



Factores asociados a la mamoplastia de aumento y la lactancia materna*

Fatores associados à mamoplastia de aumento e o aleitamento materno
Factors associated to breast implants and breastfeeding

Karla Oliveira Marcacine¹, Erika de Sá Vieira Abuchaim¹, Kelly Pereira Coca¹, Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão¹

Cómo citar este artículo:

Marcacine KO, Abuchaim ESV, Coca KP, Abrão ACFV. Factors associated to breast implants and breastfeeding. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03363. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017037803363>

* Extraído de la tesis: “A mamoplastia de aumento e a prática do aleitamento materno”, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, 2017.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde da Mulher, São Paulo, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between the surgical characteristics of breast implants, time elapsed since surgery, access route, implant placement and implanted volume and variables related to breastfeeding, type, first ‘milk let-down’, breast engorgement, pain, lesion, milk production and use of galactagogues. **Method:** A prospective cohort carried out during the hospital stay (12 to 72 hours after delivery), home care (5th to 7th day after delivery) and telephone contact (between the 30th and 32nd day postpartum) of 115 postpartum women with breast implants between 2015 and 2017. **Results:** The first evaluation identified more frequent use of oral galactagogues ($p=0.029$) by puerperal women with prepectoral implants, and of oxytocin spray by those with implants up to 270 ml ($p=0.040$). The second evaluation showed a higher pain score among those with prepectoral implants ($p=0.046$). Around the 30th day postpartum, the presence of nipple lesion ($p=0.021$), pain ($p=0.025$) and a higher pain score ($p=0.039$) was more frequent among those with mammoplasty performed less than 10 years ago. **Conclusion:** The presence of pain and a higher pain score, the occurrence of lesion and the use of oral and nasal galactagogues were associated with implant placement, implant size and time elapsed since surgery.

DESCRIPTORS

Breast Feeding; Mammoplasty; Breast Implantation; Obstetric Nursing.

Autor correspondiente:

Karla Oliveira Marcacine
Rua Correia de Lemos, 571 –
Apto. 84, Chácara Inglesa
CEP 04140-000 – São Paulo, SP, Brasil
ka_marcacine@yahoo.com.br

Recibido: 02/10/2017
Aprobado: 26/03/2018

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) durante 6 meses, la continuidad de la lactancia materna y la introducción de alimentos complementarios apropiados presentan numerosos beneficios para la salud y la supervivencia de los niños y desempeñan un papel importante en la salud de las mujeres y en la sociedad⁽¹⁾.

A pesar de todas las evidencias disponibles sobre la importancia de esta práctica, Brasil todavía está lejos de cumplir la recomendación de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, según preconiza la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾. Las causas asociadas a la interrupción temprana de la lactancia se han descrito a menudo en la literatura científica. En lo que concierne a los factores asociados a la incapacidad de producción láctea, las cirugías mamarias han sido enumeradas como una de sus causas, pudiendo alterar la condición de integridad y funcionamiento de la mama, dependiendo de la técnica quirúrgica utilizada, dificultando o incluso impidiendo la lactancia⁽²⁻³⁾.

Con la evolución de la tecnología involucrada en la fabricación de los implantes de mama, así como de las técnicas quirúrgicas, este procedimiento viene creciendo en Brasil y en el mundo⁽²⁾. La investigación más reciente de la *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS), realizada en 2016, muestra que esta cirugía estética es la más frecuente en Brasil, ocupando el segundo lugar en el ranking mundial, quedando atrás sólo de Estados Unidos⁽⁴⁾.

La búsqueda por el cuerpo ideal, en general, ocurre durante el período reproductivo, entre 19 y 34 años de edad, cuando la mayoría de las mujeres no se preocupa por su capacidad futura de lactancia, muchas veces por no planificar o vivenciar la maternidad⁽⁵⁾.

En este sentido, es esencial que las mujeres sean plenamente informadas, especialmente aquellas en edad reproductiva que deseen embarazarse y amamantar, sobre los beneficios de la lactancia materna, así como sobre las posibles complicaciones derivadas de la mamoplastia en una futura lactancia⁽⁶⁾.

El profesional de la salud debe comprender la naturaleza de la cirugía y los probables resultados relacionados con la lactancia materna. La mujer debe seguir siendo acompañada de cerca por profesional capacitado, inmediatamente después del parto, para la evaluación de los signos de producción adecuada de leche y crecimiento infantil, para que haya la promoción de los cuidados necesarios en cada caso⁽⁷⁾.

En la perspectiva de identificar las repercusiones del implante mamario en la práctica de la lactancia materna bajo una mirada científica, se analizaron los estudios publicados a lo largo de décadas hasta los días actuales. Se observa, además de la escasez, que la mayoría se refiere a estudios antiguos, y pocos de ellos correlacionan las características quirúrgicas con los aspectos asociados a la lactancia materna. Además, también presentan bajo nivel de evidencia, sin definiciones precisas en cuanto al desenlace (LME), son retrospectivas, con poblaciones pequeñas, dificultando la generalización y la comparabilidad de los datos.

Ante las lagunas identificadas y la importancia de la orientación a la mujer y de la cualificación profesional, en el

presente estudio se analizó la asociación entre las características quirúrgicas de la mamoplastia de aumento, como el tiempo transcurrido de la cirugía, vía de acceso, lugar de implantación y volumen de la prótesis mamaria implantada y las variables relacionadas con la lactancia, como el tipo, ocurrencia del apogeo, ingurgitación mamaria, dolor al amamantar, lesión mamilar, producción láctea y uso de galactagogos.

