

# El impacto de los implantes mamarios estéticos en la lactancia materna: una revisión sistemática y metaanálisis

Publicación Original en: *International Breastfeeding Journal* 9, Artículo : 17 (2014) – Octubre 2014

Autores: [Michal Schiff](#), [Charles S Algert](#), [Amanda Ampt](#), [Mark S Sywak](#) & [Christine L Roberts](#)

Traducción libre al Español

## RESUMEN

### Antecedentes

El aumento mamario estético (implantes mamarios) es uno de los procedimientos de cirugía plástica más frecuentes en todo el mundo y su uso en los países de ingresos altos ha aumentado en las últimas dos décadas. Las mujeres necesitan información acerca de todos los resultados asociados para tomar una decisión informada con respecto a si someterse o no a la cirugía estética de mamas. Se realizó una revisión sistemática para evaluar los resultados de la lactancia entre las mujeres con implantes mamarios en comparación con las mujeres sin implantes.

### Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos Medline, Pubmed, CINAHL y Embase utilizando las fechas inclusivas más antiguas hasta diciembre de 2013. Los estudios elegibles incluyeron estudios comparativos que informaron sobre los resultados de la lactancia materna (cualquier lactancia materna, y entre las mujeres que amamantaron, lactancia materna exclusiva) para mujeres con y sin implantes mamarios. Dos revisores extrajeron los datos descriptivos, la calidad de los estudios y los resultados. Se agruparon los cocientes de tasas (CR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% entre los estudios mediante el modelo de efectos aleatorios. Se utilizó la escala Newcastle-Ottawa (NOS) para evaluar críticamente la calidad de los estudios, y la National Health and Medical Research Council Level of Evidence Scale para clasificar el nivel de las pruebas. Esta revisión sistemática se ha registrado en el registro prospectivo internacional de revisiones sistemáticas (PROSPERO): CRD42014009074.

### Resultados

Tres pequeños estudios observacionales cumplieron los criterios de inclusión. La calidad de los estudios fue regular (NOS 4-6) y el nivel de evidencia fue bajo (III-2 - III-3). No hubo diferencias significativas en el intento de lactancia materna (un estudio, RR 0,94; IC del 95%: 0,76; 1,17). Sin embargo, entre las mujeres que amamantaron, los tres estudios informaron una probabilidad reducida de lactancia materna exclusiva entre las mujeres con implantes mamarios, con un cociente de tasas agrupado de 0,60 (IC del 95%: 0,40; 0,90).

### Conclusiones

Esta revisión sistemática y metanálisis sugiere que las mujeres con implantes mamarios que amamantan tuvieron menos probabilidades de alimentar exclusivamente a sus lactantes con leche materna en comparación con las mujeres sin implantes mamarios.

## Antecedentes

Desde la introducción de los implantes mamarios de gel de silicona y solución salina para la mejora estética del tamaño de las mamas a principios de la década de 1960, el aumento mamario se ha convertido en uno de los procedimientos de cirugía plástica más comunes en todo el mundo [1]. En 2012, 286.000 mujeres en EE.UU. se sometieron a cirugía de aumento mamario, lo que supone un aumento del 877% desde 1992, cuando la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos comenzó a formular estadísticas nacionales anuales de cirugía estética [2]. La mayoría de las mujeres que se someten a este tipo de cirugía lo hacen durante sus años reproductivos [3], a pesar de la ambigüedad respecto a los riesgos para el éxito de la lactancia asociados a los implantes mamarios.

La lactancia materna tiene beneficios inmediatos y a más largo plazo para el bebé desde el punto de vista nutricional, gastrointestinal, inmunológico y del neurodesarrollo, así como beneficios psicosociales para la madre [4]. La Organización Mundial de la Salud reconoce que, si bien es mejor dar algo de leche materna al lactante que nada, la lactancia materna exclusiva es necesaria para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos del lactante [5]. Si se inicia la alimentación complementaria con leche artificial, el lactante no recibe todas las ventajas de la lactancia materna exclusiva y la madre lactante debe además realizar un complicado acto de equilibrio entre mantener o aumentar el suministro existente y garantizar al mismo tiempo que el lactante recibe una nutrición adecuada. La posibilidad de comprometer la lactancia como resultado del aumento mamario es especialmente relevante en lo que respecta a la cirugía estética mamaria, que es un procedimiento electivo motivado por el atractivo estético, más que en la cirugía reconstructiva (como tras una mastectomía). Dado que existe un elemento de elección, las mujeres necesitan información sobre todos los riesgos asociados, tanto a corto como a largo plazo, para tomar una decisión informada sobre si someterse o no a una cirugía estética mamaria.

