

SHKAKTARËT, PASOJAT DHE STRATEGJITË PËR TEJKALIMIN E INERCISË TERAPEUTIKE TE DIABETI MELLITUS TIP 2



Elton Bahtiri

Profesor i asocuar,
Fakulteti i Mjekësisë,
Universiteti i Prishtinës-

Specialist i Endokrinologjisë
dhe Specialist i Farmakologjisë
Klinike
Qendra Klinike Universitare e
Kosovës

Korrespondenca:
elton.bahtiri@uni-pr.edu

Konteksti dhe definicioni i inercisë terapeutike të diabeti mellitus tip 2

Diabeti mellitus (DM) është një çrregullim metabolik kronik i karakterizuar nga hiperglikemia e vazhdueshme, menaxhimi i së cilës kërkon qasje multidimensionale për të arritur dhe mbajtur kontrollin adekuat të glikemisë, që është thelbësore në parandalimin e shfaqjes apo avancimit të ndërlikimeve të ndërlidhura me diabetin. Sipas vlerësimeve të fundit të publikuara nga Federata Ndërkombëtare e Diabetit (IDF Diabetes Atlas, 10-th edition), rreth 537 milionë të rritur të moshës 20 deri në 79 vjeç kishin këtë sëmundje në vitin 2021, gjë që e konfirmon atë si një ndër emergjencat shëndetësore globale me rritjen më të shpejtë të shekullit 21.

Qëllimet e trajtimit të diabetit mellitus janë: 1) eliminimi i simptomave të shkaktuara nga hiperglikemia, 2) reduktimi ose eliminimi i ndërlikimeve afatgjata mikrovaskulare ose makrovaskulare të diabetit, dhe 3) krijimi i mundësisë që pacienti të ketë një mënyrë jetese sa më normale që të jetë e mundur. Zakonisht, simptomat e diabetit zhduken kur glikemia është < 11.1 mmol/l dhe, si rrjedhojë, pjesa kryesore e trajtimit të diabetit mellitus përqendrohet në arritjen e qëllimit të dytë dhe të tretë.

Në mënyrë optimale, glikemia esëll dhe para ngrënies është 3.9 deri në 7.2 mmol/l dhe pas ngrënies deri në 7.8 mmol/l. Në këtë mënyrë, HbA1c (hemoglobina e glikoziluar) zvogëlohet deri në 7%, gjë që rekomandohet nga udhërrëfyesit kombëtar dhe ndërkombëtar në shumicën e të sëmurëve me diabet mellitus tip 2, duke përdorur metforminën si trajtim farmakologjik të linjës së parë në momentin e vendosjes së diagnozës së bashku me ndryshimet e stilit të jetesës. Synime më rigorozë të HbA1c prej 6.0 deri në 6.5% rekomandohen në të prekurit e moshës më të re, kohëzgjatje më të shkurtër të sëmundjes së sheqerit, pritshmëri për jetëgjatësi më të gjatë dhe pa sëmundje të rëndësishme kardiovaskulare, dhe që i arrijnë këto vlera pa hipoglikemi të konsiderueshme ose efekte të tjera anësore të trajtimit. Vlerat mesatare të synuara të HbA1c prej 7.5 deri në 8.0% rekomandohen për pacientët e prirë për hipoglikemi, të moshuar, me ndërlikime mikrovaskulare ose makrovaskulare, ata me sëmundje bashkëshoqëruese dhe me kohëzgjatje më të gjatë të sëmundjes.

Nëse nivelet e HbA1c mbeten mbi vlerat e synuara, mund të shtohen medikamente antidiabetike orale shtesë. Përveç kësaj, standardet e kujdesit të Asociacionit Amerikan të Diabetit (ADA) përmbajnë një algoritëm se cilat medikamente do të përdoren si terapi shtesë pasi të fillojë metformina, së bashku me udhëzimet që këshillojnë rishikimin e HbA1c pas 3-6 muajsh pas fillimit të një medikamenti të ri. Nëse, megjithatë, pas

medikamenteve shtesë, nivelet e HbA1c janë jo adekuate, rekomandohen përparime të mëtejshme në terapi, duke përfshirë insulinën. Këto synime të përgjithshme duhet të individualizohen sipas karakteristikave dhe sëmundjeve shoqëruese të pacientit.

Arsenali farmakologjik për trajtimin e diabetit të tipit 2 është zgjeruar në mënyrë dramatike gjatë 20-30 viteve të fundit. Pas dekadash stagnimi terapeutik kur mundësitë për menaxhimin e hiperglikemisë bazoheshin vetëm në biguanide (metforminë), sulfonilure dhe preparate insulini-ke më të vjetra, në fillim të këtij shekulli janë vënë në dispozicion klasa të reja të barnave antidiabetike. Megjithatë, ky revolucion nuk duket se shoqërohet me një rritje të ndjeshme të numrit të pacientëve me DMT2 që arrijnë, dhe akoma më e rëndësishmja, ruajnë një kontroll të mirë glikemik. Një nga shkaqet themelore të këtij stagnimi është inercia terapeutike.

