

# MENAXHIMI I ASTMËS



# Përmbajtja

<b>1.</b>	<b>Hyrje .....</b>	<b>1</b>
	1.1 Përse është hartuar udhërrëfyesi.....	1
<b>2.</b>	<b>Qëllimi dhe fokusi.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Definicionet .....</b>	<b>3</b>
<b>4.</b>	<b>Epidemiologjia.....</b>	<b>4</b>
<b>5.</b>	<b>Popullata e caktuar : .....</b>	<b>5</b>
<b>6.</b>	<b>Dedikimi i udhërrëfyetit .....</b>	<b>6</b>
<b>7.</b>	<b>Pyetjet shëndetësore .....</b>	<b>7</b>
	7.1 . Diagnostifikim.....	7
	7.2 Trajtim .....	7
	7.3 Menaxhim .....	7
<b>8.</b>	<b>Metodologjia .....</b>	<b>8</b>
<b>9.</b>	<b>Burimet.....</b>	<b>9</b>
<b>10.</b>	<b>Grada e Rekomandimeve dhe niveli i evidencave</b>	<b>11</b>
<b>11.</b>	<b>Pyetjet shëndetësore sipas PICO-formatit .....</b>	<b>13</b>
<b>12.</b>	<b>Konsiderimet gjatë zbatimit të udhërrëfyetit klinik .....</b>	<b>19</b>
<b>13.</b>	<b>Qasja praktike e diagnostifikimit .....</b>	<b>20</b>
<b>14.</b>	<b>Vlerësimi klinik inicial i strukturuar.....</b>	<b>21</b>
	14.1 Simptomete epizodike .....	21
	14.2 Fishkëllima e konfirmuar nga profesionistët shëndetësor me auskultim.....	21
	14.3 Anamneza pozitive për atopi .....	22
	14.4 Mungesa e simptomëve, shenjave apo gjendjet klinike që sugjerojnë diagnozë alternative.....	22
<b>15.</b>	<b>Dallimi në mes SPOK dhe astmës .....</b>	<b>23</b>
<b>16.</b>	<b>Vlerësimi i probabilitetit për astmë në bazë të vlerësimit klinik inicial të strukturuar .....</b>	<b>24</b>
	16.1 Probabiliteti i lartë .....	24
	16.2 Probabiliteti i ulët .....	24
	16.3 Probabiliteti mesatar .....	25
<b>17.</b>	<b>Kriteret diagnostifikuese për referim .....</b>	<b>26</b>
<b>18.</b>	<b>PËRKRAHJA E PACIENTIT PËR VETMENAXHIM TË SËMUNDJES.....</b>	<b>27</b>
<b>19.</b>	<b>ZBATIMI DHE PËRSHTATJA.....</b>	<b>28</b>
<b>20.</b>	<b>IMPLEMENTIMI NË PRAKTIKË .....</b>	<b>29</b>

<b>21.</b>	<b>MENAXHIMI JO FARMAKOLOGJIK.....</b>	<b>30</b>
<b>22.</b>	<b>MENAXHIMI FARMAKOLOGJIK.....</b>	<b>31</b>
	22.1 Menaxhimi farmakologjik .....	32
	22.2 Menaxhimi farmakologjik .....	32
<b>23.</b>	<b>MJETET INHALATORE.....</b>	<b>33</b>
	23.1 Dhënja e beta 2 agonistëve te astma akute.....	33
	23.2 Dhenja e kortikosteroideve te astma stabile .....	33
<b>24.</b>	<b>MENAXHIMI I ASTMËS AKUTE TE TË RRITURIT .....</b>	<b>33</b>
	24.1 VLERËSIMI I ASTMËS SË RËNDË .....	34
<b>25.</b>	<b>VLERËSIMI FILLESTAR I SIMPTOMEVE, SHENJAVE DHE MATJEVE.....</b>	<b>35</b>
<b>26.</b>	<b>MENAXHIMI DHE TRAJTIMI I ASTMËS AKUTE TEK ADULTET .....</b>	<b>36</b>
	26.1 Oksigjeni .....	36
	26.2 Bronhodilatatorët $\beta$ 2 agonist.....	36
	26.3 Terapia steroide.....	36
<b>27.</b>	<b>REFERIMI NË KUJDESIN EMERGJENT .....</b>	<b>37</b>
<b>28.</b>	<b>PËRCJELLJA E PACIENTIT .....</b>	<b>38</b>
<b>29.</b>	<b>MENAXHIMI I ASTMËS AKUTE TE FËMIJËT E MOSHËS 1 VIT E MBI.....</b>	<b>39</b>
<b>30.</b>	<b>KRITERET PËR HOSPITALIZIM .....</b>	<b>40</b>
<b>31.</b>	<b>INICIMI I TRAJTIMIT TE ASTMA AKUTE TE FEMIJET 1 VIT E MBI.....</b>	<b>41</b>
<b>32.</b>	<b>VIJA E DYTË E TRAJTIMIT TË ASTMËS AKUTE TE FEMIJET 1 VIT MBI .....</b>	<b>42</b>
<b>33.</b>	<b>LIRIMI NGA INSTITUCIONI SHËNDETËSOR, PLANIFIKIMI, PËRCJELLJA.....</b>	<b>43</b>
<b>34.</b>	<b>STANDARDET E AUDITUESHME .....</b>	<b>44</b>
<b>35.</b>	<b>REFERENCAT .....</b>	<b>45</b>
<b>36.</b>	<b>PROCESI I ADAPTIMIT.....</b>	<b>46</b>
<b>37.</b>	<b>ALGORITMI.....</b>	<b>47</b>
<b>38.</b>	<b>TRAJTIMI I ASTMËS HAP PAS HAPI.....</b>	<b>48</b>
<b>39.</b>	<b>FJALORI .....</b>	<b>49</b>
<b>40.</b>	<b>SHKURTESAT .....</b>	<b>50</b>

# MENAXHIMI I ASTMËS

## 1. Hyrje

### 1.1 Përse është hartuar udhërrëfyesi

Udhërrëfyesi për menaxhimin e astmës është përpiluar për të ndihmuar profesionistët shëndetësor në vendim marrje gjatë diagnostifikimit të sëmundjes si dhe gjatë menaxhimit të pacientëve me astmë. Udhërrëfyesi ofron rekomandime të bazuara në evidencë duke i fuqizuar mjekët e Kujdesit Parësor dhe profesionistët tjerë shëndetësor që të kontribuojnë në kujdesin e duhur për pacientët me astmë.

Përmes këtij udhërrëfyesi synohet të përmirësohet kualiteti i shërbimeve shëndetësore në institucionet shëndetësore si dhe të standardizohet diagnostifikimi dhe trajtimi i astmës. Udhërrëfyesi e mbulon menaxhimin e astmës tek pacientët e diagnostifikuar me astmë si sëmundje primare kurse për pacientët tek të cilët diagnozë primare nuk është astma, si për shembull, sëmundjet kronike obstruktive pulmonare, fibroza cistike, etj. edhe pse në disa raste nuk përjashtohet mundësia e koomorbiditetit, ky udhërrëfyes nuk jep përgjegje.

Astma është një gjendje që ndikon në rritje të numrit të konsiderueshëm të vizitave të pacientëve në Kujdesin Parësor Shëndetësor, në departamentin e emergjencës, në ambulancat specialistike të Kujdesit Dytësor si dhe në shtimin e numrit të hospitalizimeve. Astma gjithashtu e rrit numrin e vizitave të paplanifikuara në të gjitha nivelet e Kujdesit Shëndetësor, ndikon në numrin e ditëve të humbura në punë dhe shkollë. Konsiderohet se shumica e simptomave të astmës ndërlidhet me menaxhimin e dobët dhe jo adekuat të sëmundjes, sidomos sa i përket aplikimit të masave parandaluese në mënyrë që të mos vjen deri te përkeqësimi i sëmundjes .

Astma nuk mund të parandalohet ose të shërohet plotësisht, por manifestimet klinike, mund të kontrollohen efektivisht me trajtim të përshtatshëm. Te astma mirë e kontrolluar, përsëritja dhe përkeqësimi i simptomave është më i rrallë\* (ICGP - Asthma Control in General Practice, 2013).

## 2. Qëllimi dhe fokusi

Qëllimi i këtij udhërrëfyese është që profesionistëve shëndetësor: specialistë të mjekësisë familjare, pulmolog, pediatër, internist, specializantë të këtyre lëmive, dhe infermiereve, të cilët kujdesen për shëndetin e pacientëve me astmë, t'u prezantohen rekomandimet aktuale/bashkëkohore të bazuara në fakte: për diagnostifikimin, trajtimin, zvogëlimin e komplikimeve dhe parandalimin e përkeqësimit të astmës.

Si përmbledhje e qëllimit, mund të themi se udhërrëfyese ofron rekomandime të bazuara në evidencë, për menaxhimin e sëmundjes së astmës, me qëllim të përmirësimit të kujdesit për pacientë duke i zbatuar praktikatat e mira dhe sa më bashkëkohore.

Fokus i udhërrëfyesit janë pacientët e diagnostifikuar me astmë të moshës 1- 5 vjet, 5 deri 12 vjet, adoleshentët dhe të rriturit tek të cilët synohet zvoglimi i morbiditetit dhe mortalitetit nga sëmundja e astmës duke e përmirësuar kujdesin shëndetësor me theks të posaqem nga Kujdesi Parësor Shëndetësor.

Ky udhërrëfyese parashihet të përdoret në nivel lokal dhe nacional.

### 3. Definicionet

Astma është sëmundje kronike inflamatore e rrugëve të frymëmarrjes. Definimi bazë për të gjitha përkufizimet e astmës nënkupton praninë e më shumë se një simptome të astmës si fishkëllimë (wheezing), frymëzënje, ngushtim gjoksi, kollë dhe obstruksion i ndryshueshëm (variabil) me kufizim të fluksit ekspirator.

Definimet më të reja për astmë, si te adultët poashtu edhe të fëmijët përfshijnë gjithashtu hiper-reaktivitetin dhe inflamacionin kronik të rrugëve të frymëmarrjes si komponenta të sëmundjes.

