

IMPACTO DEL LINFEDEMA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

LYMPHEDEMA IMPACT ON QUALITY OF LIFE IN BREAST CANCER PATIENTS

Carmen Yélamos, Francisco Montesinos, Ana Eguino, Belén Fernández, Ana González, Marisa García y Ana Isabel Fernández.

Asociación Española Contra el Cáncer

Resumen

El presente artículo revisa el impacto del linfedema en la calidad de vida de una muestra de mujeres operadas de cáncer de mama, con o sin linfedema. Participaron en el estudio 515 mujeres con cáncer de mama, 253 a las que su médico les había diagnosticado linfedema y 262 sin diagnóstico de linfedema. A todas las mujeres se les administró una entrevista estructurada elaborada ad hoc. En una segunda fase del estudio, 52 mujeres con linfedema y 55 mujeres sin linfedema completaron el cuestionario sobre calidad de vida FACT-B+4 (4ª versión).

Se presentan los datos descriptivos del perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres con y sin linfedema, así como la valoración del impacto en la calidad de vida, del nivel de información sobre la prevención y el tratamiento del linfedema y de las necesidades psicosociales asociadas y del acceso a los recursos psicosociales.

Las pacientes con linfedema y sin linfedema no se diferenciaron en su perfil socio-demográfico, a excepción de la edad. El perfil clínico de las mujeres con y sin linfedema difirió en variables como la fase de diagnóstico y el tratamiento recibido. La valoración de la calidad de vida mostró que las pacientes con linfedema tenían un peor estado físico de salud, un estado emocional significativamente más negativo y una peor calidad de vida global.

Palabras clave: Linfedema, calidad de vida, cáncer de mama.

Abstract

This paper revises lymphoedema impact in a sample of women's quality of life, after breast cancer surgery, with or without lymphoedema diagnosis. 515 breast cancer patients cancer took part in this research, 253 of whom with lymphoedema diagnosis, 262 without. In a first stage, all women answered a structured ad hoc interview. In a second stage, 52 women with lymphoedema and 55 women without lymphoedema answered FACT-B+4, a specific quality of life questionnaire.

Descriptive data of sociodemographic and clinical profile coming from women with or without lymphoedema diagnosis are presented. Evaluation of quality of life, degree of information about prevention and lymphoedema treatment, psychosocial associated needs and access to psychosocial resources impact is also described.

Women with and without lymphoedema diagnosis did not show any differences relating sociodemographic profile, except for age item. Patients' clinic profile did not show any difference in diagnostic stage and received treatment variables. The evaluation of quality of life showed that patients with lymphoedema diagnosis had worse physical condition than women without lymphoedema diagnosis, a significantly more negative emotional health and worse global quality of life.

Key words: Lymphoedema, quality of life, breast cancer.

Correspondencia:

*Asociación Española Contra el Cáncer
C/ Amador de los Ríos nº 5 28010 Madrid
E-mail: carmen.yelamos@aecc.es*

INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer de mama ha aumentado gradualmente en los últimos años, siendo más frecuente en los países económica e industrialmente más desarrollados. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina mundial y actualmente es el cáncer más frecuente (considerando hombres y mujeres conjuntamente), adelantando por primera vez al de pulmón en ese primer puesto⁽¹⁾. La tasa ajustada mundial estimada de cáncer de mama en 2002 es de 37,4 casos cada 100.000 habitantes/año, siendo superior en Europa del Norte (82,5 casos cada 100.000 habitantes/año), Europa del Sur (62,4 casos cada 100.000 habitantes/año) y también en España (50,9 casos cada 100.000 habitantes/año). La norteamericana es bastante superior a la media mundial (99,4 casos cada 100.000 habitantes/año) mientras que la de países en desarrollo es de 23,8 casos cada 100.000 habitantes/año⁽²⁾. En España se diagnostican unos 16.000 casos al año, lo que representa el 24,6% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65^(3,4). Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz. El aumento de la incidencia se estima en un 1-2% anual y es constante desde 1960 en Estados Unidos.

Igual que para la incidencia, la mortalidad por cáncer de mama en España es de las más bajas de Europa: la tasa ajustada en 2002 es de 15,9 fallecimientos cada 100.000 habitantes/año. En España fallecen unas 6.000 mujeres al año por cáncer de mama, lo que representa el 16,7% de todos los fallecimientos por

cáncer del sexo femenino, y el 3,3% del total de muertes entre las mujeres. La edad media del fallecimiento por cáncer de mama en nuestro país es de 66 años. El 78% de las mujeres que padecen un cáncer de mama en España sobreviven más de 5 años, porcentaje próximo al de países muy desarrollados, como Francia, Suecia, Suiza, Italia, o EE.UU. (81% de supervivencia a los 5 años). Se trata de una supervivencia global, sin tener en cuenta edad, tipo histológico o fase de la enfermedad. La supervivencia en nuestro país ha mejorado notablemente en los últimos años (del 64% para casos diagnosticados entre 1980 y 1985 al 78% para los diagnosticados entre 1990 y 1994), y se espera que esta tendencia continúe. Dado el elevado porcentaje de mujeres que sobreviven al cáncer de mama, la calidad de vida de las mismas debería ocupar un lugar prioritario. Uno de los aspectos que más interfiere en la calidad de vida de las mujeres operadas de cáncer de mama es el linfedema, frecuente cuando hay implicación de la enfermedad en los ganglios linfáticos o tras la disección de éstos (ej. en el caso de la linfadenectomía axilar).

El linfedema es el acúmulo de líquido rico en proteínas (linfa) en una extremidad como resultado de una sobrecarga del sistema linfático, en el que el volumen de linfa acumulada excede a la capacidad de drenaje de la misma. Generalmente se define el linfedema como el incremento del volumen del brazo superior a un 10%. Es una de las complicaciones que pueden aparecer como consecuencia de los tratamientos del cáncer de mama. El riesgo de mujeres tratadas de cáncer de mama que desarrollarán un linfedema no está claro, estableciéndose una incidencia estimada que oscila desde un 6,7% hasta un 62,5%^(5,6). Kissin et al.⁽⁷⁾ informó de una tasa de incidencia del 25,5% con una prevalencia mayor

(38,3%) en aquellas mujeres que habían recibido disección axilar seguida de radioterapia. Entre los factores de riesgo asociados a la aparición del linfedema destacan la mayor extensión de la cirugía axilar, un mayor número de ganglios afectados, hematoma axilar, seroma o infección postoperatorios, y el tratamiento con radioterapia sobre la axila^(8,9). Un edema tardío se relaciona habitualmente con la administración de radioterapia y con el gradual desarrollo de tejido fibroso⁽¹⁰⁾. El linfedema es un proceso crónico que repercute en las afectadas de manera significativa durante el resto de su vida, siendo frecuente encontrar en las mujeres afectadas debilidad, rigidez, durezas, dolor, pérdida de sensación y un rango más restringido de movimientos del brazo afectado.

En la actualidad no existe tratamiento médico o quirúrgico eficaz para el linfedema una vez que éste hace su aparición, por lo que son fundamentales las medidas destinadas a su prevención y cuidado. En este sentido, la cobertura de nuestro Sistema Nacional de Salud es muy deficitaria. Existen muy pocos recursos especializados tanto para la prevención, el tratamiento y el cuidado adecuado de este colectivo, como para cubrir las necesidades psicosociales que el linfedema conlleva. Aunque el Drenaje Linfático Manual y las medidas de contención aplicados por un fisioterapeuta permiten reducir y controlar el linfedema^(11,12), éste no llega a desaparecer, y el riesgo de que vuelva a aparecer persiste y por tanto, las medidas preventivas deben estar siempre presentes. Por este motivo se ha planteado la necesidad de un consenso internacional en torno al manejo del linfedema⁽¹³⁾.

