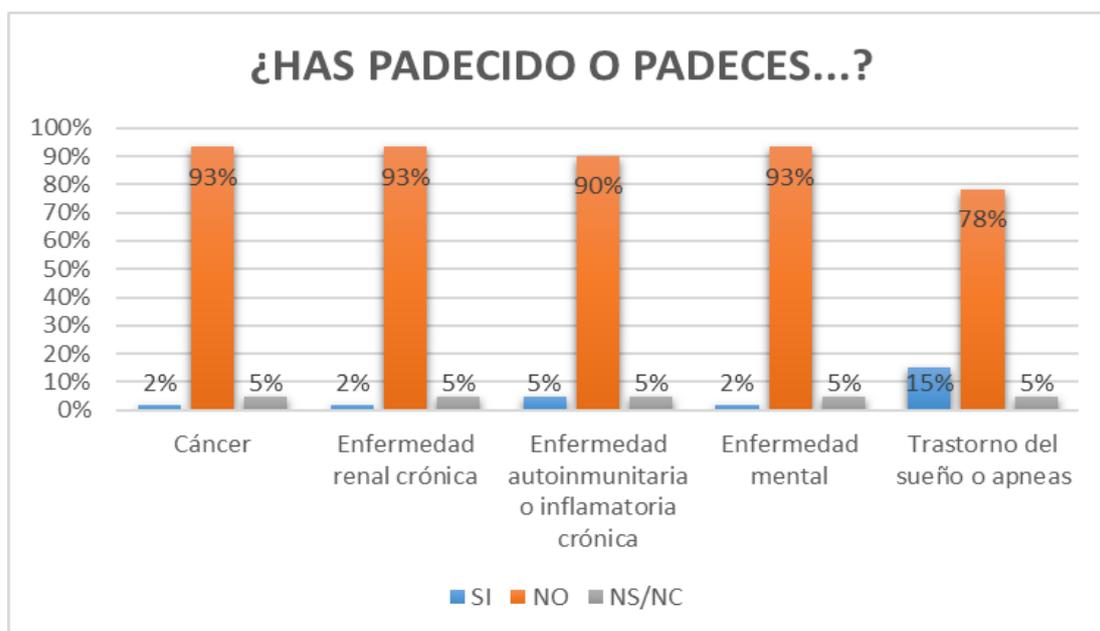


Gráfico 15. Fuente: Elaboración propia

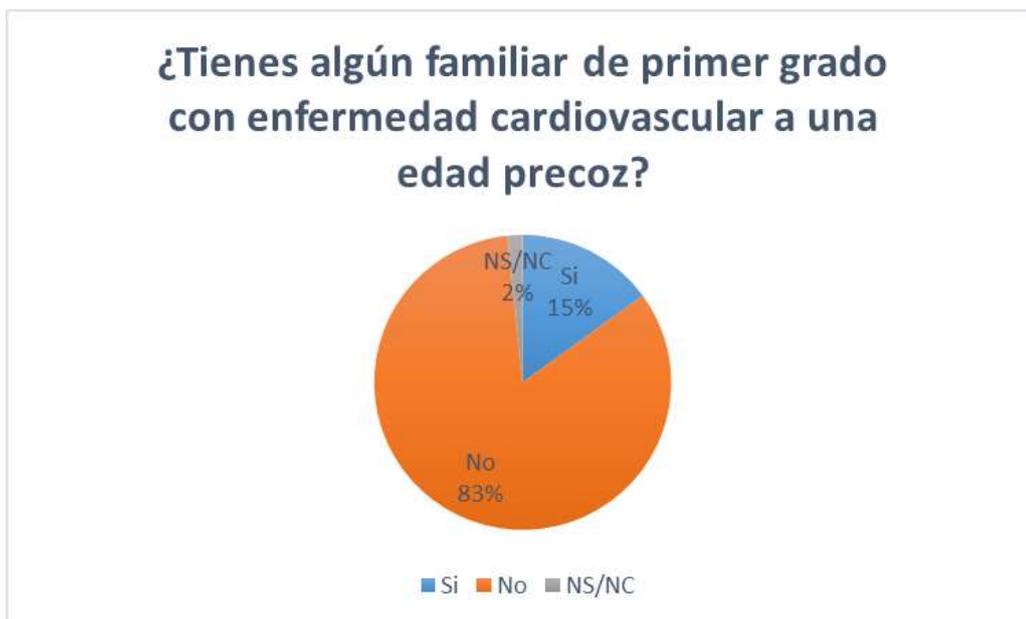


Gráfico 16. Fuente: Elaboración propia

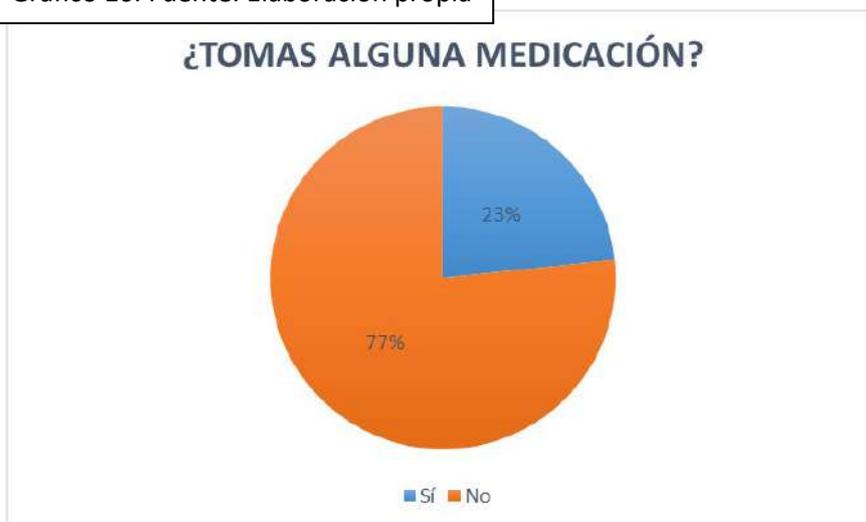


Gráfico 17. Fuente: Elaboración propia

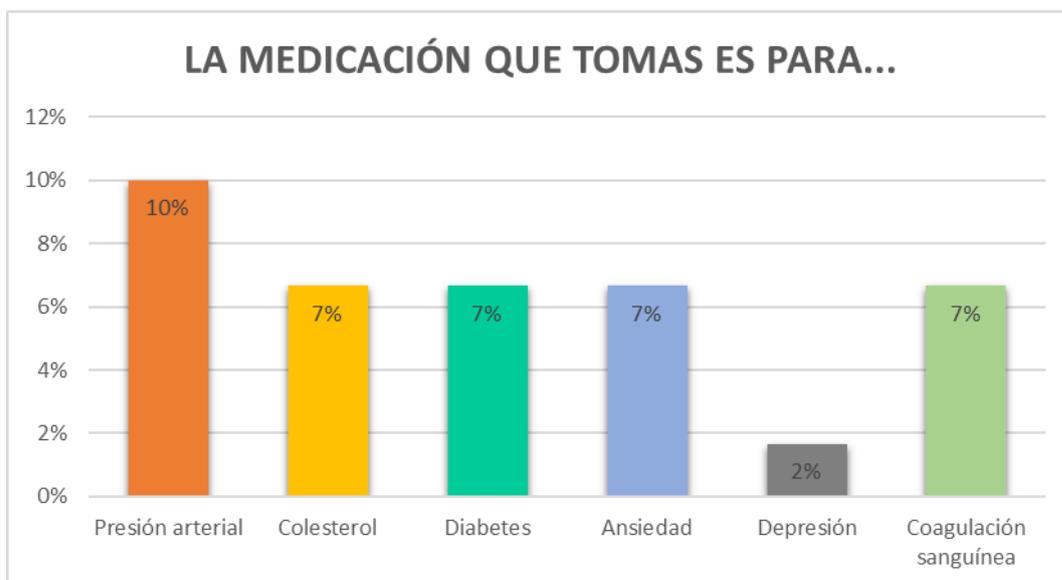


Gráfico 18. Fuente: Elaboración propia

A continuación, al preguntar sobre factores de riesgo cardiovascular modificables, estos son los datos obtenidos:

| | Número | Proporción |
|---------------------------------------------------------------|--------|------------|
| Cuestionarios | 60 | 100% |
| Factores de riesgo clásicos | | |
| Hipertensión arterial | 5 | 9% |
| Colesterol elevado | 6 | 11% |
| Trastornos glucosa | 3 | 5% |
| Hábitos tóxicos | | |
| Consumo tabaco | 21 | 36% |
| Consumo alcohol | 21 | 36% |
| Hábitos nutricionales | | |
| Consumo bebidas carbonatadas | 25 | 43% |
| Consumo bollería industrial | 17 | 29% |
| Actividad física del lugar de trabajo | | |
| Ningún día a la semana | 31 | 52% |
| Un día a la semana | 4 | 7% |
| Dos días a la semana | 8 | 13% |
| Tres o más días a la semana | 17 | 28% |
| Trastornos adaptativos | | |
| Sensaciones frecuentes de ansiedad, irritabilidad y depresión | 10 | 17% |

