



**Protokoll Mjekimi për
Kujdesin Shëndetësor
Parësor:
Diabeti Mellitus tip 2**

Ky dokument është hartuar nga:

Dr. Florjan Shehi (mjek familje)
Dr. Riccardo Curatolo

Dokumenti është rishikuar nga një grup i përbërë nga:

Dr. Artencë Çollaku (mjeke familje)
Dr. Albiona Lamaj (mjeke familje)
Dr. Ersida Golemi (endokrinologe)

Hartimi dhe publikimi i këtij dokumenti është realizuar me mbështetjen e Projektit Shëndet për të Gjithë të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC apo HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

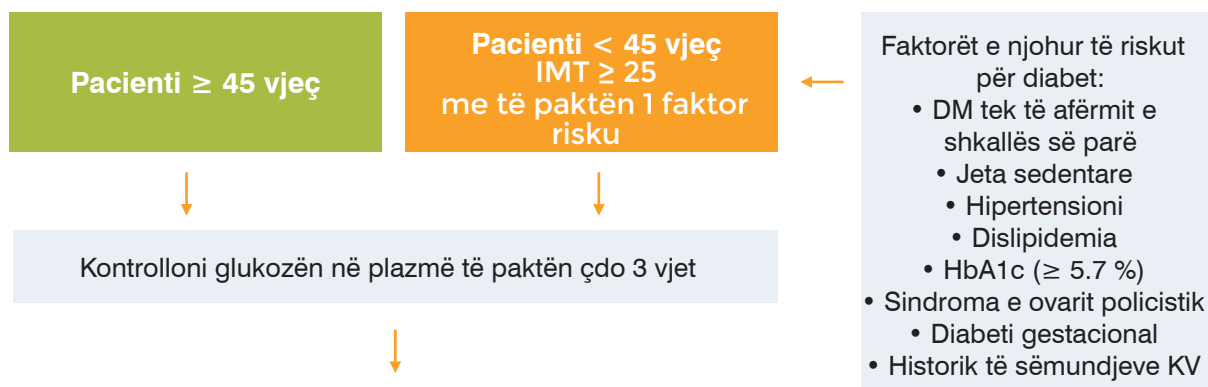
**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË
DHE MBROJTJES SOCIALE



Diabeti, kontrolli dhe diagnoza



	Normal	Prediabet	Diabet
HbA1c	< 5.6 %	5.7 % - 6.4 %	≥ 6.5 %
Glicemia esëll	< 100 mg/dL	100 - 125 mg/dL	≥ 126 mg/dL
Glicemia rastësore ose TTG	< 140 mg/dL	140 - 199 mg/dL	≥ 200 mg/dL

Vlerësimi klinik: Merrni masa për të parandaluar ose trajtuar diabetin dhe ndjekur pacientin.	Anamneza: -Historik i mëparshëm i diabetit -Anamneza familjare -Gjendja nutricionale -Aktiviteti fizik -Vlerësimi psikoso-cial	Ekzaminimi fizik: -Gjatësia -Pesha(IMT) -Tensioni i gjakut -Ekzaminimi okulistik - Ekzaminimi neurologjik - Ekzaminimi i këmbës	Vlerësimi laborator: - LDL, HDL, Trigliceridet - Funkzioni i vesh-kave: mikroalbuminuri kreatininë, eGFR - Tjetër (Elektrolitet, funksioni i heparit)
---	--	--	--

Referime:	-Specialist për kujdesin e syve për ekzaminimin vjetor të syrit -Stomatolog për ekzaminim e plotë dentar dhe periodontal -Planifikim familjar për gratë në moshë riprodhuese -Specialist i shëndetit mendor, nëse indikohet - Endokrinolog nëse është DM Tipi 1, shtatzëni ose HbA1c ≥ 10%	Personat me diabet duhet të marrin kujdes shëndetësor nga një ekip që mund të përfshijë mjekë, infermierë, farmacistë, stomatologë, profesionistë të shëndetit mendor dhe, kur është e mundur, dietologë dhe specialistë të ushtrimeve fizike. Individët me diabet duhet të kujden në mënyrë aktive për veten. Pacienti, familja, mjeku dhe ekipi i kujdesit shëndetësor duhet të hartojnë planin e menaxhimit, i cili përfshin menaxhimin e stilit të jetës.
------------------	---	--