MÉTODO

Se trata de un segmento de un proyecto de investigación mayor, "El Impacto de la Mamoplastia Reductora y de Aumento en la *performance* de la lactancia" (*O Impacto da Mamoplastia Redutora e de Aumento na Performance da Amamentação*), realizado a partir de un estudio de cohorte prospectivo en un hospital privado ubicado en la ciudad de São Paulo, con 240 mujeres, siendo 125 del grupo sin cirugía y 115 del grupo con mamoplastia de aumento. Para el objetivo propuesto, se seleccionaron sólo las mujeres con mamoplastia de aumento, primíparas, entre 12 y 72 horas de posparto, que no habían tenido apogeo, estaban amamantando y que conocían las características del procedimiento quirúrgico analizado.

Se eligieron como criterios de exclusión mujeres con cualquier patología previa y/o gestacional asociada; cuya gestación actual se caracterizó como múltiple; con malformación mamilar; con diagnóstico de mamas tuberosas; que se sometieron al cambio de la prótesis mamaria o reoperación o que realizaron cualquier otra cirugía mamaria que no la mamoplastia de implante; que realizaron una cirugía en una sola mama; que presentaron complicaciones relacionadas con la mamoplastia de aumento (procesos infecciosos, hematomas, seromas, ruptura del implante, contractura capsular, entre otras); las mujeres cuyos recién nacidos hubieran sido internados en una Unidad de Terapia Intensiva y/o que fueran prematuros y/o con peso inferior a 2.500 gramos, o que hubieran tenido alguna patología al nacer y/o malformación orofacial; mujeres que se declararon no alfabetizadas y/o con déficit cognitivos, independientemente de la escolaridad, incapaces de lectura y comprensión del Término de Consentimiento Libre Informado (TCLI); con deficiencias auditivas y/o visuales y desorientadas en cuanto al tiempo, espacio o personas.

Para responder al objeto de la investigación, se estableció como variable de desenlace primario el tipo de lactancia practicada, y como variables de desenlace secundarias, aquellas relacionadas a la lactancia y a las características quirúrgicas de la mamoplastia de aumento.

Tres instrumentos fueron desarrollados específicamente para este estudio, y todos fueron previamente probados por medio de un proyecto piloto. El primer instrumento fue aplicado en la 1ª evaluación, durante la atención hospitalaria, que ocurrió entre 12 y 72 horas después del parto y contempló el registro de los datos sociodemográficos (edad materna, situación conyugal, escolaridad y profesión), de los relacionados al parto y nacimiento (el tipo de parto, la edad gestacional, el peso del niño al nacer y el sexo del niño), la lactancia (tipo, período de ocurrencia del apogeo, presencia de ingurgitación mamaria, de dolor en la lactación y lesión mamilar, producción láctea y uso de galactagogos), al examen físico de las mamas y referentes a la cirugía mamaria (el tiempo

transcurrido de la cirugía, categorizado en hasta 10 años y más de 10 años, vía de acceso para la implantación, obtenida por medio de la evaluación de la cicatriz y categorizada en periareolar, inframamaria y otras (axilar e umbilical); local de implatación, categorizada en pre-pectoral y retropectoral y volumen implantado en cada mama, categorizado en menor o igual a 270 ml y mayor que 270 ml).

El segundo instrumento fue utilizado en la 2ª evaluación, durante la atención domiciliar, realizada entre el 5º y el 7º día después del parto. Los datos contemplados fueron: examen físico de las mamas, aquellos relacionados a la lactancia materna, a la evaluación de la producción láctea y observación de la mamada.

Para la evaluación de la producción láctea, se utilizó una bomba de extracción láctea eléctrica de manera simultánea, durante 10 minutos⁽⁸⁾, con vacío de presión de succión de 190,7 ± 8,8 milímetros de mercurio (mmHg)⁽⁹⁾ y ritmo de 50 a 60 movimientos por minuto⁽²⁾, calibrados por medio de un instrumento específico y profesional capacitado. Antes de la extracción no hubo manipulación o masaje de las mamas, y se realizó la prueba de flexibilidad areolar. El volumen de leche extraída fue evaluado en mililitros, a partir de la aspiración del contenido con jeringa desechable de 20 ml.

El tercer instrumento fue aplicado en la 3ª evaluación, por medio de contacto telefónico, entre el 30º y el 32º día después del parto, y se constituyó en un formulario que incluyó datos relacionados con la lactancia materna e informaciones sobre las condiciones de las mamas (lesión y dolor).

En los tres instrumentos, la puntuación de dolor al amamantar fue evaluada por la Escala Numérica Verbal graduada de 0 a 10, donde 0 significa ausencia de dolor y 10, el peor dolor ya sentido⁽¹⁰⁾. La intensidad del dolor fue entonces clasificada, en número absoluto.

La recolección de datos se inició en enero de 2015, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, del Comité de Ética del Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, bajo el número 855.285/2014, y mediante la aceptación y firma del Término de Consentimiento Libre e Informado por parte de los sujetos de la investigación, habiendo finalizado en abril de 2017.

