Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) __CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER _____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO __X_		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 27 DE OCTUBRE DE 2025	LUGAR: CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	HORA INICIO: N/A
RESPONSABLE: IBET MORA MURCIA		HORA FINAL: N/A

OBJETIVO DE LA REUNION

Socialización auditoria adherencia a la guía de diabetes mellitus iii trimestre 2025 centro de salud villa Javier

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. Socialización auditoria adherencia a la guía de Diabetes Mellitus III trimestre 2025 centro de salud villa Javier
3. Compromiso
4. Cierre

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

1. SALUDO

Se realiza saludo en el centro de salud de villa Javier donde se informa a los profesionales que se estará socializando la auditoria de Diabetes Mellitus.

2. SOCIALIZACIÓN AUDITORIA ADHERENCIA A LA GUÍA DE DIABETES MELLITUS III TRIMESTRE 2025 CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER.

OBJETIVO

Evaluar la adherencia a la guía de Diabetes Mellitus, en profesionales de medicina interna, medicina familiar y medicina general de consulta externa de las Unidades de la Subred Sur Occidente E.S.E., incluyendo los profesionales de gestión del riesgo, durante el tercer trimestre de 2025.

ALCANCE

Se realizó auditoria a historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de consulta externa, de las unidades de la subred, durante el III periodo de 2025, con diagnóstico de Diabetes Mellitus mayores de 18 años en la aplicativa dinámica gerencial.

JUSTIFICACIÓN

En Colombia entre un 7 y un 9 % de la población adulta (20 años o más) tiene diabetes tipo 2 (DM2), esto significa que existen en el país alrededor de dos millones de personas con DM2 de las cuales casi la mitad desconoce su condición. El control de la diabetes debe ser temprano, efectivo y sostenido para prevenir las complicaciones crónicas y hasta la muerte. Nuestra población objeto de atención no es ajena a esta realidad y se constituye en uno de los primeros motivos de consulta de nuestro perfil epidemiológico.
El subproceso de PAMEC del área de calidad de la subred suroccidente de servicios a través de esta auditoría, busca identificar las principales fortalezas y debilidades evidenciadas, a través de la aplicación del instrumento de adherencia utilizado en el registro de atención de pacientes en el servicio de consulta externa, con el diagnóstico de Diabetes Mellitus; para generar oportunidades y un plan de mejora que impacte en la disminución de la mortalidad y de las morbilidades asociadas a dicha patología, mejorando su calidad de vida.

METODOLOGÍA

DESARROLLO

• Revisión soporte normativo y documental: resolución 1995 de 1999, y el instructivo de evaluación de historia clínica(gco-t10a-di-in-082).
• Ajuste al instrumento de evaluación, con su respectiva ponderación y ubicación en el aplicativo Almera.
• Se extrae base de datos del aplicativo dinámica gerencial con historias correspondientes a atenciones realizadas por dicho diagnostico en el III periodo de 2025, cuyo universo es de 3873 registros, se realiza el cálculo de la muestra con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% y heterogeneidad del 93%, arrojando una muestra de 98 registros, sin embargo, con el fin de poder auditar a todos los profesionales que realizaron atenciones durante el período a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, se aumentó la muestra a 127 registros, para auditar una HC por cada profesional.

• Se aplica la lista de chequeo a cada una de las historias seleccionadas. • Los criterios de calificación, según el instructivo de evaluación son los siguientes: - Cumple - No cumple - No aplica
• Semaforización de la evaluación: • Análisis de los resultados y emisión del informe. • Socialización del informe y definición de la mejora
El instrumento cuenta con alternativas de respuesta de acuerdo con: Cumple, No cumple, No Aplica: Permitiendo una evaluación más objetiva y la eliminación de sesgos cuando el ítem no es aplicable a la institución o a la historia clínica.

CRITERIOS DE LA AUDITORIA (LEGALES Y PROCEDIMENTALES)

* Ley 100 de 1993 (diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
*Resolución 5261 de agosto 5 de 1994: Manual de Atenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud.
*Resolución 1995 de 1999 (Julio 8). “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”.
* Resolución 412/2000 Anexo 5 Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres.
* Resolución 001446 de 2006 (mayo 8). “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
* Decreto 1011 de 2006 (abril 3). “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
* Ley 1438 de 2011 (enero 19). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Título VI de la prestación de servicios de salud”.
* Resolución 123 de 2012 (enero 26). “Por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006”.
*Resolución 5521 de 2013 Manual de Atenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud. 2013.
* Resolución 2003 de 2014 (28 de mayo). “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Hospitalización baja complejidad estándar procesos prioritarios”.

DESARROLLO

* Resolución 347 de 2017 (28 de abril), por la cual se adoptan las guías de práctica clínica en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente Empresa Social de Estado.
* Resolución 4003 de 2008 Se adopta el anexo técnico para manejo integral de los pacientes afiliados al régimen subsidiado en el esquema de subsidio pleno de 45 o más años con HTA y/o DM tipo 2
* Resolución 3202 de 2016 RIAS 3280 del 2018 Nuevas RIAS

GPC No. 2015-51 Para el diagnostico, seguimiento y tratamiento de la DM tipo 2 en la población mayor de 18 años.

Criterios procedimentales

- Historia clínica de medicina general consulta externa y crónicos DINAMICA GERENCIAL teniendo en cuenta (lista de chequeo)

ANAMNESIS
Se registra en la anamnesis del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas.
Se registra en la anamnesis la presencia o no de factores de riesgo cardivascular asociados (Sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta con alto consumo de grasas y carbohidratos, no adherencia al tratamiento, etc.) o patologías asociadas que incrementen el riesgo cardiovascular del paciente (Obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, complicaciones inherentes a la patología, etc.).
EXAMEN FÍSICO
Se registran signos vitales (TA/FR/FC) y variables antropométricas relevantes como IMC y perímetro abdominal / TELECONSULTA
Se hace examen físico descriptivo con énfasis en examen cardiovascular, examen de la piel en búsqueda de lesiones o infecciones, examen de los pies en búsqueda de lesiones y examen neurológico.
PARACLÍNICOS
Se registran e interpretan los exámenes solicitados para determinar el grado de control metabólico, la clasificación del riesgo cardiovascular del paciente o detección de complicaciones de la enfermedad.
DIAGNÓSTICO
El diagnóstico para diabetes mellitus, se realiza según los criterios de la guía
PLAN DE TRATAMIENTO
En pacientes con glucemia plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dL. Se utiliza la HbA1c o PTOG con carga de 75 g de glucosa como estrategia para realizar el diagnostico
En los pacientes con Diabetes mellitus II recién diagnosticada, NO se realiza tratamiento exclusivo con cambios en el estilo de vida
En los pacientes con DMT2 recién diagnosticada, se inicia el tratamiento farmacológico con metformina de forma simultánea con los cambios en el estilo de vida. Si el paciente tiene contraindicado el uso de metformina o es intolerante a la misma, se puede reemplazar como tratamiento inicial por cualquiera de los otros antidiabéticos orales que esté aprobado para monoterapia.

DESARROLLO

En los pacientes con Diabetes mellitus II, se dan recomendaciones en cambios en el estilo de vida: Dieta, actividad física, modificación de factores de RCV tales como cese de tabaquismo, cese del consumo de alcohol, control de peso, control de dislipidemia, control de tensión arterial, etc.

En los pacientes con Diabetes mellitus II recién diagnosticada y niveles de HbA1C > 8 %, se utiliza terapia combinada desde el inicio con metformina y otro antidiabético oral

En los pacientes con Diabetes mellitus II, NO se formula la glibenclamida en asocio con metformina por alto riesgo de hipoglucemia y no uso de tiazolidinediona con metformina por alto riesgo de falla cardiaca o fracturas.

En los pacientes con Diabetes mellitus II que no han alcanzado la meta terapéutica con metformina como monoterapia (HbA1C > 7 %), se adiciona un segundo antidiabético oral: como primera opción un inhibidor DPP-4, como alternativa asociarlo con inhibidor SGLT2. En los pacientes con DMT2 recién diagnosticada y HbA1c > 9 % que no puedan utilizar la combinación de metformina con iDPP4 o iSGLT2.

En pacientes con diabetes mellitus II que no han alcanzado la meta terapéutica con metformina y con obesidad, se adiciona un agonista de GLP-1.

En caso de incumplimiento de metas de HbA1C con dos fármacos y sin obesidad, se agrega como tercer medicamento insulina basal.

Se tiene en cuenta dentro del análisis y plan de manejo del profesional la meta de control glucémico recomendada en la GPC de una hemoglobina glicosilada <= 7% (En casos específicos meta individualizada segun condiciones del paciente) y control glumetrico en los casos que aplique con el fin de reducir la incidencia de complicaciones micro y macrovasculares de la DMT2.

Se diagnostica y/o se hace manejo integral de las complicaciones micro y macrovasculares detectadas durante el seguimiento periódico del paciente

Se registra clasificación del riesgo cardiovascular y demás riesgos clínicos del paciente en la historia clínica para su inclusión dentro del plan de tratamiento

El paciente se envía para el programa de crónicos

Se registran recomendaciones descriptivas y específicas respecto a la educación brindada en signos de alarma

SEGUIMIENTO

Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de la Resolución 4003 / 2008

Se solicita valoración ANUAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus sin complicación

Se solicita valoración TRIMESTRAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus con complicación

Valoración ANUAL por oftalmología

Valoración ANUAL por nutrición

Valoración ANUAL por psicología

¿Se realiza registro de la historia clínica en el formato de atención para el paciente crónico?

DESARROLLO

RESULTADOS DE LA AUDITORIA

Se realizó auditoria a 127 historias clínicas de consulta de diabetes mellitus en mayores de 18 años, sin discriminar entre primera vez y controles, obteniendo los siguientes resultados:

En la Subred, el porcentaje de cumplimiento en la adherencia a la guía de diabetes mellitus en el tercer trimestre de 2025 fue del **76 %** rango aceptable para estándar de la Subred.

RESULTADOS POR LOCALIDADES

LOCALIDAD	# SEDES EVALUADAS	No. HISTORIAS CLINICAS	#PROFESIONALES	% ADHERENCIA SUBRED
BOSA	7	51	37	72%
KENNEDY	10	39	30	79%
FONTIBON	6	24	18	82%
PUENTE ARANDA	3	13	7	68%
TOTAL	26	127	92	76%

La localidad de Bosa, Kennedy y Fontibón obtuvieron una adherencia aceptable con porcentajes de 72%, 79% y 82% respectivamente. Para la localidad de Puente Aranda se obtuvo una adherencia de 68% en rango desfavorable.

RESULTADO POR SEDES EVALUADAS

LOCALIDAD DE BOSA			
	SEDES	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	SUBRED
1	Hospital de Bosa	14	63
2	Centro de Salud Pablo VI Bosa	11	64
3	Centro de Salud Villa Javier	7	83
4	Centro de Salud El Porvenir	8	79
5	Centro de Salud La Estación	6	80
6	Centro de Salud Olarte	3	71
7	Centro de Salud José María Carbonell	2	94

DESARROLLO

De las 26 sedes evaluadas en las cuatro localidades, 8 obtuvieron resultado Óptimo (30%), 11 sedes obtuvieron un resultado aceptable (43%) y 7 (27%) sedes obtuvieron un resultado desfavorable.

RESULTADO POR CRITERIOS EVALUADOS:

CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS POR LOCALIDAD:

En el Servicio de consulta externa se aplicó a 127 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de DM Tipo II, una lista de chequeo con 6 CRITERIOS, cuyo contenido a evaluar es trazador de las recomendaciones referenciadas por la guía de Diabetes Mellitus.

RESULTADOS POR CRITERIOS	KENNEDY	BOSA	FONTIBON	PUENTE ARANDA	SUBRED
	%	%	%	%	%
ANAMNESIS	70	59	79	51	65
Se registra en la anamnesis del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas.	59	71	71	31	63
Se registra en la anamnesis la presencia o no de factores de riesgo cardiovascular asociados (Sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta con alto consumo de grasas y carbohidratos, no adherencia al tratamiento, etc.) o patologías asociadas que incrementen el riesgo cardiovascular del paciente (Obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, complicaciones inherentes a la patología, etc.).	79	47	88	69	70
EXAMEN FÍSICO	84	69	81	81	77
Se registran signos vitales (TA/FR/FC) y variables antropométricas relevantes como IMC y perímetro abdominal	74	55	83	77	69
Se hace examen físico descriptivo con énfasis en examen cardiovascular, examen de la piel en búsqueda de lesiones o infecciones, examen de los pies en búsqueda de lesiones y examen neurológico.	95	82	79	85	86
PARACLÍNICOS	97	94	100	80	95
Se registran e interpretan los exámenes solicitados para determinar el grado de control metabólico, la clasificación del riesgo cardiovascular del paciente o detección de complicaciones de la enfermedad.	97	94	100	80	95
DIAGNÓSTICO	100	100	100	100	100
El diagnóstico para diabetes mellitus, se realiza según los criterios de la guía	100	100	100	100	100
PLAN DE TRATAMIENTO	83	81	87	69	81

DESARROLLO

En pacientes con glucemia plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dl. Se utiliza la HbA1c o PTOG con carga de 75 g de glucosa como estrategia para realizar el diagnostico	NA	100	NA	NA	75
En los pacientes con Diabetes mellitus II recién diagnosticada, NO se realiza tratamiento exclusivo con cambios en el estilo de vida	100	100	100	100	100
En los pacientes con DMT2 recién diagnosticada, se inicia el tratamiento farmacológico con metformina de forma simultánea con los cambios en el estilo de vida. Si el paciente tiene contraindicado el uso de metformina o es intolerante a la misma, se puede reemplazar como tratamiento inicial por cualquiera de los otros antidiabéticos orales que esté aprobado para monoterapia.	100	100	100	100	100
En los pacientes con Diabetes mellitus II, se dan recomendaciones en cambios en el estilo de vida: Dieta, actividad física, modificación de factores de RCV tales como cese de tabaquismo, cese del consumo de alcohol, control de peso, control de dislipidemia, control de tensión arterial, etc.	85	86	92	77	86
En los pacientes con Diabetes mellitus II recién diagnosticada y niveles de HbA1C > 8 %, se utiliza terapia combinada desde el inicio con metformina y otro antidiabético oral.	50	100	100	100	94
En los pacientes con Diabetes mellitus II, NO se formula la glibenclamida en asocio con metformina por alto riesgo de hipoglucemia y no uso de tiazolidinediona con metformina por alto riesgo de falla cardiaca o fracturas.	100	100	100	100	100
En los pacientes con Diabetes mellitus II que no han alcanzado la meta terapéutica con metformina como monoterapia (HbA1C > 7 %), se adiciona un segundo antidiabético oral: como primera opción un inhibidor DPP-4, como alternativa asociarlo con inhibidor SGLT2. En los pacientes con DMT2 recién diagnosticada y HbA1c > 9 % que no puedan utilizar la combinación de metformina con iDPP4 o iSGLT2.	93	100	100	100	98
En pacientes con diabetes mellitus II que no han alcanzado la meta terapéutica con metformina y con obesidad, se adiciona un agonista de GLP-1.	100	NA	100	100	100
En caso de incumplimiento de metas de HbA1C con dos fármacos y sin obesidad, se agrega como tercer medicamento insulina basal.	86	100	100	100	94

DESARROLLO

Se tiene en cuenta dentro del análisis y plan de manejo del profesional la meta de control glucémico recomendada en la GPC de una hemoglobina glicosilada <= 7% (En casos específicos meta individualizada según condiciones del paciente) y control glumetrico en los casos que aplique con el fin de reducir la incidencia de complicaciones micro y macrovasculares de la DMT2.	54	45	46	23	46
Se diagnostica y/o se hace manejo integral de las complicaciones micro y macrovasculares detectadas 78durante el seguimiento periódico del paciente	69	69	75	23	65
Se registra clasificación del riesgo cardiovascular y demás riesgos clínicos del paciente en la historia clínica para su inclusión dentro del plan de tratamiento	89	74	100	69	84
El paciente se envía para el programa de crónicos	84	78	83	62	80
Se registran recomendaciones descriptivas y específicas respecto a la educación brindada en signos de alarma	82	77	88	69	80
SEGUIMIENTO	47	46	44	32	45
Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de la Resolución 4003 / 2008	62	48	63	39	54
Se solicita valoración ANUAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus sin complicación	55	62	52	54	57
Se solicita valoración TRIMESTRAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus con complicación	0	0	100	NA	25
Valoración ANUAL por oftalmología	38	49	29	15	39
Valoración ANUAL por nutrición	28	37	21	8	28
Valoración ANUAL por psicología	18	33	17	0	22
¿Se realiza registro de la historia clínica en el formato de atención para el paciente crónico?	79	51	82	77	69

DESARROLLO

RESULTADOS POR CRITERIOS	SUBRED %
ANAMNESIS	65
Se registra en la anamnesis del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas.	63
Se registran signos vitales (TA/FR/FC) y variables antropométricas relevantes como IMC y perímetro abdominal	69
Se tiene en cuenta dentro del análisis y plan de manejo del profesional la meta de control glucémico recomendada en la GPC de una hemoglobina glicosilada <= 7% (En casos específicos meta individualizada según condiciones del paciente) y control glumetrico en los casos que aplique con el fin de reducir la incidencia de complicaciones micro y macrovasculares de la DMT2.	46
Se diagnostica y/o se hace manejo integral de las complicaciones micro y macrovasculares detectadas 78durante el seguimiento periódico del paciente	65
SEGUIMIENTO	45
Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de la Resolución 4003 / 2008	54
Se solicita valoración ANUAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus sin complicación	57
Se solicita valoración TRIMESTRAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus con complicación	25
Valoración ANUAL por oftalmología	39
Valoración ANUAL por nutrición	28
Valoración ANUAL por psicología	22
¿Se realiza registro de la historia clínica en el formato de atención para el paciente crónico?	69

CUMPLIMIENTO DE SUBCRITERIOS Y POR SEDES

SEDES DE LOCALIDAD DE BOSA:

La localidad de Bosa tuvo una adherencia del 72% con resultado aceptable para el estándar de adherencia de la subred.

