

EL ABORDAJE DEL LINFEDEMA ASOCIADO A MASTECTOMÍA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

THE BOARDING OF LYMPHEDEMA ASSOCIATED TO MASTECTOMY FROM THE OCCUPATIONAL THERAPY POINT OF VIEW

Artículo de revisión

Andrea Fernández Machado.

Graduada en Terapia Ocupacional. Oviedo
andreato2011@hotmail.com



Recibido: 16-12-2013
Aceptado: 30-1-2014

● RESUMEN

Los pacientes con una mastectomía (extirpación quirúrgica de una o ambas mamas), tienen un alto riesgo de desarrollar un linfedema. Cuando no tiene un tratamiento precoz y adecuado puede ocasionar dificultades en la autonomía e independencia para las actividades de la vida diaria, además de tener consecuencias sociales, laborales y familiares. La Terapia Ocupacional tiene un papel importante para promover la autonomía e independencia de estos pacientes.

● ABSTRACT

Patients with a mastectomy (surgical removal of one or both breasts), have a high risk of developing lymphedema. When there is an early and appropriate treatment, may cause difficulties in the autonomy and independence in activities of daily living, social, work and family. Occupational Therapy have an important role in promoting the autonomy and independence of these patients paper.

● PALABRAS CLAVES

(DeCS): Linfedema. Mastectomía. Terapia Ocupacional.

● KEY WORDS

(MeHS): Lymphedema. Mastectomy. Occupational Therapy.

INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) se define el linfedema como «*incremento de líquido intersticial que sigue a la obstrucción o alteración de los vasos linfáticos de una región determinada*». El linfedema es una patología crónica que genera discapacidad y limitación en las actividades básicas de la vida diaria. El linfedema secundario al cáncer de mama, por su frecuencia, es el más estudiado en cuanto a sus efectos sobre la calidad de vida de las pacientes afectadas⁽¹⁾. Esta enfermedad produce sensación de tensión, disminución de la fuerza y bloqueo de movimiento articular. La Terapia Ocupacional busca estrategias terapéuticas para mejorar la capacidad funcional, que se verán reflejadas en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria.

FISIOPATOLOGÍA DEL LINFEDEMA

La aparición del linfedema se debe a una insuficiencia funcional, que depende del equilibrio de dos factores: la carga linfática y la capacidad de transporte del sistema linfático. Ante la alteración de este equilibrio se acumulan proteínas y líquido en el espacio intersticial, y cuando el volumen acumulado supera el 20% de lo normal aparece clínicamente el edema. De no tratarlo adecuadamente, con el paso del tiempo las proteínas acaban por incorporarse al espacio intersticial, se produce una fibrosis y el consecuente edema precursor de esta patología. Es conveniente mitigar sus efectos inmediatamente a través de terapias de drenaje, pues de lo contrario pasa a constituir un edema fibroso muy rebelde al tratamiento. Típico de esta fase final del linfedema es el signo de Stemmer (consiste en la incapacidad para pellizcar un pliegue de piel en la raíz de los dedos de la mano, en concreto el segundo).

CLASIFICACIÓN

TABLA I - CLASIFICACIÓN SEGÚN LA ETIOLOGÍA

Linfedema primario	Alteración congénita, manifestándose a diferentes edades. Se ha definido como la instauración progresiva y constante de un edema indoloro e inicialmente localizado a nivel distal, pudiendo extenderse a toda la extremidad y ser uni o bilateral.
Linfedema secundario	Aparición de un linfedema ocasionado por factores externos que dañan, directa o indirectamente, al sistema linfático. Entre sus diferentes causas cabe citar: traumatismos, inflamaciones, infecciones, neoplasias, mastectomía con limpieza ganglionar, radioterapia etc.

