9.2. Consultas de alta resolución

PUNTOS CLAVE

1. La consulta de alta resolución resuelve el diagnóstico y el tratamiento en una sola jornada, con el informe reflejado en la historia clínica.
2. Se organiza en tres fases: una preparatoria sin paciente, una telemática y una presencial única.
3. La clave está en la fase preparatoria: lo que no se anticipa allí obliga a una segunda visita.
4. La telemedicina en la diabetes reduce la HbA1c frente a la atención habitual, y el efecto es mayor en la DM2 que en la DM1 y en los programas de más de seis meses.
5. La hoja de medicación entregada al paciente, con dosis, posología y fecha de vigencia, evita interrupciones del tratamiento.

La consulta de alta resolución es el proceso asistencial en el que el diagnóstico y el tratamiento quedan establecidos, y reflejados en un informe o en la historia clínica, en una sola jornada. Acorta el proceso, reduce las visitas sucesivas y mejora la satisfacción del paciente. La experiencia española más documentada procede de una consulta de alta resolución de patología nodular tiroidea: de 1227 pacientes evaluados por primera vez, el 21,5 % no necesitó una segunda cita de especialista, las peticiones de ecografía tiroidea cayeron alrededor del 60 % respecto al año previo y la satisfacción media fue de 4,0 sobre 5 (intervalo de confianza [IC] del 95 % 3,7-4,3) (Díaz-Soto G, 2016).

El componente telemático de este modelo tiene, además, efecto clínico propio. Un metaanálisis de 42 ensayos aleatorizados y 6170 participantes encontró una reducción significativa de la hemoglobina glicada (HbA1c) con telemedicina frente a la atención habitual (g de Hedges –0,37; $p < 0,001$), mayor en la DM2 que en la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) (–0,48 frente a –0,26) y en los programas de más de seis meses de duración (Tchero H, 2019).

1. Las tres fases

- **Fase preparatoria (sin paciente).** Reunir la información a partir del resumen de la historia clínica: diagnóstico, clasificación, estadiaje y registro; tiempo de evolución, complicaciones y comorbilidades, y grado de control metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular (García Soidán FJ, 2020).
- **Fase telemática.** Situación actual del paciente, anamnesis de procesos intercurrentes y cambios vitales, datos antropométricos y de presión arterial tomados en domicilio, hipoglucemias, estado de vacunación, y tratamiento y adherencia. Se definen las pruebas complementarias que genera el proceso y se programan en coordinación con enfermería y la unidad administrativa (Gorgojo Martínez JJ, 2020).
- **Fase presencial de alta resolución.** Exploración física, valoración de las pruebas complementarias y de las interconsultas, actualización del tratamiento y entrega de la hoja de medicación. Conviene destacar en ella la fecha de vigencia de las prescripciones crónicas, eliminar los fármacos inactivos y armonizar el conjunto prescrito, para evitar interrupciones de tratamiento (Tabla 1; Artola Menéndez S, 2022).

Tabla 1. Contenido de la consulta de alta resolución en la DM2, fase por fase

Eje de la visita	Fase telemática: historia clínica y contacto no presencial	Se programa	Visita presencial única
Diagnóstico y tipo de diabetes	Ante dudas, solicitar glucemia basal, HbA1c, anti-GAD, IA-2 y péptido C.	Analítica	Valoración de los resultados e información al paciente.
Comorbilidades	Presencia y grado de control de obesidad (peso en domicilio), presión arterial (domicilio), enfermedad cardiovascular o insuficiencia cardíaca, dislipemia, enfermedad renal, fragilidad y deterioro cognitivo. Si los datos son antiguos, programar nueva analítica o exploración.	Analítica ECG	Peso o presión arterial, si no ha sido posible en domicilio. Exploración física, valoración de la analítica para dislipemia y enfermedad renal y del ECG. Información al paciente y registro en la historia clínica.
Control metabólico y complicaciones	Valoración de la última analítica (glucemia, HbA1c, perfil lipídico, FGe y CAC), del fondo de ojo y del examen de los pies. Anamnesis de hipoglucemias y de complicaciones micro y macrovasculares. Si los datos son antiguos, programar nueva analítica o exploración.	Analítica Fondo de ojo ECG	Valoración de la analítica, del fondo de ojo y del ECG. Examen de los pies con palpación de pulsos e ITB. Examen dental. Información al paciente y registro en la historia clínica.
Interconsultas	Programar las interconsultas necesarias.	Interconsulta	Valoración del resultado de la interconsulta e información al paciente.
Ajuste del tratamiento	Cumplimiento del estilo de vida y de los fármacos, efectos secundarios, hipoglucemias, necesidad de intensificar, tratamiento de comorbilidades y complicaciones y estado de vacunación. Programar visita presencial solo si es necesario.	—	Intensificar o desintensificar el tratamiento y vacunar si procede. Información al paciente y registro en la historia clínica.
Educación terapéutica	Repasar los conocimientos sobre la diabetes, el cumplimiento del estilo de vida y de los fármacos, el examen de los pies, el reconocimiento de las hipoglucemias, el autocontrol y el uso de tecnologías. Programar visita presencial solo si es necesario.	—	Completar la educación diabetológica.
Cierre	Programar la siguiente visita, telemática o presencial.	—	—