En la actualidad, Internet es una importante fuente de información médica para las personas que se plantean someterse a una intervención de cirugía plástica [6, 7]. Sin embargo, una parte considerable de la información a la que se accede a través de los motores de búsqueda sobre el aumento mamario en general y sus efectos sobre la lactancia en particular es engañosa o inexacta [8, 9]. También se ha demostrado que otros medios de comunicación no son equilibrados, ya que dos tercios de los artículos sobre cirugía estética en el Reino Unido la presentan como libre de riesgos, sin mencionar los posibles problemas o complicaciones [10]. Dada la abundancia de fuentes de información muy accesibles y no filtradas, se necesita una evaluación basada en pruebas del riesgo para la futura capacidad de lactancia que pueda ofrecerse a las mujeres que se plantean un aumento mamario. El objetivo de esta revisión sistemática es evaluar los resultados de la lactancia materna entre las mujeres con aumento mamario estético bilateral

(también denominado implantes mamarios, mamoplastia y mamoplastia) en comparación con las mujeres sin cirugía mamaria [11]. Específicamente para evaluar 1) la tasa de cualquier lactancia materna y 2) entre las mujeres que amamantan, la tasa de lactancia materna exclusiva.

## **Métodos**

### **Métodos de búsqueda**

Se empleó una búsqueda sistemática de estudios publicados en las bases de datos Medline, PubMed, CINAHL y Embase utilizando las fechas más tempranas inclusive hasta diciembre de 2013. La estrategia de búsqueda combinó términos relacionados con la cirugía mamaria junto con términos relacionados con la lactancia materna, utilizando tanto encabezamientos de materia como palabras clave cuando era aplicable. No hubo restricciones de idioma ni de ningún otro tipo. Las cadenas de búsqueda específicas utilizadas para cada una de las bases de datos se indican en la Tabla 1. La búsqueda en las bases de datos se complementó con búsquedas manuales en las listas de referencias de las publicaciones relevantes.

Tabla 1 Cadenas de búsqueda específicas utilizadas para cada una de las bases de datos

Tabla completa

### **Criterios de elegibilidad y resultados**

Fueron elegibles para su inclusión los estudios que comparaban mujeres que se habían sometido a un aumento mamario con mujeres sin aumento mamario previo [11]. Los resultados de interés fueron 1) las tasas de lactancia materna y, 2) entre las mujeres que amamantan, la lactancia materna exclusiva en el momento de la evaluación. La lactancia materna exclusiva se definió como el suministro exclusivo de leche materna (directamente del pecho o como leche materna extraída) o según lo definido por el estudio. La lactancia materna no exclusiva incluía cualquier uso de sucedáneos de la leche materna/alimentación con fórmulas o lactancia insuficiente según lo definido por el estudio.

### **Selección de estudios**

La revisión permitió la inclusión de ensayos clínicos y estudios observacionales (estudios de cohortes, de casos y controles o transversales), pero excluyó series o informes de casos, directrices, comentarios o revisiones sin datos originales [11]. También se excluyeron los estudios de mujeres con aumento mamario posterior al tratamiento para el cáncer de mama, los estudios con un grupo de comparación que incluía mujeres con otros tipos de cirugía mamaria y los que carecían por completo de un grupo control.

### **Extracción de datos**

Se examinaron los títulos y resúmenes de todos los artículos identificados en la búsqueda sistemática. Al menos dos evaluadores independientes revisaron el texto completo de los

artículos potencialmente elegibles para su inclusión. Cualquier desacuerdo con respecto a la inclusión de estudios particulares se resolvió mediante discusión. Una vez establecida la lista final de estudios a incluir, dos revisores extrajeron de forma independiente los datos sobre los resultados primarios y secundarios mediante un formulario estándar. Los resultados se compararon y cualquier discrepancia se resolvió mediante discusión y/o tras consultar con un tercer revisor.

