

Linfedemas en el municipio Cerro

Presence of lymphedemas in El Cerro municipality

Dr. Luís Enrique Rodríguez Villalonga,^I DrCs. Armando H. Seuc Jo,^{II} MSc. Ela Lauzán Díaz,^I MSc. Gertrudis García Lazo,^I Lic. Maritza Rodríguez Álvarez,^I Lic. Mireya Macías Sabuqué^I

^I Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana, Cuba.

^{II} Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

RESUMEN

Objetivo: identificar el impacto de la presencia del linfedema como problema de salud en el territorio del municipio Cerro.

Métodos: estudio epidemiológico, descriptivo y de corte transversal en los 122 430 habitantes del municipio Cerro. Se seleccionó una muestra aleatoria por estratificación monoetápica, donde los estratos fueron los policlínicos y de cada estrato se escogieron los consultorios, con probabilidad proporcional al tamaño, y en estos las familias para la recogida de los datos primarios. Se tuvo en cuenta los pacientes con el diagnóstico de linfedema de cada consultorio seleccionado. Para la búsqueda activa se eligieron viviendas al azar y examinados todos sus residentes. El dato primario se obtuvo mediante una entrevista personal donde se aplicó un cuestionario de preguntas convenientemente preparado.

Resultados: se detectó que 23 sujetos tenían aumento de volumen de alguna parte corporal, de ellos, se confirmó la presencia de linfedema en 16 para una tasa prevalencia de $0,6 \pm 0,081$ %, es decir, alrededor de 707 personas en el municipio pueden tener linfedema. En 11 (69 %) personas, se encontró un predominio de los linfedemas secundarios, la mayor proporción correspondiente al miembro inferior derecho (31,3 %), seguida con igual frecuencia (25 %) la localización bilateral en los miembros inferiores. El sexo femenino 14 (87,5 %), fue el más frecuente. Se halló que 7 (43,8 %) pacientes mantenían vínculo laboral. Entre los pacientes, 9 (56,25 %), tenían entre 15 y 59 años y 7 (43,75 %), 60 o más años de vida. El 87,5 % de los

pacientes consideraron tener algún conocimiento sobre su padecimiento y todos estaban bajo atención especializada.

Conclusiones: el linfedema en el municipio Cerro, al igual que en otras latitudes, supone un impacto en el estado de salud de la población al ser un problema subestimado y subregistrado que requiere de mayores esfuerzos sanitarios.

Palabras clave: linfedema, aumento de volumen, prevalencia.

ABSTRACT

Objective: to identify the impact of lymphedema as a health problem in El Cerro municipality.

Methods: an epidemiological, descriptive and cross-sectional study was performed in 122 430 inhabitants of El Cerro municipality. One-stage stratification allowed selecting a random sample in which the strata were polyclinics and the medical offices having odds proportional to size were selected from each stratum. The primary data were collected from those families selected in the doctor's offices included in the study. The patients diagnosed with lymphedema from each chosen doctor's office were taken into consideration. For the active search, a certain number of dwellings were randomly selected, where all the residents were examined. A questionnaire was prepared to collect primary data through personal interviews.

Results: it was detected that 23 subjects had raised volume in some part of their bodies; lymphedema was confirmed in 16 persons, for a prevalence rate of 0.6 ± 0.081 %, that is, around 707 people might develop lymphedema in the municipality. Secondary lymphedema prevailed (69 %), the highest proportion was found in right lower limb (31.3 %), followed by the bilateral location in the lower limbs (25 %). The most affected were the females (87.5 %). It was found that 43.8 % had a job. The age of 56.25 % and 43.75 % of the patients was 15 to 59 years and 60 years and over respectively. Of the studied patients, 87.5 % stated that they knew some things about their disease and all of them were under specialized treatment.

Conclusions: lymphedema has an effect in the health status of the population in El Cerro municipality as well as in other parts of the world, since it is an underestimated and poorly registered problem that requires more efforts in the health care field.

Key words: lymphedema, raised volume, prevalence.

INTRODUCCIÓN

El descubrimiento y conocimiento del sistema linfático ha sido tardío en relación con el resto del sistema vascular periférico. A pesar de su origen embriológico común, su complejidad anátomo funcional, ha determinado el lento desarrollo de procedimientos

diagnósticos y terapéuticos, lo que hace de esta área de la especialidad, poco atractiva y la más retrasada.^{1,2}

Hace apenas un siglo que se han producido los mayores avances en el conocimiento del sistema linfático, cuyo fallo en su función de transporte, origina el aumento de volumen de la parte corporal afectada y que se ha denominado linfedema.¹

Esta afección tiene un carácter crónico, y se conoce que las regiones corporales más comúnmente afectadas son: miembros inferiores, genitales externos, miembros superiores y cara, en este orden. Su tendencia es a la progresión, y en sus estadios más avanzados constituyen las llamadas elefantiasis, término utilizado desde la época Hipocrática, por la semejanza que adopta la piel en relación con la de los paquidermos.³⁻⁸

