

DERLEME / REVIEW

Diyabette Tıbbi Bakım Standartlarında Değişiklikler

Changes in Standards of Medical Care in Diabetes

Selden GÜL, Hem.¹, Elif ÜNSAL AVDAL, Doç. Dr.², Simge ÖNAL, Hem.³, Bumin Nuri DÜNDAR, Prof. Dr.⁴, Banş Önder PAMUK, Prof. Dr.⁵, Zehra DOĞAN, Dr. Öğretim Üyesi⁶

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Öğrencisi

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Öğretim Üyesi

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Öğrencisi

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Öğretim Üyesi

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Öğretim Üyesi

⁶İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Öğretim Üyesi

Kabul tarihi/Accepted: 25.10.2019

İletişim/Correspondence:

Elif ÜNSAL AVDAL, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

E-posta: elifunsal2003@yahoo.com

Özet

Tüm dünyada prevalansı giderek artan Diabetes Mellitus; kronik hiperglisemi ile birlikte karbonhidrat, yağ, protein metabolizmasında bozulmayla karakterize metabolik bir hastalıktır. Diyabetin yönetiminde akut ve kronik komplikasyonların önlenmesinde etkili yöntem diyabetliye kazandırılması gereken öz yönetim eğitimleri olarak literatürde vurgulanmaktadır. Diyabet sonuçlarını iyileştirmek için çeşitli yöntemleri destekleyen pek çok önemli kanıt mevcuttur. Amerikan Diyabet Birliği'nin "Diyabette Tıbbi Bakım Standartları", sağlık profesyonellerine, klinisyenlere, hastalara, araştırmacılara ve diğer kişilere diyabet bakımının bileşenlerini, genel tedavi hedeflerini sunmayı amaçlamaktadır. Amerikan Diyabet Birliği, tüm bu kişiler için 25 yıldan uzun süredir en güncel bakım standartlarını her yıl kılavuz olarak yayınlamaktadır. Amerikan Diyabet Birliği'nin klinik uygulama önerileri, diyabetli bireylere önem veren sağlık profesyonelleri için önemli kaynaklar olarak görülmektedir. Bu çalışmada amaç ADA'nın 2019 kılavuzunda nelerin değiştiğini ve nelerin ne amaçla eklendiğini ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Diyabette bakım standartları, ADA kılavuzu, bakım önerileri.

Abstract

Diabetes Mellitus, whose prevalence is increasing all over the world, is a metabolic disease characterized by chronic hyperglycemia as well as carbohydrate, fat and protein metabolism disorders. The most effective method to prevent acute and chronic complications in the management of diabetes is emphasized in the literature as self-management trainings that should be taught to diabetics. There is some important evidence supporting various methods to improve diabetes outcomes. The American Diabetes Association's Standards of Medical Care in Diabetes aims to provide health professionals, clinicians, patients, researchers and others with the components of diabetes care and the overall treatment goals. The American Diabetes Association has published the most up-to-date care standards annually as a guide for these people for more than 25 years. The American Diabetes Association's clinical practice recommendations are seen as important resources for health professionals who care for diabetic people. This study aims to reveal what has changed in The American Diabetes Association's 2019 guideline, what has been added, and for what purpose.

Keywords: Diabetes care standards, ADA guidelines, care recommendations.

Giriş

Tüm dünyada prevalansı giderek artan Diabetes Mellitus (DM), kronik hiperglisemi ile birlikte karbonhidrat, yağ, protein metabolizmasında bozulmayla karakterize metabolik bir hastalıktır. Diyabet Tüm dünyada mortalite ve morbiditelerin en önemli nedenidir (Botello, Gonzalez, Mathiew & Salinas, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünya genelinde %90'ı Tip 2 DM olmak üzere 346 milyondan fazla diyabetli birey vardır ve diyabetin 2030 yılına kadar dünyadaki ölüm nedenlerinden yedincisi

olacağı tahmin edilmektedir (Durhane & Francis, 2013). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) Avrupa'da 2013'te 659 milyon olan diyabetli nüfusun 2035'te 669 milyon olacağını tahmin etmektedir, 2040'ta ise her 10 yetişkinden 1'i diyabet hastası olacağını öngörmektedir.

