

Continuidad en la atención ¿todavía crucial o una nostalgia inútil?

Continuity of Care. Still Crucial or a Useless Nostalgia?

*Es al hablar sin sentido cuando uno llega a la verdad.
Hablo sin sentido, por tanto, soy humano.*

FYODOR DOSTOYEVSKI (CRIMEN Y CASTIGO)

INTRODUCCIÓN

Vamos a plantear dos encuentros médicos ocasionales y contrapuestos, que podrían ocurrir en diferentes circunstancias en el sistema actual de atención médica.

Un paciente pide una consulta con un médico que no conoce porque está preocupado y no puede localizar a su médico de cabecera. Relata que está inquieto, que por momentos siente una “angustia” (remarca esa palabra) en el centro del pecho. Le hacen un electrocardiograma, que es normal, y le recetan ansiolíticos.

Como sigue con sus síntomas a pesar del ansiolítico, consulta a su médico de cabecera, quien lo conoce desde hace años y sabe que es un paciente equilibrado, que nunca se quejó de ansiedad u otro síntoma psíquico. Por tal motivo “no compró” (entre comillas) el diagnóstico de ansiedad que ofrecía el paciente (como si había hecho el médico que lo había atendido antes y que no lo conocía). El médico de cabecera lo volvió a interrogar con más detalle. En esta ocasión, el paciente indica que el síntoma aparecía durante el esfuerzo de caminar y que se pasaba al parar por algunos minutos; lo refería apoyando la mano abierta en el centro del pecho y decía que, si seguía caminando, la angustia se le iba al cuello y a la parte interior del brazo izquierdo. En fin, una típica angina de pecho de reciente comienzo, con una arteriografía coronaria que mostró lesiones múltiples de los tres vasos coronarios.

De manera inversa, en una consulta a un médico ocasional, un paciente que había cumplido recientemente 55 años y se encontraba en buen estado de salud, manifestó que se despertaba de noche con una sensación de muerte inminente y refería dolores puntuales en diferentes partes de su cuerpo. A la vista de un electrocardiograma normal, el médico le pidió un ecocardiograma doppler cardíaco, un eco-doppler de vasos de cuello y una prueba de esfuerzo con perfusión miocárdica (SPECT). Con todos estos estudios ya realizados y que arrojaron resultados normales, el paciente consultó luego a su médico de cabecera. El paciente ya le había mencionado varias veces el pánico que le producía cumplir los 55 años, porque su padre, un hombre sano, falleció de muerte súbita el día que cumplió esa edad, y él creía que no iba a vivir más tiempo que su progenitor.

En estas situaciones, el hecho de que un paciente tenga una continuidad interpersonal con su médico habitual (ya sea un médico general, de familia, especialista y aun psiquiatra u otro) hace una diferencia importante en la interpretación de los malestares referidos. Porque con el tiempo, el profesional desarrolla algunas destrezas esenciales para generar, primero, la confianza suficiente como para que el paciente le cuente acerca de su vida, y luego, cierto grado de empatía, que muchas veces es mutua. Estos elementos son fundamentales para lograr un diagnóstico multidimensional, que incluya el contexto personal, familiar y de su comunidad de intereses, en pacientes cada vez más ancianos, con múltiples enfermedades complejas asociadas.

Aproximadamente en estos términos lo expresan Freeman y cols. (1): “La continuidad interpersonal construida a través de contactos repetidos (pero no necesariamente exclusivos) es importante para construir confianza y respeto. Nos agrada cuando utilizamos los servicios de artesanos, vamos a la peñadora o enviamos nuestro automóvil al taller mecánico conocido. A los pacientes también les agrada esto cuando recurren al sistema de atención en salud. La oportunidad de dejar una consulta pendiente y quizás retornar más tarde, si fuera necesario, es muy valorado por los pacientes y significa que a menudo se puede esperar a que los problemas mal definidos se desarrollen y se resuelvan. Si fueran necesarias revisiones adicionales, estas son más eficientes si se retoma el diálogo con el mismo médico.”