Esta condición anómala, implica determinado grado de incapacidad física, debido a los cambios tróficos que se producen en la piel y la fibrosis del tejido celular subcutáneo, lo que propicia la aparición de infecciones recurrentes que agravan cada vez más el cuadro, que se torna tormentoso con gran repercusión psicosocial y con particular detrimento de la calidad de vida de quienes la padecen.⁹⁻¹²

El linfedema es un motivo de preocupación en una parte de la comunidad médica, que han podido abordar la enfermedad en sus diferentes aspectos, por estar de acuerdo con los conocimientos que se han ido acumulando.

A pesar de que aún no se llega a ningún consenso, la preocupación por esta enfermedad es mantenida, ya que la Alianza Mundial para el Cuidado de las Heridas y el Linfedema (WAWLC: siglas en inglés) le ha pronosticado un sustentado incremento.

Cabe señalar que actualmente existen diversos enfoques terapéuticos, ninguno absoluto y mucho menos curativo, aún con las técnicas más avanzadas, como son las de terapia física compleja y las de microcirugía linfática.¹²⁻¹⁸

La tendencia actual en el tratamiento del linfedema, independientemente de su etiología, es hacia la combinación de modalidades terapéuticas de modo multidisciplinario y a largo plazo, en cuyo proceso todas las partes son importantes para lograr el control del aumento de volumen, como objetivo primordial, y de los eventos patológicos y psicosociales que lo acompañan en mayor o menor medida durante toda la vida, para lo cual la prevención, diagnóstico y precoz tratamiento serán cruciales en su evolución.

La distribución geográfica de los linfedemas y su etiología son diversas. Resulta endémica su variante obstructivo inflamatorio, de origen parasitario en regiones tropicales donde la filaríasis linfática representa un serio problema de salud, que motivó una campaña liderada por la OMS para lograr su erradicación para el año 2010; mientras que en otras latitudes, los de origen obstructivos secundarios a procedimientos terapéuticos, como los linfedemas de miembros superiores postratamiento del cáncer de mama presentan altas prevalencias, sin olvidar los de causa primaria cuya presencia es cierta, lo que resulta suficiente para que sea motivo de preocupación.

De modo que se trata de un problema de salud de distribución universal de la cual Cuba no parece estar exento, aún cuando alguna variante, como la parasitaria, resulte excepcional entre nosotros.¹⁹⁻²³

Por ser el Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular (INACV) el centro rector de la especialidad en el país, es que se han dado pasos para asimilar los modernos enfoques de diagnósticos y terapéuticos del linfedema, al tener la firme convicción de la necesidad de desarrollar estrategias integrales en su atención para minimizar su impacto social y la repercusión que en el proceso salud enfermedad, representa esta enfermedad. Por todas estas razones, es que se hace esta investigación con el objetivo de identificar el impacto de la presencia del linfedema como problema de salud en el territorio del municipio Cerro, estimar su prevalencia, caracterizar etiológica y clínicamente a los pacientes identificados con dicha enfermedad y relacionar su presencia con aspectos de su atención.

MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, y de corte transversal en los 122 430 habitantes del municipio Cerro. Se contó con el personal especializado en el diagnóstico clínico del linfedema. Se realizó un levantamiento inicial de la población con la cooperación de las áreas de salud. Se seleccionaron los consultorios y las familias para la recogida del dato primario.

El diseño experimental tuvo dos componentes:

- para estimar la prevalencia a partir de los pacientes registrados en las áreas de salud del municipio o que procedentes de estas, aparecieran registrados con esta enfermedad en el INACV, y
- para identificar la presencia de esta enfermedad en pacientes no registrados en las propias áreas de salud, ni en la institución, pertenecientes a las propias áreas (búsqueda activa).

Para el primer componente se seleccionó una muestra estratificada monoetápica, donde los estratos fueron los policlínicos y en cada estrato se seleccionaron consultorios (con probabilidad proporcional al tamaño). En cada uno de estos consultorios se confeccionó un listado para registrar a los pacientes *dispensarizados* por linfedemas y los que procedentes de ellos, habían sido registrados como pacientes con esta enfermedad en el INACV.

Para el segundo componente o búsqueda activa (identificación y estudio de los pacientes no *dispensarizados*), fueron seleccionados cinco consultorios (con probabilidad proporcional al tamaño) en cada policlínico, y seis viviendas de cada consultorio (mediante muestreo sistemático con probabilidades iguales).

Fueron examinados clínicamente todos los residentes de cada vivienda en busca del diagnóstico clínico de linfedema. A todos se les aplicó un cuestionario con dos módulos de preguntas.