### **Evaluación de la calidad**

Para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos, se utilizó la escala Newcastle-Ottawa (NOS) para evaluar la calidad de los estudios no aleatorizados en metanálisis [12]. Según esta escala, un estudio no aleatorizado puede recibir un máximo de nueve estrellas en los ítems relacionados con la selección de los grupos de estudio (cuatro estrellas), la comparabilidad de los grupos expuestos y no expuestos (dos estrellas) y la determinación de los resultados de interés (tres estrellas). Antes del proceso de calificación, se adaptó la escala para captar posibles fuentes de sesgo pertinentes para los estudios incluidos mediante la especificación previa de la duración mínima deseada del seguimiento hasta un mes después del parto, así como la identificación de los principales factores de confusión (edad materna, paridad, intención de amamantar, gestación al nacer y modo de parto). Dado que la NOS compara estudios no aleatorizados dentro de grupos de diseño de estudio, la solidez de la evidencia también se clasificó según la Escala de Nivel de Evidencia del Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica [13]. Utilizando esta escala los estudios se clasifican como Nivel I de Evidencia para revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados, II para ensayos controlados aleatorizados, III-1 para ensayos pseudoaleatorizados, III-2 para estudios comparativos con controles concurrentes, III-3 para estudios comparativos sin controles concurrentes y IV para series de casos. Los estudios incluidos fueron calificados de forma independiente por tres revisores, se compararon las puntuaciones y los rangos, y cualquier diferencia en los resultados se resolvió mediante conversaciones.

### **Análisis estadístico**

La tasa de cualquier lactancia materna después de un parto posterior a un aumento mamario y la tasa de lactancia materna exclusiva se calcularon a partir de los datos brutos presentados en los artículos incluidos. Los resultados se evaluaron para todas las mujeres en los estudios y en un análisis de subgrupos post-hoc por tipo de incisión. Para los resultados de dos o más estudios contribuyentes, las razones de tasas (RR) de cada estudio se agruparon mediante un metanálisis de efectos aleatorios, con los ensayos ponderados por su varianza inversa [14]. Se utilizó el comando "metan" de Stata para realizar los metanálisis. El grado de variabilidad entre los estudios se resumió mediante el estadístico I<sup>2</sup>, que estima el porcentaje de variación total entre los estudios que se debe a la heterogeneidad y no al azar [15].

## Resultados

Las búsquedas sistemáticas en bases de datos arrojaron 1.435 registros, de los cuales 936 eran citas únicas. Se identificaron otros 10 artículos mediante búsqueda manual. De los 946 registros únicos, 941 se excluyeron por el título y/o el resumen, ya que eran irrelevantes para la revisión, no incluían la exposición o los resultados de interés, o no cumplían los demás criterios establecidos (Figura 1). Sólo se revisaron cinco artículos de texto completo, de los cuales dos se excluyeron debido a la incapacidad de distinguir los embarazos antes y después del aumento mamario [16], o entre el aumento mamario y otras cirugías mamarias [17].

Las características de los tres estudios incluidos se resumen en la Tabla 2. Todos los estudios incluidos fueron estudios de cohortes hospitalarios (niveles de evidencia III-2 - III-3), en los que se incluyeron mujeres de una clínica quirúrgica, una maternidad o un servicio de apoyo a la lactancia. Andrade et al. [18] excluyeron a las mujeres con más de un tipo de cirugía plástica de la mama, por lo que no incluyeron a las mujeres con aumento posterior a una mastectomía, mientras que los estudios de Cruz y Korchin [19] y Hurst [20] carecen de cualquier referencia a si se incluyeron mujeres con implantes mamarios con fines reconstructivos. Mientras que Cruz y Korchin [19] incluyeron sólo a mujeres con implantes salinos en su cohorte de estudio, en los otros dos estudios no se indica información sobre el tipo de implante. Tanto Cruz y Korchin [19] como Hurst [20], informan de sus hallazgos según el tipo de incisión realizada para el implante mamario (sub/inframamaria o periaerolar). Sólo un estudio [18] intentó reducir los factores de confusión restringiendo la cohorte a lactantes "sanos", mamas "sanas" y madres sin antecedentes de baja producción de leche materna. Por el contrario, Hurst [20] reclutó principalmente a madres cuyos lactantes estaban hospitalizados en un hospital infantil y habían sido remitidos al equipo de apoyo a la lactancia del hospital.

Muchos de ellos eran bebés de alto riesgo con altas tasas de parto prematuro y bajo peso al nacer. Cruz y Korchin [19] reclutaron a mujeres con mamas pequeñas que fueron evaluadas para un posible aumento mamario. En el caso de las mujeres que habían tenido hijos anteriormente, se obtuvo la experiencia previa en lactancia materna, aunque no se informó del número de hijos, la duración desde el nacimiento ni la intención de amamantar. A continuación, se compararon los resultados de la lactancia materna con los de las mujeres que habían tenido un parto posterior al aumento mamario [19].

