

# Análisis de las interconsultas médicas desde los centros primarios de salud al servicio de otorrinolaringología del Hospital Sótero del Río

Jaime Abarzúa V<sup>1</sup>, Francisco García-Huidobro N<sup>2a</sup>, Karen García C<sup>3,4</sup>, Rodrigo Pineda D<sup>3</sup>, Matías Willson E<sup>3</sup>, Soledad Palma R<sup>3,b\*</sup>.

Analysis of Medical Referrals from Primary Health Centers to the Otorhinolaryngology Department at Sótero del Río Hospital

## RESUMEN

Las interconsultas médicas son una herramienta por la cual diferentes centros de salud, especialmente aquellos de atención primaria, solicitan colaboración para el manejo de patologías que escapan al manejo que ofrecen. En este sentido, analizar el perfil de las interconsultas y la concordancia de la priorización de estas, es una herramienta fundamental para mejorar la referencia hacia los centros de mayor complejidad. **Objetivo:** Caracterizar el perfil de las interconsultas enviadas desde la atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Sótero del Río, además de evaluar la concordancia en la priorización de estas. **Resultados:** Se incluyeron 1.195 interconsultas. El área de Otología concentró el 55% de ellas, siendo la hipoacusia el motivo de consulta más frecuente (67%). Se observó un índice de kappa de 0.086, la cual es considerada como un nivel pobre de concordancia. **Conclusión:** Valorar la concordancia en la priorización de las interconsultas es una herramienta útil para entender la realidad de la derivación desde atención primaria a un centro de mayor complejidad. Conocer la calidad de dicha referencia permite aplicar estrategias que puedan mejorar esta referencia. Nuestro estudio sugiere que existiría una necesidad de mejorar la comunicación y educación entre los centros de mayor complejidad y los centros de salud primaria.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Derivación y consulta; Educación; Otorolingología.

<sup>1</sup>Residente Otorrinolaringología Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>2</sup>Servicio de Otorrinolaringología Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile.

<sup>3</sup>Servicio de Otorrinolaringología Hospital Sótero del Río. Santiago, Chile.

<sup>4</sup>Unidad de Otorrinolaringología CRS Hospital Provincia Cordillera. Santiago, Chile.

<sup>a</sup>MSC.

<sup>b</sup>MHA.

\*Correspondencia: Soledad Palma / soledad.dlang@gmail.com  
Av. Concha y Toro 3459, Santiago, Chile.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Este trabajo no requirió fuente de apoyo financiero.

Recibido: 05 de marzo de 2023.

Aceptado: 25 de junio de 2024.

**ABSTRACT**

Medical consultations play a crucial role in the collaboration between health centers, particularly in primary care settings, when managing complex pathologies beyond their scope. Analyzing the characteristics of consultations and their prioritization is essential for enhancing referrals to higher complexity centers. This study aims to profile the consultations referred from the primary health care of the South East Metropolitan Health Service to the Otorhinolaryngology Service of the Sótero del Río Hospital, while also evaluating the concordance in their prioritization. **Aim:** The main objectives of this study are to characterize the profile of consultations referred from primary health care to the Otorhinolaryngology Service and to assess the agreement in their prioritization. **Methods:** Data from consultations sent to the Otorhinolaryngology Service from primary care were collected and analyzed. The prioritization of these consultations was evaluated using the Kappa Index, which measures the level of agreement between the two parties involved. **Results:** The analysis revealed a Kappa Index of 0.086, indicating a poor level of concordance in the prioritization. This finding highlights potential issues in the referral process from primary care to the higher complexity center. **Conclusion:** Evaluating the concordance in the prioritization of consultations is essential for gaining insights into the reality of referrals from primary care to higher complexity centers. Identifying the quality of these referrals can lead to the implementation of strategies to improve the process. Our study suggests that there is a need of improving the communication and education between higher complexity centers and primary health care centers.

**Keywords:** Education; Primary Health Care; Referral and consultation; Otolaryngology.

La interconsulta médica (IC) es una herramienta por la cual los diferentes centros de salud solicitan colaboración para el enfrentamiento de patologías que escapan del manejo que se ofrece en dicho servicio. Esta herramienta es fundamental para generar un vínculo, entre un proveedor de atención primaria de salud (APS) y un médico especialista, lo que permite la continuidad de la atención y la resolución de la patología del paciente derivado<sup>1</sup>. El tiempo de respuesta a la IC dependerá de la severidad que la patología conlleve, siendo priorizadas inicialmente por el interconsultor.