El módulo A (de preguntas generales y sociodemográficas), fue común para todos los integrantes de la muestra; y el B (de preguntas sobre el linfedema que padecen) fue aplicado solo a los casos en que se consiguió la confirmación del diagnóstico clínico de

esta enfermedad, basado en la positividad de más de uno de los siguientes aspectos: 1. Aumento de volumen crónico difícilmente o no reductible con el reposo, de al menos seis meses de evolución, con o sin cambios tróficos de la piel, 2. Diferencia de al menos 1,5 cm del perímetros de la extremidad enferma en relación con la sana en los casos de afección unilateral, medido a niveles similares, 3. Signo de Stemmer positivo y 4. Borramiento del relieve aquileano.

La clasificación clínica utilizada fue la de *Casley-Smith*,⁸ aprobada en el X Congreso Internacional de Linfología.

La muestra seleccionada estuvo integrada por 346 personas, de ambos sexos, representativa del total de habitantes del municipio.

El cuestionario fue aplicado, por los especialistas que participaron en el trabajo de campo, a todos los mayores de 18 años, y a los padres o tutores en el caso de los menores de esta edad, o que eran discapacitados mentales. Las respuestas fueron obtenidas de ellos directamente.

Se estimó la prevalencia de linfedema mediante el uso de la siguiente [fórmula](#):

$$N1 + (122\ 430) (N2/n) (1)$$

N1: total de pacientes *dispensarizados* o atendidos en los servicios pertenecientes a la muestra seleccionada y confirmados con linfedema en el municipio.

N2: total de sujetos identificados con linfedema en la búsqueda activa (no *dispensarizados*, ni procedentes de nuestros servicios) en la muestra seleccionada en todo el municipio.

n: es el total de esta muestra (346 personas).

La prevalencia porcentual se obtuvo dividiendo la expresión (1) por la población total del Cerro, 122 430 habitantes. Se calculó el error de muestreo para referir la tasa de prevalencia a toda la población del municipio.

El tamaño de muestra fue calculado con el paquete estadístico EPI-INFO. Con la información obtenida en las entrevistas se confeccionó una base de datos que permitió el uso del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 11.5. En ambos casos se trabajó con un nivel de confiabilidad del 95 % ($\alpha = 0,05$).

RESULTADOS

Se apreció que 23 sujetos (7 %) de la muestra padeció de aumento de volumen de alguna parte corporal, entre ellos, fue confirmada la presencia de linfedema en 16, para una tasa de prevalencia de $0,6 \pm 0,081$ %, es decir, alrededor de 707 personas en el municipio ([Fig.](#)).

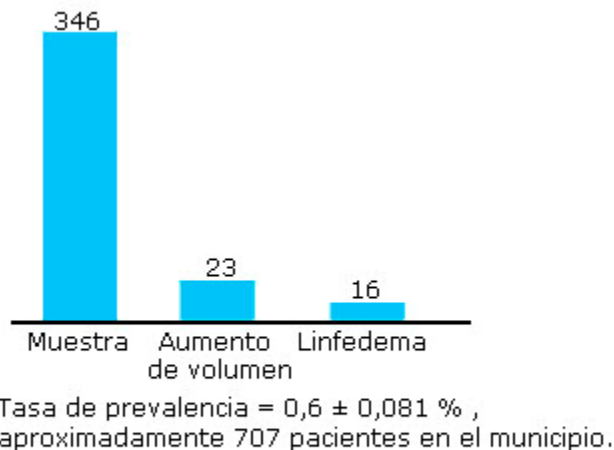


Fig. Pesquisaje de linfedema y su prevalencia en el municipio Cerro.

Al analizar la clasificación etiológica de los linfedemas se encontró que fueron mayoritarios los secundarios, en 11(69 %) pacientes, y solo en 5 (31 %), fueron primarios.

El tiempo de evolución promedio fue de 17,9 años oscilando entre 1 y 49 años. Al evaluar el diagnóstico positivo de linfedema según su procedencia se halló que del total de pacientes con la enfermedad, 14 se atendían en consulta especializada del INACV y dos fueron detectados en la pesquisa activa; ninguno de ellos era conocido en el nivel primario de salud ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Caracterización de los linfedemas en el municipio Cerro

Variables		n	%
Clasificación etiológica	Primario	5	31
	Secundario	11	69
Diagnóstico positivo según su procedencia	Consulta especializada en el INACV	14	87,5
	Pesquisa activa	2	12,5
	Nivel primario de salud	0	0
Tiempo de evolución (años)		media= 17,9 (0,8 a 49)	

