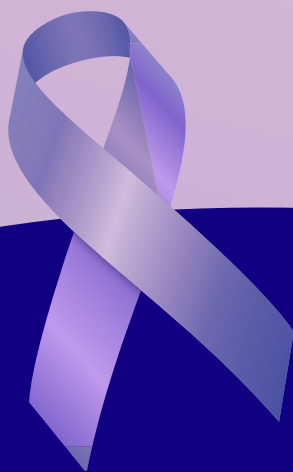


Guía

EL CÁNCER EN LA EMPRESA II

Desafíos actuales ante los
cánceres más diagnosticados



Índice de temas

1. Las cifras del cáncer en España	4
1.1. Situación actual, justificación y objetivos	4
1.2. El impacto de la COVID-19 en el cáncer	5
1.3. Perspectivas sobre el cáncer en 2024	6
2. ¿Cómo afrontan las empresas españolas la gestión del cáncer entre sus empleados?	8
2.1. Respaldo legal	9
2.2. Comunicación con el empleado e implicación del C-Level	10
2.3. Cómo actuar	11
2.3.1. Anticipación a la aparición de casos de cáncer	11
2.3.2. Programas para actuar ante un posible caso	12
3. Situación, prevención y diagnóstico de los tipos de cáncer con mayor prevalencia	13
3.1. Cáncer de mama	13
3.1.1. Situación	13
3.1.2. Factores de riesgo	13
3.1.3. Diagnóstico	15
3.1.4. Tratamiento	16
3.1.5. Plan de salud	17
3.2. Cáncer colorrectal	18
3.2.1. Situación	18
3.2.2. Factores de riesgo	19
3.2.3. Diagnóstico	21
3.2.4. Tratamiento	22
3.2.5. Plan de salud	23

3.3. Cáncer de próstata	25
3.3.1. Situación	25
3.3.2. Factores de riesgo	25
3.3.3. Diagnóstico	27
3.3.4. Tratamiento	27
3.3.5. Plan de salud	28
3.4. Cáncer de pulmón	28
3.4.1. Situación	28
3.4.3. Diagnóstico	30
3.4.4. Tratamiento	30
3.4.5. Plan de salud	31
4. Otros pilares básicos que contribuyen al bienestar integral de un empleado con cáncer	33
4.1. Cómo llevar a cabo un correcto descanso	33
4.2. Plan nutricional	34
4.3. Plan de actividades y ejercicio físico	35
4.4. Plan de deshabituación tabáquica	35
4.5. Plan de bienestar emocional	36
4.6. Plan para cuidado de la piel	37

1. Las cifras del cáncer en España

1.1. Situación actual, justificación y objetivos

La guía “**El Cáncer en la Empresa II: Desafíos actuales ante los cánceres más diagnosticados**” es la segunda edición de un documento que Cigna Healthcare España prepara con el fin de detallar el abordaje del cáncer en las organizaciones, desde un enfoque práctico y cercano. Su elaboración no solo recoge datos de incidencia, mortalidad, supervivencia y prevalencia de cáncer en España, sino que pretende ofrecer a las empresas los datos más actualizados de los tipos de cáncer con mayor presencia, y cómo actuar ante la aparición de casos entre los empleados.

Cada año, **cerca de 300.000 personas** son diagnosticadas de cáncer en España, de las cuales más de un tercio son menores **de 65 años y trabajadores en activo**.

Las empresas, desde sus áreas de Recursos Humanos (RR.HH) y servicios médicos, disponen de una **situación privilegiada** para inspirar una **cultura corporativa** que haga frente a los desafíos del cáncer.

El rol de la empresa en la **promoción de la salud y el bienestar de todos sus empleados** y su papel como **punto de apoyo esencial para los trabajadores con cáncer** cobra, cada vez, mayor importancia.

La anterior edición de esta guía se presentó en febrero de 2020, justo antes de la aparición de la COVID-19. Este virus ha tenido un **enorme impacto a todos los niveles**: ha modificado las condiciones laborales y ha repercutido directamente sobre la **atención y la gestión** de otras enfermedades, tales como el **cáncer**.



1.2. El impacto de la COVID-19 en el cáncer

La llegada de la COVID-19 ha tenido un impacto en **todo el sistema de salud**. De manera muy significativa, afectó en la detección y el tratamiento del cáncer, ya que miles de **pruebas diagnósticas y de detección precoz se retrasaron**, al igual que numerosos **tratamientos y cirugías**.

Durante la pandemia, aproximadamente **unas 100 millones de pruebas de detección** se quedaron sin realizar y uno de cada dos pacientes **no recibió cirugía o quimioterapia a tiempo**, así como indica la Comisión de Oncología de *The Lancet*. Además, se calcula que hasta **un millón de ciudadanos** europeos podría tener un **cáncer sin diagnosticar** debido al **retraso en las pruebas**.

En España, la dedicación masiva de recursos a la lucha contra la COVID-19 y los periodos de confinamiento tuvieron un efecto directo sobre la detección y el tratamiento del cáncer. El Ministerio de Sanidad¹ ha confirmado que durante la pandemia:

- El **número de pacientes** a los que se realizó algún **procedimiento** relacionado con la **patología oncológica disminuyó más del 13%**.
- La cantidad de **pacientes dados de alta** hospitalaria con diagnóstico oncológico disminuyó en 2020 en 37.260, un **12,2% menos** que en 2019.
- Los tratamientos también sufrieron alteraciones, con una **bajada de las sesiones de radioterapia y quimioterapia**, en torno al 10%.
- Se observó un descenso considerable de las pruebas, diagnósticos y cribados de los tumores de **pulmón, mama y colorrectal**; cuya consecuencia, a medio plazo, será un **aumento de los diagnósticos en estadios más avanzados**.



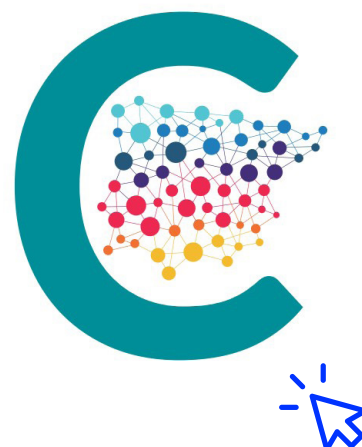
¹ Estudio de Impacto de la Pandemia por COVID-19 sobre la Prevención y el Control del Cáncer en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad (2022).

1.3. Perspectivas sobre el cáncer en 2024

El cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial, con casi 10 millones de defunciones en 2020, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)². En nuestro país, la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) calcula que **en 2024 se diagnosticarán 286.664 casos** y que la incidencia a nivel mundial seguirá aumentando hasta situarse, en **2040**, en los **341.000 casos**.

Esta tendencia **ascendente del número absoluto de cánceres diagnosticados**, registrada desde hace varias décadas, se produce por factores como el crecimiento y el envejecimiento poblacional, la exposición a factores de riesgo y el aumento de la detección precoz.

Por otro lado, a pesar de que se ha producido un **fuerte descenso en la mortalidad** del cáncer -gracias a las actividades preventivas, las campañas de cribado, los avances terapéuticos y la caída de las cifras de tabaquismo en hombres- las expectativas sobre su evolución futura no son optimistas: se prevé un aumento del número de casos, que podría llegar a los 28 millones anuales en 2040. No obstante, la evidencia científica mantiene que al menos el 40% de todos los casos de cáncer podrían evitarse con medidas efectivas de prevención primaria; además, mediante la detección temprana de tumores se podría reducir, aún más, la mortalidad.