Dado que el cáncer de mama está pasando a ser considerado una enfermedad crónica, los objetivos perseguidos en el tratamiento han cambiado, de ma-

nera que adquiere mayor relevancia el manejo de los síntomas y la calidad de vida del paciente. En este sentido, han cambiado las expectativas que albergan pacientes, familiares y cuidadores en relación al paciente, de manera que lo que se espera ahora es que éste pueda llevar una vida lo más normalizada posible⁽¹⁴⁾. Sin embargo, el riesgo de linfedema en pacientes sometidas a disección axilar seguida de radiación es elevado, y no sólo puede presentarse inmediatamente tras la cirugía, sino que su aparición es posible incluso años después del paso por el tratamiento quirúrgico. De este modo, el linfedema y sus consecuencias pueden constituir un importante obstáculo para que el paciente pueda mantener su calidad de vida y hacer la vida normal que todos esperan.

Tras la cirugía por cáncer de mama son frecuentes los problemas relacionados con el brazo (hinchazón, debilidad, movilidad limitada, agarrotamiento y dolor), sobre todo en los primeros meses, y estos problemas incrementan la probabilidad de malestar emocional⁽¹⁵⁾. Los problemas son más habituales cuando la cirugía incluye disección axilar⁽¹⁵⁾. La relevancia de la morbilidad relacionada con brazo y hombro es puesta de relieve por el hallazgo de que ésta, junto con el miedo a la recurrencia del cáncer, es la fuente de *destrés* más importante tras el tratamiento por cáncer de mama⁽¹⁶⁾. Incluso síntomas mínimos informados pueden tener un impacto significativo sobre la calidad de vida de las pacientes⁽¹⁷⁾.

Diferentes estudios realizados en población americana reflejan que el linfedema conlleva un incremento de la discapacidad, alteraciones funcionales, alteración de la imagen corporal, peor adaptación a la enfermedad, dificultades en su entorno familiar, pérdida de la autoestima, aislamiento social y difi-

cultades laborales, alterando considerablemente la calidad de vida de la mujer^(15,18-22). Así, se han detectado respuestas emocionales como shock, miedo y frustración asociadas al linfedema⁽²²⁾.

Tobin et al⁽¹⁹⁾ encontraron mayor frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes de cáncer de mama con linfedema que en aquellas que no lo padecían habiendo recibido el mismo diagnóstico y tratamientos. Morgan et al⁽²²⁾ informan de niveles superiores de deterioro funcional, peor ajuste psicológico, y mayor frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con linfedema en comparación con la población general. La sintomatología asociada al linfedema ha sido correlacionada con peor funcionamiento físico y social y peor calidad de vida⁽¹⁷⁾. Passik et al⁽²³⁾ encontraron niveles elevados de malestar emocional y de disfunción sexual, funcional y social, en pacientes con linfedema. Cuando el linfedema se presentaba en el brazo correspondiente a la mano dominante, el malestar emocional y la insatisfacción sexual eran superiores. Además, la presencia de dolor asociado al linfedema, independientemente de su severidad, implicaba una mayor afectación emocional y mayores dificultades de ajuste en el funcionamiento físico y psicológico. Este dolor, que en la mayoría de los casos estudiados en este estudio estaba infratratado, estaba asociado a menor percepción de apoyo social⁽²³⁾. No obstante, aunque el linfedema no esté asociado a dolor, las limitaciones que puede suponer sobre movimientos necesarios para un normal funcionamiento diario (como peinarse, cerrar una cremallera, quitarse un jersey o alcanzar objetos colocados en alto), pueden estar relacionadas con la afectación de la calidad de vida⁽¹⁷⁾. Además de estar asociada al dolor, una peor calidad de vida en pacientes con linfedema está relacionada

a la mayor frecuencia de episodios inflamatorios, calidad de la piel, presencia de linfedema en el brazo dominante y movilidad reducida del miembro⁽²²⁾.

Cuando el linfedema va acompañado de un estilo de afrontamiento evitativo, las dificultades de ajuste se incrementan⁽¹⁸⁾. Entre los problemas detectados en pacientes con linfedema destacan las molestias asociadas al peso del brazo afectado y la desfiguración física, problemas que pueden tener su repercusión en el ámbito laboral, doméstico y social de la paciente, debido a las posibles dificultades en el desempeño de diferentes tareas y al cambio en la apariencia externa⁽²⁴⁾. El desarrollo del linfedema puede contribuir a generar percepciones negativas de la imagen corporal, ansiedad social, pensamientos derrotistas, y puede convertirse en un recordatorio constante de la experiencia del cáncer e incrementar el miedo a la recidiva y las preocupaciones persistentes sobre la enfermedad⁽¹⁸⁾. La demora en el diagnóstico del linfedema también ha sido señalada como un factor que contribuye a acrecentar las repercusiones físicas, psicológicas y emocionales de éste^(25,26). Se han detectado limitaciones en la conciencia sobre el linfedema y dificultades en el acceso a la información⁽²⁵⁾. Se hace necesario delimitar las funciones de los profesionales sanitarios implicados en la transmisión de información y la prevención, tal como sugieren algunos estudios que han detectado la preocupación del personal sanitario sobre su falta de conocimientos y habilidades y la incertidumbre en torno a su papel en el cuidado del linfedema^(22,27).

Por lo tanto, la constatación de la morbilidad asociada al linfedema y situación en que éste está siendo abordado ha llevado a sugerir desde hace años que los efectos del linfedema no deben ser ignorados, sino valorados y

atendidos por los profesionales competentes⁽¹⁹⁾. Aunque la biopsia del ganglio centinela conlleva una menor frecuencia de linfedema en las pacientes, el riesgo y la consiguiente afectación de la calidad de vida siguen existiendo⁽²⁸⁾. En la actualidad no existe tratamiento médico o quirúrgico eficaz para el linfedema una vez que éste hace su aparición, por lo que son fundamentales las medidas destinadas a su prevención y cuidado. La prevención e información precoces son enormemente importantes considerando la morbilidad asociada al linfedema una vez que éste se desarrolla⁽¹⁸⁾. Además, dado que el tratamiento no alivia por completo los síntomas asociados al linfedema, son necesarias intervenciones complementarias que palien el deterioro de la calidad de vida y aborden la sintomatología detectada (alteraciones perceptivas, pérdida de confianza en el cuerpo, actividad física disminuida, fatiga, *distress* psicológico)⁽²⁹⁾.

Considerando lo anterior, y partiendo del hecho de que un alto porcentaje de pacientes con cáncer de mama tienen riesgo de linfedema, se puede afirmar que se ha prestado una mínima atención a las consecuencias psicológicas derivadas de esta patología. Muchas mujeres con linfedema sufren serias limitaciones en su calidad de vida debido a cambios inevitables en su estilo de vida. Existen muy pocos estudios realizados en población española que nos permitan conocer y comprender con profundidad cuáles son las carencias y necesidades psicosociales de las mujeres con cáncer de mama y linfedema. El presente estudio pretende cubrir este vacío de información.