Los datos fueron recolectados en tres etapas por la investigadora y por un equipo de enfermeras que poseían experiencia con el manejo básico de la lactancia materna y fueron debidamente entrenadas y capacitadas para la realización de la presente recolección. La primera etapa ocurrió en el ambiente hospitalario, entre 12 y 72 horas después del parto. Diariamente, se realizó el levantamiento de las púerperas internadas, y, por medio de las informaciones descritas en los prontuarios, fueron seleccionadas aquellas que podrían, a partir de los criterios de inclusión y exclusión, formar parte del estudio. En consecuencia, estas fueron abordadas en sus respectivas habitaciones, con la finalidad de chequeo de los datos contenidos en los prontuarios, así como para la verificación de la presencia o no de la mamoplastia de aumento. A partir de esas informaciones, la elección del orden de las mujeres para el inicio de la recolección de los datos fue hecha de manera aleatoria, por medio de sorteo. Después de ese

proceso, la púerpera era nuevamente abordada y se hacía la presentación del estudio y la invitación para su participación. Por medio de la aceptación, la mujer era incluida después de la firma del TCLI.

En la segunda etapa, se realizó la evaluación de las mujeres y niños, entre el 5º y el 7º día posparto, por medio de visita domiciliar, en horario previamente programado y aproximado de la mamada. En la tercera etapa, se realizó la recolección de los datos por medio de contacto telefónico entre el 30º y el 32º día después del parto.

Los períodos analizados fueron establecidos para la evaluación de las variables que interfieren directamente en el proceso de la lactancia materna a medida que ocurren las modificaciones fisiológicas de la lactancia, contemplando su fase inicial (12 a 72 horas después del parto), el período de apogeo (5º al 7º día después del parto) y el de establecimiento de esa práctica (30º al 32º día después del parto).

A lo largo del seguimiento, se registraron algunas pérdidas, en la evaluación entre el 5º y el 7º día después del parto, 19 púerperas rechazaron la visita domiciliar, y 13 presentaron lesión friable y/o dolor a la extracción láctea con el uso de la bomba eléctrica y fueron excluidas, totalizando así 83 mujeres. Ya a los 30 días posparto, 88 mujeres respondieron al contacto telefónico.

Los datos recolectados fueron almacenados en la hoja de Excel, y el nivel de significancia considerado fue del 5%. Para los datos cuantitativos, se utilizaron media, desviación estándar, mediana, mínima y máxima, y, cuando se asociaron a los datos categóricos dicotómicos, se analizaron utilizando las pruebas t de Student y Mann-Whitney. La asociación de los datos categóricos fue analizada por medio del Test Exacto de Fisher.

Para el desarrollo del presente estudio se consideraron las directrices y normas de la Resolución no 466/2012, del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

Al analizar el perfil sociodemográfico de las mujeres y las características de nacimiento de los niños, se observó que la edad media de las participantes fue de 33 años, el 99,2% de ellas tenían compañero, el 99,1% estudiaron hasta la Enseñanza Superior (incompleto/completo) y el 83,6% trabajaba en profesión de nivel superior en el momento de la recolección de los datos. En lo que se refiere a las características del parto y nacimiento, el 73,6% tuvo parto por cesárea, la media de edad gestacional fue de 39 semanas, el peso al nacer de 3.286,2 ± 339,1, y el sexo masculino fue más frecuente (53,9%).

En cuanto a las características quirúrgicas, de las 115 mujeres estudiadas, 74,8% de ellas habían realizado la cirugía hace hasta 10 años, el 88,7% de ellas presentó incisión inframamaria, y la media de volumen implantado fue de 267 ml (267 ± 48,4), siendo el máximo de 400 ml y el mínimo de 100 ml, y el 52,1% relató que la prótesis estaba insertada en el espacio pré-pectoral.

Para el análisis de la variable volumen implantado, se estableció, a partir de la media encontrada, su categorización dicotómica en menor que 270 ml y mayor o igual a 270 ml.

La Tabla 1 demuestra el tipo de lactancia practicado de acuerdo con las características quirúrgicas, en los tres momentos evaluados.

Tabla 1 – Información relacionada al tipo de lactancia materna practicada en los tres momentos evaluados, según las características quirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

GRUPOS	n	12 a 72 horas después del parto Tipo de Lactancia (%)			n	5° al 7° día después del parto Tipo de Lactancia (%)			n	30° al 32° día después del parto Tipo de lactancia (%)		
		Exclusivo	No exclusivo	P- Valor		Exclusivo	No exclusivo	P- Valor		Exclusivo	No exclusivo	P- Valor
Tiempo transcurrido de la cirugía												
≤10 años	86	93,0	7,0	0,269	62	77,4	22,6	0,999	66	59,0	41,0	0,999
>10 años	29	86,2	13,8		21	81,0	19,0		22	59,1	40,9	
Vía de Acceso												
Periareolar	13	100,0	0,0	0,591	8	100,0	0,0	0,193	10	60,0	40,0	0,999
Inframamaria	90	92,2	7,8		65	77,0	23,0		68	60,3	39,7	
Local de implantación												
Pré-pectoral	60	96,7	3,3	0,076	43	81,4	18,6	0,418	47	55,3	44,7	0,658
Retropectoral	50	86,0	14,0		35	71,4	28,6		36	61,1	38,9	
Volumen implantado												
≤270mL	48	93,7	6,3	0,717	37	83,8	16,2	0,254	39	61,5	38,5	0,482
>270mL	52	90,4	9,6		33	69,7	30,3		35	51,4	48,6	

Prueba exacta de Fisher.