### Tabla 2 Características de los tres estudios incluidos

#### Tabla completa

La calidad de los estudios fue regular (puntuaciones NOS 4-6) y la fuerza de la evidencia fue baja (Niveles de Evidencia III-2 - III-3) (Tabla 2). Las puntuaciones NOS se redujeron por derivar la población de estudio de un único hospital o clínica [18-20], descripción incompleta de cómo se identificó la cohorte expuesta [18], selección de casos y controles de diferentes periodos de

tiempo que puede dar lugar a sesgos [19], intento limitado de controlar los posibles factores de confusión [19], uso de un diseño emparejado pero un análisis no emparejado [20], basarse en autoinformes en lugar de en la observación para la evaluación de la lactancia materna [18-20], duración del seguimiento inferior a un mes [19] y falta de información sobre las pérdidas durante el seguimiento [20].

Los resultados evaluados difirieron considerablemente entre los distintos estudios. Mientras que Cruz y Korchin [19] y Andrade et al. [18] eligieron definir un punto temporal en el que se evaluó el éxito de la lactancia (dos semanas y un mes, respectivamente), Hurst [20] evaluó el éxito general de la lactogénesis y la lactancia hasta 2-3 meses después del parto o hasta que cesó la lactancia. En particular, mientras que Hurst [20] y Andrade et al. [18] definieron explícitamente la lactancia materna como lactantes que reciben leche materna, ya sea directamente del pecho o como leche extraída, no está claro si Cruz y Korchin [19] incluyeron la leche materna extraída al referirse al "éxito de la lactancia materna".

De los tres estudios incluidos, sólo Cruz y Korchin [19] incluyeron tanto a mujeres que intentaban amamantar como a las que no, y hallaron tasas similares de intento de amamantamiento en mujeres con (59%) y sin (63%) aumento mamario (RR 0,94; IC del 95%: 0,76; 1,17), incluidos 37% y 55%, respectivamente, que informaron algún amamantamiento a las 2 semanas (RR 0,67; IC del 95%: 0,50; 0,91). Estas tasas no difirieron según el tipo de incisión. Sin embargo, entre las mujeres que amamantaron, los tres estudios [18-20] informaron de una menor probabilidad de lactancia materna exclusiva en las mujeres con aumento mamario, con un cociente de tasas agrupado de 0,60 (IC del 95%: 0,40; 0,90) (Figura 2). Alternativamente, si el resultado se formula como lactancia materna no exclusiva, entonces el análisis combinado da un aumento de 3 veces (RR 3,00; IC del 95%: 1,16; 7,80) en el uso de alimentación con fórmula suplementaria entre las mujeres con implantes mamarios que intentan amamantar. De los dos estudios que examinaron los resultados según el tipo de incisión [19, 20], las incisiones sub/inframamarias se asociaron con una reducción de la lactancia materna exclusiva (RR agrupado 0,61; IC del 95%: 0,46; 0,82) en comparación con las mujeres con implantes mamarios, mientras que las incisiones periareolares tuvieron un intervalo de confianza amplio (RR agrupado 0,32; IC del 95%: 0,04; 2,51) que no aportó pruebas de un efecto.

## Discusión

A pesar de la frecuencia y la creciente popularidad del aumento mamario [21], esta revisión sistemática destaca una falta en la calidad y la solidez de las pruebas para informar a las mujeres que consideran los implantes mamarios estéticos acerca del impacto potencial sobre la lactancia materna exitosa. Aunque se halló que las mujeres con aumento mamario tenían las mismas probabilidades de intentar la lactancia materna que las mujeres sin aumento mamario, las mujeres con aumento mamario tenían menos probabilidades de alimentar a sus hijos exclusivamente con leche materna. Sin embargo, el primer hallazgo se basa en un único estudio

y el segundo en sólo tres, y ninguno de los estudios incluidos tenía puntuaciones de alta calidad o nivel de evidencia [12, 13]. La menor probabilidad de lactancia materna exclusiva puede atribuirse directa o indirectamente a: la cirugía de aumento o los implantes mamarios insertados, una afección subyacente (hipoplasia mamaria) o diferentes actitudes y expectativas entre las mujeres que se someten a cirugía de aumento mamario.

