ESTÉTICA

# ¿Somos inmunes al bótox?

MARÍA LOZANO

La llegada de la toxina botulínica con fines estéticos a España cumple 20 años y parece que por ella también pasa el tiempo. Cada vez más pacientes se quejan de que el efecto del bótox les dura menos, algo que trae de cabeza a los facultativos. En la duración de este medicamento, conocido por el nombre comercial bótox, pueden influir muchos factores, entre los que se encuentran las características de cada paciente a la técnica o las manos que inyectan este preciado y popularizado elixir.

En un reciente estudio publicado en la revista de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME) -'Toxina botulínica. ¿Por qué dura menos? Una revisión desde nuestra experiencia'-, dos expertos en la materia han analizado la evidencia científica y su propia experiencia para determinar qué está pasando con este tratamiento, el más empleado en medicina estética por el momento.

Los autores destacan que, al ser la toxina una proteína tiene capacidad inmunogénica puede desarrollar resistencia, lo que implica que los pacientes pueden hacerse inmunes al bótox. No obstante, «las causas no inmunogénicas son más determinantes en la pérdida de efecto», asegura el doctor Justo M. Alcolea, coautor del estudio y editor-coordinador de la revista Medicina Estética (SEME) y director médico de Clínica Alcolea.

Para Carmen Lorente, directora del área de medicina estética en The Beauty Concept (TBC) no hay tanto una pérdida de efecto sino que se pone menos cantidad que antes, lo que provoca que se disuelvan antes esos retoques. «Mi opinión es que ahora mismo no se llevan los neuromoduladores que se ponían antes. Los pacientes piden naturalidad, por lo que ahora la tendencia es poner una cantidad menor, que es más amable», explica la experta, aunque Alcolea no coincide con ella en esto. Más que en las cantidades utilizadas, parece que el problema está en las causas no inmunogénicas. En concreto en aquellas que se refieren a las características del paciente como la edad, el sexo, su gesticulación e incluso el mes del año en la que se aplica. Además, influye también cómo se reconstruye la toxina, la técnica utilizada y la espera entre una inyección y otra.

ABC

La duración de la toxina botulínica es mayor en las mujeres que en los hombres, que suelen tener músculos más desarrollados que ellas, por lo que pueden quedar infratratados.

En cuanto a la edad, hay que destacar dos aspectos. Varias toxinas están aprobadas para emplearse en personas por debajo de los 65 años y este tope no se respeta en muchas ocasiones. Y esto es importante porque la fuerza y la masa muscular decae con la edad. Por ello, los pacientes más jóvenes necesitan una mayor cantidad para notar el efecto.

En el estudio se certifica que el estrés en el paciente induce una menor duración del efecto del bótox porque se contraen los músculos faciales durante más tiempo. Además, el calor y la exposición solar prolongada pueden acortar el efecto de este tratamiento.

La frecuencia con la que se inyecta puede provocar que las probabilidades de que el paciente desarrolle una inmunidad hacia el bótox. «Si respetamos los intervalos e inyectamos al paciente dos sesiones al año yo no he visto que haya problemas de menor duración», explica el experto.

*Dr. Enrique Guerra Gómez, especialista en Psiquiatría*

# Medidas de contención ambulatorias: estrategias clave para abordar situaciones críticas de salud mental

Al entrevistar a los pacientes con ideas autolíticas y tras una evaluación minuciosa de la patología psiquiátrica de base y el riesgo de consumar el suicidio, hay casos que se pueden tratar inicialmente **sin necesidad de ingreso hospitalario**. No obstante, se tienen que cumplir una serie de condiciones:

- **Por parte del paciente**: la predominancia del deseo de vivir sobre el de morir, el no estar consumiendo sustancias que produzcan efectos de desinhibición (ej. alcohol, cocaína, alucinógenos derivados anfetamínicos, etc.) y que el método de suicidio pensado sea exclusivamente la ingesta de pastillas.

- **Por parte de los familiares o allegados:** tener una disponibilidad importante de tiempo para poder estar con el paciente y avisar de inmediato al psiquiatra si hay agravamiento. En el caso de que por alguna circunstancia no sea posible el contacto en breve plazo, acudir a la urgencia hospitalaria o llamar al servicio de urgencias (112) para que sea evaluado y trasladado al hospital.

- **Por parte del psiquiatra:** programar visitas frecuentes y tener la mayor disponibilidad posible para que el paciente contacte con él cuando lo necesite. Si acude paralelamente a psicoterapia con otro profesional, tener una coordinación fluida entre ambos.

### ¿Cuál es el papel de los familiares?

En estos casos, los medios de contención del paciente, aun siendo importantes, no son suficientes, por eso es fundamental asegurarse de tener posibilidades reales de estar con el paciente, preferentemente de forma presencial. Si también hay comunicación por medios telemáticos, tener posibilidad de reunirse con el paciente con prontitud, si fuese necesario.

### Manejo de medicamentos: normas específicas para evitar el ingreso

La familia o allegados deben de tener todas las medicinas que haya en la casa (no solo los psicofármacos) en un lugar seguro, bajo llave y desconocido para el paciente. Hay fármacos de otras especialidades que tienen mayor peligrosidad, incluso letalidad, en sobredosis. Se debe ir suministrando al paciente la medicación cada 2 o 3 días, cerciorándose de que toma las medicinas y no las guarda para acumularlas.

### ¿Cómo se gestionan las situaciones de emergencia y crisis?

Estas situaciones se producen cuando el deseo de muerte se hace más predominante y, además, se piensa en otros métodos que hacen muy difícil la contención, como la defenestración, el ahorcamiento o si se añade el consumo de sustancias antes descrito.

En estos casos, el planteamiento del psiquiatra debe ser derivar el paciente a urgencias hospitalarias, planteando, en principio, un ingreso completo. En algunos hospitales existen programas de contención intensiva multidisciplinares (psiquiatra, psicólogo, enfermería, trabajador social, etc.), sustitutivos al ingreso, que se pueden aplicar en aquellos casos en que el equipo de guardia hospitalario así lo considere.

**Dr. Enrique Guerra**
clinicadrguerra@gmail.com
C/ Príncipe de Vergara, 35, Madrid.
Tel.: 911562965