Diyabetin yönetiminde esas yapılması gereken kısa ve uzun dönemde diyabetli bireyde gelişebilecek komplikasyonları önlemektir. Bu komplikasyonların önlenmesinde de

en etkili yöntem diyabetliye kazandırılması gereken öz yönetim eğitimleri olarak literatürde vurgulanmaktadır (Ali, Bai, Sherifali & Viscardi, 2016). Diyabetli bireylerin öz yönetim eğitiminde; yaşam kalitesini sürdürmek, risk etkenlerini kontrol altına almak, hastalık belirtilerini yönetmek ve komplikasyonların sıklığını azaltmak sağlık profesyonellerinin temel hedefidir (Çapoğlu, Çayköylü & Yıldırım, 2018).

Amerikan Diyabet Birliği'nin (ADA) "Diyabette Tıbbi Bakım Standartları", sağlık profesyonellerine, klinisyenlere, hastalara, araştırmacılara ve diğer kişilere diyabet bakımının bileşenlerini, genel tedavi hedeflerini sunmayı amaçlamaktadır. ADA, başta sağlık profesyonelleri olmak üzere tüm bu kişiler için 25 yıldan uzun süredir en güncel bakım standartlarını her yıl kılavuz olarak yayınlamaktadır. ADA'nın klinik uygulama önerileri, diyabetli bireylere önem veren sağlık profesyonelleri için önemli bir kaynaktır. ADA'nın Profesyonel Uygulama Komitesi (PPC); doktorlardan, diyabet eğitimcilerinden ve yetişkin/ pediatrik endokrinoloji, epidemiyoloji, halk sağlığı, lipid araştırması, hipertansiyon, prenatal planlama ve gestasyonel bakım gibi çeşitli alanlarda uzmanlığa sahip diğerlerinden oluşan çok disiplinli bir uzman komitesidir ve bu komite bakım standartlarının geliştirilmesinden sorumludur (ADA 2019).

ADA'nın 2019 kılavuzunda yer alan 15 bölümün her birinde güncellemeler yapılmıştır. Bu bölümler; bakımın geliştirilmesi ve toplumun sağlığa teşvik edilmesi, diyabetin sınıflaması ve tanımlanması, tip 2 diyabetin önlenmesi ve geciktirilmesi, kapsamlı tıbbi değerlendirme ve komorbidite değerlendirmesi, yaşam tarzı yönetimi, glisemik hedefler, diyabet teknolojisi, tip 2 diyabet tedavisinde obezitenin yönetimi, glisemik tedavide farmakolojik yaklaşımlar, kardiyovasküler hastalık ve risk yönetimi, mikrovasküler komplikasyonlar ve ayak bakımı, yaşlı yetişkinler, çocuk ve ergenler, gebelikte diyabet yönetimi, hastanede diyabet bakımındır.

Bu çalışmada tüm bu başlıklar kapsamında ADA'nın 2019 kılavuzunda nelerin değiştiği ve nelerin ne amaçla eklendiği ortaya konulmuştur.

Bakımın Geliştirilmesi ve Toplumun Sağlığa Teşvik Edilmesi

Diyabette tıbbi bakım standartlarının bu bölümüne diyabetin finansal maliyetleri hakkında bireylere ve topluma ait bilgiler eklenmiştir. Diyabet, bireylere ve topluma önemli mali yükler getirmektedir. 2017 yılında tespit edilen diyabetlilerin yıllık maliyetinin 327 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Bu maliyetin 237 milyar doları doğrudan tıbbi ödemeler ve 90 milyar doları ise azaltılmış verimlilik maliyetidir. Bu durum artan diyabet prevalansına ve diyabetli kişi başına düşen maliyete bağlanmaktadır. Maliyetleri azaltmak ve optimize edilmiş bakımı sağlamak için nüfus sağlığı stratejilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Teletıp, diyabet hastalarının bakımına erişimini artırabilecek önemli bir alan olduğundan, bu konu da kılavuza eklenmiştir. Teletıp, sağlıkla ilgili hizmetlerin ve klinik bilgilerin uzaktan sunulmasını kolaylaştırmak için telekomünikasyon kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Kanıtların artmasıyla çeşitli teletıp yöntemlerinin, tip 2 diyabetli bireylerde, normal bakım ile karşılaştırıldığında veya normal bakıma ek olarak Hemogloblin A1c değerinin

düşürülmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Kırsal kesimde yaşayanlar veya sağlık hizmetlerine erişemeyenler için, özellikle de A1C tarafından belirlenen glisemik kontrol ile ilgili olarak, teletıp etkinliğine yönelik kanıtlar artmaktadır.