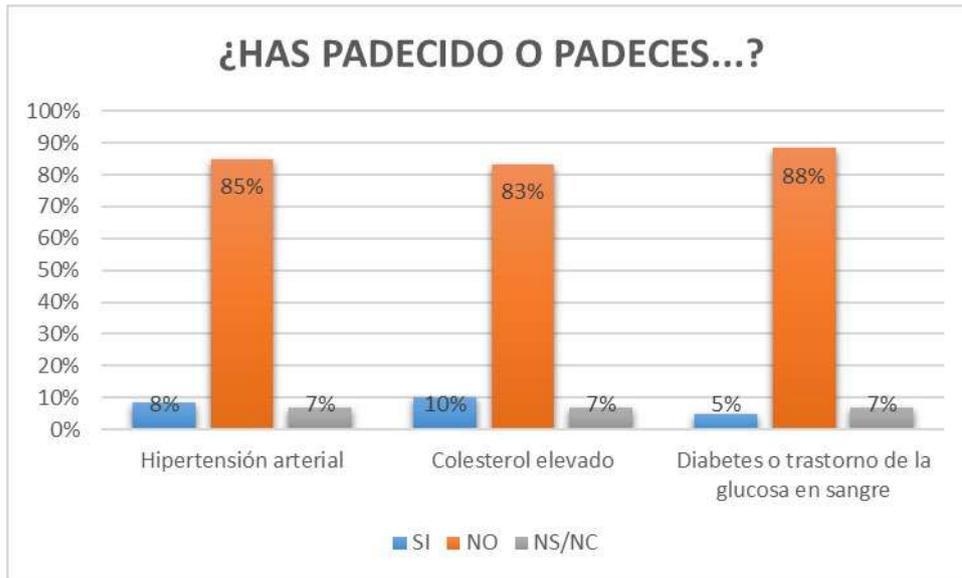


Gráfico 19. Fuente: Elaboración propia

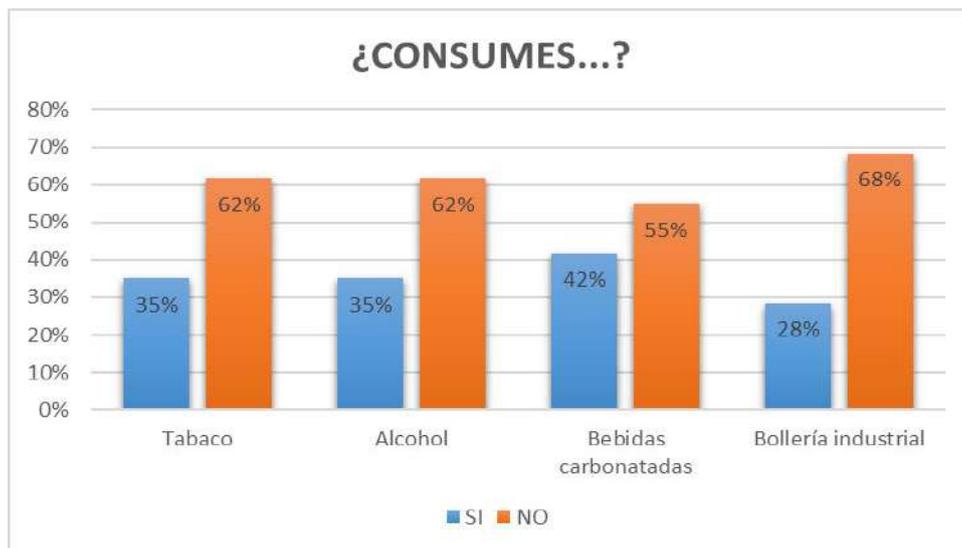


Gráfico 20 Fuente: Elaboración propia



Gráfico 21 Fuente: Elaboración propia



Gráfico 22 Fuente: Elaboración propia

Finalmente, a las preguntas dirigidas a valorar la percepción del desempeño laboral, estas fueron las respuestas:

| | Número | Proporción |
|-----------------------------------|--------|------------|
| Cuestionarios | 60 | 100% |
| Cumplimiento adecuado tareas | 59 | 98% |
| Recompensa suficiente al esfuerzo | 41 | 68% |
| Respeto descansos reglamentarios | 45 | 75% |
| Turno de noche | 1 | 2% |
| Menos de 2 horas en sedestación | 52 | 93% |

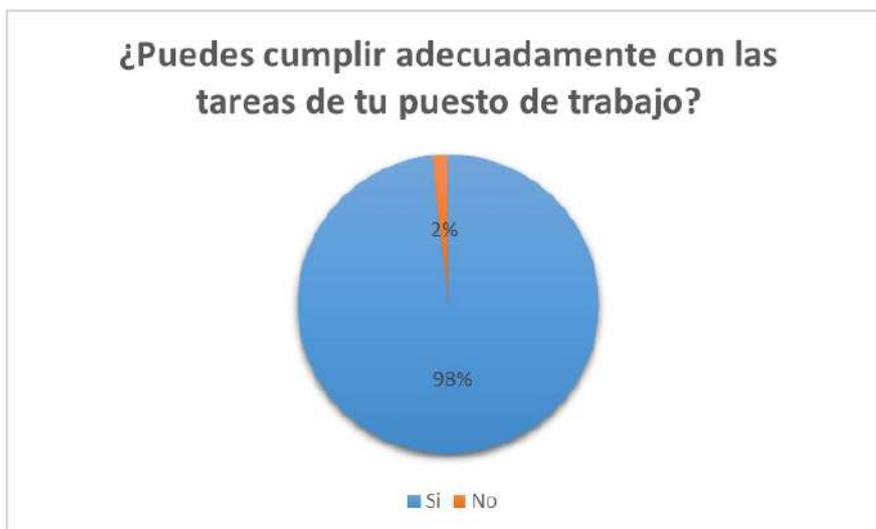


Gráfico 23 Fuente: Elaboración propia



Gráfico 24 Fuente: Elaboración propia

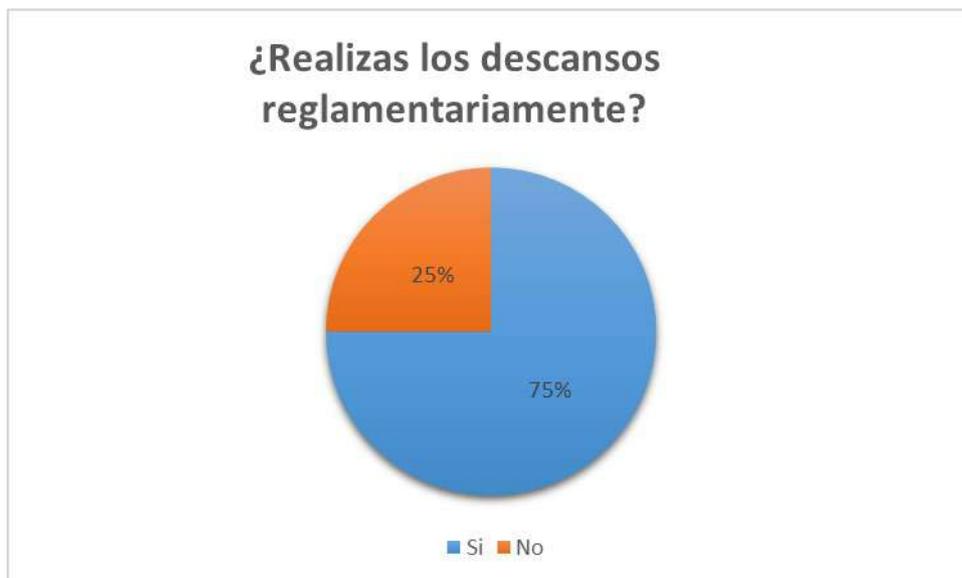


Gráfico 25 Fuente: Elaboración propia



Gráfico 26 Fuente: Elaboración propia

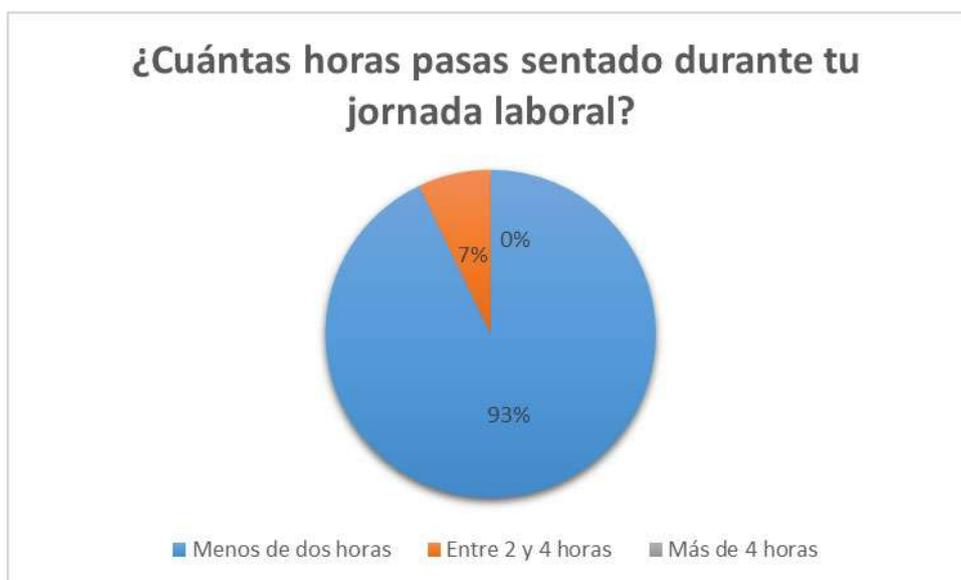


Gráfico 27 Fuente: Elaboración propia

2.3. Análisis y conclusiones

Para valorar de una forma más precisa los datos obtenidos mediante esta encuesta, es conveniente conocer los datos aportados por la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE).