La cirugía de implantación mamaria puede causar daños en los conductos, el tejido glandular o la innervación de la mama [22, 23]. Por otra parte, los implantes mamarios pueden ejercer presión sobre el tejido mamario, lo que puede dañarlo u obstruir los conductos galactóforos [20]. La reducción de la capacidad de lactancia también puede ser consecuencia de complicaciones relacionadas con la cirugía [24, 25], las más comunes de las cuales son la contractura capsular, la formación de hematomas, la infección o el dolor, que pueden convertir la lactancia en una experiencia dolorosa. El efecto de estas complicaciones sobre la lactancia se ha documentado en varios estudios de casos [26-29]. El riesgo para la capacidad de lactancia aumenta con el tiempo transcurrido desde la cirugía inicial, ya que algunas mujeres se enfrentan a la necesidad de someterse a una reintervención para mantener o mejorar un resultado inicial, o para tratar complicaciones [22]. Los estudios incluidos en esta revisión no contribuyeron a nuestro conocimiento de los mecanismos específicos por los que el aumento mamario puede alterar la función normal de la lactancia, ya que no había información detallada sobre los antecedentes quirúrgicos y no se informó de la prevalencia de complicaciones.

Otra posible explicación de nuestros hallazgos es la condición prequirúrgica de hipoplasia mamaria, que puede ser especialmente prevalente entre las mujeres que optan por el aumento mamario. Dada la evidencia actual, no podemos descartar esta condición como la causa de la reducción de la producción de leche y la necesidad de complementar la lactancia materna con sucedáneos de la leche materna. Esta afección de tejido glandular insuficiente -que suele caracterizarse por mamas pequeñas, asimétricas o de forma inusual (en su mayoría tubulares), un amplio espacio intramamario y areolas agrandadas- puede reducir significativamente la producción de leche [30]. Se desconoce la incidencia de mamas hipoplásicas en la población general o su proporción entre las mujeres que deciden someterse a un implante mamario. A este respecto, la cohorte de control de Cruz y Korchin de mujeres con partos anteriores que posteriormente se presentaron como candidatas a un aumento mamario puede haberles permitido controlar las condiciones prequirúrgicas [19]. Así pues, este estudio apunta potencialmente a la propia cirugía de implantación, y no a la hipoplasia prequirúrgica, como causa de la reducción de las tasas de lactancia materna exclusiva. Sin embargo, como Cruz y Korchin no demuestran la comparabilidad de sus cohortes en el momento del parto (por ejemplo, edad materna, paridad y estatus socioeconómico) [19], las diferencias entre las mujeres también podrían explicar los hallazgos.

La asociación observada entre el aumento mamario y la alimentación complementaria también podría deberse a una diferencia en las actitudes y creencias hacia la lactancia materna. Las

mujeres que optaron por el aumento mamario pueden ser más propensas a abandonar la lactancia una vez que se enfrentan a dificultades de lactancia, debido a expectativas previas y a una menor confianza en sí mismas para poder satisfacer las necesidades del lactante. Alternativamente, pueden mostrar menos perseverancia cuando se enfrentan a obstáculos debido a que, en primer lugar, tienen un menor sentido del compromiso con la lactancia materna.

Los estudios sobre el estado psicológico de las mujeres que solicitan una intervención estética se han centrado en la insatisfacción con la imagen corporal, la baja autoestima y los trastornos mentales [31-34]. Sin embargo, las actitudes hacia la lactancia y su papel en los procesos de toma de decisiones preoperatorias y en la satisfacción postoperatoria de las pacientes, han recibido poca atención. La falta de estudios puede sugerir que el mantenimiento de la capacidad de lactancia ni siquiera forma parte de lo que preocupa a la mayoría de las mujeres cuando se plantean un aumento mamario [35]. Esto puede deberse a la percepción de los senos en la cultura occidental como órganos sexuales, en lugar de funcionales, diseñados para la alimentación de las crías [36], y es probable que se vea exacerbado por la publicidad que sugiere que la leche de fórmula y la leche materna son fuentes equivalentes para la nutrición de un bebé [37-39]. Aclarar las razones exactas del efecto observado requiere más investigación, no sólo para explorar las causas físicas de la reducción de la capacidad de amamantar asociada al aumento mamario, sino también para dilucidar la contribución de los factores psicosociales a este intrincado panorama.

