

MAMOPLASTIA DE AUMENTO: COMPLICACIONES Y MANEJO POSTQUIRÚRGICO DESDE FISIOTERAPIA

Laura Katherine Urian • Graduada de Fisioterapeuta. Universidad Manuela Beltrán. E-mail: ft.lauraurian@gmail.com.

Leidy Alexandra Suarez Pineda • Graduada de Fisioterapeuta. Universidad Manuela Beltrán. E-mail: lauris90150@hotmail.com.

Indira Rodríguez Prieto • Graduada de Fisioterapeuta. Universidad del Rosario. Docente Universitaria, Candidata Mg Estudios Sociales. E-mail: indira.rodriguez70@gmail.com.

Flor María Gallego Robayo • Graduada de Fisioterapeuta. Universidad Manuela Beltrán. E-mail: lauris90150@hotmail.com

Envío em: Setembro de 2013

Aceite em: Março de 2014

RESUMEN: El objetivo de esta investigación fue determinar los parámetros asertivos de abordaje e intervención fisioterapéutica frente a las complicaciones postquirúrgicas derivadas de la realización de la cirugía estética de mamoplastia de aumento. Para lograrlo se realizó una revisión sistemática de artículos de investigación, de diferentes bases de datos, relacionados con el objetivo propuesto. Para el análisis se incluyeron 26 artículos de los cuales solamente 2 son específicos del área de Fisioterapia, sin embargo se encontró información útil acerca de las posibles complicaciones que surgen en el tratamiento posquirúrgico de la intervención quirúrgica en mamoplastia de aumento, con estos se realizó un análisis de la intervención del Fisioterapeuta. Se denotó poca evidencia científica que demostrara la labor desempeñada por el Fisioterapeuta, quien es el profesional dotado con las capacidades, herramientas específicas e idoneidad para brindar el manejo adecuado frente a las posibles complicaciones derivadas del posquirúrgico de la mamoplastia de aumento.

Palabras Clave: Cirugía Plástica. Mamoplastia. Complicaciones Postoperatorias. Medicina Física y Rehabilitación. Rehabilitación.

BREAST AUGMENTATION: POSTOPERATIVE MANAGEMENT AND COMPLICATIONS FROM PHYSICAL THERAPY

ABSTRACT: This research aims to determine the parameters of physiotherapy intervention approach and assertive versus postsurgical complications arising from performing cosmetic surgery breast augmentation. To attain this systematic review was conducted through various databases related items thrown objective include 26 items of which only 2 provide information on physiotherapy intervention, however found useful information about possible complications that there is little evidence to bring the work performed by the physiotherapist who is the professional skills, specific tools and expertise to provide adequate management against possible postoperative complications of breast augmentation, which can limit to physiotherapists little foray in this field of action, which is why the writings are few references.

Keywords: Surgery Plastic. Mammoplasty. Postoperative Complications. Physical and Rehabilitation Medicine. Rehabilitation.

1. INTRODUCCIÓN

La mamoplastia de aumento es un procedimiento por el cual se aumenta el tamaño del seno, introduciendo implantes o prótesis, es una de las intervenciones más demandadas¹ y el índice de satisfacción obtenido es muy alto lográndose una mejora en la autoestima y percepción corporal.

Con los nuevos conceptos, enfoques y criterios de la cirugía estética y reconstructiva surge la necesidad de la intervención del fisioterapeuta en la rehabilitación de los pacientes/usuarios que han sido tratados en este campo de cirugías estéticas de mamoplastia de aumento ya que se ha detectado la necesidad de incursionar en esta temática pues se ha evidenciado un incremento del 60% de cirugías estéticas en los últimos 10 años, adicionalmente en el Valle del Cauca han surgido instituciones que se orientan a la exportación de servicios de salud tanto para extranjeros como colombianos residentes en otros países; cifras de Fenalco revelan que cada año se realizan más de cien mil procedimientos de cirugía estética. Los de mayor demanda son las cirugías plásticas (42%), le siguen las de odontología estética (27%) y de oftalmología (21%). En promedio mensual se hacen más de 60 lipoesculturas, 35 cirugías de mamoplastia (seno) y rinoplastia (nariz), 40 cirugías de lipectomía (cortar la piel que queda en el abdomen) y 25 de mentoplastia y blefaroplastia²; es tal el auge de la globalización que ha generado que las ofertas laborales en fisioterapia se orienten a este ámbito, obligando al fisioterapeuta a participar en intervenciones de esta índole.

La mamoplastia de aumento es uno de los procedimientos más populares y de mayor prevalencia en cirugía plástica estética. En Estados Unidos la ASPS³ describe que esta intervención ocupa el primer puesto de las cirugías estéticas con una frecuencia de 289.000 mujeres sometidas a mamoplastia de aumento durante el año 2009. Sin embargo es importante considerar que el número de estos procedimientos a nivel mundial es mucho mayor ya que la oferta del turismo medico ha incentivado con bajos costos a que las personas puedan acceder a la realización de cualquier cirugía estética en países que han ganado reconocimiento por su calidad en resultados a costos mucho más bajos que en los países desarrollados.

La Sociedad Colombiana de Cirugía Estética, Plástica y Reconstructiva reporta que en Colombia no existen datos estadísticos certeros de los procedimientos realizados y los resultados en los casos de mamoplastia de aumento, a pesar que existen datos que demuestran que este tipo de cirugía se encuentra entre las 5 cirugías plásticas más populares en Colombia⁴, esto conlleva a la realización de una lectura del contexto en pro de la detección de necesidades que presentan las pacientes que han sido sometidas a este tipo de cirugía así de esta manera podremos identificar cuáles son las características que debe tener una guía de intervención desde fisioterapia en el área de la cirugía estética y reconstructiva de mamoplastia en aumento con el fin de mejorar las condiciones de las pacientes durante su rehabilitación para que continúen una vida normal dentro de su contexto social.