Según la nota de prensa del Instituto Nacional de Estadística del 26 de abril de 2021, la ESEE del año 2020 mostró que:

- a) El 19% de las personas de 15 o más años dice padecer hipertensión arterial, y el 15,3% colesterol alto,

| Enfermedades crónicas más frecuentes. Año 2020 | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------|----------|------------------|--------------------|---------|
| Porcentaje de personas de 15 y más años | | | | | | |
| | Hipertensión | Colesterol alto | Artrosis | Dolores lumbares | Dolores cervicales | Alergia |
| TOTAL | 19,0 | 15,3 | 14,4 | 13,7 | 11,3 | 10,8 |
| Hombres | 19,0 | 15,5 | 8,7 | 10,1 | 7,0 | 9,2 |
| Mujeres | 19,1 | 15,1 | 19,7 | 17,1 | 15,5 | 12,4 |

- b) El 50,7% de las personas de 15 o más años dice no realizar ejercicio físico fuera del horario laboral,
- c) El 19,8% de la población de 15 y más años dice fumar diariamente (23,3% en el caso de los hombres), y el 2,3% ocasionalmente. Por lo tanto, en el caso de los hombres, estos

fuman (en cualquier cantidad) en una proporción del 25,5%. En la siguiente gráfica estas cifras se desglosan por grupos de edad.

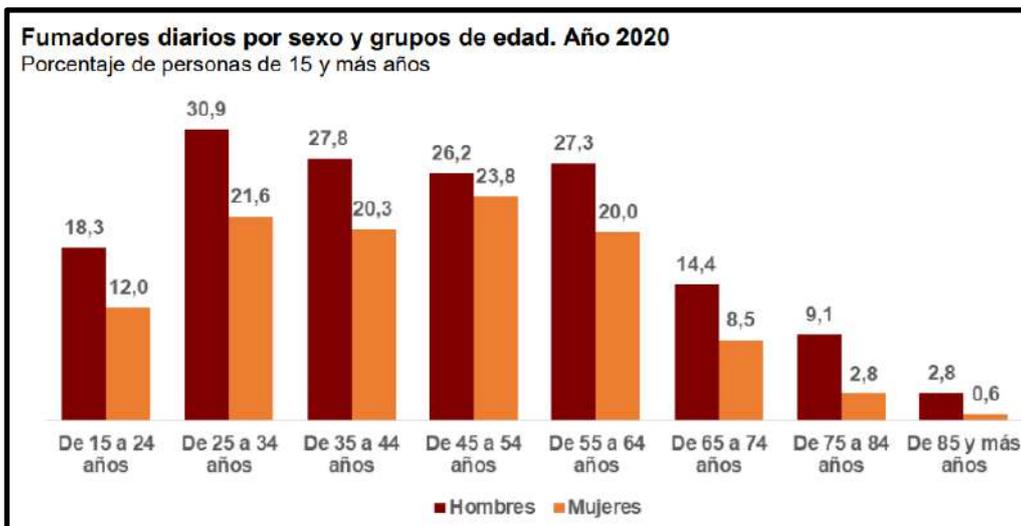


Gráfico 28 Fuente: Elaboración propia

- d) El 12,6% de las personas de 15 años o más comunica consumir alcohol diariamente, el 22,5% varias veces por semana y el 30,3% ocasionalmente. Dicho de otra manera, aproximadamente el 65,5% consumen alcohol en alguna cantidad y el 34,5% dicen no consumir alcohol. El siguiente gráfico muestra estos datos desglosados por sexos.



Gráfico 29 Fuente: Elaboración propia

Otros datos relevantes para el análisis de esta encuesta son los siguientes:

- a) Según la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) del 2017, la prevalencia de diabetes en la población general es del 7,8%

Con la ayuda de estos datos podemos contextualizar mejor las características obtenidas en la muestra de trabajadores del sector minorista de la carne, y hacer las siguientes consideraciones:

- a) El **tamaño de la muestra y la escasa representación del sexo femenino** obtenidos no permiten generalizar estos resultados al total de los trabajadores del sector, pero sí pueden ayudarnos a dirigir nuestra atención hacia problemas concretos en relación con la salud cardiovascular de los trabajadores.
- b) Como mencionábamos con anterioridad, el perfil general del encuestado es un hombre de mediana edad, con un nivel de estudios básico/medio y que vive solo en una proporción considerable.

Es bien conocido que todos estos factores (**edad, nivel socioeconómico y apoyo social**) **contribuyen a incrementar el riesgo cardiovascular.**

- c) Si nos trasladamos al análisis de otros factores de riesgo cardiovascular, nos encontramos con las siguientes proporciones:
 - **Hipertensión arterial en un 9%**, muy por debajo del 19% esperado según la EESE del 2020 mencionada.
 - **Colesterol elevado en un 11%**, de nuevo por debajo del 15,3% de la EESE.
 - **Diabetes mellitus en un 5%**, esta vez algo más cercano al 7,8% de la ENSE del 2017 pero también por debajo.

Estos son **datos positivos** sin duda, **pero deben ser analizados con precaución**, ya que una encuesta permite medir si el encuestado es conocedor o no de una condición, pero no permite investigar si esa condición está presente o no en realidad. En el caso de la Hipertensión Arterial esto es especialmente llamativo, y no es casualidad que sea conocida en el ámbito médico como la “asesina silenciosa”, ya que en la mayoría de los casos no provoca síntomas y por lo tanto pasa desapercibida.

- d) En cuanto al **consumo de tabaco**, la población encuestada se sitúa **claramente por encima de las cifras arrojadas por la EESE del 2020**, con un consumo (en cualquier cantidad) del 36% frente al 25,5% de esta última.

Huelga decir que este es un dato **muy desfavorable**, y que agrava considerablemente el riesgo cardiovascular.

- e) En cuanto al **consumo de alcohol**, la encuesta arroja esa misma cifra del 36%, pero esta vez se sitúa **muy por debajo de lo esperado** según la EESE, que cifra ese consumo (en cualquier cantidad) alrededor del 65,5%.
- f) En lo que respecta a los **hábitos nutricionales**, y teniendo en cuenta que se desaconseja completamente el consumo de bebidas carbonatadas y de bollería industrial de cara a la protección de la salud cardiovascular, las cifras de las personas encuestadas son **preocupantes**. Estas admiten el consumo de bebidas carbonatadas en un 43% y de bollería industrial en un 29%.
- g) Las cifras de **ausencia de actividad física fuera del lugar de trabajo** (un 52% de los encuestados no hacen ninguna) tampoco son alentadoras, y **contribuyen al incremento de riesgo cardiovascular**. Esta vez a la par con las cifras de la EESE, con un 50,7% de

encuestados que reconocen no hacer ningún ejercicio. Por fortuna este es un sector donde la postura de sedestación no se mantiene de forma prolongada (el 93% dice estar sentado menos de dos horas durante su jornada laboral).

- h) Es importante destacar la **relevancia de los trastornos mentales como factor de riesgo cardiovascular bien conocido**. En la encuesta se detecta el **consumo de medicación ansiolítica y antidepresiva en el 9%** de los trabajadores, manifestando un **17% de ellos que con frecuencia sienten ansiedad, irritabilidad o ánimo depresivo**. Además, a pesar de percibir que pueden realizar sus tareas adecuadamente (en un 98%), hay un porcentaje no despreciable del 32% que no se sienten suficientemente recompensados por ello.
- i) Es importante mencionar dos factores que también se relacionan con un incremento de riesgo cardiovascular, como son los **trastornos del sueño por apneas y los antecedentes familiares a edad temprana de patología cardiovascular**. En ambos casos la **proporción es elevada, del 15%**. Desde un punto de vista médico ambos factores deben tenerse en cuenta y abordarse.
- j) Finalmente hay que apuntar que la presencia de **otras enfermedades crónicas**, como el cáncer, la enfermedad renal o enfermedades autoinmunitarias e inflamatorias, **incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades del sistema cardiocirculatorio**. Su presencia en la muestra obtenida no es alta (cáncer 2%, enfermedad renal 2%, enfermedad autoinmune o inflamatoria 5%) pero señala un **subgrupo de trabajadores de especial riesgo**.