"Bakım maliyetlerini azaltmak için uzman bir diyabet yönetim ekibine danışılmalıdır."

Diyabetin Sınıflaması ve Tanımlanması

Amerikan Diyabet Birliği 2018 kılavuzunda aynı ya da farklı iki kan örneğinde tek anormal sonuç diyabet tanısına götürürken, 2019 kılavuzunda tanı için aynı numunede iki anormal test sonucu gerektiği belirtilmektedir.

2019 kılavuzuna göre A1C test doğruluğunu etkileyen faktörlere bakılacak olursa; orak hücre anemisi, hamilelik (ikinci ve üçüncü trimesterler), glukoz-6-fosfat dehidrojenaz eksikliği, hemodiyaliz, yakın zamanda kan kaybı veya transfüzyon veya eritropoetin tedavisi gibi artmış kırmızı kan hücresi devriyle ilgili durumlarda, diyabet tanısında sadece plazma kan glukoz kriterleri kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır. A1C; postpartum dönem, belirli ilaçlarla tedavi edilen HIV ve demir eksikliği anemisi gibi diğer durumlarda kan şekeri ölçümünden daha az güvenilir olarak belirtilmektedir.

Tip 2 Diyabetin Önlenmesi ve Geciktirilmesi

Bu bölüm tip 2 diyabetin ilerlemesini daha iyi yansıtabilecek şekilde, 2018 kılavuzunda 5. bölümde iken 2019 kılavuzunda 3. bölüme taşınmıştır. Bu bölümde Yaşam Tarzı Yönetimi bölümünün önünde bulunmaktadır.

Beslenme bölümü, fazla kilolu veya şişmanlığı olan tip 2 diyabet gelişimi için yüksek risk altındakiler için kilo kaybının önemini vurgulamak için güncellenmiştir. Yaşam tarzı değişiklikleri yoluyla kilo kaybının tek başına uzun süre sürdürülmesi zor olabileceğinden, kilo kaybı tedavisi alan kişiler devam eden desteğe ve gerektiğinde ek tedavi seçeneklerine (farmakoterapi gibi) erişebilmelidir. Ek olarak, kanıtlar, tam tahıllara, baklagillere, kuruyemişlere, meyvelere ve sebzelere ve en az rafine edilmiş ve işlenmiş yiyeceklerle vurgu yaparak (Alternatif Sağlıklı Beslenme Endeksi ile ölçüldüğü gibi) tüketilen gıdaların genel kalitesinin de önemli olduğunu göstermektedir. Daha yüksek miktarda fındık, çilek, yoğurt, kahve ve çayın diyabet riskinin azalmasıyla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Buna karşılık, kırmızı etler ve şekerli tatlandırılmış içecekler, tip 2 diyabet riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur.

Amerikan Diyabet Birliği 2019 kılavuzuna tütün kullanımı ve bırakma ile ilgili bir bölüm eklenmiştir. Sigara kullanımı tip 2 diyabet riskini artırabileceğinden, tütün kullanımı için değerlendirme ve tütün bırakma başvurusu, belirtilmişse, diyabet riski taşıyan kişiler için rutin bakımın bir parçası olmalıdır. Sigarayı bıraktıktan hemen sonraki yıllarda diyabet riski artabilir, bu nedenle bu hastalarda diyabet gelişimi izlenmelidir.