Vlerësimi rutinë i diabetit

		Intervali ndjekjes	Objektivi
LABORATORIK	HbA1c Glukoza në plazmë (kapilare)	3 muaj nëse është gjendje e paqëndrueshme 6 muaj nëse është gjendje e qëndrueshme Vazhdoni me terapinë me insulinë	6.5 - 7 %, ose objektiva të individualizuara (pacientë të moshuar me sëmundje shoqëruese <8.5 %) Para ushqimit 80 - 130 mg/dL Piku pas ushqimit < 180 mg/dL
	LDL	1 / vit	< 100 mg/dL,
	HDL		<70 mg/dL
	Trigliceridet		> 40 mg/dL meshkuj, >50 mg/dL femra < 150 mg/dL
TENSIONI ARTERIAL	mmHg	Kontrolloni në çdo konsultë	< 130/80 (< 140/90 nëse risku KV i ulët)
IMT	kg/m2		≤ 25 (objektiv i individualizuar)
TRAJTIMI JOFARMAKOLOGJIK	Edukimi / Ushqyerja	Diskutojini në çdo konsultë	Objektiva të individualizuara
	Aktiviteti fizik		> 150 min / javë
	Lënia duhanit		Ndalo duhanin
SYTË	Visus & Fundus	Çdo 2 vjet (çdo 1 vit nëse ka retinopati, ose ndiqni këshillat e okulistit)	Për më shumë informacion, këshillohuni me Udhërrëfyesin për Diabetin Mellitus
KËMBËT	Inspektim	Kontrolloni në çdo konsultë	Për më shumë informacion, këshillohuni me Udhërrëfyesin për Diabetin Mellitus
	Gjendja e enëve të gjakut		
	Polineuripati		
FUNKSIONI VESHKËVE	Ekstremitet albuminës	1 / vit	< 30 mg/ditë
	Raporti Albuminë/ Kreatinë		< 30 mg/g

Pas diagnostikimit, filloni menaxhimin e stilit të jetës, vendosni objektivin e HbA1c dhe filloni terapinë farmakologjike bazuar në HbA1c:

Prediabet

Menaxhimi i stilit të jetesës

EDUKIMI
USHQYERJA
RËNIA NË PESHË
AKTIVITETI FIZIK

Nëse HbA1c është $\leq 8,5\%$, **konsideroni monoterapinë**

Nëse HbA1c është $\geq 8,5-9\%$, **konsideroni terapinë e dyfishtë**

HbA1c është $\geq 9\%$, glukozja në gjak është ≥ 300 mg/dL ose pacienti është dukshëm simptomatik, **konsideroni terapinë e kombinuar me injeksion**

Monoterapi Menaxhimi i stilit të jetesës + Metformin

EFIKASITETI	i lartë
HIPOGLICEMIA	risk i ulët
PESHA	neutrale/humbje
EFEKTET ANËSORE	GI/acidozë laktike
KOSTOJA	e ulët

Nëse HbA1c është më e lartë se 7% ose objektivi nuk është arritur pas afërsisht 3 muajsh me monoterapi, procedoni me terapinë e kombinuar me 2 medikamente.

Terapi e dyfishtë Menaxhimi i stilit të jetesës + Metformin + Agjent shtesë

	Sulfanilure	Tiazolidinedione	Inhibitorët e DPP-4	Inhibitorët e SGLT2	Agonistët e rec. GLP-1	Insulinë (bazale)
EFIKASITETI	i lartë	i lartë	i moderuar	i moderuar	i lartë	i lartë
HIPOGLICEMIA	risk i moderuar	risk i ulët	risk i ulët	risk i ulët	risk i ulët	risk i moderuar
PESHA	shtim	shtim	neutrale	rënie	rënie	shtim
EFEKTET ANËSORE	hipoglicemi	edemë, IK, fxs	të rralla	GU, dehidrim, fxs	GI	hipoglicemi
KOSTOJA	e ulët	e ulët	e lartë	e lartë	e lartë	e ulët
PREFEROHET NË				IK ose SRK	SAK	
	KOSTO E ULËT					
AVANTAZHET		MINIMIZON HIPOGLICEMINË				
				NXIT RËNIEN NË PESHË OSE MINIMIZON SHTIMIN NË PESHË		

Nëse HbA1c është më e lartë se 7% ose objektivi nuk është arritur pas afërsisht 3 muajsh me terapi të dyfishtë, procedoni me terapinë e kombinuar me 3 medikamente.