El siguiente listado pretende, a modo de resumen, señalar los puntos más preocupantes, sin olvidar que el resto de datos también merecen su atención:

- **Consumo de tabaco**, claramente por encima de lo esperado,
- **Hábitos nutricionales** preocupantes, con elevado consumo de bebidas carbonatadas y de bollería industrial,
- **Ausencia de actividad física** fuera del lugar de trabajo,
- **Trastornos mentales y adaptativos** en una proporción no despreciable.

Tras el análisis de los resultados de la encuesta, a continuación repasamos varias recomendaciones dirigidas a reducir el riesgo de los trabajadores del sector detallista de la carne.

3. RECOMENDACIONES

Es importante señalar que el objetivo de estas recomendaciones es la adopción de un estilo de vida cardiosaludable más allá del marco del ámbito laboral. Aun así, la jornada laboral ocupa una gran proporción del tiempo diario, por lo que abogamos por diseñar acciones en el puesto de trabajo que ayuden a consolidar estos hábitos.

3.1. Medida del riesgo cardiovascular

Se considera fundamental medir el riesgo cardiovascular como primer paso para diseñar intervenciones dirigidas a la reducción de la aparición de enfermedades del aparato cardiocirculatorio. Las nuevas Guías de Prevención de riesgo cardiovascular del 2021 de la Sociedad Europea de Cardiología así lo vuelven a plasmar³.

Se entiende como riesgo cardiovascular la probabilidad estimada de padecer un infarto agudo de miocardio o un accidente vascular cerebral (mortales o no mortales en ambos casos) en los próximos 10 años.

Los expertos de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan realizar la estimación de este riesgo a través de las tablas SCORE2 (para personas de edad comprendida entre 40 y 69 años) y SCORE2-OP (para personas con edad por encima de los 70 años). Estas tablas tienen diferentes versiones según el nivel de mortalidad cardiovascular del país donde se apliquen. Así, España debe utilizar la tabla recomendada para países de baja tasa de mortalidad. Se adjunta dicha tabla en los anexos a este informe.

La manera de obtener la cifra de riesgo cardiovascular para una persona en concreto es cruzar los datos de género, edad aproximada, hábito tabáquico, niveles de presión arterial sistólica y cifras de colesterol. Se utilizan las cifras de colesterol No-HDL en este caso, que incluyen LDL y otras subfracciones del colesterol total, y que se obtienen con una simple analítica.

Pongamos el ejemplo de un trabajador de 58 años, varón, fumador activo, con una presión arterial sistólica de 145 mmHg y un colesterol no-HDL de 170 mg/dL. Su probabilidad a 10 años de padecer un infarto de miocardio o un accidente vascular cerebral sería de 10% según se muestra en la tabla siguiente. Para su franja de edad, esto se considera un riesgo muy elevado.

En la siguiente página mostramos como se obtienen estas conclusiones.

Ejemplo de medida de riesgo cardiovascular:

En el caso de un **varón fumador de 58 años**, con una **presión arterial sistólica de 145 mmHg** y un **colesterol no-HDL de 170 mg/dL**, se obtiene un **riesgo del 10%** de padecer un infarto agudo de miocardio o un accidente vascular cerebral en los próximos 10 años, lo que se considera un **riesgo muy elevado** (ver tabla 5 de las guías mencionadas en la siguiente página).

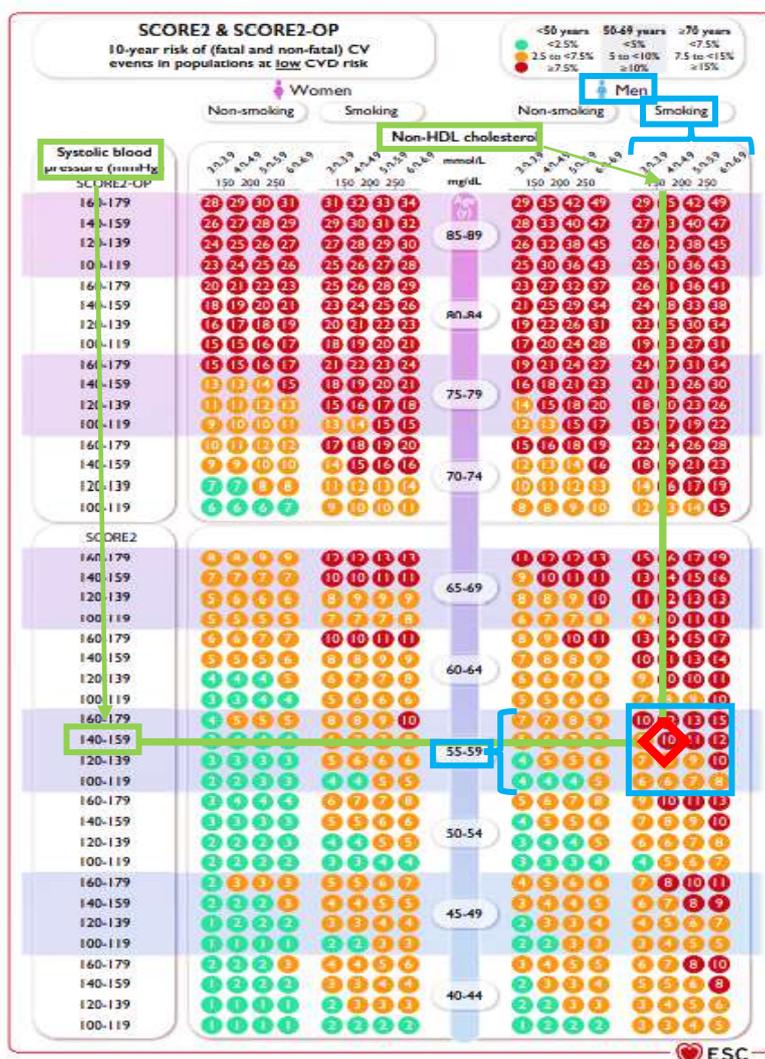


Table 5 Cardiovascular disease risk categories based on SCORE2 and SCORE2-OP in apparently healthy people according to age

| | <50 years | 50–69 years | ≥70 years ^a |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|------------------------|
| Low-to-moderate CVD risk: risk factor treatment generally not recommended | <2.5% | <5% | <7.5% |
| High CVD risk: risk factor treatment should be considered | 2.5 to <7.5% | 5 to <10% | 7.5 to <15% |
| Very high CVD risk: risk factor treatment generally recommended ^b | ≥7.5% | ≥10% | ≥15% |

CVD = cardiovascular disease.
^aIn apparently healthy people ≥70 years old, the treatment recommendation for lipid-lowering drugs is Class IIb ("may be considered").
 The division of the population into three distinct age groups (<50, 50–69, and ≥70 years) results in a discontinuous increase in risk thresholds for low-to-moderate, high, and very high risk. In reality, age is obviously continuous, and a sensible application of the thresholds in clinical practice would require some flexibility in handling these risk thresholds as patients move towards the next age group, or recently passed the age cut-off. Figure 5 illustrates how a continuous increase in age relates to increasing risk thresholds, and may be used as a guide for daily practice.

© ESC 2021

La cuantificación del riesgo guía la actuación del médico en cuanto a la implementación de medidas y tratamientos específicos, pero también determina la intensidad de estos tratamientos fijando objetivos concretos a alcanzar.

Siguiendo con nuestro ejemplo, ese mismo trabajador de riesgo cardiovascular muy elevado deberá alcanzar unas cifras de colesterol LDL inferiores a 55 mg/dl (o una reducción a la mitad de la cifra inicial como objetivo alternativo) para considerar que le hemos reducido adecuadamente su riesgo. El médico propondrá las acciones necesarias para alcanzar ese objetivo, así como en otros objetivos que se crean necesarios (ej. abandono hábito tabáquico, cifras de tensión arterial, etc.).

Encuestas como la realizada, a pesar de no poder individualizar ciertas recomendaciones y tratamientos, sí permiten el cálculo de riesgo a nivel colectivo, detectar actuaciones prioritarias sobre ciertos factores de riesgo e incrementar la eficiencia de estas.

Fomentar la realización de los reconocimientos médicos laborales es otra acción que va a permitir recabar la información necesaria, y debería tenerse en cuenta.

A continuación enumeraremos las recomendaciones generales para reducir el riesgo cardiovascular, y en un apartado posterior adaptaremos dichas generalidades a las condiciones específicas del colectivo de minoristas de la carne encuestados, todo ello teniendo en cuenta los resultados de la encuesta realizada.

3.2. Recomendaciones generales

- **Incremento de la actividad física**

Evitar la inactividad física y el sedentarismo en el día a día, y realizar actividad física de forma regular, ha demostrado reducir el riesgo cardiovascular (así como el riesgo de padecer muchas otras enfermedades).

La siguiente infografía de la Fundación Española del Corazón resume las recomendaciones en este aspecto.