En relación con la localización y la clasificación clínica de los linfedemas, se encontró que la mayor proporción correspondió al miembro inferior derecho, en 5 (31,3 %) pacientes, seguida con igual frecuencia por la localización bilateral en los miembros inferiores y el miembro superior izquierdo en 4 (25 %) pacientes. No se encontraron linfedemas en la cara, genitales, ni el miembro superior derecho. El estadio clínico II predominó en el 50 % de los casos ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Localización y clasificación clínica de los linfedemas

Localización	Estadios						Total	
	I		II		III			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cara	0	0	0	0	0	0	0	0
Genitales	0	0	0	0	0	0	0	0
Miembro superior izquierdo	0	0	3	18,7	1	6,3	4	25,0
Miembro superior derecho	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambos miembros superiores	0	0	0	0	0	0	0	0
Miembro inferior izquierdo	1	6,3	1	6,3	1	6,3	3	18,7
Miembro inferior derecho	2	12,5	2	12,5	1	6,3	5	31,3
Ambos miembros inferiores	1	6,3	2	12,5	1	6,3	4	25,0
Total	4	25,0	8	50,0	4	25,0	16	100,0

Se encontró un predominio del sexo femenino sobre el masculino, 14 (87,5 %) mujeres vs. 2 (12,5 %) hombres. Al caracterizar a los pacientes con linfedema por ocupación según sexo y edad, se halló que 7 (43,8 %) mantenían un vínculo laboral, 5 (31,3 %) eran jubilados y 4 (25 %), amas de casa. Con respecto a la edad, no hubo pacientes con linfedema menores de 15 años, más de la mitad, 9 (56,25 %) pacientes, tenían entre 15 y 59 años y 7 (43,75 %), 60 o más años de vida ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Caracterización de los pacientes con linfedema por ocupación según sexo y edad

	Sexo										General	
	Masculino					Femenino						
	Grupo de edades			Total	%	Grupo de edades			Total	%		
	< 15	15-69	> 69			< 15	15-69	> 69				
Ocupación	< 15	15-69	> 69	Total	%	< 15	15-69	> 69	Total	%	Total	%
Ama de casa	0	0	0	0	0	0	3	1	4	25,0	4	25,0
Jubilado	0	0	0	0	0	0	0	5	5	31,3	5	31,5
Pensionado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajador	0	2	0	2	12,5	0	4	1	5	31,3	7	43,8
Estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Desvinculado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	2	0	2	12,5	0	7	7	14	87,5	16	100,0

Al analizar el nivel de información que tenían los enfermos sobre el linfedema, se encontró que 10 (62,5 %) pacientes, consideraron conocer mucho o bastante sobre su padecimiento, 4 (25 %) refirieron tener solo algún conocimiento, y 2 (12,5 %) negaron tener conocimiento alguno. La mayor cantidad de pacientes estaban bajo atención especializada por su enfermedad, sin embargo, no era así para los dos pacientes que desconocían su enfermedad ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Caracterización de los pacientes según la atención sanitaria y el nivel de información sobre la enfermedad

Atención sanitaria	n	%	Nivel de información					
			NO	%	Algo	%	Bastante	%
Sin atención	2	12,5	2	12,5	0	0	0	0
Médico de la familia	0	0	0	0	0	0	0	0
Especializada	14	87,5	0	0	4	25	10	62,5
Total	16	100,0	2	12,5	4	25	10	62,5

DISCUSIÓN

El aumento de volumen, es un signo o un síntoma común a muchas enfermedades, de modo que su presencia es un frecuente motivo de consulta y no pocas veces motivo de discusiones médicas en pos de hallar su razón. Este puede ser agudo o crónico, de mayor o menor intensidad, reversible o no, extensos, locales o circunscriptos, con o sin cambios tróficos en la piel, en especial en la de los miembros inferiores, que en muchas ocasiones transitan desde formas leves a severas de modo solapado, a los que no pocas veces se le designa como: "linfedema", con mayor o menor sustento.^{20,21}

Fue exactamente el aumento de volumen de una parte corporal, lo primero en ser evaluado en este estudio y se encontró que 346 (7 %) personas de la muestra estudiada lo presentaron, de modo que se ratifica en esta investigación como un signo relativamente frecuente.

En 16 sujetos de los 23 que padecieron aumento de volumen de una parte corporal, casi el 70 % del total, fue confirmado clínicamente el diagnóstico de linfedema, por lo que se infiere que no está lejos de la verdad, asociar el aumento de volumen con el término linfedema, tal y como un tanto empíricamente se hace en la práctica cotidiana, solo que no será ahí donde termine el problema; sino que habrá que llevarlo más allá, habrá que ser consecuente con este planteamiento para su confirmación, correcta orientación y conducta a seguir, para evitar las funestas consecuencias que su cronicidad ocasiona y que lamentablemente no pocas veces son obviadas.

