

y todas las mujeres posmenopáusicas con una historia de fracturas. La evaluación de marcadores bioquímicos que evalúan el recambio óseo ha sido útil en la investigación clínica. Sin embargo, el factor pronóstico de estas medidas no se define claramente y estos resultados no se deben utilizar como reemplazo de la densitometría (4).

Es así como la evaluación clínica de los factores de riesgo para osteoporosis y las medidas objetivas de densidad mineral ósea pueden ayudar a identificar a los pacientes que se beneficiarán de la intervención terapéutica que potencialmente puede reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas a fracturas osteoporóticas encontradas en esta población (5).

Los medicamentos utilizados para el tratamiento de esta patología han sufrido un desarrollo notable en los últimos quince años. En este momento se cuenta con medicamentos que inhiben el proceso de resorción ósea y que estimulan la producción de hueso. Estos medicamentos suministrados en conjunto con calcio y vitamina D por un tiempo adecuado han demostrado, en múltiples estudios, ser efectivos en la reducción del número de fracturas vertebrales y no vertebrales con un buen perfil de tolerabilidad (6). Sin embargo, otro problema se suma a la patología misma; es la falta de adherencia a los tratamientos debido en buena parte a lo prolongado del tratamiento y en nuestro medio al alto costo de la terapia (7).

Es importante desarrollar políticas económicas y sociales tendientes a que en nuestra población se pueda obtener un mejor pico de masa ósea en las edades tempranas de la vida, de esta manera se disminuye el riesgo de presentar osteoporosis. Ahora, para las personas que ya la presentan o que tiene factores de riesgo para fracturas se debe disponer de los recursos terapéuticos necesarios y por el tiempo requerido, lo que permita disminuir el impacto de esta problemática enfermedad.

Referencias

1. **NIH Consensus development panel on osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy.** Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* 2001; **285**: 785-95.
2. **Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS, Stone K, Fox KM, Ensrud KE, et al.** Risk factors for hip fracture in white women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *N Engl J Med* 1995; **332**: 767-73.
3. **Woolf AD, Akesson K.** Preventing fractures in elderly people. *BMJ* 2003; **327**: 89-95.
4. **Broussard DL, Magnus JH.** Risk assessment and screening for low bone mineral density in a multi-ethnic population of women and men: does one approach fit all?. *Osteoporos Int* 2004; **15**: 349-60.
5. **Lane NE.** Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. *Am J Obstet Gynecol* 2006; **194** (Suppl 2): S3-11.
6. **Zizic TM.** Pharmacologic prevention of osteoporotic fractures. *Am Fam Physician* 2004; **70**: 1293-300.
7. **Lekkerkerker F, Kanis JA, Alsayed N, Bouvenot G, Burlet N, Cahall D, et al.** Adherence to treatment of osteoporosis: a need for study. *Osteoporos Int* (en línea) 2007 Junio. Disponible en: <http://www.springerlink.com>

Síndrome de *Burnout* y la depresión del médico de hoy

Burnout syndrome and its relation with the Physician's depression

ENRIQUE ARDILA • BOGOTÁ

El término *Burnout* fue propuesto por Freudenberg en 1974 para describir “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.

Más tarde Pines y Kafry (1978), Dale (1979) y Chermis (1980) enfatizaron el estrés laboral en la aparición de este síndrome, resultado de un desequilibrio entre las exigencias y los recursos personales e individuales, lo cual lleva como consecuencia a ansiedad, fatiga, tensión y agotamiento, todo matizado con cierto grado de depresión.

En 1981 Maaslach y Jackson configuran este síndrome como un trastorno tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida

realización personal. Desde la definición planteada por Chermis, el síndrome se ha dividido en varias fases: entusiasmo, estancamiento, frustración, apatía y la última que sería la del quemado, caracterizada por colapso físico e intelectual, y es en esta parte en donde la enfermedad se manifiesta.

Se han descrito diferentes escalas para diagnosticar y evaluar los diferentes grados de este síndrome, las cuales en la mayoría de los casos tienen en cuenta el agotamiento físico, emocional y mental.