Para los médicos de familia, la continuidad de la atención es crucial. En un artículo (2), la especialista en atención primaria Moira Stewart señala: “Las tareas del día a día de la medicina familiar se realizan mediante la interacción del paciente y el médico durante la visita, “unidad esencial de la práctica médica”... Los resultados enfatizan la importancia crucial de las experiencias compartidas (esto es, “hemos pasado mucho juntos”) para conseguir una actitud positiva respecto de la continuidad personal en la atención médica”.

Pero por supuesto, no todo en medicina es sencillo, simple y lineal, porque existen infinitas formas de presentación de un número enorme de malestares humanos que se resisten a la maestría de los médicos. “Con una alianza terapéutica establecida, los pacientes tienden a compartir sus preocupaciones de una manera directa. El médico conoce cómo leer al paciente familiar: ¿es alguien en quien cada preocupación necesita ser cuidadosamente considerada, o es esa rutina de historia terrorífica de ese paciente, realmente para

apelar a un reaseguro?" (3). En la continuidad de la atención existe el riesgo de cierta monotonía y de la confianza que da conocer al paciente, y como en esta misma nota de opinión su autor reconoce, siempre "es un esfuerzo permanecer vigilante con pacientes a los que se ha visto por décadas".

Si la continuidad de atención verdaderamente importa, es la propia profesión la que debe decidirlo, y si es así, los médicos debemos tomar el liderazgo e imponerlo tanto en la currícula universitaria como en las prácticas de la residencia médica.

Como ya se ha señalado (4), uno de los requisitos es asegurarse de que los pacientes comprendan que los médicos pueden cuidar mejor de ellos si son pacientes a quienes conocen. Y esto resulta especialmente importante en el caso de los pacientes de menos recursos, sobre quienes suele recaer el mayor peso de la enfermedad.

¿Pero tenemos evidencias científicas de que la continuidad de atención produce resultados positivos en los pacientes?

Existen ciertas evidencias de que la calidad del cuidado mejora con la continuidad de la atención. Por ejemplo, se ha señalado que la continuidad de la atención está asociada a una mayor satisfacción del paciente (5), también se la vinculó con la promoción de la salud (6) y con un incremento en la adherencia a la medicación. (7)

Por ejemplo, en una provincia de Canadá se observó que los pacientes ancianos con una continuidad longitudinal en la atención de grado medio tuvieron un 27% más de visitas al departamento de emergencias que aquellos con un grado de continuidad de atención alto, diferencia que resultó estadísticamente significativa. (8)

Dados estos beneficios, la pregunta que surge a continuación es la siguiente: ¿Se extienden estos efectos a marcadores más duros e importantes, como la disminución de las internaciones hospitalarias y aun a la mortalidad total y específica? Ese es nuestro próximo paso.

ASOCIACIÓN ENTRE LA CONTINUIDAD DE ATENCIÓN EN LA PRÁCTICA MÉDICA GENERAL Y LAS INTERNACIONES HOSPITALARIAS

Barker y colaboradores (9) realizaron un estudio de corte transversal, observacional y retrospectivo, utilizando datos del Clinical Practice Research Datalink, que son ampliamente representativos de los pacientes registrados en los centros de atención médica de Inglaterra.

En ese estudio se incluyó una enorme cantidad de pacientes (230 472) atendidos entre abril de 2011 y marzo de 2013 en 200 centros de medicina general; se eligieron los pacientes más ancianos (62 a 82 años), que son los que tienen mayor cantidad de internaciones, y que al menos experimentaron dos contactos con los médicos generales en ese período.

Se tomó como medida de resultado el número de internaciones por paciente para condiciones que pueden ser manejadas de manera ambulatoria en el ámbito de la atención primaria y para las cuales las internaciones serían potencialmente evitables.

La continuidad de atención se midió utilizando el "índice de atención del proveedor usual", que fue definido como la proporción de las consultas médicas del paciente que se efectuaron con el doctor al que veía más regularmente. Así lo explican los autores: "Por ejemplo, si un paciente tenía 10 contactos con un médico general incluyendo 6 con el mismo doctor, entonces su puntaje del índice de atención del proveedor usual era 0,6". (9)

Los resultados se evaluaron por un incremento en el puntaje del índice de atención del proveedor usual de 0,2; el cual podía ocurrir a cualquier valor basal (por ejemplo, al pasar de 0,3 a 0,5 o de 0,6 a 0,8). También se evaluó la continuidad de atención como variable discreta, en un modelo más flexible que el de variable continua anterior. Con este último modelo se clasificó a los pacientes en tres niveles de continuidad de atención: bajo, mediano y alto, definiendo el nivel de continuidad bajo *a priori* como un puntaje del índice de atención del proveedor usual entre 0 y 0,39, el medio entre 0,4 y 0,69, y el alto entre 0,7 y 1.