Hace pocos años se calculaba en unos 100 millones de personas en países tropicales los que padecían de filariasis linfática, la principal causa de la llamada elephantiasis, de nuestros tiempos. Se sabe de la alta prevalencia de linfedema secundario al tratamiento del cáncer de mama entre las supervivientes por esta enfermedad y además, el número de personas que padecen un linfedema primario está entre 600 000 y 2 millones en el mundo, y se ha encontrado una prevalencia similar a la de las úlceras venosas en un estudio realizado en el Reino Unido, mientras que en el primer estudio de prevalencia y calidad de vida, realizado en Irlanda en el año 2009 se informa una tasa de prevalencia general de 2,6 % en población hospitalaria.^{12,22-27}

En ese estudio se encontró una tasa de prevalencia de $0,6 \pm 0,081$ %, es decir, alrededor de 707 personas en el municipio pueden tener linfedema.

Hay que destacar la gran diferencia entre los linfedemas identificados y los potencialmente ocultos, resultado que llamó a la reflexión. La mayor frecuencia de linfedemas secundarios en relación con los primarios está en concordancia con lo registrado por otros investigadores.^{19,20,23}

Los aspectos epidemiológicos que aquí se abordan, están mal documentados en el mundo²³ y es algo bien reconocido. En Cuba,¹⁹ una exploración vascular preventiva, realizada en 25 mil trabajadores, encuentra que el 0,5 % de ellos padecen de linfedema y que esta enfermedad está presente en el 4,8 % de entre 884 personas examinadas en un área de salud de la Ciudad de la Habana.

Otro estudio realizado en un área de salud del municipio Cerro, encuentra una prevalencia de 0,13 % en población general y que el linfedema en 15 pacientes de los 43 enfermos (34,9 %), es de origen congénito, mientras 28 son secundarios para el 66,1 %.¹⁹

Como se puede apreciar existe variabilidad en las prevalencias publicadas, y esto puede deberse, entre otras razones, a los diseños experimentales utilizados que no permiten que los estudios sean completamente comparables, y por ende no se puede llegar a conclusiones definitivas al respecto.

Llama la atención que mientras los resultados de este estudio tuvo un alcance municipal, los datos de referencia fueron obtenidos en un estudio realizado solo en un área de salud del mismo municipio,¹⁹ que por lo demás estuvo incluida en esta investigación. En ese trabajo se registró algo más del doble de lo encontrado en este. Muchas otras razones, además de la ya alegada, pudieran estar jugando un papel en ello; pero sin lugar a dudas ha quedado demostrado la alta prevalencia oculta de linfedema. También presentaron similitudes las proporciones de uno y otro tipo de linfedema, desde el punto de vista etiológico, lo que es posible al tratarse de muestras homogéneas (del mismo territorio) en cuanto a composición demográfica, social y sanitaria.

Un estudio retrospectivo realizado en la Argentina,²⁸ encuentra que los linfedemas de origen primario predominan sobre los secundarios entre los 243 pacientes cuya localización fueron los de miembros inferiores.

La inversión del predominio de uno y otro tipo etiológico de linfedema en relación con los resultados obtenidos se explica, por lo contrario del análisis anterior, al tratarse de países ubicados geográficamente en latitudes muy distintas, lo que unido a las diferencias de sus sistemas sociales y sanitarios, marcan la diferencia de sus pacientes.

No pocas veces el linfedema es mal reconocido, desatendido y mal tratado.²² Un estudio realizado en el Reino Unido, país donde la asistencia médica es socializada y de alto nivel técnico se registra que el edema crónico (linfedema) es una afección común pero subestimada cuyos tratamientos utilizados no son generalmente los adecuados, subrayan que el estudio demostró fallas en la atención a los pacientes. Por otra parte, *Gathin* y otros,¹² encuentran 11 sujetos con linfedema, sin diagnóstico ni tratamiento, de entre 418 pacientes que acudieron a la clínica vascular y dermatológica de un hospital que atiende a 250 000 habitantes; los autores señalan que es el primer estudio irlandés realizado al respecto.

En Cuba no existen investigaciones que aborden este problema, por lo que se desconoce su situación real. Los resultados de esta investigación, son un primer y necesario acercamiento a la prevalencia del linfedema en un municipio.

Cuando se analizó la localización anatómica de la afección en los pacientes ([tabla 2](#)), se encontró mayor predominio de linfedema de miembros inferiores, con el miembro inferior derecho más afectado de modo unilateral, seguido por la localización bilateral. Este resultado no está en concordancia con lo registrado anteriormente ya que se ha descrito que el miembro inferior más afectado es el izquierdo, lo que pudiera explicarse por la elevada proporción de linfedema secundarios en nuestra muestra, en la que los fenómenos inflamatorios agudos recurrentes locales (linfangitis/trombosis venosa), como eventos asociados, jugaron un importante papel.

El linfedema de los miembros superiores, en su inmensa mayoría, son de origen secundario y están íntimamente asociados con el tratamiento del cáncer de mama,^{26,29,30} tal como fue observado en este estudio.

