

REFERENCIAS

1. McGeer A, Fleming CA, Willey B. Antimicrobial resistance in common hospital pathogens in Ontario [Internet]. QMP-LS News. 2007 Jul [citado 12/01/2011]; no.116. Disponible en: http://www.qmpls.org/pub_resources/publications/qmpls_news/pdf/qmplsnews116.pdf
2. Byers KE, Anglim AM, Anneski CJ, et al. A hospital epidemic of vancomycin-resistant Enterococcus: risk factors and control. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2001;22(3):140-7.
3. Leclercq R, Derlot E, Duval J, et al. Plasmid-mediated resistance to vancomycin and teicoplanin in *Enterococcus faecium*. *N Engl J Med.* 1988;319(3):157-61.
4. Lodise TP, McKinnon PS, Tam VH, et al. Clinical outcomes for patients with bacteremia caused by vancomycin-resistant enterococcus in a level 1 trauma center. *Clin Infect Dis.* 2002;34(7):922-9.
5. Murray BE. Vancomycin-resistant enterococcal infections. *N Engl J Med.* 2000;342(10):710-21.
6. Mody L, Maheshwari S, Galecki A, et al. Indwelling device use and antibiotic resistance in nursing homes: identifying a high-risk group. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(12):1921-6.

NOTA DEL EDITOR:

Las recomendaciones del Comité de Control de Infecciones, consensuadas con la Sección Infectología del Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires son:

Proceder al aislamiento de los siguientes pacientes, al ingreso al hospital (el aislamiento será levantado con el primer hisopado de materia fecal negativo para EVR):

- Pacientes derivados de otra institución:
 - Con más de 48 horas de internación en unidades de cuidados intensivos (UCI)
 - Centros de 3^{er} nivel

- Pacientes que se reinternan. Si en el último año estuvieron:
 - más de 20 días en UCI
 - más de 30 días en piso y uso de antibióticos
 - internación domiciliaria y uso de antibióticos
- Pacientes en hemodiálisis crónica con uso de antibióticos prolongados.

En pacientes EVR positivos ya conocidos se mantiene el aislamiento en cada reinternación. Hasta la fecha los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, de los Estados Unidos) no recomiendan suspender el aislamiento de estos pacientes a lo largo del tiempo.

Consideraciones sobre el uso de toxina botulínica y materiales de relleno en el envejecimiento facial

Al Director:

Durante muchos años, los cirujanos plásticos y dermatólogos hemos luchado contra el envejecimiento facial tratando siempre de encontrar algún agente, algún método que, a la vez de mejorar el aspecto facial, sea lo menos agresivo posible.

Las arrugas de una cara son consecuencia de tres factores: la edad, ese implacable paso del tiempo que, influido por la actividad actínica, rompe las fibras elásticas; la gravedad y la acción de los músculos de la expresión que potencian los factores del envejecimiento.

Básicamente, existen dos tipos de arrugas: aquellas producidas por el paso del tiempo y las otras que desde un inicio son producidas por la hiperkinesis (mímica).

Las arrugas producidas por la edad son tratadas mediante variados procedimientos clásicos: *lifting* convencional, *peelings* químicos y mecánicos, láseres y materiales de relleno reabsorbibles y no reabsorbibles, que son usados por el gran espectro de especialistas en todo el mundo.

Las arrugas debidas a la expresión o hiperkinéticas deben ser corregidas de una manera diferente, ya que no podrán ser atenuadas por un simple estiramiento de la piel. En la Argentina, el uso de la toxina botulínica (botox) con fines estéticos comenzó a partir de 1997. Son innumerables los trabajos científicos que han demostrado la seguridad y eficacia de este método.

Las consideraciones esenciales para obtener resultados satisfactorios son: indicaciones precisas, dosis adecuadas, profundo conocimiento de la anatomía y función del área que se va a trabajar.

Son muchos los pacientes que requieren procedimientos mínimamente invasivos con los cuales no solo encontrarán satisfacción sus necesidades estéticas sino, además, obtendrán una recuperación temprana que les permitirá reanudar sus actividades laborales y sociales en corto tiempo. Somos nosotros los que debemos dar importancia a una evaluación clínica exhaustiva que nos permitirá elegir la táctica y la técnica correctas.

El éxito de esta consulta resultará de la elección del tratamiento adecuado. De esta amalgama entre médico y paciente surgirá un objetivo estético realizable, con expectativas reales, explicitadas por el médico tratante.

Aquellos pacientes que esperen un resultado más evidente

y duradero en el tiempo serán aconsejados para ser sometidos a tratamientos quirúrgicos que satisfagan las expectativas expuestas en la consulta médica.

Otros, que prioricen una recuperación acelerada, optarán por este tipo de tratamientos siendo conscientes de la temporalidad acotada que les brindan.

De todas formas, siempre es importante potenciar los resultados quirúrgicos con la aplicación de toxina botulínica y rellenos. En nuestra experiencia siempre sugerimos la utilización de ácido hialurónico como material reabsorbible de elección.

Sabemos que la perfección es inalcanzable y que la belleza es una armonía de contrastes donde existe un juego de luces y sombras producidos por un equilibrio entre los diferentes elementos anatómicos de la cara. Lo más difícil de imitar es la naturaleza y a ello debemos apuntar.

Si nos referimos a la utilización del botox ha habido una evolución en cuanto a técnica y táctica se refiere. No se debe sobreactuar con dosis mayores que las que el experto considere necesarias; no es lo mismo tratar a una paciente joven con signos incipientes de envejecimiento facial que a otra que presente un marcado deterioro del contorno de su rostro.

Cuando tratamos arrugas de cara y cuello, debemos pensar

tridimensionalmente. No solo será eficaz la recolocación de estructuras: el tratamiento incluirá también la reposición de volúmenes perdidos. En este caso, el relleno con productos reabsorbibles (Juvederm) será prioritario para alcanzar nuestro objetivo estético.

De la excelencia de nuestros resultados surgirá el incremento del caudal de nuevos pacientes.

Un punto de vital importancia para tener en cuenta es una correcta redacción de la historia clínica del paciente que, acompañada de un registro fotográfico, resultará fundamental a la hora de una diferencia de criterio entre médico y paciente.

El crecimiento progresivo en la utilización de toxina botulínica y materiales de relleno hace que sea cada vez mayor el número de pacientes que requieren este tipo de terapéuticas.

Consideramos importante que la curva de aprendizaje sea la adecuada para, de esta manera, transmitir conocimientos válidos para este tipo de prácticas.

Manuel Sarrabayrouse
Servicio de Cirugía Plástica y Estética
Hospital Italiano de Buenos Aires

LECTURAS RECOMENDADAS

- Carruthers JD, Carruthers JA. Treatment of glabellar frown lines with C. botulinum-A exotoxin. *J Dermatol Surg Oncol.* 1992;18(1):17-21.

- Carruthers JD, Lowe NJ, Menter MA, et al. Botox Glabellar Lines II. Study Group. Double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of botulinum toxin type A

for patients with glabellar lines. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(4):1089-98.

- Lowe PL, Patnaik R, Lowe NJ. A comparison of two botulinum type A toxin preparations for the treatment of glabellar lines: double-blind, randomized, pilot study. *Dermatol Surg.* 2005;31(12):1651-4.

- Sarrabayrouse MA. Indications and limitations

for the use of botulinum toxin for the treatment of facial wrinkles. *Aesthetic Plast Surg.* 2002;26(4):233-8.

- Sarrabayrouse MA. Toxina botulínica (Botox): una nueva alternativa. *Rev. Argent. Cir. Plást.* 1997;3(3):134-8.