Termi "inercia klinike" është përdorur fillimisht që para më shumë se 20 vitesh dhe ka nënkuptuar përdorimin e pamjaftueshëm të terapive efektive në parandalimin e ndërlikimeve serioze të diabetit përkundër provave të bollshme në dispozicion që tregojnë përfitimin e këtyre terapive. Më pas është rekomanduar që të mos përdoret ky term, sepse është dokumentuar mirë se inercia nuk është gjithmonë një dështim i klinikistit apo mjekut, por, siç do të shtjellohet në detaje më poshtë, shpesh lidhet me faktorët e pacientit ose faktorët e sistemit shëndetësor. Për rrjedhojë, vitet e fundit, është propozuar "inercia terapeutike" si term më i përshtatshëm për të përshkruar fenomenin në fjalë.

Inercia terapeutike definohet si dështimi për të filluar apo intensifikuar trajtimin kur ka indikacion, ose për të reduktuar apo deintensifikuar atë kur është e nevojshme. Si dukuri është e evidente në të gjitha fazat e trajtimit të DMT2, nga përshkrimi i barit fillestar antidiabetik deri në intensifikimin me insulinë. Inercia terapeutike është një problem i zakonshëm dhe i përhapur, që prek 30-50% të njerëzve me DMT2 të pakontrolluar në mbarë botën. Për më tepër, brenda 12 muajsh pas ngritjes së nivelit të HbA1C mbi pragun e synuar, përqindja e pacientëve që u intensifikohet terapia është < 50%. Disa studime kanë dokumentuar vonesa në intensifikimin e terapisë për pacientët që nuk përmbushin synimet e tyre të glikemisë (si më lart). Sipas një rishikimi sistematik të vitit 2016 mediana për intensifikimin e trajtimit pas identifikimit të vlerave të HbA1c më larta sesa ato të synuara ishte >1 vit (diapazoni prej 0.3 deri në > 7.2 vjet). Një studim kohort retrospektiv i madh i kryer në Mbretërinë e Bashkuar ka treguar që në pacientë me diabet me HbA1c $\geq 7.0\%$, $\geq 7.5\%$ apo $\geq 8.0\%$, mediana e kohës nga këto vlera të HbA1c deri në intensifikimin me një antidiabetik oral ishte 2.9, 1.9 përkatësisht

1.6 vite, në mesin e atyre me një antidiabetik oral, dhe >7.2, >72, përkatësisht >6.9 vite në mesin e atyre me dy antidiabetikë oral. Përveç kësaj, nga studimet, rezultoni që edhe në ata pacientë të cilëve u intensifikohet terapia (me antidiabetikë oral apo insulinë), kjo ndodhë shumë vonë dhe me vlera shumë më të larta të HbA1c se sa rekomandohet. Kësisoj, në një studim që ka vlerësuar inercinë terapeutike në pacientë me DM2 me kontroll suboptimal të sëmundjes, raportohet që mesatarja e HbA1c ndër pacientët që u është intensifikuar terapia ka qenë 9.15% (± 1.5). Këto dhe gjetjet e tjera të ngjashme janë shqetësuese dhe sugjerojnë që udhërrëfyesit kombëtar dhe ndërkombëtar si p.sh. të ADA nuk po zbatohen.

Shkaktarët e inercisë terapeutike

Inercia terapeutike konsiderohet multifaktoriale dhe që lind nga barrierat komplekse që hasen në të gjitha nivelet e kujdesit mjekësor (në nivel të mjekut, pacientit dhe të sistemit shëndetësor), prandaj adresimi i këtyre faktorëve në këto nivele mund të jetë çelësi i tejkalimit të këtij fenomeni (Tabela 1). Mungesa e kohës së mjaftueshme gjatë kryerjes së vizitave, mos përditësimi i njohurive sa i përket menaxhimit të diabetit, konfuzioni i shkaktuar nga udhërrëfyesit, komunikimi i pamjaftueshëm mjek-pacient apo nënvlerësimi i nevojave të pacientit janë disa nga shkaktarët në nivel të mjekut. Nga ana tjetër, inercia mund të rezultojë gjithashtu si pasojë e mohimit të seriozitetit të gjendjes nga ana e pacientit, mosmarrjes fare apo siç është e përshkruar terapia, apo frikës nga efektet anësore të medikamenteve. Ndër barrierat që lidhen me sistemin shëndetësor janë rezistenca ndaj ndryshimeve, burimet e kufizuara financiare apo njerëzore, pamundësia e mbështetjes teknologjike adekuate apo mungesa e regjistrimit të të sëmurve dhe udhërrëfyesve/protokolleve klinike.