En cuanto a la cantidad de actividad física cardiovascular (segundo escalón de la pirámide), se recomienda realizar de 150 a 300 minutos de ejercicio de intensidad moderada o de 75 a 150

RECOMENDACIONES

minutos de ejercicio de alta intensidad a la semana, repartidos al menos en 3 días, o una combinación de ambas intensidades.

- **Mejora de la dieta**

Los hábitos dietéticos tienen un importante rol en el control de los niveles de colesterol en sangre, de la tensión arterial, del peso y de la diabetes mellitus.

La siguiente infografía también de la Fundación Española del Corazón resume las características generales de una dieta saludable.



En cuanto al consumo de alcohol, bebidas carbonatas y bollería industrial, señalar que no forman parte de lo que se considera una dieta cardiosaludable. Eliminar o limitar al máximo el consumo de dichos alimentos es lo ideal.

- **Abandono del hábito tabáquico**

No fumar o abandonar el hábito tabáquico es potencialmente la medida preventiva más eficaz de cara a la reducción del riesgo cardiovascular. Ese beneficio es también significativo incluso en los grandes fumadores que dejan el hábito. Los beneficios se amplían todavía más si se tiene en cuenta que dejar de fumar reduce también la aparición de otros tipos de enfermedades, como el cáncer o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por citar unos pocos ejemplos.



- **Control de la obesidad y el sobrepeso**

A pesar de no haberse incluido entre los ítems valorado por el cuestionario, vale la pena insistir en este punto. Al tratarse de una encuesta diseñada para su cumplimentación rápida por el trabajador, datos como la estatura y el peso se han considerado poco fiables en este caso. Eso no significa que el exceso de peso no deba ser considerado una diana relevante de cara a reducir el riesgo cardiovascular.

Los pilares fundamentales para reducir el peso son la actividad física y la dieta, aunque a largo plazo pierden eficacia. Es el motivo por el cual que se está poniendo el foco también en la composición corporal, o mejora de la relación entre la cantidad de grasa y de masa muscular. Reducciones moderadas de peso acompañadas de un aumento de la masa muscular son un objetivo razonable de cara a reducir la aparición de muy diversas patologías.



- **Control de la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes mellitus**

RECOMENDACIONES

Considerados como los factores de riesgo clásicos de la patología cardiovascular, no cabe duda de que mantener una presión arterial adecuada para la edad, unos niveles de colesterol reducidos y un correcto metabolismo de la glucosa son medidas fundamentales para mantener una buena salud.

Al tratarse de condiciones que habitualmente no producen síntomas o la sintomatología que produce no es fácilmente identificable por la población general, es de vital importancia la educación sanitaria por un lado y la búsqueda activa por parte del personal sanitario.

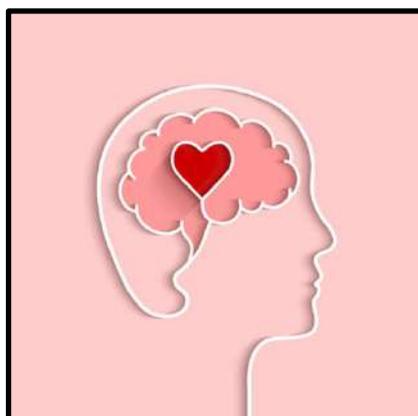
Aunque depende de las políticas de salud pública y de las peculiaridades de cada sistema sanitario, es razonable programar una primera visita médica orientada al diagnóstico de estas tres condiciones a los 40 años para los hombres y a los 50 años para las mujeres. Repetirla cada 5 años si no hay hallazgos sería la periodicidad comúnmente recomendada.



- **Cuidado de la salud mental**

Los trastornos mentales como la ansiedad o la depresión no solo favorecen la aparición de enfermedades cardiovasculares, sino que además dificultan la implementación de las medidas preventivas y terapéuticas enfocadas al resto de factores de riesgo o a la propia enfermedad una vez establecida.

Su abordaje es pues obligatorio si queremos ser eficaces en la reducción de las patologías cardiovasculares.



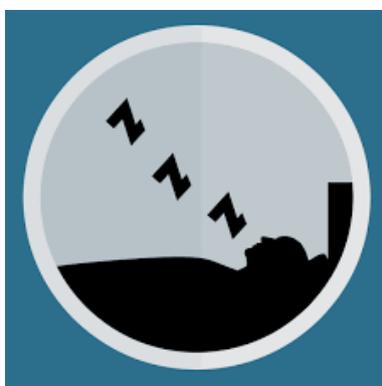
RECOMENDACIONES

- **Adecuada cantidad y calidad del sueño**

Los trastornos del sueño, tanto cualitativos como cuantitativos, se asocian a un incremento del riesgo cardiovascular.

Se recomienda dormir un mínimo de 7 horas diarias, así como reducir el impacto de condiciones como el insomnio o el síndrome de piernas inquietas, por otro lado fuertemente asociadas a trastornos mentales.

Mención especial merece el síndrome de apneas del sueño, que como su nombre indica consiste en la aparición frecuente de interrupciones prolongadas de la respiración durante el sueño. Su relación con formas de hipertensión arterial resistentes a la medicación es conocida, y su tratamiento se basa en aplicar presión positiva en la vía aérea mediante dispositivos de ventilación externa, así como la modificación de ciertos hábitos y condiciones (como la ingesta de alcohol, la higiene del sueño, la ansiedad y la obesidad).



- **Abordaje integral de la salud**

A medida que se progresa en el conocimiento de las diferentes enfermedades, más evidente se hace que muchas de ellas comparten, al menos en parte, causas y orígenes comunes. También se hace evidente que unas pueden llevar a otras, aparecer a la vez o empeorar el pronóstico de cada una de ellas si se presentan de forma concomitante.

En el caso de la patología cardiovascular, cuyo fenómeno fisiopatológico básico es la inflamación, sabemos que otras enfermedades inflamatorias crónicas como el cáncer, la enfermedad renal crónica y las enfermedades autoinmunes, empeoran claramente su curso o incluso favorecen su aparición.

Es por lo tanto fundamental una visión global de la salud de la persona y abordar de forma integral todos sus problemas de salud, para así incrementar la eficacia de las intervenciones preventivas y terapéuticas.

3.3. Recomendaciones adaptadas al sector

Las recomendaciones anteriores deben ser la base del cambio hacia unos hábitos de vida cardiosaludables, y como mencionábamos con anterioridad, deberían aplicarse tanto dentro como fuera del ámbito laboral, y están dirigidas por lo tanto a la población general.

RECOMENDACIONES

Sin embargo, en el ámbito laboral, cada puesto de trabajo tiene muchas peculiaridades que deben ser valoradas en el diseño de acciones específicas.

Recordemos los puntos más preocupantes señalados por la encuesta en el sector de minoristas de la carne:

- **Consumo de tabaco**, claramente por encima de lo esperado,
- **Hábitos nutricionales** preocupantes, con elevado consumo de bebidas carbonatadas y de bollería industrial,
- **Ausencia de actividad física** fuera del lugar de trabajo,
- **Trastornos mentales y adaptativos** en una proporción no despreciable.

A pesar de que dicha encuesta no nos permite una evaluación en profundidad de las peculiaridades mencionadas, sí nos da pie a proporcionar ideas de acciones que permitan, una vez llevadas al terreno, mejorar la salud cardiovascular de los trabajadores.

La primera medida, común a todas las que iremos comentando, es la educación sanitaria y la concienciación en temas de salud. El objetivo es el de mejorar el conocimiento sanitario de los trabajadores y motivarlos a llevar a cabo acciones para mantenerse saludables. Un ejemplo son las charlas informativas o jornadas monográficas sobre temas concretos. Esta debe ser la piedra angular sobre la que pivoten el resto de las iniciativas, y en el caso de la salud es fundamental que también sirva para tomar el pulso a sus necesidades e inquietudes.



A partir de aquí se puede plantear lo siguiente:

- **Programas de deshabituación tabáquica**

Ya sea en colaboración con el sistema público de salud o mediante la contratación de programas privados, facilitar el acceso a los programas de deshabituación tabáquica es fundamental.

El enfoque mixto farmacológico y conductual puede conseguir tasas de abandono del hábito tabáquico aceptables.

- **Facilitar una dieta cardiosaludable**

Promover la ingesta de alimentos saludables puede favorecerse poniendo a la disposición de los trabajadores fruta, fuentes de agua y máquinas de vending con opciones adecuadas. Si el

trabajador trae su comida de casa, darle consejos sobre la preparación de ese “tupper saludable” puede ayudar.



- **Promover la actividad física durante la jornada laboral**

Si bien es cierto que en este sector de actividad el espacio para rutinas de ejercicios es limitado, incorporar ejercicios de calentamiento y estiramientos es un buen primer paso.

Facilitar rutinas de ejercicio adaptadas a cada tipo de tarea sería otra buena manera de mejorar la preparación física, y tendría como beneficio añadido el limitar las lesiones osteomusculares. Incorporar dichas rutinas al horario laboral debe ser estudiado caso por caso, ya que probablemente requiera de una reestructuración de las tareas a realizar.