Hubo tres casos, de los cuatro que tenían linfedema bilateral de los miembros inferiores, que pertenecían a una misma familia: madre, hija y nieta. En las tres mujeres, el aumento de volumen comenzó a partir de la pubertad y por el lado izquierdo, expresándose luego con diferentes grados de intensidad, en el lado derecho. Los cambios tróficos de la piel estaban en relación con el tiempo de evolución y se enmarcó como una enfermedad de Meige atendiendo a su carácter hereditario.

El cuarto caso con linfedema bilateral, correspondió a uno de los dos casos detectados en la pesquisa activa y resultó ser también de origen secundario según los fenómenos inflamatorios locales recurrentes.

No se encontraron linfedemas genitales, de los que se dice ser la segunda localización más frecuente en el hombre, relacionado con el hidrocele como causa primaria y la filariasis linfática como causa secundaria inexistente en nuestro país.^{19,31}

En cuanto a la severidad clínica, las tres cuartas partes de los pacientes (75 %) clasificaron como linfedemas no graves, que correspondió al estadio II, la mayor proporción (50 % linfedema irreversible con el reposo), lo que estuvo en relación directa con el tiempo de evolución de la enfermedad, cercana a los 20 años. Lo anterior habla por sí sola, e indirectamente, de la atención recibida y los cuidados específicos de la enfermedad, aspecto este último, en que, en casi todos los casos, se cometieron transgresiones en algún momento, por diferentes razones más o menos objetivas, lo que se sabe está en relación directa con el agravamiento de la enfermedad, básicamente en cuanto a su aspecto físico, aún cuando la inmensa mayoría de los casos dispusieron de atención especializada.

La mayor frecuencia de la enfermedad observada aquí en el sexo femenino, 87,5 % ([tabla 3](#)), está en correspondencia con lo publicado en la literatura. *Ciucci*,²⁸ entre 500 pacientes con linfedema encontró que el 60 % pertenece al sexo femenino. Es conocida la proporción de 1:3 a favor de dicho sexo entre los linfedemas primarios. Factores genéticos cada vez más conocidos, entre el que pudiera citarse la frecuente asociación de linfedema y el síndrome de Turner, y eventos asociados como el cáncer de mama que es causa de linfedema secundario de los miembros superiores casi exclusivos de este sexo. Estas son algunas razones, otra más locales o circunstanciales como el predominio del sexo femenino en la población cubana, así como razones

estéticas que influyeron en la solicitud espontánea de atención, pudieran explicar el mayor porcentaje de féminas en nuestros resultados.^{26,28,32-34}

Cuando se analizó la composición por edades de los pacientes con linfedema, se observó que no se identificaron pacientes en edad pediátrica, lo que se explica por lo limitado de la muestra y la incidencia de los linfedemas congénitos, que por ejemplo para la enfermedad de Milroy se calcula se produzca en 1:6 000 nacimientos y es más raro aún el linfedema congénito simple y los asociados a otras malformaciones congénitas incluidas las vasculares.^{26,32-34}

El hecho de que el grupo de edades mayoritario fuera el de 15-59 años (56 %), es de gran importancia por corresponderse con el período laboralmente activo y la enfermedad pudiera afectar la actividad laboral. En el grupo de 60 o más años predominaron las féminas ([tabla 3](#)), lo que pudiera estar a tono con el predominio de ese sexo en el estudio y que indirectamente parece estar en relación con la cronicidad de esta enfermedad, el tiempo de evolución y el incremento en las expectativas de vida de la población.^{26,32-34}

Hay que señalar que se constató en el estudio que algo más del 75 % de las personas diagnosticada se mantenían o habían estado vinculados a actividades laborales en alguna oportunidad; y de hecho más de la mitad se mantenían en activo y aunque no fue objetivo del estudio evaluar aspectos económicos que ilustraran pérdidas de tiempo laboral, jubilación precoz por dicha enfermedad, ni otros aspectos económicos relacionados, al tener en cuenta la naturaleza de la enfermedad, se está seguro que irremisiblemente hubo una repercusión en este sentido, tal y como se ha publicado en otros estudios llevados en enfermedades crónicas en general o en específico de origen circulatorio, especialmente por linfedemas.³⁵⁻³⁷

Los resultados relacionados con la atención sanitaria recibida demostró que la mayoría de los pacientes con el diagnóstico de linfedema (87,5 %) ([tabla 3](#)) ya estaban registrados y llevaban seguimiento sistemático en consulta especializada del INACV, pues a pesar de ser esta institución, una unidad de atención terciaria, es ampliamente accesible y asume la atención secundaria de determinadas áreas, por su cercanía geográfica, política sanitaria oficial y tradicionalismo de sus servicios; además de que sus especialistas prestan servicios de interconsultas en todas las unidades de atención primaria del territorio que comprendió la investigación. Sólo dos pacientes fueron resultado de la pesquisa activa (12,5 %) y no recibían atención.