Las cifras³ del cáncer en España 2024

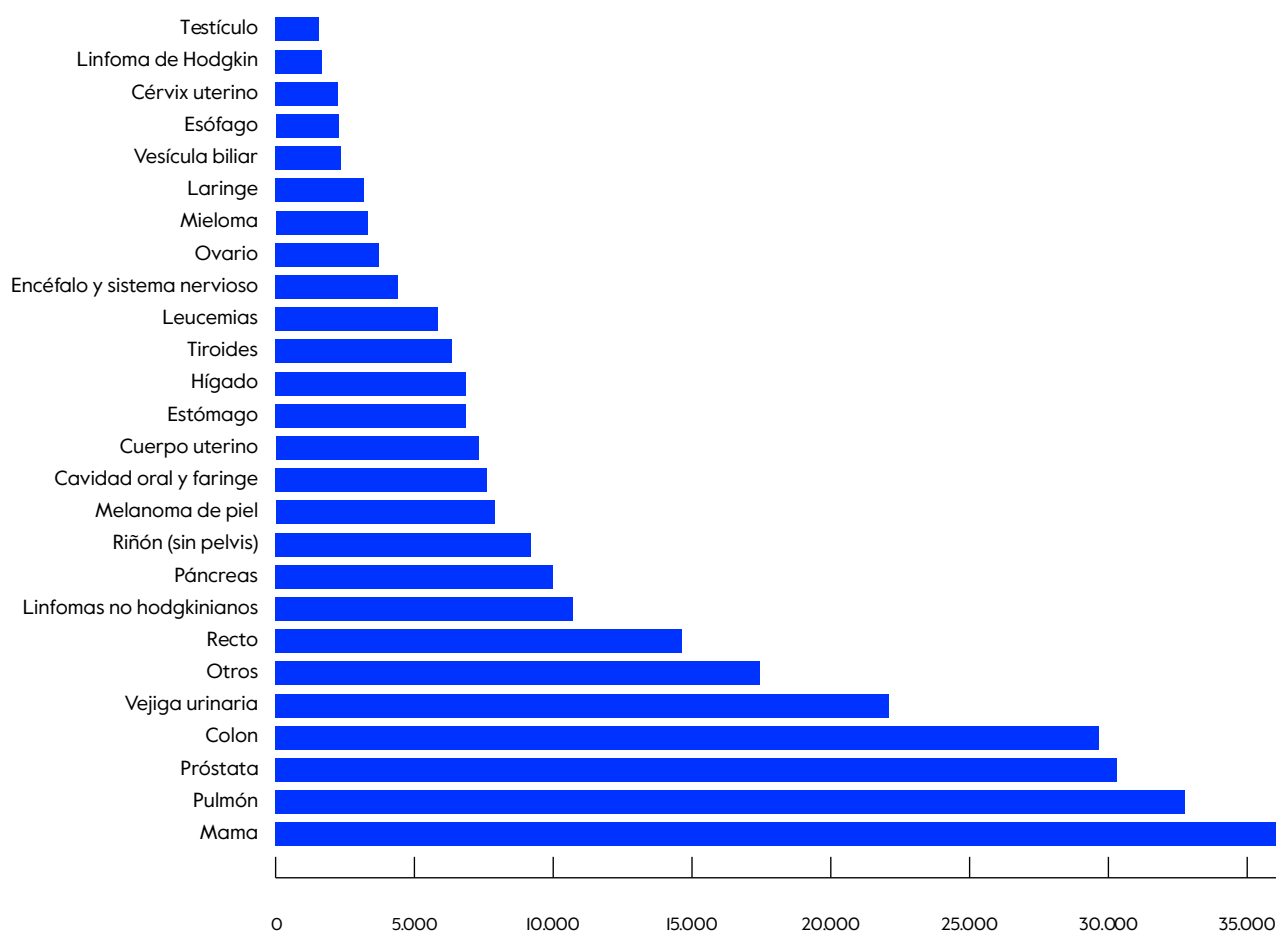
Con relación a los cánceres más frecuentemente diagnosticados en España para 2024, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)³ avanza que serán los de **colon y recto** (44.294 nuevos casos), **mama** (36.395), **pulmón** (32.768), **próstata** (30.316) y **vejiga urinaria** (22.097). A mucha distancia, se detectarán linfomas no hodgkinianos (10.706), cáncer de páncreas (9.986), de riñón (9.208), cavidad oral y faringe (7.603), cuello uterino (7.305), estómago (6.868) e hígado (6.856).

Sin embargo, a pesar de que las cifras hayan aumentado ligeramente con respecto al año 2023, **la supervivencia por cáncer se ha duplicado en los últimos 40 años**, lo que deja un gran número de supervivientes que también tienen que afrontar otras comorbilidades asociadas al proceso oncológico.

²Datos y cifras del Cáncer. Organización Mundial de la Salud (OMS)

³ Las cifras del cáncer en España 2024. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

Estimación de nuevos casos de cáncer en España 2024 según la tipología



*Excluidos los cánceres cutáneos no melanoma. Las cifras del cáncer 2024 SEOM

Por sexo, en los **hombres**, los más diagnosticados serán los de **próstata** (30.316), colon y recto (27.009), pulmón (22.483) y vejiga urinaria (18.247). Los siguientes cánceres serán de riñón (6.160), los linfomas *no-hodgkinianos* (6.069) y los cánceres de cavidad oral y faringe (5.370), hígado (5.334), páncreas (5.209) y estómago (4.065).

En las **mujeres**, los cánceres detectados con mayor frecuencia serán los de **mama** (36.395) y los de colon y recto (17.285) y, con una menor incidencia, los de pulmón (10.285), cuerpo uterino (7.305), páncreas (4.777), tiroides (4.775), los linfomas *no-hodgkinianos* (4.637) y los cánceres de vejiga urinaria (3.850).

2. ¿Cómo afrontan las empresas españolas la gestión del cáncer entre sus empleados?

En una empresa saludable la implicación y desempeño de los empleados crece y la **imagen corporativa mejora**. Esto, sumado al contexto sanitario vivido durante los últimos años, ha propiciado que la **salud y el bienestar de los trabajadores** se hayan convertido en uno de los principales objetivos de los **departamentos de RR.HH.** Este objetivo se convierte en **prioridad** en el caso de los **empleados con cáncer** y, por ello, la **formación específica** en esta enfermedad resulta imprescindible dentro de la cultura corporativa.

Partiendo de los retos psicológicos, sociales y laborales a los que el empleado con cáncer debe enfrentarse, la formación planteará una serie de **indicaciones** para respaldarlo a lo largo de todo el proceso oncológico, abordando **cuatro momentos clave** -prevención, diagnóstico, tratamiento y reincorporación laboral- en los que será fundamental considerar **las necesidades del paciente**.

ANTICIPACIÓN	Estar preparados para responder ante la posible notificación de un diagnóstico.
GESTIÓN DEL IMPACTO	Tras el diagnóstico, activar medidas que ayuden al empleado a aceptar sus nuevas circunstancias.
ACOMPañAMIENTO	Llevar a cabo un seguimiento de su bienestar durante el tratamiento.
READAPTACIÓN	Poner en marcha acciones que faciliten su vuelta al trabajo de forma gradual.

2.1. Respaldo legal

Inicialmente, muchos de los empleados que reciben un diagnóstico de cáncer **deciden seguir trabajando**. En ese caso, lo ideal es ayudarles a **armonizar el tratamiento con el trabajo**, proporcionándoles opciones como la reducción de jornada, el teletrabajo o cualquier otro ajuste que les permita **continuar con la actividad laboral de la forma más sencilla y eficiente**. Y, por supuesto, respetar su derecho a ausentarse de su puesto de trabajo para **acudir al médico y realizarse las respectivas pruebas médicas**.

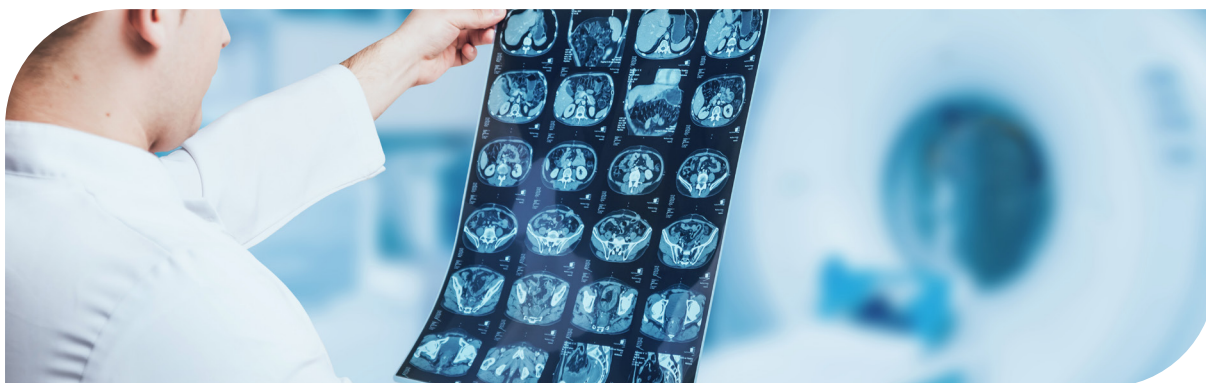
En el caso de que el empleado recibiera alguna **represalia por su condición y se prescindiera de sus servicios**, se estaría incurriendo en una **discriminación por razón de enfermedad** y el **despido** sería **nulo** de pleno derecho. Al contrario, la empresa debe facilitar, en todo lo posible, su asistencia y mostrarse comprensiva respecto a estas ausencias.