El propósito inicial de este estudio era conocer la realidad social, el impacto y las necesidades que tiene el colectivo de mujeres con cáncer de mama que padecen linfedema, para poder así dise-

ñar actuaciones que permitan mejorar tanto la calidad de vida de las mismas como la mejor atención socio-sanitaria necesaria para ellas. En concreto, el estudio ofrece una panorámica de la situación de estas pacientes en relación al perfil sociodemográfico, perfil clínico, impacto del linfedema en su calidad de vida, nivel de información sobre la prevención y tratamiento del linfedema, necesidades psicosociales asociadas y valoración del acceso a recursos psicosociales. Posteriormente se realizó un segundo estudio, en el que el objetivo era comparar la calidad de vida de una muestra de mujeres operadas de cáncer de mama con diagnóstico de linfedema con otra muestra de mujeres operadas de cáncer de mama sin linfedema.

PRIMER ESTUDIO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E IMPACTO DEL LINFEDEMA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

MÉTODO

Muestra

Se trata de un estudio descriptivo y, aunque la muestra no pretende ser estadísticamente representativa, al no existir otros estudios con población española, tiene un enorme interés desde un punto de vista exploratorio. A través de las sedes provinciales y locales de la Asociación Española Contra el Cáncer se invitó a participar de forma voluntaria en este estudio a mujeres con cáncer de mama, con o sin linfedema, que se encontraran libres de enfermedad y con tratamiento adyuvante para el cáncer finalizado en el momento del estudio (aunque podían estar recibiendo todavía tratamiento hormonal).

Un total de 515 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama participaron de forma voluntaria en el estudio: 253 pacientes a las que su médico les había comunicado que tenían linfedema y 262 pacientes sin diagnóstico de linfedema. La edad media de las mujeres fue de 56 años. El 70,8% de ellas estaban casadas, el 49,9% tenían estudios primarios o el graduado escolar. La mayoría eran amas de casa (46,6%) o jubiladas (18,4%).

La procedencia geográfica de las pacientes era muy diversa e incluía grupos de entre 27 y 62 mujeres que residían en doce provincias (Lleida, Albacete, Granada, Burgos, Zamora, Madrid, Cádiz, Mallorca, Córdoba, Girona, Almería y Cáceres) pertenecientes a siete comunidades autónomas distintas (Castilla-La Mancha, Madrid, Cataluña, Andalucía, Castilla y León, Islas Baleares y Extremadura).

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes procedimientos de evaluación:

1. Entrevista clínica estructurada (elaborada específicamente para el presente estudio). Incluye distintos tipos de preguntas dirigidas a conocer las características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral) y clínicas (estadio diagnóstico, tratamientos recibidos, extirpación de ganglios) de las mujeres participantes en el estudio, la descripción del linfedema, las medidas de prevención del linfedema realizadas, la calidad de vida y la afectación en la vida cotidiana derivadas del linfedema (trabajo, responsabilidades domésticas, vida social y actividades de ocio, forma de vestir y cuidado personal, relaciones sexuales y de pareja).

2. Evaluación del perfil clínico del linfedema. Para cada paciente, el fisioterapeuta recogió información sobre el linfedema, medidas, dolor, etc. a través de una ficha elaborada específicamente para el presente estudio.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

En general, las mujeres con linfedema y sin linfedema no se diferencian en su perfil sociodemográfico. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con y sin linfedema en variables como el estado civil, nivel de estudios o situación laboral actual. La única excepción a esta ausencia de diferencias se observa en la variable edad: en el grupo de las pacientes con linfedema se encontró un mayor número de mujeres con edades comprendidas entre 66 y 75 años que en el grupo de pacientes sin linfedema, mientras que en este último grupo ha-

Tabla 1. Perfil sociodemográfico

Perfil sociodemográfico		
Edad (años)	Diagnóstico linfedema	
	SÍ	NO
< 35	4 1,6%	5 1,9%
35 - 45	24 9,5%	48 18,3%
46 - 55	75 29,6%	90 34,4%
56 - 65	83 32,8%	83 31,7%
66 - 75	47 18,6%	24 9,2%
> 76	20 7,9%	12 4,6%

bía un mayor número de mujeres entre 35 y 45 años (Chi-cuadrado = 18,774; $p < 0,05$). (Ver Tabla 1)

Datos clínicos. Perfil clínico de la enfermedad

El perfil clínico de las mujeres con y sin linfedema difiere de forma estadísticamente significativa en una serie de características. En primer lugar, en comparación a las pacientes sin linfedema, entre las pacientes con linfedema hay más mujeres cuyo cáncer de mama les fue diagnosticado en una fase de afectación locorregional o de enfermedad metastásica (Chi-cuadrado = 15,964; $p < 0,05$) (Ver Tabla 2).

También se ha encontrado cierta asociación entre el linfedema y el tratamiento que las mujeres recibieron

para su cáncer de mama. En concreto, la presencia de linfedema aparece asociada a la administración de radioterapia para el cáncer de mama, mientras que la ausencia de linfedema está más relacionada con la cirugía conservadora y la hormonoterapia. De hecho, un mayor porcentaje de pacientes sin linfedema que está recibiendo actualmente tratamiento hormonal (56,3% frente a 44,2%). Sin embargo, no existen diferencias entre las mujeres con y sin linfedema que han recibido mastectomía o quimioterapia para su cáncer de mama (Ver Tabla 3).

Además, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con linfedema y sin linfedema en cuanto a la extirpación de ganglios de la axila o en cuanto al número de ganglios extirpados, en el grupo de mu-

Tabla 2. **Datos clínicos, Estadio en el diagnóstico de cáncer de mama**

		Diagnóstico linfedema	
		SÍ	NO
Estadio en el diagnóstico de cáncer de mama	Afectación locorregional (ganglios linfáticos axila)	121 51,3%	102 39,5%
	Enfermedad metastásica (diseminación otras partes del cuerpo)	10 4,2%	4 1,6%

Tabla 3. **Datos clínicos, Tratamientos oncológicos recibidos**

		Diagnóstico linfedema		Chi-cuadrado de Pearson	Sig, Asintótica (bilateral)
		SÍ	NO		
Tratamientos oncológicos recibidos	Cirugía conservadora	69 27,5%	98 37,5%	5,889	0,015
	Radioterapia	188 74,9%	162 62,1%	9,740	0,002
	Hormonoterapia	110 43,8%	140 53,6%	4,933	0,026

Tabla 4. **Datos clínicos, Número de ganglios axilares afectados**

		Diagnóstico linfedema	
		SÍ	NO
Nº ganglios axilares afectados	De 4 a 9 ganglios	41 18,8%	17 7,1%

Tabla 5. **Datos clínicos, Situación actual de la enfermedad**

		Diagnóstico linfedema	
		SÍ	NO
Situación actual de la enfermedad	Ha tenido una recidiva	21 8,4%	8 3,1%

jes con linfedema se ha encontrado un mayor número de ganglios extirpados afectados por el tumor. Así, entre las pacientes con linfedema el porcentaje de mujeres en las que se encontró entre 4 y 9 ganglios extirpados afectados por el tumor fue mayor que entre las mujeres sin linfedema (Chi-cuadrado = 15,164; $p < 0,05$) (Ver Tabla 4).

También se ha encontrado una relación entre la recidiva del cáncer y el linfedema, de forma que entre las pacientes con linfedema hay un mayor porcentaje de mujeres que actualmente han tenido una recidiva que entre las pacientes sin linfedema (Chi-cuadrado = 11,671; $p < 0,05$) (Ver Tabla 5).