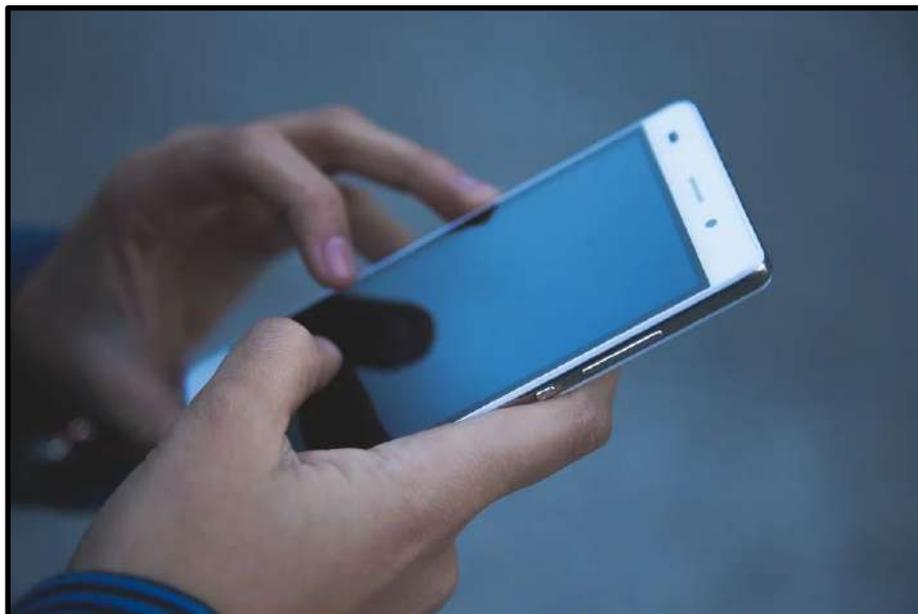
- **Programas de apoyo psicológico**

Implantar programas de apoyo psicológico (por ejemplo mediante talleres o centralita telefónica) es una buena manera de dar soporte a aquellos trabajadores que presenten algún trastorno adaptativo como la ansiedad o el ánimo depresivo.

Este tipo de apoyo y de formaciones, si se enfocan hacia el liderazgo saludable, también pueden ser muy útiles para la resolución de conflictos.

RECOMENDACIONES

Las valoraciones de riesgo psicosocial son una herramienta muy a tener en cuenta para enfocar estas y nuevas acciones en este terreno.

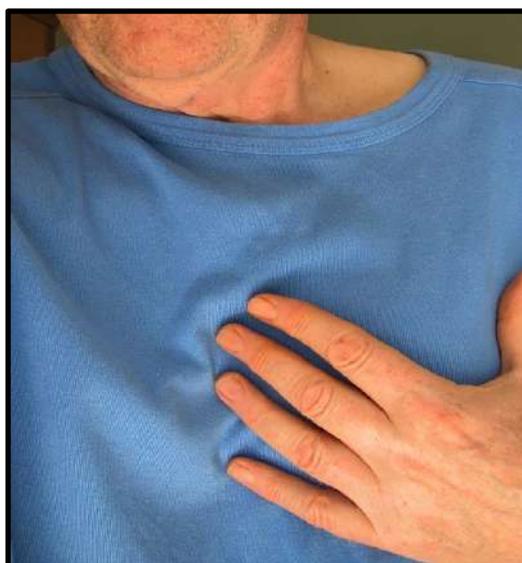


- **Promover la realización de las revisiones médicas**

Finalmente promover la realización de las revisiones médicas laborales, mediante una adecuada información sobre sus beneficios, facilita la detección de múltiples factores de riesgo cardiovascular, con la ventaja de poder recomendar su control precoz y evitar el desarrollo de enfermedades cardiovasculares a largo plazo.

3.4. Actuación ante emergencias

A pesar de los esfuerzos por comprender mejor la enfermedad cardiovascular e implementar las medidas preventivas adecuadas, la reducción a cero del riesgo no ha sido todavía posible, como sucede en muchos otros ámbitos. Por eso es muy importante saber reaccionar adecuadamente ante la aparición de una emergencia, también durante el desempeño de la actividad laboral.



Se sabe que la probabilidad de éxito de las actuaciones ante una emergencia médica de origen cardiovascular se incrementa fundamentalmente gracias a la precocidad en el inicio de esas actuaciones. Cuanto antes se detecte el problema y se inicien las acciones adecuadas, más probabilidades tendrá la persona afectada de sobrevivir.

Esto es especialmente cierto en el caso de las paradas cardiorrespiratorias (o muertes súbitas), en las que se ha identificado que el principal factor que incrementa la supervivencia es la rapidez con la que se inician las maniobras de resucitación cardiopulmonar. Cada minuto que pasa entre la pérdida de conciencia y el inicio de dichas maniobras reduce las probabilidades de supervivencia entre un 10% y un 15%.

A continuación citamos algunas de las medidas que podrían ayudar a reducir el tiempo de respuesta ante una emergencia cardiovascular en el ámbito laboral.



- **Detección temprana de los síntomas**

Tanto los infartos agudos de miocardio como los accidentes vasculares cerebrales presentan síntomas que si son detectados rápidamente permiten reducir el tiempo de inicio de la asistencia médica.

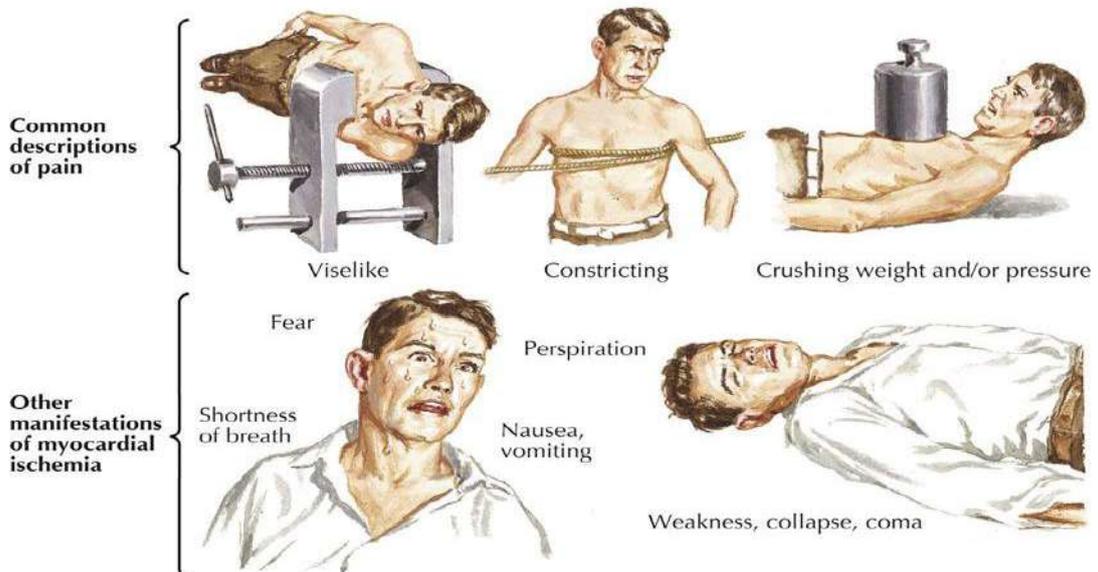
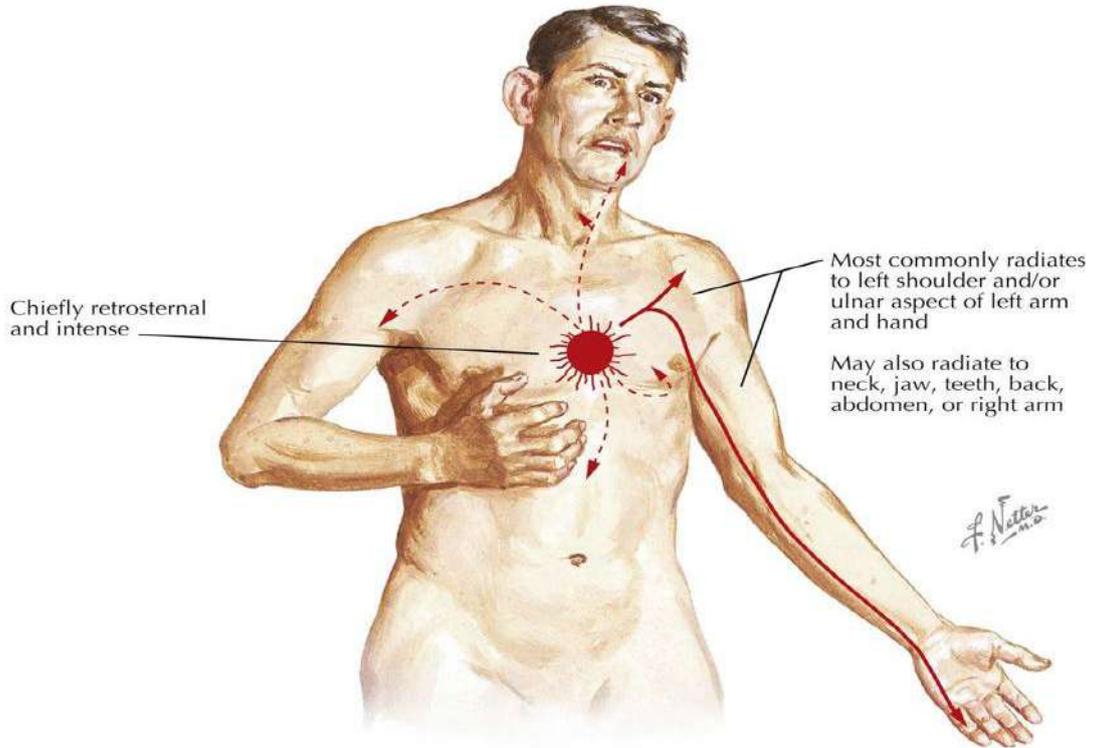
Síntomas de alarma:

- Infarto agudo de miocardio: dolor torácico opresivo, en la región esternal extendido a los brazos (izquierdo típicamente), intenso, y acompañado de sensación de gravedad y sudoración intensa.
- Accidentes vasculares cerebrales: debilidad en un solo lado de la cara, en uno de los brazos o una de las piernas, problemas para hablar o comprender, problemas para ver con uno o ambos ojos, problemas de equilibrio, coordinación o para caminar, dolor de cabeza muy intenso sin causa conocida.

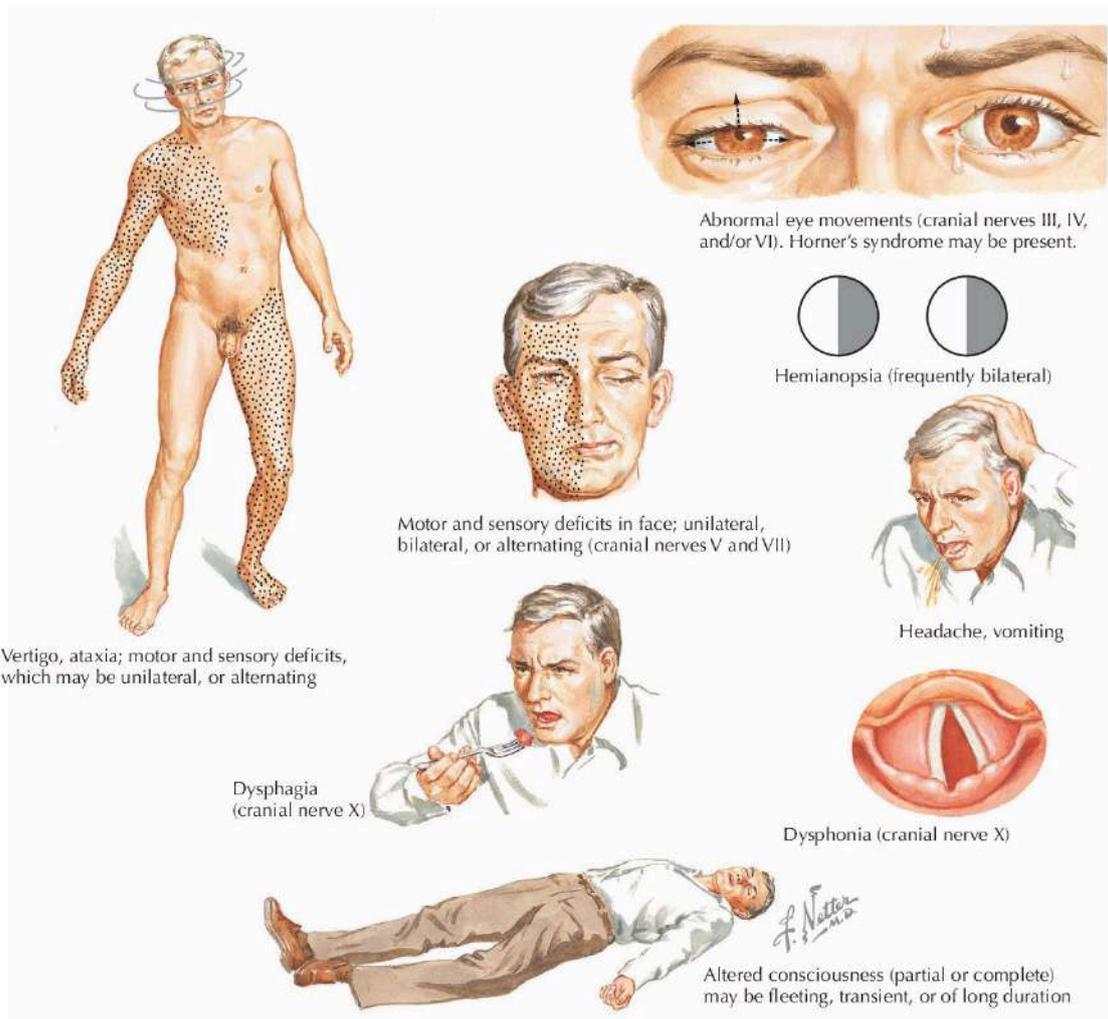
RECOMENDACIONES

- Pérdida brusca de conciencia, sin malestar previo o acompañada de alguno de los síntomas anteriores.

Las siguientes ilustraciones clásicas de Frank H. Netter, publicadas en su *CIBA Collection of Medical Illustrations*, pueden ayudar a visualizar y enseñar a reconocer dichos síntomas.



Síntomas de infarto agudo de miocardio



Síntomas de accidente vascular cerebral

Formar a los trabajadores en el reconocimiento de estos síntomas, tanto en sí mismos como en sus compañeros, es un muy buen primer paso para acelerar la petición de ayuda sanitaria, y como decíamos, aumentar las probabilidades de curación y supervivencia.

- **Activación de la cadena de supervivencia**

Es de vital importancia disponer de un protocolo claro de actuación ante emergencias médicas y que este sea bien conocido por el conjunto de los trabajadores.

La siguiente figura, extraída de las guías europeas de reanimación cardiopulmonar básica de 2021, ilustra la cadena de supervivencia que debe activarse lo más rápida y ordenadamente posible ante una parada cardiorrespiratoria⁴.

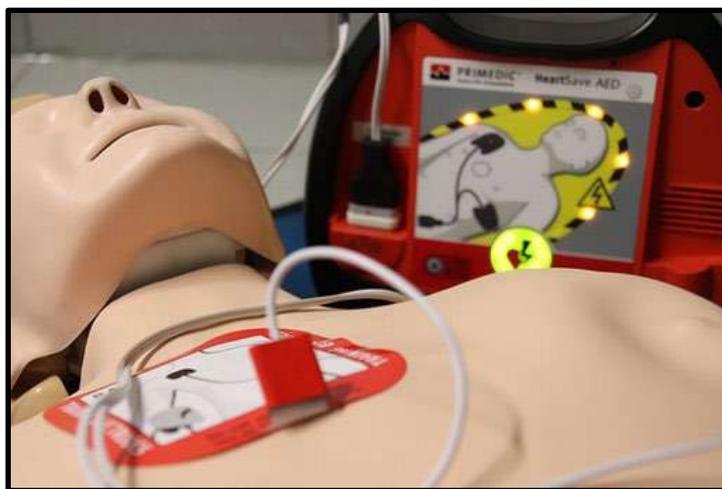


Figura 5: mensajes clave de la sección de soporte vital básico

RECOMENDACIONES

Adiestrar a los trabajadores en el reconocimiento de una parada cardiorrespiratoria, en la realización adecuada de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y en el uso del desfibrilador externo automatizado (DEA) es por lo tanto primordial e incrementa enormemente las posibilidades de supervivencia de la persona afectada⁵.

Los DEA son seguros y capaces de recuperar el ritmo cardiaco normal si se aplican con la suficiente diligencia.



4. ANEXOS

4.1. Cuestionario de toma de datos

LA REDUCCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS NO TRAUMÁTICAS EN EL SECTOR DETALLISTAS DE LA CARNE

Cuestionario de toma de datos PATOLOGÍAS NO TRAUMÁTICAS

Este cuestionario es totalmente **ANÓNIMO y CONFIDENCIAL**. Las respuestas a las preguntas planteadas facilitarán conocer mejor estos aspectos, garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de la información recibida.

Mediante su cumplimentación, se pretenden identificar los principales factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares en los trabajadores y trabajadoras del sector detallista de la carne para su actuación.

| | |
|-------------------------|--|
| FECHA | |
| EMPRESA | |
| CENTRO DE TRABAJO | |
| ACTIVIDAD DE LA EMPRESA | |
| PUESTO DE TRABAJO | |

DATOS PERSONALES:

1. Sexo:

- Mujer Hombre

2. Edad:

- <35 años entre 35 y 55 años > 55 años

3. Nivel de estudios

- Básico Medio Superior (universitario)

4. ¿Vive usted solo?