Si el estado de salud no permitiera continuar con las obligaciones laborales del trabajador, el médico prescribirá un **certificado de incapacidad temporal**. Este documento otorga el derecho a acogerse a una baja laboral de 12 meses, con 6 meses más de prórroga, siendo el tiempo máximo que pueden tomarse legalmente. Los pacientes recibirán el **alta médica** en caso de curación, pero también **cuando se agote el plazo máximo** de la baja (365 días + prórrogas), hayan terminado, o no, el tratamiento.

Entre sus opciones legales, el empleado puede solicitar una **excedencia** o, si lleva más de 18 meses de baja, pedir la **incapacidad permanente**, que será decidida por Instituto Nacional de la Seguridad Social.

En una **empresa** que se guía por una **cultura corporativa de apoyo al cáncer**, es conveniente **promover un sistema de autorización de ausencias**, más amplio, que respalde al empleado en el caso de que su situación se prolongue, así como facilitar las **vías adecuadas para una posible reincorporación progresiva**.





2.2. Comunicación con el empleado e implicación del C-Level

Los empleados necesitan saber que tienen el **apoyo de su empresa** a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Saber que trabajan en una **compañía concienciada y activa** que les **respaldará**, les proporcionará una serie de **recursos**, y que tendrá las **puertas abiertas** para reincorporarles cuando se recuperen. Para ello, es imprescindible generar **canales de comunicación fluidos** entre empleado y empleador, pero también **confidenciales**, para que el trabajador tenga la seguridad de que su información médica no será divulgada a terceros sin su consentimiento.

Tras el **diagnóstico**, la empresa puede establecer una serie de reuniones para ir valorando el **impacto del tratamiento** sobre el empleado y poner a su disposición **asistencia psicológica** que le ayude a construir una estrategia de gestión emocional sana y positiva frente al cáncer. En el momento de la **reincorporación**, es importante que la empresa sea conocedora de los efectos secundarios de la enfermedad y que escuche cuáles son las **nuevas circunstancias y necesidades** del empleado, para tratar de realizar las **adaptaciones precisas** para su vuelta progresiva al trabajo.

La participación de los altos cargos de la compañía a lo largo de todas las fases resulta imprescindible, ellos son los responsables de definir y mantener la cultura corporativa frente al cáncer. Sin su **implicación y empatía**, no son viables ninguna de las iniciativas para el **fomento de la vida sana y la prevención**, ni para la **gestión de los empleados diagnosticados**.

De hecho, la gran mayoría (91%) de los encuestados en el estudio “*El Cáncer en la empresa. Perspectivas 2020*” de Cigna Healthcare, afirma que la **implicación de la dirección para afrontar esta enfermedad en las empresas es clave**. Además, cuando el resto de la plantilla observa el compromiso de los directivos, su **motivación crece y se refuerza**.

2.3. Cómo actuar

2.3.1. Anticipación a la aparición de casos de cáncer

El papel de las empresas frente al cáncer no puede limitarse a ser reactivo. Debe ser un **rol pro-activo** que actúe desde la **prevención y la concienciación**, preparado para **apoyar al empleado** en el momento del **diagnóstico**, durante el **tratamiento** y en el momento de la **reincorporación**. No se trata de reaccionar ante casos específicos, sino de crear toda una **cultura corporativa de apoyo al cáncer**, que esté **sustentada** en valores como **la empatía, la inclusión, la confianza o la responsabilidad**.

Para **reforzar su estrategia de salud** numerosas organizaciones han decidido apoyarse en la experiencia, dentro de este campo, de empresas externas especializadas en desarrollar planes de salud en las empresas, como **Cigna Healthcare**.

Dentro del papel activo de la empresa en su lucha contra el cáncer, la primera actuación debe ser la **prevención**. Como parte de esto, se pueden implementar iniciativas como el cuestionario de Salud y Bienestar a través de los programas de **Cigna Well-being Solutions**. Este cuestionario realiza una **evaluación individual** de la salud de cada empleado, proporcionándole un **informe personalizado** que recoge sus principales **riesgos de salud** y consejos prácticos para **anticipar la aparición de enfermedades**.

Además, utilizando los datos agregados -y siguiendo la más rigurosa política de protección de datos-, se realiza un **informe del estado de salud y bienestar de la organización** con el fin de identificar los **principales factores que afectan a los trabajadores**, en particular, **y a la organización**, en general. Basándose en los resultados y en las **áreas de riesgo detectadas**, **Cigna Well-being Solutions** propone una **estrategia de acciones y programas** que se adapta a las necesidades de cada empresa.

Uno de los aspectos más importantes de esta cultura corporativa es dotar **a todos los integrantes de la compañía**, no solamente al equipo ejecutivo, de las **herramientas necesarias** para saber **cómo comportarse** ante un posible caso de cáncer. Los **empleados**, como compañeros de la persona afectada, agradecen contar con una orientación sobre la manera en la que deben comportarse: un **manual de gestión de impacto**, que les enseñe pautas como **qué decir a una persona diagnosticada** o cómo ayudarla a **normalizar su nueva situación**, y que les recuerde la obligación de **respetar su privacidad y sus tiempos**.

2.3.2. Programas para actuar ante un posible caso

Dentro de las acciones que las compañías pueden implementar para estar preparadas ante los desafíos del cáncer, la primera sería la elaboración de un protocolo que detalle los **pasos a seguir** desde el momento en que un **empleado comunica su diagnóstico**.

Esta **línea de actuación** asigna claramente cuáles son las **funciones y cometidos** del departamento de RR.HH, los servicios médicos, los puestos intermedios y el equipo directivo, con la finalidad de crear una **respuesta corporativa unificada y minimizar la incertidumbre** por la que está pasando la persona recién diagnosticada.

El documento debería recoger **cuestiones esenciales** para la gestión de los empleados con cáncer, tales como:

- **Secuelas emocionales y psicológicas** de un diagnóstico de cáncer y qué lenguaje utilizar, verbal y no verbal.
- Consejos para la gestión del **ejercicio profesional** del empleado con cáncer, con pautas para organizar la reasignación o redistribución de tareas.
- **Política de descansos, permisos y bajas** para estos trabajadores.
- **Programas empresariales específicos** (respaldo psicológico, planes de salud adaptados, flexibilidad horaria, etc.).
- **Comité** elegido para **atender a empleados** con cáncer (RR.HH, servicios médicos...).

Uno de los aspectos más importantes de esta cultura corporativa es dotar a **todos los integrantes de la compañía**, no solamente al equipo ejecutivo, de las **herramientas necesarias** para saber **cómo comportarse** ante un posible caso de cáncer. Los empleados, como compañeros de la persona afectada, agradecen contar con una orientación sobre la manera en la que deben comportarse: un **manual de gestión de impacto**, que les enseñe pautas como **qué decir a una persona diagnosticada** o cómo ayudarla a **normalizar su nueva situación**, y que les recuerde la obligación de **respetar su privacidad y sus tiempos**.



3. Situación, prevención y diagnóstico de los tipos de cáncer con mayor prevalencia

3.1. Cáncer de mama

3.1.1. Situación

El **cáncer de mama es el más frecuente** en todo el mundo y **representa la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres**. En 2022, se diagnosticaron en España 34.750 nuevos casos de cánceres de mama, lo que supuso casi el **29% del total** de los cánceres **en mujeres**, así como muestran las estimaciones de la SEOM³.

Sin embargo, gracias a la generalización del cribado o *screening* y las mejoras en los tratamientos, la supervivencia de este tumor ha aumentado en las últimas décadas. **Actualmente, presenta una supervivencia neta del 86%, a los cinco años del diagnóstico.**

3.1.2. Factores de riesgo

Factores de riesgo no modificables:

- **Mutaciones genéticas.** Aproximadamente un 5-10% de los cánceres de mama son hereditarios y los genes que se asocian con mayor frecuencia son BRCA 1 Y BRCA 2.
- **Edad.** Debido al cúmulo de alteraciones celulares, así como la exposición continuada a potenciales carcinógenos, el cáncer de mama se vuelve más frecuente a partir de los 50 años.
- **Acción hormonal.** La *menarquía* (primera menstruación) antes de los 12 años y la menopausia después de los 55 años implican que las mujeres permanecen un mayor número de años expuestas a las hormonas (estrógenos), lo que aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer de mama. Ese riesgo también se ve incrementado por la te-

³ Las cifras del cáncer en España 2024. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

rapia hormonal sustitutiva, administrada para aliviar los síntomas de la menopausia⁴.