Por otro lado, y tal como era de esperar dada la propia definición de linfedema, el diámetro tanto del brazo derecho como del izquierdo y tanto a 10 cm. por encima de la flexura del codo como a 10 cm. por debajo de dicha flexura, era significativamente mayor entre las pacientes con linfedema que entre las pacientes sin linfedema, incluso controlando las diferencias entre dichas pacientes en

cuanto a su índice de masa corporal (Ver Tabla 6).

Además, según la valoración del fisioterapeuta, el estado de la piel del brazo afectado era regular o malo (ej. piel seca, enrojecida, con asimetrías del tejido adiposo) en un mayor número de pacientes con linfedema (26,8%) que entre las pacientes sin linfedema (13,3%). Lógicamente, también, las pacientes con linfedema informaban, en comparación al grupo de pacientes sin linfedema, de un mayor número de síntomas en el brazo, mano u hombro de la zona operada. Así, un mayor número de pacientes con linfedema presentan hinchazón en su brazo o mano, rigidez en el brazo u hombro, o limitación del movimiento (Ver Tabla 7).

Finalmente, el perfil clínico del linfedema en las pacientes que sufren este trastorno se concreta tal y como se describe a continuación. En la mayoría de dichas pacientes, la aparición del linfedema tuvo lugar o bien antes de los 6 meses desde que recibió el tratamiento para el cáncer de mama (28,3%) o bien

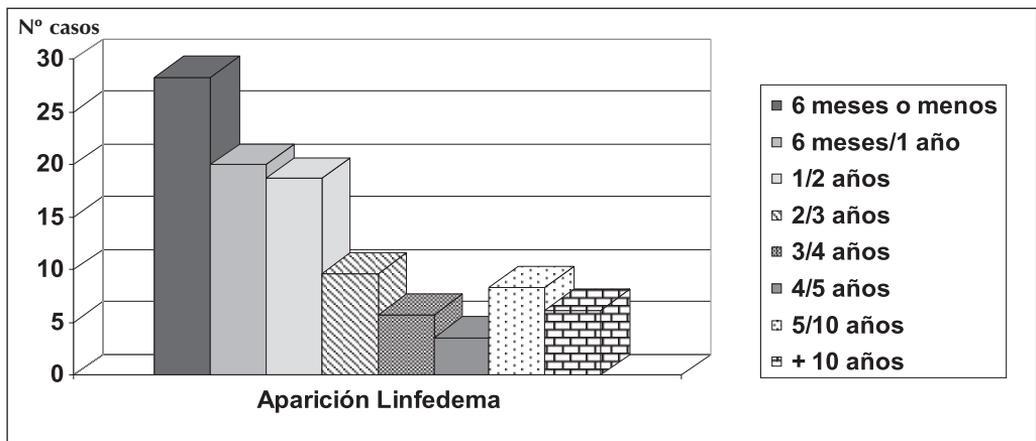
Tabla 6. Datos clínicos, Perfil físico del brazo

	¿Linfedema?	N	Media	Desviación típica		t	Sig (bilateral)
Peso	SI	221	70,20	11,98	3,857	0,000	
	NO	224	66,03	10,76			
Talla	SI	214	158,91	12,75	-7,799	0,425	
	NO	220	159,75	8,88			
Diámetro del brazo dcho, 10 cm, encima flexura codo	SI	219	30,94	7,15	2,167	0,031	
	NO	193	29,68	4,09			
Diámetro del brazo dcho, 10 cm, debajo flexura codo	SI	219	25,13	4,10	3,866	0,000	
	NO	193	23,70	3,40			
Diámetro del brazo izq, 10 cm, encima flexura codo	SI	219	31,22	5,21	4,094	0,000	
	NO	193	29,38	3,90			
Diámetro del brazo izq, 10 cm, debajo flexura codo	SI	218	25,29	4,57	5,250	0,000	
	NO	193	23,36	2,74			

Tabla 7. **Datos clínicos, Síntomas del brazo, mano u hombro de la zona operada**

		Diagnóstico linfedema		Valor Chi-cuadrado de Pearson	Sig. Asintótica (bilateral)
		SÍ	NO		
Síntomas del brazo, mano u hombro de la zona operada	Hinchazón	204 83,6%	87 36,4%	112,335	0,000
	Rigidez	51 20,9%	26 10,9%	9,051	0,003
	Limitación movimiento	78 32%	56 23,5%	4,274	0,039
	Estado de la piel	regular	42 20,5%	22 11,7%	12,328
malo		13 6,3%	3 (1,6%)		

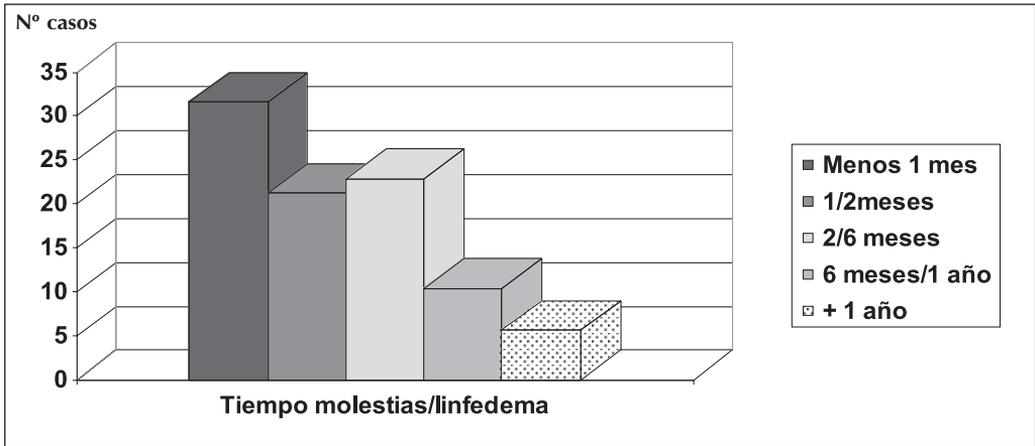
Figura 1. **Aparición del linfedema**



entre 6 meses y un año (20%). El diagnóstico del linfedema tuvo lugar menos de dos meses después de que notara los primeros síntomas o molestias en el brazo (51,8%). Además el linfedema estaba siendo tratado (75,2%), principalmente mediante drenaje linfático manual (59,9%), ejercicios específicos (53,9%) y medias de compresión (52,2%). Por otro lado, y tal como era de esperar dado el proceso de selección de la muestra de

participantes, la mayoría de las pacientes con linfedema de este estudio están recibiendo tratamiento para su linfedema a través del servicio de fisioterapia especializado de la Asociación Española Contra el Cáncer (81%), mientras que tan sólo un 14,9% de pacientes recibe tratamiento en el servicio de fisioterapia de un hospital público y un 6,8% en un centro de fisioterapia privado (Ver Figuras 1 y 2).

Figura 2. **Tiempo transcurrido desde la aparición de molestias hasta el diagnóstico de linfedema**



SEGUNDO ESTUDIO: CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA CON LINFEDEMA Y SIN LINFEDEMA

MÉTODO

El principal objetivo de este estudio fue comparar la calidad de vida de una muestra de mujeres operadas de cáncer de mama con diagnóstico de linfedema con otra muestra de mujeres operadas de cáncer de mama sin linfedema. Este estudio establece una diferencia con estudios tradicionalmente realizados, que analizan la calidad de vida de mujeres operadas de cáncer de mama comparándolas con la de mujeres sin este diagnóstico⁽²⁸⁾. Además se planteó como objetivo aportar datos sobre la fiabilidad de un cuestionario sobre calidad de vida en una muestra española de mujeres con cáncer de mama y linfedema (FACT – B+4).