Kapsamlı Tıbbi Değerlendirme ve Komorbidite Değerlendirmesi

Diyabet ve İletişim ile ilgili yeni bir fikir birliği (konsensus)

raporuna dayanarak, sağlık uzmanlarının diyabetlilerle diyabet hakkında konuşabilmelerine ve iletişim kurabilmelerine rehberlik etmek için diyabetli bireyleri ve sağlık profesyonellerini bilgilendirici, güçlendirici ve eğitici yeni bir metin eklenmiştir. Amerikan Diyabet Birliği (ADA) ve Amerikan Diyabet Eğitimcileri Derneği, "Diyabet Bakımında ve Eğitimde Dilin Kullanımı" adlı fikir birliği raporunda diyabet hakkında konuşurken, sağlık profesyonelleri tarafından dilin kullanımıyla ilgili uzman görüşleri yer almaktadır. Dilin diyabet sonuçları üzerindeki etkisini belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olsa da, raporda dil kullanımı için beş temel öneri yer almaktadır:

1. Doğal, tarafsız, yargısız ve gerçeklere, eylemlere veya fizyoloji / biyolojiye dayalı bir dil kullanın.
2. Utandırma içermeyen bir dil kullanın.
3. Güçlü, saygılı, kapsayıcı ve umut veren bir dil kullanın.
4. Hastalar ve sağlayıcılar arasındaki iş birliğini teşvik eden dili kullanın.
5. Birey merkezli bir dil kullanın ("diyabetik" yerine "diyabetli birey").

Bu bölümde ayrıca, ADA-Avrupa Diyabet Araştırmaları Birliği (EASD) konsensus raporundan, diyabet bakım ve karar döngüsü ile ilgili sağlık raporu hedeflerine ulaşmak için sürekli değerlendirme ve karar verme ihtiyacını vurgulamak için yeni bir şekil eklenmiştir. Ek olarak kapsamlı tıbbi değerlendirmenin bileşenlerini listeleyen tablo revize edilmiştir. Risk değerlendirmesine 10 yıllık aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASCVD) riski dahil edilmiştir. Tedavi ilişkili hipoglisemi riskini artıran faktörleri listeleyen yeni bir tablo eklenmiştir.

Yağlı karaciğer hastalığı bölümü ve karaciğer hastalığının ne zaman test edileceği ile ilgili yeni bir öneri içererek revize edilmiştir. Diyabet, non-alkolik steatohepatit, hepatik fibrozis, siroz ve hepatoselüler karsinomun daha ciddi belirtileri dahil olmak üzere alkolsüz yağlı karaciğer hastalığının gelişimi ile ilişkili olarak belirtilmiştir.

Yaşam Tarzı Yönetimi

Diyabetli bireylerin mevcut beslenme düzenlerinin, tercihlerin ve metabolik hedeflerin kişiselleştirilmesine dayanarak makro besin dağılımının önemi hakkında daha fazla tartışma eklenmiştir. Özellikle düşük karbonhidratlı beslenme alışkanlığı olanlar, hamile ya da emziren diyabetliler, yeme bozukluğu olan, renal bozukluğu olan, sodyum-glukoz ko-transporter 2 inhibitörü alan hastalar için makro besin dağılımı ve yemek planlama bölümlerine ilaveler yapılmıştır. Diyabetli bireyler için en uygun beslenme modelini belirlerken metabolik hedeflerin yanı sıra bireylerin kişisel tercihlerin (gelenek, kültür, din, sağlık inançları, hedefleri, ekonomik durum) de göz önüne alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Beslenme planı oluşturulurken fiziksel aktivite ve ilaç dahil olmak üzere tedavi planını koordine etmek ve uyumu artırmak için bireyin sağlık durumunu, becerilerini, kaynaklarını, gıda tercihlerini ve sağlık hedeflerini dikkate alan kişisel bir beslenme planı oluşturulmalıdır.

Diyabetli bireyleri hem şekerli hem de besleyici olmayan şekerli içeceklerin tüketimini azaltmaya ve su tüketimine

önem vererek diğer alternatifleri kullanmaya teşvik etmek için önerilerde bulunmaktadır. Şekerli içeceklerin (meyve suları dahil) ve "az yağlı" veya "yağsız" gıda ürünlerinin yüksek miktarlarda ve ilave şekerler ile kullanılmaması şiddetle tavsiye edilmektedir.