Según Pedraza en el transcurso de los años se evidencia la gran influencia que han logrado los modelos corporales femeninos en nuevos estilos de vida en los que se prioriza lograr una apariencia más acorde con lo que el imaginario social demanda respecto de la figura femenina⁵. A partir de ello, se ha incursionado en nuevas alternativas de orden quirúrgico y no quirúrgico, con el fin de optimizar la apariencia estética de los individuos, especialmente en el género femenino cuya demanda en procedimientos estéticos ha ido en aumento.

Con los avances en la cirugía plástica se ha detectado la necesidad de incorporar a profesionales de diferentes disciplinas del área de la salud en los procesos de intervención y rehabilitación estética. Una de las profesiones involucradas en el proceso es la Fisioterapia.

Esta profesión de las ciencias de la Salud se ha incluido por tres razones en particular: la primera por las implicaciones que la apariencia física tiene sobre la condición de salud del individuo y su bienestar biopsicosocial⁶; la segunda está relacionada con las posibilidades que la estética reconstructiva ofrece al individuo al permitirle rehabilitar la imagen corporal y funcionalidad por medio de un implante o prótesis y, la tercera causa corresponde a las exigencias del mercado laboral del Fisioterapeuta.

Es claro que no se debe desconocer que todo procedimiento quirúrgico implica un margen de riesgo para el usuario, razón por la cual las complicaciones posquirúrgicas derivadas de este tipo de procedimientos, han permitido que el fisioterapeuta ponga a disposición sus conocimientos relacionados con la optimización, mantenimiento y rehabilitación del movimiento corporal humano en este campo de acción.

Desde el punto de vista comercial, es claro que el auge de la belleza alcanzado por la sociedad ha ido elevándose, teniendo en cuenta la globalización, la modernización y las telecomunicaciones han conllevado a que exista un lenguaje universal que señala, limita y estandariza parámetros de imagen corporal, demostrando cómo lucir bien y en qué momento⁷.

Por lo anterior, se fundamentó determinar del procedimiento quirúrgico de mamoplastia de aumento, cuál es el rol del Fisioterapeuta en este campo de acción y cuáles eran las complicaciones posteriores derivadas del procedimiento, mediante el análisis documental lo cual permitió reconocer algunas guías teóricas para las preguntas planteadas y de paso, reconocer el déficit en la evidencia existente.

El tipo de diseño utilizado fue descriptivo a partir de una revisión sistemática de la literatura; en donde la población de estudio estuvo conformada por estudios concernientes a las diferentes técnicas quirúrgicas, las complicaciones asociadas a las mamoplastias de aumento y las acciones del fisioterapeuta en el postquirúrgico de mamoplastia de aumento.

La búsqueda fue realizada a través de las bases de datos pubmed, medline y bireme. Posteriormente a la búsqueda cada artículo fue incluido en la matriz de análisis que comprende autores, título original, año y revista de publicación, idioma, resumen, país, objetivos, tipos de estudio y conclusiones con el fin de realizar un análisis de contenido. Las variables a tener en cuenta fueron revisión sistemática de las acciones del fisioterapeuta en el manejo de una mamoplastia de aumento, intervención del fisioterapeuta en una mamoplastia de aumento y complicaciones de una mamoplastia de aumento.

■ 2. MATERIALES Y MÉTODOS

Este artículo presenta los resultados del análisis de contenido y bibliométrico de artículos de investigación que exponían por un lado un análisis acerca del rol ejercido por el Fisioterapeuta en la intervención postquirúrgica de una cirugía estética de mamoplastia de aumento y por otro, las posibles complicaciones que de ella pueden surgir.

Para cumplir con los objetivos del proyecto se definieron como parámetros de búsqueda artículos escritos en idiomas español, inglés y portugués de orden analítico descriptivo, observacional, cuasi experimental, experimental, meta análisis, retrospectivo, prospectivo, correlacional y estudio de caso⁸ obtenidos de revistas electrónicas indexadas como pubmed, medline y redes de información libre como bireme; se rechazaron los artículos que

no procedían de revistas indexadas o aquellos en los cuales sus resultados no coincidían con el tema de investigación.

En la búsqueda de información se obtuvo un total de 50 artículos de investigación que cumplieran con los parámetros de inclusión. Sin embargo del total de artículos encontrados, solo 26 cumplieron con los parámetros de inclusión, los cuales se convirtieron en la muestra total; estos criterios de inclusión fueron: Número del artículo, autor, título completo del artículo, palabras clave, lugar de consulta, resumen, tipo de estudio, objetivo general, metodología utilizada, resultados y conclusiones.

Con este proceso de recolección de información y análisis se evidenció la falta de investigaciones desarrolladas respecto al tema, no solo en el campo conceptual sino también sobre la información que se debe brindar a los usuarios sometidos a este tipo de cirugía.