Los datos de la Tabla 2 demuestran los resultados referentes al agarre al pecho, a la ingurgitación mamaria y a la producción láctea, que fueron evaluados entre el 5° y el 7°

día después del parto, los cuales no mostraron relación con las características quirúrgicas analizadas.

Tabla 2 – Información relacionada al período de ocurrencia del agarre, ingurgitación mamaria y producción láctea según las características quirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

Población analizada	n	Período de comienzo del agarre (%)			Ingurgitación mamaria (%)			Producción láctea (Média ± DP*)			
		Entre 2°/3° dpp	A partir 4° dpp	P-Valor	Si	No	P-Valor	Mama Derecha	P-Valor	Mama Izquierda	P-Valor
Tiempo transcurrido de la cirugía											
≤10 años	62	54,9	45,1	0,209	27,4	72,6	0,276	27,4±24,0	0,375	28,8±23,8	0,741
>10 años	21	71,4	28,6		42,9	57,1		20,1±12,6		28,1±19,4	
Vía de Acceso											
Periareolar	8	25,0	75,0	0,065	37,5	62,5	0,682	32,6±41,1	0,979	31,7±34,6	0,999
Inframamaria	65	61,5	38,5		27,7	72,3		24,3±19,8		27,4±22,5	
Local de implantación											
Pré-pectoral	43	65,2	34,8	0,253	32,6	67,4	0,999	26±21	0,429	29,9±23,7	0,487
Retropectoral	35	51,4	48,6		31,4	68,6		24,2±24,2		26,4±22,9	
Volumen implantado											
≤270mL	37	67,6	32,4	0,224	35,1	64,9	0,434	28,2±25,7	0,194	31,5±26,5	0,307
>270mL	33	51,5	48,5		24,3	75,7		22,1±19,1		23,3±17,4	

Prueba exacta de Fisher. *Mann-Whitney. DP= Desviación estandar. dpp=días de posparto.

En cuanto al uso de oxitocina spray, los resultados demostraron que esta medicación fue más frecuentemente utilizada, entre el 5° y el 7° día después del parto por el grupo de mujeres con prótesis menores, comparado con aquel

grupo con prótesis mayores, y esa diferencia fue significativa (p=0,040). El uso de galactagogos orales, en la primera evaluación fue más frecuente entre aquellas con implante pré-pectoral (p=0,029), como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 – Información relacionada con el uso de oxitocina spray y galactagogos orales según las características quirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

Población analizada	n	12 a 72 horas después del parto			n	5° al 7° día después del parto			n	30° al 32° día después del parto		
		Si	No	P- Valor		Si	No	P- Valor		Si	No	P- Valor
USO DE OXITOCINA SPRAY (%)												
Tiempo transcurrido de la Cirugía												
≤10 años	86	28	72	0,811	62	30,7	69,3	0,166	66	3	97	0,097
>10 años	29	24,1	75,9		21	14,3	85,7		22	13,7	86,3	
Vía de Acceso												
Periareolar	13	38,5	61,5	0,296	8	37,5	62,5	0,378	10	10	90	0,429
Inframamaria	90	22,2	77,8		65	21,5	78,5		68	4,4	95,6	
Local de implantación												
Pré-pectoral	60	26,7	73,3	0,999	43	20,1	79	0,311	47	2,1	97,9	0,576
Retropectoral	50	28	72		35	31,4	68,6		36	5,6	94,4	
Volumen Implantado												
≤270mL	48	25	75	0,656	37	19	81	0,04	39	7,7	92,3	0,617
>270mL	52	30,7	69,3		33	42,4	57,6		35	2,9	97,1	
USO DE GALACTAGOGOS ORALES (%)												
Tiempo transcurrido de la Cirugía												
≤10 años	86	10,5	89,5	0,448	62	19,3	80,7	0,168	66	40,9	59,1	0,804
>10 años	29	3,4	96,6		21	4,8	95,2		22	36,4	63,6	
Vía de Acceso												
Periareolar	13	0	100	0,591	8	0	100	0,586	10	20	80	0,307
Inframamaria	90	8,9	91,1		65	12,3	87,7		68	39,7	60,3	
Local de implantación												
Pré-pectoral	60	8,3	91,7	0,999	43	7	93	0,029	47	34	66	0,37
Retropectoral	50	10	90		35	25,7	74,3		36	44,4	55,6	
Volumen Implantado												
≤270mL	48	10,4	89,6	0,734	37	16,2	83,8	0,76	39	41	59	0,999
>270mL	52	7,7	92,3		33	21,2	78,8		35	42,9	57,1	

Prueba exacta de Fisher.