TABLA II - CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ESTADIO

Estadio 0 o latente	Existe un trastorno en el funcionamiento del sistema linfático, pero los mecanismos de compensación del organismo evitan el edema. Puede corresponder con aquellos pacientes que refieren pesadez en su brazo pero no existe diferencia de volumen.
Estadio I	El sistema linfático se sobrecarga, aparece una inflamación suave en la zona afectada. Al presionar se deja una leve impresión digital. Linfedema reversible.
Estadio II	Al presionar digitalmente de forma profunda la piel tarda de cinco a diez segundos en recuperar su aspecto anterior.
Estadio III	Se denomina elefantiasis. Edema extremo, entre 1,5 y 2 veces el volumen normal del miembro, la piel dura y fibrótica. Es irreversible. Cualquier linfedema tanto primario como secundario que no reciba unos cuidados y una atención adecuada puede gradualmente llegar a este estadio de grandes deformidades y discapacidad.

TABLA III - CLASIFICACIÓN SEGÚN VOLUMEN

Leve	2-3 cm. De diferencia entre miembros.
Moderado	3-5 cm.
Grave	>5 cm.

TABLA IV - CLASIFICACIÓN SEGÚN EL MOMENTO DE APARICIÓN POST-CIRUGÍA DE MAMA

Inmediato	Antes de los dos meses.
Precoz	Entre los dos y los seis meses.
Tardío	Posterior a los seis meses. Puede aparecer años después de la intervención.

ETIOLOGÍA.

El linfedema está asociado a enfermedades que pueden impedir que el sistema linfático funcione correctamente. Afecta tanto a hombres como a mujeres. En las mujeres es más frecuente en las extremidades superiores en el tratamiento de cáncer, principalmente cáncer de mama después de la disección de los ganglios linfáticos, cirugía o terapia de radiación en el sistema linfático. En los datos sobre la incidencia y la prevalencia de linfedema después del cáncer de mama no hay uniformidad. La incidencia general del linfedema de miembro superior, oscila entre 8% y 56% dos años después de haberse efectuado la cirugía ⁽²⁾.

FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA

Los factores más frecuentemente implicados en su aparición son la exéresis de los ganglios linfáticos, la fibrosis de los vasos linfáticos secundaria a la radioterapia y

la compresión externa del sistema linfático ⁽³⁾. Además, factores como la malnutrición o la obesidad pueden retrasar la cicatrización, y suponen un importante factor de riesgo para el desarrollo del linfedema ⁽⁴⁾. El paciente puede referir una serie de síntomas en el miembro superior de la zona que ha sufrido la intervención quirúrgica que se consideran como primeras señales de alarma o signos previos a la formación del linfedema postmastectomía:

- Sensación de «tirantez».
- Debilidad y disminución de la movilidad articular.
- Aparición de enrojecimiento o inflamación, especialmente si se acompaña de fiebre.
- Aumento considerable del tamaño, que no ceda en reposo o no se adecúa a las medidas habituales.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PUDMED, OTSEEKER y MEDLINE, con los descriptores Lymphedema, Occupational Therapy, Mastectomy. Encontrando en PUDMED 39 publicaciones (Lymphedema, Occupational Therapy) OTSEEKER 42 publicaciones (Lymphedema) y 3 publicaciones (Lymphedema, Mastectomy) y en MEDLINE con los descriptores (Linfedema, Terapia Ocupacional) se han encontrado 5 publicaciones.

INTERVENCIÓN:

El linfedema postmastectomía desencadena una serie de alteraciones en los patrones motrices, que van a suponer una afección en el control postural, en la coordinación y en la resistencia aeróbica, y afectarán al desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. Desde la Terapia Ocupacional, la intervención va dirigida a mejorar la capacidad funcional de los pacientes con linfedema, con la finalidad de conseguir una mejora en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

VALORACIÓN DEL LINFEDEMA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Quien padece un edema en estadio latente lo describe, generalmente, como sensación de pesadez mayor de lo habitual en el miembro afecto.

Volumen: El volumen de la extremidad afecta es la primera manifestación del linfedema (para que este volumen sea evidente debe tener un 10 % más que el lado sano). Se utilizan medidas manuales, y se debe medir de una forma simétrica tanto el lado sano como el lado afecto, realizando 5 ó 7 mediciones (circometría).

Aspectos de la piel: La exploración más habitual se hace mediante la palpación y presión digital, y se miden la temperatura y la consistencia del edema (blando, duro, fibroso), según las características de la fóvea que se crea mediante presión digital. La valoración cutánea termina con la apreciación del signo de Stemmer (**Fig. 1**).