Besleyici olmayan tatlandırıcıların kullanımı glisemik kontrol üzerinde önemli bir etkiye sahip görünmese de, toplam kalori ve karbonhidrat alımını azaltmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu ürünlerin kilo alımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle diyabetli bireylerin hem şekerli hem de şekerli içecekleri azaltmaları ve diğer alternatifleri kullanmaları teşvik edilmelidir. Sodyum tüketim önerisi, hem diyabet hem de hipertansiyon olanlar için potansiyel olarak belirtilen ilave kısıtlamaları ortadan kaldırmak için değiştirilmiştir. Diyabetli bireylerin sodyum tüketimini <2.300 mg/gün ile sınırlamaları önerilmiştir.

Fiziksel aktivite bölümüne, çeşitli boş zamanlardaki fiziksel aktivitelerden faydalanma, esneklik ve denge alıştırmaları dahil olmak üzere ek tartışmalar eklenmiştir. Günlük egzersiz veya en azından egzersiz seansları arasında iki günden fazla sürenin geçmesine izin vermemek, diyabet tipine bakılmaksızın insülin direncini azaltmak için önerilmiştir. Zamanla, aktiviteler yoğunluk, sıklık ve / veya süre boyunca en az 150 dakika/hafta orta şiddette egzersiz yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.

E-sigara hakkındaki tartışma, kamuoyu algısına daha fazla yer vermek ve sigarayı bırakmaya yardımcı olma konusunda etkili olmamasını kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Son veriler, tütün kullanımının yetişkinlerde olduğu kadar ergenlerde ve diyabetli genç erişkinlerde de kronik hastalık riskini artırdığını göstermektedir. Çalışmalarda diyabetli bireylerde farmakolojik tedavi sigarayı bırakma konusunda danışmanlıktan daha etkili olarak gösterilmiştir. Yeni tanı konan tip 2 diyabetli bireyler sigarayı bıraktıklarında metabolik değişkenlerin hızla iyileştiği ve bir yıl içinde kan basıncı ve idrarda protein atılımında azalma saptanmıştır.

Glisemik Hedefler

Bu bölüm A1C testlerinin glisemik kontrolde merkezde olduğunu vurgulamak için A1C testlerinin tartışılması ile başlamıştır. A1C, glisemik değişkenlik veya hipoglisemi için bir ölçüm sağlamadığından, glisemik değişkenliğe yatkın hastalar için glisemik kontrol sonucu en iyi kendi kendine glikoz ölçüm sonuçları ve A1C'den elde edilen sonuçlar ile birlikte değerlendirilmelidir.

Bu kılavuzda sürekli glikoz monitörizasyonu ve kendi kendine kan glukoz izlemi metni ve önerileri yeni eklenen "Diyabet Teknolojileri" bölümüne taşınmıştır.

Diyabet ilerledikçe ve bireyler yaşlandıkça risklerin ve faydaların değişmesi ile birlikte bireyler için en uygun olan glisemik hedeflerin de değişebileceğini vurgulamak adına zaman içerisinde glisemik hedeflerin yeniden değerlendirmesi tavsiye edilmiştir.

Diyabet Teknolojileri

Bu yeni bölüm daha önce altıncı bölüm olan "Glisemik Hedefler" de yer alan kendi kendine glukoz takibi (SMBG) bölümü, insülin verme cihazlarının (enjektörler, kalemler ve insülin pompaları), sürekli glikoz monitörlerinin, gerçek zamanlı ve aralıklı otomatik insülin dağıtım cihazlarının tartışılmasını içermektedir.

İnsülin kullanmayan diyabetli bireylerde SMBG kullanma önerisi, bu gruptaki glikoz izleminin sınırlı ek bir klinik faydası olduğu belirtildiği için değiştirilmiştir. İnsülin bağımlı olmayan bazı diyabetli bireyler için glikoz izlemenin; diyet, fiziksel aktivite ve ilaç yönetiminin glikoz seviyeleri üzerindeki etkisine dair öngörü sağlayabildiğine vurgu yapılmaktadır.

Tip 2 Diyabet Tedavisinde Obezitenin Yönetimi

Obezitenin yönetimi bölümünde birey için en uygun kilonun elde edilmesi ve sürdürülmesi için ağırlık, aktivite vb. izleminin önemi belirtilmektedir.