Muestra

Del total de la muestra descrita en el primer estudio, se seleccionaron de for-

ma aleatoria 52 mujeres con linfedema y 55 sin linfedema diagnosticado.

Instrumentos

1. Cuestionarios previamente señalados en el estudio anterior: Entrevista clínica estructurada y Evaluación del perfil clínico del linfedema.
2. Cuestionario sobre calidad de vida: FACT – B +4 (4ª versión)⁽²⁹⁾. El FACT – B +4 es un cuestionario estandarizado y validado para medir la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama y linfedema. El cuestionario permite obtener (a través de cuatro subescalas) medidas del estado físico general de salud del paciente, de su ambiente familiar y social, de su estado emocional y de su capacidad de funcionamiento personal. También incluye 14 ítems que evalúan otras preocupaciones de los pacientes, desde las relacionadas con su autoimagen (ej. atractivo físico, manera de vestirse, sentimiento de mujer) hasta la presencia de síntomas de rigidez, adormecimiento o dolor en el brazo del lado en que se operó la mama (ítems

que evalúan específicamente síntomas del brazo correspondiente a la mama operada). El FACT – B+4 utiliza una escala Likert de 5 puntos, en el que cada ítem puede ser puntuado de 0 a 4, que respectivamente se refieren a Nada, 0; un poco, 1; algo, 2; mucho, 3 y muchísimo, 4. Los pacientes eligen el número correspondiente a lo cierta que sea para él cada afirmación en los últimos siete días.

RESULTADOS

Fiabilidad FACT – B+4

El FACT – B +4 es un cuestionario estandarizado y validado para medir la calidad de vida en cáncer de mama. En el presente estudio se han comprobado sus características psicométricas, con respecto a la fiabilidad. Se estimó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach con la muestra del segundo estudio. En general, todos los índices son adecuados, e incluso dos de ellos excelentes (0,87, 0,75, 0,67 y 0,85, respectivamente para las cuatro

subescalas nombradas en el apartado anterior).

Valoración del impacto en la calidad de vida

A través del FACT-B+4 se ha constatado que las mujeres con linfedema muestran niveles más bajos de calidad de vida. En concreto, y de forma estadísticamente significativa, las mujeres con linfedema mostraban un peor estado físico general de salud, con puntuaciones en malestar físico que casi duplican a las de las pacientes sin linfedema. Igualmente, las pacientes con linfedema mostraban, de forma estadísticamente significativa, un estado emocional más negativo que las pacientes sin linfedema (Ver Tabla 8 y Figura 3).

El FACT-B+4 también reveló que las pacientes con linfedema están más preocupadas con la manera de vestirse que las pacientes sin linfedema.

Por otro lado, y como era de esperar, las respuestas en el FACT-B+4 mostraron que las pacientes con linfedema infor-

Tabla 8. **FACT – B+4, Escalas**

Escalas	¿Linfedema?	N	Media	Desviación típica	t	Sig (bilateral)
Estado físico general de salud	SÍ	46	8,70	6,32	3,253	0,002
	NO	42	4,79	4,92		
Ambiente familiar y social	SÍ	52	18,69	5,84	-0,115	0,908
	NO	44	18,82	4,63		
Estado emocional	SÍ	52	9,50	4,35	2,014	0,047
	NO	54	7,80	4,36		
Capacidad de funcionamiento personal	SÍ	50	16,76	5,16	-1,455	0,149
	NO	55	18,24	5,22		

Figura 3. **Comparación de las subescalas del FACT-B+4 en el grupo de mujeres con linfedema y sin linfedema**

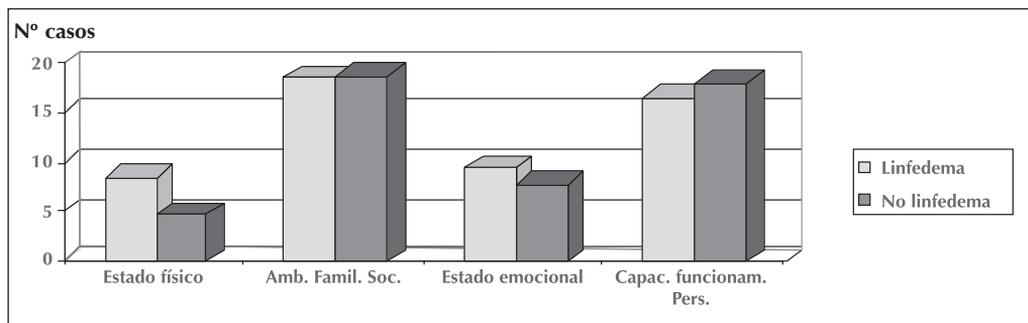


Tabla 9. **FACT - B+4, Escala 5: Otras preocupaciones**

Ítems	¿Linfedema?	Media	Desviación típica	t	Sig (bilateral)
Estoy preocupada con mi manera de vestirme	SÍ	2,02	1,22	3,467	0,001
	NO	1,28	0,98		
Tengo el brazo o los brazos hinchados o doloridos	SÍ	2,54	1,08	6,019	0,000
	NO	1,38	0,89		

Tabla 10. **FACT - B+4, Escala 5: Otras preocupaciones, Ítems relativos al brazo afectado**

Ítems	¿Linfedema?	Media	Desviación típica	t	Sig (bilateral)
Tengo dolor en algunas áreas de mi cuerpo	SÍ	2,54	1,12	2,094	0,039
	NO	2,11	1,06		
Me duele mover el brazo de este lado	SÍ	2,17	1,19	3,059	0,003
	NO	1,51	1,01		
Tengo escasa movilidad en el brazo de este lado	SÍ	1,76	1,06	2,346	0,021
	NO	1,25	1,04		
Siento rigidez en el brazo de este lado	SÍ	1,86	1,23	2,914	0,004
	NO	1,23	0,97		

maban tener el brazo o los brazos más hinchados o doloridos, sentir más dolor al mover el brazo correspondiente al lado de la mama en que fueron operadas, y tener una menor movilidad y sentir una mayor rigidez en dicho brazo (Ver Tablas 9 y 10).

Efectos del linfedema

Así mismo, la evaluación del impacto del linfedema en las participantes mediante la entrevista clínica estructurada previamente descrita aportó los siguientes resultados. Las pacientes con linfedema manifestaron, de forma estadísticamente significativa, mayores efectos negativos del linfedema en su trabajo, en su vida familiar y sus responsabilidades domésticas, en su vida social y actividades de tiempo libre, en su forma de vestir y en su cuidado personal, en sus relaciones sexuales y de pareja, y en su estado de ánimo. Por tanto, los efectos perjudiciales del linfedema son muy generales y afectan a un importante número de áreas del funcionamiento de las pacientes.

En concreto, en el área del trabajo, la mayor problemática que encuentran las pacientes con linfedema son los problemas para cargar peso (90,3% de las pacientes con linfedema frente al 9,3% de las pacientes sin linfedema), seguido por problemas de incapacidad para continuar desempeñando su trabajo (27% frente al 62,5%).

En el área de la vida familiar y la responsabilidad doméstica, la mayor problemática que encuentran las pacientes con linfedema se centra en que el linfedema les ha llevado a pedir ayuda a sus hijos o marido para que realicen las tareas que ellas ya no pueden (68,7% de las pacientes con linfedema frente al 31,3%) y a cambiar la forma en la que hacen las actividades cotidianas (68,3% frente al 31,7%).