En torno al 30° día posparto, la presencia de dolor en aquellas mujeres con mamoplastia realizada hace menos de 10 años, como se muestra en la Tabla 4. (p=0,025) y lesión mamilar (p=0,021) fue más observada

Tabla 4 – Información relacionada con la presencia de dolor al amamantar y lesión mamilar según las características quirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

Población analizada	n	12 a 72 horas después del parto			n	5° al 7° día después del parto			n	30° al 32° día después del parto		
		Si	No	P- Valor		Si	No	P- Valor		Si	No	P- Valor
DOLOR AL AMAMANTAR (%)												
Tiempo transcurrido de la Cirugía												
≤10 años	86	39,5	60,5	0,508	62	66,1	33,9	0,999	66	19,7	80,3	0,025
>10 años	29	31,0	69,0		21	66,7	33,3		22	45,4	54,6	
Vía de Acceso												
Periareolar	13	53,9	46,1	0,232	8	75,0	25,0	0,999	10	30,0	70,0	0,689
Inframamaria	90	35,6	64,4		65	67,7	32,3		68	22,1	77,9	
Local de implantación												
Pré-pectoral	60	35,0	65,0	0,843	43	72,1	27,9	0,232	47	29,8	70,2	0,319
Retropectoral	50	38,0	62,0		35	57,1	42,9		36	19,4	80,6	
Volumen Implantado												
≤270mL	48	33,3	66,7	0,308	37	73,0	27,0	0,315	39	23,1	76,9	0,445
>270mL	52	44,3	55,7		33	60,6	39,4		35	31,4	68,6	
LESIÓN MAMILAR (%)												
Tiempo transcurrido de la Cirugía												
≤10 años	86	46,5	53,5	0,286	62	83,9	16,1	0,514	66	18,1	81,9	0,021
>10 años	29	34,5	65,5		21	76,2	23,8		22	45,4	54,6	
Vía de Acceso												
Periareolar	13	69,2	30,8	0,071	8	75,0	25,0	0,611	10	30,0	70,0	0,682
Inframamaria	90	40,0	60,0		65	84,6	15,4		68	20,6	79,4	
Local de implantación												
Pré-pectoral	60	41,7	58,3	0,848	43	83,7	16,3	0,567	47	27,6	72,4	0,445
Retropectoral	50	44,0	56,0		35	77,1	22,9		36	19,4	80,6	
Volumen Implantado												
≤270mL	48	43,7	56,3	0,554	37	83,8	16,2	0,760	39	20,5	79,5	0,302
>270mL	52	50,0	50,0		33	78,8	21,2		35	31,4	68,6	

Prueba exacta de Fisher.

En lo que se refiere al puntaje de dolor, entre el 5° y el 7° día después del parto, se identificó mayor puntaje de dolor en aquellas mujeres con implante pre-pectoral ($p=0,046$). En

cuanto al 30° día, el mayor puntaje ($p=0,039$) fue observado entre las puérperas que realizaron la mamoplastia hacia menos de 10 años.

Tabla 5 – Información relacionada a la puntuación de dolor al amamantar, en las mamas derecha e izquierda, según las características quirúrgicas – São Paulo, SP, Brasil, 2015-2017.

Población analizada	n	12 a 72 horas después del parto Escore de dolor al amamantar (Media ± DE*)				n	5° al 7° día después del parto Escore de dolor al amamantar (Media ± DE*)				n	30° al 32° día después del parto Escore de dolor al amamantar (Media ± DE*)			
		Mama Derecha	P-Valor	Mama Izquierda	P-Valor		Mama Derecha	P-Valor	Mama Izquierda	P-Valor		Mama Derecha	P-Valor	Mama Izquierda	P-Valor
Tempo desde la cirugía															
≤10 años	86	1,8±2,8	0,927	2,1±3,0	0,302	62	4,2±3,5	0,460	4,1±3,5	0,810	66	0,6±1,8	0,039	0,8±2,1	0,55
>10 años	29	1,9±3,1		1,6±3,0		21	4,8±3,8		4,3±3,7		22	1,1±1,8		1,5±2,1	
Vía de Acceso															
Periareolar	13	2,3±3,2	0,629	3,0±3,3	0,143	8	6,2±4,1	0,131	6,1±4,0	0,120	10	1,5±2,7	0,140	1,3±3,2	0,992
Inframamaria	90	1,8±2,9		1,8±3,0		65	4,4±3,5		4,0±3,4		68	0,4±1,3		1,0±2,0	
Local de implantación															
Pré-pectoral	60	1,5±2,6	0,416	1,8±2,7	0,786	43	5,1±3,5	0,058	4,8±3,6	0,046	47	0,7±1,5	0,869	1,0±4,9	0,347
Retropectoral	50	2,1±3,2		2,0±3,2		35	3,6±3,4		3,3±3,2		36	0,8±2,2		0,8±2,4	
Volumen implantado															
≤270mL	48	1,2±2,2	0,107	1,4±2,4	0,052	37	4,9±3,2	0,490	4,1±3,1	0,573	39	0,6±1,6	0,663	0,9±2,1	0,507
>270mL	52	2,4±3,3		2,6±3,3		33	4,7±3,9		4,4±3,9		35	1,0±2,2		2,2±2,4	

*Mann-Whitney. DE=Desviación estandar.

DISCUSIÓN

Al analizar la tasa de LME y su relación con el tiempo transcurrido de la cirugía, vía de acceso, lugar de implantación y volumen implantado, no se observaron diferencias significativas entre los grupos analizados en las tres evaluaciones. Al comparar la prevalencia de LME en los tres momentos evaluados, se pudo observar un descenso en esta práctica en relación a las cuatro características quirúrgicas evaluadas, demostrando que cuanto mayor el período posparto, mayor el riesgo de destete, lo que corrobora las tasas encontradas en la población general, como se evidenció en la última Investigación de Prevalencia de Lactancia Materna en las Capitales Brasileñas y Distrito Federal, publicada en 2009⁽¹¹⁾.