## 4. Epidemiologjia

Astma si sëmundje, është shumë e shpeshtë, llogariten rreth 300 milion të sëmurë me astmë në botë. Prevalenca e astmës ndryshon në vende të ndryshme. Ajo sillet nga 1-18% të popullatës së përgjithshme në vende të ndryshme. Sëmundja e astmës është e pranishme tek të gjitha moshat por më e shpeshtë është tek fëmijët.\* (GINA 2016-Asthma Management and Prevention)

Sa i përket epidemiologjisë së sëmundjes së astmës, në vendin tone, nuk kemi të dhëna të sakta rreth epidemiologjisë së astmës. Në mungesë të Sistemit Informativ Shëndetësor nuk mund të japim të dhëna të sakta për prevalencën dhe incidencën e astmës. Nëse i referohemi Raportit të Morbiditetit të astmës sipas IKSHP të Kosovës, gjegjësisht në bazë të Vjetarit të Statistikave Shëndetësore, mund të raportojmë vetëm për numrin e vizitave të pacientëve, të diagnostifikuar me astmë. Bazuar në këtë raport të morbiditetit të astmës për vitet 2013, 2014 dhe 2015 numri më i madh i vizitave me astmë është realizuar në Kujdesin Parësor Shëndetësor.\* (IKSHPK- Vjetari I Statistikave, 2015)



## 5. Popullata e caktuar:

Popullatë e caktuar në këtë udhërrëfyes, janë pacientët e diagnostikuar me astmë, të moshës 1- 5 vjet , 5 deri 12 vjet, adoleshentët dhe të rriturit.

## 6. Dedikimi i udhërrëfyesit

Udhërrëfyesi i dedikohet ofruesve dhe shfrytëzuesve të shërbimeve shëndetësore, me qëllim të vendimmarrjes më të mirë të mundshme, gjatë diagnostifikimit dhe menaxhimit të astmës.

Në radhë të parë udhërrëfyesi u dedikohet, profesionistëve shëndetësor, menaxherëve të institucioneve shëndetësore si dhe drejtuesve të Departamentit Farmaceutik në Ministrinë e Shëndetësisë të cilët janë përgjegjës për sigurimin e terapisë medikamentoze. Udhërrëfyesi njëkohësisht është transparent dhe i qasshëm për pacientët të cilët duhet të jenë mirë të informuar për mbrojtjen e vetvetes.

Udhërrëfyesi gjithashtu u dedikohet prindërve, kujdestarëve të fëmijëve dhe personelit të institucioneve arsimore me qëllim të informimit rreth diagnozës dhe menaxhimit të sëmundjes. Gjatë adaptimit të udhërrëfyesit, grupi është kujdesur që udhërrëfyesi përmes rekomandimeve të bazuara në evidencë, të përgjigjet në nevoja dhe mundësitë e zbatimit në vendin tonë. Rekomandimet në këtë udhërrëfyes, mund të jenë më pak adekuate për vendet tjera, ku ndryshon infrastruktura e institucioneve shëndetësore, burimet dhe praktikat rutinore.

## 7. Pyetjet shendetësore sipas fushave: diagnostifikim, trajtim, menaxhim

### 7.1 . Diagnostifikim

1. Cili është roli i PEF-metrisë gjatë diagnostifikimit të astmës në krahasim me diagnostifikimin përmes simptomëve të sëmundjës?

### 7.2 Trajtim

1. Cila është dëshmia për përfitim nga përdorimi i salbutamolit, kundrejt përdorimit të placebo te astma e lehtë ?
2. Cilat të dhëna klinike na nevojiten për të shtuar beklometasonin?
3. Cilat të dhëna klinike na nevojiten për dhënjen e prednisolonit oral te të gjitha rastet e astmës akute?
4. Cilat janë dëshmitë klinike se duhet dhënë oksigjen shtesë, të gjithë pacientëve hipoksemik me astmë akute të rëndë?
5. Cilat janë dëshmitë klinike që salbutamoli i administruar nga inhalatori (nebulizatori) është më efikas se salbutamoli i administruar nga hapsinori me pMDI ( inhalues me dozë të përcaktuar me presion) tek astma akute?
6. A përdoret aminophylina intravenoze si bari rutinë i linjës së dytë te astma?

### 7.3 Menaxhim

1. Kur duhet të referohet pacienti me astmë prej Kujdesit Parësor në atë Dytësor dhe Tretësor?

## 8. Metodologjia

Grupi për adaptimin e udhërrëfyesit (GAU) numëron 5 anëtarë, është grup multidisiplinar, në këtë përbërje:

Prof. Dr. Ilirjana Raça Bunjaku, Pulmologe, Klinika e Pulmologjisë Prishtinë

Dr. Drita Lumi Demiri, Mjeke Familjare Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare, Ferizaj

Dr. Violeta Xërxa Thaqi, Mjeke Familjare Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare, Gjakovë

Dr. Fevzi Sylejmani, Mjek Familjar, Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare, Mitrovicë

Dr. Tringa Muhaxheri Prenkaj, Mjeke Familjare, Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare, Pejë

Hartimi dhe zbatimi i udhërrëfyesit mbështetet nga Ministria e Shëndetësisë dhe Agjencioni Zviceran për Kooperim dhe Zhvillim përmes projektit AQH.

Para fillimit të procesit, të gjithë anëtarët e grupit për adaptimin e udhërrëfyesit, e kanë nënshkruar deklaratën e konfliktit të interesit.

## 9. Burimet

Gjatë punës për adaptimin e udhërrëfytesit për astmë, grupi ka grumbulluar dhe shqyrtuar materiale te ndryshme si : udhëzues, doracak, udhërrëfytes të rajonit për astmë, si Shqipëria, Bosnja, Kroacia si dhe udhërrëfytes global.

Në mënyrë të detajuar janë shqyrtuar, Udhërrëfytesit Klinik Praktik (UKP) , të publikuar në 5 vitet e fundit (2013-2016), me rekomandime të qëndrueshme dhe nivel të lartë tevidencave të agjensioneve si : WHO, NICE, SIGN, ICGP, GINA lidhur me diagnozen dhe menaxhimin e astmës.

Gjatë përcaktimit se cili udhërrëfytes të mirret për adaptim, si kriter kryesor i cili e ka udhëhequr grupin për t'u përcaktuar, ka qenë hulumtimi i pyetjeve shëndetësore nga praktika e përditshme. Pas definimit të pyetjeve shëndetësore është konstatuar se përgjigjet për pyetjet shëndetësore të parashtruara nga grupi, mund të gjinden në dy udhërrëfytes:

- Udhërrëfytes i SIGN, "British guideline on the management of asthma 2016", dhe
- Udhërrëfytes i OBSH " Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjeve Obstruktive Pulmonare në Kujdesin Parësor në mjediset me burime të kufizuara 2013".

Fjalët kyçe "udhërrëfytes", "astma", "inhalim", "shkrepje".

Analiza, përzgjedhja e evidencave, interpretimi dhe formulimi i rekomandimeve, është bërë përmes pajtueshmërisë së anëtareve të Grupit për Adaptimin e Udhërrëfytesit (GAU). Janë përzgjedhur rekomandimet të cilat janë të zbatueshme në institucionet tona shëndetësore dhe në praktikën tonë të përditshme.

Për secilën pyetje shëndetësore, rekomandimet për kujdesin klinik kanë rezultuar dhe janë mbështetur nga niveli më i lartë i mundshëm i evidencave.

Sa i përket konsultimeve nga jashtë, gjatë tërë procesit të adaptimit të udhërrëfytesit, janë konsultuar profesionistët e lëmisë përkatëse, ( mjek familjar, pulmolog, alergolog, pediatër) të nivelit parësor, dytësor dhe tretësor. Gjithashtu është konsultuar edhe përfaqësuesi i Zyrës së OBSH në Kosovë, lidhur me gradën e rekomandimeve dhe nivelin e evidencave sipas OBSH .

Nga IKSHIPK, jemi furnizuar me të dhëna statistikore, përmes Vjetarit të Statistikave Shëndetësore, 2013-2015, të cilat janë inkorporuar në draftin e udhërrëfytesit.

Si formë tjetër e rishqyrtimit të jashtëm, është realizuar edhe konsultimi me 4 pulmolog te Klinikës Pulmologjike ne ShSUKK, me ç'rast janë prezentuar PIKO- pyetjet, dhe kanë rezultuar rekomandimet , të cilat janë inkorporuar në draftin final. Këto rekomandime janë të përafërta me rekomandimet e OBSH dhe SIGN.

*Rekomandimet e pulmologëve :*

- a) çdo pacient me astmë të jetë i pajisur me peak-flow metër personal.
- b) për çdo pacient me astmë, gjatë diagnostifikimit dhe monitorimit është e nevojshme të bëhet PEF-metria.

- c) gjatë trajtimit të astmës së lehtë dhe të mesme me beta agonist me veprim të shkurtë, ka përparësi pMDI +hapsinori në krahasim me nebulizatorin.

Po ashtu gjatë procesit të adaptimit janë realizuar edhe rishqyrtime kolegjiale me mjek familjar, dhe propozimet e tyre rreth menaxhimit medikamentoz të astmës, janë inkuorporuar në draftin final të cilat gjithashtu janë të përaferta me rekomandimet e OBSH dhe SIGN.

*Propozimet e mjekëve familjar, janë përshtatur me rekomandimet e udhërrëfyesve të OBSH-së dhe SIGN-it, rreth këtyre çështjeve:*

- a. menaxhimit medikamentoz të astmës për qasje të lehtë dhe kostoeftektivitet
- b. përdorimit të aminophylinës gjatë atakut astmatik,
- c. rreth qartësisimit të kriterit për referim të pacienteve me astmë.

Pyetja e propozuar nga mjekët familjar rreth kriterit për referim, është përpiluar nga GAU sipas formatit PIKO, dhe është inkuorporuar në draftin final duke e dokumentuar përgjegjen në këtë pyetje shëndetësore me gradën e rekomandimeve dhe nivelin e evidencave.

Sa i përket pikëpamjeve dhe preferencave të pacientëve në lidhje me udhërrëfyesin, të njëjtit kanë reflektuar pozitivisht, dhe propozimi i tyre ka qenë furnizimi i vazhdueshem dhe i qëndrueshmëm i barnatoreve me medikamente për trajtimin e astmës. Propozimi i tyre është inkuorporuar te standardet e auditueshme.

Grupi ka vendosur që udhërrëfyesi të revidohet në afatin kohor prej tri viteve.

## 10. Grada e Rekomandimeve dhe niveli i evidencave

Evidencat dhe rekomandimet në këtë udhërrëfyes janë shkallëzuar, sipas skemës së dhënë, në tabelën 1 dhe 2.