DESARROLLO

LOCALIDAD DE BOSA	SEDES							
CRITERIOS	HOSPITAL DE BOSA	C S EL PORVENIR	C S PABLO VI	C S LA ESTACION	C S OLARTE	C S VILLA JAVIER	C S CARBONELL	TOTAL
ANAMNESIS	43	44	54	83	67	78	100	59
Se registra en la anamnesis del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas.	50	38	91	100	67	86	100	71
Se registra en la anamnesis la presencia o no de factores de riesgo cardiovascular asociados (Sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta con alto consumo de grasas y carbohidratos, no adherencia al tratamiento, etc.) o patologías asociadas que incrementen el riesgo cardiovascular del paciente (Obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, complicaciones inherentes a la patología, etc.).	36	50	18	67	67	71	100	47
EXAMEN FÍSICO	57	81	50	75	67	93	100	69
Se registran signos vitales (TA/FR/FC) y variables antropométricas relevantes como IMC y perímetro abdominal	36	75	27	67	33	100	100	55
Se hace examen físico descriptivo con énfasis en examen cardiovascular, examen de la piel en búsqueda de lesiones o infecciones, examen de los pies en búsqueda de lesiones y examen neurológico.	79	88	73	83	100	86	100	82
PARACLÍNICOS	83	100	100	100	100	83	100	94

DESARROLLO								
Se registran e interpretan los exámenes solicitados para determinar el grado de control metabólico, la clasificación del riesgo cardiovascular del paciente o detección de complicaciones de la enfermedad.	83	100	100	100	100	83	100	94
DIAGNÓSTICO	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
El diagnóstico para diabetes mellitus, se realiza según los criterios de la guía	100	100	100	100	100	100	100	100
PLAN DE TRATAMIENTO	**78**	**89**	**71**	**86**	**77**	**83**	**94**	**81**
En pacientes con glucemia plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dl. Se utiliza la HbA1c o PTOG con carga de 75 g de glucosa como estrategia para realizar el diagnostico	NA	NA	100	NA	100	NA	100	100
En los pacientes con Diabetes mellitus II recién diagnosticada, NO se realiza tratamiento exclusivo con cambios en el estilo de vida	100	100	100	100	100	100	100	100
En los pacientes con DMT2 recién diagnosticada, se inicia el tratamiento farmacológico con metformina de forma simultánea con los cambios en el estilo de vida. Si el paciente tiene contraindicado el uso de metformina o es intolerante a la misma, se puede reemplazar como tratamiento inicial por cualquiera de los otros antidiabéticos orales que esté aprobado para monoterapia.	100	100	100	100	100	100	100	100
En los pacientes con Diabetes mellitus II, se dan recomendaciones en cambios en el estilo de vida: Dieta, actividad física, modificación de factores de RCV tales como cese de tabaquismo, cese del consumo de alcohol, control de peso, control de dislipidemia, control de tensión arterial, etc.	93	88	64	100	100	86	100	86
En los pacientes con Diabetes mellitus II recién diagnosticada y niveles de HbA1C > 8 %, se utiliza terapia combinada desde el inicio con metformina y otro antidiabético oral.	100	100	100	100	NA	NA	NA	100
En los pacientes con Diabetes mellitus II, NO se formula la glibenclamida en asocio con metformina por alto riesgo de hipoglucemia y no uso de tiazolidinediona con metformina por alto riesgo de falla cardiaca o fracturas.	100	100	100	100	100	100	100	100

DESARROLLO

En los pacientes con Diabetes mellitus II que no han alcanzado la meta terapéutica con metformina como monoterapia (HbA1C > 7 %), se adiciona un segundo antidiabético oral: como primera opción un inhibidor DPP-4, como alternativa asociarlo con inhibidor SGLT2. En los pacientes con DMT2 recién diagnosticada y HbA1c > 9 % que no puedan utilizar la combinación de metformina con iDPP4 o iSGLT2.	100	100	100	100	100	100	100	100
En pacientes con diabetes mellitus II que no han alcanzado la meta terapéutica con metformina y con obesidad, se adiciona un agonista de GLP-1.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
En caso de incumplimiento de metas de HbA1C con dos fármacos y sin obesidad, se agrega como tercer medicamento insulina basal.	100	100	NA	NA	NA	100	NA	100
Se tiene en cuenta dentro del análisis y plan de manejo del profesional la meta de control glucémico recomendada en la GPC de una hemoglobina glicosilada <= 7% (En casos específicos meta individualizada según condiciones del paciente) y control glumetrico en los casos que aplique con el fin de reducir la incidencia de complicaciones micro y macrovasculares de la DMT2.	36	50	45	50	67	43	50	45
Se diagnostica y/o se hace manejo integral de las complicaciones micro y macrovasculares detectadas 78durante el seguimiento periódico del paciente	43	100	45	100	100	71	100	69
Se registra clasificación del riesgo cardiovascular y demás riesgos clínicos del paciente en la historia clínica para su inclusión dentro del plan de tratamiento	71	88	67	83	0	86	100	74
El paciente se envía para el programa de crónicos	64	100	82	67	67	86	100	78
Se registran recomendaciones descriptivas y específicas respecto a la educación brindada en signos de alarma	93	75	45	83	67	86	100	77
SEGUIMIENTO	39	71	30	47	16	62	75	46
Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de la Resolución 4003 / 2008	39	63	27	67	67	43	100	48
Se solicita valoración ANUAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus sin complicación	71	63	63	40	33	57	100	62
Se solicita valoración TRIMESTRAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus con complicación	NA	NA	0	0	NA	NA	NA	0
Valoración ANUAL por oftalmología	50	75	27	50	0	57	100	49
Valoración ANUAL por nutrición	14	88	27	33	0	57	50	37
Valoración ANUAL por psicología	29	63	18	33	0	57	0	33
¿Se realiza registro de la historia clínica en el formato de atención para el paciente crónico?	36	75	18	67	0	100	100	51
ADHERENCIA	63	79	64	80	71	83	94	72

DESARROLLO

ADHERENCIA DESFAVORABLE BOSA

LOCALIDAD DE BOSA	
CRITERIOS	**TOTAL**
Se registra en la anamnesis la presencia o no de factores de riesgo cardiovascular asociados (Sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta con alto consumo de grasas y carbohidratos, no adherencia al tratamiento, etc.) o patologías asociadas que incrementen el riesgo cardiovascular del paciente (Obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, complicaciones inherentes a la patología, etc.).	47
Se registran signos vitales (TA/FR/FC) y variables antropométricas relevantes como IMC y perímetro abdominal	55
Se tiene en cuenta dentro del análisis y plan de manejo del profesional la meta de control glucémico recomendada en la GPC de una hemoglobina glicosilada <= 7% (En casos específicos meta individualizada según condiciones del paciente) y control glumetrico en los casos que aplique con el fin de reducir la incidencia de complicaciones micro y macrovasculares de la DMT2.	45
Se diagnostica y/o se hace manejo integral de las complicaciones micro y macrovasculares detectadas 78durante el seguimiento periódico del paciente	69
SEGUIMIENTO	46
Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de la Resolución 4003 / 2008	48
Se solicita valoración ANUAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus sin complicación	62
Se solicita valoración TRIMESTRAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus con complicación	0
Valoración ANUAL por oftalmología	49
Valoración ANUAL por nutrición	37
Valoración ANUAL por psicología	33
¿Se realiza registro de la historia clínica en el formato de atención para el paciente crónico?	51

DESARROLLO

PORCENTAJE DE ADHERENCIA POR PERFIL:

PERFIL PROFESIONAL EVALUADO		
PERFIL	# HISTORIAS CLINICAS	SUBRED
MEDICO GENERAL	117	76%
MEDICO FAMILIAR	1	92%
MEDICO INTERNISTA	9	73%
TOTAL	127	76%

La adherencia por perfiles para el III trimestre del año 2025:

Médico General con un porcentaje de **76%**, se encuentra en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred.

Medicina Familiar con un porcentaje de **92%,** se encuentra en rango optimo según el estándar de adherencia de la Subred

Medicina interna con un porcentaje de **73%**, se encuentra en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred.

RESULTADOS POR PROFESIONALES

PROFESIONAL	PERFIL	# HC	SEDE	% ADHERENCIA
QUINTERO PADILLA ORIANA MARIA	Medicina general	2	Centro de Salud Villa Javier	83
MORENO TORRES MOISES ALFONSO	Medicina interna	2	Centro de Salud Villa Javier/Centro de Salud Tintal	48
LOBO GOMEZ JOHANNA PATRICIA	Medicina general	1	Centro de Salud Villa Javier	95
CAÑIZARES GONZALEZ ROBERT STEVE	Medicina general	1	Centro de Salud Villa Javier	85
CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	Medicina general	1	Centro de Salud Villa Javier	97
ARAGON ORTIZ JOHAN CAMILO	Medicina general	1	Centro de Salud Villa Javier	92

DESARROLLO

El resultado por profesionales muestra 55 profesionales con resultado favorable y un promedio de 8%,17 profesionales en rango aceptable con un promedio de 76% y 20 profesionales en rango desfavorable y un promedio de 53%.

USA EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE CRÓNICOS

NUMERO DE HISTORIAS CLINICA CON USO DEL FORMATO DE CRONICOS Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA POR LOCALIDADES

USAN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE CRÓNICOS		
LOCALIDAD	TOTAL, HISTORIAS CLINICAS	% ADHERENCIA SUBRED
BOSA	26	89
KENNEDY	31	85
PUENTE ARANDA	10	79
FONTIBON	20	85
TOTAL	87	85

BOSA: con un total de 26 registros auditados obtuvo una adherencia óptima con 89%, según el estándar de la Subred

KENNEDY: con un total de 31 registros auditados obtuvo una adherencia óptima con 85%, según el estándar de la Subred

PUENTE ARANDA: con un total de 10 registros auditados obtuvo una adherencia aceptable con 79%, según el estándar de la Subred

FONTIBON: con un total de 20 registros auditados obtuvo una adherencia óptima con 85%, según el estándar de la Subred

El resultado global de profesionales que usa el formato de historia clínica de crónicos con una adherencia del 85% óptima para la Subred.

NUMERO DE HISTORIAS CLINICA SIN USO DEL FORMATO DE CRONICOS Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA POR LOCALIDADES

NO USAN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE CRÓNICOS		
LOCALIDAD	TOTAL, HISTORIAS CLINICAS	% ADHERENCIA SUBRED
BOSA	25	56
KENNEDY	8	56
PUENTE ARANDA	3	31
FONTIBON	4	68
TOTAL	40	53

DESARROLLO

BOSA: con un total de 25 registros auditados obtuvo una adherencia desfavorable con 56%, según el estándar de la Subred

KENNEDY: con un total de 8 registros auditados obtuvo una adherencia aceptable con 56%, según el estándar de la Subred

PUENTE ARANDA: con un total de 3 registros auditados obtuvo una desfavorable con 31%, según el estándar de la Subred

FONTIBON: con un total de 4 registros auditados obtuvo una adherencia desfavorable con 68%, según el estándar de la Subred

El resultado global de profesionales que no usa el formato de historia clínica de crónicos con una adherencia del 53% desfavorable para la Subred.

COMPARATIVO ENTRE LOS PROFESIONALES QUE USAN EL FORMATO DE CRONICOS

PROFESIONALES	N° HISTORIAS CLINICAS	% PRORCENTAJE	% ADHERENCIA
PROFESIONALES QUE USAN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE CRÓNICOS	87	69	85
PROFESIONALES QUE NO UTILIZAN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE CRÓNICOS	40	31	53

Se evaluaron 127 historias clínicas:

De los cuales 87 registros clínicos se realizaron en el formato de historias clínicas de crónicos, con un porcentaje de 69% y una adherencia del 85% y en 40 registros clínicos, no se utilizó el formato, con un porcentaje del 31% y con una adherencia de 53%

RESULTADO DE INDICADORES POR HISTORIA CLINICA VS CRITERIOS

ADHERENCIA A LA GUIA DE HTA III TRIMESTRE 2025							
TERCER TRIMESTRE 2025							
LOCALIDAD	SEDE	N° TOTAL DE HC EVALUADAS	N° HC QUE CUMPLEN SOBRE EL 85%	% DE CUMPLIMIENTO POR HC SUBRED	N° TOTAL DE CRITERIOS EVALUADOS	N° TOTAL DE CRITERIOS QUE CUMPLEN	% DE CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS
	Hospital de Bosa	14	5	36%	84	53	63
	Centro de Salud Pablo VI Bosa	11	2	18%	66	42	64

DESARROLLO

BOSA	Centro de Salud Villa Javier	7	5	71%	42	35	83
	Centro de Salud El Porvenir	8	4	50%	48	38	79
	Centro de Salud La Estación	6	4	67%	36	29	80
	Centro de Salud Olarte	3	0	0%	18	13	71
	Centro de Salud José María Carbonell	2	2	100%	12	11	94
TOTALES		**127**	**63**	**50%**	**762**	**579**	76

De las 127 HC evaluadas, el 50% cumplen con el estándar de 85%.

Por criterios, de los 762 criterios evaluados, 579 cumplen con el estándar de adherencia.

HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES

Se evidencia que los subcriterios con rango DESFAVORABLE para la subred y que necesitan acciones de mejora son:
Se registra en la anamnesis del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas.
Se registran signos vitales (TA/FR/FC) y variables antropométricas relevantes como IMC y perímetro abdominal
Se tiene en cuenta dentro del análisis y plan de manejo del profesional la meta de control glucémico recomendada en la GPC de una hemoglobina glicosilada <= 7% (En casos específicos meta individualizada según condiciones del paciente) y control glumetrico en los casos que aplique con el fin de reducir la incidencia de complicaciones micro y macrovasculares de la DMT2.
Se diagnostica y/o se hace manejo integral de las complicaciones micro y macrovasculares detectadas durante el seguimiento periódico del paciente
Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de la Resolución 4003 / 2008
Se solicita valoración ANUAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus sin complicación
Se solicita valoración TRIMESTRAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus con complicación
Valoración ANUAL por oftalmología
Valoración ANUAL por nutrición
Valoración ANUAL por psicología
¿Se realiza registro de la historia clínica en el formato de atención para el paciente crónico?

Criterios con Adherencia Aceptable:
Se registra en la anamnesis la presencia o no de factores de riesgo cardiovascular asociados (Sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta con alto consumo de grasas y carbohidratos, no adherencia al tratamiento, etc.) o patologías asociadas que incrementen el riesgo cardiovascular

DESARROLLO

del paciente (Obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, complicaciones inherentes a la patología, etc.).

Se registra clasificación del riesgo cardiovascular y demás riesgos clínicos del paciente en la historia clínica para su inclusión dentro del plan de tratamiento

El paciente se envía para el programa de crónicos

Se registran recomendaciones descriptivas y específicas respecto a la educación brindada en signos de alarma

FORTALEZAS DEL PROCESO AUDITADO

1. La subred ha implementado en el aplicativo DINAMICA GERENCIAL la HC de consulta externa y la de crónicos donde se incluyen la solicitud de información requerida por la guía de manejo y solicitada por el listado de chequeo aplicada.
2. La subred cuenta con guías adoptadas para manejo de la diabetes mellitus y realiza medición periódica de adherencia a la misma.
3. Cuenta con capacidad instalada y suficiencia de recursos para garantizar el manejo integral de los pacientes atendidos por dicha patología.
4. Existen en la subred procesos, procedimientos y controles internos articulados con la guía de manejo, que garantizan la atención con criterios de calidad. Existe compromiso del talento humano, con el fin de mantener los estándares de acreditación y cultura de la mejora continua. La estabilidad, permanencia y fidelización del personal asistencial garantiza la continuidad en los procesos de atención.

SEGUIMIENTO A AUDITORIA ANTERIOR

ADHERENCIA A LA GUIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2					
2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
87%	**89%**	**91%**	**70%**	**75%**	**76%**

Se evidencia un incremento de un punto porcentual con respecto a la adherencia del año 2024, permaneciendo en un rango ACEPTABLE para el estándar de la subred.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fortalecer la adherencia a la guía de Diabetes Mellitus con énfasis en el registro y cumplimiento de la información solicitada en términos de completitud particularmente en los subcriterios descritos como no conformes tanto con adherencia desfavorable como aceptable.

DESARROLLO

Adicionalmente se describen a continuación los criterios desfavorables y aceptables por localidades:

Localidad de Bosa:

Adherencia Desfavorable:

Se registra en la anamnesis del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas
Se registran signos vitales (TA/FR/FC) y variables antropométricas relevantes como IMC y perímetro abdominal
Se tiene en cuenta dentro del análisis y plan de manejo del profesional la meta de control glucémico recomendada en la GPC de una hemoglobina glicosilada <= 7% (En casos específicos meta individualizada según condiciones del paciente) y control glumetrico en los

casos que aplique con el fin de reducir la incidencia de complicaciones micro y macrovasculares de la DMT2.