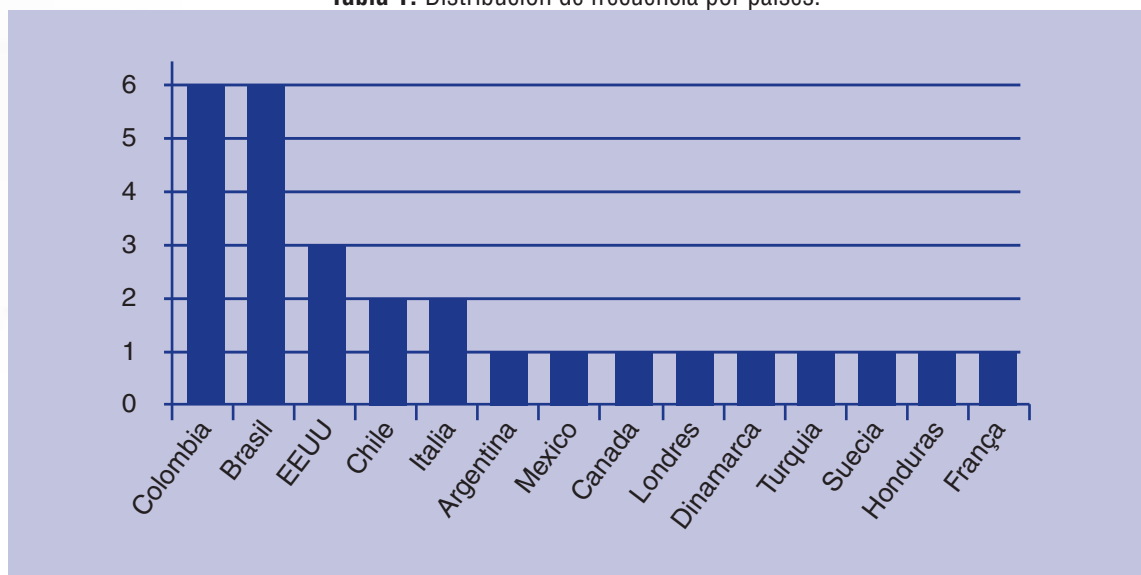
3. RESULTADOS

Análisis bibliométrico de la información incluida

Los 26 artículos full text publicados entre el 2001 y el 2012, que identifican la intervención quirúrgica, las complicaciones de las mamoplastias de aumento y finalmente el abordaje fisioterapéutico dentro del post quirúrgico de una mamoplastia de aumento, correspondían a 6 estudios prospectivos, 3 estudios retrospectivos, 2 estudios experimentales, 2 ensayos clínicos de estudios prospectivos controlados y 1 estudio observacional⁹.

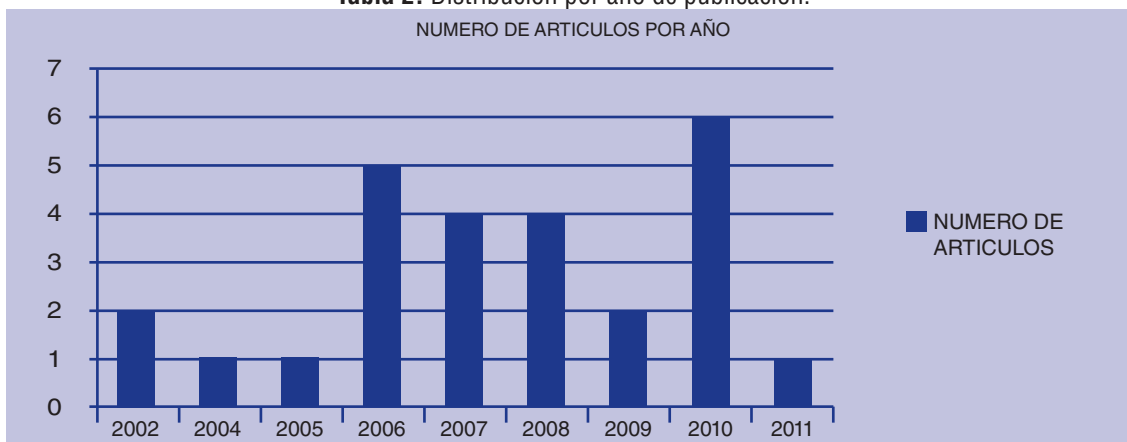
Se puede establecer que 5 de ellos fueron elaborados en Colombia lo que corresponde al 19%; 5 en Brasil que de igual forma corresponde al 19%; 3 en Estados Unidos que corresponde al 11%; 2 de los artículos son originarios de Chile lo que corresponde al 8% de los artículos analizados; de la misma manera 2 artículos provienen de Italia con otro 8%; El 35% de la información restante corresponde a artículos encontrados en países tales como Argentina, México, Canadá, Londres, Dinamarca, Turquía, Suecia, Honduras y Francia; cada país con 1 artículo que lo representa, para un total del 100% de la información analizada. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de frecuencia por países.