*Klasifikimi i qëndrueshmërisë së rekomandimeve dhe nivelit të evidencave sipas SIGN:*

**Tab.1 SIGN - British guideline on the management of asthma 2016**

Grada e rekomandimeve: Shënim: Niveli i rekomandimit lidhet me forcën e provave mbi të cilat bazohet rekomandimi ,nuk e pasqyron rëndësinë klinike të rekomandimit:	<b>A</b>	Të paktën një meta-analizë, rishikim sistematik, ose RCT i vlerësuar si 1 ++, dhe direkt i zbatueshëm në popullatën e caktuar; ose një grup i provave që përbëhet kryesisht nga studimet e vlerësuara si 1 +, të zbatueshme drejtpërdrejtë në popullatën e caktuar, dhe të cilat demonstrojnë në përgjithësi konsistencë të rezultateve
	<b>B</b>	Një grup i provave duke përfshirë studimet e vlerësuara si 2 ++, të zbatueshme drejtpërdrejtë në popullatën e caktuar, dhe të cilat në përgjithësi demonstrojnë konsistencë të rezultateve; ose dëshmi të konkluduara nga studimet e vlerësuara si 1 ++ ose 1+ nga studimet e vlerësuara si 1 ++ ose 1+
	<b>C</b>	Një grup i provave përfshirë studimet e vlerësuara si 2+, të zbatueshme drejtpërdrejtë në popullatën e caktuar, dhe të cilat në përgjithësi demonstrojnë konsistencë të rezultateve; ose dëshmi të konkluduara nga studimet e vlerësuara si 2 ++
	<b>D</b>	Niveli i provave 3 ose 4; ose dëshmi të konkluduara nga studimet e vlerësuara si 2+
	✓	Përvojë e mirë praktike, rekomandimi në bazë të përvojës më të mirë klinike
Niveli i evidencës:	<b>1<sup>++</sup></b>	Meta-analiza me cilësi të lartë, rishikime sistematike të hulumtimeve të randomizuara të kontrolluara (RCT), ose hulumtimeve të randomizuara të kontrolluara (RCT) me rrezik shumë të ulët të animit (të pa anshme)
	<b>1<sup>+</sup></b>	Meta-analiza të kryera mirë, rishikime sistematike apo hulumtime të randomizuara të kontrolluara (RCT) me rrezik të ulët të animit
	<b>1</b>	Meta-analiza, rishikime sistematike apo hulumtime të randomizuara të kontrolluara (RCT) me një rrezik të lartë të animit
	<b>2<sup>++</sup></b>	Rishikime sistematike me cilësi të lartë të studimeve me raste të kontrolluara ose studime kohorte Studime me raste të kontrolluara apo studime kohorte me një rrezik shumë të ulët të ngatërimit apo anshmërisë .
	<b>2<sup>+</sup></b>	Studime me raste të kontrolluara apo studime kohorte me një rrezik të ulët të ngatërimit apo anshmërisë
	<b>2</b>	Studime me raste të kontrolluara apo studime kohorte me një rrezik të lartë të ngatërimit apo anshmërisë dhe me një rrezik të lartë që raporti të mos jetë i rastit
	<b>3</b>	Studime jo analitike, p.sh. raportet e rasteve klinike, seri të rasteve
	<b>4</b>	Opinionet e ekspertëve

**Tab.2** Klasifikimi i qëndrueshmërisë së rekomandimeve dhe nivelit të evidencave sipas: OBSH (2011)

	OBSH	
<b>Qëndrueshmëria rekomandimeve:</b>	E fortë	
	E dobët	
<b>Niveli i evidencës:</b>	I lartë	
	I moderuar	
	I ulët	
	Shumë i ulët	

### Definicioni i rekomandimeve sipas OBSH

**Rekomandim i fortë:** Është e qartë se përfitimet i tejkalojnë disavantazhet. Kjo do të thotë që të gjithë ose pothuajse të gjithë pacientët, do të dëshironin trajtimin e rekomanduar.

**Rekomandim i dobët:** Nuk është shumë e qartë nëse përfitimet janë më të mëdha se disavantazhet. Kjo do të thotë se shumica e pacientëve do të dëshironin trajtimin e rekomanduar. Sidoqoftë, ekziston një mundësi më e madhe për ndryshime në preferencat individuale.

### Definicioni i evidencës sipas OBSH

**I lartë:** hulumtimet e ardhshme vështirë që e ndryshojnë besueshmërinë në efektin e arritur;

**I moderuar:** hulumtimet e ardhshme mund të kenë ndikim të rëndësishëm në besueshmërinë e efektit dhe mund të ndryshojnë efektin e arritur;

**I ulët:** hulumtimet e ardhshme dukshëm kanë ndikim në besueshmërinë e efektit të arritur dhe dukshëm e ndryshojnë efektin e arritur;

**Shumë i ulët:** Çdo efekt i arritur është i pasigurtë;



## 11. Pyetjet shendetësore sipas PICO-formatit

1. Cili është roli i PEF-metrisë gjatë diagnostifikimit të astmës në krahasim me diagnostifikimin përmes simptomave të sëmundjes ?

<b>Popullata</b>	fëmijët ≤mosha 16 vjeçare të rriturit >mosha 16 që vuajnë nga astma
<b>Tregues/Intervenim</b>	monitorimi i PEF-metrisë
<b>Krahasuesi</b>	monitorimi i simptomave
<b>Rezultatet</b>	FEV1 (niveli dhe shkalla e reversibilitetit) ose variabiliteti i PEF, simptomat e përmirësuara, përkeqësimi, sëmundshmëria (hospitalizimi, vizitat në departamentin e emergjencës, vizitat e pa planifikuara tek mjeku , ditët e humbura në punë dhe shkollë)

### Rekomandim:

Nuk ka dallim të rëndësishëm gjatë diagnostifikimit të astmës përmes PEF-metrisë apo diagnostifikimit përmes monitorimit të simptomave.

**Grada e rekomandimit: Rekomandim i fortë , niveli i ulët evidencës** (Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjeve Obstruktive Pulmonare në Kujdesin Parësor në mjediset me burime të kufizuara” OBSH 2013

2. Cila është dëshmia për përfitimet nga përdorimi i salbutamolit kundrejt përdorimit të placebo te astma e lehtë ?

<b>Popullata</b>	fëmijët ≤mosha 16 vjeçare që kanë simptome të astmës dhe nuk janë të trajtuar të rriturit >mosha 16 që vuajnë nga astma
<b>Treguesi/Intervenimi</b>	trajtimi me salbutamol sipas nevojës
<b>Krahasuesi</b>	pa trajtim ose placebo
<b>Rezultatet</b>	FEV1 (niveli dhe shkalla e reversibilitetit) ose variabiliteti i PEF, simptomat e përmirësuara, përkeqësimi, sëmundshmëria (hospitalizimi, vizitat në departamentin e emergjencës, vizitat e pa planifikuara tek mjeku, ditët e humbura në punë dhe shkollë)

**Rekomandim:**

Salbutamoli duhet të përdoret te të gjithë pacientët me simptoma të astmës duke filluar tek pacientët me astmë të lehtë intermitente

**Grada e rekomandimit: Rekomandim i fortë , nivel i ulët i evidences** (Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjeve Obstruktive Pulmonare në Kujdesin Parësor në mjediset me burime të kufizuara" OBSH 2013) .

3. Cilat të dhëna klinike na nevojiten për të shtuar beklometasonin si terapi preventive?

<b>Popullata</b>	fëmijët ≤mosha 16 vjeçare të rriturit > mosha 16 vjeçare që vuajnë nga astma të trajtuar vetëm me salbutamol ose pa trajtim
<b>Tregues/ Intervenimi</b>	trajtimi i rregullt me beklometason dy herë në ditë sipas rekomandimeve
<b>Krahasuesi</b>	placebo e rregullt dy herë në ditë
<b>Rezultati</b>	FEV1 (niveli dhe shkalla e reversibilitetit) ose variabiliteti i PEF, simptomat e përmirësuara, përkeqësimet, sëmundshmëria (hospitalizimi, vizitat në njësinë e emergjencës, vizitat e pa planifikuara tek mjeku, ditët e humbura në punë , në shkollë dhe përdorimi i medikamenteve për lehtësim)

**Rekomandim:**

Beklometasoni rekomandohet të përdoret si terapi e rregullt preventive për pacientët në njëren nga këto situata:

- Tek pacientët te të cilët në dy 2 vitet e fundit është nevojitur përdorimi i kortikosteroideve oral në fazat e përkeqësimit të astmës.
- Përdorimi i beta agonistëve me veprim të shpejtë më shumë se tri herë në javë
- Pacientët me simptome të astmës më shume se tri herë në javë
- Simptome nokturnale brenda javës një herë (ose më shumë)

Doza e arsyeshme ditore 400mcg/ditë ( 200mcg te fëmijët).Titro dozën deri në dozën më të ulët me të cilën mund të mbahet astma nën kontrollë

**Grada e rekomandimit: Rekomandim i fortë , niveli i evidencës i moderuar** (Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjeve Obstruktive Pulmonare në Kujdesin Parësor në mjediset me burime të kufizuara" OBSH 2013)

#### 4. Cilat të dhëna klinike na nevojiten për dhënjen e prednisolonit oral tek të gjitha rastet e astmës akute?

<b>Popullata</b>	fëmijët ≤mosha 16 vjeçare të rriturit >16 vjeçarët që vuajnë nga përkeqësimi i astmës acute
<b>Treguesi/ Intervenimi</b>	përdorimi i prednisolonit oral
<b>Krahasuesi</b>	nuk përdoret prednizoloni oral
<b>Rezultatet</b>	FEV1 ose PEF, simptomat (mbajtja e ditarit), sëmundshmëria (hospitalizimi, kohëzgjatja në departamentin e emergjencës, ditët e humbura në punë dhe shkollë), vdekshmëria për shkak të përkeqësimit

#### Rekomandim 1:

Prednisoloni oral duhet të ipet në të gjitha rastet e përkeqësimit të astmës. Për adultët doza prej 30-40mg në ditë është e përshtatshme kurse për fëmijët nën moshën 16 vjeç është e rekomandueshme doza prej 1mg për kg peshë trupore duke u lejuar të shtohet deri në 30mg në ditë. Tek fëmijët prednisoloni oral mund të shtypet (grimcohet) dhe të ipet i përzier me sheqer. Koha e zakonshme e trajtimit prej tri ditësh tek fëmijët, dhe trajtimi pesë ditor me prednisolon tek të rriturit, mund të zgjatet nëse pacienti nuk është përmirësuar.

#### Grada e rekomandimit:

#### Rekomandim i fortë, nivel i ulët i evidencës

(Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjeve Obstruktive Pulmonare në Kujdesin Parësor në mjediset me burime të kufizuara" OBSH 2013)

#### Rekomandim 2:

##### 2.1. Jep steroide orale sa më heret në trajtimin e atakut akut astmatik e fëmijët

- Përdor dozën 10mg prednisolone për fëmijët e moshës nën 2 vjet, 20mg për fëmijët e moshës 2-5 vjeç dhe 30-40 mg për fëmijët ≥5 vjet.
- Përsëri doza e prednizolonit tek fëmijët që vjellin dhe konsideroni mundësinë e dhënjes së steroideve intravenoze
- Trajtimi deri në tri ditë zakonisht është i mjaftueshëm, por trajtimi mund të vazhdojë më gjatë deri në shërim. Nuk ka nevojë të ulet doza e steroideve, përderisa trajtimi nuk zgjat më shumë se 14 ditë.