➢ Se diagnostica y/o se hace manejo integral de las complicaciones micro y macrovasculares detectadas 78durante el seguimiento periódico del paciente

➢ Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de la Resolución 4003 / 2008

➢ Se solicita valoración ANUAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus sin complicación

➢ Se solicita valoración TRIMESTRAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus con complicación

➢ Valoración ANUAL por oftalmología

➢ Valoración ANUAL por nutrición

➢ Valoración ANUAL por psicología

➢ ¿Se realiza registro de la historia clínica en el formato de atención para el paciente crónico?

Adherencia Aceptable:

Se registra en la anamnesis la presencia o no de factores de riesgo cardiovascular asociados (Sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta con alto consumo de grasas y carbohidratos, no adherencia al tratamiento, etc.) o patologías asociadas que incrementen el riesgo cardiovascular del paciente (Obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, complicaciones inherentes a la patología, etc.).

Se hace examen físico descriptivo con énfasis en examen cardiovascular, examen de la piel en búsqueda de lesiones o infecciones, examen de los pies en búsqueda de lesiones y examen neurológico.

Se registra clasificación del riesgo cardiovascular y demás riesgos clínicos del paciente en la historia clínica para su inclusión dentro del plan de tratamiento

El paciente se envía para el programa de crónicos

Se registran recomendaciones descriptivas y específicas respecto a la educación brindada en signos de alarma.

DESARROLLO

RIESGOS IDENTIFICADOS

Clínicos: Por complicaciones asociadas a la calidad en la atención.

Financieros: por procesos de facturación indebidos que generan glosas y perdida del flujo de caja a institución.

Jurídicos: por demandas a la Institución por la inadecuada atención por la no adherencia a las guías de manejo específica de la patología

Seguridad del paciente: Por la posibilidad de presentar sucesos de seguridad como incidentes o eventos adversos.

CONCLUSIONES

Se realizó auditoria a 127 historias clínicas de consulta de diabetes mellitus en mayores de 18 años, sin discriminar entre primera vez y controles, obteniendo los siguientes resultados:

En la Subred, el porcentaje de cumplimiento en la adherencia a la guía de diabetes mellitus en el tercer trimestre de 2025 fue del **76 %** rango aceptable para estándar de la Subred.

La localidad de Bosa, Kennedy y Fontibón obtuvieron una adherencia aceptable con porcentajes de 72%, 79% y 82% respectivamente. Para la localidad de Puente Aranda se obtuvo una adherencia de 68% en rango desfavorable

La adherencia por perfiles para el III trimestre del año 2025:

Médico General con un porcentaje de **76%**, se encuentra en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred.

Medicina Familiar con un porcentaje de **92%,** se encuentra en rango optimo según el estándar de adherencia de la Subred

Medicina interna con un porcentaje de **73%**, se encuentra en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred.

> El resultado por profesionales muestra 55 profesionales con resultado favorable y un promedio de 8%,17 profesionales en rango aceptable con un promedio de 76% y 20 profesionales en rango desfavorable y un promedio de 53%.

Se evaluaron 127 historias clínicas:

DESARROLLO

De los cuales 87 registros clínicos se realizaron en el formato de historias clínicas de crónicos, con un porcentaje de 69% y una adherencia del 85% y en 40 registros clínicos, no se utilizó el formato, con un porcentaje del 31% y con una adherencia de 53%
De las 127 HC evaluadas, el 50% cumplen con el estándar de 85%.

Por criterios, de los 762 criterios evaluados, 579 cumplen con el estándar de adherencia

RECOMENDACIONES

Retroalimentar el presente informe de Auditoría a los profesionales evaluados, haciendo énfasis en los parámetros que requieran mejora o mantenimiento de la calidad.

Elaborar planes de mejora individuales en los casos particulares donde se obtuvieron niveles inferiores de adherencia.

Unificar los registros clínicos utilizados para realizar los seguimientos a los pacientes pertenecientes a los programas de crónicos.

Realizar revisión al instrumento de adherencia a la guía de forma sistemática y periódica.

1. COMPROMISOS

Se realiza el compromiso en la unidad de villa Javier la importancia de seguir con el correcto diligenciamiento en la HC cuando se realice la consulta que se ha evidenciado que se ha desmejorado la adherencia con un porcentaje a comparación de la auditoria anterior, el propósito es mejorar según los hallazgos encontrados de cada profesional pode mejorar el correcto diligenciamiento yen espera de la próxima auditoria para corroborar porcentaje de adherencia.

4.CIERRE

Se realiza cierre de la socialización de auditoria en la unidad de villa Javier con los compromisos ya mencionados anteriormente.

FECHA: 27 DE OCTUBRE DE 2025	TEMA: Socialización auditoria adherencia a la guía de Diabetes Mellitus III trimestre 2025 centro de salud villa Javier

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Informar al líder si se presenta alguna novedad con la HC	Profesionales	Inmediato
Mejorar la adherencia a los lineamientos para cuidados preconcepcional	Profesionales	Diariamente
Correcto diligenciamiento de la historia clínica en cada ítem que solicita la HC	Profesionales	Diariamente

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1		7593328	V.J			
2		1001870661	Villa Javier			
3		1.098631742	V.J			
4		5143668	V.J			
5		7.2.2	V.J			
6		79628-76	Villa Jav			
7		1127656977	Villa Javier			
8		605626206	villa javier			
9		1073964931	Villa Javier			
10		52973584	villa Javier			
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia a la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025. (48 %)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?	
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria Interna (PAMEC Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? Auditoria a la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025	
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?	

Fecha de inicio del plan	27/10/2025	Fecha de finalizacion del plan	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Moises Moreno	Direccion a la cual pertenece	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia :	Centro de Salud Villa javier	Responsable del seguimiento	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	III trimestre 2025	Accion Preventiva ( )	Accion Correctiva (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA /ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria a la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025 (48 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025	27/10/2025	20/10/2025		
ID 1820995 CC 19175291 No se registra en la anamnesis la presencia o no de factores de riesgo cardiovascular asociados (Sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta con alto consumo de grasas y carbohidratos, no adherencia al tratamiento, etc.) o patologías asociadas que incrementen el riesgo cardiovascular del paciente (Obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, complicaciones inherentes a la patología, etc.).	Registrar en la HC del pacientela presencia o no de factores de riesgo cardiovascular	27/10/2025	proxima auditoria		
No registra en la anamnesis del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas.	Registrar en la HC del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas.	27/10/2025	proxima auditoria		
No registra en los pacientes con Diabetes mellitus II, se dan recomendaciones en cambios en el estilo de vida: Dieta, actividad física, modificación de factores de RCV tales como cese de tabaquismo, cese del consumo de alcohol, control de peso, control de dislpidemia, control de tensión arterial, etc.	Diligenciar en la HC la importancia de realizar actividad fisica	27/10/2025	proxima auditoria		
No se tiene en cuenta dentro del análisis y plan de manejo del profesional la meta de control glucémico recomendada en la GPC de una hemoglobina glicosilada	Registrar en la HC el manejo que se realiza al paciente según elk control glucemico		proxima auditoria		
No se diagnostica y/o se hace manejo integral de las complicaciones micro y macrovasculares,detectadas durante el seguimiento periódico del paciente.	Diligenciar en la HC si se realiza manejo sobre complicaciones micro y macrovasculares	27/10/2025	proxima auditoria		
No se registra clasificación del riesgo cardiovascular y demás riesgos clínicos del paciente en la historia clínica para su inclusión dentro del plan de tratamiento.	Diligenciar en la HC si se realiza clasificaicon de riegsos clinicos y su tratamiento	27/10/2025	proxima auditoria		
no se envia al paciente se envia para el programa de crónicos.	Diligenciar en la HC cuando se hace envio a la ruta cardio cerebro vascular y su importancia	27/10/2025	proxima auditoria		
No se registran recomendaciones descriptivas y específicas respecto a la educación brindada en signos de alarma.	Registrar en la HC los signos de alarma que se le brinda al usuario en la consulta ya que se hace de forma verbal mas no se deja registro	27/10/2025	proxima auditoria		
No se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de la Resolución 4003 / 2008.	Diligenciar en la HC el por que no se solictan los laboratrios según la resolucion o si el paciente cuenta con resultados recientes.	27/10/2025	proxima auditoria		
No se valoración ANUAL por psicología	Realizar la solicitud de valoraicon por psicologia en caso que cuente con la misma dejar la onbservacion en la HC de ultima consulta	27/10/2025	proxima auditoria		
No se valoración ANUAL por Nutricion	Realizar la solicitud de valoraicon por nutricion en caso que cuente con la misma dejar la onbservacion en la HC de ultima consulta	27/10/2025	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :			
Lider :			

Moises A. Moreno
Médico Internista
RM 97806

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión 2 | Fecha de aprobación: 29/01/2024 | Código: 02-03-FO-0024

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia a la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025. (83 %)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria Interna (PAMEC: Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? Auditoriaa la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?

Fecha de inicio del plan :	27/10/2025	Fecha de finalizacion del	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Oriana Quintero	Direccion a la cúal pertenece:	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia :	Centro de Salud Villa javier	Responsable del seguimiento	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	III trimestre 2025	Accion Preventiva: ( )	Accion Correctiva : (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria a la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025 (83 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia de diabetes mellitus en consulta externa III Trimestre 2025	27/10/2025	20/10/2025		
ID 1820784 CC 1135821 No registra en la anamnesis del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas.	Registrar en la HC del paciente la presencia o ausencia de síntomas relacionados con la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, cambios en el peso, etc.) o con la presencia o no de síntomas relacionados con complicaciones crónicas asociadas.	27/10/2025	proxima auditoria		
No registra en la anamnesis la presencia o no de factores de riesgo cardiovascular asociados (Sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta con alto consumo de grasas y carbohidratos, no adherencia al tratamiento, etc.) o patologías asociadas que incrementen el riesgo cardiovascular del paciente (Obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, complicaciones inherentes a la patología, etc.	Registrar en la HC del pacientela presencia o no de factores de riesgo cardiovascular	27/10/2025	proxima auditoria		
No se tiene en cuenta dentro del análisis y plan de manejo del profesional la meta de control glucémico recomendada en la GPC de una hemoglobina glicosilada	Registrar en la HC el manejo que se realiza al paciente según elk control glucemico	27/10/2025	proxima auditoria		
No se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de la Resolución 4003 / 2008.	Diligenciar en la HC el por que no se solictan los laboratrios según la resolucion o si el paciente cuenta con resultados recientes.		proxima auditoria		
No se solicita valoración ANUAL por medicina interna o endocrinología, en diabetes mellitus sin complicación.	Realizar la solicitud de valoraicon por emdiicna interna en caso que cuente con la misma dejar la onbservacion en la HC de ultima consulta	27/10/2025	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :	Oriana Q		Villa Javier
Lider :	Ibet Mora	Ibet Mora	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) __CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)__CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO _X__		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 14 DE OCTUBRE DE 2025	LUGAR: CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	HORA INICIO: N/A
RESPONSABLE: IBET MUORA MURCIA		HORA FINAL: N/A

OBJETIVO DE LA REUNION

Socialización Auditoría de adherencia a la guía de hipertensión arterial II trimestre de 2025, centro de salud villa Javier.

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1.	Saludo
2.	Socialización Auditoría de adherencia a la guía de hipertensión arterial II trimestre de 2025, centro de salud villa Javier.
3.	Compromiso
4.	Cierre

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

1. SALUDO

Se realiza saludo en la unidad de villa Javier donde se informa a los profesionales que se estará socializando la adherencia a los lineamientos para cuidado preconcepcional.

2. SOCIALIZACIÓN AUDITORÍA DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL II TRIMESTRE DE 2025, CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Evaluar la adherencia a la Guía de hipertensión arterial, de los médicos generales y Especialistas en medicina interna, medicina familiar, para el período correspondiente al II trimestre del año 2025, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Objetivos Específicos.

1. Evaluar la elaboración y completitud del diligenciamiento de los registros clínicos y adherencia a los criterios evaluados en el instrumento de medición de esta guía.
2. Identificar los criterios con menor nivel de cumplimiento que permitan generar planes puntuales de mejora incrementando la adherencia a la guía.

ALCANCE

Evaluación retrospectiva de las historias clínicas correspondientes a atenciones por hipertensión arterial elaboradas en el formato correspondiente (crónicos), teniendo en cuenta los criterios parametrizados por el instrumento de medición de la guía generados por atenciones realizadas durante el segundo trimestre del 2025 en las diferentes sedes de la Subred.

JUSTIFICACIÓN

La hipertensión Arterial constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, dadas por los efectos que ocasiona y por constituir el principal factor de riesgo para la aparición de Enfermedades Cardiovasculares, Accidentes Cerebro Vasculares, Insuficiencia Renal Crónica y Diabetes Mellitus.

Según la Guía ESC/ESH 2018 “basados en la toma de la Tensión Arterial en la consulta, la prevalencia mundial de la HTA se ha estimado en 1.130 millones en 2015, con una prevalencia mayor de 150 millones en Europa central y oriental. En términos generales, la Hipertensión Arterial en adultos se sitúa alrededor de un 30-45%, con una prevalencia global estandarizada por edad del 24 y el 20% de los varones y las mujeres en 2015. La alta prevalencia de la Hipertensión Arterial es comparable en todo el mundo, independientemente del nivel de renta del país, es decir, en países con ingresos bajos, medios o altos. La Hipertensión Arterial es más frecuente a edades avanzadas y alcanza una prevalencia que supera el 60% de las personas de más de 60 años. A medida que las

DESARROLLO

poblaciones envejezcan, adopten un estilo de vida más sedentario y aumenten el peso corporal, la prevalencia de la Hipertensión Arterial seguirá aumentando en todo el mundo. Se calcula que el número de personas con Hipertensión Arterial aumentará en un 15-20% en 2025, y llegará a 1.500 millones".

Las Guías de Práctica Clínica tienen como objetivo reunir y evaluar toda la evidencia relevante disponible sobre la Hipertensión Arterial, para ayudar a los Médicos (as) a seleccionar la mejor estrategia posible de tratamiento para los pacientes que acuden por dicha patología.

La Subred Sur occidente busca mediante la adopción de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA) del Sistema General de Seguridad Social en Salud – (Colombia Guía No 18 – Segunda edición) y así mismo, mediante asistencias técnicas desarrolladas desde el programa de corazón a corazón en apoyo con las actividades de riesgo colectivo, retroalimentar sobre los resultados obtenidos de las mediciones realizadas.

METODOLOGÍA

Gestión de la información: Se revisa guía de práctica clínica y el informe anterior, correspondiente a la medición de adherencia del segundo trimestre de 2025. Se recibe la base de datos exportada de dinámica gerencial y aportada por la líder de PAMEC, con un universo de 10651 registros correspondientes a las atenciones prestadas durante el segundo trimestre de 2025 en.

1. Planeación de la auditoria: Se realiza la matrícula de la auditoria en aplicativo Almera se genera plan de trabajo y se envía a la líder del PAMEC para su aprobación.

2. Notificación de la Auditoria: Por correo electrónico se envía acta de apertura de la Auditoria que incluye lista de chequeo, tamaño de la muestra y ponderación a la dirección de gestión Ambulatoria.

3. Ejecución de la auditoria: Se realiza verificación de las historias clínicas, propendiendo por que el formato verificado corresponda al de pacientes crónicos. Si el formato utilizado es de resolutivo, se buscan tres registros más en busca de un registro de crónicos, de no encontrarlo se aplica la encuesta a uno de los registros resolutivos.

4. Tabulación, consolidado y análisis de resultados: de los resultados de los registros auditados teniendo en cuenta la categorización definida y los requerimientos del informe entregando la información por localidades, perfiles y profesionales.

5. Elaboración de informe preliminar: Una vez consolidados los datos se realizará el informe preliminar y se enviará a la líder del PAMEC para su verificación.

6. Revisión y ajustes del informe preliminar: Se modificará y ajustará el informe según recomendación por parte de la líder del PAMEC.

DESARROLLO

7. Aprobación del informe final y envió: Se subirá al Almera el informe final y se gestiona espacio para cierre con el director o líder de proceso.

8. Cierre de la auditoria: Envió de acta de cierre a las direcciones de gestión del proceso evaluado con la socialización de los resultados de la auditoria.

9. Socialización de resultados de auditoria: Se envía acta de cierre a la dirección del proceso auditado con el fin de socializar los resultados de la auditoria.

10. Retroalimentación a profesionales: Solicitar espacios institucionales como UAT o ULC o los espacios concertados con los líderes.

11. Notificación de Oportunidades de Mejora: Diligenciamiento del formato de notificación de oportunidades de mejora en caso de ser requerido acorde al resultado de adherencia.

12. Terminación de la Auditoria: Se dará por terminada la auditoria por parte del líder PAMEC a solicitud del auditor, quedando pendiente el seguimiento al cumplimiento de las OM y el formato de evaluación del auditor.

CRITERIOS DE LA AUDITORIA (LEGALES Y PROCEDIMENTALES)

Criterios Legales:

- Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud por el cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica teniendo en cuenta principalmente: Generalidades, contenido y características.

- Resolución 3100 - 2019 del ministerio de salud y protección social “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"

- Resolución 5095 de 2018 del ministerio de salud y protección social "Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1". Resolución 408 de 2018 del ministerio de salud y protección social "Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones” Resolución 4003 de 2008 del ministerio de la protección social “Por medio del cual se adopta el Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2”.

- Manual de manejo y custodia de Historias clínica institucional. Instructivo Evaluación Historia Clínica institucional.

DESARROLLO

- Guía de hipertensión arterial.