FIGURA 1

Limitación de la movilidad articular (balance articular): El movimiento debe evaluarse de forma activa y pasiva, según mediciones goniométricas. Es importante para poder observar la evolución de dicha articulación.

Dolor: Escala visual análoga (EVA), que consiste en una de regla de 10 cm, marcada en uno de sus extremos con el 10, que indica el dolor de mayor intensidad posible. En personas que no entiendan esta escala se pueden utilizar descriptores verbales como dolor leve, moderado y severo (**Fig. 2**).



FIGURA 2 ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA)

Sensibilidad: Para la valoración de la sensibilidad: estimulación táctil ligera con un algodón o cepillo suave, presión sobre un punto, localización de punto presionado.

Postura: Se observan las siguientes estructuras: la cabeza, hombros, miembros superiores y tronco, desde una vista anterior, posterior y lateral para analizar cómo ha afectado el linfedema en el alineamiento del cuerpo, pudiendo interferir en una buena higiene postural de la persona.

Actividades de la vida diaria: La valoración de las actividades de la vida diaria constituye un componente clave en rehabilitación, siendo una herramienta imprescindible para la Terapia Ocupacional, donde el objetivo principal es alcanzar la máxima independencia posible del paciente. Es un complemento de la valoración física que da a conocer cómo afecta el estado de salud sobre las actividades del paciente y permite hacer un seguimiento de la evolución. Existen múltiples escalas que sirven de guía para dicha evaluación^(5,6).

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN LINFEDEMA POST-MASTECTOMIA

El linfedema post-mastectomía no es solo una patología crónica que afecta en las actividades de la vida diaria, también es importante el problema estético para las pacientes preocupadas por su imagen corporal⁽⁷⁾. El tratamiento de un linfedema post-mastectomía está basado en una terapia compleja de descongestión (TCD), reconocida como base del tratamiento de un linfedema^(8,9). Consiste en una serie de medidas de prevención, higiene y cuidados de la piel, tratamiento postural, drenaje linfático, vendajes, medidas de contención elástica y cinesiterapia.

Tratamiento postural: El tratamiento postural se fundamenta en la elevación de la extremidad para ayudar a reducir el linfedema a través de la fuerza de la gravedad. Este tratamiento durante el día interfiere en la funcionalidad de los pacientes, por lo que está

TABLA V: RECOMENDACIONES SEGÚN TIPO DE PIEL

Piel limpia:	Piel lubricada:	Piel seca:
Utilización de agentes antisépticos, fungicidas tópicos y geles de baño que eviten infecciones.	Utilización de cremas que eviten la sequedad e hidraten la piel.	Prevenir situaciones que humedezcan o rocen el estado de la piel.

TABLA VI: PREVENCIÓN DE LESIONES

Uso de guantes para determinadas tareas como la cocina, jardín... Cuidado con quemaduras.	Cuidado especial de las uñas, no cortar la cutícula. Evitar el calor y el frío extremo.	Evitar sobreesfuerzos y traumatismos.
--	--	---------------------------------------

TABLA VII: EVITAR PRESIONES

Evitar permanecer mucho tiempo sobre el brazo afecto.	Evitar llevar relojes, pulseras en el brazo afecto. Llevar bolso en el lado sano.	Contraindicado los masajes fuertes en el brazo afecto.
---	--	--

TABLA VIII: DETECCIÓN DE SÍNTOMAS

Dolor / pesadez del brazo.	Hormigueo.	Hinchazón de la mano y dedos.
----------------------------	------------	-------------------------------

más indicado durante las horas de sueño. Se recomienda colocar el miembro superior sobre cojines durante el descanso nocturno, buscando el efecto gravitatorio (**Fig. 3**).