Kilo kaybı için tıbbi cihazlara kısa bir bölüm eklenmiş olup, bazı minimal invaziv tıbbi cihazlar yakın zamanda FDA tarafından kısa süreli kilo kaybı için onaylanmıştır. Bu cihazların obezite tedavisi için kullanımı ise henüz etkinliği kanıtlanmadığından bu cihazlar önerilmemektedir. Yüksek maliyet, son derece sınırlı sigorta kapsamı ve diyabetli bireylerdeki araştırma verilerinin yetersizliği göz önüne alındığında, bu cihazlar tip 2 diyabetli bireylerde obezite yönetimi için bakım standardı olarak kabul edilmemektedir. Kılavuzdaki öneriler, belirli bireyler için metabolik cerrahinin uygunluğunu vurgularken diyabet dışındaki komorbiditeleri de göz önüne almanın önemini vurgulayacak şekilde genişletilmiştir.

Glisemik Tedavide Farmakolojik Yaklaşımlar

Tip 2 diyabetin farmakolojik tedavisi ile ilgili bölüm, Ekim 2018'deki Yaşam Standartları güncellemesine göre, bu konudaki ADA-EASD konsensus raporunda yenilenen bilgileri özetleyen şekilde büyük ölçüde değiştirildi. Bu değişiklik, kilit hasta faktörlerinin dikkate alınmasını içerir: a) ASCVD, kronik böbrek hastalığı ve kalp yetmezliği gibi önemli komorbiditeler, b) hipoglisemi riski, c) vücut ağırlığına etkileri, d) yan etkiler, e) maliyetler ve f) hasta tercihleri.

Değişikliklere ek olarak enjekte edilebilir ilaç tedavisine yaklaşım revize edilmiştir. Enjekte edilebilir ilacın daha fazla etkinliğine ihtiyaç duyan çoğu birey için, GLP-1 reseptör agonistinin, insülinin önündeki ilk tercih olması gerektiği önerilmekte ve vurgulanmaktadır.

İnsülin enjeksiyon tekniği bölümüne uygun insülin dozunun ve komplikasyonların önlenmesinin (lipodistrofi vb.) önemini vurgulayan yeni bir bölüm eklenmiştir. Tip 1 diyabet için non-insulin farmakolojik tedaviler bölümü, bunlar genellikle önerilmediğinden kısaltılmıştır.

Kardiyovasküler Hastalık ve Risk Yönetimi

İlk kez, bu bölüm Amerikan Kardiyoloji Koleji tarafından desteklenmektedir. Bu bölüme kalp yetmezliğini, diyabetli bireylerde optimal diyabet bakımını belirlerken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir kalp-damar hastalığı tipi olarak kabul etmek için ek metin eklenmiştir. Kan basıncı önerileri, kardiyovasküler riske dayalı hedeflerin bireyselleştirilmesinin önemini vurgulamak için değiştirilmiştir.

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık risk hesaplayıcısının uygun kullanımına ilişkin bir tartışma dahil edilip genel risk değerlendirmesinin bir parçası olarak ve optimal tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde 10 yıllık ASCVD riskinin değerlendirilmesini içerecek öneriler değiştirilmiştir. Primer korunmada aspirin kullanımına ilişkin öneri ve metin yeni

verilerle güncellenmiştir. Diyabet hastalarında ikincil bir önleme stratejisi ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalık öyküsü olanlarda aspirin tedavisi (75-162 mg/ gün) kullanılması, aterosklerotik kardiyovasküler hastalığı olan ve belirlenen aspirin alerjisi olan hastalar için klopidogrel (75 mg/ gün) kullanılması, aspirin tedavisi (75-162 mg/ gün), artmış kanama riskine karşı birey araştırıldıktan sonra artmış kardiyovasküler risk taşıyan diyabet hastalarında birincil önleme stratejisi olarak düşünülebileceği önerilmektedir. Kalp yetmezliği olan ve olmayan ASCVD hastalarında kardiyovasküler yararı kanıtlanmış ilaçların kullanımını için öneriler eklenmiştir.