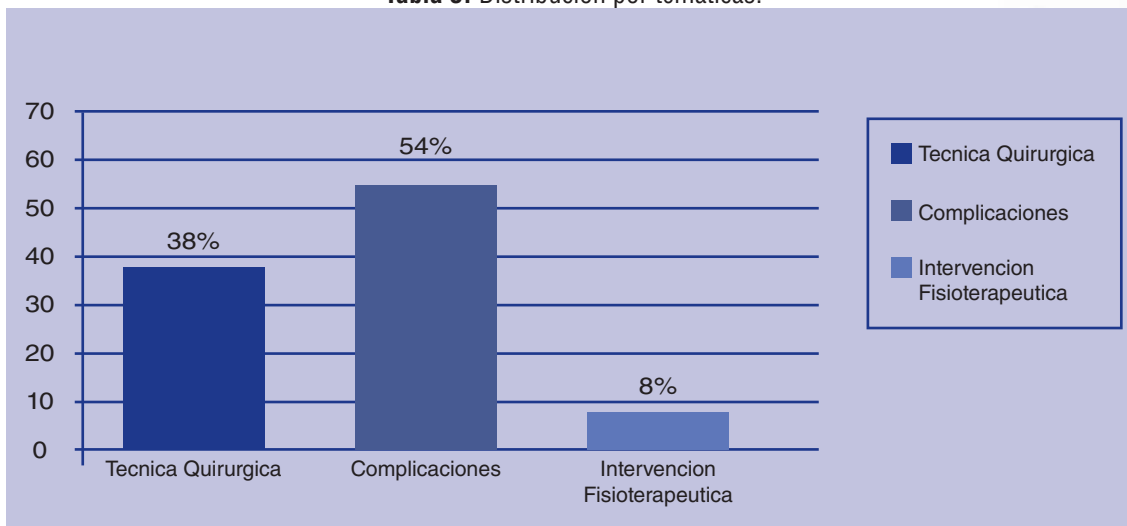
Con respecto a la distribución de investigaciones por año de publicación arroja que el 2010 fue el año en que mayor número de estudios se realizaron con un 23%; le sigue el 2006 con una diferencia del 4% con respecto al año 2010, la cual continúa descendiendo con la misma diferencia entre los años 2007 y 2008, se evidencia un bajo porcentaje de investigación, con un 8% en los años 2002 y 2009, hasta llegar a un aporte del 4% en los años 2004, 2005 y 2011. Con lo cual se concluye que actualmente hay poco interés por el tema. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución por año de publicación.



Las temáticas abordadas para describir la intervención del fisioterapeuta en un post-quirúrgico de mamoplastia de aumento, se basó en artículos donde los autores establecieron como eje principal la mamoplastia de aumento; y como subtemas la técnica quirúrgica, las complicaciones y/o la intervención fisioterapéutica; a partir de esto se realizó una distribución porcentual de acuerdo a las temáticas, encontrándose lo siguiente: 10 artículos abordaron la técnica quirúrgica lo que corresponde al 38% de la información encontrada; 14 artículos basan su fundamentación en el abordaje de las complicaciones, lo que representa el 54% de la literatura analizada, y finalmente 2 artículos basan su estudio de investigación en la intervención fisioterapéutica, lo que corresponde al 8% de la literatura descrita. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución por temáticas.



Técnicas quirúrgicas de mamoplastia de aumento

De los 26 artículos incluidos en la investigación, 10 de estos describen las técnicas quirúrgicas de mamoplastia de aumento, existen 3 técnicas diferentes agrupadas en esta investigación, en cuanto a la técnica peri areolar se encontraron 2 investigaciones en las cuales los autores Castillo¹⁰ y Cabello¹¹ coinciden que es la técnica más favorable en cuanto al manejo y apariencia de la cicatriz lo cual genera un beneficio en lo relacionado a la hipertrofia que presentan algunas mujeres en la mama, es una técnica que se ha considerado segura, de rápida recuperación y con resultados predecibles e inmediatos.

También existen autores que plantean como técnica a utilizar un abordaje transaxilar encontrando 2 artículos relacionados con esta y el posible manejo fisioterapéutico, para esta técnica se tiene en cuenta el ganglio centinela ya que es el primer ganglio de la cadena linfática, que es el encargado del drenaje linfático a nivel mamario; a partir de esto los autores Sado¹² y Steffen¹³ generan dos críticas de la técnica, primero esta es un factor coayudante al cáncer de mama y como segunda crítica es una alteración a la deficiencia de la sensibilidad a nivel peri areolar, a pesar de esto es una técnica aun utilizada puesto que su cicatriz es poco visible y genera en las pacientes una satisfacción corporal. Pero Elizondo¹⁴ genera en su artículo una controversia acerca de lo descrito anteriormente ya que refiere que estos abordajes axilares deben evitarse por la pobre exposición de la disección y la frecuente formación de cicatrices hipertróficas.

Otro tipo de abordaje quirúrgico es el submamario, el cual tiene la facilidad de entrar al bolsillo mamario, siendo esta una ventaja del procedimiento y dando así la posibilidad de implantar casi cualquier tipo y tamaño de implante, además de no afectar el parénquima mamario¹⁵. Para el manejo de estas técnicas se emplean 3 tipos de abordaje dados por planos: Plano subfascial, que lo describen 3 artículos, el cual es recomendado en mamas tuberosas y/o mamas levemente caídas¹⁶, su beneficio es generar un impacto natural de las mamas¹⁷, y de igual manera ofrece una recuperación a corto plazo y genera en el postoperatorio inmediato, menor edema y una recuperación más rápida de lo habitual, que se puede comparar con otros¹⁸.

En el plano transpectoral se caracteriza por una apariencia bastante natural, sin embargo, cuando las inserciones esternales inferiores del músculo pectoral no se liberan lo suficiente, se generan deformidades superficiales al realizar la contracción del músculo. En el caso del uso del plano subglandular, permite un fácil acceso de implantes de mayor volumen y la obtención de resultados satisfactorios, pero no siendo recomendables para aquellas mujeres que solicitan un resultado natural en la parte superior del busto¹⁹.

Complicaciones de mamoplastia de aumento

Para definir el rol del Fisioterapeuta en el post operatorio de mamoplastia de aumento, es fundamental identificar las complicaciones que esta cirugía puede conllevar con el fin de caracterizar algunas de las funciones del Fisioterapeuta en el equipo interdisciplinar que trabaja en la recuperación del paciente. Por esta razón, parte de la búsqueda de información se direcciono en el hallazgo de información respecto a las posibles complicaciones de la cirugía.