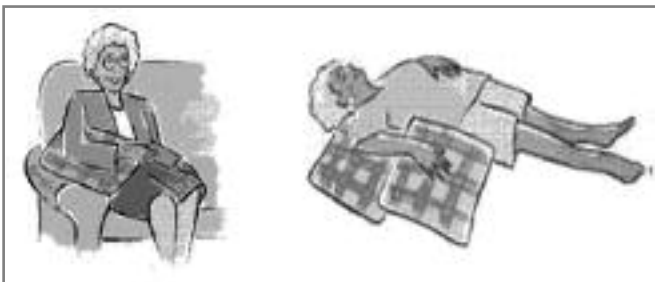


FIGURA 3

Medidas de prevención, higiene y cuidados de la piel: Existe un acuerdo general sobre las recomendaciones de higiene y cuidado personal y las medidas preventivas para evitar traumatismos ⁽¹⁰⁻¹⁵⁾. La piel suele ser la entrada de múltiples infecciones (**Tablas V- VIII**).

Drenaje linfático manual (DLM): «Método destinado a mejorar las funciones esenciales del sistema linfático por medio de maniobras precisas, proporcionadas y rítmicas, que actúan activando y mejorando la circulación linfática y favoreciendo la eliminación de sustancias de desecho» ⁽¹⁶⁾. Para la realización de un drenaje linfático manual es importante saber que la circulación linfática es centrípeta, dirigiéndose desde la periferia hacia el corazón. Su finalidad es dirigir la linfa en esta dirección, teniendo en cuenta

la localización de las unidades ganglionares, para dirigir los movimientos hacia ellas. Para poder drenar hay que comenzar descongestionando la salida, por eso todo tratamiento de drenaje linfático se realiza de proximal a distal. Es importante conocer las posibles vías de derivación hacia donde se puede redirigir la linfa. Hay que dirigir la corriente linfática hacia los ganglios próximos que mantengan su función linfática. A cada grupo ganglionar va a llegar la linfa de determinadas partes del cuerpo y esto viene determinado por unas divisorias linfáticas que delimitan las partes de la superficie corporal, denominadas cuadrantes linfáticos (**Fig. 4**) ⁽¹⁷⁾.

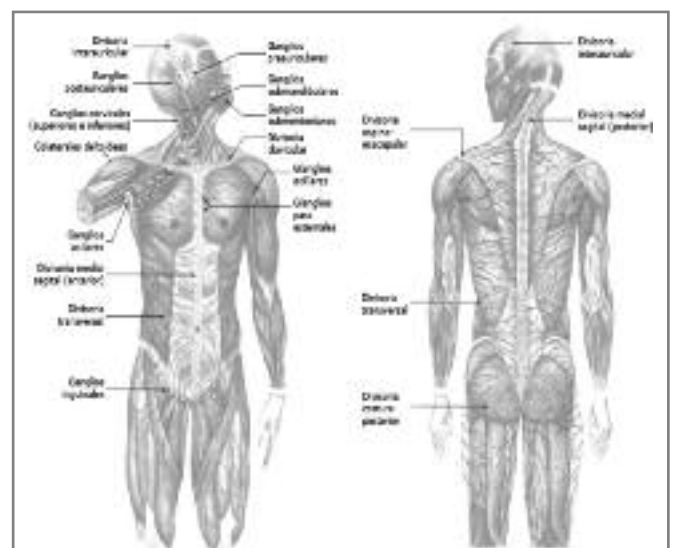


FIGURA 4: CUADRANTES LINFÁTICOS



FIGURA 5: ESQUEMA GENERAL DEL DLM

Maniobras de DLM: Es importante respetar el ritmo natural de la circulación linfática, que avanza por las contracciones de los músculos esqueléticos adyacentes que comprimen los vasos linfáticos, así como los movimientos respiratorios. Para seguir este ritmo, en cada movimiento se debe dejar un tiempo de pausa

para la fase de relajación. La presión podría considerarse como un movimiento de empuje ligero y superficial: nunca puede producir dolor, por el contrario, la sensación es de alivio, sin dejar enrojecimientos en la piel (**Fig. 5**).