El instrumento de auditoría Institucional, adoptada de la SDS, se halla inscrito en el aplicativo Almera, y su contenido es trazador de la guía específica de hipertensión arterial y consta de 28 ítems de evaluación agrupados en 2 criterios a saber (con instructivo):

CRITERIOS EVALUADOS REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA *			
	Cumple	No cumple	No aplica
Usa el formato de crónicos			
¿Se registra el Motivo de Consulta?			
Registra la plantilla de consentimiento informado en la atención de telemedicina			
¿La enfermedad actual está enfocada de acuerdo al motivo de consulta, es lógica y en orden cronológico y cumple con parámetros semiológicos			
¿Registra signos y síntomas de alarma en Revisión por Sistemas?			
¿Registra los antecedentes del paciente?			
¿Diligencia el estado general del Paciente en el Examen Físico?			
¿Registra signos vitales: ¿Tensión arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria y Temperatura?			
¿El o los Dx son acordes con la anamnesis, antecedentes, examen físico y paraclínicos?			
Si existen otros Diagnósticos, ¿son registrados de acuerdo con los datos de la anamnesis, antecedente, examen físico y/o paraclínicos?			
El registro del plan de manejo es integral y tiene en cuenta los diferentes riesgos clínicos del paciente.			
Realiza la respectiva reconciliación medicamentosa			
Canalización adecuada a las actividades de Promoción y Prevención. Incluyendo el programa de crónicos			
El registro clínico revisado es comprensible			
ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL *			
	Cumple	No cumple	No aplica
¿Se registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, uso de alcohol, factores alimentarios y nutricionales, diabetes, dislipidemia, historia familiar temprana de Enfermedad temprana de Enfermedad Cardiovascular, ¿entre otras?			
Interroga la adherencia al tratamiento farmacológico			
¿Registra valor de Tensión Arterial?			
¿Registra los demás signos y datos vitales para la consulta: peso, talla, ¿¿índice de masa corporal y perímetro abdominal??			
¿Registra examen físico completo con los parámetros a evaluar según la guía? Auscultación de soplos carotideos, palpación de tiroides, auscultación de soplos a nivel abdominal, palpación abdominal en busca de masas, edemas de miembros inferiores, ¿entre otros?			

DESARROLLO			
¿Realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la tensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados?			
¿Se aplica la Escala de Framingham para la Clasificación del riesgo cardiovascular?			
¿Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y/o ayudas diagnósticas) según clasificación de riesgo cardiovascular con la periodicidad adecuada, según Acuerdo 395/2008 y la resolución 4003 de 2008? En la evaluación se incluye también la solicitud del uro análisis y la lectura de la misma, registrando la presencia o ausencia de proteínas.			
¿En el manejo farmacológico se tienen en cuenta las recomendaciones basadas en la evidencia, descritas en la guía?			
¿En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física, reducción en consumo de alcohol, ¿estrategia HEART?			
¿Se realiza remisión o interconsulta para valoración especializada según criterios y periodicidad indicada en el Acuerdo 595 / 2008 y la Resolución 4005 / 2008 o según criterio clínico?			
En los pacientes con H.T.¿A estadio II o mayor, HTA refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor? se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 años			
En pacientes con H.T.A de más de 5 años, H.T.A en estadio II, H.T.A refractaría o con enfermedad renal crónica estadio II o superior, ¿se remite o interconsulta a medicina interna para practicar ecocardiografía con el fin de descartar HVI y valorar la función ventricular			
Si el paciente tiene diagnóstico de HTA ¿Se envía o fortalece el programa de Crónicos?			

RESULTADOS DE LA AUDITORIA

RESULTADO GLOBAL SUBRED:

La adherencia a la guía de Hipertensión arterial en el II trimestre del año 2025 fue del 85 %, ubicada en rango óptimo para la Subred; sin dar cumplimiento a la resolución 408.

Con este resultado se presenta un incremento porcentual de 1 punto con relación a la auditoria del primer trimestre de 2024, que fue de 84% y pasando de rango aceptable a optimo según el estándar de la Subred.

RESULTADO POR LOCALIDADES:

LOCALIDAD	# SEDES EVALUADAS	No. HISTORIAS CLINICAS	% ADHERENCIA SUBRED	% ADHERENCIA RES 408
BOSA	7	86	82%	82%
KENNEDY	11	68	87%	87%
FONTIBON	5	38	89%	89%
PUENTE ARANDA	3	19	80%	80%
TOTAL	26	211	85%	85%

DESARROLLO

BOSA: con un total de 86 registros auditados obtuvo una adherencia aceptable con 82%, según el estándar de la Subred y para la resolución 408 no cumple con el estándar.

KENNEDY: con un total de 68 registros auditados obtuvo una adherencia optima con 87%, según el estándar de la Subred y para la resolución 408 no cumple con el estándar.

PUENTE ARANDA: con un total de 19 registros auditados obtuvo una adherencia aceptable con 80%, según el estándar de la Subred y para la resolución 408 no cumple con el estándar.

FONTIBON: con un total de 38 registros auditados obtuvo una adherencia optima del 89% para el estándar de la Subred y para la resolución 408 no cumple con el estándar.
El resultado global fue de 85 % ÓPTIMO para la Subred y sin cumplir con el estándar de la resolución 408.

RESULTADO POR SEDES EVALUADAS:

La adherencia para las 26 sedes se distribuyó de la siguiente manera:

LOCALIDAD DE BOSA				
	SEDES	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	SUBRED	RES 408
1	Hospital Bosa	26	82	82
2	Centro de Salud Villa Javier	14	80	80
3	Centro de Salud Pablo VI Bosa	14	85	85
4	Centro de Salud El Porvenir	12	85	85
5	Centro de Salud La Estación	10	78	78
6	Centro de Salud Olarte	6	73	73
7	Centro de Salud José María Carbonell	4	94	94

De las 26 sedes evaluadas en las cuatro localidades, 17 obtuvieron resultado Óptimo (65%) y 9 un resultado aceptable (35%) de acuerdo al estándar de adherencia de la Subred.
Para el estándar de cumplimiento de la resolución 408, 12 obtuvieron un resultado Óptimo (46%) y 14 un resultado desfavorable (54%)

DESARROLLO

RESULTADO POR CRITERIOS EVALUADOS

CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS POR LOCALIDAD:

En el Servicio de consulta externa se aplicó a 211 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de HTA, una lista de chequeo con 28 CRITERIOS, cuyo contenido a evaluar es trazador de las recomendaciones referenciadas por la guía de Hipertensión Arterial.

	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	LOCALIDADES				RES 408	SUBRED
	CRITERIOS DE EVAUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA	BOSA	KENNEDY	PUENTE ARANDA	FONTIBON		
1	¿Usa el formato de historia clínica de crónicos?	73	83	74	97	81	81
2	¿Se registra el motivo de consulta?	100	100	100	100	100	100
3	¿Registra la plantilla de consentimiento informado en la atención de telemedicina?	NA	NA	NA	100	100	100
4	La enfermedad actual está enfocada de acuerdo con el motivo de consulta, es lógica y en orden cronológico y cumple con parámetros semiológicos (cuándo, ¿cómo, ¿dónde, qué tratamientos ha recibido, actualmente que presenta)?	92	87	79	84	88	88
5	¿Registra signos y síntomas de alarma en revisión por sistemas?	95	97	100	97	97	97
6	¿Registra los antecedentes del paciente, incluyendo alérgicos?	60	68	52	74	64	64
7	¿Diligencia el estado general del paciente en el examen físico?	73	70	74	74	72	72
8	Registra signos vitales: ¿Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura?	96	100	100	97	98	98
9	El o los diagnósticos son acordes con la anamnesis, antecedentes, examen físico y/o paraclínicos?	95	100	100	97	98	98

DESARROLLO							
10	¿El registro del plan de manejo es integral y tiene en cuenta los diferentes riesgos clínicos del paciente?	78	85	58	89	80	80
11	¿Realiza la respectiva reconciliación medicamentosa?	76	80	79	92	80	80
12	¿Hace canalización adecuada a las actividades de Promoción y Prevención, incluyendo el programa de crónicos?	81	90	63	87	83	83
13	El profesional registra de forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados?	67	63	59	63	64	64
14	¿El registro clínico revisado es comprensible?	98	98	100	100	98	98
	CRITRIOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL						
1	Se registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, uso de alcohol, factores alimentarios y nutricionales, diabetes, dislipidemia, historia familiar temprana de Enfermedad temprana de Enfermedad Cardiovascular, ¿entre otras? (1);	77	78	89	92	81	81
2	¿Interroga la adherencia al tratamiento farmacológico?	84	95	89	95	90	90
3	¿Registra valor de Tensión Arterial?	98	100	100	97	98	98
4	Registra los demás signos y datos vitales para la consulta: peso, talla, ¿índice de masa corporal (IMC) y perímetro Abdominal?	98	100	100	97	98	98

DESARROLLO

5	Registra examen físico descriptivo y completo con los parámetros a evaluar según la guía, con énfasis en órgano blanco: Auscultación de soplos carotideos, palpación de tiroides, auscultación de soplos a nivel abdominal, palpación abdominal en busca de masas, edemas de miembros inferiores, ¿entre otros?	63	84	58	81	72	72
6	¿Realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la estadificación de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados?	59	83	74	74	71	71
7	¿Se aplica la Escala de Framingham para la Clasificación del riesgo cardiovascular?	74	83	100	97	83	83
8	Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de riesgo cardiovascular recomendado en la guía. En la evaluación se incluye también la solicitud del uro análisis y la lectura de la misma, registrando la presencia o ausencia de proteínas.	85	92	84	95	89	89
9	¿En el manejo farmacológico se tienen en cuenta las recomendaciones basadas en la evidencia, descritas en la guía?	96	95	100	100	97	97
10	En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física (30 - 60 minutos 5 a 7 días a la semana), reducción en consumo de alcohol, ¿estrategia HEART?	75	86	89	87	82	82

DESARROLLO

11	¿Se realiza remisión o interconsulta para valoración especializada según criterios y periodicidad indicada en la guía o según criterio clínico?	89	87	67	83	85	85
12	En los pacientes con H.T.A estadio II o mayor, HTA refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor, ¿Se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 años?	78	71	58	76	74	74
13	En pacientes con H.T.A de más de 5 años, H.T.A en estadio II, H.T.A refractaría o con enfermedad renal crónica estadio II o superior, ¿Se remite o interconsulta a medicina interna para practicar ecocardiografía con el fin de descartar HVI y valorar la función ventricular?	72	69	50	73	70	70
14	Si el paciente tiene diagnóstico de HTA, ¿Se envía o fortalece La adherencia al Programa de Crónicos?	84	93	63	87	85	85
TOTAL		**82**	**87**	**80**	**89**	**85**	**85**

Para el criterio de calidad del registro de la historia clínica en forma global 8 subcriterios no cumplen con el estándar de la Resolución 408 y en el de adherencia a la guía de hipertensión arterial 10 no cumplen con el estándar mencionado objeto de la auditoria. En la siguiente tabla se discriminan uno a uno los subcriterios incumplidos

ADHERENCIA DESFAVORABLE POR LOCALIDADES (SUBRED):

	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS	RES 408
	CRITERIOS DE EVAUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA	
1	¿Usa el formato de historia clínica de crónicos?	81

DESARROLLO

4	La enfermedad actual está enfocada de acuerdo con el motivo de consulta, es lógica y en orden cronológico y cumple con parámetros semiológicos (cuándo, ¿cómo, ¿dónde, qué tratamientos ha recibido, actualmente que presenta)?	88
6	¿Registra los antecedentes del paciente, incluyendo alérgicos?	64
7	¿Diligencia el estado general del paciente en el examen físico?	72
10	¿El registro del plan de manejo es integral y tiene en cuenta los diferentes riesgos clínicos del paciente?	80
11	¿Realiza la respectiva reconciliación medicamentosa?	80
12	¿Hace canalización adecuada a las actividades de Promoción y Prevención, incluyendo el programa de crónicos?	83
13	El profesional registra de forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados?	64
	CRITRIOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
1	Se registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, uso de alcohol, factores alimentarios y nutricionales, diabetes, dislipidemia, historia familiar temprana de Enfermedad temprana de Enfermedad Cardiovascular, ¿entre otras? (1);	81
5	Registra examen físico descriptivo y completo con los parámetros a evaluar según la guía, con énfasis en órgano blanco: Auscultación de soplos carotideos, palpación de tiroides, auscultación de soplos a nivel abdominal, palpación abdominal en busca de masas, edemas de miembros inferiores, ¿entre otros?	72
6	¿Realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la estadificación de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados?	71
7	¿Se aplica la Escala de Framingham para la Clasificación del riesgo cardiovascular?	83

DESARROLLO

8	Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de riesgo cardiovascular recomendado en la guía. En la evaluación se incluye también la solicitud del uro análisis y la lectura de la misma, registrando la presencia o ausencia de proteínas.	89
10	En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física (30 - 60 minutos 5 a 7 días a la semana), reducción en consumo de alcohol, ¿estrategia HEART?	82
11	¿Se realiza remisión o interconsulta para valoración especializada según criterios y periodicidad indicada en la guía o según criterio clínico?	85
12	En los pacientes con H.T.A estadio II o mayor, HTA refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor, ¿Se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 años?	74
13	En pacientes con H.T.A de más de 5 años, H.T.A en estadio II, H.T.A refractaría o con enfermedad renal crónica estadio II o superior, ¿Se remite o interconsulta a medicina interna para practicar ecocardiografía con el fin de descartar HVI y valorar la función ventricular?	70
14	Si el paciente tiene diagnóstico de HTA, ¿Se envía o fortalece La adherencia al Programa de Crónicos?	85
TOTAL		**85**

CUMPLIMIENTO DE SUBCRITERIOS Y POR SEDES:

SEDES DE LOCALIDAD DE BOSA:

La localidad de Bosa tuvo una adherencia del 82% con resultado desfavorable según el estándar de la de la resolución 408 y aceptable para la subred.

LOCALIDAD DE BOSA										
		SEDES								
	CRITERIOS	HOSPITAL	CSVI	CSEL	CSLA	CSCA	CSPA	CSOL	TOTAL	

DESARROLLO

	CRITERIOS DE EVAUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA								
1	¿Usa el formato de historia clínica de crónicos?	68	86	100	60	100	67	33	73
2	¿Se registra el motivo de consulta?	100	100	100	100	100	100	100	100
3	¿Registra la plantilla de consentimiento informado en la atención de telemedicina?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
4	La enfermedad actual está enfocada de acuerdo con el motivo de consulta, es lógica y en orden cronológico y cumple con parámetros semiológicos (cuándo, ¿cómo, ¿dónde, qué tratamientos ha recibido, actualmente que presenta)?	92	100	83	80	100	100	83	92
5	¿Registra signos y síntomas de alarma en revisión por sistemas?	96	93	100	90	100	93	100	95
6	¿Registra los antecedentes del paciente, incluyendo alérgicos?	61	28	92	50	75	64	67	60
7	¿Diligencia el estado general del paciente en el examen físico?	77	57	58	90	75	100	33	73
8	Registra signos vitales: ¿Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura?	100	100	83	90	100	100	100	96
9	El o los diagnósticos son acordes con la anamnesis, antecedentes, examen físico y/o paraclínicos?	100	93	100	90	100	86	100	95
10	¿El registro del plan de manejo es integral y tiene en cuenta los diferentes riesgos clínicos del paciente?	73	71	75	70	100	86	100	78
11	¿Realiza la respectiva reconciliación medicamentosa?	65	86	83	80	100	85	50	76

DESARROLLO

12	¿Hace canalización adecuada a las actividades de Promoción y Prevención, incluyendo el programa de crónicos?	85	78	92	70	100	86	50	81
13	El profesional registra e forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados?	72	50	58	80	100	78	33	67
14	¿El registro clínico revisado es comprensible?	100	100	100	80	100	100	100	98
	CRITRIOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL								
1	Se registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, uso de alcohol, factores alimentarios y nutricionales, diabetes, dislipidemia, historia familiar temprana de Enfermedad temprana de Enfermedad Cardiovascular, ¿entre otras? (1);	81	78	67	60	100	71	100	77
2	¿Interroga la adherencia al tratamiento farmacológico?	77	93	92	90	100	100	33	84
3	¿Registra valor de Tensión Arterial?	100	100	83	100	100	100	100	98
4	Registra los demás signos y datos vitales para la consulta: peso, talla, ¿índice de masa corporal (IMC) y perímetro Abdominal?	100	100	92	100	100	93	100	98
5	Registra examen físico descriptivo y completo con los parámetros a evaluar según la guía, con énfasis en órgano blanco: Auscultación de soplos carotideos, palpación de tiroides, auscultación de soplos a nivel abdominal, palpación abdominal en busca de masas, edemas de miembros inferiores, ¿entre otros?	54	64	67	80	100	64	33	63

DESARROLLO

6	¿Realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la estadificación de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados?	54	57	67	60	100	64	33	59
7	¿Se aplica la Escala de Framingham para la Clasificación del riesgo cardiovascular?	60	83	100	57	100	78	50	74
8	Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de riesgo cardiovascular recomendado en la guía. En la evaluación se incluye también la solicitud del uro análisis y la lectura de la misma, registrando la presencia o ausencia de proteínas.	92	77	92	70	100	86	67	85
9	¿En el manejo farmacológico se tienen en cuenta las recomendaciones basadas en la evidencia, descritas en la guía?	96	93	100	100	100	93	100	96
10	En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física (30 – 60 minutos 5 a 7 días a la semana), reducción en consumo de alcohol, ¿estrategia HEART?	77	71	75	70	100	78	67	75
11	¿Se realiza remisión o interconsulta para valoración especializada según criterios y periodicidad indicada en la guía o según criterio clínico?	100	91	83	86	50	91	80	89
12	En los pacientes con H.T.A estadio II o mayor, HTA refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor, ¿Se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 años?	72	67	100	75	75	89	75	78

DESARROLLO

13	En pacientes con H.T.A de más de 5 años, H.T.A en estadio II, H.T.A refractaría o con enfermedad renal crónica estadio II o superior, ¿Se remite o interconsulta a medicina interna para practicar ecocardiografía con el fin de descartar HVI y valorar la función ventricular?	65	73	75	62	75	100	75	72
14	Si el paciente tiene diagnóstico de HTA, ¿Se envía o fortalece La adherencia al Programa de Crónicos?	88	57	100	80	100	78	100	84
TOTAL		**82**	**80**	**85**	**78**	**94**	**85**	**73**	**82**

Para el criterio de calidad del registro de la historia clínica en la localidad de Bosa 7 subcriterios no cumplen con el estándar de la Resolución 408 y en el de adherencia a la guía de hipertensión arterial 11 no cumplen con el estándar mencionado objeto de la auditoria. En la siguiente tabla se discriminan uno a uno los subcriterios incumplidos.