Dentro de las principales razones que motivan la derivación de un paciente destacan, los dilemas

diagnósticos y/o terapéuticos, y el manejo de enfermedades poco comunes<sup>2,3</sup>. Se han descrito diversos aspectos que dificultan el desarrollo de las interconsultas, entre los cuales destacan: la repetición, falta de pertinencia, mala priorización, falta de detalle en la descripción del caso y demora en la respuesta de la IC. Esta problemática ha sido reportada en otros países por diversos autores, los cuales describen la presencia de IC duplicadas en hasta un 13%, falta de pertinencia a la especialidad consultada en un 23% y una incorrecta valoración de la urgencia por parte del interconsultor<sup>4</sup>.

En Chile, existe un bajo nivel de resolución de IC realizadas desde APS a los centros de mayor

complejidad, existiendo reportes que solo un 35% del total de solicitudes de IC ingresadas son resueltas. Además, se ha observado que otorrinolaringología (ORL) es una de las especialidades que se interconsulta con mayor frecuencia, siendo esta, la cuarta con mayor porcentaje de derivación. Adicionalmente, se determinó que el 31% del total de las IC realizadas al servicio de ORL no recibió atención<sup>5,6,7</sup>.

En este contexto, no existen estudios a nivel nacional que evalúen el perfil ni el nivel de concordancia de las IC enviadas desde APS a ORL. Sobre la base de lo anterior, el objetivo del presente estudio es caracterizar el perfil de las IC y la concordancia de la priorización de estas desde la atención primaria al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Sótero del Río.

## Material y método

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de las IC solicitadas desde 22 centros de APS pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) al servicio de ORL del Hospital Sótero del Río (HSR) entre el 01 de enero del 2019 y el 31 de diciembre de 2019. Los datos de las IC fueron obtenidos mediante la plataforma en línea destinada para estos fines. Adicionalmente, se obtuvo la población atendida de cada centro de APS perteneciente al SSMSO de la unidad de estadística del SSMSO<sup>8</sup>.

Se efectuó una revisión, codificación y nueva priorización de las IC por 4 otorrinolaringólogos del servicio de ORL de HSR en Google Drive®. Además, se obtuvieron los datos demográficos de los pacientes.

Cada IC fue agrupada según el motivo de consulta en 7 categorías de interés en el área de la ORL (otología, otoneurología, cáncer, laringe, plástica, rinosinusal y misceláneos). Además, la gravedad de cada motivo de consulta de las IC fue catalogado en priorización alta, media y baja. Se definió priorización alta como aquella IC que debe ser evaluada por un otorrinolaringólogo dentro de 10 días, media dentro de 60 días y baja dentro de los 90 días desde que se priorizó dicha IC. Definición utilizada y propuesta se puede observar en la tabla 1.

En relación a la estructura de la IC, esta está compuesta por los siguientes 5 ítem: diagnóstico, antecedentes, anamnesis, examen físico y si requirió/recibió o no intervención previa en APS. Se le asignó a cada ítem un punto si este se encontraba completo, con un máximo de 5 puntos por IC. Se consideró de forma arbitraria un puntaje de 3 o más para catalogar que una IC fue completada adecuadamente.

El análisis de la información fue mediante estadística descriptiva. Además, se utilizó el coeficiente kappa para evaluar concordancia de la priorización.

Este estudio cuenta con aprobación por parte del comité de ética del SSMSO.

## Resultados

Durante el año 2019 el servicio de ORL del HSR recibió un total de 1195 IC desde APS (Figura 1), donde el promedio de IC recibidas mensualmente fue de 100. Además, se evaluó la distribución de las IC solicitadas según cada centro de APS la cual se detalla en la figura 2. Adicionalmente, la distribución de la población atendida y las IC de cada centro la cual se especifica en la figura 3.