DLM en extremidades superiores, pasos que se deben seguir:

1º. Roces ligeros sobre la superficie cutánea	Roces ligeros sobre la superficie cutánea a lo largo de todo el brazo, desde la mano hasta el hombro.
2º. Círculos fijos	Axila.
3º. Bombeos y manipulaciones combinadas	Zona deltoidea.
4º. Bombeos	Brazos (de codo a hombro). El paciente apoya su mano y antebrazo en el pecho del terapeuta, lo que permite drenar su brazo haciendo bombeos con una mano sobre el bíceps y la otra sobre el tríceps.
5º. Bombeos y círculos fijos	Codo: empujando la piel con los pulgares.
6º. Dador	Antebrazo: Desde la muñeca hasta el codo.
7º. Círculos fijos	Muñeca, dorso y palma de la mano: Se trabaja con círculos fijos empujando la piel con los pulgares.
8º. Círculos fijos	Dedos de la mano: Se trabaja con círculos fijos empujando la piel con los pulgares. El pulgar se trabaja aparte.
9º. Roces ligeros para finalizar	Roces ligeros lo largo de todo el brazo desde la mano hasta el hombro.

Medidas de contención/vendaje: El vendaje realiza una acción sobre el tejido edematoso, ejerciendo una presión progresiva de distal a proximal, y establece variaciones de volumen, que son favorecidas por las contracciones musculares durante el movimiento y la cinesiterapia. Las vendas deben estar confeccionadas con materiales que dilaten poco, ya que solo así se consigue una presión baja sobre el tejido edematoso cuando la extremidad está en reposo, y una presión alta cuando actúa el movimiento. La elasticidad aconsejada debe ser, aproximadamente, de un 70% (baja). En el proceso del vendaje se deben evitar tanto el dolor como los trastornos de la circulación. La presión ha de ser mayor en la parte inferior o distal de la extremidad que en la parte superior (**Fig. 6**).



FIGURA 6: VENDAJE DE MIEMBRO SUPERIOR.

Efectos generales del vendaje:

1. Aumenta el efecto favorable que produce la contracción muscular sobre la circulación, tanto venosa como linfática.
2. Evita que, en los vasos linfáticos, se produzca un movimiento de reflujo cuando las válvulas son insuficientes.

Técnica del vendaje: El vendaje se debe realizar de forma espiral, desde la parte distal a la proximal del miembro, iniciándose en los dedos de la mano y finalizándolo en el hombro. La presión irá disminuyendo a medida que se aproxima a la raíz del miembro.

Secuencia de realización de un vendaje:

1. Aplicación en todo el miembro de una venda tubular.
2. Colocación en forma de espiral de venda de algodón (tipo artífex, por ejemplo).
3. Adición de esponjas duras o blandas, según las características de la zona a tratar.

4. Aplicación de vendas elásticas con compresión decreciente de diversos tamaños. En el miembro superior se deben tomar una serie de precauciones encaminadas a evitar los trastornos en la circulación del miembro, así como el dolor que pueda causar la propia presión.

Manguito de contención: Está siempre indicado en los linfedemas de miembro superior, tanto si previamente se ha aplicado un tratamiento mediante drenaje linfático manual como si no ha sido posible. La terapia de contención se efectúa por medio de mangas o guantes confeccionadas utilizando un material hipoalérgico, evitando las costuras para no provocar aumento de presión en esas zonas, y serán a la medida de cada paciente.



FIGURA 7: MANGUITOS DE CONTENCIÓN

Cinesiterapia: Es una terapia de complemento en el DLM, ya que al producir una contracción muscular, actúa sobre el automatismo de los vasos linfáticos, favoreciendo la acción del drenaje. Los ejercicios serán movimientos sencillos y sin sobreesfuerzo, la duración no debe superar los 30 minutos⁽¹⁸⁾. Es muy importante que la paciente integre los ejercicios en su vida diaria.

Ejercicios miembro superior: (ver página siguiente).

Actividades de la vida diaria: Se estudiarán los problemas que encuentran en las actividades básicas de la vida diaria y qué tipo de productos de apoyo pueden ser útiles. Se potencia utilizar la mano afecta para crear habilidad funcional.

BAÑARSE, DUCHARSE: Cepillo largo y curvado para zonas difíciles de alcanzar.