En el área de la vida social y del tiempo libre, el 44,6% de las pacientes con linfedema ha dejado de hacer actividades de ocio y el 39,7% no va a la playa o a la piscina.

En el área de la forma de vestir y del cuidado personal, la mayor problemática que les ha causado el linfedema tiene que ver con los cambios en el estilo de ropa (68,3% de las pacientes con linfedema), seguido de dificultades para peinarse (26,7%).

En cuanto a las relaciones sexuales y de pareja, el 53,8% de las pacientes con linfedema informan que debido al linfedema han sufrido pérdida del deseo sexual y un 25,6% han padecido una disminución de la satisfacción con las relaciones sexuales.

Finalmente, respecto al estado de ánimo, un 30% de las pacientes con linfedema informaron que debido al linfedema se sintieron bastante irritables o muy irritables, un 39% bastante tristes o muy tristes, un 37% bastante nerviosas y muy nerviosas, y un 45,8% bastante preocupadas o muy preocupadas.

Valoración del nivel de información sobre la prevención y tratamiento del linfedema

La valoración, a través de la entrevista estructurada, indicó el nivel de información de las mujeres diagnosticadas del linfedema sobre su problema. El 89,2% de ellas habían sido informadas acerca del mismo, principalmente por el fisioterapeuta (74,6%) y por su médico (54,2%). Sin embargo, un 34% de dichas pacientes consideran que la información que han recibido es escasa. No obstante, el 75,9% de las pacientes con linfedema han puesto en marcha en alguna ocasión medidas de autocuidado para prevenir el linfedema, especialmente medidas de precaución para no

lesionarse el brazo (83,1%) y medidas de higiene diaria (70,2%).

Valoración de las necesidades psicosociales asociadas y del acceso a los recursos psicosociales

Respecto a la valoración de las necesidades psicosociales de las mujeres con cáncer de mama y linfedema, tan sólo el 31,2% de ellas pacientes han recibido apoyo psicológico para afrontar las dificultades asociadas a la aparición del linfedema, principalmente por parte de los psicólogos de la Asociación Española Contra el Cáncer (77,8% de las pacientes que han recibido apoyo psicológico). Por otro lado, entre las pacientes con linfedema que no han recibido apoyo psicológico, a casi un tercio de ellas (31,7%) les hubiera gustado recibir apoyo psicológico especializado.

Respecto a las necesidades económicas que ocasiona el linfedema, el 25,1% de las pacientes informa tener un gasto económico derivado del linfedema menor a 100 euros cada 6 meses, un 13,5% un gasto de entre 101 y 150 euros cada 6 meses, un 13,5% un gasto de entre 151 y 300 euros, y un 13% de las pacientes con linfedema un gasto de más de 300 euros cada 6 meses. Este gasto se produce, principalmente, en compra de vendas y medias de compresión (35,4%), cremas (34%) y la compra de ropa a medida (28,7%).

Para cubrir esos gastos, tan sólo un 27,7% de las pacientes con linfedema han recibido ayudas económicas de su Comunidad Autónoma, Ayuntamiento u otra institución pública, y, en la mayoría de los casos esas ayudas se emplean en la compra de vendas y medidas de compresión (85,7% de las pacientes que han recibido ayuda), aunque sólo en la mitad de los casos (55% de las pacientes que reciben ayuda), esa ayuda sirve

para el reintegro de todos los gastos por compra de vendas comprensivas, mientras que en la otra mitad de los casos (54%) tan sólo se reintegra la mitad o menos de dichos gastos.

DISCUSIÓN

El presente estudio analizó una muestra de mujeres con cáncer de mama, con diagnóstico y sin diagnóstico de linfedema. Algunos de los factores asociados con el linfedema son una mayor edad, afectación locorregional y metastásica, recidiva y haber recibido tratamiento de radioterapia. Asimismo, la presencia de linfedema se relaciona claramente con una peor calidad de vida en las mujeres afectadas por dicha problemática.

El hecho de que exista una mayor frecuencia de linfedema asociado a estadios de la enfermedad más avanzados (en concreto, afectación locorregional, metastásica, recidiva y un mayor número de ganglios extirpados) es coherente con los datos procedentes de estudios que relacionan el linfedema con una mayor extensión de la enfermedad y por tanto de la cirugía⁽⁷⁻¹⁰⁾. Conviene señalar que la relación encontrada del linfedema con la recidiva del cáncer de mama muy probablemente sea debida a la mayor extensión de la enfermedad, no a que el linfedema, por sí mismo, predisponga a un mayor índice de recaídas. Así mismo, los resultados encontrados replican los estudios previos que muestran mayor probabilidad de linfedema tras la administración de radioterapia axilar^(8,9).

En cuanto a la tendencia a una mayor frecuencia de linfedema en pacientes de mayor edad, no podemos determinar las razones que explicarían esta diferencia. No obstante, una posible hipótesis es la mayor probabilidad de aparición de un edema tardío en mujeres de ma-

yor edad. También podría deberse a la mayor probabilidad de mastectomías y extirpación de ganglios axilares realizadas en mujeres diagnosticadas hace años, mientras que la tendencia actual es la mayor realización de cirugías conservadoras y utilización de la biopsia del ganglio centinela, así como a un mayor acceso a la información y un mayor seguimiento de las medidas preventivas en el caso de las mujeres más jóvenes, aunque esto es algo que habría que confirmar mediante estudios adicionales, que permitirían conocer en qué grupos de edad es más urgente facilitar el acceso a la información y la adherencia.

Nuestros resultados indican que el linfedema es una de las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer como consecuencia de los tratamientos del cáncer de mama y que afecta no sólo al estado físico de la mujer sino también y de forma muy importante, al estado emocional, a la esfera social y a la calidad de vida de la mujer afectada. Estos resultados se sitúan en la línea de numerosos estudios anteriores^(15,17-22), que detectan una alteración considerable de la calidad de vida en pacientes de cáncer de mama con linfedema.

Pero a diferencia de la mayoría de publicaciones, en el presente estudio los datos se han obtenido en población española y comparando la calidad de vida de pacientes de cáncer de mama con y sin linfedema.

Esta es una de las conclusiones más importantes del estudio, en el que para evaluar en mejor medida el impacto del linfedema sobre la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama se utilizó el cuestionario FACT – B+4 que está específicamente diseñado para ello. La elección de dicho cuestionario se fundamentó en qué preguntas específicas sobre la enfermedad y sobre los tratamientos así como sobre el linfedema

en el caso del cáncer de mama pueden ser beneficiosas cuando se añaden a una evaluación general de la calidad de vida, ya que pueden proporcionar sensibilidad a cuestiones específicas o síntomas relevantes en una enfermedad o tratamiento concretos. Cella⁽³¹⁾ señala que el linfedema es una variable importante para mujeres que se han sometido a cirugía de mama, y por tanto, puede y debe incluirse en un instrumento que mida calidad de vida. Los datos indican lo acertado de haber escogido este cuestionario, que se mostró sensible a las diferencias entre pacientes con y sin linfedema, y que mostró una fiabilidad y consistencia interna adecuadas, replicando los resultados de estudios previos en torno a las características del cuestionario.

A través del FACT-B+4 se ha constatado que las mujeres con linfedema muestran niveles más bajos de calidad de vida. En concreto, las mujeres con linfedema muestran peor estado físico general de salud y un estado emocional más negativo que las pacientes sin linfedema. Asimismo, las pacientes con linfedema informaban tener el brazo o los brazos más hinchados o doloridos, sentir más dolor al mover el brazo correspondiente al lado de la mama en que fueron operadas, y tener una menor movilidad y sentir una mayor rigidez en dicho brazo.