Se utilizó una regresión lineal multivariada para probar la asociación entre el número de internaciones por condiciones pasibles de ser manejadas en la atención ambulatoria y el puntaje del índice de atención del proveedor usual, controlando por el resto de las variables, y además se realizó análisis de subgrupos.

Se encontró en dicho estudio que los pacientes experimentaron 11,4 contactos en promedio (DS: 9,4) con un médico general. La media del puntaje del índice de atención del proveedor usual fue 0,6 (DS: 0,23).

El grupo con continuidad de atención baja comprendía al 22,8% de los pacientes; el de continuidad media, al 42,1% y el de continuidad alta, al 35,2%. En promedio, los pacientes en el grupo de continuidad baja tenían más contactos con el médico general que los de los otros grupos.

Los resultados fueron contundentes: comparada con la gente del grupo de continuidad de atención baja, la gente con continuidad de atención media tenía un 8,96% menos de internaciones por condiciones que se pueden controlar en la atención ambulatoria (IC 95%: -5,63% a -14,22%). La gente con continuidad de atención alta tenía aún menores tasas de internaciones: 12,49% menos (IC 95%: -9,45 a -19,29%) que aquellos con continuidad de atención baja.

Considerando a la continuidad de la atención de manera continua, cada 0,2 de incremento en el puntaje del índice de atención del proveedor usual se asoció con una reducción en las internaciones por condiciones susceptibles de manejarse en forma ambulatoria del 6,22% (IC: -4,87% a -7,55%). (9)

Es necesario notar que los pacientes con los niveles más altos de utilización del sistema de salud tendían a tener menor continuidad de atención, y a pesar de esa

mayor utilización de los servicios, a causa de la menor continuidad experimentaban más internaciones por condiciones que podrían manejarse de modo ambulatorio, lo que confirma que es solamente la continuidad de la atención la que disminuye las internaciones y no el número de consultas. Y la fuerza de esta relación fue aún más grande entre los pacientes de mayor edad.

Los autores de este análisis ofrecen algunas posibles explicaciones para estos hallazgos, entre ellas, que cuando los pacientes reciben más atención continuada, el médico está mejor capacitado para entender las necesidades de salud dentro de la limitación que impone la creciente constricción del tiempo destinado a las consultas, como bien lo ilustran las dos viñetas presentadas al comienzo de este artículo, en las que la atención brindada resultó más apropiada a las reales necesidades del paciente cuando actuó el profesional que conocía al paciente.

La continuidad de atención promueve también relaciones más efectivas y confiables entre los pacientes y los médicos, y esto debe llevar a una mayor comprensión de los problemas de salud y una mayor adherencia durante el curso del tratamiento. Por eso se esperaría que estos beneficios fueran más marcados en aquellos pacientes que necesitan asistir a la consulta con el médico general con frecuencia, como realmente sucedió.

Una de las limitaciones que reconocen los autores de ese estudio es que, por haberse enfocado en los médicos generales, no evaluaron la continuidad del cuidado provisto por enfermeras y asistentes de atención en salud. (9)

En Argentina, el grupo de investigación GESICA demostró en el estudio clínico aleatorizado DIAL que la intervención telefónica programada y continuada de una enfermera disminuía de forma significativa las internaciones de pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica manejados por cardiólogos. (10) Además se demostró que después de cesada la intervención, los pacientes que habían recibido el control de atención continuada seguían manteniendo una diferencia significativa respecto del número de internaciones, lo que verificaba un efecto de adiestramiento, que se mantenía en el tiempo. (11)

Coincidimos con Barker y colaboradores, quienes destacan como conclusión de su trabajo que la continuidad en la atención es una consideración importante cuando se diseñan programas tendientes a reducir las internaciones hospitalarias, y que promover la continuidad de la atención puede también mejorar la experiencia de los pacientes y de quienes trabajan en la práctica médica general. (9)

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE CONTINUIDAD DE ATENCIÓN Y MORTALIDAD. ¿UNA CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE?

