



TEMA 3 -2018: Reinserción laboral de la persona con cáncer



Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica. Fundado en 1845

**ISSN
2215-
2741**

Recibido: 01/12/2017

Aceptado: 15/01/2018

Vanessa Uclés Villalobos ¹
Roison Ali Espinoza Reyes²

¹ Médica Fisiatra. Msc. En Cuidados Paliativos. Coordinadora del Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Rehabilitación del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social. Correo electrónico: dravanessaucles@gmail.com.

² Fisioterapeuta. Especialista en Discapacidad y Políticas Públicas. Egresado de la Maestría de Derechos Humanos de la UNED. Servicio de Rehabilitación del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social. Correo electrónico: roison_ali@hotmail.com.

RESUMEN

El rol de la reinserción laboral en la rehabilitación oncológica es esencial en el aporte de la calidad de vida de la persona, siendo un recurso valioso y de gran trascendencia para su bienestar social, económico y cultural. De esta manera la Rehabilitación tiene un gran protagonismo como parte de los equipos interdisciplinarios en la reinserción laboral de la persona con cáncer y con discapacidad.

Para ello se requiere mucha sensibilización por parte de empleadores, tanto públicos como privados en la creación de oportunidades y eliminación de estigmas asociados a la condición de salud del cáncer.

Cáncer, Reinserción Laboral, Rehabilitación.

ABSTRACT

The role of labor reinsertion in cancer rehabilitation is essential for the quality of life of the patients with cancer, as valuable resource of great importance for the social, economic and cultural well-being also. So the Rehabilitation has a protagonic participation as part of the interdisciplinary teams in the return to work of the person with cancer and disability.

This will require a great awareness of employers, public and private, in creating opportunities and eliminating stigmas associated with the health condition of cancer.

PALABRAS CLAVE



KEY WORDS

Cancer, Work Reinsertion, Rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Un tercio de los casos de cáncer se pueden prevenir, otro tercio son curables y el último tercio incurable(1, 2). La rehabilitación funcional de paciente oncológico, aumenta la calidad de vida, las probabilidades de reinserción social y laboral (1, 2). Los programas de rehabilitación en cáncer son cada vez más imprescindibles (1, 2).

La Rehabilitación es una profesión autónoma relacionada con el cuidado, manejo y rehabilitación del paciente, miembro esencial del equipo multidisciplinario, clave para la rehabilitación exitosa y manejo del paciente con cáncer y necesidades de cuidados paliativos; la ausencia de su intervención pondría en detrimento del cuidado del paciente y familia para lidiar con los efectos de la enfermedad y su tratamiento en la capacidad funcional y calidad de vida (3).

DISCUSIÓN

Rehabilitación oncológica.

Se debe proveer la rehabilitación para las secuelas físicas y funcionales de la enfermedad y su tratamiento, especialmente rehabilitación de linfedema y cuidado de ostomías bajo perspectiva de género del paciente y su familia; aumento de recursos disponibles para la rehabilitación oncológica dado su complejidad y proceso terapéutico(4).

Equipo Oncólogo, medico rehabilitador, Fisioterapeuta, medico y personal de enfermería de atención inicial, dentistas, psicólogos, etc(5). La colaboración interprofesional es efectiva en la rehabilitación del paciente (médico, enfermera (o), TF, TO, TL, TR, Psicología, farmacéutico) y tiene un efecto multiplicador en la familia (3, 2.).

Las atención debe estar disponibles en el I y II nivel de atención, siendo la rehabilitación clave para ayudar a las personas a regresar a su trabajo(6).

Barreras para la implementación efectiva de la rehabilitación en cáncer:

- Problemas de actitud
- Pobre conocimiento sobre la rehabilitación en cáncer.
- Pobre detección de problemas de rehabilitación(3).

Calidad de Vida en la Persona con Cáncer.

La calidad en el diagnóstico, tratamiento y calidad de vida importan, los objetivos del diagnóstico son accesibilidad para todas y todos, las mujeres especialmente en cáncer de mama ya que aumenta la calidad de vida, definir estándares, acreditación y auditorías, progreso basado en protocolos(7).

La estrategia para el cáncer es una intervención multidisciplinaria: calidad de vida, cohesión y homogeneidad en todos los procesos, consenso, trabajo en equipo, centrada en la atención del paciente, disminución inicial del cáncer, tratamiento, mejorar la calidad asistencial, disminuir inequidades y variaciones injustificadas(7).

Limitaciones para la Rehabilitación y Reinserción Laboral.