- **Densidad mamaria.** Los senos están formados por tejido glandular, tejido conectivo y tejido adiposo (graso). Cuando en una mama predominan los tejidos glandulares sobre los adiposos, se considera que existe una mayor densidad mamaria. Las mamas densas tienen una mayor propensión a desarrollar cáncer de mama y, además, esa densidad dificulta la detección de posibles tumores en las mamografías.
- **Antecedentes personales o familiares.** Haber superado un cáncer de mama con anterioridad o tener familiares de primer grado, ya sean mujeres u hombres que lo hayan pasado eleva la predisposición. Además, otras enfermedades de las mamas -como la hiperplasia atípica o el carcinoma lobulillar *in situ*- se asocian a una mayor posibilidad de desarrollar esta patología.
- **Tratamientos previos con radioterapia.** La exposición a la radioterapia en la zona mamaria antes de los 30 años supone un mayor un riesgo de presentar cáncer de mama.



⁴ [Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence](#). Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer.

Factores de riesgo modificables:

- **Sobrepeso y obesidad.** Especialmente en la menopausia, las mujeres con exceso de peso poseen una mayor cantidad de tejido adiposo, lo cual implica una subida de los niveles de estrógenos. Además, la obesidad puede disminuir la efectividad y aumentar las complicaciones de los tratamientos contra el cáncer⁵.
- **Dieta no saludable.** Estudios recientemente publicados demuestran que, cada subida del 10% en el consumo de ultraprocesados intensifica en un 16% el riesgo de cáncer de mama. Además, unos niveles elevados de ácidos grasos saturados y *trans* en sangre⁶ se relacionan con una mayor densidad mamaria y, por lo tanto, con una mayor tendencia a desarrollar la enfermedad⁷.
- **Sedentarismo.** Las mujeres que llevan un estilo de vida sedentario tienen un 71% más de probabilidades de padecer cáncer de mama⁸.
- **Alcohol.** Existe una relación directa entre el alcohol y la aparición de tumores de mama. Según la OMS⁹, en 2018, el consumo de alcohol causó aproximadamente 45.500 casos de cáncer de mama y unas 12.100 muertes, tan solo en Europa.
- **Tabaco.** Supone un peligro tanto para fumadoras activas como pasivas. La nicotina se relaciona con la iniciación, el desarrollo de metástasis y la resistencia al tratamiento en el cáncer de mama¹⁰.

3.1.3. Diagnóstico

En su fase inicial, el cáncer de mama no presenta síntomas, por lo que un diagnóstico precoz resulta vital ya que las **opciones de curación** de los tumores detectados en **estadio I son del 97%**.

⁵ [The Impact of Obesity on Breast Cancer Diagnosis and Treatment](#). National Library of Medicine.

⁶ [Ultra-processed food consumption, cancer risk and cancer mortality: a large-scale prospective analysis within the UK Biobank](#). The Lancet.

⁷ [Serum Phospholipid Fatty Acids and Mammographic Density in Premenopausal Women](#). The Journal of Nutrition.

⁸ [Physical activity and breast cancer risk by pathological subtype](#). National Library of Medicine.

⁹ [5 facts about alcohol and cancer](#). Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹⁰ [The potential role of nicotine in breast cancer initiation, development, angiogenesis, invasion, metastasis, and resistance to therapy](#). National Library of Medicine.

Las mamografías son capaces de **detectar lesiones en la mama hasta dos años antes de que puedan palparse**, cuando aún no han avanzado hacia los ganglios u otros órganos. Gracias a esa detección precoz, el tratamiento puede ser menos agresivo y las secuelas psicológicas y físicas ser menores.

Precisamente, esa es la finalidad del **programa de cribado de cáncer de mama** o de *screening*, que efectúa mamografías anuales para detectar la enfermedad en la población femenina sana de entre **40 y 69 años**, rango de edad en el que hay **mayor riesgo de padecer cáncer de mama**. Aun así, cada vez más especialistas aconsejan adelantar estas pruebas de diagnóstico precoz **a partir de los 40 años**, si no se tiene antecedentes familiares.

Un caso especial es el de **las mujeres con antecedentes familiares**, pues tienen una predisposición genética: si un familiar de primer grado ha padecido cáncer de mama, el riesgo de desarrollarlo se duplica; si han sido dos familiares el riesgo es hasta 5 veces superior^{II}. En esta situación, el ginecólogo deberá establecer un **plan de control** que puede incluir exámenes de mamas, resonancias magnéticas, análisis genéticos y mamografías anuales a partir de los 40 años.

Por supuesto, ante cualquier **síntoma sospechoso** (variación de tamaño de alguna de las mamas, irregularidades en el contorno, alteraciones en la piel o en el pezón, dolor o aparición de un nódulo palpable) será necesario acudir sin demora al especialista para que solicite las **pruebas diagnósticas necesarias**.

3.1.4. Tratamiento

Tras un diagnóstico definitivo, el protocolo de tratamiento dependerá del subtipo de cáncer de mama y del estadio en el que se encuentre (si está localizado o extendido):

- **Cánceres de mama localizados:** se optará por la combinación sucesiva de varias terapias: cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia biológica, terapia endocrina y técnicas de reconstrucción mamaria.
- **Cáncer de mama extendido (metástasis):** se aplicarán terapias sistémicas: endocrina, biológica, quimioterapia e inmunoterapia, y radioterapia y cirugía en algunos casos.

^{II} [Antecedentes familiares](#). Breastcancer.org

3.1.5. Plan de salud

Un plan de salud frente al cáncer de mama debería incluir una prevención a tres niveles:

A. Prevención primaria

La prevención primaria se centra en tratar de evitar la aparición de la enfermedad mediante el control de los factores de riesgo. Con este objetivo, los expertos recomiendan:

- Mantener un peso adecuado, evitando el sobrepeso y la obesidad, sobre todo en la postmenopausia.
- Llevar una alimentación saludable basada en la dieta mediterránea: variada, equilibrada, con abundantes frutas y verduras, pescado y aceite de oliva.
- Practicar ejercicio de intensidad moderada-alta de forma regular.
- No tomar alcohol.
- Evitar la terapia hormonal sustitutiva de la menopausia.
- Averiguar los antecedentes familiares e informar al médico, para evaluar la necesidad de pruebas genéticas.
- Ante cualquier signo de alarma, acudir sin demoras a la consulta.
- No olvidar la revisión anual con el ginecólogo.
- Prolongar la lactancia materna al menos 6 meses y, si es posible, más de 12 meses. Según la OMS, las mujeres que amamantan tienen un 26% menos de probabilidades de tener cáncer de mama y un 37% menos de tener cáncer de ovario, en comparación con aquellas mujeres que no amamantan o que amamantan menos.



B. Prevención secundaria

La prevención secundaria implica poder realizar el diagnóstico precoz de una patología antes de que se manifieste clínicamente. Para tener más posibilidades de lograrlo, es fundamental:

- Se debe contactar con el ginecólogo en caso de:
 - Dolor en algún punto concreto.
 - Cambio de color o textura similar a la piel de naranja.
 - Detección de bultos o hundimientos.
 - Secreción de líquido por los pezones.
- Lo más importante es que a partir de los 40 años, las mujeres deben participar en los programas de cribado a través de mamografías periódicas.

C. Prevención terciaria

Por último, la finalidad de la prevención terciaria es mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y reducir sus secuelas a través de técnicas como la fisioterapia, psicoterapia, etcétera. En este sentido, Cigna ofrece apoyo constante en el manejo de la enfermedad, así como la resolución de dudas sobre la propia patología o tratamiento.

3.2. Cáncer colorrectal

3.2.1. Situación

En 2024, el cáncer que se prevé que sea más **frecuentemente diagnosticado** en España será el **colorrectal**, sumando entre ambos 44.294 nuevos casos, y manteniéndose como el cáncer con mayor incidencia. De estos, 29.648 serán exclusivamente de cáncer de colon (17.793 en hombres y 11.855 en mujeres) y 14.646 de cáncer de recto (9.216 en hombres y 5.430 en mujeres).

Dependiendo del tramo del sistema digestivo en el que aparezca el tumor maligno, este se denominará **cáncer de colon o cáncer de recto**. El **cáncer de colon** ocupa el **segundo lugar en fallecimientos**, tras el de tráquea, bronquios y pulmón según los últimos **datos oficiales de mortalidad por tipo de tumor**¹².

