



# **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. Artanca 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**

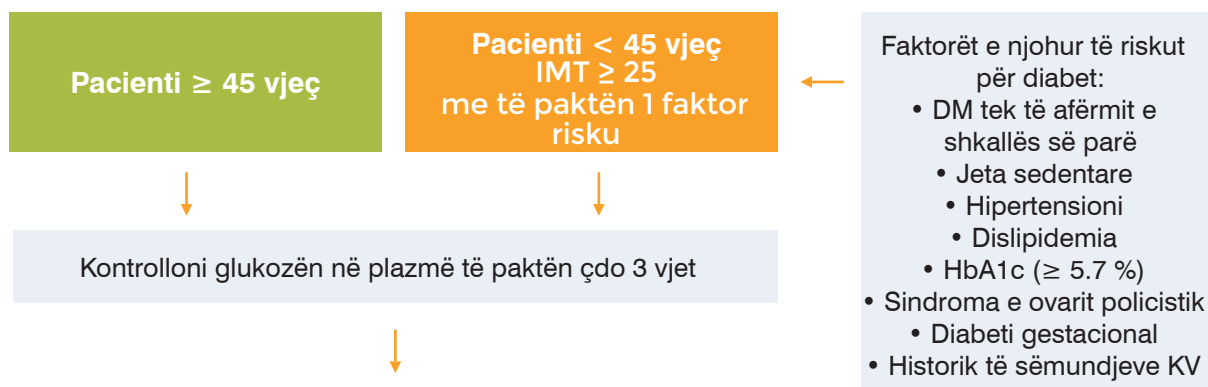


REPUBLIKA E SHqipërisë  
MINISTRIA E SHëndetësisë  
DHE MBROJTJES SOCIALE



**HAP**  
health for all project

# Diabeti, kontrolli dhe diagnoza



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

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

<b>Referime:</b>	-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 $\geq 10\%$	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, <70 mg/dL
	HDL 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/m <sup>2</sup>		≤ 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
	Gjëndja e enëve të gjakut		
	Polineuripati		
FUNKSIONI VESHKËVE	Ekstremi i 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 ≤ 8,5 %, konsideroni monoterapinë

Nëse HbA1c është ≥ 8,5-9 %, konsideroni terapinë e dyfishtë

HbA1c është ≥ 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	neutrale	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	
AVANTAZHET	KOSTO E ULËT		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 <sup>§</sup>	ose SU	ose Insulinë <sup>§</sup>	ose AR-GLP-1
ose Insulinë <sup>§</sup>	ose Insulinë <sup>§</sup>		ose Insulinë <sup>§</sup>		

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.

<sup>§</sup>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 kundëriindikuar  
**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 shkaku; 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 shkaku; 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

## REFERO TEK NEUROLOGU nëse:

- Dominon dobësia motorike sesa humbja sensore/e ndjeshmërisë
- Dekursi i sëmundjes progreson me shpejtësi
- Simptomat nisin në ekstremitetet e sipërme
- Neuropati e dhimbshme

## REFERO TEK OKULISTI nëse:

- Kur shfaqen shenja të dëmtimit të shikimit ose të retinopatisë

## REFERO TEK ENDOKRINOLOGU nëse:

- Diabeti i dyshuar në fëmijë dhe adoleshentë
- Femrat me diabet para-ekzistues/diabet në shtatzëni
- Pacient me: proteinuri ose kreatininë persistente  $> 130 \mu\text{mol}$  ose ulçer të këmbës
- Pacient me diabet mellitus rezistent ndaj terapisë ose hipertension:
  - p.sh.  $> 250 \text{ mg/dL}$  pavarësisht metformin + sulfonilurea
  - p.sh.  $> 130/80 \text{ mmHg}$  pavarësisht trajtimit me 2 ose 3 antihipertensivë.

## HOSPITALIZIM nëse:

- Komplikacione akute metabolike jetëkërcënuese:
- Ketoacidoza me glicemi  $> 250 \text{ mg/dL}$ , pH arterial  $< 7.30$
  - Koma hiperglicemike, hiperosmolare
  - Hipoglicemia me neuroglikopeni
- Diabeti i keqkontrolluar:
- Hiperglicemia me dehidratim
  - Glicemia  $> 300 \text{ mg/dL}$ , HbA1c  $> 12 \%$
  - Hipoglicemi e përsëritur, e rëndë
  - Komplikacione të avancuara renale, kardiake, neurologjike ose këmba diabetike
- Nëse glukoza në gjak  $\geq 324 \text{ mg/dL}$  -> i.v. 0.9% NaCl 1L në 2h , vazhdoni me 1 L çdo 4 h deri në spital**

Raport i konsultës për ndjekje në vijimësi

EKIPI I KUJDESIT PARËSOR



# 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?
- Konfirmimi 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, trajtoni 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.