En relación los motivos de consulta y el área a la cual pertenecen, se observó que 659 (55,1%) correspondieron al área de otología, 276 (23,1%) misceláneos (término que involucra patologías que no son consideradas de las otras áreas, como lo son sospecha de cuerpo extraño en vía aérea, infección de espacio profundos del cuello, patología adenoamigdalina benigna, entre otras), 113 (9,5%) rinosinusal, 90 (7,5%) otoneurología, 39 (3,3%) laringe, 13 (1,1%) cáncer y 5 (0,4%) plástica. En cuanto al área otológica, se evidenció que el principal diagnóstico fue hipoacusia con 444 (67,4%) IC recibidas, de las cuales 332 (74,8%) de éstas presentaban cobertura GES (Garantías explícitas en salud); 324 en mayores de 65 años y 8 en menores de 4 años.

Referente a la estructura de las IC, se evidenció que 1077 (90,1%) de las IC contenían 3 o más ítems completos. 313 tuvieron 3 ítems, 496 4 ítems y 268 los cinco ítems completos.

**Tabla 1.** Definición y ejemplos de priorización alta, media y baja.

Priorización IC	Definición	Ejemplos
Alta	Patología de riesgo vital, que puede generar morbimortalidad significativa e incluso la muerte, si no es evaluada dentro de los 10 días desde la priorización hasta la evaluación del paciente.	Sospecha de cuerpo extraño vía aéreodigestiva, infecciones profundas de cuello, rinosinusitis aguda complicada, rinosinusitis fúngica invasiva aguda, disfonía crónica con factores de riesgo, epistaxis activa, sospecha de cáncer de cabeza y cuello, fractura nasal reciente, hipoacusia súbita, otohematoma, etc.
Media	Patología que no es de riesgo vital, pero que puede tener una morbimortalidad significativa si no es evaluada por el especialista dentro de los 60 días desde la priorización hasta la evaluación del paciente.	Leucoplaquia de cavidad oral, disfonía crónica sin factores de riesgo, sospecha papilomatosis laríngea, rinosinusitis aguda con o sin pólipos, epistaxis esporádica, sospecha trastorno deglución y lenguaje, tinnitus pulsátil, etc.
Baja	Patología que no es de riesgo vital, y que tampoco va a tener un impacto significativo en la morbimortalidad si no es evaluada dentro de los 60 días desde la priorización hasta la evaluación del paciente. Debe ser evaluada dentro de los 90 días.	Patología adenoamigdalina benigna, sospecha de apnea obstructiva del sueño, rinitis alérgica, septodesviación, fractura nasal antigua, sospecha de disfonía psicógenas, tapón de cerumen, hipoacusia de larga data, etc.

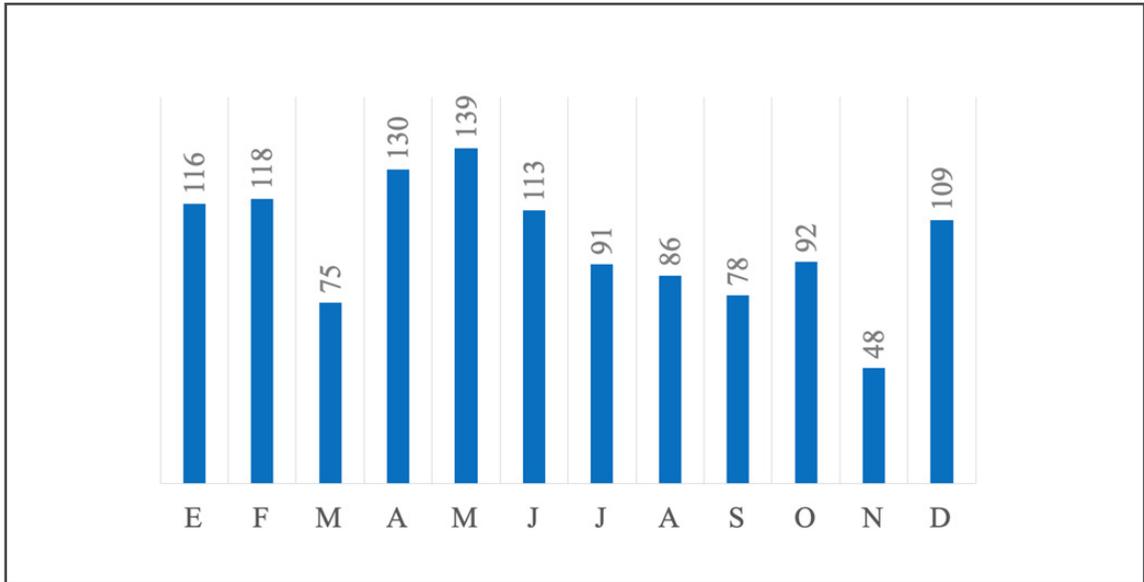


Figura 1: Distribución de las interconsultas a lo largo del año 2019. En el eje X iniciales de cada mes del año.

