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	