ADHERENCIA DESFAVORABLE BOSA

	CRITERIOS	TOTAL
	CRITERIOS DE EVAUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA	
1	¿Usa el formato de historia clínica de crónicos?	73
6	¿Registra los antecedentes del paciente, incluyendo alérgicos?	60
7	¿Diligencia el estado general del paciente en el examen físico?	73
10	¿El registro del plan de manejo es integral y tiene en cuenta los diferentes riesgos clínicos del paciente?	78
11	¿Realiza la respectiva reconciliación medicamentosa?	76
12	¿Hace canalización adecuada a las actividades de Promoción y Prevención, incluyendo el programa de crónicos?	81
13	El profesional registra de forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados?	67
	CRITRIOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	

DESARROLLO

1	Se registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, uso de alcohol, factores alimentarios y nutricionales, diabetes, dislipidemia, historia familiar temprana de Enfermedad temprana de Enfermedad Cardiovascular, ¿entre otras? (1);	77
2	¿Interroga la adherencia al tratamiento farmacológico?	84
5	Registra examen físico descriptivo y completo con los parámetros a evaluar según la guía, con énfasis en órgano blanco: Auscultación de soplos carotideos, palpación de tiroides, auscultación de soplos a nivel abdominal, palpación abdominal en busca de masas, edemas de miembros inferiores, ¿entre otros?	63
6	¿Realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la estadificación de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados?	59
7	¿Se aplica la Escala de Framingham para la Clasificación del riesgo cardiovascular?	74
8	Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de riesgo cardiovascular recomendado en la guía. En la evaluación se incluye también la solicitud del uro análisis y la lectura de la misma, registrando la presencia o ausencia de proteínas.	85
10	En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física (30 - 60 minutos 5 a 7 días a la semana), reducción en consumo de alcohol, ¿estrategia HEART?	75
11	¿Se realiza remisión o interconsulta para valoración especializada según criterios y periodicidad indicada en la guía o según criterio clínico?	89
12	En los pacientes con H.T.A estadio II o mayor, HTA refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor, ¿Se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 años?	78
13	En pacientes con H.T.A de más de 5 años, H.T.A en estadio II, H.T.A refractaría o con enfermedad renal crónica estadio II o superior, ¿Se remite o interconsulta a medicina interna para practicar ecocardiografía con el fin de descartar HVI y valorar la función ventricular?	72
14	Si el paciente tiene diagnóstico de HTA, ¿Se envía o fortalece La adherencia al Programa de Crónicos?	84

PORCENTAJE DE ADHERENCIA POR PERFIL:

La adherencia por perfil se distribuyó de la siguiente manera:

DESARROLLO

PERFIL PROFESIONAL EVALUADO			
PERFIL	# HISTORIAS CLINICAS	SUBRED	RES 408
MEDICO GENERAL	199	85%	85%
MEDICO INTERNISTA	10	79%	79%
MEDICO DOMICILIARIO	2	78%	78%
TOTAL	211	85%	85%

La adherencia por perfiles para el II trimestre del año 2025:

Médico General con un porcentaje de **85%**, se encuentra en rango óptimo según el estándar de adherencia de la Subred y sin cumplimiento para la Resolución 408.

Medicina interna con un porcentaje de **79%**, se encuentra en rango aceptable según el estándar de la subred y desfavorable para la resolución 408.

Medico Domiciliario con un porcentaje de **78%**, se encuentra en rango aceptable según el estándar de adherencia de la Subred y desfavorable para la resolución 408

USA EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE CRÓNICOS

- **NUMERO DE HISTORIAS CLINICA CON USO DEL FORMATO DE CRONICOS Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA POR LOCALIDADES**

USAN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE CRÓNICOS		
LOCALIDAD	TOTAL, HISTORIAS CLINICAS	% ADHERENCIA SUBRED
BOSA	59	73
KENNEDY	55	83
PUENTE ARANDA	14	74
FONTIBON	35	97
TOTAL	163	81

BOSA: con un total de 59 registros auditados obtuvo una adherencia aceptable con 73%, según el estándar de la Subred

KENNEDY: con un total de 55 registros auditados obtuvo una adherencia aceptable con 83%, según el estándar de la Subred

PUENTE ARANDA: con un total de 16 registros auditados obtuvo una aceptable con 74%, según el estándar de la Subred

DESARROLLO

FONTIBON: con un total de 35 registros auditados obtuvo una adherencia óptima con 97%, según el estándar de la Subred

El resultado global de profesionales que usa el formato de historia clínica de crónicos con una adherencia del 81% aceptable para la Subred.

- **NUMERO DE HISTORIAS CLINICA SIN USO DEL FORMATO DE CRONICOS Y PORCENTAJE DE ADHERENCIA POR LOCALIDADES**

NO USAN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA DE CRÓNICOS		
LOCALIDAD	TOTAL, HISTORIAS CLINICAS	% SUBRED
BOSA	22	27
KENNEDY	11	17
PUENTE ARANDA	5	26
FONTIBON	1	3
TOTAL	39	19

BOSA: con un total de 22 registros auditados el 27%, no utilizó el formato de crónicos.

KENNEDY: con un total de 11 registros auditados el 17%, no utilizó el formato de crónicos

PUENTE ARANDA: con un total de 5 registros auditados el 26%, no utilizó el formato de crónicos

FONTIBON: con un total de 1 registro auditado equivalente al 3% que no utilizó el formato de crónicos.

El resultado global de profesionales que no usa el formato de historia clínica de crónicos fue del 19%.

PORCENTAJE DE ADHERENCIA POR PROFESIONALES:

A continuación, se describe nombre de profesional, perfil, número de historias clínicas auditadas y porcentaje de adherencia según la Subred; es de aclarar, que los profesionales a los cuales se evaluó solo una historia clínica fueron aquellos en los cuales en la base solo se encontraba un registro clínico. Igualmente en la base de datos entregada, había profesionales relacionados que no eran del servicio de ambulatorios sino historias clínicas con diagnóstico de HTA, correspondientes a urgencias y hospitalario.

MEDICINA GENERAL:

DESARROLLO

PROFESIONAL	# HCs	SEDE	% ADHERENCIA
CAÑIZARES GONZALEZ ROBERT STEVE	2	Centro de Salud Villa Javier	**65%**
ARAGON ORTIZ JOHAN CAMILO	2	Centro de Salud Villa Javier	**94%**
LOBO GOMEZ JOHANNA PATRICIA	2	Centro de Salud Villa Javier	**90%**
CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	2	Centro de Salud Villa Javier	**87%**
ROBAYO DIAZ IVAN CAMILO	2	Centro de Salud Villa Javier	**96%**
SILVA GALVIS NICOLAS	2	Centro de Salud Villa Javier	**67%**

Médicos Generales: 103; en rango óptimo 65, en rango aceptable 24 y adherencia desfavorable 14

MEDICINA INTERNA:

MORENO TORRES MOISES ALFONSO	2	Centro de Salud Villa Javier	**59%**

Por perfil:

Se evaluaron 108 médicos, médicos generales 103, médicos de gestión del riesgo 1 y médicos internistas 5.

A continuación, se describe la adherencia de acuerdo al estándar de la Subred:

Médicos Generales: 103; en rango óptimo 65, en rango aceptable 24 y adherencia desfavorable 14

Médicos de Gestión del Riesgo: 1; en rango aceptable.

Médicos Internistas: 5; en rango óptimo 3, en rango aceptable 1, y adherencia desfavorable1.

PROFESIONALES QUE NO USAN EL FORMATO DE CRONICO

NOMBRE DEL PROFESIONAL	PERFIL	LOCALIDAD	SEDE	CALIFICACION
SILVA GALVIS NICOLAS	General	Bosa	Villa Javier	66%

24 profesionales evaluados que no cumplieron con el estándar de la Subred, no diligenciaron la historia clínica en el formato de crónicos lo que conlleva a una disminución en la calificación final

DESARROLLO

RESULTADO DE INDICADORES POR HISTORIA CLINICA Y CRITERIOS

ADHERENCIA A LA GUIA DE HTA II TRIMESTRE 2025										
SEGUNDO TRIMESTRE 2025										
LOCALIDAD	SEDE	N° TOTAL DE HC EVALUADAS	N° HC QUE CUMPLEN SOBRE EL 90 %	% ADHERENCIA PARA LA RES 408	N° HC QUE CUMPLEN SOBRE EL 85%	% DE CUMPLIMIENTO POR HC SUBRED	N° TOTAL DE CRITERIOS EVALUADOS	N° TOTAL DE CRITERIOS QUE CUMPLEN	% DE CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS 408	% DE CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS SUBRED
BOSA	Hospital Bosa	26	11	42%	17	65%	668	550	82%	82%
	Villa Javier	14	6	43%	7	50%	367	292	79%	79%
	Pablo VI Bosa	14	6	43%	7	50%	352	303	86%	86%
	El Porvenir	12	3	25%	7	58%	310	265	85%	85%
	La Estación	10	5	50%	5	50%	260	205	79%	79%
	Olarte	6	0	0%	0	0%	155	113	73%	73%
	José María Carbonell	4	3	75%	4	100%	108	102	94%	94%
TOTALES		211	95	45%	135	64%	5433	4613	85%	85%

Se evidencia que el indicador del número historias clínicas que cumple con:

El indicador de la Resolución 408 mayor o igual al 90%, se encuentra en el 45% de cumplimiento según el estándar de adherencia, de los registros clínicos auditados

El indicador mayor o igual al 85% del estándar de la Subred, se encuentran el 64% de cumplimiento según el estándar de adherencia.

De los 5433 criterios evaluados, 4613 criterios cumplieron con el estándar que equivalente al 85% de cumplimiento

FORTALEZAS DEL PROCESO AUDITADO

- La Subred cuenta con guía clínica de manejo en Hipertensión arterial, lo que permite estandarizar el manejo dando cumplimiento a las recomendaciones establecidas sobre medicina basada en la evidencia.
- Realización sistemática de la evaluación de la adherencia a las guías de hipertensión arterial con el instrumento de medición con el fin de identificar oportunidades de mejora que garanticen la atención con criterios de calidad.
- Los registros clínicos sistematizados en la totalidad de las sedes de atención permiten registrar los datos requeridos en términos de completitud y contenido garantizando la

DESARROLLO

información pertinente y la adherencia al cumplimiento de las recomendaciones emanadas de la guía de manejo.

- Evaluación y seguimiento a los profesionales médicos de los diferentes perfiles (medicina general, medicina interna, y medico domiciliario) que realizan atención a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

- La Subred cuenta con suficiencia de recurso humano y técnico que garantiza la integralidad en la atención de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES

La adherencia a la guía de Hipertensión arterial en el II trimestre del año 2025 fue del 85 %, ubicada en rango optimo según el estándar de adherencia de la Subred; sin dar cumplimiento a la resolución 408.

Con este resultado se presenta un incremento porcentual de 1 punto con relación a la auditoria del primer trimestre de 2024, que fue de 84%.

El indicador de la Resolución 408 mayor o igual al 90%, se encuentra en el 45% de cumplimiento según el estándar de adherencia, de los registros clínicos auditados

El indicador mayor o igual al 85% del estándar de la Subred, se encuentran el 64% de cumplimiento según el estándar de adherencia.

De los 5433 criterios evaluados, 4613 criterios cumplieron con el estándar que equivalente al 85% de cumplimiento.

La sedes con mejor adherencia fue el Centro de Salud San Pablo y Patio Bonito con una adherencia del 100% cada uno, las de menor adherencia fueron el Centro de Salud Olarte y Abastos con una adherencia del 73% cada uno.

ADHERENCIA DESFAVORABLE GLOBAL

	CRITERIOS Y SUBCRITERIOS CRITERIOS DE EVAUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA	RES 408
1	¿Usa el formato de historia clínica de crónicos?	81
4	La enfermedad actual está enfocada de acuerdo con el motivo de consulta, es lógica y en orden cronológico y cumple con parámetros semiológicos (cuándo, ¿cómo, ¿dónde, qué tratamientos ha recibido, actualmente que presenta)?	88

DESARROLLO

6	¿Registra los antecedentes del paciente, incluyendo alérgicos?	64
7	¿Diligencia el estado general del paciente en el examen físico?	72
10	¿El registro del plan de manejo es integral y tiene en cuenta los diferentes riesgos clínicos del paciente?	80
11	¿Realiza la respectiva reconciliación medicamentosa?	80
12	¿Hace canalización adecuada a las actividades de Promoción y Prevención, incluyendo el programa de crónicos?	83
13	El profesional registra de forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados?	64
	CRITRIOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
1	Se registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, uso de alcohol, factores alimentarios y nutricionales, diabetes, dislipidemia, historia familiar temprana de Enfermedad temprana de Enfermedad Cardiovascular, ¿entre otras? (1);	81
5	Registra examen físico descriptivo y completo con los parámetros a evaluar según la guía, con énfasis en órgano blanco: Auscultación de soplos carotideos, palpación de tiroides, auscultación de soplos a nivel abdominal, palpación abdominal en busca de masas, edemas de miembros inferiores, ¿entre otros?	72
6	¿Realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la estadificación de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados?	71
7	¿Se aplica la Escala de Framingham para la Clasificación del riesgo cardiovascular?	83
8	Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de riesgo cardiovascular recomendado en la guía. En la evaluación se incluye también la solicitud del uro análisis y la lectura de la misma, registrando la presencia o ausencia de proteínas.	89

DESARROLLO

10	En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física (30 - 60 minutos 5 a 7 días a la semana), reducción en consumo de alcohol, ¿estrategia HEART?	82
11	¿Se realiza remisión o interconsulta para valoración especializada según criterios y periodicidad indicada en la guía o según criterio clínico?	85
12	En los pacientes con H.T.A estadio II o mayor, HTA refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor, ¿Se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 años?	74
13	En pacientes con H.T.A de más de 5 años, H.T.A en estadio II, H.T.A refractaría o con enfermedad renal crónica estadio II o superior, ¿Se remite o interconsulta a medicina interna para practicar ecocardiografía con el fin de descartar HVI y valorar la función ventricular?	70
14	Si el paciente tiene diagnóstico de HTA, ¿Se envía o fortalece La adherencia al Programa de Crónicos?	85
TOTAL		**85**

SEGUIMIENTO A AUDITORIA ANTERIOR

La adherencia global de la guía de Hipertensión Arterial del II trimestre del año 2025 fue del 85% en rango OPTIMO según el estándar de adherencia de la Subred, y para la resolución 408 sin cumplimiento, con un incremento de 1 punto porcentual con respecto a la auditoría anterior.

PERÍODO	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024	I TRIMESTRE 2025	II TRIMESTRE 2025
SUBRED	83%	84%	78%	75%	84%	85%
RES 408	83%	84%	78%	75%	84%	85%

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fortalecer la adherencia a la guía de Hipertensión arterial haciendo énfasis en los criterios que mostraron incumplimiento.

DESARROLLO

CRITERIOS DE EVAUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA

- ¿Usa el formato de historia clínica de crónicos?
- La enfermedad actual está enfocada de acuerdo con el motivo de consulta, es lógica y en orden cronológico y cumple con parámetros semiológicos (cuándo, ¿cómo, ¿dónde, qué tratamientos ha recibido, actualmente que presenta)?
- ¿Registra los antecedentes del paciente, incluyendo alérgicos?
- ¿Diligencia el estado general del paciente en el examen físico?
- ¿El registro del plan de manejo es integral y tiene en cuenta los diferentes riesgos clínicos del paciente?
- ¿Realiza la respectiva reconciliación medicamentosa?
- ¿Hace canalización adecuada a las actividades de Promoción y Prevención, incluyendo el programa de crónicos?
- El profesional registra de forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados?

CRITRIOS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Se registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, uso de alcohol, factores alimentarios y nutricionales, diabetes, dislipidemia, historia familiar temprana de Enfermedad temprana de Enfermedad Cardiovascular, ¿entre otras?
- Registra examen físico descriptivo y completo con los parámetros a evaluar según la guía, con énfasis en órgano blanco: Auscultación de soplos carotideos, palpación de tiroides, auscultación de soplos a nivel abdominal, palpación abdominal en busca de masas, edemas de miembros inferiores, entre otros
- ¿Realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la estadificación de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados?
- ¿Se aplica la Escala de Framingham para la Clasificación del riesgo cardiovascular?
- Se solicitan y/o registran paraclínicos (laboratorios y ayudas diagnósticas) según clasificación de riesgo cardiovascular recomendado en la guía. En la evaluación se incluye también la solicitud del uro análisis y la lectura de la misma, registrando la presencia o ausencia de proteínas.
- En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física (30 - 60 minutos 5 a 7 días a la semana), reducción en consumo de alcohol, ¿estrategia HEART?