Según Espitia las complicaciones que surgen después de una mamoplastia de aumento dependen del sitio de incisión, el plano de inserción y el tipo de implante empleado. En dicho artículo se asocia a las complicaciones después de una mamoplastia los siguientes factores: Técnicas de inserción para el implante, 27.5% (n=11), Inyección de gel poliacrilamida 25% (n=10), Mamoplastia de aumento 15% (n=6), con Implantes 15% (n=6), con Mamopexia /aumento mamario 5% (n=2) Inyección de grasa autóloga 7.5% (n=3), contractura capsular 5% (n=2)²⁰.

Actualmente se menciona en la literatura el uso de tres tipos de abordaje quirúrgico de gran popularidad en el ámbito de la cirugía estética; periareolar, submamaria, axilar y umbilical, esta última reservada casi exclusivamente para desnudistas y posible solo con prótesis inflables con SS²¹. A nivel nacional dos artículos de investigación dan a conocer las experiencias obtenidas a través de alguna de estas técnicas y las complicaciones descritas en los resultados obtenidos. Tebbetts et al (2006), Por medio del abordaje axilar tomo un total de 690 pacientes de las cuales 66 tenían ubicación del implante en el plano submamario, 322 en el plano subpectoral y 282 con doble plano; obteniendo como resultado complicaciones de contractura capsular en el 5.5%, hematoma en el 0.2%, pliegues y contornos irregulares en el 4.7%, cambios transitorios sensoriales en el brazo 3.5%, linfadenopatía transitoria 12.5%, colección localizada de líquido axilar en el 2.3%, reintervenciones por mal posición del implante 2% y deflación del implante en el 3.8%. Los autores concluyen que las opciones que desean localizarse fuera de las mamas son la incisión axilar para mamoplastias de aumento retromamaria, retropectoral o de plano doble²².

Los autores Lesasoy et al, describen que las complicaciones surgidas con la colocación de implantes mamarios subpectorales incluyen la mala posición del implante; contorno superior indebido; y el movimiento anormal en la contracción muscular. La muestra que tomaron fue de 36 pacientes sometidos a revisión por mamoplastias de aumento con colocación del implante subpectoral y describen complicaciones de mala posición en el 62%, contractura capsular 53% y 10% asimetría mamaria. Como conclusión demuestran que la resuspensión pectoral mayor se aplica con seguridad en la corrección de los movimientos del implante, la asimetría y la mal posición del implante y la contractura capsular²³.

De los artículos encontrados se exponen 3 artículos que abordan algunas complicaciones que se obtienen a través de las diferentes técnicas quirúrgicas; en 2 artículos se evidencia una correlación en cuanto a la técnica utilizada y las complicaciones generadas, las técnicas utilizadas en estos 2 artículos fueron la técnica submamaria y la periareolar. Sevin A, refiere que las complicaciones que se generan en cuanto a estas técnicas son la contractura capsular en un 8%, ruptura y salida del gel en el 4% de los casos. El 11% manifestó sentir bordes o pliegues en los implantes y un 2% refirió una disminución de la sensibilidad de las mamas en el postoperatorio²⁴.

Con respecto al otro artículo que muestra las complicaciones que se dan de acuerdo al abordaje quirúrgico, Mofid MM "Realiza una comparación de la sensibilidad entre las técnicas submamaria y periareolar, y concluye que no hay diferencias estadísticamente significativas en los resultados sensoriales pero sin embargo si fue clara la relación entre el volumen de los implantes como predictores de las alteraciones sensoriales en el complejo pezón-areola"²⁵. Dado lo anterior se logra concluir que estos tipos de manejos quirúrgicos tienen gran prevalencia en las alteraciones sensitivas de la mama, alterando el confort en la mujer y es aquí donde el fisioterapeuta realiza su intervención ya que se presentan altera-

ciones con relación al dominio neuromuscular donde el fisioterapeuta puede identificar tipo y nivel de la alteración con el fin de realizar un procedimiento adecuado y oportuno para las necesidades de las pacientes.

De los artículos analizados se encontraron 5 autores que hacían referencia a las complicaciones observadas en los implantes utilizados después de una mamoplastia de aumento; se encuentra una relación con respecto a los autores Khan²⁶, Brown²⁷, Pitanguy²⁸, Hede`n²⁹ y Avila³⁰ los cuales refieren que las complicaciones más frecuentes son la ruptura, la deflación del implante (asociada con mayor frecuencia en los implantes de solución salina que los rellenos de gel de silicona), cambios en la sensibilidad de la mama y la aparición de cicatrices hipertróficas.

Por otro lado Vallejo refiere que las complicaciones pueden ser a corto y largo plazo. A corto plazo están relacionadas con el procedimiento quirúrgico e incluyen hemorragias, infecciones y dehiscencia de suturas. Y las complicaciones a largo plazo se desarrollan por factores asociados a los implantes entre las cuales se encuentra la deflación o ruptura del implante y la contractura capsular³¹.

Intervención del fisioterapeuta en una mamoplastia de aumento

La cirugía está definida como: la ciencia que estudia, todas aquellas afecciones en que se requiere la intervención manual del profesional, por ello es importante resaltar que dentro de la cirugía estética el fisioterapeuta representa un papel importante, ya que cuenta con un amplio grupo de herramientas para intervenir en el manejo postquirúrgico³².