Pasojat e inercisë terapeutike

Diabeti mellitus tip 2 është një sëmundje progresive, te e cila periudhat e gjata të kontrollit glikemik joadekuat rrisin rrezikun e zhvillimit të ndërlikimeve mikro dhe makrovaskulare, si dhe rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, prandaj nevojitet një kontroll i rreptë i glikemisë dhe një intensifikim hap pas hapi i terapisë antidiabetike. Inercia terapeutike te diabeti mellitus tip 2, përveç që rritë rrezikun për komplikime afatgjata, ulë cilësinë e jetës dhe rritë shpenzimet e kujdesit shëndetësor, prandaj me qëllim të menaxhimit adekuat të sëmundjes, është jetike që kjo dukuri të identifikohet me kohë dhe të planifikohen

dhe zbatohen masa efektive me qëllim të tejkalimit të inercisë terapeutike

Strategjitë e propozuara për tejkalimin e inercisë terapeutike

Strategjitë që inkorporojnë intervenime multiple të cilat synojnë profesionistët shëndetësor, pacientët, dhe barrierat e sistemit shëndetësor duhet të zbatohen për të adresuar në mënyrë efektive dhe të sigurt inercinë terapeutike, me një theks të veçantë te pacientët më të cenueshëm (Tabela 1). Strategjitë për të tejkaluar inercinë terapeutike mund të kenë një rëndësi të madhe edhe për shkak se menaxhimi i sëmundjeve kronike, duke përfshirë diabetin, gjatë pandemisë COVID-19, nuk ka qenë



Figura 1. Pjesëmarrësve në samitin e inercisë terapeutike më 2018, iu kërkua të rendisin tre fjalët kryesore që përshkruajnë zgjidhjet e mundshme për inercinë terapeutike. Madhësia e fjalëve tregon shpeshësinë relative me të cilën ato janë përmendur.

prioritet i pacientëve dhe/apo sistemeve shëndetësore, duke përqendruar potencialisht inercinë terapeutike.

Ndër strategjitë kryesore të iniciuara viteve të fundit për të adresuar dukurinë e inercisë terapeutike te diabeti mellitus tip 2 është ajo e ADA (Asociacioni Amerikan i Diabetit), e quajtur Tejkalimi i Inercisë Terapeutike (OTI-Overcoming Therapeutic Inertia), si një proces trefazor, ku fillimisht janë mbledhur vendimmarrësit në samitin e mbajtur në vitin 2018 (Fig. 1), më pas është vlerësuar informacioni ekzistues dhe janë caktuar prioritetet, dhe në fund (vitin aktual) është planifikuar zbatimi i zgjidhjeve praktike. Ndonëse definimi i zgjidhjeve praktike në kuadër të kësaj iniciative është në proces e sipër, në literaturë më së shumti përmenden ndërhyrje edukative në nivelin e pacientit, të cilat synojnë t'i pajisin pacientët me njohuri dhe shkathtësi më specifike dhe të përmirësojnë komunikimin me profesionistët shëndetësor. Po aq i rëndësishëm është edhe edukimi i profesionistëve shëndetësor, që synon ofrimin e informacioneve gjithëpërfshirëse dhe të përditësuara për diabetin, përdorimin e opsioneve në dispozicion të trajtimit, duke përfshirë përdorimin e terapisë së kom-

binuar pa vonesa, si dhe individualizimin e trajtimit. Sa i përket nivelit të sistemit shëndetësor, ndër çështjet kryesore që kanë trajtuar strategjitë, përmenden qasja ekipore ndërdisiplinore, hartimi i regjistrit të të sëmurve, hartimi/adaptimi i udhërrëfyesve dhe protokolleve të trajtimit dhe tejkalimi i barrierave financiare (Tabela 1).

Referencat:

1. Andreozzi F et al. Clinical inertia is the enemy of therapeutic success in the management of diabetes and its complications: a narrative literature review. *Diabetol Metab Syndr.* 2020 Jun 17;12:52.
2. Gabbay RA et al. Addressing Therapeutic Inertia in 2020 and Beyond: A 3-Year Initiative of the American Diabetes Association. *Clin Diabetes.* 2020 Oct;38(4):371-3813. *International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: 2021. Available at: https://diabetesatlas.org/.*
4. Karam SL, Dendy J, Polu S, Blonde L. Overview of Therapeutic Inertia in Diabetes: Prevalence, Causes, and Consequences. *Diabetes Spectr.* 2020 Feb;33(1):8-15.
5. Kartoun U et al. Factors associated with clinical inertia in type 2 diabetes mellitus patients treated with metformin monotherapy. *Curr Med Res Opin.* 2019 Dec;35(12):2063-2070.
6. Khunti K et al. Therapeutic inertia in the treatment of hyperglycaemia in patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetes Obes Metab.* 2018 Feb;20(2):427-437.
7. Mata-Cases M, Franch-Nadal J, Gratacòs M, Mauricio D. Therapeutic Inertia: Still a Long Way to Go That Cannot Be Postponed. *Diabetes Spectr.* 2020