- ¿Se realiza remisión o interconsulta para valoración especializada según criterios y periodicidad indicada en la guía o según criterio clínico?
- En los pacientes con H.T.A estadio II o mayor, HTA refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor, ¿Se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 años?

DESARROLLO

- En pacientes con H.T.A de más de 5 años, H.T.A en estadio II, H.T.A refractaría o con enfermedad renal crónica estadio II o superior, ¿Se remite o interconsulta a medicina interna para practicar ecocardiografía con el fin de descartar HVI y valorar la función ventricular?
- Si el paciente tiene diagnóstico de HTA, ¿Se envía o fortalece La adherencia al Programa de Crónicos?

RIESGOS IDENTIFICADOS

1. **Clínicos:** Por fallas en la adherencia a las recomendaciones emitidas por la guía.

2. **Financieros**: por procesos de facturación indebidos que generan glosas y perdida del flujo de caja a la institución.

3. **Jurídicos**: por demandas a la Institución por la no adherencia a la guía de manejo.

4. **Seguridad del paciente**: Al aumentar la posibilidad de eventos de seguridad relacionados con la falta de adherencia a la guía.

CONCLUSIONES

1. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

   La adherencia a la guía de Hipertensión arterial en el II trimestre del año 2025 fue del **85**%, ubicada en rango óptimo para la Subred; sin dar cumplimiento a la resolución 408.

2. RESULTADOS POR LOCALIDAD Y SEDES

   La localidad con mejor adherencia fue la localidad de Fontibón con un resultado de 89% y la localidad con menor adherencia fue Puente Aranda con 80%.

   De las 26 sedes evaluadas en las cuatro localidades, 17 obtuvieron resultado Óptimo (65**%**) y 9 un resultado aceptable (35**%**) de acuerdo al estándar de adherencia de la Subred.
   Para el estándar de cumplimiento de la resolución 408, 12 obtuvieron un resultado Óptimo (46**%**) y 14 un resultado desfavorable (54**%**)

3. RESULTADOS POR INDICADORES

   El indicador de la Resolución 408 mayor o igual al 90%, se encuentra en el 45% de cumplimiento según el estándar de adherencia, de los registros clínicos auditados
   El indicador mayor o igual al 85% del estándar de la Subred, se encuentran el 64% de cumplimiento según el estándar de adherencia.
   De los 5433 criterios evaluados, 4613 criterios cumplieron con el estándar que equivalente al 85% de cumplimiento.

RECOMENDACIONES

DESARROLLO

1. Socializar el instrumento aplicado para la evaluación de la adherencia a la guía de hipertensión arterial a todo el personal involucrado en el proceso de atención de los pacientes con dicha patología.

2. Socializar los resultados de la auditoria a aquellos profesionales con adherencia desfavorable, para establecer planes de mejoramiento individuales.

3. Ajustar el proceso de identificación desde el ingreso del paciente que permita la utilización del formato de crónicos y garantizar el tiempo destinado para la primera valoración por dicha patología.

4. Hacer énfasis en la importancia de la completitud y pertinencia del registro de la historia clínica, para la optimización de la adherencia a la calidad esperada por la Subred.

5. Realizar capacitación y retroalimentación a los profesionales de medicina general, así como especialista en medicina interna de la guía institucional de práctica clínica de hipertensión arterial.

3. COMPROMISOS

Se realiza el compromiso en la unidad de villa Javier la importancia de seguir con el correcto diligenciamiento en la HC cuando se realice la consulta que se ha evidenciado que se ha desmejorado la adherencia con un porcentaje a comparación de la auditoria anterior, el propósito es mejorar según los hallazgos encontrados de cada profesional pode mejorar el correcto diligenciamiento yen espera de la próxima auditoria para corroborar porcentaje de adherencia.

4.CIERRE

Se realiza cierre de la socialización de auditoria en la unidad de villa Javier con los compromisos ya mencionados anteriormente.

FECHA: 14 DE OCRUBRE DE 2025	TEMA: Socialización Auditoría de adherencia a la guía de hipertensión arterial II trimestre de 2025, centro de salud villa Javier.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Informar al lider si se presenta alguna novedad con la HC	Profesionales	Inmediato
Mejorar la adherencia a la guía de hipertensión arterial	Profesionales	Diariamente
Correcto diligenciamiento de la historia clínica en cada ítem que solicita la HC	Profesionales	Diariamente

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1		75933328	V. J			
2	Johanna Lobo Cañoz	1001830661	Villa Javier	Medico Gral	Ambulatorio	
3		1098631872	V.J.	Med.	Amb	
4		91476657	V. Javier	Med.	Amb	
5		72.259.729	V.J.			
6		79624.314	Villa Javier	Medicina	Ambulatorio	
7		1127656977	Villa Javier	Medico	Ambulatorio	
8		1005626206	villa javier	medica	Ambulatorio	
9		1072396431	Villa javier	Medico	Ambulatorio	
10		52973504	villa Javier	Lider asistencial	Ambulatorio	
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión: 2 | Fecha de aprobación: 26/01/2024 | Código: 02-03-FO-0024

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia a la guia de Hipertension Arterial II Trimestre 2025. (67%)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )		Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?
Acciones de Monitoreo	( )		Auditoria Interna (PAMEC: Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? Auditoria guia Hipertension Arterial II trimestre 2025
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )		Auditoria externa	( )	Cual ?

Fecha de inicio del plan :	14/10/2025	Fecha de finalizacion del plan	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Nicolas Silva	Direccion a la cúal pertenece	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	II trimestre 2025	Accion Preventiva ( )	Accion Correctiva : (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria de la guia de Hipertension Arterial II trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia de Hipertension Arterial II Trimestre 2025. (67 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia de Hipertension Arterial consulta externa II Trimestre 2025	14/10/2025	14/10/2025		
ID 1776777 CC 2839244 No usa el formato de historia clínica de crónicos	Realizar la HC clinica de cornicos en el formato establkeciod por la Subred sur Occidente	14/10/2025	proxima auditoria		
No realiza la respectiva reconciliación medicamentosa	Registrar en la HC cuando se realiza la reconciliazion medicamentosa al paciente	14/10/2025	proxima auditoria		
No se envia o fortalece La adherencia a el Programa de Crónicos	Diligenciar en la HC cuando se hace envio a la ruta cardio cerebro vascular y su importancia	14/10/2025	proxima auditoria		
El profesional no registra de forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados	Registrar en la HC los signos de alarma que se le brinda al usuario en la consulta ya que se hace de forma verbal mas no se deja registro	14/10/2025	proxima auditoria		
No realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la estadificación de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados	Realizar clasificacion del riesgo clinico y cardiovascular y regsitralo en la HC	14/10/2025	proxima auditoria		
No se solicitan y/o registran paraclinicos	Registrar en la Hc cuando se solicitan paraclinicos o en su caso cuando el paciente se los tome registrar resultados	14/10/2025	proxima auditoria		
En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física	Registrar en la HC el tratamniento no farmacologico segun la variable de la guia como ciudados en casa y actividad fisica	14/10/2025	proxima auditoria		
ID 1776968 CC 35509211 No registra los antecedentes del paciente incluyendo alérgicos	Registrar en la HC los antecedentes del paciente incluyendo alergicos	14/10/2025	proxima auditoria		

Colaborador :	Nicolas Silva	Firma	Villa Javier
	Nombre		Sede / proceso
Lider :	Ibet Mora	Firma	
	Nombre		Sede / proceso

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión 5 | Fecha de aprobación 24/07/2024 | Código 02-01-F0-0001

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia a la guia de Hipertension Arterial II Trimestre 2025. (65%)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?	
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria interna (PAMEC Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ?	Auditoria guia Hipertension Arterial II trimestre 2025
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?	

Fecha de inicio del plan	14/10/2025	Fecha de finalizacion del plan	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Robert Cañizares	Direccion a la cúal pertenece	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	II trimestre 2025	Accion Preventiva ( )	Accion Correctiva (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria de la guia de Hipertension Arterial II trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia de Hipertension Arterial II Trimestre 2025. (65 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia de Hipertension Arterial consulta externa II Trimestre 2025	14/10/2025	14/10/2025		
ID 1777772 CC 41657032 No registra los antecedentes del paciente, incluyendo alérgicos	Registrar en la HC los antecedentes del paciente incluyendo alegricos	14/10/2025	proxima auditoria		
No diligencia el estado general del paciente en el examen fisico	Registrar en la HC el estado general del paciente en la casilla correspondiente ya que sè evidencia rgeistro pero no dodne corresponde	14/10/2025	proxima auditoria		
No se solicitan y/o registran paraclínicos	Registrar en la Hc cuando se solicitan paraclinicos o en su caso cuando el paciente se los tome registrar resultados	14/10/2025	proxima auditoria		
El profesional no registra de forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados	Registrar en la HC los signos de alarma que se le brinda al usuario en la consulta ya que se hace de forma verbal mas no se deja registro	14/10/2025	proxima auditoria		
No se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 años	Realizar la respectiva remision con oftalmologia para valoracion con pertinencia cada 2 años en caso que ya cuente con la valoracion dejar registro en la HC	14/10/2025	proxima auditoria		
No se remite o interconsulta a medicina interna para practicar ecocardiografia con el fin de descartar HVI y valorar la función ventricular	Realizar la remision a consulta externa según el estadio de la HTA para la solicitud de ecocardiograma y su tratamiento	14/10/2025	proxima auditoria		
ID 1777392 CC 20329509 No se solicitan y/o registran paraclínicos	Registrar en la Hc cuando se solicitan paraclinicos o en su caso cuando el paciente se los tome registrar resultados	14/10/2025	proxima auditoria		
Interroga la adherencia al tratamiento farmacológico	Registrar en la HC la adherencia al tratamiento farmacoligo asi se llevara un control si el paciente es adhernete o no	14/10/2025	proxima auditoria		
No realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la estadiación de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados	Realizar clasificacion del riesgo clinico y cardiovascular y regsitralo en la HC	14/10/2025	proxima auditoria		
No se aplica la Escala de Framingham para la Clasificación del riesgo cardiovascular	Registrar en la HC la escala de Framingham en la HC para la calsifiacion del riegso	14/10/2025	proxima auditoria		
En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física	Registrar en la HC el tratamniento no farmacologico segun la variable de la guia como ciudados en casa y actividad fisica	14/10/2025	proxima auditoria		
No se realiza remisión o interconsulta para valoración especializada según criterios y periodicidad indicada en la guía o según criterio clínico	Realizar la remision de la interconsulta para la valoracion de especialidad según patologia del paciente	14/10/2025	proxima auditoria		
No se envía o fortalece La adherencia a el Programa de Crónicos	Diligenciar en la HC cuando se hace envio a la ruta cardio cerebro vascular y su importancia	14/10/2025	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :	Robert Cañizares		V. Javier
Lider :	Ibet Mora		Villa Javier

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión 3 | Fecha de aprobación 29/01/2024 | Código 02-03-F0-0004

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

mejorar la adherencia a la guia de Hipertension Arterial II Trimestre 2025. (59%)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?	
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria Interna (PAMEC Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? Auditoria guia Hipertension Arterial II trimestre 2025	
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?	

Fecha de inicio del plan :	14/10/2025	Fecha de finalizacion del	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Moises Moreno	Direccion a la cúal pertenece	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia :	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	II trimestre 2025	Accion Preventiva : ( )	Accion Correctiva : (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria de la guia de Hipertension Arterial II trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia de Hipertension Arterial II Trimestre 2025. (59 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia de Hipertension Arterial consulta externa II Trimestre 2025	14/10/2025	14/10/2025		
ID 1775840 CC 1000639 No registra los antecedentes del paciente, incluyendo alérgicos	Registrar en la HC los antecdentes del paciente incluyendo alegricos	14/10/2025	proxima auditoria		
No diligencia el estado general del paciente en el examen fisico	Diligenciar en la HC el estado fisico del pciente cuando se realiza el exmane durante la consulta	14/10/2025	proxima auditoria		
No registro del plan de manejo es integral y tiene en cuenta los diferentes riesgos clínicos del paciente	Realizar registro en la HC del plan de manejo que se le informa al usuario junto con los riesgos clonicos en caso de no ser adherentes	14/10/2025	proxima auditoria		
No hace canalización adecuada a las actividades de Promoción y Prevención, incluyendo el programa de crónicos	Diligenciar en la HC cuando se hace envio a la ruta cardio cerebro vascular y su importancia	14/10/2025	proxima auditoria		
El profesional no registra de forma descriptiva signos de alarma para hipertensión arterial y/o diagnósticos relacionados	Registrar en la HC los signos de alarma que se le brinda al usuario en la consulta ya que se hace de forma verbal mas no se deja registro	14/10/2025	proxima auditoria		
No registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, uso de alcohol, factores alimentarios y nutricionales, diabetes, dislipidemia, historia familiar temprana de Enfermedad temprana de Enfermedad Cardiovascular, entre otras	Registra en la HC presencia de factires de riesgo para la enfermedad cardiovascular.	14/10/2025	proxima auditoria		
Interroga la adherencia al tratamiento farmacológico	Registrar en la HC la adherencia al tratamiento farmacoligo asi se llevara un control si el paciente es adhernete o no	14/10/2025	proxima auditoria		
No registra examen físico descriptivo y completo con los parámetros a evaluar según la guía, con énfasis en órgano blanco: Auscultación de soplos carotideos, palpación de tiroides, auscultación de soplos a nivel abdominal, palpación abdominal en busca de masas, edemas de miembros inferiores, entre otros	Registrar en la HC el examen fisico descirptivo según lo que solicita la guia	14/10/2025	proxima auditoria		
No realiza la clasificación del Riesgo Clínico y Cardiovascular teniendo en cuenta la estadifiación de la hipertensión arterial, los factores de riesgo, lesiones de órgano blanco y condiciones clínicas asociados	Realizar clasificacion del riesgo clinico y cardiovascular y regsitralo en la HC	14/10/2025	proxima auditoria		
Si el paciente tiene diagnóstico de HTA, No se evidencia que envía o fortalece La adherencia a el Programa de Crónicos	Diligenciar en la HC cuando se hace envio a la ruta cardio cerebro vascular y su importancia	14/10/2025	proxima auditoria		

ID 1775854 CC 10229280 No registra signos y síntomas de alarma en revisión por sistemas	Registrar en la HC los signos y síntomas de alarma de la patología ya que se dicen de manera verbal mas no se registra	14/10/2025	próxima auditoria		
No se registra la presencia de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular: Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, uso de alcohol, factores alimentarios y nutricionales, diabetes, dislipidemia, historia familiar temprana de Enfermedad temprana de Enfermedad Cardiovascular, entre otras	Registra en la HC presencia de factires de riesgo para la enfermedad cardiovascular.	14/10/2025	proxima auditoria		
No se aplica la Escala de Framingham para la Clasificación del riesgo cardiovascular	Registrar en la HC la escala de Framingham en la HC para la calsifiacion del riegso	14/10/2025	proxima auditoria		
No se solicitan y/o registran paraclinicos	Registrar en la Hc cuando se solicitan paraclinicos o en su caso cuando el paciente se los tome registrar resultados	14/10/2025	proxima auditoria		
En el tratamiento no farmacológico se toman en cuenta aquellas que tienen evidencia científica, como: pérdida de peso, adopción de dieta DASH, reducción del consumo de sodio en la dieta, realización de actividad física	Registrar en la HC el tratamniento no farmacologico segun la variable de la guia como ciudados en casa y actividad fisica	14/10/2025	proxima auditoria		
En los pacientes con H.T.A estadio II o mayor, HTA refractaria o enfermedad renal crónica estadio II o mayor, ¿Se remite o interconsulta a valoración por oftalmólogo cada 2 años	Realizar la respectiva remision con oftalmologia para valoracion con pertinencia cada 2 años en caso que ya cuente con la valoracion dejar registro en la HC	14/10/2025	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :			
Lider :			

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) ____CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER _____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN ___ OTRO __X_		NÚMERO DE ACTA:
FECHA: 20 DE OCTUBRE DE 2025	LUGAR: CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	HORA INICIO: N/A
RESPONSABLE: IBET MORA MURCIA		HORA FINAL: N/A

OBJETIVO DE LA REUNION

Socialización auditoria de adherencia a la guía de práctica clínica de dislipidemias de los servicios ambulatorios ii trimestre 2025, centro de salud villa Javier.

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Saludo
2. Socialización Auditoria de adherencia a la guía de práctica clínica de dislipidemias de los servicios ambulatorios II trimestre 2025, centro de salud villa Javier.
3. Compromiso
4. Cierre

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento

DESARROLLO

1. SALUDO

Se realiza saludo en el centro de salud villa Javier donde se informa a los profesionales que se estará pasando a socializar la auditoria de Dislipidemias.

2. SOCIALIZACIÓN AUDITORIA DE ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DISLIPIDEMIAS DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS II TRIMESTRE 2025, CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER.

OBJETIVOS

Evaluar la adherencia de la GPC prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en población mayor de 18 años servicios ambulatorios para el periodo 2025.