Dado los beneficios de la continuidad de la atención demostrados hasta ahora, la pregunta final que surge es si esto se extiende a las tasas de mortalidad. La muerte

es, claramente, el resultado más serio e importante.

Una revisión reciente se pregunta si “¿están los niveles más altos de continuidad de la atención de los médicos, en cualquier escenario, con cualquier grupo de pacientes, asociados con cambios en la mortalidad?”(12)

De los 726 artículos identificados en las búsquedas efectuadas para esa revisión, solo 22 cumplían con todos los criterios de elegibilidad. De esos 22 estudios, 15 eran estudios de cohorte retrospectivos y 4 prospectivos (totalizando el 86,4%) y solo 3 (13,6%) eran de corte transversal. Algunos estudios incluían un gran número de pacientes (mediana: 16 885); todos habían sido publicados a partir del año 2010 y realizados en 9 países diferentes: exactamente la mitad de ellos (11 estudios; 50%) en América del Norte (6 en Canadá y 5 en los EE. UU.), 7 (31,8%) en países de Europa (3 en Inglaterra, 2 en Francia, 1 en Croacia y 1 en Holanda), y los restantes 4 (18,2%) en otros países (2 en Taiwán, 1 en Israel y 1 en Corea del Sur.

Los médicos tenían un origen variado; 9 de los 22 estudios investigaron la continuidad en la atención primaria, ya sea a cargo de médicos generales o de familia, 3 solo analizaron la atención de especialistas y 10 (casi la mitad) incluían médicos de diferentes tipos.

El seguimiento llegó en algunos trabajos hasta 17 años, aunque la mediana fue de 2 años. Veinte de los trabajos (90,9%) comunicaban la mortalidad por todas las causas; solo 2 estudios evaluaban la mortalidad prematura.

Los 22 estudios fueron calificados de alta calidad utilizando la escala de Newcastle-Ottawa, 10 de ellos con la escala máxima, y ninguno mostró menos de 7 de los 9 posibles para cualquier revisor.

Estos estudios vienen de nueve países con muy diferentes culturas y sistemas de salud. Como se encontró gran heterogeneidad en los métodos de medición de la continuidad y la mortalidad, así como en los marcos de tiempo, no fue posible combinar los resultados de los estudios en un metaanálisis. Sin embargo, 18 de los 22 estudios (81,8%) mostraron que la mayor continuidad de atención se asociaba significativamente con una menor mortalidad, con 16/18 con menor mortalidad por todas las causas. En 2 estudios no se encontró asociación durante la estadía hospitalaria o en el seguimiento, pero dichos estudios tenían seguimientos muy cortos.

Esta asociación se verificó tanto en relación con la atención de médicos generales como de especialistas.

Existen muy pocos ensayos controlados y aleatorizados referidos a la continuidad de la atención médica, y ninguno que incluya a la mortalidad como medida de resultado o que tenga un seguimiento a más de un año. Por lo tanto, todos los estudios encontrados que cumplían los criterios de inclusión fueron de observación, aunque la mayoría eran estudios de cohorte de alta calidad. El tema de la causalidad reversa se aplica a toda la evidencia presentada aquí. Esto puede crear un sesgo en la asociación entre continuidad de atención y mortalidad, en una u otra dirección.

No obstante, la evidencia es contundente y muestra gran coherencia, porque se obtiene de estudios que utilizan cohortes muy grandes. Además, son estudios realizados en diferentes países, con diferentes sistemas de atención de salud y diferentes culturas. Y como ya se señaló, la continuidad de atención incluyó la que recibieron los pacientes tanto por parte de especialistas como de médicos generales, lo que muestra que el efecto no está limitado a una rama de la medicina o a un sistema de salud específico. Como bien lo señalan Pereira Gray et al., “a pesar de los numerosos avances técnicos, la continuidad de la atención es una característica importante de la práctica médica y, potencialmente, un asunto de vida y muerte”. (12)

La continuidad de la atención parece implicar un efecto básico universal, porque la presencia de esta asociación se observa en nueve países de tres continentes, y en poblaciones y sistemas de salud muy diferentes. Esto implicaría que es necesario priorizar la continuidad de la atención en la política de los sistemas de salud, como varios estudios ya lo hicieron notar.