**Grada e rekomandimit: Rekomandim i fortë A, niveli I evidencës 1++** British guideline on the management of asthma

##### 2.2. Jep steroide në dozë adekuate për të gjithë pacientët gjatë atakut akut astmatik. Vazhdo prednisolone (40-50 mg në ditë) gjatë 5 ditëve apo deri në përmirësim

**Grada e rekomandimit: Rekomandim i forte A , niveli I evidencës 1++ British guideline on the management of asthma**

5. Cilat janë dëshmitë klinike se duhet dhënë oksigjen shtesë, të gjithë pacientëve hipoksemik me astmë akute të rëndë?

<b>Popullata</b>	fëmijët ≤ moshë 16 vjeçare të rriturit >16 vjeçare që vuajnë nga astma akute e rëndë
<b>Treguesi / Intervenimi</b>	Përdorimi i oksigjenit
<b>Krahasuesi</b>	oksigjeni nuk është përdorur
<b>Rezultati</b>	FEV1 dhe PEF, simptomat (mbajtja e ditarit), sëmundshmëria (hospitalizimi, kohëzgjatja në departamentin e emergjencës, ditët e humbura në punë dhe shkollë), vdekshmëria për shkak të përkeqësimit

**Rekomandim 1:**

Jep oksigjen të kontrolluar suplementar për të gjithë pacientët hipoksemik me astmë akute të rëndë për ta ruajtur nivelin e SpO2 prej 94-98%. Mos administro oksigjen në mungesë të pulsoksimetrit por siguroni pulsoksimetrin dhe filloni monitorimin e SpO2 sa më shpejtë që është e mundur .

**Grada e rekomandimit C niveli I evidencave 2+ British guideline on the management of asthma**

**Rekomandim 2:**

Në spitale, ambulanca dhe Kujdes Parësor, inhalatorët për dhënjën e bronhodilatatorëve β2 agonistë është e preferueshme të pasohen me terapi suplementare të oksigjenit.

**Grada e rekomandimeve A niveli I evidencës 1++ - British guideline on the management of asthma**

6. Cilat janë dëshmitë klinike që salbutamoli i administruar nga inhalatori (nebulizatori) është më efikas se salbutamoli i administruar përmes pompës pMDI+ hapsinorit (pompë me dozë të përcaktuar me presion) tek astma akute?

<b>Popullata</b>	fëmijët ≤mosha 16 vjeçare që vuan nga përkeqësimi i astmës akute të rriturit >mosha 16 vjeçare që vuan nga përkeqësimi i astmës akute
<b>Treguesi/ Intervenimi</b>	Përdorimi i nebulizatorit
<b>Krahasuesi</b>	Përdorimi i inhalatorit dhe pMDI-së në dhënjën e salbutamolit

**Rezultatet**

FEV1 dhe PEF, simptomat (mbajtja e ditarit), sëmundshmëria (hospitalizimi, kohëzgjatja në departamentin e emergjencës, ditët e humbura në punë dhe shkollë), vdekshmëria për shkak të përkeqësimit

**Rekomandim:**

Salbutamoli inhalator: dozat më të larta të salbutamolit inhalator duhet t'i jepen të gjithë pacientëve me përkeqësime akute të rënda; salbutamoli mund të ipet përmes nebulizatorëve (inhalatorit) ose pMDI+hapsinorit .

Dëshmitë e bazura në evidencë nuk sugjerojnë ndonjë përparësi të rëndësishme të nebulizatorëve ndaj hapsinorit tek fëmijët mbi moshën 2 vjeç (apo tek të rriturit) edhe pse këto studime nuk i kanë përfshirë pacientët me astmë që janë në rrezik jete.

Aspektet e tjera mund të jenë të rëndësishme në përzgjedhjen midis nebulizatorëve dhe hapsinorit, si disponueshmëria e nebulizatorëve, nevoja për të parandaluar infeksionet e bartshme dhe nëse pacienti preferon ta përdorë hapsinorin në shtëpi. Duhet të ndërmerren hapa për të mbajtur nebulizatorët të pastër (steril) dhe për të parandaluar bartjen e infeksioneve.

**Grada e rekomandimeve: Rekomandim i fortë , niveli i evidencës i ulët** (Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjeve Obstruktive Pulmonare në Kujdesin Parësor në mjediset me burime të kufizuara" OBSH 2013)

7. A duhet të përdoret aminophylina intravenoze si bari rutinë i linjës së dytë të asthma?

<b>Popullata</b>	fëmijët ≤mosha 16 vjeçare me presencë të simptomeve dhe pa trajtim Të rriturit >mosha 16 vjeçare
<b>Treguesi /intervenimi</b>	Trajtimi me aminophylinë intravenoze
<b>Krahasuesi</b>	Mos trajtimi me aminophylinë intravenoze
<b>Rezultati:</b>	FEV1 (niveli dhe shkalla e reversibilitetit) ose variabiliteti i PEF, simptomat e përmirësuara, përkeqësimi, sëmundshmëria (hospitalizimi, vizitat në departamentin e emergjencës, vizitat e paplanifikuara tek mjeku, ditët e humbura në shkollë dhe punë.

**Rekomandim:**

**Aminofilina intravenoze:** në bazë të raportit në mes përfitimeve dhe rreziqeve, aminophylina intravenoze **NUK** rekomandohet për përdorim të rregullt si medikament i linjës së dytë.

Nëse merret së bashku me beta-agonistët dhe steroidet, nuk ka asnjë dobi të rëndësishme për të rriturit, ndërsa për fëmijë ka vetëm dobi marginale. Ka dëshmi të efekteve anësore si për fëmijët ashtu edhe për të rriturit. Në mjediset ku monitorimi nuk është i mundur, rreziqet konsiderohen të jenë më të shumta në krahasim me dobinë.

**Grada e rekomandimeve: Rekomandim i dobët, nivel i ulët i evidencës** ( Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjeve Obstruktive Pulmonare në Kujdesin Parësor në mjediset me burime të kufizuara” OBSH 2013)

8. Kur duhet të referohet pacienti me astmë për diagnostifikim prej kujdesit parësor shëndetësor në kujdesin specialistik?

<b>Popullata</b>	Fëmijët ≤mosha 16 vjeçare me presencë të simptomave të astmës dhe të rriturit >mosha 16 vjeçare
<b>Intervenimi</b>	Referimi i pacientve me astmë për diagnostifikim, prej kujdesit parësor në kujdesin specialistik.
<b>Krahasuesi</b>	Mosreferimi
<b>Rezultati</b>	FEV1 (niveli dhe shkalla e ndryshimit) ose variabiliteti i PEF, simptomat e përmirësuara, përkeqësimi, sëmundshmëria (hospitalizimi, vizitat në departamentin e emergjencës, vizitat e paplanifikuara tek mjeku, ditët e humbura në shkollë dhe punë

**Rekomandim:**

Rruga e referimit për teste shtesë diagnostike, duhet të përcaktohet qartë për ato teste diagnostifikuese, të cilat nuk janë të disponueshme ose të përshtatshme për t’u realizuar në Kujdesin Parësor shëndetësor. Nuk duhet të privohet pacienti nga analizat shtesë, nëse nuk ka mundësi të realizohen në Kujdesin Parësor.

**Grada e rekomandimit: Rekomandim C, niveli I evidencës 2<sup>+</sup> British guideline on the management of asthma**

## 12. Konsiderimet gjatë zbatimit të udhërrëfytesit klinik

Profesionistët shëndetësor janë përgjegjës për zbatimin e rekomandimeve të dalura nga ky udhërrëfytes.

Si barrierë gjatë zbatimit të udhërrëfytesit klinik mund të jetë mungesa e listës së pacientëve me astmë, trajnimet e pamjaftueshme profesionale, mungesa e barnave nga lista esenciale. Gjithashtu edhe mungesa e monitorimit të aplikimit të udhërrëfytesit në punën e përditshme të klinikistëve, mund të jete një nga arësyet për mos zbatim të rekomandimeve të dalura nga ky udhërrëfytes.

Monitorimi përmes auditeve klinike do të mundësonte zbatim të mirë të udhërrëfytesit për astmën. Grupi për adaptim është përkujdesur që t'i adaptoj rekomandimet të cilat konsiderohen të zbatueshme dhe me mundësi të integritit në shërbimet e përditshme profesionale. Një rëndësi e posaqme i është kushtuar qasjes praktike të diagnostifikimit, vlerësimit klinik të strukturuar, dallimit mes diagnozës së astmës dhe SPOK, vetmenaxhimit të sëmundjes nga pacienti me astmë dhe intervenimit në rastet e përkeqesimit të astmës. Më poshtë janë dhënë rekomandimet të cilat mund të gjejnë zbatim në praktikën e përditshme profesionale. Këto rekomandime gjithashtu janë lehtë të auditueshme.

## 13. Qasja praktike e diagnostifikimit

Diagnoza e astmës te fëmijët dhe të rriturit është e bazuar në njohjen e modelit karakteristik të simptomave respiratore, atëherë kur shenjat dhe rezultatet e testeve nuk flasin për ndonjë shpjegim tjetër -diagnozë alternative.



## 14. Vlerësimi klinik inicial i strukturuar

Vlerësimi parashikues i simptomave apo shenjave individuale është i arfër, andaj një vlerësimi strukturuar klinik, duke përfshirë të gjitha informatat në dispozicion që nga anamneza, ekzaminimi dhe të dhënat historike paraprakete sëmundjese kompletojnë dhënjen e diagnozës. Faktorët të cilat duhet marrë në konsideratë si një vlerësim klinik fillestar i strukturuar përfshijnë:

### 14.1 Simptomet epizodike

Më shumë se një nga simptomet e astmës : wheezing , frymëzënje , ngushtim gjoksi dhe kollë që mund të ndodhin në episode, që përcillen edhe me periudha pa simptome (ose minimale). Vini re se ky definim e përjashton kollën si simptomë të izoluar të fëmijët. Për shembull:

- Histori e dokumentuar për atak akut të wheezingut , i shkaktuar nga infeksioni viral apo nga ekspozimi ndaj alergjeneve i cili pas trajtimit rezulton me përmirësim të simptomëve dhe gjendjes së përgjithshme.
- Episode të përsëritura të kohë pas kohshme të simptomëve të shkaktuara nga ekspozimi ndaj alergjeneve, apo infeksioneve virale dhe e përkeqësuar nga ushtrimet, episode nga ekspozimi ndaj ajrit të ftohtë, emocioneve apo të qeshurave (te fëmijët)
- Te adultët , simptomat e shkaktuara nga përdorimi i barnave anti inflamatore jo steroide apo  $\beta$  bllokatorëve .