En la misma línea, Coster et al⁽³²⁾ encontraron en el estudio de validación de este cuestionario que las mujeres con linfedema tenían mayores problemas del brazo y tenían medidas más bajas en su calidad de vida que un grupo de mujeres en fase preoperatoria.

Igualmente, los resultados de este estudio coinciden con los aportados por estudios previos que también detectaron la elevada frecuencia de afectación en el plano emocional de las pacientes

con linfedema^(19,22,23). Las mujeres con linfedema han mostrado gran morbilidad psiquiátrica y funcional^(14,19,30). Las consecuencias del linfedema a nivel emocional han sido puestas de manifiesto en este estudio a través de los resultados obtenidos en el FACT-B +4 pero también a través de la entrevista clínica estructurada, que constató síntomas frecuentes como irritabilidad, tristeza, nerviosismo y preocupación en las mujeres con linfedema. Igualmente, los problemas relacionados con el funcionamiento diario fueron puestos de manifiesto a través de ambos instrumentos. Entre estos, destacan las dificultades relacionadas con la vida familiar y social, el funcionamiento doméstico, el tiempo de ocio y el trabajo. Aunque muchas dificultades pueden parecer poco relevantes, y se refieren a aspectos como cargar peso, realizar determinadas tareas domésticas, dejar de acudir a la playa o la piscina, dificultades para peinarse o cambios en el estilo de ropa, conviene recordar como ya se ha señalado por otros autores, que estos inconvenientes pueden tener un considerable impacto sobre la calidad de vida global⁽¹⁷⁾ de la mujer afectada y por tanto han de ser tenidos en cuenta y paliados en lo posible.

Son importantes también las repercusiones del linfedema sobre la imagen corporal o la sexualidad. Así, en relación con la imagen corporal, el cuestionario FACT-B+4 muestra cómo un porcentaje importante de afectadas con linfedema dejó de acudir a la playa o la piscina, probablemente como consecuencia de una mayor insatisfacción con su imagen. Además, aunque la subescala "Ambiente Familiar y Social" del cuestionario no se mostró significativa en las pacientes con linfedema, sí resultó significativo el ítem relacionado con la satisfacción con las relaciones sexuales. En el mismo sentido, la entrevista estructurada confirma

que más de la mitad de afectadas con diagnóstico de linfedema sufrió pérdida del deseo sexual y un porcentaje significativo también informó de una disminución con la satisfacción.

Conviene, no obstante, resaltar algunas limitaciones del estudio, sobre todo en lo que respecta a la selección de los sujetos. Los datos pueden mostrar un cierto sesgo teniendo en cuenta el hecho de que las pacientes participaron voluntariamente, y que todas ellas tenían alguna vinculación con la Asociación Española Contra el Cáncer, donde se habitualmente se proporciona tanto atención psicológica como información y tratamiento del linfedema. En este sentido, si bien se trata de una muestra que no es estadísticamente representativa, consideramos que los resultados del estudio tienen un enorme interés desde el punto de vista exploratorio, dado el elevado número de sujetos que participaron y el hecho de ser el primer estudio disponible con población española, que además comparó pacientes de cáncer de mama con y sin linfedema. Sería deseable la realización de nuevos estudios realizados a partir de otras muestras, en las que también estuvieran incluidas pacientes sin contacto habitual con instituciones sanitarias o asociaciones, y por tanto con un probable menor acceso a la información y a los recursos, y que excluyeran el sesgo motivacional que supone la participación voluntaria.

A pesar de los avances en el tratamiento del cáncer de mama, queda mucho por hacer en el abordaje integral de la mujer diagnosticada de esta enfermedad. En este sentido, los profesionales que trabajamos con estas pacientes debemos tener en cuenta el linfedema, su riesgo de aparición y las consecuencias derivadas de dicha patología, especialmente cuando un 34% de las pacientes

considera que la información que han recibido sobre el mismo es escasa.

Por ello, es fundamental ofrecer medidas de información y prevención a la mujer diagnosticada de cáncer de mama, y especialmente si va a recibir una cirugía más agresiva y radioterapia axilar. De esta forma se podrá actuar lo antes posible en beneficio de un mejor bienestar de la mujer. Hoy por hoy al no existir tratamiento eficaz para el linfedema, son fundamentales las medidas de prevención y cuidado. Indudablemente, la biopsia del ganglio centinela disminuirá de forma significativa la necesidad de extirpar más ganglios de los necesarios por lo que probablemente disminuirá de forma significativa la aparición del linfedema⁽³³⁾.

La información y prevención del linfedema podría abordarse desde el propio entorno hospitalario por parte de los profesionales sanitarios tanto mediante una información básica en la información prequirúrgica como posteriormente, en el postoperatorio, proporcionando información más detallada sobre las medidas preventivas que la mujer tendría que integrar en su vida cotidiana. La evidencia demuestra que el inicio de la intervención debe ser inmediato a la postcirugía para obtener beneficios a corto plazo a nivel funcional, físico y sobre todo mejoría en la calidad de vida de las pacientes. Para ello sería necesario delimitar quiénes serán los profesionales responsables de informar en cada momento. Una forma de abordar esta información puede ser mediante programas de intervención psicoeducativa grupal que pueden ponerse en marcha en el propio entorno hospitalario.

Para las mujeres con cáncer de mama que ya han desarrollado un linfedema, y experimentado el deterioro en su calidad de vida, especialmente a nivel de su estado emocional y físico, la paciente

debería conocer tanto las posibilidades de tratamiento de su problema físico como la enorme trascendencia del componente psíquico⁽³⁰⁾. Sería conveniente realizar de forma precoz una evaluación del linfedema, del dolor, de su estado de ánimo, así como de su funcionamiento social, sexual, y por supuesto de su calidad de vida. Probablemente muchas de ellas sean susceptibles de recibir no sólo tratamiento fisioterapéutico para su linfedema, sino también apoyo psicológico para mejorar su calidad de vida. En este sentido, nuestros datos muestran como casi la tercera parte de las pacientes con linfedema que no recibieron atención psicológica hubieran deseado recibirla para abordar cuestiones relacionadas con el linfedema.

La posibilidad de recibir tratamiento rehabilitador y fisioterapéutico del linfedema facilita la adaptación psicológica de la mujer operada de un cáncer de mama, dado que propicia la recuperación de las funciones de la mano y del brazo que estaban limitadas por la hinchazón⁽¹⁰⁾.

Nuestro estudio también indica otros hallazgos que pueden tener algunas implicaciones para el manejo de la mujer con cáncer de mama y linfedema. La mejora de la atención de enfermos con cáncer con linfedema es uno de los retos que tiene planteados la sanidad española, ya que existe en la actualidad un importante déficit de recursos asistenciales y humanos en la prevención y tratamiento de esta importante consecuencia de los tratamientos oncológicos, déficit que actualmente está siendo cubierto por entidades como la Asociación Española Contra el Cáncer.

Apenas existen recursos especializados en la prevención, tratamiento y cuidado adecuado de este colectivo, así como para cubrir las necesidades psicosociales que la aparición del linfedema

conlleva sobre la calidad de vida de las mujeres afectadas. Aunque el Drenaje Linfático Manual y las medidas de contención aplicados por un fisioterapeuta permiten reducir y controlar el linfedema⁽¹¹⁾, éste no llega a desaparecer, y el riesgo de que vuelva a aparecer permanece, por lo que las medidas preventivas y de contención deben estar siempre presentes. Por otra parte, no debemos olvidar el coste que supone para la mujer afectada el tratamiento del linfedema, gastos que hoy por hoy no se cubren totalmente por el sistema socio-sanitario español y que suponen un aspecto más a tener en cuenta en esta problemática.