Mikrovasküler Komplikasyonlar ve Ayak Bakımı

Tip 2 diyabet ve kronik böbrek hastalığı olan bireylerle, böbrek sonuçları konusunda kanıtlanmış yararı olan ajanları göz önünde bulundurmaları için bir tavsiye eklenmiştir. Tip 2 diyabet ve kronik böbrek hastalığı olan bireyler için, kronik böbrek hastalığı ilerlemesi, kardiyovasküler olaylar veya her ikisinin de riskini azalttığı gösterilen bir SGLT2 inhibitörü veya GLP1 reseptör agonisti kullanılması önerilmiştir.

Kapsamlı bir göz muayenesi için uygun yönlendirmeler yapıldığı sürece, teletıp kullanımının retina taramasında kullanılması önerisi kabul edilmektedir ayrıca etkinlik ve maliyetine dayanarak diyabetli bireylerde nöropatik ağrının tedavisinde kullanılması ve dikkat edilmesi gereken ajanlar listesine Gabapentin eklenmiştir.

Gastroparezi bölümüne ilave tanı yöntemleri eklenmiştir. Düzensiz glisemik kontrolü olan bireylerde veya başka bir neden belirtilmeden üst gastrointestinal semptomları olan bireylerde gastropareziden şüphelenilmelidir. Gastroparezi teşhisinde, özel testler yapılmadan önce gastrik çıkış tıkanıklığı veya peptik ülser hastalığının (özofagogastroduodenoskopi veya midenin baryum çalışmasıyla) organik nedenlerinin dışlanması gerekmektedir. Gastroparezi için tanınan standart, gıda alımından sonra 4 saat boyunca 15 dakikalık aralıklarla sindirilebilir katıların sintigrafisi ile gastrik boşalmanın ölçümüdür. 13C oktanoik asit nefes testi kullanımı uygun bir alternatif olarak ortaya çıkmakta ve önerilmektedir.

Ayak bakımı bölümünde ise diyabetli bireylerin her ziyarette ayaklarını kontrol ettirmeleri önerisi, sadece ülser riski yüksek olanları içerecek şekilde değiştirilip, yıllık kontrollerin ise herkes için yapılması önerilmektedir.

Yaşlı Yetişkinler

Yaşlı yetişkinler için beslenme ve fiziksel aktivite ihtiyaçlarını ve düşünceleri ele almak için yaşam tarzı yönetimi üzerine yeni bir bölüm ve tavsiye eklenmiştir. Farmakolojik terapi tartışmasında, insülin rejimlerinin basitleştirilmesine yardımcı olmak için insülin rejimlerinin hafifletilmesi tartışılmaktadır. Hipoglisemi riski yüksek olan yaşlı erişkinlerde, hipoglisemi riski düşük ilaçların tercih edilmesi, diyabetin aşırı tedavisinden kaçınılması önerilmektedir. Diyabetli yaşlı erişkinlerde ilaç rejiminin basitleştirilmesi ve zayıflatılması/ sınırlandırılması konusunda da yeni bir tablo eklenmiştir.

Çocuk ve Ergenler

Bu bölümün başlangıcına, juvenil başlangıçlı diyabette epidemiyoloji, patofizyoloji, gelişimsel kaygılar ve tedaviye

yanıtın yetişkin diyabetinden farklı olduğunu ve çocuklar-ergenler için önerilen bakımda farklılıklar olduğunu hatırlatan bir giriş bölümü eklenmiştir.

10-12 yaşlarında başlayan tip 1 diyabetli gençlerde düzensiz yeme taraması gerekliliğini vurgulamak için bir öneri eklenmiştir.

Başlangıç ve takip diyabet ziyaretlerinde sigara öyküsünü ortaya çıkarmak ve sigara içenlerde sigarayı bırakma cesaretini vermek oldukça önemlidir. E-sigara kullanımı önerilmemelidir. Sigara içmenin sağlığa olumsuz etkileri gelecekteki kanser ve KVH riski açısından iyi bilinmektedir. Buna rağmen, sigara içme oranları diyabetli gençlerde diyabetsiz gençlere göre anlamlı derecede yüksektir. Diyabetli gençlerde, ilave KVH risk faktörlerinden kaçınmak önemlidir. Sigara içmek albuminüri başlangıcı riskini artırır; bu nedenle, hem mikrovasküler hem de makrovasküler komplikasyonları önlemek için sigaradan kaçınma önemlidir. E-sigaralar dahil olmak üzere sigara içiciliği konusunda cesaret kırıcı olmanın rutin diyabet bakımının önemli bir parçası olduğu vurgulanmaktadır. Küçük çocuklarda, evde sigara dumanına maruz kalmanın, pasif içiciliğin olumsuz etkileri nedeniyle evde değerlendirilmesi ve çocuklukta sigara içenlere maruz kalması durumunda gençlerin sigara içmekten caydırılması oldukça önemli olmaktadır.