A pesar de lo antes expuesto, resultó llamativo, que ninguno de estos pacientes procedían de los registros de la atención primaria, donde teóricamente debían estar registrados como portadores de enfermedades crónicas, y hay que agregar, que en ningún caso se encontró que el médico de familia jugara papel alguno en este sentido.

El alto porcentaje de pacientes (62,5 %) con conocimientos suficientes o con alguna información (25 %) ([tabla 4](#)) sobre su enfermedad, denota una relación directa con el grado de vinculación a los facultativos que les atendían o no. Quizás otros aspectos pudieran haber influido, sobre todo en los menos informados, pero en todo caso fue el resultado de la indispensable educación para la salud recibida, aún insuficiente, responsabilidad del personal sanitario, decisiva como parte indisoluble para lograr efectividad en el tratamiento y control del linfedema.

Estas situaciones indican que existe una fisura en la atención primaria de salud, que repercute en la población en primer lugar, y en segundo lugar en la economía de los pacientes, los familiares y del país, por los costos directos e indirectos que genera el linfedema, si se tiene en cuenta que de acuerdo a los resultados obtenidos, existen alrededor de 707 pacientes con linfedema en el municipio Cerro, que no son conocidos y por ende no reciben ningún tipo de atención, a pesar de lo compleja e invalidante que resulta esta enfermedad.

Moffat y otros²² hablan del linfedema, como un problema de salud subestimado; en Cuba, con un sistema de salud altamente socializado sucede otro tanto y es necesario revertir esta situación, más cuando los pronósticos demográficos señalan el envejecimiento progresivo de la población, lo que supone un mayor impacto de enfermedades como la que se aborda.

El linfedema en el municipio Cerro, al igual que en otras latitudes, es un problema de salud subestimado y subregistrado que requiere de mayores esfuerzos sanitarios.

Agradecimientos

A la memoria de nuestro entrañable profesor Dr. Cs. *Miguel Ángel Martínez Griñán* (†) por su invaluable contribución al desarrollo de esta temática en el Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. Igualmente le agradecemos a los colegas, Dra. Cs. *Carmen Regina Victoria García Viniegras*, Dra. *Damaris Pérez Leonard*, Dr. *Lázaro Chirino Díaz*, Dra. *Marisela Borrás Mígues*, MSc. *Dulce María Figueredo de Armas*, Dr. *Yuniel Hernández Castillo*, Lic. *Sonia Durán González*, Téc. *Loyda Almeida Hernández*, Lic. *Yuslet Rubio Medina*, Dr. *Vladimir Teope Carrión* y Dr. *Ariel Prieto Valdés*, su colaboración en la realización de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vannelli A. A Brief Overview of Lymphology: Past, Present and Future. In: Vannelli A, editor. Novel Strategies in Lymphedema. Rijeka, Croatia: Editorial InTech; 2011. p. 1-12.
2. Guzmán A, Oneto, D. Tratamiento médico del linfedema de los miembros. Linfología. 2000;6(16):7-28.
3. Samaniego E. Angiología, medicina y sociedad en la historia. Vizcaya, España: Laboratorios FAES S.A.; 2000.
4. Becker F. Lymphedema. Rev Med Suisse. 2006;2(51):323-9.
5. Latorre J, Ciucci JL, Rosendo A. Anatomía del sistema linfático del miembro superior. An Cir Card Vasc. 2004;10(3):184-98.
6. Honnor A. The staging of lymphedema and accompanying symptoms. Br J Community Nurs. 2006;11(10):6-8.