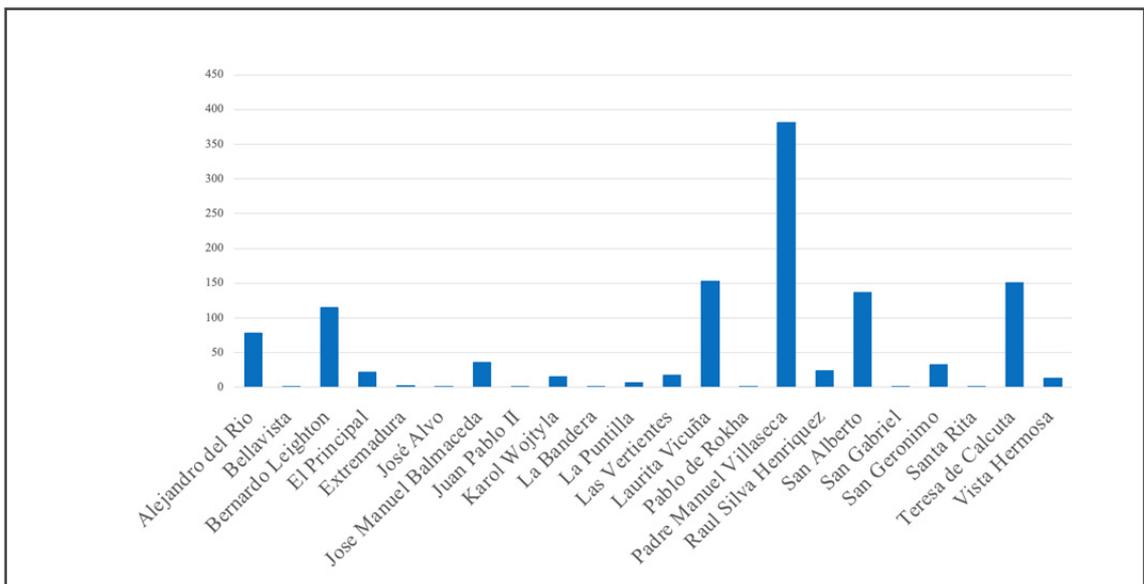
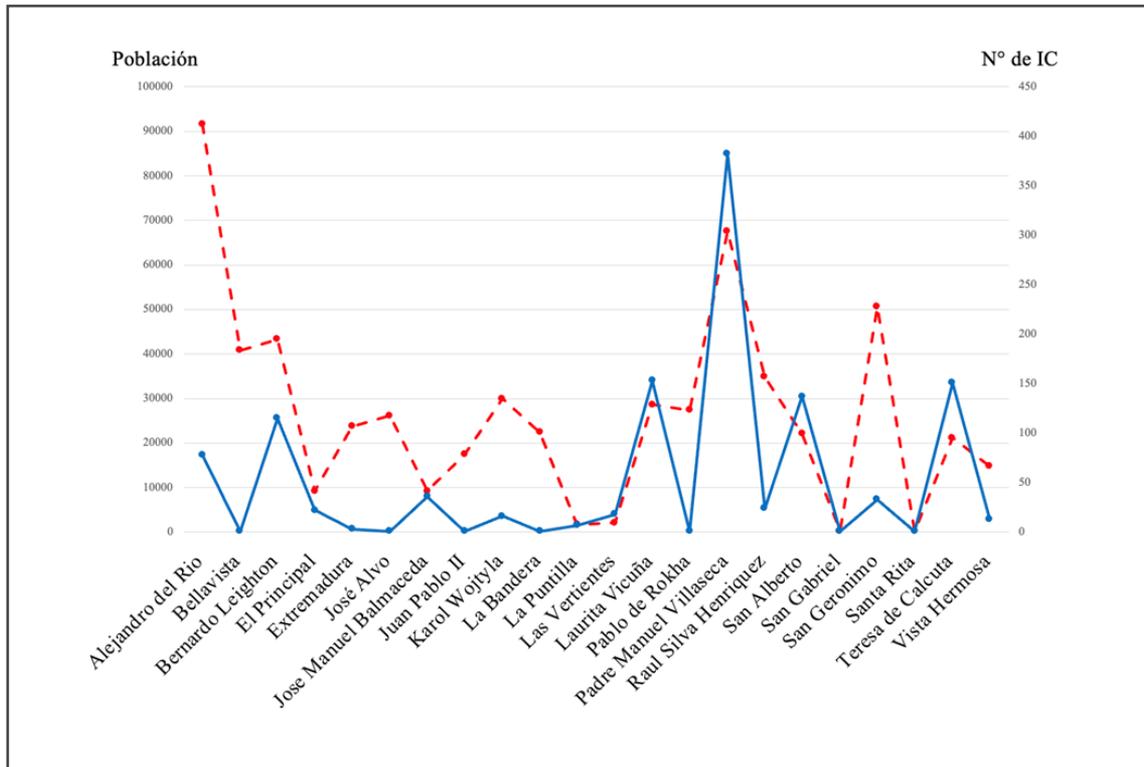