ALCANCE

Evaluar las historias clínicas digitales disponibles en dinámica gerencial, de la muestra correspondiente a la dislipidemia realizadas durante el segundo trimestre de 2025, teniendo en cuenta los criterios parametrizados por el instrumento de medición de la guía de Dislipidemia y estandarizado por el equipo de auditores médicos del PAMEC de la Subred.

JUSTIFICACIÓN

La aterosclerosis y sus complicaciones son la primera causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. La principal complicación de la aterosclerosis, la enfermedad isquémica coronaria, es la primera causa de mortalidad en el mundo entero. Colombia no es una excepción: también en el país, la enfermedad isquémica coronaria es la primera causa de mortalidad, y tal como sucede en los otros países en desarrollo, se espera que para 2025 sea también la primera causa de morbilidad. La aterosclerosis empieza con el daño de la pared arterial, causado por niveles anormales de fracciones
lipídicas (colesterol y triglicéridos) y por niveles elevados de presión arterial, con la ayuda de otros factores como hiperglucemia, hiperhomocisteinemia, tabaquismo, alteraciones en el sistema inmune y
otras alteraciones metabólicas e inflamatorias.
Para 2010, las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon en Colombia el primer puesto en mortalidad en hombres de 45 a 64 años, con el 16,9% de los casos (tasa de 101, 3 por 100 000 habitantes), seguidas por las agresiones (9,8%) y las enfermedades cerebrovasculares (5,8%, con una
tasa de 34,8/100 000). En las mujeres, las enfermedades isquémicas del corazón también ocuparon el
primer lugar (12,9% de las muertes, con tasa de 48,4/100 000), y las enfermedades cerebrovasculares,

DESARROLLO

el segundo lugar (9,1% de las muertes, con una tasa de 34,2/100 000). En las personas mayores de 65
años, también las enfermedades isquémicas ocupan el primer lugar (21,3% de muertes, con tasa de 892,5/100 000 en hombres y el 19,6%, con tasa de 675,9/100 000 en mujeres), y las cerebrovasculares,
el tercer lugar (9,0%, con una tasa de 377,4/100 000) en hombres, y el segundo, en mujeres (11,4% de
las muertes, con una tasa de 394,3/100 000) (9-11).
Si bien una alta proporción de las dislipidemias aterogénicas corresponde a trastornos genéticos, como
la hipercolesterolemia familiar homocigota y heterocigota, la hiperlipidemia familiar combinada, la hipertrigliceridemia familiar y las hipoalfalipoproteinemias genéticas, una proporción también alta, de entre el 40% y el 50%, corresponde a trastornos secundarios a condiciones adquiridas, generalmente prevenibles o modificables, como la obesidad, la resistencia a la insulina, el hipotiroidismo, la diabetes
mellitus, el sedentarismo, el tabaquismo y algunos medicamentos, como los utilizados para el tratamiento de la infección por VIH (1-8).
Adicionalmente, hay condiciones que facilitan la aparición de complicaciones, como los estados protrombóticos o inflamatorios, y que deben ser considerados en la terapia.
La prevención, el diagnóstico temprano de las dislipidemias y su tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares, así como para lograr la55
mejor eficiencia en los procesos diagnósticos y terapéuticos, por la enorme carga que significan para el
sistema de salud. Los estudios internacionales muestran cómo el porcentaje de adultos que logran las
metas en lípidos es bajo (NHANES 45% (12), L-TAP 39% (13), CARPAT 42% (14)), y que las mismas metas no son mejores en la población con enfermedad coronaria (NHANES 20% (12) , CARPAT 18% (14) y L-TAP 20% (13)).
Es fundamental, como puede apreciarse, racionalizar el uso de recursos para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las dislipidemias, así como para asegurar el manejo más eficiente de la
enfermedad, que prevenga las complicaciones, las secuelas y la mortalidad relacionadas.

METODOLOGÍA

Dando cumplimiento al PAMEC Institucional y bajo la orientación de la Oficina de Gestión de la calidad se realiza:

Gestión de la información: Gestión de la información, se hace Revisión documental: Guía de práctica clínica de Dislipidemia (ministerios de salud - 2014) adoptada por la subred suroccidente. Se recibe base de datos entregada por Referente de Pamec y correspondiente a pacientes con dislipidemia durante el segundo trimestre del 2025 en la subred. Se calcula la muestra con la calculadora estadística Netquest tomando como universo 2505 registros, con una heterogeneidad del 82%, Margen de error del 5% y nivel de confianza del 95%, quedando la muestra en 209

DESARROLLO

Historias clínicas a evaluar, se lleva la muestra final a 213 HC para evaluar 2 Historias aquellos profesionales que obtuvieron nivel insatisfactorio.

1. **Planeación de la auditoria**: Se realiza la matrícula de la auditoria en aplicativo Almera se realiza plan de trabajo y se envía a la referente del PAMEC para su aprobación.Selección del periodo a evaluar: segundo trimestre 2025.

3. **Notificación de la Auditoria**: Mediante correo electrónico del PAMEC, se notifica y envía acta de apertura de la auditoria con las generalidades de la auditoria incluyendo objetivos, alcance, tamaño muestral, lista de chequeo a aplicar y tabla de ponderación a la dirección Ambulatoria.
4. **Ejecución de la auditoria:** Se realiza aplicación de la lista de chequeo para evaluar la muestra obtenida de las historias clínicas y parametrización del aplicativo Almera
5. **Tabulación, consolidación y análisis de resultados**: De los resultados de los registros auditados teniendo en cuenta la escala de calificación:
La auditoría tendrá un estándar institucional de 85% y se valorará de acuerdo a los siguientes parámetros aplicando la escala de calificación.

6**. Elaboración de informe preliminar**: Una vez consolidado los datos se realizará el informe preliminar y se enviará a la referente del PAMEC para su verificación.

7. **Revisión y ajustes del informe preliminar**: Se modificará y ajustará el informe según recomendación por parte de la referente del PAMEC
8. **Aprobación del informe final y envió:** Se subirá a al Almera el informe Final y se gestionará espacio para cierre con el director o líder de proceso si este lo requiere.
9. **Cierre de la auditoria**: Envió de acta de cierre a la direccion del proceso evaluado con la socialización de los resultados de la auditoria
10. **Socialización de resultados de auditoria:** Se envía acta de cierre a las direcciones del proceso auditado con el fin de socializar los resultados de la auditoria. (virtual).
11**. Retroalimentación a profesionales:** Solicitar espacios institucionales como EAC, para la socialización de los resultados a los profesionales que no cumplan con el estandar institucional, por parte de los lideres de las unidades evaluadas.
12. **Notificación de Oportunidades de Mejora:** Diligenciamiento del formato de notificación de oportunidades de mejora y envío a la dirección del proceso evaluado para que sea elaborado el plan de mejora por parte de la Dirección del proceso o a quien delegue.
13. **Terminación de la Auditoria:** Se dará por terminada la auditoria por parte del líder PAMEC a solicitud del auditor

CRITERIOS DE LA AUDITORIA (LEGALES Y PROCEDIMENTALES)

CRITERIOS LEGALES

- Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica en Colombia.
- Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. 2014.

DESARROLLO

- Ley 100 de 1993 (diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Ley estatutaria 1751 de 2015 Por la cual se regula el derecho fundamental a la Salud,
- Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud SOGCS del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 131 de enero de 2010 de 2010 Se crea el sistema técnico científico en salud se regula a autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del POS y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Resolución 3039 de agosto de 2007 Por la cual se definen las prioridades en respuesta a las necesidades de salud.
- Resolución 0256 de 2016 Sistema de Información para la Calidad en Salud
- Resolución 5095 de 2018 manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1.
- Resolución 839 de 2017 (marzo 23), por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999.

Resolución 3280 de 2018 (2 de agosto). Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la Salud y se establecen las directrices para su operación.

CRITERIOS PROCEDIMENTALES

	CRITERIOS	PESO PORCENTUAL
1.	**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:** Se describe la enfermedad actual y el motivo de consulta en la historia clínica.	**6,00%**
2.	**ANTECEDENTES: (CRITERIO)** **(SUBCRITERIOS):** 1. Patológicos (énfasis en enfermedad cardiovascular, metabólica, autoinmune, renal crónica, infecciosa, obesidad) 2. Farmacológicos 3. Toxico-Alérgicos: Tabaquismo, Alcohol. 4. Familiares 5. Quirúrgicos: (énfasis en revascularizaciones).	**12,00%**
3.	**REVISION POR SISTEMAS:** Se indaga sobre factores de riesgo para complicaciones de dislipidemia y hábitos de vida saludables y nutricionales?	**10,00%**
4.	**LABORATORIOS:** Se solicita o interpretan los resultados del perfil lipídico completo (colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL).	**12,00%**
5.	**EVALUACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR:** Se aplica la escala de Framingham recalibrada para Colombia en la población de prevención primaria o sin enfermedad cardiovascular clínicamente manifiesta?	**12,00%**
6.	**EXAMEN FISICO: (CRITERIO)** **(SUBCRITERIOS):** 1. ESTADO GENERAL: 2. SIGNOS VITALES: peso, talla, IMC, PA, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria. 3. EXAMEN CEFALOCAUDAL:	**8,00%**
7.	**IMPRESION DIAGNOSTICA:** relacionado con la dislipidemia (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia o mixta)	**8,00%**
8.	**ANALISIS:** Se consignan y correlacionan los hallazgos de la anamnesis, laboratorios, examen físico y manejos farmacológicos y no farmacológicos de acuerdo a las recomendaciones de la guía. Para el manejo farmacológico en la evaluación deberá determinarse si el paciente cumple alguna de las siguientes condiciones:	**12,00%**

DESARROLLO

	- Historia previa de eventos coronarios agudos (incluyendo IAM y angina estable o inestable, ACV, ataque isquémico transitorio, historia previa de revascularización coronaria o de otro tipo, o enfermedad vascular aterosclerótica de los miembros inferiores). - Hipercolesterolemia con c-LDL mayor que 190 mg/dL. - Diabetes mellitus. - Estimado de riesgo mayor que el 10%, de acuerdo con la escala de Framingham ajustada para Colombia. En caso de no presentar ninguna de las condiciones anteriores, la evaluación clínica deberá determinar, adicionalmente, la presencia de entidades que podrían, en pacientes seleccionados, indicar manejo farmacológico: - Colesterol LDL mayor que 160 mg/dL. - Historia familiar de eventos cardiovasculares o cerebrovasculares ateroscleróticos tempranos en familiares de primer grado de consanguinidad (hombres menores de 55 años o mujeres menores de 65 años)	
9.	**PLAN DE MANEJO: (CRITERIO)** **(SUBCRITERIOS):** 1. ESTATINAS: De alta intensidad en: • Personas con historia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. • Personas con nivel de colesterol LDL > 190 mg/dL. • Personas con DM tipo 2, mayores de 40 años, que tengan un factor de riesgo cardiovascularasociado9 y LDL > 70 mg/dL. • Personas con estimación de riesgo cardiovascular > 10% a 10 años, según la escala de Framingham recalibrada para Colombia. De moderada intensidad en: • Personas con DM tipo 2, mayores de 40 años, con LDL > 70 mg/dL y sin criterios de terapia intensiva. Se sugiere considerar terapia con estatinas de moderada intensidad en personas que no quedaron incluidas dentro de ninguno de los grupos anteriores y tengan una o más de las siguientes condiciones: • Nivel de colesterol LDL > 160 mg/dL. • Historia familiar de eventos cardiovasculares o cerebrovasculares ateroscleróticos tempranos en familiares de primer grado de consanguinidad (hombres menores de 55 años o mujeres menores de 65 años). 2. FIBRATOS: • En personas con una hipertrigliceridemia mayor o igual que 500 mg/dL se sugiere iniciar tratamiento farmacológico con fibratos y estudiar la causa de base. • Se sugiere el uso de fibratos en personas que presenten dislipidemia mixta con predominio de la hipertrigliceridemia (menor que 500 mg/dL) y que presenten intolerancia o contraindicación para el uso de estatinas. 3. OTROS: Niacina, omega 3, resinas secuestradoras de ácidos biliares, inhibidores de la absorción de colesterol (ezetimibe), como terapias en caso de alergia o contraindicación de las estatinas. 4. TERAPIA NO FARMACOLOGICA.	**12,00%**
10.	**RECOMENDACIONES: (CRITERIO)** **(SUBCRITERIOS):** 1. Se dan recomendaciones específicas de dieta. 2. Ejercicio. 3. Reconciliación medicamentosa (efectos adversos de la terapia farmacológica)	**8,00%**

RESULTADOS DE LA AUDITORIA

La adherencia a la guías de práctica clínica de Dislipidemias en población mayor de 18 años de consulta externa de la Subred para el II trimestre del año 2025 es del 87%**,** ubicándose en rango **OPTIMO** según el estándar de la Subred; incrementando en 5 puntos porcentuales con respecto a la medición del 2024 que fue del 82% pasando de nivel aceptable a óptimo.

7.1 ADHERENCIA POR LOCALIDADES:

La adherencia por localidades se presentó de la siguiente manera: Localidad de Kennedy 87% OPTIMO, Localidad de Fontibón 89% OPTIMO, Localidad de Bosa 86% OPTIMO, Localidad de Puente Aranda 89% OPTIMO.

Tabla de adherencia por localidades:

DESARROLLO

Localidad	# HC	% Adherencia
LOCALIDAD DE KENNEDY	68	87
LOCALIDAD DE FONTIBON	35	89
LOCALIDAD DE BOSA	89	86
LOCALIDAD DE PTE. ARANDA	21	89
SUBRED	**213**	**87**

EL RESULTADO POR SEDES:

Sedes localidad de Bosa			
Orden	**Opción**	**Total**	**%**
18	Hospital Bosa	29	87
19	Centro de Salud Pablo VI Bosa	18	85
20	Centro de Salud Villa Javier	12	89
21	Centro de Salud El Porvenir	10	87
22	Centro de Salud La Estación	9	87
23	Centro de Salud José María Carbonell	6	84
24	Centro de Salud Olarte	5	82
SUBRED		213	**87**

Se evidencia que de las 27 sedes evaluadas 20 cumplen con el estándar institucional de adherencia >85% en rango OPTIMO y 7 sedes están en adherencia ACEPTABLE.

EL CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS:

Encontramos que por criterios los que obtuvieron resultado DESFAVORABLE son: Antecedentes con el 60% subcriterios (Farmacológicos, Toxico-alérgicos, Familiares, Quirúrgicos); Evaluación del riesgo cardiovascular con el 50% (escala Framingham) y Recomendaciones con el 66% subcriterios (Dieta, Ejercicio, Reconciliación medicamentosa).

Tabla de resultado por criterios de adherencia Subred:

CRITERIOS DE ADHERENCIA A GUÍA		
Orden	Opción	Total
1	MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL: Se describe la enfermedad actual y el motivo de consulta en la historia clínica.	**100%**
2	ANTECEDENTES:	**60%**
	- Patológicos (énfasis en enfermedad cardiovascular, metabólica, autoinmune, renal crónica, infecciosa, obesidad)	95
	- Farmacológicos	64
	- Toxico-Alérgicos: Tabaquismo, Alcohol,.	58
	- Familiares	36

DESARROLLO

	- Quirúrgicos: (énfasis en revascularizaciones).	49
3	REVISIÓN POR SISTEMAS:	**96%**
4	LABORATORIOS:	**95%**
5	EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR:	**50%**
6	EXAMEN FISICO:	**97%**
	- Estado general:	100
	- Signos vitales: peso, talla, imc, pa, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.	100
	- Examen cefalocaudal	92
7	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	**100%**
8	ANÁLISIS	**100%**
9	PLAN DE MANEJO	**97%**
10	RECOMENDACIONES:	66%
	- Se dan recomendaciones específicas de dieta.	78
	- Ejercicio.	75
	- Reconciliación medicamentosa (efectos adversos de la terapia farmacológica).	39
SUBRED		87%

ADHERENCIA POR CRITERIOS, LOCALIDADES Y SEDES:

➢ LOCALIDADES:

	Opción	KENNEDY	FONTIBON	BOSA	PUENTE ARANDA
1	MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL: Se describe la enfermedad actual y el motivo de consulta en la historia clínica.	**100**	**100**	**100**	**100**
2	ANTECEDENTES:	**60**	**76**	**57**	**48**
	- Patológicos (énfasis en enfermedad cardiovascular, metabólica, autoinmune, renal crónica, infecciosa, obesidad)	100	97	91	90
	- Farmacológicos	61	77	62	57
	- Toxico-Alérgicos: Tabaquismo, Alcohol.	53	77	57	43
	- Familiares	37	63	28	19
	- Quirúrgicos: (énfasis en revascularizaciones).	48	66	48	28
3	REVISIÓN POR SISTEMAS:	**94**	**94**	**98**	**100**
4	LABORATORIOS:	**92**	**97**	**96**	**100**
5	EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR:	**52**	**40**	**49**	**69**
6	EXAMEN FISICO:	**99**	**98**	**95**	**100**
	- Estado general:	100	100	100	100
	- Signos vitales: peso, talla, imc, pa, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.	100	100	100	100
	- Examen cefalocaudal	98	94	85	100

DESARROLLO

7	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	100	100	100	100
8	ANÁLISIS	100	100	100	100
9	PLAN DE MANEJO	93	100	98	95
10	RECOMENDACIONES:	65	68	62	77
	- Se dan recomendaciones específicas de dieta.	76	88	73	86
	- Ejercicio.	76	80	67	90
	- Reconciliación medicamentosa (efectos adversos de la terapia farmacológica).	37	24	41	55
	TOTAL:	87	89	86	89

KENNEDY:
Con el 87% de adherencia en ÓPTIMO. Los criterios en rango DESFAVORABLE fueron: Antecedentes 63%, Evaluación del riesgo cardiovascular 52% y Recomendaciones 65%.