- SI NO

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES:

5. ¿Ha padecido o padece usted?

Hipertensión arterial SI NO

Colesterol elevado SI NO

Diabetes o trastorno de la glucosa en sangre SI NO

6. ¿Consume usted...?

Tabaco SI Indicar consumo semanal: NO

Alcohol SI Indicar consumo semanal NO

Bebidas carbonatadas SI Indicar consumo semanal NO

Bollería industrial SI Indicar consumo semanal NO

7. ¿Realiza usted actividad física fuera del lugar de trabajo?

- SI NO

En caso afirmativo, seleccionar con qué periodicidad:

ANEXOS

- Un día a la semana
- Dos días a la semana
- Tres o más días a la semana

8. ¿Se siente usted con frecuencia ansioso, irritable o deprimido?

- SI NO

9. ¿Toma usted alguna medicación?

- SI NO

En caso afirmativo, para...

- Presión arterial
- Colesterol
- Diabetes
- Ansiedad
- Depresión
- Coagulación sanguínea

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

10. ¿Ha padecido o padece usted...?

- Angina de pecho o infarto de miocardio SI NO
- Embolia o sangrado cerebral SI NO
- Obstrucción arterial en arterias carótidas SI NO
- Obstrucción arterial en extremidades (piernas o brazos) SI NO

OTROS ANTECEDENTES:

11. ¿Tiene algún familiar de primer grado (padres, hermanos) con enfermedad cardiovascular (infarto agudo de miocardio o accidente vascular cerebral) a una edad precoz (menor de 55 años si es varón, menor de 65 años si es mujer)?

SI NO

12. ¿Ha padecido o padece usted...?

Cáncer SI NO

Enfermedad renal crónica SI NO

Enfermedad autoinmunitaria o inflamatoria crónica (ej. Artritis reumatoide) SI NO

Enfermedad mental SI NO

Trastornos del sueño o apneas SI NO

PUESTO DE TRABAJO:

13. ¿Siente que puede cumplir adecuadamente con las tareas de su puesto de trabajo?

SI NO

14. ¿Siente que su esfuerzo se ve suficientemente recompensado?

SI NO

15. ¿Realiza usted los descansos reglamentarios?

SI NO

16. ¿Realiza usted turnos de noche?

SI NO

17. ¿Cuántas horas pasa usted sentado durante su jornada laboral?

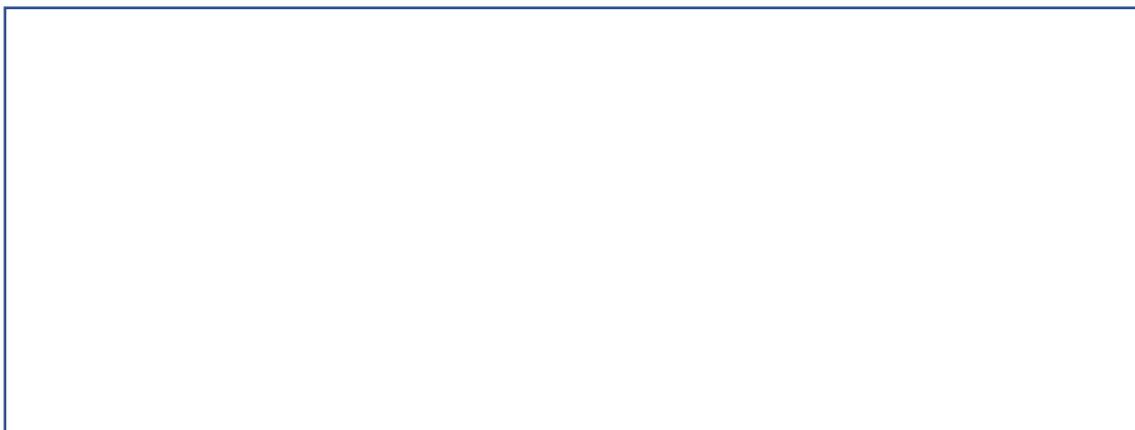
Menos de 2 horas

Entre 2 horas y 4 horas

Más de 4 horas

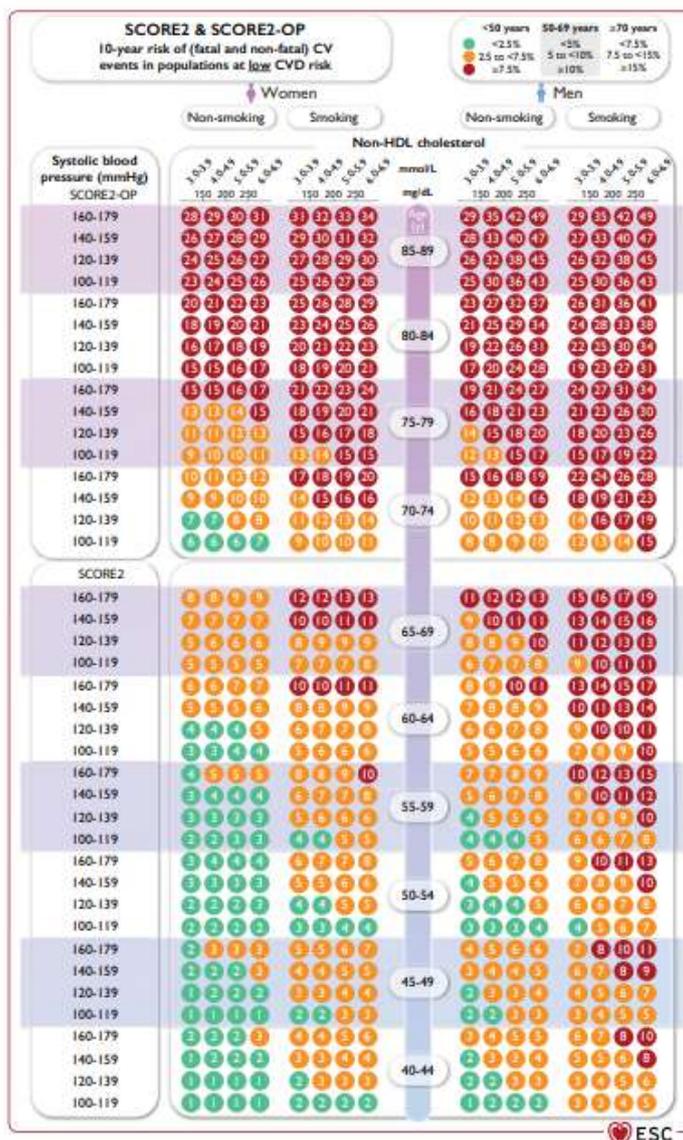
ANEXOS

INCLUYA LOS COMENTARIOS QUE CONSIDERE OPORTUNOS:



¡¡Gracias por su colaboración!!

4.2 Tabla de cálculo de riesgo cardiovascular SCORE2 y SCORE2-OP para países de baja mortalidad cardiovascular.



5. BIBLIOGRAFÍA

1. Dariush Mozaffarian, Emelia J. Benjamin, Alan S. Go, Donna K. Arnett, Michael J. Blaha, Mary Cushman, Sandeep R. Das, Sarah de Ferranti, Jean-Pierre Després, Heather J. Fullerton, Virginia J. Howard, Mark D. Huffman, Carmen R. Isasi, Monik C. Jiménez, Suzanne E. Judd, Brett M. Kissela, Judith H. Lichtman, Lynda D. Lisabeth, Simin Liu, ... Melanie B. Turner (2015). Heart Disease and Stroke Statistics – 2016 Update. *Circulation*, 133 (e38-e360). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>
2. Salim S. Virani, Alvaro Alonso, Hugo J. Aparicio, Emelia J. Benjamin, Marcio S. Bittencourt, Clifton W. Callaway, April P. Carson, Alanna M. Chamberlain, Susan Cheng, Francesca N. Delling, Mitchell S.V. Elkind, Kelly R. Evenson, Jane F. Ferguson, Deepak K. Gupta, Sadiya S. Khan, Brett M. Kissela, Kristen L. Knutson, Chong D. Lee, Tené T. Lewis, ... Connie W. Tsao (2021). Heart Disease and Stroke Statistics – 2021 Update. *Circulation*, 143 (e254-e743). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>
3. Frank L.J. Visseren, François Mach, Yvo M. Smulders, David Carballo, Konstantinos C. Koskinas, Maria Back, Athanase Benetos, Alessandro Biffi, José-Manuel Boavida, Davide Capodanno, Bernard Cosyns, Carolyn Crawford, Constantinos H. Davos, Ileana Desormais, Emanuele Di Angelantonio, Oscar H. Franco, Sigrun Halvorsen, F. D. Richard Hobbs, Monika Hollander ... Bryan Williams (2021). ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42 (3227-3337). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
4. Olasveengen T.M. et al. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*, 161 (98-114). <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
5. Yan S. et al. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 24 (61). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2>

“El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en la elaboración de este material en el marco del VI Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid 2021-2024 y no se hace responsable de los contenidos del mismo ni de las valoraciones e interpretaciones de sus autores. El material elaborado recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión”.