Es problemático inferir que no hay diferencias en la probabilidad de que las mujeres con aumento mamario intenten amamantar basándose en un pequeño estudio con una tasa relativamente baja de intentos de lactancia materna (59-63%) [19]. Además, como este estudio incluyó sólo mujeres con implantes salinos [19], es posible que los hallazgos no se apliquen a mujeres con implantes de silicona. Entre 1992 y 2006, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) impuso una moratoria sobre los implantes mamarios rellenos de gel de silicona como resultado de graves preocupaciones de seguridad [40, 41]. Entre ellas se incluía la preocupación por el bienestar de los lactantes de madres con implantes de gel de silicona, que fue abordada mediante una extensa investigación destinada a examinar el contenido de silicona de la leche materna [42, 43] y sus implicaciones en los trastornos esofágicos infantiles [44-46]. Aunque no se encontró evidencia concluyente, los estudios psicológicos durante este período mostraron que la moratoria y su cobertura mediática tuvieron un marcado efecto en las preocupaciones preoperatorias y los niveles postoperatorios de satisfacción de las pacientes de aumento mamario [47, 48]. Es razonable especular que las mujeres con implantes de silicona que dieron a luz durante los años posteriores a la moratoria tenían menos probabilidades de intentar amamantar debido a sus dudas sobre la seguridad de su leche materna [49].

En general, nuestra búsqueda sistemática de la literatura demostró lo poco que se ha estudiado sobre el impacto del aumento mamario en los resultados de la lactancia materna. Sorprendentemente, aunque los implantes mamarios tienen una historia de más de medio siglo, y a pesar del desarrollo constante de técnicas de aumento nuevas y mejoradas, sólo se

encontraron tres estudios que examinaran este importante tema utilizando grupos de control adecuados sin cirugía. Estos tres estudios incluyeron pequeñas cohortes de mujeres, extraídas de una sola fuente y se basaron en poblaciones de estudio heterogéneas (evidencia de nivel III) [13]. Con base en dos estudios, encontramos una reducción en la lactancia materna exclusiva en el subgrupo de mujeres con incisiones submamarias en la cirugía de aumento, pero no pudimos llegar a una conclusión sobre aquellas con incisiones periareolares. Cabe señalar que los análisis de subgrupos fueron post hoc y deben interpretarse con cautela. Apenas se han explorado las cuestiones relacionadas con las implicaciones del tipo de implante (solución salina versus silicona) y el volumen en el mantenimiento de la capacidad de amamantar. Además, los tres estudios incluidos variaron en los criterios de valoración seleccionados para la evaluación de la lactancia materna, lo que posiblemente influyó en su capacidad para captar la diferencia en el curso de la lactancia materna entre mujeres con y sin implantes mamarios. La heterogeneidad entre los estudios incluidos, junto con sus puntuaciones moderadas en la evaluación del riesgo de sesgo de la NOS, indica que el efecto del aumento mamario puede variar según las características maternas y la necesidad de interpretar las estimaciones agrupadas con cuidado.

### **Conclusiones**

Nuestra revisión sistemática sugiere que el aumento de senos se asocia con una disminución del 40% en la probabilidad de lactancia materna exclusiva entre las mujeres que amamantan. Sin embargo, nuestro hallazgo se basa sólo en tres estudios relativamente pequeños y heterogéneos y, por lo tanto, su validez externa es limitada. Para explorar la incertidumbre sobre la asociación observada y aclarar las muchas incógnitas que rodean este tema, se requiere más investigación, utilizando cohortes más grandes y poblaciones de estudio más representativas. Esta información es vital para permitir la toma de decisiones informadas a más de un millón estimado de mujeres en todo el mundo que se someten a una cirugía de implantación mamaria cada año.

\*A continuación tendrán un enlace al artículo original.

**NOTA:** La traducción libre es una traducción que, respetando el sentido del texto, no sigue fielmente la forma de expresión de la obra original. Los datos y conocimientos del texto no se han alterado y siguen siendo fieles al original. Sin embargo, al no ser una traducción oficial del autor se recomienda leer la fuente original en su idioma original si es posible.

**Enlace a la publicación Original:**

<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-9-17>

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:**

NO reclamamos ningún derecho intelectual sobre el contenido o la información presentada aquí. Todo el contenido/información presentado aquí es propiedad de sus autores originales y/o entidades editoras.  
Utilícese únicamente para fines educativos.