Por su parte, el cáncer de recto se origina debido al **crecimiento incontrolado de células malignas** en los **tejidos rectales**. Entre los diferentes tipos de cáncer de recto, los más comunes son los **adenocarcinomas**. Sin embargo, existe una pequeña proporción de **neoplasias neuroendocrinas**, sarcomas, linfomas y **carcinomas de células escamosas**, que requieren un abordaje distinto.

3.2.2. Factores de riesgo

Factores de riesgo modificables:

- **Alimentación.** Las dietas ricas en procesados, grasas y carnes rojas -y pobres en frutas y verduras- aumentan el riesgo de cáncer colorrectal, al igual que la manera de cocinar los alimentos: el fuego directo, los ahumados o las temperaturas extremas no son nada recomendables.
- **Obesidad y sobrepeso.** El sobrepeso y la obesidad alteran la función endocrina y amplifican el riesgo, especialmente cuando se agranda el perímetro de la cintura. Aunque estos factores de riesgo afectan tanto a mujeres como a hombres, se da con mayor frecuencia entre los hombres. Además, se estima que la obesidad provoca unos 85.000 casos anuales de cáncer de colon en todo el mundo.
- **Sedentarismo.** Una vida inactiva favorece el riesgo de aparición de esta enfermedad.



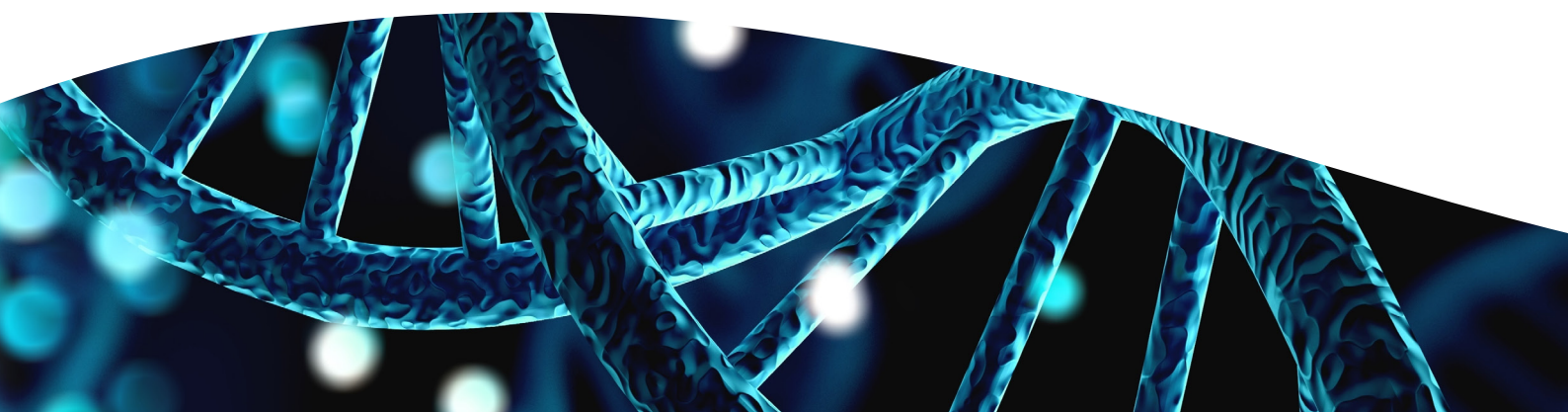
¹² Estadística de defunciones según la causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística (INE).

¹³ Cáncer de colon: influencia de la dieta y el estilo de vida. Revista Española de enfermedades Digestivas.

- **Consumo de tabaco.** El tabaco contiene más de 60 sustancias carcinógenas y radicales libres que afectan a la mucosa del colon¹³. De hecho, las evidencias demuestran que el hábito de fumar incrementa la propensión a generar pólipos que, en términos generales, son los predecesores del cáncer colorrectal. Los fumadores tienen más probabilidades de desarrollar y morir de un cáncer colorrectal que las personas que no fuman.
- **Consumo de alcohol.** Al igual que el tabaco, el alcohol estimula el desarrollo de las células de la mucosa del colon, lo que también provoca pólipos. Los datos de la SEOM recogen que, en 2020, el alcohol causó unos 4.500 casos de cáncer de colon, solamente en nuestro país. En este sentido, ingerir más de tres bebidas alcohólicas por semana supone un mayor riesgo para la aparición de cáncer colorrectal.

Factores no modificables:

- **Edad.** Con los años aumenta la aparición de pólipos en el colon y recto y, con ellos, la probabilidad de padecer un cáncer. La incidencia asciende a partir de los 50 años.
- **Antecedentes de pólipos.** Un antecedente personal de pólipos adenomatosos (adenomas) acrecienta las posibilidades de desarrollar cáncer colorrectal. Sobre todo, cuando el pólipo es grande, si aparecen varios pólipos o se detecta displasia.
- **Antecedentes de cáncer colorrectal.** Un antecedente personal de cáncer de colon o de recto, especialmente en edades jóvenes, también incrementa el riesgo de desarrollar nuevos tumores colorrectales.
- **Antecedentes familiares.** Tener familiares de primer grado que hayan tenido cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos supone un riesgo más acusado de desarrollar este tumor.



- **Causas genéticas.** Las personas con alteraciones genéticas, como la poliposis colónica familiar o el síndrome de Lynch, tienen una mayor predisposición para desarrollar un cáncer colorrectal.
- **Diabetes tipo 2.** Las personas con diabetes tipo 2 presentan un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal.
- **Enfermedades inflamatorias intestinales.** A pesar de que solo son una causa demostrada en menos del 1% de todos los cánceres colorrectales, las personas con enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) presentan una mayor inclinación a padecer cáncer de colon y de recto.

Aunque no son modificables, estos factores **se pueden vigilar**, por lo que el especialista decidirá en cada caso particular qué tipo de supervisión es necesaria.

3.2.3. Diagnóstico

En sus etapas iniciales, el cáncer de colon es asintomático. Los primeros síntomas que se manifiestan son **sangre en las heces, irregularidad en las deposiciones, heces más finas o dolor en el abdomen y/o la pelvis**. La aparición de **náuseas, vómitos, dolor abdominal y falta de deposiciones** puede ser indicativo de obstrucción intestinal. Y, en una fase más avanzada, la **ictericia, la dificultad para respirar, el dolor de huesos, la anemia y la debilidad** pueden ser síntomas de **metástasis**.

Es importante recordar que estos síntomas son comunes a otras patologías, por eso, ante la aparición de síntomas que nos puedan hacer sospechar de un problema grave de salud, es importante acudir al médico y determinar si pudiera estar relacionado con un posible tumor. Tras confeccionar una **historia clínica** y realizar una **exploración física**, el especialista solicitará **diversas pruebas**, con cuyos resultados podrá elaborar un diagnóstico.

El **test de sangre oculta en heces (TSOH)** es una prueba esencial, porque permite detectar la enfermedad de forma precoz, antes de que se extienda, elevando la **tasa de supervivencia a 5 años hasta en el 90% de los casos**.

Posteriormente, a través de la **colonoscopia, el tacto rectal, la proctoscopia, las pruebas radiológicas y la biopsia**, el especialista podrá confirmar o descartar la **presencia de un cáncer colorrectal**.

De esta forma, aunque la edad de riesgo para el cáncer rectal se concentra entre los 50 y los 69 años, es recomendable citarse con el especialista **antes de los 50 años** si:

- Se encuentra **sangre** en las deposiciones, se experimentan cambios en los **hábitos intestinales** durante más de 6 semanas, se **pierde peso rápidamente**, se sufre un **cansancio incomprensible o molestias intestinales continuas**.
- Previamente se ha padecido **alguna enfermedad de colon o recto**, poliposis colorrectal, adenomas, enfermedad inflamatoria intestinal o cáncer de colon y recto.
- **Dos o más familiares** de primer grado (padres, hijos, hermanos) **han tenido cáncer colon o recto** a cualquier edad o, al menos uno de ellos, antes de los sesenta años.

Cuando se trata de personas que no presentan síntomas, ni antecedentes personales, ni familiares de pólipos o cáncer, el **cribado debe empezar a los 50 años** a través de un **TSOH** bianual. En su mayoría, los cánceres de recto proceden de **un pólipo que suele tardar entre 10 a 15 años en convertirse** en un tumor maligno. Gracias a esta prueba es posible **detectarlo y extirparlo** en la fase más temprana.