Çocuklarda ve ergenlerde tip 2 diyabet tartışması, tarama ve tanı, yaşam tarzı yönetimi, farmakolojik yönetim ve bakımın yetişkin sağlayıcılara geçişi de dahil olmak üzere birçok alanda yeni önerilerle genişletilmiştir.

Tip 2 diyabetli çocuk ve ergenlerde glisemik hedefler, metabolik cerrahi, nefropati, nöropati, retinopati, alkolsüz yağlı karaciğer hastalığı, obstrüktif uyku apnesi, polikistik over sendromu, kardiyovasküler hastalık, dislipidemi, kardiyak fonksiyon testi ve psikososyal faktörler üzerine yeni bölümler ve öneriler de eklenmiştir.

Gebelikte Diyabet Yönetimi

Bu kılavuzda pregestasyonel diyabetli olan kadınların, diyabet ve gebelik sonuçlarını iyileştirmek için multidisipliner bir klinikte bakımlarının yönetilmesi önerilmektedir. Gestasyonel diyabette hiperglisemiyi tedavi etmek için tercih edilen ilaç olarak insülin kullanımına ve metformin-gliburitinin ikisi de plasentayı geçtiğinden birinci sıradaki ajanlar olarak kullanılmaması gerektiği vurgulanmaktadır.

Hastanede Diyabet Bakımı

Hastane geri kabul oranlarını ve bakım maliyetlerini iyileştirme amacıyla sağlık ekibinin, hastanede yatan diyabetli bireyler için mümkün olduğunca uzman bir diyabet ekibine danışmaları yeni bir tavsiye olarak eklenmiştir.

“Diyabet multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirir.”

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak ADA'nın Diyabette Tıbbi Bakım Standartları kılavuzu, yapılan tüm çalışmalar sonucunda en yeni bilgiler göz önüne alınarak sağlık profesyonelleri için sürekli olarak güncellenmektedir. ADA'nın 2019 kılavuzunda da

en güncel bilgiler ve öneriler sağlık profesyonelleri için vurgulanmaktadır. Tüm sağlık profesyonellerinin güncel kılavuzları takip etmeleri, en yeni güncellemeler ışığında hareket etmeleri ve bakım vermeleri önerilebilir.

“Güncel kılavuzların takip edilmesi hastalık yönetimi için önemli ve gereklidir.”

Alana Katkı

Bu derleme, sağlık profesyonelleri için diyabette tıbbi bakım standartları kapsamında en güncel bilgileri ve düzenlemeleri, ADA'nın 2019 kılavuzunda nelerin ne amaçla güncellendiğini bilmelerine ve en yeni bilgiler ışığında hizmet sunmalarına fırsat sağlamaktadır.

Çıkar Çatışması: Bu çalışma ile ilgili olarak herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Ali, R.M., Bai, J.W., Sherifali, D., Viscardi, V. (2016). Evaluating the Effect of a Diabetes Health Coach in Individuals with Type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 40, 85.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2019. *Diabetes Care*, 42 (1), 1–135.
- Botello-García, A., González-Guajardo, E.E., Mathiew-Quiros, Á., Salinas-Martínez A.M. (2015). Clinical Coaching in Primary Care. Capable of Improving Control in Patients with Tip 2 Diabetes Mellitus. *Primary Care Diabetes* 10, 173.
- Çapoglu, İ., Çayköylü, A., Yıldırım, A. (2019). Mental Problems Accompanying Diabetes and Management of Diabetes. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13 (1), 68.
- Durhane, W.R., Francis, P.R. (2013). Health Coaching in Diabetes. Empowering Patients to Self-Manage. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, 42.