FONTIBON:
Con el 89% de adherencia en ÓPTIMO. Los criterios en rango DESFAVORABLE fueron: Evaluación del riesgo cardiovascular 40% y Recomendaciones 68%.

BOSA:
Con el 86% de adherencia en ÓPTIMO. Los criterios en rango DESFAVORABLE fueron: Antecedentes 57%, Evaluación del riesgo cardiovascular 49% y Recomendaciones 62

PUENTE ARANDA:
Con el 89% de adherencia en ÓPTIMO. Los criterios en rango DESFAVORABLE fueron: Antecedentes 48%, Evaluación del riesgo cardiovascular 69%.

➢ SEDES

❖ LOCALIDAD DE BOSA:

	Opción	Pablo VI Bosa	El Porvenir	La Estación	José María Carbonell	Villa Javier	Olarte	Hospital Bosa
1	MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL: Se describe la enfermedad actual y el motivo de consulta en la historia clínica.	100	100	100	100	100	100	100
2	ANTECEDENTES:	58	50	62	70	50	56	59
	- Patológicos (énfasis en enfermedad cardiovascular, metabólica, autoinmune, renal crónica, infecciosa, obesidad)	100	90	78	100	83	80	93
	- Farmacológicos	61	50	78	83	58	40	64
	- Toxico-Alérgicos: Tabaquismo, Alcohol.	50	70	67	67	42	80	55
	- Familiares	33	10	33	33	25	20	31

DESARROLLO

	- Quirúrgicos: (énfasis en revascularizaciones).	44	30	55	67	42	60	52
3	REVISIÓN POR SISTEMAS:	**100**	**100**	**89**	**100**	**100**	**100**	**96**
4	LABORATORIOS:	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**89**
5	EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR:	**17**	**80**	**60**	**0**	**75**	**0**	**61**
6	EXAMEN FISICO:	**91**	**93**	**96**	**100**	**94**	**100**	**96**
	- Estado general:	100	100	100	100	100	100	100
	- Signos vitales: peso, talla, imc, pa, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.	100	100	100	100	100	100	100
	- Examen cefalocaudal	72	80	89	100	83	100	90
7	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
8	ANÁLISIS	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
9	PLAN DE MANEJO	**92**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
10	RECOMENDACIONES:	**50**	**56**	61	**72**	**70**	**53**	68
	- Se dan recomendaciones específicas de dieta.	61	70	78	83	83	60	76
	- Ejercicio.	55	60	78	83	75	60	69
	- Reconciliación medicamentosa (efectos adversos de la terapia farmacológica).	28	20	25	50	44	40	56
TOTAL:		**85**	**87**	**87**	**84**	**89**	**82**	**87**

USS Pablo VI:
Con adherencia del 85% en rango OPTIMO. Los criterios en DESFRAVORABLE fueron: Antecedentes 58%, Evaluación del riesgo cardiovascular 17% y Recomendaciones con el 50%.

USS El Porvenir:
Con adherencia del 87% en rango OPTIMO. Los criterios en DESFRAVORABLE fueron: Antecedentes 50% y Recomendaciones con el 56%.

USS La Estación:
Con adherencia del 87% en rango OPTIMO. Los criterios en DESFRAVORABLE fueron: Antecedentes 62%, Evaluación del riesgo cardiovascular 60% y Recomendaciones con el 61%.

USS Carbonell:
Con adherencia del 84% en rango ACEPTABLE. Los criterios en DESFRAVORABLE fueron: Evaluación del riesgo cardiovascular 0%.

USS Villa Javier:
Con adherencia del 89% en rango OPTIMO. Los criterios en DESFRAVORABLE fueron: Antecedentes 50%.

USS Olarte:
Con adherencia del 82% en rango ACEPTABLE. Los criterios en DESFRAVORABLE fueron: Antecedentes 56%, Evaluación del riesgo cardiovascular 0% y Recomendaciones con el 53%.

Hospital Bosa:
Con adherencia del 87% en rango OPTIMO. Los criterios en DESFRAVORABLE fueron: Antecedentes 59% Evaluación del riesgo cardiovascular 61%, Antecedentes 68%.

DESARROLLO

ADHERENCIA POR PERFIL PROFESIONAL

Por perfil profesional tenemos que Medicina General con 177 historias auditadas obtuvo un 86% de adherencia en rango OPTIMO; Medicina Interna con 9 historias auditadas 89% en rango OPTIMO; Medicina Familiar con 20 historias revisadas 90% en rango OPTIMO Y Medicina General – Gestión del riesgo con 7 historia auditada el 94% en rango OPTIMO.

#	PROFESIONAL	# HISTORIAS CLINICAS	% ADHERENCIA
1	MEDICINA GENERAL	177	86
2	MEDICINA INTERNA	9	89
3	MEDICINA FAMILIAR	20	90
4	MEDICINA GENERAL – GESTION DEL RIESGO	7	94
SUBRED		**213**	**87**

ADHERENCIA POR PROFESIONALES:

Se auditaron 127 profesionales, 106 Médicos Generales de los cuales 65 obtuvieron rango OPTIMO, 40 rango ACEPTABLE y 1 en DESFAVORABLE; 5 Médicos de Gestión del riesgo en rango OPTIMO; 11 Médicos Familiares de los cuales 9 obtuvieron resultado en rango OPTIMO y 2 en ACEPTABLE y 5 de Medicina Interna todos en rango OPTIMO.

NOMBRE	PERFIL	SEDE	% ADHE
ARAGON ORTIZ JOHAN CAMILO	GENERAL	Villa Javier	78
BERNAL RODRIGUEZ EDUARD NICOLAS	GENERAL	Villa Javier	81
CANTILLO OROZCO ARGEMIRO CESAR	GENERAL	Villa Javier	92
CAÑIZARES GONZALEZ ROBERT STEVE	GENERAL	Villa Javier	88
LOBO GOMEZ JOHANNA PATRICIA	GENERAL	Villa Javier	97
ROBAYO DIAZ IVAN CAMILO	GENERAL	Villa Javier	90
RODRIGUEZ MEDINA ANGIE PAOLA	GENERAL	El Porvenir	92
ALMENAREZ GOMEZ LESSNER JAFET	FAMILIAR	Villa Javier	96
MORENO TORRES MOISES ALFONSO	INTERNISTA	Tintal/Villa Javier	85

RESULTADOS DE INDICADORES POR CRITERIO Y POR HC.

DESARROLLO

DISLIPIDEMIA 2025 SUBRED								
PERIODO	DISLIPIDEMIA - 2025							
UNIDAD	N° TOTAL DE HC EVALUADAS	N° HC QUE CUMPLEN SOBRE EL 85%	% DE CUMPLIMIENTO POR HC PARA LA SUBRED	N° HC QUE CUMPLEN SOBRE EL 96%	% ADHERENCIA PARA LA SECRETARIA DE SALUD	N° TOTAL DE CRITERIOS EVALUADOS	N° TOTAL DE CRITERIOS QUE CUMPLEN	% DE CUMPLIMIENTO POR CRITERIOS
KENNEDY	68	48	71	N/A	NA	1158	928	80
FONTIBON	35	27	77	N/A	NA	596	507	85
BOSA	89	54	61	N/A	NA	1514	1189	78
PUENTE ARANDA	21	15	71	N/A	N/A	368	294	80
SUBRED	**213**	144	67	N/A	NA	3636	2918	80

Según el estándar de la Subred del 85% los resultados de indicadores por Localidades de criterios fueron los siguientes:

Por historias clínicas en la Subred de 213 evaluadas 144 cumplieron con el estándar del 85% representando el 67% del total

Por criterios se evaluaron un total de 3636 criterios evaluados, 2918 cumplieron equivalente al 80% del total.

HALLAZGOS O NO CONFORMIDADES

La adherencia a la guías de práctica clínica de Dislipidemias en población mayor de 18 años de consulta externa de la Subred para el II trimestre del año 2025 es del 87%**,** ubicándose en rango **OPTIMO** según el estándar de la Subred; incrementando en 5 puntos porcentuales con respecto a la medición del 2024 que fue del 82% pasando de nivel aceptable a óptimo.

La adherencia por localidades se presentó de la siguiente manera: Localidad de Kennedy 87% OPTIMO, Localidad de Fontibón 89% OPTIMO, Localidad de Bosa 86% OPTIMO, Localidad de Puente Aranda 89% OPTIMO.

Los criterios con calificación DESFAVORABLE fueron los siguientes:
Antecedentes con el 60% subcriterios (Farmacológicos, Toxico-alérgicos, Familiares, Quirúrgicos);
Evaluación del riesgo cardiovascular con el 50% (escala Framingham) y
Recomendaciones con el 66% subcriterios (Dieta, Ejercicio, Reconciliación medicamentosa).

FORTALEZAS DEL PROCESO AUDITADO

- Receptividad y adherencia de la dirección ambulatoria, y de los involucrados en esta auditoría, que permiten realizar las mejorar necesarias para lograr mayor adherencia a la Guía de manejo de Dislipidemias en la Subred.

- Aplicativo Dinámica que cuenta con la historia clínica sistematizada con los sitios de registro necesarios por normatividad y por las necesidades de la atención en la institución,

DESARROLLO

generando recordación y oportunidad en el diligenciamiento de estos registros, para lograr el cumplimiento de la normatividad y de las necesidades de los usuarios.

- Se cuenta con el Aplicativo Almera donde se encuentran las Guías de Práctica Clínica, los manuales y el instructivo de diligenciamiento de la historia clínica, formatos que permiten ser consultados con facilidad y oportunidad por los profesionales de la Subred.

- Evaluaciones periódicas que permiten valorar y ajusta las desviaciones que se presentan para gestionar las acciones de mejora pertinentes.

SEGUIMIENTO A AUDITORIA ANTERIOR

La adherencia a la guías de práctica clínica de Dislipidemias en población mayor de 18 años de consulta externa de la Subred para el II trimestre del año 2025 es del 87%**,** ubicándose en rango **OPTIMO** según el estándar de la Subred; incrementando en 5 puntos porcentuales con respecto a la medición del 2024 que fue del 82% pasando de nivel aceptable a óptimo.

LOCALIDAD	2024	2025
KENNEDY	82	87
FONTIBON	83	89
BOSA	82	86
PUENTE ARANDA	78	89
SUBRED	**82**	**87**

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fortalecer la calidad de los registros en las historias clínicas del servicio de consulta externa de la Subred y la adherencia a la guía de Dislipidemias en el registro completo de los siguientes ítems: antecedentes (familiares, toxico-alérgicos, farmacológicos y quirúrgicos), valoración del riesgo cardiovascular (escala de Framingham) y Recomendaciones (específicos de dieta, ejercicio y reconciliación medicamentosa con respecto a efectos adversos e interacciones del manejo).

RIESGOS IDENTIFICADOS

- **Riesgos de Seguridad del paciente**: Por la probabilidad de presentar sucesos de seguridad al no tener la suficiente adherencia a la guía de manejo de Dislipidemias.

- **Riesgos Financieros:** Por no tener adecuado soporte para la facturación a pagadores y por la realización de actividades propias y adicionales debido a la no adherencia a la guía.

- **Riesgos Jurídicos**: Por no registro de la información requerida y/o completa que no soporte los tratamientos o procedimientos realizados que generen vacíos en la atención y que puedan generar requerimientos legales.

DESARROLLO

- **Riesgo de reputación**: por producirse atenciones que generen una percepción desfavorable de la imagen la institución.

CONCLUSIONES

La adherencia a la guías de práctica clínica de Dislipidemias en población mayor de 18 años de consulta externa de la Subred para el II trimestre del año 2025 es del 87%**,** ubicándose en rango **OPTIMO**.

La adherencia por localidades se presentó de la siguiente manera: Localidad de Kennedy 87% OPTIMO, Localidad de Fontibón 89% OPTIMO, Localidad de Bosa 86% OPTIMO, Localidad de Puente Aranda 89% OPTIMO.

Los criterios con calificación DESFAVORABLE, que se presentan en forma reiterativa con respecto al periodo anterior y que requieren planes de mejor específicos fueron los siguientes:

- Antecedentes (familiares, toxico-alérgicos, farmacológicos y quirúrgicos),
- Valoración del riesgo cardiovascular (escala de Framingham) y
- Recomendaciones (específicos de dieta, ejercicio y reconciliación medicamentosa con respecto a efectos adversos e interacciones del manejo).

RECOMENDACIONES

- Retroalimentar por parte de los líderes de las unidades involucradas a cada uno de los profesionales, los resultados de la presente auditoria en los espacios institucionales destinados para tal fin.
- Socializar por parte de los líderes de las unidades la guía de Dislipidemias adoptada por la Subred la cual se encuentra en el aplicativo Almera bajo el código **EX-10-01-GP-0011**.
- Socializar la lista de chequeo inscrita en el aplicativo Almera bajo el código **02-06-FO-0138.**

1. COMPROMISOS

Se realiza el compromiso en la unidad de villa Javier la importancia de seguir con el correcto diligenciamiento en la HC cuando se realice la consulta que se ha evidenciado que se ha desmejorado la adherencia con un porcentaje a comparación de la auditoria anterior, el propósito es mejorar según los hallazgos encontrados de cada profesional pode mejorar el correcto diligenciamiento yen espera de la próxima auditoria para corroborar porcentaje de adherencia. Se informa que al profesional BERNAL RODRIGUEZ EDUARD NICOLAS no se realiza acción de mejora ya que termino conb6trato en el mes de julio 2025.

4.CIERRE

Se realiza cierre de la socialización de auditoria en la unidad de villa Javier con los compromisos ya mencionados anteriormente.

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FECHA: 20 DE OCTUBRE DE 2025	TEMA: Socialización Auditoria de adherencia a la guía de práctica clínica de dislipidemias de los servicios ambulatorios II trimestre 2025, centro de salud villa Javier.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Informar al líder si se presenta alguna novedad con la HC	Profesionales	Inmediato
Mejorar la adherencia a la guía de dislipidemias	Profesionales	Diariamente
Correcto diligenciamiento de la historia clínica en cada ítem que solicita la HC	Profesionales	Diariamente

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL

Versión 2 | Fecha de aprobación 26/01/2024 | Código 02-01-F0-0024

OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Mejorar la adherencia a la guia practica clinica de dislipidemias II Trimestre 2025. (78 %)

FUENTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Marque con (x)

Acciones de Gestion	( )	Auditoria de autocontrol	( )	Cual ?
Acciones de Monitoreo	( )	Auditoria Interna (PAMEC: Historia Clinica y Guias)	(x)	Cual ? auditoria a la guia practica clinica de dislipidemias II trimestre 2025
Aplicación de evaluacion de desempeño o seguimiento al logro con resultados inferiores al estandar vigente	( )	Auditoria externa	( )	Cual ?

Fecha de inicio del plan :	20/10/2025	Fecha de finalizacion del	proxima Auditoria
Responsable de la ejecución del Plan de Mejoramiento	Johan Aragon	Direccion a la cúal pertenece:	Ambulatorio
Sede/Servicio/Dependencia	Centro de Salud Villa Javier	Responsable del seguimiento	Ibet Jusseff Mora Murcia
Periodo del hallazgo/inconsistencia	II trimestre 2025	Accion Preventiva: ( )	Accion Correctiva : (x)

OPORTUNIDAD DE MEJORA / ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la auditoria a la guia practica clinica de dislipidemias II trimestre 2025

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Inicio	Finalización	Resultado de seguimiento	Observaciones del seguimiento
adherencia a la guia practica clinica de dislipidemias II Trimestre 2025. (78 %)	Se realizara socializacion de la auditoria de la adherencia a la guia practica clinica de dislipidemias consulta externa II Trimestre 2025	20/10/2025	20/10/2025		
ID 1796236 CC 52758168 No indaga sobre antecedentes patologicos	Diligenciar en la HC los antecednetes patologicos del paciente	20/10/2025	proxima auditoria		
No indaga sobre antecedentes farmacologicos	Diligenciar en la HC los antecednetes farmacologicos del paciente	20/10/2025	proxima auditoria		
No indaga sobre antecedentes Toxico-Alérgicos: Tabaquismo, Alcohol,.	Diligenciar en la HC los antecednetes Toxico-Alérgicos: Tabaquismo, Alcohol, del paciente	20/10/2025	proxima auditoria		
No indaga sobre antecedentes familiares	Diligenciar en la HC los antecednetes familiares del paciente	20/10/2025	proxima auditoria		
No indaga sobre antecedentes quirurgicos	Diligenciar en la HC los antecednetes quirurgicos del paciente	20/10/2025	proxima auditoria		
No se aplica la escala de Framingham recalibrada para Colombia en la población de prevención primaria o sin enfermedad cardiovascular clínicamente manifiesta?	Registrar en la HC la escala de Framingham en la HC para la calsifiacion del riegso	20/10/2025	proxima auditoria		
No se dan recomendaciones especificas de dieta.	Realizar las recomendaciones especificas y dieta al paicnete para manejo en caso	20/10/2025	proxima auditoria		
No indaga sobre antecedentes de actividad fisica	Diligenciar en la HC la importancia de realizar actividad fisica	20/10/2025	proxima auditoria		
No realiza la reconciliación medicamentosa	Registrar en la HC la reconciliacion meidcamentosa que se realiza al paciente	20/10/2025	proxima auditoria		

	Nombre	Firma	Sede / proceso
Colaborador :	Camilo Aragon		Villa Javier
Lider :	Ibet Mora	Ibet Mora	Villa Javier