3.2.4. Tratamiento

El tratamiento del cáncer colorrectal dependerá de la fase en la que se encuentre cuando se diagnostica. La cirugía suele ser el **primer tratamiento** en llevarse a cabo en la mayoría de los tumores. El procedimiento consiste en **extirpar la parte del colon y/o recto donde se sitúa el tumor**, además de un trozo de tejido sano a ambos lados de la lesión y los ganglios linfáticos oportunos.

Otro de los tratamientos frente al **cáncer de colon y recto** es la **quimioterapia y radioterapia**. Concretamente, la radioterapia está indicada en los pacientes con cáncer de recto en **estadio II y III**, como tratamiento **complementario a la cirugía** y como **paliativo de los síntomas** provocados por la enfermedad. Los fármacos administrados eliminan las células que se reproducen rápidamente. Teniendo en cuenta que las células cancerosas se caracterizan por una alta velocidad reproductiva, esta terapia ayuda a **destruir el tumor y evitar que se extienda** hacia otras zonas del cuerpo.

Cuando el cáncer está en una **fase avanzada**, una de las opciones terapéuticas es el uso **fármacos biológicos o terapias dirigidas**, tales como los anticuerpos monoclonales contra distintos receptores de membrana (**anti-EGFR, anti-factor de crecimiento endotelial vascular A**) y una proteína de fusión recombinante con efectos anti-angio-génicos. Otra alternativa es la **inmunoterapia**, que utiliza fármacos que colaboran con el sistema inmunitario para reconocer y eliminar las células tumorales de manera más eficiente.

3.2.5. Plan de salud

Al igual que en el caso del cáncer de mama, el plan de salud frente al cáncer colorrectal debería incluir una prevención a tres niveles:

A. Prevención primaria

En el caso de que exista cierta predisposición a padecer cáncer colorrectal, es recomendable:

- Llevar un estilo de vida saludable, reduciendo la ingesta de carne roja o procesada, modificando los métodos de cocinado y evitando los alimentos con alto contenido calórico (como azúcares o grasas). Al mismo tiempo, conviene consumir más fibra (cereales integrales, frutas, verduras, legumbres...), carnes blancas y pescado.
- Practicar ejercicio, ya que tiene un papel capital en la aparición de este tumor, ya que mantiene a raya



el sobrepeso y la obesidad y ayuda a prevenir el cáncer colorrectal hasta en un 20%¹⁴.

- Evitar el consumo de alcohol y tabaco: ambas sustancias están relacionadas con un inicio precoz del cáncer colorrectal y con una mayor probabilidad de desarrollar tumores colorrectales distales¹⁵.



Reducir ingesta de carne roja y priorizar alimentos ricos en fibra, carnes blancas y pescado



Realizar ejercicio físico



Evitar consumo de alcohol y tabaco

B. Prevención secundaria

La detección temprana del cáncer de colon mejora considerablemente su pronóstico: **más del 90% de los pacientes puede curarse**. Por este motivo, la prevención secundaria se centra en la participación en los programas de detección precoz:

<p>Grupo de riesgo alto (antecedentes familiares o personales)</p>	<p>Revisiones frecuentes y considerar otras pruebas como la colonoscopia</p>
<p>Grupo de riesgo medio (mayores de 50 años sin antecedentes)</p>	<p>Programas bianuales de cribado por TSOH a partir de los 50 años</p>
<p>Grupo de riesgo bajo (menores de 50 años sin antecedentes)</p>	<p>Actividad física frecuente y una dieta equilibrada, evitar el tabaco o el alcohol</p>

¹⁴ Physical activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. National Library of Medicine

¹⁵ Associations between the age at diagnosis and location of colorectal cancer and the use of alcohol and tobacco: implications for screening. National Library of Medicine

C. Prevención terciaria

En la prevención terciaria, las personas que hayan sido diagnosticadas deben seguir un adecuado control médico para **mantener**, en lo posible, su **calidad de vida** durante todo el proceso de la enfermedad. Esto incluye:

- Medidas de vigilancia postratamiento.
- Detección precoz de recidivas.

En Cigna, se ofrece orientación sobre los mejores especialistas y centros médicos que ofrecen su apoyo en el manejo de patologías crónicas y, además, ofrecen consejo sobre cómo adoptar un estilo de vida más saludable que contribuya a minimizar los efectos de la enfermedad.

3.3. Cáncer de próstata

3.3.1. Situación

El **cáncer de próstata** ocupa la primera posición entre los tumores que afectan a los varones, siendo la **segunda causa de mortalidad** por cáncer (por detrás del tumor de pulmón y colorrectal). Su incidencia **aumenta de manera proporcional a la edad de los hombres**, afectando, principalmente, a los **mayores de 70 años**.

Para 2024, se espera que se diagnostiquen en España unos 30.316 casos nuevos de **cáncer de próstata**, según muestran los datos de la SEOM.

3.3.2. Factores de riesgo

Al igual que en otros cánceres, **no se conoce la causa exacta** del cáncer de próstata, pero se ha demostrado que ciertos **factores, modificables y no modificables**, pueden actuar como **desencadenantes** para su aparición.



Factores no modificables

- **Grupo poblacional al que se pertenece.** El cáncer de próstata es hasta un 70% más frecuente en varones afroamericanos.
- **Antecedentes familiares.** Un 10% de los casos presenta un componente hereditario.
- **Edad.** El 60% de los casos se da en personas mayores de 65 años.
- **Nivel de andrógenos o cambios genéticos** (mutaciones en los genes BCRA1 y BCRA2).

Factores modificables

Unos **malos hábitos alimentarios** (consumo continuo de grasas y carne roja), la **obesidad** (intensifica la agresividad del cáncer) o la **exposición profesional a determinados elementos químicos** (como al cadmio) son factores que inciden en el desarrollo de este tipo de cáncer.

3.3.3. Diagnóstico

Aunque es el segundo tipo de cáncer que más muertes provoca entre los hombres, sus datos de **supervivencia neta tras cinco años son del 90%**. Así pues, los expertos aconsejan una actitud sensata respecto a la detección excesiva, ya que podría conducir al sobrediagnóstico y sobret ratamiento.

Los **síntomas del cáncer de próstata** suelen concentrarse en el **tracto urinario inferior**: necesidad de orinar con mayor frecuencia, urgencia-incontinencia, dolor y escozor durante la micción, demora en el comienzo de la micción, retención urinaria, sensación de vaciado incompleto de la vejiga, sangre en la orina o en el semen o goteo posmiccional.

Mediante exámenes como el **tacto rectal** y, especialmente, la **prueba del antígeno prostático específico (PSA)**, el médico podrá **determinar si se trata de un cáncer de próstata** o de alguna de las **enfermedades benignas** que comparten la misma sintomatología, como la prostatitis o la hiperplasia benigna de próstata.

3.3.4. Tratamiento

Tras confirmar el diagnóstico y descubrir en que estadio está la enfermedad, el especialista evaluará los **niveles de PSA**, la **edad y esperanza de vida** de la persona afectada, así como el **grupo de riesgo** en el que se enmarca y decidirá cuál es el **tratamiento más idóneo para cada paciente**.

Basándose en todos esos elementos, los **posibles tratamientos** pueden ir desde una **vigilancia activa**, pasando por **radioterapia o tratamientos hormonales**, hasta una **prostatectomía radical**.



3.3.5. Plan de salud

Un plan de salud frente al cáncer de mama debería incluir una **prevención a tres niveles**:

A. Prevención primaria

Para **prevenir la aparición del cáncer** de próstata es necesario:

- Seguir una dieta con bajo contenido en grasas y lácteos y rica en frutas y verduras.
- Hacer ejercicio físico frecuente.
- Mantenimiento de un peso saludable.

B. Prevención secundaria

La prevención secundaria del cáncer de próstata incluye los programas de cribado y la realización de la prueba de PSA (antígeno prostático específico).

C. Prevención terciaria

Por su parte, la prevención terciaria incluye medidas de vigilancia postratamiento y detección precoz de recidivas.

3.4. Cáncer de pulmón

3.4.1. Situación

El cáncer de pulmón es el tercer **tumor más diagnosticado en España**, -con una estimación de 32.768 casos nuevos para 2024- y la **primera causa de fallecimiento por cáncer**, con más de 22.000 muertes anuales.