Correlacionando los aspectos anteriores y a luz de lo encontrado en la revisión tanto bibliográfica como sistemática, de 26 investigaciones obtenidas solo 2 estudios resaltan la intervención del fisioterapeuta luego de una mamoplastia de aumento³³. Además de los 2 artículos antes mencionados se tienen en cuenta los 24 estudios restantes; ya que permite identificar la intervención que puede realizar el fisioterapeuta en su ejercicio profesional, partiendo de las indicaciones médicas ya preestablecidas por aquellos profesionales que han incursionado en este campo de acción, lo que permite entonces al profesional de Fisioterapia aplicar sus conocimientos en los casos en que se presenten complicaciones a corto o largo³⁴.

En los 2 artículos que mencionan al fisioterapeuta como integrante del equipo interdisciplinario y que hace parte del postquirúrgico de la mamoplastia de aumento³⁵, se destacan las técnicas que son utilizadas en el área de Fisioterapia y así mismo se demuestra cómo estas técnicas y estos diferentes tratamientos presentan óptimos resultados con relación a la disminución de la contractura capsular mediante el uso de termoterapia, ultrasonido y masaje de presión³⁶.

Por otro lado los autores describen que la administración de analgesia a través de la aplicación de infiltraciones con toxina botulínica contribuye a la disminución del dolor y mejora rangos de movimiento en los músculos pectoral mayor, serrato anterior el recto abdominal³⁷. En este sentido, se puede determinar que los **Fisioterapeutas** si tienen campo de acción dentro de la cirugía de mamoplastia de aumento dando tratamiento oportuno a la respuesta fisiológica del organismo evitando eventos secundarios y generando una pronta reintegración a las actividades laborales y de la vida cotidiana.

Ahora bien, al relacionar el porcentaje de artículos analizados se evidencia que el 92% de los estudios no mencionan al fisioterapeuta dentro de la rehabilitación del postquirúrgico de la mamoplastia de aumento, pese a ello si se mencionan o se dan pautas e indicaciones de cuidado y rehabilitación en el posquirúrgico; esto da un punto de partida y análisis para el fisioterapeuta, de modo que pueda retomar esa información y ajustarla a los procesos de intervención y rehabilitación basados en aquellos aspectos o dominios que comprometan al movimiento corporal humano y pueda direccionar una intervención indicada. Con respecto a los estudios que mencionan el papel del fisioterapeuta dentro del postquirúrgico de la mamoplastia de aumento solo un 8% sugiere un tratamiento. Es evidente que aún no se ha explorado ni realizado una investigación basada en la evidencia en esta área (estética) de intervención.

Con respecto a la intervención del fisioterapeuta se evidencian 2 artículos que refieren un tratamiento postoperatorio en donde el fisioterapeuta puede llegar actuar, Esposito G (2006), en su tratamiento postoperatorio refiere que se debe utilizar un sujetador elástico con el fin de evitar que las prótesis desciendan, y esto se realiza 9 días después de la operación. Se debe realizar ejercicio físico (sobre todo entrenamiento) pero después de la 3 semanas; con el fin de reducir al mínimo la probabilidad de contractura capsular se debe incluir el masaje en los senos después de la segunda semana, evitando los movimientos ci de mamoplastia de aumento rculares³⁸. Por otro lado Sevin A, en su tratamiento postoperatorio refiere que se debe utilizar un sujetador elástico con la misma finalidad que el autor anterior pero esto solo se realiza 5 días después de la operación. Además incluye en su tratamiento el masaje pero de manera temprana con el fin de conservar la amplitud de la bolsa y la disminución de la contractura capsular³⁹.

A partir de los datos obtenidos, es claro entender que la evidencia apunta más al estudio de las complicaciones en este tipo de intervenciones quirúrgicas, lo cual permite al Fisioterapeuta reconocer y a la vez establecer los puntos álgidos y complicaciones más relevantes para intervenir de manera asertiva en instancias posteriores.

Según lo anterior, los artículos existentes que involucran las acciones del fisioterapeuta en el manejo de los pacientes que son intervenidos en el área de la cirugía estética de mamoplastia de aumento tienen grado de recomendación muy bajos, por tanto es preciso que el fisioterapeuta que está trabajando en esta área investigue y deje evidencia escrita sobre la intervención postquirúrgica de la mamoplastia de aumento con el fin de brindar aporte investigativo que sirva de base para lograr un tratamiento efectivo y así contribuir al ejercicio fisioterapéutico basado en la evidencia.

En torno al nivel de evidencia la mayor parte de los artículos son de tipo descriptivo retrospectivo (Grado II – 2) y de opinión basados en experiencias clínicas, ensayos clínicos, experimentales (Grado III); sin embargo la muestra estudiada en algunas investigaciones fue significativa ya que presentaban análisis mayores o iguales a 100 pacientes.

Con respecto a las investigaciones internacionales no hay trabajos que den cuenta del tipo de tratamiento aplicado por los Fisioterapeutas en el post quirúrgico de mamoplastia de aumento. Por tanto, se puede concluir que hay déficit en el abordaje investigativo y conceptual frente al abordaje fisioterapéutico en este campo de la cirugía estética, lo cual se puede hacer visible teniendo en cuenta la evidencia encontrada; es importante destacar que a nivel nacional como internacional este tema es poco abordado de ahí que no se evidencien investigaciones con un grado alto de recomendación donde se identifique claramente la

función, puesto que los estudios están dedicados al aspecto médico y quirúrgico. Es posible que en el ámbito internacional el fisioterapeuta no haga parte del equipo interdisciplinar que apoye los procesos de rehabilitación en el campo de la cirugía estética, sin embargo es vago tratar de hacer este tipo de conjetura, ya que no hay evidencia escrita al respecto.