VESTIRSE: La forma de vestir es la problemática más importante ya que tiene que ver con los cambios en el estilo de la ropa. No se enseña a vestirse con una sola mano, ya que no se va a tratar como una secuela de ACV la necesidad de utilizar la mano afecta.

COMER: Problemática en la capacidad para manipular los alimentos. Agarre débil o movimiento limitado en la muñeca o dedos. Productos de apoyo: engrosador de cubiertos.

<p>Rotación de muñeca.</p>	
<p>Saludar con la mano en esta posición.</p>	
<p>Simule que está desenroscando una bombilla.</p>	
<p>Simule que nada en el aire.</p>	
<p>Pinza. En este ejercicio debe tocar la punta de sus dedos con su dedo pulgar.</p>	
<p>Coloque la bola bajo su axila y apriete duro.</p>	
<p>Lleve sus manos hacia la nuca, como si fueras a recogerte el pelo.</p>	

<p>Flexión y extensión de brazos.</p>	
<p>Siéntese y simule que ordeña una vaca.</p>	
<p>Abra y cierre fuertemente sus dedos. Mantenga los brazos a la altura de los hombros frente a su pecho, a los lados del cuerpo.</p>	
<p>Coloque sus manos en posición de rezo, entrelace sus dedos, separe las palmas y luego apriéte las fuertemente.</p>	
<p>Con una pequeña bola, dibuje las cuestas de una montaña rusa en el aire, mantenga el brazo extendido mientras realiza el ejercicio.</p>	
<p>Párese frente a la pared, ponga su mano en ella, y trate de llevarla lo más alto que pueda manteniendo su espalda recta.</p>	
<p>Lleve sus brazos por encima de tu cabeza, lo más alto que pueda.</p>	

HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL: La realización de estas tareas requiere movilidad en la articulación del hombro, codo y capacidad de agarre en la mano. Las funciones de higiene y arreglo personal se verán afectadas por la dificultad en la movilidad y la prohibición de calor en lado afecto. Este cambio tendrá un importante impacto emocional para la persona. Hay que tener especial cuidado con la manicura, evitar la depilación con cera, no usar secadores fijos de peluquería y, en caso de su utilización, que el secador esté cerca de una ventana, para que no le llegue el calor al brazo afecto. Los desodorantes se deben escoger con aplicador de bola (facilitan el agarre del producto y su reparo por la zona, los aplicadores en spray o crema requieren mayor destreza de la mano).

Productos de apoyo: peines y cepillos de mango ergonómico, aplicador de crema, lima con mango grueso, cortaúñas adaptado.

ACTIVIDAD SEXUAL: La problemática está ocasionada por la pérdida de interés en la actividad sexual, depresión, dolor postural del brazo afecto o cansancio. La pérdida de un seno puede ser muy traumatizante, y se recomienda hablar con la pareja de las preocupaciones y miedos (**Tabla IX**)⁽¹⁶⁾.

Por eso se recomienda planificar la actividad sexual para la hora del día en la que exista la menor cantidad de dolor. Se pueden tomar analgésicos, si está prescrito por el médico, una hora antes de la hora planeada, para que surtan un efecto completo en dicho momento. Procurar determinar la dosis medicinal que ofrezca alivio contra el dolor, sin que produzca somnolencia. A la hora de empezar la relación, hay que encontrar la postura que genere la menor presión posible sobre las partes doloridas del cuerpo. De ser útil, reposar las partes doloridas y limitar el movimiento de las mismas con el uso de almohadas. Si cierto movimiento resulta doloroso, se escogerá una posición que no lo requiera, o se pedirá a la pareja que sea quien realice los movimientos durante la relación sexual.

PREPARACIÓN DE LA COMIDA Y LIMPIEZA: En este área, los cambios en la realización de las tareas del hogar y la necesidad de pedir ayuda a la familia, así como la necesidad de dedicar más tiempo a las tareas domesticas, va a ser un condicionante para la vida diaria. La realización de estas tareas requiere movilidad en la articulación del hombro, codo y capacidad de agarre en la mano. Siempre se deben evitar las

quemaduras, los sobreesfuerzos, el frío y el calor excesivo, y hay que tener especial cuidado con los objetos punzantes como cuchillos, agujas...