En cuanto al tiempo transcurrido de la cirugía sólo un estudio reciente, retrospectivo, relacionó esa variable con la tasa de LME y a diferencia del presente estudio, identificó que las mujeres con cirugía de aumento realizada hace hasta dos años anteriores al nacimiento presentaron frecuencias similares de LME a las frecuencias encontradas en mujeres que habían realizado el procedimiento hace más tiempo⁽¹²⁾.

En lo que se refiere a la vía de acceso, en la literatura analizada, sólo dos investigaciones procedieron a esa descripción⁽¹³⁻¹⁴⁾, sin embargo, sólo una de ellas evaluó la correlación entre la tasa de LME y el tipo de incisión⁽¹⁴⁾.

La primera, realizada en 1993, se refiere a un estudio retrospectivo con 26 mujeres que presentaban mamoplastia de aumento relatando que sólo algunas mujeres dejaron de amamantar a los 3 meses, y la gran mayoría continuó ofreciendo leche materna por 6 meses o más. Los autores identificaron además que 11 de ellas presentaban incisión inframamaria,

siete, periareolar, y una, axilar⁽¹³⁾, sin embargo, las descripciones del tipo de incisión no totalizaron el número de mujeres estudiadas ($n=26$), o sea, para siete de ellas, no hubo la caracterización de esa variable. Además, no hay información sobre el número de mujeres con cada tipo de incisión que amamantaron exclusivamente y por cuanto tiempo.

El segundo estudio fue realizado retrospectivamente en la Universidad de Puerto Rico, en 2010, con 105 mujeres con mamoplastia de aumento, 49 con incisión periareolar y 56 con inframamaria. Se identificó que la tasa de éxito de la lactancia materna exclusiva disminuyó aproximadamente en un 25%, y la necesidad de utilizar leche artificial aumentó en un 19%, independientemente del tipo de incisión⁽¹⁴⁾. Estos resultados ratifican los encontrados en la actual investigación, pues a pesar de no haber sido evidenciado por el test estadístico, se observó que aquellas mujeres con incisión inframamaria presentaron mayores tasas de LME en todos los momentos analizados.

En este sentido, mujeres con incisiones periareolares presentan cinco veces más posibilidades de producción láctea insuficiente, debido a los daños en los conductos, tejido glandular o inervación de la mama, resultando en la pérdida parcial o total del reflejo de succión, reducción de la producción láctea y, consecuentemente, destete precoz⁽¹⁵⁾.

En relación al lugar de implantación y al volumen implantado, en la literatura analizada, no se encontraron estudios que investigaron esa asociación. A pesar de que los resultados no demuestran diferencia significativa, las mujeres con implantes pre-pectoriales presentaron mayor tasa de LME hasta el período de 5 a 7 días después del parto, hecho que puede ser justificado por la compresión de la glándula mamaria, que, especialmente en el apogeo, se encuentra entumecida, con

los alvéolos y los conductos dilatados, pudiendo facilitar la eyección láctea, promoviendo la sensación de producción láctea adecuada. Sin embargo, después de la fase de la lactogénesis II, la regulación de la producción pasa a ser autócrina y con el vaciamiento regular de la glándula mamaria, hay una reducción de las presiones interalveolares⁽¹⁶⁾, pudiendo revelar la reducción de la lactancia en las mujeres con implantes pre-pectoresales y, consecuentemente, necesidad de complementación con leches artificiales.

Es importante señalar que la duración del LME puede estar asociada no sólo a factores fisiológicos relacionados a la mamoplastia de aumento. En general, las mujeres que optan por la realización de este procedimiento pueden tener expectativas y creencias diferentes de aquellas que no lo realizaron. Ellas pueden presentar menor autoestima y autoconfianza, sin sentirse capaces de satisfacer las necesidades del niño. Alternativamente, pueden ser menos perseverantes cuando se enfrentan a obstáculos y dificultades inherentes al proceso de lactancia⁽¹⁷⁾, lo que también favorece el destete precoz.

En lo que se refiere a la ocurrencia de ingurgitación mamaria se observó que el porcentaje encontrado en los grupos analizados es coherente con lo descrito en la literatura general, la cual presenta una incidencia que varía ampliamente del 28,3%⁽¹⁸⁾ a 89%⁽¹⁹⁾. Sin embargo, los estudios no retratan la asociación entre la ingurgitación y la mamoplastia de aumento, sólo describen que en los casos en que hay incisiones periareolares, debido a la sección de los conductos ya la presencia del implante, en especial los pre-pectoresales, por la compresión de la glándula mamaria, podría ocurrir la reducción o la incapacidad del drenaje lácteo⁽²⁰⁾, con empeoramiento de la distensión alveolar e incluso aumento de la obstrucción, lo que no fue evidenciado en la presente investigación.

En cuanto a la producción láctea, la literatura analizada y los resultados de la presente investigación no son consensuados. Un estudio estadounidense utilizó la bomba eléctrica Lactina, con extracción simultánea, para evaluar la producción láctea de dos púerperas con mamoplastia de aumento con incisión periareolar a partir del 4º día después del parto y demostró que hubo reducción significativa de la producción láctea a lo largo del tiempo, en ambos casos, sin embargo, se trataba de mujeres con partos prematuros, una de ellas trigemelar y con internación de los recién nacidos en la unidad de terapia intensiva, lo que pudo haber influenciado los resultados encontrados⁽⁵⁾. Otras investigaciones utilizaron diferentes formas de medida de la producción, como el ordeño manual⁽²¹⁾, el aumento ponderal^(15,22) y el relato de las mujeres⁽²³⁻²⁴⁾, y concluyeron que las cirugías de aumento interfieren negativamente en la producción láctea^(15,22), especialmente aquellas con incisión periareolar^(15,22). Sólo un estudio afirmó que el procedimiento quirúrgico no afectaba la capacidad de producción⁽²⁴⁾. Además de las diferencias poblacionales, el tipo de extracción utilizada y la no estandarización del uso de la bomba eléctrica en cuanto a la frecuencia de extracción, tiempo, ritmo y presión de succión pueden justificar la discordancia de los datos presentados.