anti-GAD: anticuerpos antiglutamato descarboxilasa; CAC: cociente albúmina/creatinina; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECG: electrocardiograma; FGe: filtrado glomerular estimado; HbA1c: hemoglobina glicada; IA-2: anticuerpos antitirosina fosfatasa 2; ITB: índice tobillo-brazo. Esta tabla recoge también la periodicidad de controles del capítulo de seguimiento (4), al que conviene remitir desde allí.

Fuente: Elaboración propia a partir de Artola Menéndez S, 2022, y García Soidán FJ, 2020.

2. Calidad de la historia clínica

Un conjunto de tareas sostiene la calidad del registro y puede hacerse en la visita presencial o aprovechando la fase preparatoria de la siguiente: el resumen de cada visita y su codificación según lo objetivado, destacando los códigos más relevantes, ocultando los inactivos o agrupando los que aluden al mismo episodio, y actualizando la codificación y el estadiaje. Sin este trabajo la fase preparatoria de la visita siguiente resulta imposible, y con ella todo el modelo (Artola Menéndez S, 2022).

Cuándo no es aplicable. El modelo no sirve para todos los pacientes: conviene descartar la vía telemática cuando el paciente carece de competencia digital o de apoyo para usarla, no dispone de conectividad suficiente, presenta una limitación sensorial relevante o la situación clínica exige valoración presencial (Gorgojo Martínez JJ, 2020).

Aspectos legales. La visita no presencial exige también garantizar la confidencialidad de los datos y el consentimiento del paciente; el suplemento de *Diabetes Práctica* de 2021 sobre la DM2 en tiempos del COVID dedica un apartado a estos aspectos.

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Dedicar tiempo a la fase preparatoria: es la que decide si la visita se resuelve en una jornada o en tres.
2. Pedir al paciente peso y presión arterial tomados en domicilio antes de la visita telemática.
3. Programar la analítica, el fondo de ojo y las interconsultas para el mismo día que la visita presencial.
4. Entregar la hoja de medicación con dosis, posología y fecha de vigencia, y retirar de ella los fármacos inactivos.
5. Codificar y resumir la visita en el momento: lo que no queda registrado hoy no estará disponible en la fase preparatoria de la próxima.

Bibliografía

1. Artola Menéndez S. La consulta de alta resolución. Diabetes Práctica. 2022;13(Supl Extr 1). doi:10.52102/diabetpract/gestiondiabetes/art4
2. Díaz-Soto G, Torres B, López Gómez JJ, Gómez Hoyos E, Villar A, Romero E, et al. Impacto económico y satisfacción de la implantación de una consulta de alta resolución de enfermedad nodular tiroidea en Endocrinología. Endocrinol Nutr. 2016;63(8):414-20. doi:10.1016/j.endonu.2016.04.005
3. García Soidán FJ, Hormigo Pozo A, Sanz Vela N. Protocolo de teleconsulta en el paciente con diabetes tipo 2 [Internet]. Madrid: Fundación redGDPS; 2020 [citado 8 sep 2026]. doi:10.26322/2013.7923.1505400600.04. Disponible en: https://www.redgdps.org/protocolo-tele-consulta-paciente-con-diabetes-tipo-2
4. Gorgojo Martínez JJ, Zugasti Murillo A, Rubio Herrera MA, Bretón Lesmes I. Teleconsulta en endocrinología y nutrición en tiempos de la pandemia COVID-19 y más allá [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; 2020 [citado 8 sep 2026]. Disponible en: https://www.seen.es
5. Tchero H, Kangambega P, Briatte C, Brunet-Houdard S, Retali GR, Rusch E. Clinical effectiveness of telemedicine in diabetes mellitus: a meta-analysis of 42 randomized controlled trials. Telemed J E Health. 2019;25(7):569-83. doi:10.1089/tmj.2018.0128