Një anamnezë e dokumentuar për ulje sinjifikante ( të konsiderueshme ) të FEV1 ose PEF, gjatë episodeve me simptoma, krahasuar me periudhat asimptomatike, e konfirmon natyrën obstruktive të astmës.

### 14.2 Fishkëllima e konfirmuar nga profesionistët shëndetësor me auskultim

- Është e rëndësishme të bëhet dallimi i wheezingut nga zhurmat e tjera të rrugëve të frymëmarrjes, si stridori apo frymëmarrje e zëshme (kërhamza)

**Dëshmitë për variacione 24 orëshe**

Simptomat përkeqësohen gjatë natës apo heret në mëngjes.

### **14.3 Anamneza pozitive për atopi**

Anamneza pozitive e jetës për një çrregullim atopik (p.sh. egzema ose riniti alergjik), anamnezë familjare pozitive për astmë dhe / ose çrregullimeve atopike, të përcjellura nga ngritja e imunoglobulinave alergjen specifike IgE, testeve pozitive të lëkurës (skin prick test) ose eozinofilisë në gjak .

### **14.4 Mungesa e simptomëve, shenjave apo gjendjet klinike që sugjerojnë diagnozë alternative**

Duke përfshirë, por jo duke u kufizuar për SPOK, frymëmarrje disfunktionale, obezitet.

Në tabelën e më poshtme paraqitet dallimi në mes SPOK dhe Astmës, dallim ky i cili e lehtëson diagnostifikimin .

## 15. Dallimi në mes SPOK dhe astmës\*

DIAGNOZA	SIMPTOMAT E SUGJERUARA
Astma	Paraqitja e hershme( fëmijëria) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simptomat ndryshojnë shumë nga dita në ditë</li> <li>• Simptomat përkeqësohen gjatë natës apo në mëngjes</li> <li>• Prezenca e rinitit alergjik apo ekzemës</li> <li>• Anamnezë pozitive familjare për astmë</li> </ul>
SPOK	Paraqitja në moshën e mesme (zakonisht pas moshës 40 vjeçare) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simptomat përkeqësohen ngadalë</li> <li>• Anamnezë e duhan pirjës apo ekspozimit të faktorëve mjedisor</li> </ul>

\* *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013, 20/02/2013-last update, Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [Homepage of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)], [Online]. Available: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2013\\_Feb20.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf)*

## 16. Vlerësimi i probabilitetit për astmë në bazë të vlerësimit klinik inicial të strukturuar

### 16.1 PROBABILITETI I LARTË

Të rriturit dhe fëmijët me vlerësim tipik klinik përfshirë episode të përsëritura të simptomave , frymëzënjes ,wheezing-ut të auskultuar nga profesionisti shëndetësor, anamnezë pozitive për obstruksion të ndryshueshëm të rrjedhjes së ajrit , anamnezë pozitive për atopi si dhe mungesa e çfardo simptomi apo karakteristike e cila sugjeron ne diagnozë alternative, ka probabilitet të lartë për astmë .

- |   |   |
|---|---|
| √ | <p>Te pacientët me probabilitet të lartë për astmë</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regjistro pacientin me gjasë të lartë për astmë dhe filloni me kujdes iniciimin e monitoruar të trajtimit (zakonisht 6 javë me kortikosteroide inhalator )</li> <li>• Vlerëso statusin me një pyetësor të vlefshëm për simptoma dhe/ose me testet e funksionale të mushkërive (FEV1,me PEF grafikun në shtëpi)</li> <li>• Përmirësimi i simptomave dhe përgjegjja adekuate në trajtim, konfirmon diagnozën e astmës (shëno në dokumentacion kriterin me të cilën është vënë diagnoza)</li> <li>• Nëse përgjigja në trajtim është e varfër apo e dyshimt, kontrolloni për zbatimin e teknikes së përdorimit të pompave (inhaluesve), aranzhoni teste të mëtejshme dhe konsideroni diagnozën alternative</li> </ul> |
|---|---|

### 16.2 PROBABILITETI I ULËT

Të rriturit dhe fëmijët të cilët nuk kanë ndonjë nga karakteristikat tipike të vlerësimit klinik inicial të strukturuar ose kanë simptome që sugjerojnë diagnozë alternative kanë një probabilitet të ulët për astmë.

- |   |   |
|---|---|
| √ | <p>Nëse ka një probabilitet të ulët për astmë dhe / ose ka më shumë gjasa për diagnozë alternative, hulumtoni në drejtim të diagnozës alternative ose ndërmerri teste të mëtejme që i referohen astmës.</p> |
|---|---|

## 16.3 PROBABILITETI MESATAR

<b>D</b>	Spirometria me reverzibilitet bronkodilatator, është testi i preferuar fillestar për hulumtimin e probabilitetit mesatar për astmë te adultët dhe te fëmijët mjaftueshëm të rritur për të realizuar një test të besueshëm.
√	Tek të rriturit dhe fëmijët me probabilitet mesatar për astmë dhe obstrukcion të rrugëve të frymëmarrjes të identifikuara përmes spirometrisë, ndërmerrni testet e reverzibilitetit dhe /ose filloni trajtimin incial të monitoruar duke e vlerësuar reagimin ndaj trajtimit përmes përsëritjes së testeve funksionale të mushkërive dhe masave objektive për kontrollin e astmës.
√	Te fëmijët me një probabilitet mesatar për astmë të cilët nuk mund të performojnë spirometrinë: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ofroni trajtim të kujdesshëm dhe të monitoruar nëse fëmija është me simptome</li> <li>• vëmendje e shtuar nëse fëmija është asimptomatik</li> </ul>

## 17. Kriteret diagnostifikuese për referim

ADULTËT	FËMIJËT
---------	---------

Referimi për testet që nuk janë në dispozicion në kujdesin parësor

Diagnoza e paqartë	Diagnoza e paqartë
Dyshim në astmë profesionale (simptomat përmirësohen kur pacienti nuk është në punë)	
Përgjigja e dobët në trajtimin e astmës	Përgjigja e dobët në trajtimin inicial të astmës
Ataku astmatik i ashpër /kërcnues për jetën	Ataku astmatik i ashpër /kërcënues për jetën

“Flamujt e kuq”, dhe indikatorët për diagnoza të tjera

Simptomat e përgjithëshme (mialgja, temp, etet, humbje peshe)	Ngecje në zhvillim
Gjetjet e papritura klinike (krepitacione, cianoze, sëmundje kardiake, wheezing monofonik ose stridor)	Gjetjet e pashpjegueshme klinike si: zëri i parregullt apo qajtja, disfagia, stridori inspirator
Frymëzime perzistente e qëndrueshme	Simptomat e pranishme që nga lindja apo problemet me mushkëri pas lindjes
Prodhim kronik i sputumit	Vjellje ekcesive apo nauze (“vjellje një gojë”)
Spirometria restriktive e pa shpjeguar	Infeksionet e rënda të traktit respirator
Hijezimet në RTG-n e gjoksit	Kolla e vazhdueshme produktive
Eozinofilia e dukshme në gjak	Anamnezë pozitive familjare apo sëmundje të pazakonta të traktit respirator
	Polipet nazale
Ankthi i pacientit apo prindërve, apo nevoja për risigurim	

## 18. PËRKRAHJA E PACIENTIT PËR VETMENAXHIM TË SËMUNDJES

Të gjithë pacientëve me astmë si dhe prindërve / kujdestarëve, duhet t'u ofrohet edukim për vetmenaxhim që përfshin një plan veprimi të shkruar personalisht të përkrahur nga profesionistet me rishqyrtim të rregullt profesional. (A)

Tek te rriturit plani personal i veprimit i shkruar, mund te bazohet në simptome dhe/ ose në rrjedhje te ajrit(PEF) : simptomet të bazuara në plan në pergjithësi jane më të preferueshme për fëmijë.( A)

Edukimi për vetmenaxhim , i mbështetur nga një plan veprimi i shkruar dhe i personalizuar për astmën, duhet t'u ofrohet të gjithë pacientëve në regjistrat e mjekësisë familjare të regjistruar si "astmë aktive" (.A)

Qendrat e Kujdesit Parësor duhet të sigurojnë në vazhdimësi trajnime profesionale dhe një ambient të përshtatshëm që ofron përkrahje për vetmenaxhim për pacientët.( A)

## 19. ZBATIMI DHE PËRSHTATJA

Menaxhimi afatgjatë i astmës duhet të trajtohet në mënyrë rutinore dhe të rregullt nga të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor, në kuadër të një programi gjithëpërfshirës të kujdesit të arritshëm dhe proaktiv. (D)

Pyetni për përdorimin adekuat të medikamenteve, vlerësoni për përshtatjen dhe çdo të dhënë tjetër në dispozicion. Eksploroni qëndrimet e pacientëve ndaj medikamenteve dhe barrierat praktike ndaj përdorimit të tyre në mënyrë jogjkuese. (D)



## 20. IMPLEMENTIMI NË PRAKTIKË

Ofruesit e shërbimeve për personat me astmë, duhet të marrin në konsideratë mënyrën se si mund të organizojnë grupe përkrahëse për të mbështetur aktivisht vetë-menaxhimin. Kjo nënkupton strategjitë për angazhimin proaktiv dhe fuqizimin e pacientëve, trajnimin dhe motivimin e profesionistëve si dhe sigurimin e një mjedisi që promovon vetë-menaxhimin dhe monitoron zbatimin. (D)

## 21. MENAXHIMI JO FARMAKOLOGJIK

Është një perceptim i përgjithshëm në mesin e pacientëve, prindërve dhe kujdestarëve që ka shumë shkaktarë të astmës si ato ambientale, dietale dhe të tjera, dhe se largimi i tyre do të përmirësojë astmën duke e zvogëluar kërkesën për farmakoterapi. Dëshmia se menaxhimi jo-farmakologjik është efektiv, mund të jetë mjaftë i vështirë për t'u vërtetuar, për të dëshmuar kërkokun studime të ndërhyrjes mirë të kontrolluara.