Su incidencia es mayor en los hombres (22.483) que en las mujeres (10.285). Sin embargo, en los últimos años, ha habido un **descenso de casos entre los varones** -quienes han reducido el consumo de tabaco- y un **aumento entre la población femenina**, provocándose un incremento del número de fumadoras.

3.4.2. Factores de riesgo

Factores modificables

- **Tabaco.** Entre el 80-90% de los casos aparecen en fumadores, los cuales tienen una probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón entre 10 y 20 veces superior al de las personas que no fuman. Además, los fumadores pasivos también experimentan un riesgo mayor a quienes no están expuestos al humo del tabaco; por ello, es importante que evitar compartir espacios con los fumadores.
- **Exposición al radón en interiores.** El radón es un gas que se genera por desintegración radiactiva natural del uranio presente en suelos y rocas. Su concentración puede llegar a ser elevada en espacios cerrados. Según la OMS, el radón representa la segunda causa de cáncer de pulmón en todo el mundo, después del tabaco, y la primera en no fumadores.
- **Contaminación¹⁶.** Los expertos estiman que la contaminación presente en el aire produce, al año, medio millón de muertes por el desarrollo de cáncer de pulmón y 1,6 millones de fallecimientos por EPOC.
- **Exposición profesional a elementos químicos.** Los trabajadores expuestos al amianto (minería, industria textil, aislamientos), así como al petróleo y sus derivados, muestran un mayor porcentaje de cáncer de pulmón y pleura. Este tipo de tumores están también asociados al contacto con níquel y arsénico.



¹⁶ Air Pollution and Non-Communicable Diseases. The Forum of International Respiratory Societies' Environmental Committee

Factores no modificables

- **Edad y género.** El riesgo de contraer cáncer de pulmón va en paralelo con el envejecimiento. Además, es un tumor que es tres veces más frecuente en hombres que en mujeres.
- **Antecedentes familiares.** Parientes de primer grado de pacientes con cáncer de pulmón incrementan el riesgo de padecer esta patología.
- **Enfermedades benignas.** Aquellos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis pulmonar idiopática o esclerodermia tienen más posibilidad de desarrollar cáncer de pulmón.

3.4.3. Diagnóstico

Ante la presencia de **síntomas** (como tos persistente, cambios en la voz, disfagia o dolor de espalda), el especialista elaborará una **historia clínica** y llevará a cabo la **exploración física** del paciente.

Tras evaluar los datos recogidos, podrá considerar necesaria la realización de una serie de pruebas que le ayuden a **emitir su diagnóstico**: análisis de sangre y orina y TAC de baja dosis, especialmente en fumadores broncoscopia y punciones.

Si el diagnóstico se sospecha con imagen, como el **escáner**, por PET-TC, resonancia magnética cerebral, lo confirma el patólogo tras la valoración de las muestras obtenidas a través de biopsias (fibrobroncoscopia, EBUS, biopsia transtorácica o quirúrgica).

3.4.4. Tratamiento

Los tratamientos más indicados para el cáncer de pulmón son la **cirugía**, la **radioterapia**, **quimioterapia**, **terapias dirigidas**, **inmunoterapia** o **combinaciones de éstas**.

La **intervención quirúrgica** es la prueba más datos en términos de curación ha obtenido en los **cánceres no microcíticos** en estadios localizados. Las técnicas de radioterapia actuales también obtienen buenos resultados en curación en algunos tumores localizados, como la mayor parte del cáncer de pulmón es enfermedad avanzada (estadio III o IV) son las técnicas de quimioterapia, terapia dirigida, inmunoterapia las que aportan mejores resultados en supervivencia.

En cambio, en carcinomas microcíticos la **quimioradioterapia es la opción curativa en enfermedad limitada, algo poco habitual. Este tumor suele aparecer como enfermedad avanzada donde quimioinmunoterapia aportan los mejores resultados.**

3.4.5. Plan de salud

A. Prevención primaria

Para **prevenir la aparición del cáncer de pulmón** es necesario **controlar los factores de riesgo**:

- No fumar y evitar ambientes con humo.
- Llevar una alimentación variada y equilibrada, con abundantes frutas, verduras y otros alimentos antioxidantes.
- Evitar trabajos donde se esté expuesto a sustancias como el asbesto, el arsénico o el humo de tabaco ambiental.
- No realizar radiografías de pecho que no sean estrictamente necesarias.
- Controlar los niveles de radón en casa. Sobre todo, si está ubicada en una zona con fuerte presencia de radón¹⁷.
- Los pacientes con EPOC deben acudir a revisiones frecuentes.

B. Prevención secundaria

Realizar un **diagnóstico precoz de una patología** antes de que se manifieste clínicamente, amplía las posibilidades de lograr un **tratamiento curativo** y puede **reducir su mortalidad**. Si una persona presenta los síntomas característicos del cáncer de pulmón, el médico evaluará la necesidad de solicitar determinadas **pruebas diagnósticas**:

- Análisis de sangre y orina.
- TAC tóraco abdómino pélvico.
- PET-TC.

¹⁷ [Acción frente al Radón](#). Ministerio de Sanidad

- Resonancia magnética cerebral (RNM).
- Tomografía computarizada (TAC) de baja dosis.
- Estudios de la función pulmonar.
- Gammagrafía pulmonar.
- Muestra de tejidos/biopsia del pulmón.
- Toracocentesis.
- Radiografía de tórax.

C. Prevención terciaria

Tras un diagnóstico afirmativo, la prevención terciaria pretende **prevenir las posibles secuelas** para mejorar la **calidad de la vida de los pacientes** durante todo el proceso. En Cigna, se ofrece orientación sobre los mejores especialistas y centros médicos que ofrecen su apoyo en el manejo de patologías crónicas y, además, ofrecen consejo sobre cómo adoptar un estilo de vida más saludable que contribuya a minimizar los efectos de la enfermedad.



4. Otros pilares básicos que contribuyen al bienestar integral de un empleado con cáncer

4.1. Cómo llevar a cabo un correcto descanso

Como consecuencia de los tratamientos y de la propia enfermedad, las personas con cáncer desarrollan una serie de **secuelas físicas y psicológicas**. Sin duda, **la que más afecta** a su calidad de vida **es la fatiga**, ya que **no desaparece** completamente tras dormir o descansar, **in-terfiere en las actividades diarias** y en el **ritmo de trabajo**, y puede tener una **duración prolongada** en el tiempo.

En este contexto, hay que tener en cuenta que quien padece un cáncer suele experimentar un cambio de prioridades, en el que **lo más importante es cuidarse**. Promover, **desde la empresa**, la enseñanza efectiva de **comporta-mientos de autocuidado** estimula la autonomía y la calidad de vida de los pacientes, lo cual refuerza su autocon-fianza e incrementa su **bienestar físico y psicológico**.



Al mismo tiempo, es aconsejable facilitar una **mayor flexibilidad horaria** que haga posible la conciliación entre el **trabajo, la familia y el tratamiento**, plantear una **reorganización de tareas**, respetar los **momentos de descanso** y poner a disposición del empleado una **zona privada** donde pueda reponer fuerzas o tomar su medicación.

4.2. Plan nutricional

La alimentación como parte de la prevención es esencial en cualquier ámbito de la vida, incluido el ámbito profesional.

Por un lado, las empresas deberían facilitar el acceso a **menús saludables** basados en la **dieta mediterránea** (frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, carnes magras y pescado), evitando ofrecer productos con excesivo aporte energético que contribuyen al desarrollo de obesidad, diabetes o hipertensión. Para ello, es esencial ofrecer una variedad de alimentos saludables dentro de los servicios de *vending*, *catering* y en los comedores colectivos y, además, ofrecer información u orientación directa mediante paneles informativos o reuniones a cargo del departamento médico de la empresa.

Por otro lado, las empresas pueden enfrentarse a un caso de un trabajador que ha padecido cáncer y, como consecuencia, tiene limitaciones en su alimentación normal. Estas limitaciones pueden aparecer por una dificultad mecánica en la ingesta y/o tolerancia digestiva que genera trastornos funcionales. Además, también se puede producir como factor de prevención de la obesidad, así como ocurre en los pacientes que han tenido tumores de próstata o mama. Para estos empleados, es aconsejable ofrecer alternativas dietéticas en el menú diario, así como permisividad en la frecuencia de consumo, permitiéndole un **mayor número de pausas** para tomar pequeños **tentempiés a lo largo de la jornada**.