Figura 2: Distribución de las interconsultas según centro.



**Figura 3:** Distribución de la población e interconsultas según centro. Línea continua representa al número de interconsulta. Línea punteada representa la población.

Por otro lado, la sección de antecedentes estuvo ausente en 618 (51,7%) de las IC.

En relación a la cantidad de IC que deberían haber recibido una intervención por parte del médico de APS, se observó que de un total de 468 (39%), solo 157 de estas la recibieron. Además, 240 (20%) IC referían evaluación y/o exámenes en extrasistema-Red Privada de Salud.

En relación a la evaluación de la concordancia entre la priorización de las IC por parte de APS y la realizada por otorrinolaringólogos del HSR, se observó un índice de kappa de 0.086, la cual es considerada como un nivel pobre de concordancia.

## Discusión

A la luz de los resultados anteriormente expuestos, se observa que el servicio de ORL del HSR recibe un amplio volumen de IC anualmente, logrando alcanzar valores de 1.195 IC durante el año 2019. Esto es concordante con otros estudios nacionales como el de Letelier, et al. donde se reportan números de derivaciones a otros servicios de ORL de la región Metropolitana de hasta 1673 IC durante el año 2011<sup>7</sup>. Si bien esta cifra es levemente mayor a la reportada en nuestro estudio, esto podría explicarse por la crisis social del mes de octubre y noviembre del año 2019, donde se observó la menor cantidad de IC enviadas durante el periodo analizado. No

obstante, la cantidad de IC no es despreciable, por lo cual, esta información resulta de utilidad para gestionar la cantidad de horas de especialista necesarias y su distribución para cumplir la demanda asistencial.

Al analizar las poblaciones de los diferentes centros de APS que derivan al HSR, es posible observar que existe una relación directa entre el número de IC solicitadas y la población asignada a dicho centro (Figura 3). Sin embargo, hay que destacar que en algunos centros dicha relación no es observada como en el Consultorio Alejandro del Río, el cual atiende a una población cercana a los 90.000 habitantes y sólo emitió 78 IC durante el periodo estudiado. Esto podría explicarse porque existen otros factores que determinan la cantidad de IC emitidas por cada centro de APS, dentro de los cuales destaca la resolutivez<sup>9</sup>. En este sentido es necesario realizar mayores estudios que determinen y comparen la resolutivez de cada centro perteneciente al SSMSO, y cómo este factor afecta en número de IC emitidas.

Con respecto a los motivos de consulta, el más frecuente fue la hipoacusia representando el 37% de total de las IC. Esto es concordante con la prevalencia nacional de hipoacusia, la cual alcanza hasta un 32.7%, según lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010<sup>10</sup>. Cabe mencionar que este motivo de consulta incluye a las hipoacusias bilaterales en personas mayores de 65 años y las hipoacusias moderadas, severas y profundas en personas menores de 4 años, las cuales corresponden a patologías GES, representando entre ambos grupos un 75% del total de IC cursadas con diagnóstico de hipoacusia.