¿Por qué ocurre este desajuste? En nuestro sistema de registro electrónico están ausentes los aspectos contextuales, sociales y aun psicológicos. Puede ser porque se la considera información redundante y, a menudo, el tiempo es demasiado corto para escribir un texto descriptivo preciso, que pueda ser registrado o leído. Otras veces puede deberse a la naturaleza de la información, que se puede considerar confidencial y por ende destinada a permanecer dentro de la estricta relación paciente-médico. En otras situaciones, el conocimiento del contexto cultural es demasiado detallado como para ser resumido adecuadamente en la historia clínica.

Más que un problema de información, estamos ante un problema de relaciones y, fundamentalmente, de interacciones guiadas por sentimientos, confianza y empatía, lo cual resulta muy difícil de transmitir en un registro médico. Aun así, estas interacciones existen en la percepción de pacientes y médicos, en la medida que estas son compartidas y reconocidas.

En última instancia, aunque la disponibilidad de la información médica es sin duda importante, esta no sustituye los beneficios de contar con un conocimiento más personal y de establecer una alianza terapéutica con el paciente.

Helen Salisbury plantea que si uno preguntara “¿Salvó usted algunas vidas hoy?”, la respuesta más común de la mayoría de los médicos sería “No, obviamente”. Y agrega: “Pero un reciente estudio sobre la continuidad de la atención encontró que quizás sí lo hacemos, por permanecer en la misma clínica ambulatoria o en el mismo consultorio de medicina general con el correr del tiempo, viendo a los mismos pacientes”. (13) Y enfatiza su idea con estas palabras: “Hago lo posible por tratar a todos mis pacientes por igual, pero es más fácil atender a la gente que ya conoces, y tener interés en la atención hace el trabajo más fácil e interesante. Como el dinero fluye hacia las soluciones

tecnológicas dada la previsible (y prevista) escasez de doctores y enfermeras, deberíamos detenernos y pensar intensamente acerca de lo que nos estamos arriesgando a perder”. (13)

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LOS PACIENTES Y LOS MÉDICOS EN LA ERA DE LA COMUNICACIÓN VIRTUAL?

En los últimos años, en distintos sistemas de salud, los médicos perciben que “suministran atención con menos tiempo para charlar con los pacientes y sus parientes, con los colegas, y a veces con los propios miembros de su familia. Muchos de nosotros sienten la erosión del tiempo para reflexionar, para habitar en ese lugar edificante y tranquilo donde sabemos quienes somos, adonde vamos y que es lo que consideramos la verdad.” (14)

En los años recientes, gran parte de la comunicación con los pacientes se está transformando en virtual. Por ejemplo, en el sistema Kaiser Permanente, un 52% de los más de 100 millones de contactos que cada año tienen los pacientes con los profesionales son ahora visitas virtuales. (15)

Pero la atención virtual deja a los médicos en soledad, sin la posibilidad de interactuar físicamente con colegas y pacientes “... nos conecta a nuestros pacientes de una manera más natural que nunca antes, puede también dejarnos en la soledad, pasando hora tras hora con nuestra computadora. Las razones más comúnmente citadas para el desgaste –trabajo de papeleo incrementado, más mediciones métricas de calidad, y menos tiempo con los pacientes– reflejan las necesidades de los médicos por interacciones significativas.

Los doctores, en su mayor parte, son criaturas sociales. Así la transición de alejarse de la rutina de la interacción con los pacientes y colegas e ir hacia actividades más aisladas e individuales ha contribuido a la soledad y el resultante desgaste.” (16)

A su favor, a diferencia del encuentro médico periódico que estábamos acostumbrados, conecta entre sí a los pacientes y al médico o el grupo de atención de manera más dinámica y en inmediata sincronía con las necesidades de su condición clínica.

Estamos en el momento que el autor de una “perspectiva” del *New England Journal of Medicine* se pregunta si la atención de salud en persona ha dejado de ser una prioridad y sería una opción B.