CONCLUSIONES

El linfedema se ha asociado a mayor edad, afectación locorregional y metastásica, recidiva y haber recibido tratamiento de radioterapia axilar en las mujeres con cáncer de mama.

El linfedema es una de las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer como consecuencia de los tratamientos del cáncer de mama y afecta al estado físico de la mujer, al estado emocional, social y a la calidad de vida de la mujer afectada. El linfedema se asocia con una peor calidad de la mujer afectada.

A pesar de los avances en el tratamiento del cáncer de mama, queda mucho por hacer respecto a la información, prevención, diagnóstico y tratamiento del linfedema de las mujeres afectadas por esta problemática. Es necesario incidir en la atención e información que reciben las mujeres con cáncer de mama para tratar de prevenir el linfedema. Pero también es necesario prestar una atención especial a la problemática física y emocional de las mujeres una vez que el linfedema ha hecho su aparición

con el fin de mejorar en lo posible su calidad de vida. En este sentido, es necesario poner en marcha programas de atención integral ajustados a las características de este colectivo. El linfedema no debe ser considerado como un aspecto secundario por el peso que tiene sobre el ajuste psicológico de la mujer afectada y sobre la calidad de vida de la misma.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a los fisioterapeutas y psicólogos de las sedes provinciales (Lleida, Albacete, Granada, Burgos, Zamora, Madrid, Cádiz, Mallorca, Córdoba, Gerona, Almería y Cáceres) de la Asociación Española Contra el Cáncer la colaboración en el estudio presentado así como a las mujeres del programa "Mucho por vivir" de la AECC que aceptaron participar desinteresadamente en el mismo.

Nuestro agradecimiento también a la Fundación Pfizer por la financiación del proyecto sobre prevención e información sobre el linfedema en mujeres con cáncer de mama, base de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*. 2007. 18: 581-92.
2. Parkin, DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. *Global Cancer Statistics, 2002*. *CA Cancer J Clin* 2005 55: 74-108.
3. Parkin, DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Vol. VIII. N.º 155; Lyon: IARC Scientific Publications; 2002.
4. Berrino F and the EUROCARE Working Group. Survival of Cancer Patients in Europe: the EUROCARE-3 Study. *Ann Oncol* 14 Supp 5. 2003.

5. Markowski J, Wilcox JP, Helm PA, Lymphedema incidence after specific post-mastectomy therapy. *Archives Phys Med* 1981; 62: 449-52.
6. Larson D, Weinstein M, Goldbert I Silver B, Recht A, Cady B, et al. Edema of the arm as a function of the extent of axillary surgery in patients with stage I-II carcinoma of the breast treated with primary radiotherapy. *Int. J Radiat Oncol Phys* 1986; 15:75-82.
7. Kissin MW, Della Rovere GQ, Easton D, Wetbury G. Risk of lymphoedema following the treatment of breast cancer. *Br J Surg* 1986; 73, 580-84.
8. Morrell RM, Halyard MY, Schild SE, Ali MS, Gunderson LL, Pockaj BA. Breast cancer-related lymphedema. *Mayo Clin Proc* 2005; 80 (11): 1480-4.
9. Golshan M, Smith B. Prevention and management of arm lymphedema in the patient with breast cancer. *Support Oncol* 2006; 4 (8): 381-6.
10. Die Trill M, Vecino S. El superviviente de cáncer. En: *Psico-oncología*. Die Trill M., Madrid: ADES, 2003; p. 125-41.
11. Torres M, Salvat I. Guía de masoterapia para fisioterapeutas. Madrid: Médica Panamericana, 2006.
12. Kligman L, Wong RK, Johnston M, Laetsch NS. The treatment of lymphedema related to breast cancer: a systematic review and evidence summary. *Support Care Cancer* 2004; 12(6): 421-31.
13. Morgan PA, Moffat CJ. International consensus on managing lymphoedema. *Nurs Times* 2006; 102 (44): 42-4.
14. Passik SD, McDonald MV. Psychosocial aspects of upper extremity lymphedema in women treated for breast carcinoma. *Cancer* 1998; 83 (12 suppl): 2917-820.
15. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Arm problems and psychological distress after surgery for breast cancer. *Can J Surg* 1993; 36: 315-20.
16. Kuehn T, Klauss W, Darsow M Regele S, Flock F, Maiterth C et al. Long-term morbidity following axillary dissection in breast cancer patients: Clinical assessment, significance for life quality and the impact of demographic, oncologic and therapeutic factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 64: 275-86.
17. Kwan W, Jackson J, Weir LM, Dingee C, McGregor G, Olivotto IA. Chronic arm morbidity after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20 (20): 4242-8.
18. Passik SD, Newman M, Brennan M, Tunkel R. Predictors of psychological distress, sexual dysfunction and physical functioning among women with upper extremity lymphedema related to breast cancer. *Psychooncology* 1995; 4: 255-63.
19. Tobin M, Lacey HJ, Meyer L, Mortimer PS. The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Cancer* 1993; 72: 3248-52.
20. Beaulac SM, McNair LA, Scout TE, LaMorte WW, Kvanah MT. Lymphedema and quality of life in survivors of early stage breast cancer. *Arch Surg* 2002; 137: 1253-7.
21. Velanovich V, Szymanski W. Quality of life of breast cancer patients with lymphedema. *Am J Surg* 1999; 177 (3): 184-8.
22. Morgan PA, Franks PJ, Moffatt CJ. Health-related quality of life with lymphoedema: a review of the literature. *Int Wound J* 2005; 2 (1): 47-62.
24. Mortimer PS. Investigation and management of lymphoedema. *Vasc Med Rev* 1990; 1:1-20.
25. Williams AF, Moffatt CJ, Franks PJ. A phenomenological study of the lived experiences of people with lymphedema. *Int J Palliat Nurs* 2004; 10 (6): 279-86.
26. Moffat CJ, Franks PJ, Doherty DC, Williams A F, Badger C, Jeffs E et al. Lymphoedema: an underestimated health problem. *Q J Med* 2003; 96 (10): 731-8.
27. Morgan PA, Moody M, Franks PJ, Moffatt CJ, Doherty DC. Assessing com-

- munity nurses' level of knowledge of lymphoedema. *Br J Nurs* 2005; 14 (1): 8-13.
28. Velanovich V, Szymanski W. Quality of life of breast cancer patients with lymphedema. *Am J Surg* 1999; 177 (3): 184-8.
29. Ridner SH. Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related lymphedema. *Support Care Cancer* 2005; 13 (11): 904-11.
30. Dorval M, Maunsell E, Deschenes L, Brisson J, Masse B. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol* 1998; 16: 487-94.
31. Cella, D. Métodos de evaluación de la calidad de vida en Psico-oncología. En: Die-Trill M, editor. *Psico-oncología*. Madrid: ADES, 2003; p. 779-86.
32. Coster S, Poole K, Fallowfield L. The validation of a quality of life scale to assess the impact of arm morbidity in breast cancer patients post-operatively. *Breast Cancer Res Treat* 2001; 68: 273-82.
33. Robles JI. Linfedema: una patología olvidada. *Psicooncología* 2006; 3: 71-89.