Dr. Enrique Ardila: Profesor, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C.
Correspondencia: e-mail: enardila@cable.net.co
Recibido: 18/VII/07 Aceptado: 25/VII/07

El estudio de este síndrome se ha centrado en diferentes profesiones siendo las más importantes trabajadores sociales, profesores, médicos, enfermeras, estudiantes, bibliotecólogos, trabajadores de salud mental, trabajadores que laboran con personas de la tercera edad, trabajadores de las fuerzas armadas y vigilantes penitenciarios.

Existen algunos estudios a nivel internacional que nos muestran las profesiones de la salud como las más expuestas a presentar el *Burnout* y dentro de eso los médicos generales ocupan un lugar destacado como grupo con factores de riesgo para padecerlo, siendo los más importantes falta de tiempo libre, necesidad de estar siempre disponible, falta de sueño, viajes que implican compromisos profesionales y gran preocupación de equivocarse en el diagnóstico.

Con el advenimiento de la ley de seguridad social en salud en Colombia en 1993, la medicina como profesión liberal ha ido desapareciendo. El médico es un empleado de grandes compañías que implican compromisos y exigencias, lo cual ha restado al profesional la posibilidad en la toma de decisiones. El ejercicio profesional ha cambiado tanto en la parte médica propiamente como en la económica, limitándose el tiempo disponible para cada paciente, además tener que estar acogido en la conducta que deberá tomar tanto en la parte diagnóstica como terapéutica a la reglamentación de la empresa, sumado al creciente número de médicos formados

en la última década en el país, lo cual hace el ejercicio cada vez más competitivo.

Todo esto ha llevado a una sensación de depresión y desesperanza de los profesionales, la filosofía del ejercicio de la medicina no es por la que ellos ingresaron a estudiar medicina, profesión que implica además de una importante dedicación en la universidad, características de intensidad horaria muy especial, además de una escolaridad más larga que la mayoría de otras profesiones, unos costos tanto económicos como personales para el individuo, la familia y la sociedad.

El paciente ya no es más un paciente, sino un cliente, y lo peor no es un cliente personal sino de una empresa a la cual ellos deberán defender y comprometerse, pues de lo contrario serán fácilmente despedidos, y para peor de las desgracias existe una gran lista de espera de colegas deseando ser nombrados.

Si retomamos la definición primaria del síndrome de *Burnout*, sensación de fracaso, existencia agotada por una sobrecarga de exigencias, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador, no es nada difícil sin ser especialista en el tema, poder inferir que dentro de los médicos colombianos en este momento hay muchos que están “bien quemados” y para peor de males “ni los bomberos ni los extintores han podido apagar ese incendio”.

Avances en VIH/SIDA y complicaciones de la terapia antirretroviral

Advances in HIV AIDS, and complications of the anti-retroviral therapy

NÉSTOR SOSA • PANAMÁ

Introducción

En el año 2007 se cumplen 20 años del inicio de la terapia antirretroviral. Desde la aprobación de la zidovudina en 1987 se han aprobado para su uso 22 drogas contra el VIH. El pronóstico de la infección con VIH ha mejorado dramáticamente gracias a los fármacos antivirales. Pero todavía existen grandes retos para la terapia antirretroviral. La resistencia sigue siendo el mayor, pero la toxicidad, la complejidad de ciertos regímenes y la mejoría de la adherencia siguen siendo retos importantes. Es necesario desarrollar esquemas más convenientes, menos tóxicos y que tengan actividad contra virus resistentes. Igualmente que penetren a los reservorios del virus en el organismo y que actúen sobre nuevos objetivos del ciclo reproductivo de VIH.

Actualmente se cuenta con drogas antirretrovirales que inhiben la transcriptasa inversa de tipo nucleósidos (NRTI), no-nucleosidos (NNRTI) y nucleótidos (NtRTI), sustancias que inhiben la proteasa, inhibidores de la entrada del virus (de tres tipos: inhibidores de la fusión, inhibidores de correceptores, inhibidores de la unión al CD4), inhibidores de la integrasa e inhibidores de la maduración. Estos dos últimos en etapa de investigación.

El tratamiento debe iniciarse en todo paciente sintomático. Entre los pacientes asintomáticos se recomienda iniciar

Dr. Néstor Sosa: Jefe de Servicio Enfermedades Infecciosas, Hospital Caja del Seguro Social. Director Medical and Research Center. Panamá.
Correspondencia: e-mail: nrsosa@cable.net.co
Recibido: 18/VII/07 Aprobado: 25/VII/07