Dicen explícitamente “¿Qué si la atención de salud fuera diseñada para que las visitas en persona fueran la segunda, la tercera o aun la última opción para encontrarse de rutina con las necesidades del paciente, más bien que la primera?” (15)

CONCLUSIONES

Hemos tratado de mostrar que hay evidencia suficiente para afirmar que la continuidad de atención promueve significativamente la mayor satisfacción de los pacien-

tes, con relaciones más confiables y, por lo tanto, más efectivas, que se comprueban en la mayor adherencia a la medicación y el cumplimiento de los pedidos médicos, sumados a menores tasas de internaciones hospitalarias de emergencia y programadas. Y también queda demostrado que es un asunto de vida o muerte, porque salva vidas en distintos sistemas de salud, en 9 países diferentes de 3 continentes y con distintas categorías de médicos; esto se ha comprobado.

Parece que llegó el momento en que los profesionales de la salud deben decidirse a desafiar la asunción simplista de los actuales administradores de la salud, quienes consideran que incrementando la frecuencia de encuentros y reduciendo el tiempo de cada consulta, y así permitir incrementar el ingreso de pacientes, se benefician los hospitales, las clínicas y también pretenden irónicamente demostrar para los que practican la profesión.

Como manifiesta Wenzel: “Tradicionalmente la medicina fue una de las profesiones más personalmente recompensada. Muchos de nosotros estamos aun inspirados por el arte misterioso de hacer un diagnóstico esquivo o la habilidad de ayudar a los pacientes a enfrentarse con las enfermedades o lesiones; otros están motivados por el descubrimiento de nuevas uniones epidemiológicas que puedan beneficiar a la población entera de las personas enfermas.” (14)

Pero necesitamos más que nunca tiempo, que cada vez tenemos menos, para reflexionar hacia dónde vamos y hacia dónde querríamos ir, para conversar entre nosotros y con nuestros pacientes y, a pesar de las desventajas del abrazo incondicional de la tecnología, para aprovechar sus ventajas (que las tiene) y para recapturar los objetivos de nuestra profesión y nuestras apreciadas relaciones interpersonales.

BIBLIOGRAFÍA

- Freeman GK, Olesen F and Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract* 2003;20:623-7. <http://doi.org/bq5rph>
- Stewart M. Continuity, care, and commitment: The course of patient-clinician relationships. *Ann Fam Med* 2004;2:388-90. <http://doi.org/bq5rph>
- Cifu AS. Long-term physician-patient relationships—Persevering in a practice. *JAMA Inter Med* 2018. [Published online December 3]. <http://doi.org/c2db>
- Roland M. Continuity of care: betrayed values or misplaced nostalgia. *Int J Integr Care* 2012;12, 25 October – URN:NBN:NL:UI:10-1-113827 / ijic2012-200.
- Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract* 1995;45:654-9.
- Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004;53:974-80.
- Chen CC, Tseng CH, Cheng SH. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a longitudinal analysis. *Med Care* 2013;51:231-7. <http://doi.org/f4nz72>
- Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ* 2007;177:1362-8. <http://doi.org/d6cjsx>
- Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017;356:j84. <http://doi.org/c2dc>
- GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ* 2005; 331:425-29.
- Ferrante D, Varini S, Macchia A, Soifer S, Badra R, Nul D, et al; GESICA Investigator. Long-term results after a telephone intervention in chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:371-8. <http://doi.org/dh8btx>
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors — a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8:e21161. <http://doi.org/crmj>
- Salisbury H. Helen Salisbury: Did you save any lives today? *BMJ* 2019;364:k5039. <http://doi.org/c2dd>
- Wenzel RP. RVU medicine, technology, and physician loneliness. *New Engl J Med* 2019;380:305-7. <http://doi.org/c2df>
- Duffy S, Lee TH. In-person health care as option B. *N Engl J Med* 2018;378:104-6. <http://doi.org/c2dg>
- Kulkarni A. Navigating loneliness in the era of virtual care. *New Engl J Med* 2019;380:307-9. <http://doi.org/c2dh>

Hernán C. Doval

Director de la Revista Argentina de Cardiología