En relación a la estructura de las IC, se observa que el 90% de ellas fue completada adecuadamente por el médico de APS. Al revisar en la literatura, Moreno-Martínez, et al. El 2008 realizaron un estudio cuyo objetivo fue valorar la calidad de la derivación de IC desde la APS a un centro de mayor complejidad, se observó que un 80% de las IC fueron catalogadas como buena y/o aceptables según los criterios de Rubio, et al. De nivel de calidad del documento de IC<sup>11</sup>, resultado que es levemente menor con la reportada en nuestro estudio, diferencia que está dada por el uso de los

criterios de Rubio, et al. por Moreno-Martínez, et al. en comparación con el corte arbitrario usado en nuestro estudio. Otro punto a destacar es que la sección de antecedentes fue el ítem más frecuentemente omitido por el médico de APS, ausente en el 52% de las IC, cifra similar al 44% reportada en la literatura<sup>11</sup>. En la figura 4 se muestra un ejemplo de cómo llenar adecuadamente una interconsulta.

Un dato a enfatizar en la estructura de las IC, es el hecho de que 1 de cada 5 pacientes llega a la evaluación con exámenes y/o evaluación realizada en el extrasistema. Esto puede deberse a los largos tiempos de espera que existe entre la fecha desde que se envía la IC y la fecha de respuesta, de hecho, Coloma et al. el año 2020 reporta que un 47% de las IC no GES al SSMSO presentaban un tiempo de espera mayor a 1 año<sup>12</sup>. En este sentido, el disminuir los tiempos de esperas de las IC por parte del SSMSO podría tener un impacto directo en reducir el número de pacientes que buscan una evaluación en el extrasistema, con el gasto de bolsillo que esto conlleva.

Al analizar el coeficiente kappa entre la priorización de las IC indicada por médicos de la APS y la otorgada por otorrinolaringólogos, se observa que existe una pobre concordancia entre ambas priorizaciones. Este hecho puede estar explicado por la limitada formación de los médicos de APS en el área de ORL, lo que ha sido reportado por otros autores como Sauvalle, et al. quienes publicaron que menos del 30% de los médicos de APS llegó a un diagnóstico correcto mediante otoscopia, y que sólo un 20% pudo reconocer un tímpano normal<sup>13,14</sup>. Sobre la base de lo anterior, la necesidad de fortalecer y ampliar el conocimiento de los médicos de APS en el área de ORL cobra gran importancia para la confección de estrategias que permitan mejorar la derivación al nivel secundario. Esta problemática ha sido abordada en otras publicaciones como la de Akbari, et al. quienes reportan que, el uso de pautas de derivación estructurada y la participación de especialistas en la difusión de estas, fueron estrategias que mejoraban la derivación<sup>15</sup>. En este sentido, crear pautas estructuradas de derivación en ORL de las patologías más frecuentes,



## SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Folio SIGGES N°: \_\_\_\_\_ Folio RED N°: \_\_\_\_\_ Fecha Solicitud: \_\_\_\_\_

REFERENCIA	ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN:	PRIORIDAD ORIGEN: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja	
	1. Servicio de Salud:	2. Establecimiento:	
	3. Unidad:	4. Especialidad de Origen:	
	5. Nombre:	6. Historia Clínica:	
	7. R.U.N.:	8. (RN) RUN Madre:	
	9. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	10. Fecha de Nacimiento: Hora de Nacimiento:	11. Edad: Años Meses Días Horas
	12. Domicilio:	13. Comuna:	
	14. Fono:	15. Celular:	
	16. E-Mail:	17. Funcionario: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	18. PRAIS: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	19. Clasificación Previsional: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro	
CONTRAREFERENCIA	20. SE DERIVA PARA SER ATENDIDO EN:	Establecimiento:	
	Servicio de Salud:	21. Especialidad de Destino:	
	Unidad:	Agenda:	
	22. SE DERIVA PARA: <input type="checkbox"/> Confirmación Diagnóstica <input type="checkbox"/> Control con Especialista <input type="checkbox"/> Realizar Tratamiento <input type="checkbox"/> A Seguimiento <input type="checkbox"/> Otro		
	23. Hipótesis Diagnóstica:		
	24. Sospecha Problema AUGÉ: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
	25. Fundamento del Diagnóstico y Exámenes Realizados:		
	26. Datos del Profesional que Deriva:		
	Nombre:	_____ FIRMA Y TIMBRE	
	R.U.N.:		
27. Fecha Recepción de Interconsulta:	Fecha de Atención:		
28. Diagnóstica o Sospecha Diagnóstica:	30. Alta Médica <input type="checkbox"/>		
29. Indicaciones:	31. Continúa en Control: <input type="checkbox"/>		
32. Datos del Profesional R.U.N.:	Atención Primaria Salud <input type="checkbox"/>		
Especialidad:	Nivel Secundario <input type="checkbox"/>		
Nombres:	_____ FIRMA Y TIMBRE		