■ 4. DISCUSIÓN

Durante el desarrollo de esta investigación es notorio como en el área de la cirugía estética, no existe una evidencia que argumente tanto el rol como el potencial de intervención fisioterapéutica en este campo, partiendo de la consulta bibliográfica la cual demuestra déficit en la información escrita y planteamientos ligeros con poco fundamento frente a este aspecto.

La relación descriptiva respecto a las complicaciones derivadas de un procedimiento de mamoplastia de aumento a la luz de la evidencia es grande en número, esto retomando los resultados arrojados frente a la distribución temática, lo cual podría presumir que por ser la zona mamaria, una de las áreas corporales más sensible en las mujeres, las complicaciones derivadas por posibles eventos inflamatorios, son importantes y más considerando la cercanía ganglionar anatómicamente presente, lo cual puede llegar a lesiones del paquete vasculonervioso axilar.

Por lo anterior, se puede señalar la poca evidencia que señale la labor desempeñada por el fisioterapeuta que es el profesional con las capacidades, herramientas específicas e idoneidad para brindar el manejo adecuado frente a las posibles complicaciones derivadas del posquirúrgico de mamoplastia de aumento, lo cual se puede acotar a la poca incursión de fisioterapeutas en este campo de acción, razón por la cual los referentes escritos sean pocos.

A pesar de que los fisioterapeutas tienen un extenso campo de aplicación se logra evidenciar la falta de investigaciones acerca de la temática abordada con este proyecto; cabe denotar que la intervención fisioterapéutica en un post quirúrgico de mamoplastia de aumento, fue uno de los aspectos menos abordados en los artículos encontrados. A razón de lo anterior se podría inferir que en el campo de la cirugía estética no se tiene en cuenta al fisioterapeuta como un integrante importante en este campo de acción, tal vez por el mismo desconocimiento que tienen los profesionales de la salud que se desempeñan en esta área, y/o por la poca información de los procesos quirúrgicos estéticos y sus complicaciones; lo que reitera la invitación a compenetrarse y desarrollar estrategias investigativas que fortalezcan los procesos y modelos de intervención.

Teniendo en cuenta que existe poca cantidad artículos es importante que los fisioterapeutas dedicados a esta labor plasmen su trabajo en medicina basada en la evidencia; este término que etimológicamente indica demostrar aquellos aspectos que aún no se han logrado demostrar, mediante datos estadísticos que le permitan al investigador establecer juicios de valor frente a la información encontrada. Es claro que este aspecto es importante ya que basar las acciones de los profesionales en la evidencia encontrada, construye y genera un alto margen de seguridad de las mismas. Claramente, basar las intervenciones en la evidencia encontrada, permite y genera nuevos procesos investigativos que nazcan de las necesidades tanto individuales como de colectivos sociales que implícitamente fortalecerá al gremio.

Por último los fisioterapeutas deben mostrar más interés en este campo de acción y motivarse a investigar en esta área de la salud, partiendo de que en la mayoría de la evidencia encontrada, son autores y coautores médicos cirujanos estéticos y generales, lo cual invita a los fisioterapeutas a escribir sobre este campo poco explorado y logre reconocer las necesidades primarias que deben ser solventadas en los posquirúrgicos de mamoplastia de aumento.

■ 5. AGRADECIMIENTOS

El presente artículo fue realizado bajo la supervisión de Indira Rodríguez. A quien queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento, por hacer posible la realización de este estudio. Además, agradezco la paciencia, tiempo y dedicación que mostro para que este concluyera de manera exitosa. Gracias por su apoyo, por ser parte de la columna vertebral del artículo. A la Universidad Manuela Beltrán porque nos brindó las herramientas necesarias para la realización de la investigación y en general a todos los docentes, compañeros y demás personas que directa o indirectamente participaron en el presente proyecto.

■ 6. REFERENCIAS

1. Duque M. ¿Qué tipos de prótesis hay disponibles? Revista Sociedad colombiana de cirugía plástica. 2011
2. Matsudo V., Moss R, et al. Cali, capital de la salud. Cali: El país. 2011. American society of plastic surgeons. Top five surgical cosmetic procedures in 2009. 2009
3. Triana, L. Las 5 cirugías plásticas más populares en Colombia y sus precios. Revista Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. Bogotá. 2011
4. Pedraza S. La “educación de las mujeres”: el avance de las formas modernas de feminidad en Colombia. Revista de Estudios Sociales. 2011 Diciembre; 41: 72-83
5. Otero Y., Seguí A. Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Revista Cubana Estomatol. 2001 p. 83-89
6. Hernández N. La estética televisiva a través del comercial. Universidad Manuela Beltrán. Revista Entérese. 2007
7. Álvarez R. El método científico en las ciencias de la salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1996
8. León J., Gálvez D., Arcas M., Gómez D., Fernández N. Fisioterapeuta del servicio de salud de la comunidad de Madrid. España: Mad, S.L. 2005
9. Castillo P. Mamoplastia de aumento por vía areolar. Unidad de Cirugía Plástica, Hospital de Carabineros de Chile. 2006
10. Cabello D., Hernández R. Mamoplastia con técnica periareolar. Barranquilla, Colombia