Terapi e trefishtë Menaxhimi i stilit të jetesës + Metformin + 2 Agjentë shtesë

Sulfanilure +	Tiazolidinedione +	Inhibitorët e DPP-4 +	Inhibitorët e SGLT2 +	Agonist. e rec. GLP-1 +	Insulinë (bazale) +
TZD	SU	SU	AR-GLP-1	i-SGLT2	TZD
ose i-DPP-4	ose i-DPP-4	ose i-SGLT2	ose TZD	ose TZD	ose i-DPP-4
ose i-SGLT2	ose i-SGLT2	ose TZD	ose i-DPP-4	ose SU	ose i-SGLT2
ose AR-GLP-1	ose AR-GLP-1	ose Insulinë [§]	ose SU	ose Insulinë [§]	ose AR-GLP-1
ose Insulinë [§]	ose Insulinë [§]		ose Insulinë [§]		

Nëse HbA1c është më e lartë se 7% ose objektivi nuk është arritur pas afërsisht 3 muajsh me terapi të trefishtë, procedoni me terapinë e kombinuar me injeksion.

Kombinim i terapisë së injektueshme

Renditja në tabelë përcaktohet nga disponueshmëria dhe mënyra tradicionale e administrimit, me injeksionet në të djathtë; ajo nuk ka për qëllim të përcaktojë ndonjë preferencë specifike. Paraqiten sekuenca të mundshme të terapisë antihyperglicemike për pacientët me diabet të tipit 2, me kalimin e zakonshëm që lëviz vertikalisht nga lart poshtë (megjithëse lëvizja horizontale brenda fazave të terapisë është gjithashtu e mundshme, në varësi të rrethanave). Ndryshimet e stilit të jetës duhet të theksohen së bashku me terapinë farmakologjike.

HbA1C: hemoglobinë e glukozuar; DPP-4: dipeptidyl peptidase-4; SGLT2: sodium-glucose co-transporter 2; GLP-1: glucagon-like peptide-1; TZD: thiazolidinedione; SU: sulfonilurea; DPP-4-i: DPP-4 inhibitor; SGLT2-i: SGLT2 inhibitor; GLP-1 RA: GLP-1 receptor agonist; NPH: neutral protamine hagedorn.

[§]Zakonisht insulinë bazale (NPH, glargine, detemir).

SAK: Sëmundje kardiovaskulare, aterosklerozë; IK: Insuficiencë kardiake; SRK: sëmundje renale kronike GI: Gastrointestinal; GU: Genitourinarë; fxs: Fraktura

Filloni insulinën bazale Zakonisht me metforminë +/- agjent tjetër joinsulinik

Kur të fillohet: HbA1c > 9 %, Komplikacione kronike, shtatzëni, përpara një operimi të rëndë, historik i gjatë me diabet, anti-diabetikët oralë të kundërlindikuar

Filloni: 10 U/ditë ose 0.1-0.2 u/kg/ditë

Kontrolloni: Glukozën esëll zakonisht çdo ditë gjatë titrimit, pastaj reduktoni shpeshtësinë

Rregulloni: 10-15% ose 2-4 njësi një ose dy herë në javë për të arritur vlerën e synuar të glicemisë esëll

Për hipo: Përcaktoni dhe trajtoni shkaku; nëse nuk ka arsye për hipo, ↓ dozoni me 4 njësi ose 10-20%

**Nëse HbA1c nuk kontrollohet,
konsideroni terapinë e
kombinuar me injeksion**

Shtoni 1 injeksion insulinë me veprim të shpejtë para vaktit kryesor

Filloni: 4 njësi ose 0.1 U/kg
Nëse HbA1c < 8 % konsideroni ↓
e insulinës bazale me të njëjtën sasi
Rregulloni: ↑ dozën me 1-2 njësi ose
10-15 % një ose dy herë në javë deri të
arrini objektivin e VMGGj*
Për hipo: Përcaktoni dhe trajtoni
shkakun; nëse nuk ka ndonjë arsye të
qartë për hipo, jepni dozën
↓ korresponduese me 2-4 njësi ose
10-20 %

**Nëse nuk kontrollohet
HbA1c, kaloni në
basal-bolus**

Shtoni ≥ 2 injeksione insulinë me veprim të shpejtë para vakteve

Filloni: 4 UI ose 0.1 U/kg
Nëse HbA1c < 8 %, konsideroni
uljen e insulinës bazale me të
njëjtën sasi

