

Montevideo, 27 JUN. 2005

VISTO: el informe presentado por la Comisión Asesora de Diabetes del Ministerio de Salud Pública y el Comité Ejecutivo del Programa Nacional de Diabetes.

RESULTANDO: I) que nuestro país suscribió la Declaración de las Américas sobre Diabetes, con el respaldo de la OPS- OMS y la Federación Internacional de la Diabetes, por la cual se comprometió a la elaboración de un Programa Nacional de Diabetes para Uruguay, a fin de instrumentar las diversas acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria destinadas a lograr una mejor calidad de vida para las personas que padecen esta enfermedad y el consiguiente abatimiento de los altos costos directos e indirectos producidos por la misma, así como la optimización del uso de los recursos disponibles.

II) que tanto la Comisión Asesora de Diabetes del Ministerio de Salud Pública como el Comité Ejecutivo del Programa Nacional de Diabetes consideraron prioritario la realización del estudio de prevalencia de dicha enfermedad y la creación del Registro Nacional de Diabetes, el cual se está instrumentando en todo el país con la finalidad de establecer un sistema real de vigilancia epidemiológica al respecto.

III) que la incorporación de los diversos servicios de salud públicos y privados a este Registro, incluyéndose a las policlinicas especializadas, permitirá un mejor y correcto conocimiento de la incidencia, prevalencia y perfil de la diabetes, sus complicaciones, tratamiento y utilización de los recursos humanos y materiales a partir de los cuales poder abatir los elevados costos directos e indirectos que produce la enfermedad y lograr una mejora sustancial de la calidad de vida de la población afectada.

CONSIDERANDO: I) que de conformidad con el artículo 368 de la Ley 17.296 de 21 de febrero de 2001, se asignaron los recursos necesarios al Comité Ejecutivo del Programa Nacional de Diabetes del Ministerio de Salud Pública.

II) que de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 1° y 2° de la Ley Orgánica de Salud Pública N° 9.202 del 12 de enero de 1934, concordantes con lo dispuesto por el artículo 44 de la Constitución de la República, compete a esta Secretaría de Estado en ejercicio de su competencia adoptar todas las medidas de prevención tendientes a la erradicación de aquellas enfermedades que afecten de modo prevalente a la sociedad toda.

ATENCIÓN: a lo expuesto;

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

RESUELVE:

- 1°) Dispónese con carácter obligatorio para todos los Servicios de Salud públicos, colectivos o privados la utilización del formulario de volcado de datos que luce en el Anexo I, el cual se considerará parte integrante de la presente resolución, siendo responsabilidad del médico tratante el recabar los datos exigidos por el mismo y del Director o Director Técnico del Servicio su remisión al Programa Nacional de Diabetes del Ministerio de Salud Pública.
- 2°) El incumplimiento de lo dispuesto en el numeral anterior se considerará falta grave pasible de sanción.
- 3°) Cométese a la Dirección del Comité Ejecutivo del Programa Nacional de Diabetes del Ministerio de Salud Pública la instrumentación de las medidas tendientes a la ejecución de lo dispuesto en el numeral anterior y a la adecuada recepción de los formularios una vez que los mismos han sido completados.
- 4°) Publíquese. Tome nota la Dirección General de ASSE, Dirección General de la Salud y las Divisiones Servicios de Salud y Salud de la Población.

Ord. N° 499
4/8
4/5



MUÑOZ



ES CORIA FIE
Ma. CRISTINA ROCA
DIRECTORA
Epto. de Secretaría
Amoradas



REGISTRO NACIONAL DE DIABETES (RENADIA) FORMULARIO DE VOLCADO DE DATOS



Identificación del médico (C.I.): _____

Fecha: / /

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL PACIENTE

C.I.:

Fecha de nacimiento: / /

Servicio: _____ Nro. de Socio: _____ Sexo: Masculino Femenino

HISTORIA CLÍNICA

1. Antecedentes familiares: SI NO Desconoce

2. Antigüedad del diagnóstico:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 6 meses a 11 meses | <input type="checkbox"/> 1 año a 4 años |
| <input type="checkbox"/> 5 años a 9 años | <input type="checkbox"/> 10 años a 19 años | <input type="checkbox"/> 20 años o más |

3. Tipo de diabetes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional |
| <input type="checkbox"/> Diabetes secundarias | <input type="checkbox"/> Clasificación pendiente | |

4. Complicaciones agudas:

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Cetoacidosis | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Hipoglucemias severas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

5. Complicaciones crónicas:

- Microvasculares:
- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Retinopatía diabética | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Ceguera legal |
| Neuropatía periférica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| Nefropatía diabética | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
- Macrovasculares:
- | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Accidente vascular encefálico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | |
| Cardiopatía isquémica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Bypass |
| Arteropatía MMII | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | |
| Amputaciones | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | |

6. Factores de riesgo asociados:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|

7. Comorbilidades:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Hiperuricemia |
|--|---------------------------------------|--|

8. Tratamiento de la diabetes:

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dieta | <input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes orales | <input type="checkbox"/> Antihiperoglucemiantes orales |
| <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Ejercicio | <input type="checkbox"/> Educación |

9. Controles:

- Frecuencia de la consulta médica:
- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Cada 2 meses | <input type="checkbox"/> Cada 3 meses |
| <input type="checkbox"/> Cada 6 meses | <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Más de 1 año |
- Frecuencia de realización de HbA1c:
- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cada 3 meses | <input type="checkbox"/> Cada 6 meses | <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Más de 1 año |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
- Frecuencia de realización de otros estudios de laboratorio bioquímico:
- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cada 3 meses | <input type="checkbox"/> Cada 6 meses | <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Más de 1 año |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(Llenar de preferencia con lápiz)

- 1.- El médico responsable de los datos se identificará con su número personal de cédula de identidad.
- 2.- El paciente se identificará con: cédula de identidad, sexo y fecha de nacimiento.
- 3.- El lugar donde fue atendido se identificará en "Servicio". Por ejemplo: nombre de la mutualista o centro salud, hospital, etc.
Asimismo se agregará el número de identificación en el Servicio, si no es el mismo de la C.I.
- 4.- La historia clínica del paciente que está siendo ingresado por primera vez al registro, deberá identificarse tapa de acuerdo a lo que se disponga en cada servicio.
- 5.- En el tratamiento se incluyen como antihiperglucemiantes: las biguanidas (metformina y fenformina) tiazolidinedionas (rosiglitazona, pioglitazona) y los inhibidores de las alfa glucosidasa. Los hipoglucemiantes orales incluyen las sulfonilureas (glibenclamida, gliclazida, clorpropamida), repaglinida y la nateglinida.
- 6.- En las consultas siguientes solamente se volverá a llenar la planilla en los casos en que se modifiquen de: por ejemplo: cambios en el tratamiento o aparición de complicaciones. En estos casos sólo se llenarán los identificatorios de paciente y médico y los cambios, dejando el resto en blanco.
- 7.- En cada Servicio se dispondrá de un lugar físico donde guardar las planillas las cuales serán retiradas semanalmente por personal de secretaría del Registro.
- 8.- Por consultas llamar al 099664775.