11. Sado H. Sentinel lymph node detection after transaxillary augmentation mammoplasty: a prospective controlled study utilizing lymphoscintigraphy in 43 breasts. *Revista scielo*. 2008. Noviembre
12. Steffen N. Implicações da mamoplastia de aumento via transaxilar na pesquisa de linfonodo sentinela: revisão da literatura. *Revista Bras. Cir. Plást. Scielo*. 2011. Noviembre
13. Elizondo V., Blanco F., Elizondo R., García C., Implantes mamarios subfasciales. *Medicina Universitaria*. 2008; 10(38):5-9.
14. Elizondo TVN, Blanco DF, Elizondo SRA, García GCJ. Implantes mamarios subfasciales. *Medicina Universitaria*. 2008; 10(38):5-9.
15. Rogério P. Mastoplastia de aumento via axilar: avaliação da técnica subfascial. *Revista Bras. Cir. Plást*. 2010
16. Ventura M. Implantes mamarios en el plano subfascial en reemplazo del bolsillo subglandular: un cambio lógico. *Revista Cir. Plást. Iberlatinamer*. 2006. Vol. 1
17. Steffen N. Implicações da mamoplastia de aumento via transaxilar na pesquisa de linfonodo sentinela: revisão da literatura. *Revista Bras. Cir. Plást. Scielo*. 2011. Noviembre
18. Peña G. Colocación transpectoral superior de implantes mamarios. *Relevancia técnica y anatómica*. 2012
19. Espitia L. Complicaciones en mamoplastia de aumento: Revisión temática. *Revista Entérese*. 2010. No.28
20. Chavero I. Masaje y drenaje linfático manual tras mamoplastia de aumento. 2002
21. Tebbetts J. Axillary Endoscopic Breast Augmentation: Processes Derived from a 28-Year Experience to Optimize Outcomes. *Revista Plast Reconstr Surg*. 2006
22. Lesavoy MA., Trussler AP., Dickinson BP. Difficulties with Subpectoral Augmentation Mammoplasty and Its Correction: The Role of Subglandular Site Change in Revision Aesthetic Breast Surgery. *Revista Plast Reconstr Surg*. 2010
23. Sevin A., Sevin K., Senen D., Deren O., Adanali G., Erdogan B. Augmentation Mammoplasty: Retrospective Analysis of 210 cases. *Revista Aesth PlastSurg*. 2006
24. Mofid MM., Klatsky SA., Singh NK., Nahabedian MY. Nipple-Areola Complex Sensitivity after Primary Breast Augmentation: A Comparison of Periareolar and Inframammary Incision Approaches. *Revista Plast. Reconstr. Surg*. 2006
25. KHAN, Breast autoinflation with sterile pus as a marker of implant rupture: single-stage treatment and outcome for five consecutive cases. *Revista Aesthetic Plast Surg*. 2009. Septiembre
26. Brown., et al. Cohesive Silicone Gel Breast Implants in Aesthetic and Reconstructive Breast Surgery. *Revista Plast. Reconstr. Surg*. 2005. Septiembre
27. Pitanguy., et al. Relative Implant Volume and Sensibility Alterations After Breast Augmentation. *Revista Aesth. Plast. Surg*. 2007

28. Hede`n., et al. Style 410 Cohesive Silicone Breast Implants: Safety and Effectiveness at 5 to 9 Years after Implantation. *Revista Plast. Reconstr. Surg.* 2006
29. Avila. Mamoplastia de aumento: revisão dos Resultados em 352 pacientes. En: *Arquivos Catarinenses de Medicina* No. 36. 2007
30. Vallejo J. Cirugía estética para todos. [en línea] <<http://books.google.com.co/books?id=bDWC-gDFKnsC&pg=PT50&dq=complicaciones+mamoplastia+de+aumento&hl=es&ei=CK5QTIGII4H68Abd4aXfDQ&sa=X&oi=bookresult&ct=result&resnum=3&ved=0CDYQ6AEwAg#v=onepage&q=complicaciones%20mamoplastia%20de%20aumento&f=false>>
31. Blanco L. La influencia de las cirugías plásticas en los adolescentes. Gimnasio Josefina Castro de Escobar. 2010.
32. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva*. [en línea] (2008) <<http://lafisioterapiaes.blogspot.com/2008/03/tratamiento-fisioteraputico-de-la.html>> [citado abril, 2012]
33. Rodríguez A. Evaluación de la utilidad del tratamiento fisioterapéutico para el manejo de contractura capsular en pacientes en post – operatorio en mamoplastia de aumento. *Revista Colomb. rehabilitación.* 2002
34. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva*. [en línea] (2008) <<http://lafisioterapiaes.blogspot.com/2008/03/tratamiento-fisioteraputico-de-la.html>> [citado abril, 2012]
35. Rodríguez A. Evaluación de la utilidad del tratamiento fisioterapéutico para el manejo de contractura capsular en pacientes en post – operatorio en mamoplastia de aumento. *Revista Colomb. rehabilitación.* 2002
36. Layeeque R., Hochberg J., Siegel E., Kunkel K., Kepple J., Henry-Tillman RS., et al. Botulinum Toxin Infiltration for Pain Control After Mastectomy and Expander Reconstruction. *Revista Pubmed.* 2004
37. Esposito G., Gravante G., Marianetti M., Delogu D. “Reverse” Dual-Plane Mammoplasty. *Revista Aesth Plast Surg.* 2006
38. Sevin A., Sevin K., Senen D., Deren O., Adanali G., Erdogan B. Augmentation Mammoplasty: Retrospective Analysis of 210 cases. *Revista Aesth Plast Surg.* 2006