### PREVENIMI PRIMAR

Ushqyerja me gji duhet të inkurajohet për shkak të shumë përfitimeve, duke përfshirë një efekt potencial mbrojtës në lidhje me paraqitjen e astmës së hershme. (C)

Fëmijëve obez dhe me mbipeshë duhet t'u ofrohen programe për humbje të peshes për të zvogëluar gjasat për simptome respiratore të cilat sugjerojnë në astmë.(C)

Prindërit duhet të këshillohen për efektet e shumta anësore që ka tymosja e duhanit tek fëmijët e tyre, përfshirë rritjen e gjasave për wheezing në foshnjëri si dhe rritjen e rrezikut për astmë persistente. (B)

### PREVENIMI SEKONDAR

Prevenimi sekondar ka të bëjë me ndërhyrjet e paraqitura pas fillimit të sëmundjes për të reduktuar ndikimin e sëmundjes.

Metodat fizike dhe kimike për reduktimin e nivelit të grimcave të pluhurit në shtëpi

(mbulesat e dyshekut, pastrimin me vakuum, ngrohjen, ventilimin, ngrirjen, larjen, filtrimin e ajrit dhe jonizimin) janë jo efektive dhe nuk duhet të rekomandohen nga profesionistët shëndetësorë. (A)

Jonizuesit e ajrit nuk rekomandohen për trajtimin e astmës( A)

Programet e stërvitjes së frymëmarrjes (duke përfshirë metodat e mësuara nga fizioterapistët) mund t'u ofrohen personave me astmë, si metodë ndihmëse në trajtimin farmakologjik për të përmirësuar cilësinë e jetës dhe për të zvogëluar simptomat.( A)

## 22. MENAXHIMI FARMAKOLOGJIK

Qëllimi i menaxhimit të astmës është kontrolli i sëmundjes. Kontroll i plotë është definuar si në vijim:

- Pa simptoma gjatë ditës
- Nuk ka zgjime të papritura natën
- Nuk ka nevojë për medikamente lehtësuese p.sh.beta 2 agonist
- Pa sulme astmatike
- Nuk ka kufizime në aktivitete të përditshme
- Funkcion normal respirator ( $FEV_1$  dhe /apo  $PEF > 80\%$  e vlerës së parashikuar)
- Efekte minimale anësore nga medikamentet

Filloni trajtimin në nivelin më të përshtatshëm bazuar në ashpërsinë fillestare.

1. Synoni kontrollin e hershëm
2. Mbani kontrollën
3. Të ngritet trajtimi kur është e nevojshme
4. Të zvoglohet trajtimi kur arrihet kontrollë e mirë

Para fillimit të një terapie të re medikamentoze , klinicistët duhet të kontrollojnë efektivitetin e terapisë ekzistuese, të kontrollojnë teknikën e inhalatorit dhe të eliminojnë shkaktarët e përkeqësimit. (√)

Rishikimi i rregullt i pacientëve kur niveli i trajtimit ulët, është tejet i rëndësishëm. Kur të vendoset se cili medikament duhet të ulët së pari dhe në çfarë shkalle, duhet të merren parasysh: ashpërsia e astmës, efektet anësore të trajtimit, doza aktuale, efekti përfitues i arritur dhe preferenca e pacientit .

Pacientët duhet të mbahen në dozën më të ulët të mundshme të kortikosteroideve inhalator. Reduktimi i dozës së kortikosteroidit inhalator duhet të jetë i ngadalshëm . Reduktimet duhet të merren parasysh çdo tre muaj, duke ulur dozën rreth 25-50% çdo herë.(√)

## 22.1 MENAXHIMI FARMAKOLOGJIK

I KORTIKOSTEROIDEVE INHALATORE SIPAS DOZES – TE FEMIJET			
KORTIKOSTEROIDET INHALATORE (KSI)	Doza		
	Dozë shumë e ulët	Dozë e ulët	Dozë mesatare
<b>Inhalatoret me dozim të përcaktuar me presion (pMDI)</b>			
<b>Beklometazon dipropionat</b>			
I pa përcaktuar	50 mikrogram dy shkrepje dy here ne dite	100 mikrogram dy shkrepje dy here ne dite	200 mikrogram 2 shkrepje dy here ne dite
<b>Budezonid</b>			
Easyhaler i papercaktuar		100 mikrogram dy shkrepje dy here ne dite	200 mikrogram dy shkrepje dy here ne dite

## 22.2 MENAXHIMI FARMAKOLOGJIK

KATEGORIZIMI I KORTIKOSTEROIDEVE INHALATORE SIPAS DOZES – TE RRRITURIT			
KORTIKOSTEROIDET INHALATORE (KSI)	Doza		
	Dozë e ulët	Dozë mesatare	Dozë e larte
<b>Inhalatoret me dozim të përcaktuar me presion (pMDI)</b>			
<b>Beklometazon dipropionat</b>			
I pa përcaktuar	100 mikrogram (mcg) dy shkrepje dy here ne dite	200 mikrogram dy shkrepje dy here ne dite	200 mikrogram 4 shkrepje dy here ne dite
<b>Budezonid</b>			
Easyhaler i pa përcaktuar	100 mikrogram dy shkrepje dy here ne dite	200 mikrogram dy shkrepje dy here ne dite	400 mikrogram dy shkrepje dy here ne dite

## 23. MJETET INHALATORE

### 23.1 DHËNJJA E BETA 2 AGONISTËVE TE ASTMA AKUTE

Fëmijet dhe të rriturit me sulme të lehta deri të moderuara të astmës, duhet të trajtohen me beta 2 agonist të veprimit të shkurtë përmes pMDI + hapsinori me doza të titruara në bazë të përgjigjes klinike( **A**)

Te fëmijet 5 deri 12 vjec, pMDI + hapsinori është po aq efektiv sa inhalatorët tjerë të dorës.( **A**)

### 23.2 DHËNJJA E KORTIKOSTEROIDEVE TE ASTMA STABILE

Te femijet 5 deri 12 vjec, pMDI + hapsinori, është po aq efektiv sa inhalatorët tjerë të dorës( **A**)

Te të rriturit, pMDI + hapsinori është po aq efektiv sa DPI( disku).( **A**)

Te femijët, pMDI + hapsinori është metodë e preferuar për dhënjën e Beta 2 agonistëve dhe kortikosteroideve inhalatore. . Në rastet kur kjo teknikë është joefektive, është i nevojshëm nebulizatori. (√)

## 24. MENAXHIMI I ASTMËS AKUTE TE TË RRITURIT

### 24.1 VLERËSIMI I ASTMËS SË RËNDË

Profesionistet mjekesorë duhet ta kenë parasysh që pacientet me astmë të rëndë dhe një apo më shumë faktorë të dëmshëm psikosocial janë në rrezik të vdekjes. **(B)**

#### VLERËSIMI FILLESTAR:

##### ASTMA AKUTE E MODERUAR

Simptomat në rritje

PEF >50-75% e vlerës së parashikuar

Pa karakteristika të astmës acute të rëndë

##### ASTMA E RREZIKSHME PËR JETEN

Njëra nga keto simptome:

PEF <33% e vlerës së parashikuar

SpO<sub>2</sub> <92%

PaO<sub>2</sub> <8 kPa

##### ASTMA AKUTE E RENDE

Njëra nga simptomat si vijon:

PEF 33-50% e vlerës së parashikuar

Frekuenca e frymemarrjes ≥25/min

Frekuenca e zemrës ≥110/min

Pamundësia e përfundimit të fjalisë me një frymë

PaCO<sub>2</sub> normale (4.6-6.0 kPa)

Gjoksi pa fishkellimë (krahërori i qetë)

Cianoza

Përpjekje e dobët respiratore

Aritmia

Rraskapitja

Niveli i ndryshuar i vetëdijes

Hipotensioni

##### ASTMA GATI FATALE

PaCO<sub>2</sub> i ngritur dhe/apo nevoja për ventilim mekanik

## 25. VLERËSIMI FILLESTAR I SIMPTOMEVE, SHENJAVE DHE MATJEVE

Karakteristikat klinike	Frymëzënia e rëndë (përfshirë frymëzënen aq të rënde sa është i pamundur përfundimi i fjalive me një frymë), tahipne, tahikardi, gjoks i qetë, cianoza apo kolabim. <i>Asnjëra nga këto simptome e vetme apo në grup nuk janë specifike dhe mungesa e tyre nuk e përjashton nje sulm të rëndë.</i>
PEF apo FEV <sub>1</sub>	PEF apo FEV <sub>1</sub> janë matje të nevojshme dhe valide të rrugeve ajrore. PEF i shprehur si një % e vlerës më të mirë të mëhershme të pacientit është klinikisht më e rëndësishmja.
Puls oksimetria	Saturimi i oksigjenit (SpO <sub>2</sub> ) i matur me puls oksimetër përcakton efektivitetin e terapisë me oksigjen dhe nevojën për matje të analizave gazore në gjakun arterial. Qëllimi i terapisë me oksigjen është mbajtja e SpO <sub>2</sub> 94-98%
Analizat gazore	Pacientëve me SpO <sub>2</sub> <92% apo me karakteristika tjera të astmës kërcnuese për jetë duhet të ju behen matjet e analizave gazore
Rentgeni i kraharorit	Rentgeni i kraharorit nuk është i rekomanduar në mënyrë rutinore në mungesë të: Pneumomediastinit ,Pneumothoraxit Dyshimit në konsolidim Astmës kërcnuese për jeten Dështimit në trajtim të kënaqshëm Nevojës për ventilim

## 26. MENAXHIMI DHE TRAJTIMI I ASTMËS AKUTE TEK ADULTET

### 26.1 OKSIGJENI

Jep oksigjen të kontrolluar suplementar për të gjithë pacientët hipoksemik me astmë acute të rëndë, për ta ruajtur nivelin e SpO<sub>2</sub> prej 94-98%. Mos administro oksigjen në mungesë të pulsoksimetrit por siguroni pulsoksimetrin dhe filloni monitorimin e SpO<sub>2</sub> sa më shpejtë që është e mundur (.C)

Në spital, ambulanca specialistike dhe Kujdes Parësor, inhalatorët për dhënjën e bronhodilatatorëve β<sub>2</sub> agonistë është e preferueshme të pasohen nga oksigjeni (A)

### 26.2 BRONHODILATATORËT β<sub>2</sub> AGONIST

Përdor doza të larta të β<sub>2</sub> agonistëve si agjent të vijës së parë tek pacientët me astmë acute. Administro sa më heret që është e mundur. (A)

Te pacientët me astmë acute me shenja rreziku për jetë është e rekomandueshme rruga inhaluese përmes nebulizatorit( inhalatorit) e pasuar nga oksigjeni. √

### 26.3 TERAPIA STEROIDE

Jep steroide në dozë adekuate për të gjithë pacientët gjatë atakut akut astmatik. (A)

Vazhdo prednisolone ( 40-50 mg në ditë) gjatë 5 ditëve apo deri në përmirësim. (A)

Për pacientët me astmë acute , nuk rekomandohet përshkrimi rutinor i antibiotikëve. (B)



## 27. REFERIMI NË KUJDESIN EMERGJENT

Refero secilin pacient:

- që i duhet mbështetje ventilatore
- me astmë akute të rëndë apo me shenja rreziku për jetë të cilët kanë dështuar të përgjigjen në terapi, të evidentuar si:
  - PEF I përkeqësuar
  - Hipoksi perzistente apo duke u përkeqësuar
  - Hiperkapni
  - Lodhje, frymëmarrje e dobët, përgjumje, konfuzion, gjendje e ndryshuar e vetëdijes dhe arrest respirator

## 28. PËRCJELLJA E PACIENTIT

- Është tejet me rëndësi që pacienti në Kujdesin Parësor të informohet se një atak akut astmatik duhet të përcillet gjatë 24 orëve në departamentin e emergjencës apo në spital.( √)
- Pacientët të cilët kanë pasur atak astmatik akut gati fatal,duhet të mbahen nën mbikqyrjen e specialistit në kohë të pacaktuar.( √)

Specialisti pulmolog duhet ta përcjellë pacientin e pranuar me atak astmatik të rëndë , më së paku një vit të tërë pas këtij ataku.