**Figura 4:** Se muestra una solicitud de interconsulta tipo del SSMSO. Se encierra en un rectángulo rojo los puntos 23 y 25, ya que estos son los puntos que se deben llenar adecuadamente para considerar una interconsulta completa, ingresando el diagnóstico en el punto 23, y en el punto 25 los antecedentes, anamnesis, examen físico e intervención recibida.

y la participación de otorrinolaringólogos en la difusión de dichas pautas, pueden ser herramientas potenciales para mejorar la concordancia en la derivación.

En conclusión, la valoración de la concordancia en la priorización de las IC es una herramienta útil para entender la realidad de dicho centro en la derivación a los niveles de mayor complejidad. Asimismo, el conocer la calidad de dicha referencia permite aplicar estrategias que puedan mejorar el flujo de pacientes desde APS hacia la atención secundaria/terciaria de salud. Además, a partir de nuestro estudio sugerimos que existe una necesidad de mejorar la educación y la comunicación desde los centros secundarios/terciarios a los centros de APS. Esta mejora puede ser a través de pautas estructuradas y de la difusión de dichas pautas por otorrinolaringólogos. Sin embargo, se requieren nuevos estudios que evalúen la efectividad de esta intervención.

## Referencias

1. Enns SM, Wynn T, Muma RD, Lary MJ. Examining attitudes of specialist physicians regarding physician assistant referrals. *J Allied Health*. 2003; 32: 270-274.
2. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Von Schrader S. Family physicians' referral decisions: Results from the ASPM referral study. *J Family Pract*. 2002; 51: 215-222.
3. Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *J Family Pract*. 2001; 50: 427-432.
4. Montero E, Rebollar Á, García M, Culebras A, Barbero JM, López J. Análisis de las interconsultas hospitalarias al servicio de medicina interna. *Rev. Clin Esp*. 2014; 214(4): 192-197.
5. Buitrago F, Chávez LM. Análisis de las interconsultas y pruebas complementarias solicitadas por un centro de salud en un período de tres años. *Aten Primaria*. 1990; 7(3): 200-204.
6. de Prado L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 35(3): 146-151.
7. Letelier A, Cifuentes Rivas G. Situación y abordaje de lista de espera en un establecimiento de salud público en Santiago de Chile. *Medwave*. 2014; 14(6): e6000.
8. Ministerio de Salud. Población inscrita validada 2020 SSMO. Disponible en: <https://certif.ssmso.cl/download/poblacion-inscrita-validada-2020-sur-orientel>. [Consultado el 10 de agosto de 2021].
9. Bass C. Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary? *Medwave* 2012; 12(11): e557.
10. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>. [Consultado el 10 de agosto de 2021].
11. Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria* 1996; 17: 376-381.
12. Coloma F, Díaz C, Espinoza C, Flores F, Guelfand S, Leyton C, Mérida F, et al. Análisis descriptivo de interconsultas emitidas en un período de 5 meses en dos centros de salud de la comuna de la granja. *Revista Confluencia*. 2020; 2(1): 79-83.
13. Sauvalle M, Retuer D, Farías M, Pizarro J, De La Maza V. Aproximación diagnóstica de patología otológica mediante imágenes, en médicos APS, de la I y II Región de Chile. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello* 2017; 77(4): 395-400.
14. Mace AD, Narula AA. Survey of current undergraduate otolaryngology training in the United Kingdom. *J Laryngol Otol*. 2004 Mar; 118(3): 217-220.
15. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 4. Art. No.: CD005471.