Productos de apoyo: protector de dedos para laminar hortalizas, frutas, embutidos....; cuchillo basculante que permite cortar con poco esfuerzo; tabla para cortar provista de clavos para fijar los alimentos mientras se cortan o pelan; topes en una esquina para que los alimentos no salgan de la tabla y apoyos antideslizantes en su base; dispositivo que permita trasladar platos calientes de hasta 8 mm de grosor (lavable en lavavajillas); cesta de acero inoxidable que permite escurrir los vegetales cocinados sin necesidad de volcar la cacerola (el mango es de plástico moldeable y es aislante del calor); abrelatas que se fija a la pared o al mobiliario, provisto de una base graduable en altura donde se coloca la lata (se acciona mediante una manivela).

DESCANSO Y SUEÑO: El linfedema provoca dolor, pesadez de brazo, falta de sensibilidad, sensación de acorchamiento y condiciona una postura para el descanso y el sueño. Se debe evitar dormir sobre el miembro afectado. Para tratar los trastornos del sueño, es aconsejable que se tomen medidas de higiene del sueño; limitación de bebidas con cafeína 4-6 horas antes de acostarse; evitar el ejercicio intenso una pocas horas antes de irse a la cama; utilizar el dormitorio sólo para dormir y para las actividades sexuales, no para ver la televisión, trabajar o resolver problemas familiares; tener la habitación en silencio, con una temperatura agradable y, preferentemente, con una cama cómoda; las técnicas de relajación también ayudan a conciliar el sueño.

TRABAJO: Los cambios físicos experimentados en el cuerpo condicionan la cantidad y ritmo de trabajo y la incapacidad para continuar desempeñando ciertos trabajos. Según el tipo de trabajo, se personalizarán tanto los productos de apoyo como las recomendaciones.

OCIO Y TIEMPO LIBRE: La problemática aparece al dejar de hacer actividades de ocio que antes realizaba el paciente. Están indicadas las actividades de bajo impacto (aquellas que no dañan las articulaciones). «Toda persona es susceptible de beneficiarse de la actividad física, independientemente de su patología, si esta está adaptada correctamente»⁽¹⁹⁾ La Terapia Ocupacional trata de adaptar el deporte de forma indi-

TABLA IX: PROBLEMAS DE LA SEXUALIDAD FEMENINA

Tratamiento	Bajo deseo sexual	Menor humedad vaginal	Reducción del tamaño vaginal	Coito doloroso	Dificultades para lograr el orgasmo	Infertilidad
Quimioterapia	A veces	A menudo	Poco común (solo si está asociado con menopausia)	A menudo	Poco común	A menudo
Mastectomía	Poco común	Nunca	Nunca	Nunca	Poco común	Nunca

vidualizada siguiendo los criterios de adaptación según el modelo ecológico de la Actividad Física Adaptada.

- Modificación de criterios de la tarea (usar habilidad o criterios técnicos específicos).
- Modificación de criterios ambientales.
- Modificación del equipamiento.
- Modificación de reglas.
- Modificación del aprendizaje de la disciplina.

La actividad física influye positivamente en el estado de ánimo, en este sentido existen diferentes estudios y tesis que lo confirman⁽²⁰⁾.

PARTICIPACIÓN SOCIAL: La aparición de dificultades en la participación social, principalmente en las relaciones interpersonales, familiares y de pareja, pueden

dar lugar a un retraimiento social, así como a una reducción de las actividades cotidianas y una excesiva focalización en los aspectos relacionados con la enfermedad.

Actividades formativas de prevención del linfedema: talleres de maquillaje, risoterapia, relajación, etc., así como todo tipo información que sirva de referencia para hacer frente a los problemas derivados del proceso de la enfermedad.

CONCLUSIONES:

El linfedema es una patología crónica que puede aparecer años después de la intervención, generando una discapacidad. Un programa de prevención puede disminuir el déficit que supone en las actividades de la vida diaria.