## 29. MENAXHIMI I ASTMËS AKUTE TE FËMIJËT E MOSHËS 1 VIT E MBI

### ATAK AKUT I RËNDË

SpO<sub>2</sub> ≤ 92%

PEF 33-50% më i miri apo i parashikuari

- Nuk mund ta kompletoj fjalinë me një frymëmarrje ose ka frymëmarrje të shpeshta gjatë të folurit apo gjatë ushqimit.
- Të rrahurat e zemrës ≥125 (≥ 5 vjet) ose
- ≥140 ( 1-5 vjet)
- Frekuenca e frymëmarrjes ≥30 frymëmarrje / minut (≥5 vjet ) ose  
≥40 frymëmarrje/min (1-5 vjet)
- SpO<sub>2</sub> ≤ 92%  
PEF ≤ 33% më i miri apo parashikuari
- Krahëror i qetë
- Cianoze
- Përpjekje e dobët respiratore
- Hipotension
- Lodhje (rraskapitje)
- Konfuzion

## 30. KRITERET PËR HOSPITALIZIM

Prindërit/kujdestarët e fëmijëve duhet të informohen se për fëmijët me atak të astmës akute në shtëpi, dhe me simptome të pakontrolluara ku nevojiten deri në 10 inhalime (shkrepje) të salbutamolit përmes pMDI hapsinorit, duhet të kërkojnë urgjentisht ndihmë mjekësore. (✓)

Nëse simptomet ashpërsohen, duhet të ipen doza shtesë të bronhodilatatorit sipas nevojës deri sa të vjen ndihma mjekësore. (✓)

Intervenimi i paramedikëve të fëmijët me atak akut të astmës, bëhet duke administruar salbutamolën me inhalator si dhe duke pasuar oksigjenin nëse simptomat janë të rënda, derisa fëmija të transferohet në departamentin e emergjencës. (✓)

Fëmijët me astmë të rëndë me shenja rreziku për jetë, duhet të transferohen urgjentisht në spital. (✓)

*Shenjat klinike vijuese që duhet të regjistrohen:*

- Frekuenca e rritur e zemrës-tahikardia zakonisht flet për përkeqësim të astmës; kurse rënia e frekuencës së zemrës është rrezik për jetë për astmatikët, pra është ngjarje preterminale.
- Frekuenca respiratore dhe vështirësitë e frymëmarrjes-vështirësi për ta kompletuar fjalinë me një frymëmarrje.
- Përdorimi i muskulaturës ndihmëse gjatë respiracionit.
- whezingu (fishkëllima) që mund të bëhet bifazik ose jo i dukshëm nëse obstrukcioni vjen duke u përkeqësuar
- Shkalla e shqetësimit dhe niveli i vetëdijes mund të na japin siguri dhe qetësi

Vini re! Shenjat klinike nuk korrespondojnë gjithmonë me ashpërsinë e obstrukcionit të rrugëve të frymëmarrjes. Disa fëmijë me astmë akute të rëndë nuk duken të shqetësuar.

## 31. INICIMI I TRAJTIMIT TE ASTMA AKUTE TE FEMIJET 1 VIT E MBI

Fëmijët me astmë të përkeqësuar dhe me shenja rreziku për jetë apo  $SpO_2 \leq 94\%$  duhet të marrin sasi të madhe oksigjeni përmes maskës së shtrënguar në fytyrë apo kanilës nazale në mënyrë që të arrihet saturimi normal prej 94-98%. (√)

Menagjimi i astmes akute tek fëmijët nën moshën 1 vjet rekomandohet të bëhet nën përcjelljen e pediatrit pulmonolog.

Inhalimi i  $\beta_2$  agonistëve paraqet vijën e parë të trajtimit tek astma akute te fëmijët. (A)

**Jep steroide orale sa më heret në trajtimin e atakut akut astmatik e fëmijët. (B)**

- Përdor dozën 10mg prednisolone për fëmijët e moshës nën 2vjet, 20mg për fëmijët e moshës 2-5 vjeç dhe 30-40 mg për fëmijët  $\geq 5$  vjet. Ata të cilët tashmë e kanë marr dozën mbajtëse të tabletave steroide, duhet të marrin edhe 2mg të prednisolonit deri në dozën maksimale prej 60 mg.
- Përsëritne dozën e prednizolonit tek fëmijët që vjellin dhe shqyrtonë mundësinë e dhënjes së steroideve intravenoze për shkak të vjelljes.
- Trajtimi deri në tri ditë zakonisht është i mjaftueshëm, por trajtimi mund të vazhdojë më gjatë deri në shërim. Nuk ka nevojë të ulet doza e steroideve, përdërisa trajtimi nuk zgjat më shumë se 14 ditë.

## 32. VIJA E DYTË E TRAJTIMIT TË ASTMËS AKUTE TE FEMIJET 1 VIT MBI

Aminophylina nuk rekomandohet për fëmijët me astmë acute të butë apo të moderuar.(A)

Shqyrto aminophylinën për fëmijët më astmë të rëndë më shenja rreziku për jetë e cila nuk reagon në dozat maksimale të bronhodilatatorëve dhe steroideve.(B)

### 33. LIRIMI NGA INSTITUCIONI SHËNDETËSOR, PLANIFIKIMI, PËRCJELLJA

Fëmijët mund të lirohen nga institucioni shëndetësor në shtëpi, 3-4 orë pasi të stabilizohen pas inhalimit me bronhodilatator. PEF dhe/ose FEV1 duhet të jetë 75% më i miri apo i parashikuari kurse SpO2 > 94%.

- Cakto takimin në Kujdesin Parësor mbrenda dy ditëve
- Cakto takimin te pediatri në klinikën e astmës mbrenda 1-2 muaj.
- Cakto referimin te specialist-pediatri pulmolog në rast të përkeqësimit -nëse paraqiten shenja të rrezikshme për jetë.

Menaxhimi i astmës akute tek fëmijët e moshës më të vegjël se 1 vjeç duhet të jetë nën mbikqyrjen e pediatrit pulmolog.

## 34. STANDARDET E AUDITUESHME

1. % e profesionistëve shëndetësor të trajnuar për diagnostifikim dhe trajtim të astmës
2. % e profesionistëve shëndetësor të trajnuar për të përkrahur pacientët gjatë vetmenaxhimit të astmës
  - 2.1 % e përdorimit të peak floëwmetrit nga pacientët me astmë
  - 2.2 % e përdorimit të pompës duke respektuar teknikën e drejtë të përdorimit të pompës
  - 2.3 % e pacientëve të cilët dijnë t'i realizojnë ushtrimet e frymëmarrjes
  - 2.4 % e pacientëve të cilët i kanë të regjistruara vlerat në grafikonin ditë – natë të peak flow metrit
3. % e paramedikëve të trajnuar për transport nga niveli parësor në nivelet tjera të rastet e astmës akute
4. Auditimi i pranisë së mjeteve për dg. trajtim dhe monitorim të astmës :
  - Peak flow metri, stetoskopi, nebulizatori, puls oksimetri, paisjet për oksigjenim ( boca, maskat, dhe kanilat nazale)
5. Auditimi i qendrave për furnizim me kartela ditë- natë për pef- metri
6. Auditimi i sterilizimit të maskave të fytyrës për oksigjenim dhe inhalim
7. Auditimi i medikamenteve në dispozicion në barnatoret e Institucioneve të KPSH ( pompa Salbutamol, tretje fiziologjike NaCL 0.9% , sol Salbutamol për nebulizator, sirup dhe tableta Salbutamol, pompa Beclomethasone Dipropionate 50 mcg, 100 mcg dhe 250 mcg , tablet Pronison, tablet Theophylin, amp Aminophylin dhe antibiotik.
8. Auditimi i regjistrimit të pacientëve me astmë në Qendrat e Mjekësisë Familjare



## 35. Referencat

1. SIGN -British Guideline on the management of asthma- Scottish Intercollegiate Guidelines Network British Thoracic Society, 2016
2. WHO- Package of Essential Noncommunicable ( PEN) disease interventions for primary health care in low resource settings, 2013
3. ICGP-Asthma control in General Practice, 2013
4. IKSHIP-Vjetari i statistikave shëndetësore, 2015

## 36. Procesi i adaptimit

Procesi i adaptimit të udhërrëfyesit është realizuar përmes takimeve të rregullta dy javore të grupit të cilat takime janë të dokumentuara përmes procesverbaleve. Gjatë këtyre takimeve dy javore janë analizuar detyrat e dhëna nga takimet paraprake, janë diskutuar dilemat dhe në fund propozimet janë votuar për t'u adaptuar. Vendimi për rekomandimet e përzgjedhuna është marrë atëherë kur grupi është pajtuar plotësisht. Vlen të theksohet se gjatë marrjes së vendimit grupi i ka shqyrtuar përparësitë dhe mangësitë e rekomandimeve, mundësinë e integritit dhe zbatimin e rekomandimeve të udhërrëfyesit të adaptuar në punën e përditshme të klinikistëve si dhe përfitimet e pacientëve për t'u mjekuar me standarde bashkëkohore. Sqarimet rreth shqyrtimeve kolegjiale të jashtme dhe të mbrendshme e kemi sqaruar tek pjesa "Burimet"

Gjatë procesit të adaptimit të udhërrëfyesit, GAU është shërbyer me instrumentin AGREE duke ndjekur fushat përkatëse, dhe duke bërë vlerësimin e procesit të adaptimit përmes notave sipas gradimit. Janë vlerësuar fushat si në vijim:

- fushëveprimi i udhërrëfyesit
- qëllimi
- përfshirja e palëve të interesit
- metodologjia

Grupi në mëyrë unanime, pas notimit të këtyre fushave ka vendosur për aprovimin e tyre gjatë procesit të adaptimit.