Shtoni GLP-1 RA

Nëse nuk tolerohet, ose
nuk arrihet objektivi i
HbA1c, kaloni në
skemën me 2
injeksione insulinë

**Kontrolloni glukozën para
drekës, para darkës dhe
para se të flini.**

Ndërrojeni me insulinë të parapërzier dy herë në ditë (përpara mëngjesit dhe darkës)

Filloni: Ndani dozën aktuale
bazale në $\frac{2}{3}$ M** dhe $\frac{1}{3}$ D** ose $\frac{1}{2}$ M dhe $\frac{1}{2}$ D
Rregulloni: ↑ dozën me 1-2 njësi
ose 10-15 % një ose dy herë në
javë deri të arrini objektivin e
VMGGj
Për hipo: Përcaktoni dhe trajtoni
shkakun; nëse nuk ka ndonjë
arsye të qartë për hipo, jepni
↓ dozën korresponduese me 2-4
njësi ose 10-20%

**Nëse nuk kontrollohet
HbA1c, kaloni në
injeksionin 3**

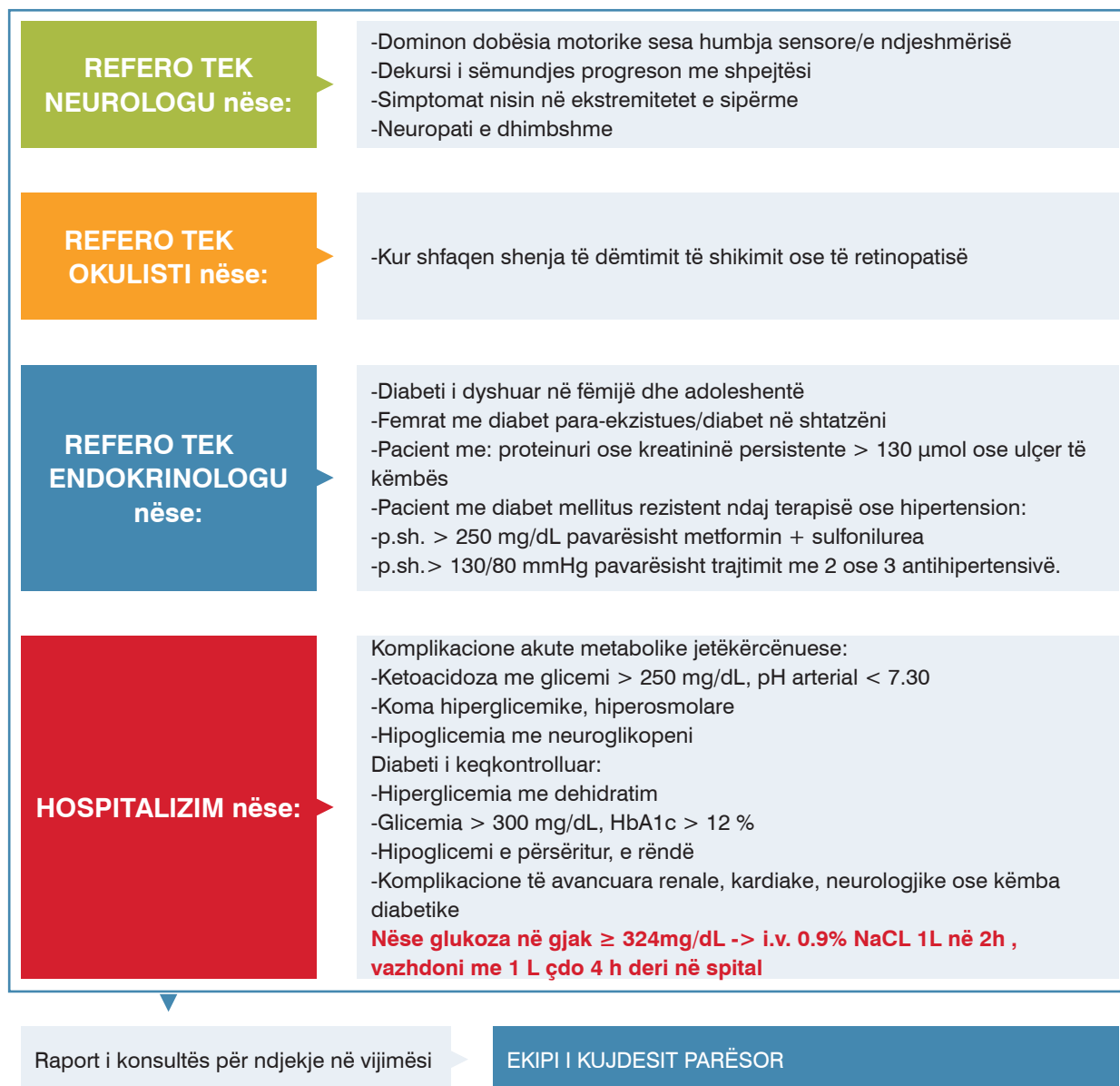
Shtoni një injeksion të tretë të insulinës së para-përzier (mëngjes, drekë, darkë)