El paciente con cáncer tiene como principal problema asociado la **alteración del estado nutricional con pérdida de peso**, tanto por pérdida de masa muscular, como de grasa. Las alteraciones metabólicas asociadas generan problemas de sensibilidad al sabor y al olor, e incremento de peso (a expensas de grasa y edema). También puede dar lugar a una patología metabólica inmunomediada, como consecuencia del tratamiento con inmunoterapia produciendo pancreatitis, tiroiditis o hipotiroidismo entre otras.

Sin embargo, una correcta alimentación es clave para obtener la **energía necesaria para afrontar el tratamiento**, soportar mejor los **efectos secundarios**, reducir el riesgo de **infecciones** y mantener correctamente el **peso y las reservas de nutrientes**.



4.3. Plan de actividades y ejercicio físico

La práctica de ejercicio en personas con cáncer **mejora la actividad cardiovascular, incrementa la fuerza muscular y rebaja los niveles de estrés, cansancio y depresión**. Diversos estudios¹⁸ afirman que aquellas personas que, tras superar un cáncer, son **físicamente activas** tienen un menor riesgo de recurrencia de la enfermedad y disfrutan de una **mayor calidad de vida**.

Fomentar iniciativas que impulsen la **actividad física y el deporte** es una buena medida para mejorar el bienestar de los empleados. Animar a los empleados a **desplazarse** al centro de trabajo **caminando o en bicicleta**, o financiar la **cuota del gimnasio** son algunas de las acciones que pueden implantarse.

4.4. Plan de deshabituación tabáquica

El tabaquismo es uno de los **mayores problemas de salud** en todo el mundo. La OMS afirma que el tabaco causa más de **8 millones de muertes al año**, de las cuales aproximadamente 1,2 se deben a la exposición al humo ajeno¹⁹.



A pesar de la necesidad de cambiar esta realidad, la nicotina presente en los productos de tabaco es tan adictiva que tan solo **el 4% de los fumadores que intenta dejar el tabaco lo consigue**. Con apoyo profesional, las probabilidades de éxito aumentan considerablemente.

Por este motivo, es importante que las empresas y los departamentos de RR.HH **respalden al empleado en su determinación** y faciliten su **tratamiento médico**. Además, pueden implementar un programa de **seguimiento y monitorización** de resultados, crear **grupos de apoyo** para fumadores y ex-fumadores y **promover actividades deportivas**.

¹⁸ [Effect of Exercise on Mortality and Recurrence in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis](#). National Library of Medicine.

¹⁹ [Global Burden of Disease](#). Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria

4.5. Plan de bienestar emocional

Recibir un diagnóstico de cáncer supone un **enorme impacto emocional**. El paciente oncológico se enfrenta desde ese momento a un largo proceso médico que a nivel psicológico no concluye con el fin de los tratamientos.

Emociones como **la incertidumbre, el miedo o la ira** son frecuentes que se mantengan en el tiempo y, a menudo, pueden ser difíciles de gestionar para el paciente. **Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo**, así como síntomas de **estrés postraumático o temor a la recidiva**, derivados del largo e intenso proceso de enfermedad, pueden del mismo modo estar presentes en esta etapa de supervivencia. Por todo ello, **recibir atención profesional** tras esta vivencia es necesario para muchos de estos pacientes.

El retorno al entorno laboral es un hito de gran importancia para los pacientes, que puede tener importantes beneficios psicológicos, tales como la **normalización de su vida**, como consecuencia de recobrar la rutina previa, o el **aumento de la autoconfianza y autoestima**, al poder recuperar tareas y roles interrumpidos por las limitaciones impuestas por la enfermedad y sus tratamientos. Asimismo, cabe destacar también, la positiva repercusión de recobrar interacciones sociales vinculadas al trabajo. No obstante, es importante no olvidar que **la vuelta al trabajo también supone un desafío no exento de dificultades y temores**. En este sentido, son frecuentes las preocupaciones sobre su capacidad para retomar las tareas habituales tras los tratamientos, temor a sentirse discriminado, a no cumplir las expectativas o sobre cómo enfrentarse de nuevo a las relaciones personales en el entorno laboral.

Las **compañías**, desde su posición, tienen la **posibilidad** de facilitar el proceso de adaptación de su empleado desde diferentes ángulos, proporcionando **asistencia psicológica** y otros **instrumentos** que ayuden a los empleados a **gestionar sus emociones**:

- Proporcionar **asistencia psicológica** que ayude al trabajador superviviente de cáncer a gestionar sus emociones y dotarlo de las herramientas necesarias para facilitar su reincorporación laboral.
- Favorecer un **proceso de incorporación progresivo** que facilite la adaptación del paciente con mayor seguridad y percepción de capacidad.
- Permitir y facilitar los **apoyos y adaptaciones necesarias** que le ayuden a aumentar la seguridad en sí mismo en el proceso de readaptación laboral (flexibilidad, comunicación continua, adaptación de tareas, descansos, permisos para visitas médicas, etc.).

- **Espacios informativos con el resto de los empleados** en los que se facilite orientación para gestionar el regreso de compañeros con bajas médicas oncológicas prolongadas (cómo brindar apoyo, co-municación, mitos sobre el cáncer, manejo de expectativas, etc.).
- **Espacios de diálogo** con otros empleados que hayan atravesado la misma situación y que incluso puedan tutorizar de alguna manera ese retorno.
- Facilitar y promover **actividades y espacios para el autocuidado:** ejercicio físico y deporte, exposición a la luz natural, áreas de descanso, etc.



4.6. Plan para cuidado de la piel

La **quimioterapia y la radioterapia** son los tratamientos más utilizados frente al cáncer. Uno de sus **efectos secundarios** más comunes es el de provocar **alteraciones cutáneas** (como los exantemas, las xerosis, sequedad, radiodermatitis, entre otras), que requieren intervenciones para paliar los síntomas que provocan. En muchos casos, no son alteraciones importantes, pero sí **muy limitantes y alteran notablemente la calidad de vida** de las personas que las padecen.

El entorno de trabajo afecta directamente a la piel. Si la persona trabaja al **aire libre** deberá llevar siempre **factor de protección solar SPF 50+** para protegerse del sol, así como llevar **barreras físicas** mediante la utilización de gorros, gafas de sol, manga larga, etc. Hay que tener en cuenta también que los problemas de piel se pueden ver **agravados** si el trabajo se desarrolla en un **entorno húmedo** o en contacto con **suciedad o sustancias peligrosas**. En estas situaciones, es indispensable proporcionar al trabajador las **pautas y los materiales específicos** (guantes, productos hidratantes, limpiadores...) **para proteger y cuidar adecuadamente su piel.**

La continuidad en los cuidados dermatológicos es esencial. Llevar a cabo una **limpieza y una higiene** corporal adecuada ayuda a mantener la piel íntegra. La **hidratación** también es fundamental en el cuidado diario, además, ante una agresión externa como un golpe o rasguño, si la piel está hidratada tendrá más elasticidad y existirá menos riesgo de producirse una herida. La **temperatura ambiental** también afecta a la hidratación de la piel y las mucosas, por lo que no es recomendable someterse a cambios bruscos de temperatura. En caso de presentar sequedad, hay que insistir en la hidratación de la piel y los labios, así como en la adecuada ingesta de agua. La hidratación es recomendable hacerla mediante la aplicación de cremas sin perfume, con urea o glicerina, que hidraten y respeten el pH de la piel.

El **prurito o picor de piel** es otro efecto secundario que resulta muy incómodo para el trabajador. Si lleva uniforme, en algunos casos estos se lavan a altas temperaturas con detergentes que pueden irritar una piel sensible. El uso de ropa de algodón disminuye esta sensación de picor al dejar transpirar la piel.

Las uñas también pueden verse afectadas por los tratamientos de quimioterapia, debilitándolas y rasgándolas, por lo que, al igual que la piel, tienen que hidratarse. Para ello, se puede aplicar hidratantes para la cutícula y la zona ungueal, así mismo llevar las uñas cortas disminuirá las posibles complicaciones. El uso de guantes de algodón al realizar actividades que provoquen algún tipo de traumatismo (uso de martillo o taladro, por ejemplo) es recomendable como complemento a los guantes protectores, de cara a aumentar la protección de las manos y uñas.

Cualquier lesión que se advierta en la piel tendrá que **consultarlo con el dermatólogo**. No obstante, hay que tener en cuenta que, así como sucede en el caso de la radioterapia, hay lesiones que aparecen a los años de haberse tratado.



MD Anderson
~~Cancer Center~~
Madrid • España