En la literatura estudiada, no se encontraron investigaciones que correlacionen las características quirúrgicas con

el uso de galactagogos. Los resultados del presente estudio identifican el uso más frecuente de oxitocina spray por las mujeres con volumen implantado de hasta 270 ml, entre el 5º y el 7º día después del parto. Este dato puede estar relacionado con la mayor compresión sobre la glándula ejercida por los implantes mayores, haciendo que las mujeres con prótesis menores perciban precozmente la reducción de la eyección y producción láctea, con consecuente uso de ese insumo.

Los galactagogos orales fueron más utilizados por las púerperas con implante pre-pectoral entre el 5º y el 7º día después del parto. Estos resultados pueden ser por la mayor compresión de la glándula mamaria en la presencia del implante pre-pectoral, pudiendo ocurrir la reducción del drenaje lácteo y mayor uso de esas medicaciones en el período después del apogeo.

Estos resultados también pueden apuntar al uso indiscriminado y cada vez más común de los galactagogos en la práctica diaria, siendo prescrito, en la gran mayoría de las veces, sin evaluación clínica previa, y no de la manera adecuada por profesionales capacitados.

En lo que se refiere a la presencia del dolor al amamantar y a la ocurrencia de lesión mamilar, en la literatura analizada, no se encontraron investigaciones similares que permitieran la comparabilidad de los resultados identificados, sin embargo se sabe que en las mujeres con mamoplastia de aumento el dolor puede resultar no sólo del proceso de la lactancia, sino también del trauma del procedimiento quirúrgico⁽²⁵⁾.

En ese sentido, una publicación americana identificó que el 20% de las mujeres que realizaron la mamoplastia de aumento relatan dolor después de 5 años del procedimiento⁽²⁵⁾, lo que corrobora los datos encontrados, en los cuales las mujeres que realizaron la cirugía hace hasta 10 años relataron con más frecuencia la presencia de dolor, así como mayor puntuación. Este cuadro puede ser agravado en el período de apogeo, especialmente en los casos de implante pre-pectoral, debido a la presión de la prótesis sobre la glándula mamaria, que ya se encuentra entumescida, edematizada y dolorida.

Se destaca como limitación del estudio las pérdidas muestrales derivadas de un estudio de seguimiento.

CONCLUSIÓN

El estudio permitió concluir que la presencia y el mayor puntaje de dolor, la ocurrencia de lesión y el uso de galactagogos orales y nasales estuvieron asociados al lugar de implantación, al tamaño de la prótesis y al tiempo transcurrido de la cirugía.

Conocer las características quirúrgicas y su asociación con las variables relacionadas con la lactancia materna ayuda a informar a la población femenina que desea realizar la mamoplastia de aumento y posteriormente amamantar, así como aquellas que están amamantando. Además, proporciona la capacitación profesional para el manejo adecuado de las dificultades asociadas a la lactancia materna y a la complejidad de ese proceso en la presencia del implante mamario, favoreciendo la asistencia integral e individual a esa población, facilitando o proporcionando la vivencia de la lactancia materna sea exclusivo o no.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre as características cirúrgicas da mamoplastia de aumento, tempo decorrido da cirurgia, via de acesso, local de implantação e volume implantado e as variáveis relacionadas ao aleitamento, tipo, apojadura, ingurgitamento mamário, dor, lesão, produção láctea e uso de galactagogs. **Método:** Coorte prospectiva realizada entre 2015 e 2017, com 115 puérperas com mamoplastia de aumento durante a internação hospitalar (12 a 72 horas após o parto), atendimento domiciliar (5º ao 7º dia após o parto) e contato telefônico (entre o 30º e o 32º dia após o parto). **Resultados:** Na primeira avaliação, identificou-se o uso mais frequente de galactagogs orais ($p=0,029$) por puérperas com implante pré-peitoral, e de ocitocina spray por aquelas com prótese de até 270 ml ($p=0,040$). Na segunda avaliação, observou-se maior escore de dor naquelas com implante pré-peitoral ($p=0,046$). Em torno do 30º dia pós-parto, a presença de lesão mamilar ($p=0,021$), de dor ($p=0,025$) e seu maior escore ($p=0,039$) foram mais frequentes naquelas com mamoplastia realizada havia menos de 10 anos. **Conclusão:** A presença e o maior escore dor, a ocorrência de lesão e o uso dos galactagogs orais e nasal estiveram associados ao local de implantação, ao tamanho da prótese e ao tempo decorrido da cirurgia.