7. Glowinski SM. Drenaje linfático manual con orientación psicosomática. *Linfología*. 2000;6(16):25-8.
8. Casley-Smith JR. Fisioterapia del linfedema. *Linfología*. 2000;6(17):25-8.
9. Pereira de Godoy JM, Braile DM, de Fatima Godoy M, Longo O Jr. Quality of life and peripheral lymphedema. *Lymphology*. 2002;35(2):44-5.
10. Mc Waynej, Heiney SP. Psychologic and social sequelae of secondary lymphedema: a review. *Cancer*. 2005;104(3):457-66.
11. Kwan W, Jackson J, Weir LM, Dingee C, McGregor G, Olivotto IA. Chronic arm morbidity: Prevalence and impact on quality of life. *J Clin Oncol*. 2004;20(20):4242-8.
12. Gathin G, Byrne D, Tierney S, Strapp H, Cowman S. Prevalence of lymphoedema and quality of life among patients attending a hospital-based wound management and vascular clinic. *Int Wound J*. 2012;9:120-5.
13. Campissi C, Boccardo F. Modernos aspectos diagnósticos y terapéuticos. *Linfología*. 2000;6(15):17-30.
14. Campissi C, Boccardo F. Linphedema and microsurgery. *Microsurgery*. 2002;22(2):74-80.
15. Campisi C, Eretta C, Pertile D, Da Rin Elisa, Campisi C, Macciò A, et al. Microsurgery for treatment of peripheral lymphedema: long-term outcome and future perspectives. *Microsurgery*. 2007;27(4):333-8.
16. Becker C, Assouad J, Riquet M, Hidden G. Posmastectomy lymphedema: Long-term result following microsurgical node transplantation. *Ann Surg*. 2006;243(3):313-5.
17. Weiss JM, Spray BJ. The effect of complete decongestive therapy on the quality of life of patients with peripheral lymphedema. *Lymphology*. 2002;35(2):44-5.
18. Vignes S, Parcher R, Arrault M, Dupuy A. Long-term management of breast cancer-related lymphedema after intensive desconggestive phisiotherapy. *Breast-cancer Res Treat*. 2007;101(3):285-90.
19. Charles Edouard D. Linfedema: Epidemiología en América. *Linfología*. 1998;4(9):37-42.
20. Doherty D. Assesment of lymphedema of the lower limbs by the community. *Br J Community Nurs*. 2006;11(10):59-62.
21. García-Sancho Martín L. Diagnóstico diferencial de los edemas. En: Jiménez Cossio JA, editor. *Diagnóstico y Tratamiento de los Linfedemas*. Madrid: Uriach; 1985. p. 103-22.
22. Moffat CJ, Franks PJ, Doherty DC. Linfedema: Un problema de salud subestimado. *QJM*. 2003;96:731-8.

23. William AF, Frankz PJ, Moffat CJ. Lymphoedema: estimating the size of the problem. Review. Palliat Med. 2005;19(4):300-13.
24. Beaudé Rochars M, Milord D, St Jean Y, Desrmaux AM, Dorvil JJ, Laffontant JG, et al. Geographic distribution of lymphatic filariasis in Haiti. Am J Trop Med Hyg. 2004;75(5):598-601.
25. Karent T, Cuenco M, Elizabeth H, Patrick JL. Assessment of families for excess of lymphedema of the legs in a filariasis endemic area. Am J Trop Med Hyg. 2004;70(2):185-90.
26. Gloviczki P. Diagnóstico clínico y valoración del Linfedema. En: Rutherford RB, editor. Cirugía Vascular. 6ta ed. Pennsylvania: Elsevier-Saunders; 2005. p. 2396-415.
27. Díaz Hernández O. Análisis de los factores de riesgo en el linfedema pos mastectomía. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2000;39(2):20-1.
28. Ciucci JL. Retrospective study of 500 patients with Lymphedema. Excerpted from Progress in Lymphology XVI. Lymphology. 1998;31(Suppl):21-4.
29. Deo SV, Ray S, Rath GK, Shukla NK, Kar M, Asthana S, et al. Prevalence and risk factors for development of lymphedema following breast cancer treatment. Indian J Cancer. 2004;41(1):8-12.
30. Arrault M, Vignes S. Risk factors for developing upper limb lymphedema after breast cancer treatment. Bull Cancer. 2006;93(10):1001-6.
31. De la Osa J. Elefantiasis. Consultas Médicas [Internet]. La Habana; Portal Cuba; 2012 [citado 7 Jul 2012]. Disponible en: http://consultas.cuba.cu/consultas.php?sid=0fbaa70e51d98865dba2338fb5887543&id_cat=3&letr=e&id_cons=152
32. Degni M, Nunes P. Linfedema. En: Maffei FH, editor. Doença Vasculares Periférica. 2da ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1995. p. 1083-99.
33. Bruna J. Tipos y clasificación de linfedemas. Linfología. 1998;4(9):27-30.
34. Hafez HM, Wolfe JHN. . Lymphedema. Ann Vasc Surg. 1996;10:88-95.
35. Ramaiah KD, Guyatt H, Ramu K, Vanamail P, Pani SP, Das PK. Treatment costs and loss of work time to individuals with chronic lymphatic filariasis in rural communities in south India. Trop Med Int Health. 1999;4(1):19-25.
36. Rockley C. Impacto socioeconómico de la insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores. Flebology. 1995;1:1007-9.
37. Adigun AI, Ogundipe OK. Lymphoedema of the lower limbs: management problems in a developing country. Nig Q J Hosp Med. 2008;18(2):87-91.

Recibido: 18 de enero de 2012.
Aprobado: 23 de mayo de 2012.

Luís E. Rodríguez Villalonga. Calzada del Cerro 1551 esq. a Domínguez. Cerro 12000.
La Habana. Cuba. Correo electrónico: luis.rodriguez@infomed.sld.cu