Recursos limitados a la atención profesional y rehabilitación; aumento de la sensibilidad social sobre la enfermedad, aumentan de demanda por ejemplo necesidad prioritaria en rehabilitación y reinserción laboral; necesidad de los sobrevivientes a largo plazo. La calidad de vida deseable debe influir en el tratamiento e información al paciente, la percepción de calidad de vida es individual(8).

La Red asistencial debe disponer de todos los tratamientos que pueda requerir un paciente aunque no se efectúen en el mismo centro. La calidad de vida impacta psicológicamente, física y sociolaboral. Por ende la rehabilitación física, reinserción y rehabilitación sociolaboral deben ser garantizadas(8).

Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer deben tener acceso al control de secuelas y efectos secundarios de los tratamientos, atención psicológica, rehabilitación física y recursos sociales, laborales y económicos adecuados(8).



Herramientas de evaluación funcional en el paciente oncológico.

Uso en oncología desde los 40s para evaluar la posibilidad de tratamiento quimioterapéutico, las consecuencias de este, es decir, ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento y sobre los pacientes poder predecir la supervivencia(11,12).

Otras escalas para uso específico en cuidados paliativos: escala funcional paliativa (PPS, Palliative performance Scale), modificación de EK para mejorar la planificación de los cuidados del paciente oncológico terminal y predicción de supervivencia. Escala evaluadora funcional de Ed Morton (Ed Morton Functional Assessment Tool): posibilidades de rehabilitación en pacientes paliativos(11,12).

Cuanto más avanzada este la enfermedad, la estimación pronósticos realizadas con la medición de la capacidad funcional es mejor(11,12).

40% de las variaciones en la estimación diagnóstica de la supervivencia dependen de escalas en el estado funcional del paciente(11,12).

Actualmente los modelos de predicción de expectativas de vida suelen estar integrados por un conjunto mas o menos largo de variables, pero siempre incluyen una escala de medición de la capacidad funcional. Actualmente las escalas de capacidad funcional y algunos síntomas resultan ser los mejores parámetros(11).

Sin embargo, la decisión final también depende de una valoración diagnóstica exhaustiva y de las probabilidades de éxito del tratamiento para el tipo de cáncer. Las escalas de capacidad funcional no deben ser utilizadas como un dato aislado (11).

La capacidad funcional puede caer en un momento de detección ante cualquier complicación existente, o la escala podría ser el primer signo de clasificación sobre un agravamiento, sirve para seguimiento del paciente especialmente el oncológico (12).

Valoración del paciente oncológico.

Condición de la persona:

- Síntomas de secuelas.
- Edad.
- Órganos o sistemas afectados.
- Estado general (ECCOG, IK).
- Infecciones concomitantes.

Funcionales pronósticos dependientes del tiempo:

- Localización.
- Extensión.
- Histológico.
- Marcadores inmunohistoquímicos.
- Marcadores tumorales.

Funciones dependientes del tratamiento (respuesta al tratamiento):

- Cáncer (desaparición y evidencia de la enfermedad).
- Parcial (disminución menor al 50% del área tumoral, sin aparición de nuevas lesiones).
- Progresión (inferior al 25% del tamaño del cualquier lesión medible, aparición de varias lesiones, mas o menos marcadores tumorales).

Escalas postoperatorias:

- Post quimioterapia.
- Toxicidad por quimioterapia.
- Toxicidad por radioterapia.

Tipo de Ca. Pulmón, mama, estómago, próstata, vejiga, etc(14).

Valoración y graduación de la dependencia:

- Identificar escalas.
- Uso de escalas de dependencia.

Clasificación internacional de la Funcionalidad (CIF) alternativa de clasificación y valoración:

Objetivos:

- Unificación de los sistemas de valoración, aproximándolos a métodos internacionales, que puedan ser compatibles con los de otras administraciones y estados.
- Simplificar y optimizar el proceso de valoración.
- Hacerlos más comprensibles, tanto para la administración, como para profesionales y usuarios.



Sin calificadores de gravedad los códigos de la CIF no tiene ningún sentido, 5 niveles de gravedad para todos los componentes (funcionales, estados corporales, activos y participación y funciones contextuales).

- No hay problema (ninguno, ausente, insignificante): 0-4%
- Problema ligero (poco, escaso): 5-24 %
- Problema moderado (medio, regular): 25-49%
- Problema grave (mucho, extremo): 50-95%
- Completo (total): 96-100%.

(margen de error 4%).

No se pretende clasificar a la personas, sino el problema que tiene dicha persona. La discapacidad es un atributo inseparable de la independencia, pero pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia.

Metodologías en la valoración de escalas.

Aspectos más importantes que deben de acoger un método o procedimiento de las dependencias.