El linfedema no solo va a tener complicaciones funcionales sino también a nivel social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-González-Sánchez J F, Sánchez-Mata F. Calidad de vida, escalas de valoración y medidas preventivas en el linfedema. *Rehabilitación*. 2010; 44. (S1), 44-46.
- 2- National Cancer Institute: PDQ® Linfedema. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Última actualización: 18-04.13. Fecha de acceso: 8-07-13. Disponible en: <http://cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicosapoyo/linfedema/HealthProfessional>.
- 3- Serra Escorihuela M, Soler Ferrández A. Aspectos epidemiológicos del linfedema Post-mastectomía. En: Serra Escorihuela M. Métodos de tratamiento aplicados al edema del miembro superior post-mastectomía. Hospital de La Fe de Valencia. Tecnigraf. S.L.; 1997. p 10-12.
- 4- Varela Donoso E, Lanzas Melendo G, Atín Arratibel MA , González López-Arza MV. Generalidades de los linfedemas y la circulación linfática: patogenia y fisiopatología. *Rehabilitación*. 2010; 44(S1), 4.
- 5- Lugo J, Bacallao J, Rodríguez G. Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. *Rev. Cubana Oncol*. 2008; 2 (16), 100-6.
- 6- González-Sánchez J y Sánchez-Mata F. Calidad de vida, escalas de valoración y medidas preventivas en el linfedema. *Rehabilitación*.2010; 44(S1), 46-47.
- 7- Serra Escorihuela M, Soler Ferrández A. Tratamiento ante un linfedema post-mastectomía. En: Serra Escorihuela M. Métodos de tratamiento aplicados al edema del miembro superior post-mastectomía. Hospital de La Fe de Valencia. Tecnigraf. S.L.; 1997. p 20-21.
- 8- Viñas F. El tratamiento de los linfedemas. La linfa y su drenaje manual. 2ª ed. Barcelona: Integral; 1993. p 53-56.
- 9- Serra Escorihuela M, Morant Guillen P, Bastos N, Soler Ferrández A. Tratamiento linfedema. En: Serra Escorihuela M. Métodos de tratamiento aplicados al edema del miembro superior post-mastectomía. Hospital de La Fe de Valencia. Tecnigraf. S.L.; 1997. p 22-59.
- 10- Robles JI. Linfedema: Una patología olvidada. *Psicooncología*. 2006; 3. (1), 71-89
- 11- Serra Escorihuela M, Morant Guillen P. Medidas de prevención, protección e higiene de la piel. En: Serra Escorihuela M. Métodos de tratamiento aplicados al edema del miembro superior post-mastectomía. Hospital de La Fe de Valencia. Tecnigraf. S.L.; 1997. p 22-27.
- 12- Díaz Hernández O. Método red como alternativa en el tratamiento del linfedema post-mastectomía. Hospital Clínico quirúrgico «Hermanos Ameijeiras» Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. *Rev. Cubana*. 2000; 39 (1), 38-46
- 13- Kinsner C; Aller Colby L. *Ejercicio terapéutico*. (traducido por: Pedro González Del Campo Román) Ed. Paidotribo; 2005. p 519-22.
- 14- González-Sánchez J, Sánchez-Mata F. Calidad de vida, escalas de valoración y medidas preventivas en el linfedema. *Rehabilitación*.2010; 44(S1), 44-48.
- 15- National Cancer Institute: PDQ® Linfedema. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Última actualización: 18-04.13. Fecha de acceso: 8-07-13. Disponible en: <http://cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicosapoyo/linfedema/HealthProfessional>
- 16- Vázquez Gallego J, Expósito M. El Masaje Drenaje Linfático Manual. Ed. Mandala S.A.; 2011.
- 17- Viñas F. La linfa y su drenaje manual. 2ª Edición. Barcelona: Edición Integral; 1993. p. 92-103.
- 18- Kinsner C; Aller Colby L. *Ejercicio terapéutico*. (traducido por: González Del Campo Román P) Ed. Paidotribo; 2005. p 553-576.
- 19- Cabal Carvajal VM. I jornadas autonomía personal y actividad física. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional*. 2009; (7), 24-25.
- 20- Fernández EJ. Estudio piloto abierto aleatorizado de la intervención no farmacológica en el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional*. 2013; (10). 3-10.