	Në nivel të mjekut	Në nivel të pacientit	Të nivel të sistemit shëndetësor
Shkaktarët e inercisë terapeutike	<ul style="list-style-type: none"> •Koha e pamjaftueshme •Mbingarkesa në punë •Sindromi “Burn-out” •Njohuri të pamjaftueshme të udhërrëfyese dhe evidencave shkencore të përditësuara •Mosnjohja e terapive të reja •Dështimi për të vendosur qëllime të qarta •Vështirësi për menaxhimin e terapive më komplekse •Dështimi për të filluar trajtimin •Dështimi për të titruar trajtimin për të arritur qëllimet •Frika nga efektet anësore dhe vështirësitë në menaxhimin e tyre •Dështimi për të identifikuar dhe menaxhuar sëmundjet shoqëruese (p.sh. depresioni) •Kujdesi më tepër reaktiv sesa proaktiv •Nënvlerësimi i nevojave të pacientit •Komunikimi i pamjaftueshëm mjek-pacient 	<ul style="list-style-type: none"> •Mohimi i sëmundjes •Mohimi se sëmundja është serioze •Mungesa e simptomave •Njohuri (literaci) e ulët shëndetësore •Polifarmacia •Regjimi terapeutik shumë kompleks •Efektet anësore të mjekimit •Depresioni ose abuzimi me substancat •Faktorët e stilit të jetesës •Pengesat njohëse, emocionale dhe të sjelljes •Rezistenca psikologjike ndaj inicimit të insulinës 	<ul style="list-style-type: none"> •Mungesa e udhërrëfyeseve klinik •Mungesa e regjistrit të të sëmurëve •Vështirësitë burokratike me barnat e reja •Mbështetje joadekuate teknologjike •Burimet e kufizuara •Rezistenca ndaj ndryshimeve në sistem •Mosplanifikimi i vizitave •Mungesa e kontaktit aktiv me pacientët •Mungesa e qasjes ekipore ndaj kujdesit •Komunikimi i dobët midis mjekëve dhe stafit tjetër •Veprimtari edukative jo e strukturuar
Qasjet potencialisht të dobishme në tejkalimin e inercisë terapeutike	<ul style="list-style-type: none"> •Promovimi i edukimit të vazhdueshëm mjekësor gjatë gjithë jetës •Shtimi i njohurive mjekësore të personelit që merret me trajtimin e diabetit •Përdorimi i protokolleve dhe algoritmeve të trajtimit për të reduktuar pasigurinë e vendimeve •Komunikimi efektiv mjek-pacient •Komunikimi dhe bashkëpunimi midis profesionistëve shëndetësor •Referimi në institucione shëndetësore të nivelit më të lartë 	<ul style="list-style-type: none"> •Edukimi i vazhdueshëm për të përmirësuar vetëmenaxhimin (p.sh.: për efektet anësore, administrimin e terapisë, përshtatjen e dozës së insulinës). •Thjeshtimi i regjimeve të trajtimit •Përdorimi i medikamenteve me më pak efekte anësore, sidomos atyre me më pak efekt në peshë dhe rreziqe hipoglikemie •Trajtimi i çështjeve psikosociale 	<ul style="list-style-type: none"> •Mundësimi i aktivitetit edukativ të strukturuar dhe të vazhdueshëm për stafin dhe pacientët •Hartimi/adaptimi i udhërrëfyeseve dhe protokolleve të trajtimit •Krijimi i regjistrit të të sëmurëve dhe përdorimi i të dhënave elektronike mjekësore •Programet e skringut dhe referimit •Tejkalimi i mungesës së kohës së mjekëve përmes ofrimit të mundësive të teknologjisë informative shëndetësore (telemjekësia) •Ofrimi i modeleve të pagesës sipas performancës, përmes indikatorëve specifik •Kordinimi midis stafit shëndetësor (p.sh. me farmacistët dhe infermierët) •Kordinimi më i mirë i institucioneve spitalore dhe jashtëspitalore •Qasjet holistike të trajtimit me pacientin në qendër •Tejkalimi i barrierave financiare dhe zvogëlimi i kostos nga xhepi i pacientit