1. Informe y consentimiento.
2. Aplicación universal.
3. Evaluación de las actividades (a valorar según la dependencia que se pretende estudiar).
4. Claridad y convicción de las definiciones.
5. Debe indicar la necesidad de ayudas o apoyos humanos.
6. Determinación del contexto (real vrs neutral/ estandarizado o subjetivo).
7. Posibilidad de análisis desde los niveles de complejidad, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.
8. Graduación de la severidad.
9. Sensibles a la discriminación de la pérdida de autonomía intelectual y las cargas de trabajo generadas.
10. (Recoger fundamentalmente aspectos sobre el funcionamiento y contexto del individuo), también aspectos básicos de las condiciones de salud alteradas y de las deficiencias físicas y las psíquicas que originan la situación de dependencia.

11. Herramienta para programar intervenciones (particulares y/o políticas sociales)(12).

Valoración Laboral en el cáncer de Mama.

El cáncer de mama puede condicionar la capacidad laboral por varios mecanismos.

1. dejando alguna discapacidad especifica: ciertas limitaciones para el desempeño de algunas tareas, afectación
2. afectación del estado en general
3. discapacidad por efecto de los tratamientos y antecedentes relacionados con el diagnostico(20).

Evaluaciones en el cáncer de Mama.

Antecedentes laborales.

- Historia clínica
- Diagnostico.
- Situación de diagnóstico del enfermo actual (atención especial o linfedema).
- Secuelas en la enfermedad o por tratamiento(1).

Evaluación funcional.

- Aparatos y sistemas- estado funcional (ECOG-Kaunofsky).
- Valoración de secuelas y complicaciones(1).

Pruebas complementarias: (valoración de respuesta al tratamiento). Se definen en básicas, indispensables, convenientes y prioridades, según el grado de necesidad de las mismas(1).

Pronósticos funcionales: para predecir la supervivencia global del paciente, posibilidad de recaídas y de respuesta de recaída, probabilidad de empleo, es decir previsión de la enfermedad a mediano y largo plazo(1).

Relacionados con el paciente: edad, estado general, funcional, sexo, enfermedades asociadas. Relacionadas con neoplasias: tamaño, tiempo, grado de extensión, grado histológico y tipo histológico, ganglios axilares, marcadores de membrana, marcadores tumorales oncológicos y biomarcadores (antepesina D) (1). Las secuelas por



cáncer de mama pueden ser estéticas, funcionales, patológicas y linfedema.

Clasificación del linfedema:

- 1- Ligero aumento del volumen que desaparece con la elevación o el reposo.
- 2- Ligero aumento del volumen persistente que regresa parcialmente con presión que facilita el drenaje sensación de pesadez.
- 3- Linfedema temporáneo que no egresa espontáneamente con presión o drenaje.
- 4- Edema severo irreversible (fibrolinfedema), miembros con inflamación hinchazón con aspecto de volumen.
- 5- Elefantiasis con deformación severa del miembro(1).

Guía funcional en cáncer de mama.

- 1- Tiempos de curación en remisión con y sin secuelas.
- 2- Tiempos curados en remisión con secuelas leves secundarias al tratamiento.
- 3- Tiempos curados en remisión moderadas secundarias al tratamiento.
- 4- Tiempos en remisión Incidencia de Cáncer con recidivas y afectación del estado general; o tiempos en remisión con secuelas secundarias al tratamiento.
- 5- Tiempos en remisión incidencia de Cáncer, no curados, momentos, tiempos cerrados en remisión pero secuelas muy severas(1).

Funciones en la reinserción laboral del trabajador con cáncer de mama.

- Función ambulatoria
- Apoyo de jefes y supervisores
- Aparición de complicaciones y efectos secundarios (físicos y/o psíquicos) de la propia enfermedad o tratamientos(20).

Favorecer el regreso al trabajo requiere un trabajo coordinado con un equipo interdisciplinario:

valoración en cáncer de mama, de la funcionabilidad posterior a la quimioterapia y secuela de los tratamientos previos y los actuales. Exigencias del trabajo desarrollado físicas y psíquicas (20).

Condiciones y riesgos asociados al trabajo: capacidades del trabajador afectadas y considerar ex-

posición de riesgo con probabilidad de antígenos cancerígenos (radiaciones y sustancias químicas) y estilo de vida del trabajador (20).

La relación de trabajo y la seguridad requieren de un enfoque en doble sentido, valoración de la actividad laboral como el factor rehabilitador para la seguridad, y valoración del nivel de seguridad como condicionante de la capacidad laboral (20). Evaluación de carga del puesto de trabajo.

Todos los puestos exigen deterioro de cargas en 3 esferas: Físicos, mentales y emocionales.