DESCRITORES

Aleitamento Materno; Mamoplastia; Implante Mamário; Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: En el presente estudio se analizó la asociación entre las características quirúrgicas de la mamoplastia de aumento, tiempo transcurrido de la cirugía, vía de acceso, lugar de implantación y volumen implantado y las variables relacionadas con la lactancia, tipo, apogeo, ingurgitación mamaria, dolor, lesión, producción láctea y uso de galactagogs. **Método:** Cohorte prospectiva realizada entre 2015 y 2017, con 115 puérperas con mamoplastia de aumento durante la internación hospitalaria (12 a 72 horas después del parto), atención domiciliar (5º al 7º día después del parto) y contacto telefónico (entre el 30º y el 32º día después del parto). **Resultados:** En la primera evaluación, se identificó el uso más frecuente de galactagogs orales ($p=0,029$) por puérperas con implante pre-pectoral, y de ocitocina spray por aquellas con prótesis de hasta 270 ml ($p=0,040$). En la segunda evaluación, se observó mayor puntaje de dolor en aquellas con implante pre-pectoral ($p=0,046$). En torno al 30º día post-parto, la presencia de lesión mamilar ($p=0,021$), de dolor ($p=0,025$) y su mayor puntuación ($p=0,039$) fueron más frecuentes en aquellas con mamoplastia realizada hace menos de 10 años. **Conclusión:** La presencia y el mayor puntaje de dolor, la ocurrencia de lesión y el uso de los galactagogs orales y nasales estuvieron asociados al lugar de implantación, al tamaño de la prótesis y al tiempo transcurrido de la cirugía.

DESCRIPTORES

Lactancia Materna; Mamoplastia; Implantación de Mama; Enfermería Obstétrica.

REFERENCIAS

- Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding – systematic reviews and meta-analyses [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2008 Jul 27]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf
- Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p. 65-103.
- Widdice L. The effects of breast reduction and breast augmentation surgery on lactation: an annotated bibliography. *J Hum Lact.* 1993;9(3):161-7.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Global statistics [Internet]. Hanover: ISAPS; 2016 [cited 2017 Aug 28]. Available from: <https://www.isaps.org/pt/>
- Hill PD, Wilhelm PA, Aldag JC, Chatterton RT Jr. Breast augmentation and lactation outcome: a case report. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2004;29(4):238-42.
- Michalopoulos K. The effects of breast augmentation surgery on future ability to lactate. *Breast J.* 2007;13(1):62-7.
- Soderstrom B J. Helping the woman who has had breast surgery: a literature review. *Hum Lact.* 1993;9(3):169-71.
- Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants: the first 6 weeks after birth. *J Hum Lact.* 2005;21(1):22-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0890334404272407>
- Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Geddes DT, Larsson M, Doherty DA, et al. Importance of vacuum for breastmilk expression. *Breastfeed Med.* 2008;3(1):11-9. DOI: 10.1089/bfm.2007.0028
- Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 1996 [citado 2016 nov. 21];30(3):473-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a09.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais e Distrito Federal [Internet]. Brasília: MS; 2009 [citado 2009 set. 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
- Roberts CL, Ampt AJ, Algert CS, Sywak MS, Chen JS. Reduced breast milk feeding subsequent to cosmetic breast augmentation surgery. *Med J Aust.* 2015;202(6):324-8.
- Hughes V, Owen J. Is breast-feeding possible after breast surgery? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 1993;18(4):213-7.
- Cruz NI, Korchin L. Breastfeeding after augmentation mammoplasty with saline implants. *Ann Plast Surg.* 2010;64(5):530-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0b013e3181c925e4>
- Hurst NM. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol.* 1996;87(1):30-4. DOI: 10.1016/0029-7844(95)00349-5
- Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CA. Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Atheneu; 2004. Anatomia e embriologia da mama; p.19-24.

17. Sarwer DB. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(7 Suppl 1):110S-117S.
18. Sales AN, Vieira GO, Moura MS, Almeida SP, Vieira TO. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2000 [citado 2016 ago. 26];22(10):627-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n10/v22n10a4.pdf>
19. Amir LH. Breastfeeding--managing 'supply' difficulties. *Aust Fam Physician*. 2006;35(9):686-9.
20. Chiummariello S, Cigna E, Buccheri M, Dessy LA, Alfano C, Scuderi N. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques. *Aesthetic Plast Surg*. 2008;32(2):294-7.
21. Andrade RA, Coca KP, Abrão ACFV. Padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida de mulheres submetidas a cirurgia de redução de mamas e implantes. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(3):239-44.
22. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, Young D, Leff M, Orleans M. The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth*. 1990;17(1):31-8.
23. Hedén P, Brozn G, Elberg JJ, Deraemaeker R, Murphy DK, Slicton A, et al. Long-term safety and effectiveness of style 410 highly cohesive silicone breast implants. *Aesthetic Plast Surg* [Internet]. 2009 [cited 2017 Set 28];33(3):430-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2693778/>
24. Lund HG, Turkle J, Jewell ML, Murphy DK. Low risk of skin and nipple sensitivity and lactation issues after primary breast augmentation with form-stable silicone implants: follow-up in 4927 subjects. *Aesthet Surg J*. 2016;36(6):672-80. DOI: 10.1093/asj/sjv266
25. Food and Drug Administration. FDA breast implant consumer handbook [Internet]. Rockville: Silver Spring; 2004 [cited 2015 June 21]. Available from: https://www.pharmamedtechbi.com/~media/Images/Publications/Archive/The%20Gray%20Sheet/30/024/01300240015/040614_fda_breast_implant_handbook.pdf

Apoyo financiero

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Procedimiento n. 456807/2014-4.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.