Filloni: Një injeksion shtesë
përpara vaktit të drekës

Referim te endokrinologu nëse ka hiperglicemi rezistente

VMGGj: Vetëmonitorimi i glukozës në gjak
M**: Mëngjes, D**: Darkë

Kujdesi i vazhdueshëm për diabetin dhe referimi



Algoritmi i Konsultimit për Diabetin nga Largësia

1. Organizimi

- Përgatituni dhe përcaktoni se si do të lidheni - shiko kartelën mjekësore të pacientit
- Telefonatë me audio
- Telefonatë me video (për sëmundje të rëndë, për pacientët anksioz, për sëmundje bashkëshoqëruese, pacientët me vështirësi në dëgjim)

2. Lidhja

- Kontrolloni videon dhe audion
 - P.sh. Mund të më dëgjoni/shihni?
- Konfirmoni identitetin e pacientit
 - Emri
 - Data e lindjes
- Kontrolloni se ku ndodhet pacienti
 - Ku ndodheni aktualisht?
- Shënoni numrin e telefonit të pacientit në rast se lidhja shpëputet
- Nëse është e mundur, sigurohuni që pacienti të ketë privatësi

3. Filloni

- Vlerësimin e shpejtë
 - Nëse pacienti duket shumë i sëmurë kaloni direkt te pyetjet klinike kyçe
- Përcaktoni atë çka pacienti pret nga konsultimi, si:
 - Vlerësim klinik, Referim, Këshillim

4. Anamneza

- Vlerësoni simptomat akute nëse janë të pranishme
- Dokumentoni të dhënat nga vetë-monitorimi i glukozës
- Pyesni mbi trajtimin farmakologjik dhe diskutoni compliancën me trajtimin
- Rishikoni dhe konfirmoni rezultatet e testeve laboratorike nga vizitat e mëparshme.

5. Ekzaminimi

- Nëpërmjet telefonit
- Kërkojini pacientit t'ju përshkruajë simptomat nëse ka (etje, lodhje, nokturi, poliuri, ndryshime të shikimit, probleme të këmbëve, episode të hipoglicemisë)
- Pacienti mund të jetë në gjendje të kryejë vetë matjet nëse i ka instrumentet në shtëpi: Peshë, Tension Arterial, Puls, Nivel i glukozës
- Nëse keni nevojë për më shumë informacion mund të përdorni videon për të inspektuar pacientin apo procedurat që ai po kryen

6. Veprime

- Kur është e mundur, trajtojeni pacientin me medikamentet që ka tashmë në shtëpi
- Këshillojeni dhe edukojeni pacientin në bazë të informacionit të marrë gjatë vizitës
- Organizoni vizitën ndjekëse në bazë të të dhënave të pacientit dhe testeve depistuese të nevojshme
- Shënoni gjithçka që diskutuat me pacientin në kartelën mjekësore

7. Ndjekje në Q.Sh

- Është e nevojshme të kryhet një ekzaminim fizik më i detajuar: Ndërlikime të diabetit, sëmundje të reja bashkëshoqëruese
- Është e nevojshme të kryhen teste laboratorike
- Të dhënat nga vetë-monitorimi tregojnë se është i nevojshëm intensifikimi i trajtimit
- Simptomat sugjerojnë një përkeqësim të sëmundjeve bashkëshoqëruese, psh hipertension jo mirë i kontrolluar
- Lajmëroni Shërbimin e urgjencës nëse pacienti përjeton tremor, palpitacione, ankth, djersitje profuze, marrje mendsh, konfuzion, konvulsione, përgjumje, letargji, hemiparezë, hemianopsi.