- Trabajo con objetos de esfuerzo: físicos.
- Trabajo con datos de esfuerzo: mental.
- Trabajo con personas esfuerzo: emocional (13,22).

Dimensiones de riesgos y horarios, se consideran transversales, se integran en las 3 funciones anteriores teniendo además la actividad propia (1,13,22).

Barreras.

- Determinantes tipos de personalidad y temperamento del enfermo
- Bloqueos en el trabajo y actitudes sociales
- Funciones rehabilitadoras: propio compromiso en el cuidado de la seguridad, habilidades de enfrentamiento
- Apoyo de la familia y profesionales sanitarios (20).

CONCLUSIONES

La implementación de un abordaje integral con el apoyo de las instituciones, empresas y oficinas referentes en materia de empleo para la sensibilización en el tema de reinserción laboral son la base del éxito en la recuperación funcional, psicológica, económica y social de la persona con cáncer.

Es esencial un trabajo de sensibilización-concientización a empleadores, trabajadores, público en general que desmitifiquen el estigma y discriminación laboral asociada al cáncer.



BIBLIOGRAFÍA

1. Herrero V, García T, Iñiguez R, García C, Gonzalez L. Criterios de Incapacidad Laboral en Cáncer de Mama. Elsevier España, S.L. y SEMERGEN 2013; 39: 95-100.
2. Moschen L. El Rol del Kinesiólogo en la rehabilitación oncológica. Universidad F.A.S.T.A.; Facultad de ciencias médicas; 2012.
3. SCP. The Role of Physiotherapy for people with cancer-CSP Position Statement. Bedford Row, London. 4 Edition 2003.
4. Borrás J. La vigilancia Epidemiológica de la Salud en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España 2015.
5. Ministerio de Sanidad. Unidades Asistenciales del Área del Cáncer Estándares y Recomendaciones de la Calidad y Seguridad. Informe, Estudio e Investigación. España 2013.
6. Acreman S. Review of Allied Health Professions Service Provision for Cancer – a Network Mapping Exercise. Vlindre Cancer Centre 2008.
7. Cristiaens M. Why do we need Breast Clinics?. Universitaire Zekenhuzen Leuven 2006.
8. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Seguridad. España 2006.
9. Villalaín J. Valoración del Daño Corporal. Universidad de Valencia, España 2006.
10. Murcia J. Dependencia y Valoración del Daño. Facultad de Medicina, Universitat de Valencia, España.
11. Arce, R., y Fariña, F. Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El Sistema de Evaluación Global (SEG). 2005; 26, 59-77.
12. Instituto Nacional de Seguridad Social. Manual de Evaluación en requerimientos para la valoración de la capacidad laboral. Mercal. España 2008.
13. Vicente J. Impacto del dolor en la incapacidad laboral. Metodología de la Valoración. Grados Funcionales de limitació. Medicina y seguridad del trabajo. España 2014; 133-142.
14. AMAT. Más de 150 respuestas sobre incapacidad temporal. Grupo Lex Artis de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. España 2011.
15. Ojeda J. Valoración médica de la incapacidad y discapacidad, de la fibromialgia o fátiga crónica, Madrid 2008.
16. Burgos S, Díaz A, Roldán J. Valoración de la incapacidad Laboral. Equipo de Valoración de incapacidades. Instituto Nacional de Seguridad Social, Rehabilitación España; 42(6): 291-314.
17. Ojeda J. Valoración de la incapacidad laboral. Díaz Santos, España 2005.
18. Consejería de Salud. Fascículo1, Manual de Uso Racional de la incapacidad temporal en la consulta del médico de atención primaria. Primera edición, España 2011.
19. Instituto de Seguridad Social. Guía práctica de Salud Laboral para la valoración de actitud en trabajadores con riesgo de exposición a carga física. Asociación Española de especialistas de medicina del trabajo, España 2015.
20. Vicente M, Ramírez M, Terradillos M, Capdevila L, Aguilar G, López A. Valoración de la actitud laboral en la incorporación del trabajador con cáncer de mama, revision desde la legislación Española en prevención de riesgos laborales. Revista CES Salud Pública. España 2013; 4:65-76.



21. Grettchens S. La Valoración de incapacidades y los síntomas físicamente inexplicables. Revista Clínica de la escuela de Medicina UCR-HSJD. Costa Rica 2016;1:49-62.
22. Instituto de Seguridad Social. Guía práctica de valoración de incapacidad laboral temporal para médicos de atención primaria. Asociación Española de especialistas de medicina del trabajo, Segunda edición. España 2015.

CONFLICTO DE INTERÉS Y/O AGRADECIMIENTOS

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.