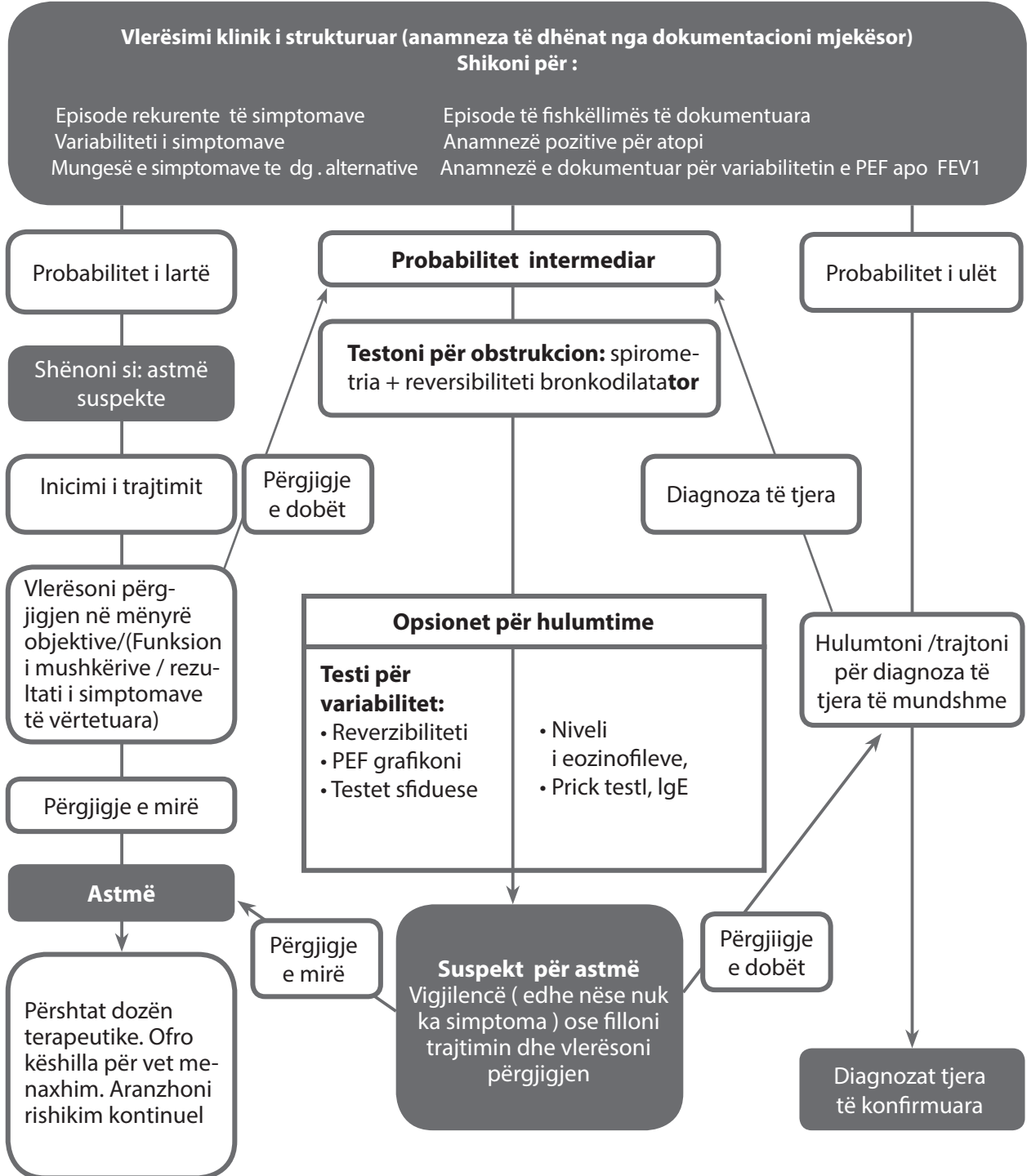
Pas analizimit të udhërrëfyesit "British guideline on the management of asthma", grupi ka vendosur të mos përfshijë në udhërrëfyes disa nga medikamentet të cilat aktualisht nuk janë në listën esenciale të barnave të Ministrisë së Shëndetësisë së Kosovës si: kortikosteroidet inhalues të kombinuar, magnesium sulfatin, salbutamoli intravenoz, LTRA, LAMA, ndonëse evidencat e bazuara në dëshmi, nga udhërrëfyesit e shqyrtuar rekomandojnë përdorimin e tyre.

Po ashtu pas analizimit të këtij udhërrëfyesi, grupi ka vendosur që të mos përfshijë pjesët të cilat i dedikohen astmës së shtatzënave, astma e indikuar nga sforcimet fizike dhe astma profesionale, sepse këto kategori nuk ka qenë fokus gjatë adaptimit të këtij udhërrëfyesi.

Në këtë udhërrëfyes gjithashtu nuk janë përfshirë metodat shitesë të diagnostifikimit si: metoda përmes spirometrisë e cila nuk realizohet në Kujdesin Parësor Shëndetësor, testi i matjes së FeNO sepse aktualisht është i përealizueshëm në Kosovë.

# 37. Algoritmi

**Prezentimi klinik me simptoma respiratore: fishkëllimë, kollë, frymëzënje, ngushtim gjoksi<sup>1</sup>**



<sup>1</sup>Te fëmijët nën moshën 5 vjecare dhe te të tjerët të cilët nuk mund ta performojnë testin e spirometrisë e të cilët vlerësohen me probabilitet të lartë apo të ndërmjetëm për astmë, inicimi i trajtimit të monitoruar, pritja vigjilente për të vlerësuar probabilitetin për astmë është njëra nga opcionet.

## 38. Trajtimi i astmës hap pas hapi

Astma e dyshuar	Menaxhimi i astmës				
Diagnoza dhe vleresimi	Evaluimi: vlerëso simptomet, bëj testet funksionale, kontrollo teknikën dhe përshtatjen e inhalerit (pompës) <ul style="list-style-type: none"> <li>• pershtat dozën, rregullo planin vetëmenaxhues</li> <li>• rrite dhe zvogelo dozen sipas nevojës</li> </ul>				
<b>← Lëviz poshtë për të gjetur dhe mbajtur terapinë më të ulët kontrolluese</b> <b>Leviz lartë për ta përmiresuar kontrollin sipas nevojës →</b>					
<b>Hapi i parë</b>	<b>Hapi i dytë</b>	<b>Hapi I tretë</b>	<b>Hapi I katërt</b>	<b>Hapi I pestë</b>	Rishikimi I kontrollës së astmës
Konsidero inicimin e trajtimit te monitoruar me salbutamol përmes pompës sipas nevojës	Salbutamol përmes pompës sipas nevojës plus dozë e ulët e beclomethasonit të inhaluar duke filluar me 100mcg dy herë në ditë për të rriturit , dhe 100mcg 1 herë ose 2 herë në ditë për fëmijët	Njëjtë si hapi dy plus dozë më të lartë të beclomethasonit të inhaluar-200mcg ose 400 mcg dy herë në ditë	Shtoni dozën e ulët të Theophylinës orale në hapin e tretë të trajtimit duke supozuar që beta agonistët me veprim të gjatë dhe antagonistët e leukotrieneve nuk janë në dispozicion	Shto prednisonon oral mirëpo në dozë më të ulët të mundshme për kontrollin e simptomave Gati gjithmonë më pak se 10 mg në ditë	Te pacientët me astmë të mesme kontrolla bëhet rregullisht qdo 3-6 muaj . Vlerëso më shpesh se 3 deri 6 muaj kur astma nuk është e kontrolluar  <b>Refero pacientin per kujdes specialistik:</b>  -Kur kontrollohet dobët -Te diagnostifikimi I pasigurt Prednisononi I rregullt oral është nevojshëm për mbajtjen nën kontrollë.
<b>β2 agonistët me veprim të shkurtë – konsidero ngritjen në hapin më të lartë me rastin e përdorimit të β2 agonistit me veprim të shpejtë 3 herë në javë apo më shumë se 3 herë</b>					

## 39. Fjalori

1. ADAPTE-Metodologji për adaptimin e udhërrëfyesve
2. HAPSINOR-Pajisje e ngjashme me tubin e quajtur hapsinor i cili mund të ndihmojë fëmijët ose të rriturit me probleme të frymëmarrjes, të cilët përdorin pompë
3. NEBULIZERI - Mjet i shpërndarjes së barërave që përdoret për të administruar medikamentet në formën e avullit që shpërndahet në rrugët e frymëmarrjes.
4. INHALERI-POMPA (pMDI) -Pajisje mjekësore e përdorur për shpërndarjen e medikamenteve në rrugët e frymëmarrjes që funksionon përmes presionit në dozë të caktuar
5. PULS OKSIMETRI -Pajisje joinvazive për përcaktimin e saturimit të oksigjenit në gjak.
6. PEF metria- Metodë për përcaktimin e rrjedhës maksimale ekspiratore përmes pajisjes Peak Flow Meter
7. Peak Flow Meter- Pajisje e vogël, e cila mbahet me dorë që përdoret për të monitoruar aftësinë e një personi për të nxjerrë frymën nga mushkëritë.
8. SPIROMETRIA- Është një nga testet që përdoret për të vlerësuar sa mirë funksionojnë mushkëritë duke matur sa ajër thithet, sa nxirret dhe sa shpejt është nxjerrë.

## 40. Shkurtesat

pMDI	presured Metered Dose Inhaler-inhaler me dozë matëse me presion
ICS	Inhaled corticosteroids-kortikosteroidet inhalatore
KSI	kortikosteroidet inhalatore
SABA	Short Acting Beta- Agonist-Beta Agonist me veprim të shkurtë
HFA	Hydrofil oroalkane-oroalkane hidrofile
FEV1	Forced expiratory volume in 1 second-vëllimi sforcuar expirator në sesondën e parë
PEF	Peak Expiratory floë-rrjedhja maximale expiratore
BDP	Beklometazon dipropionat
SKOP	Sëmundje Kronike Obstruktive Pulmonare
DPI	Dry powder inhalers-inhaler me pluhur të thatë
WHO	World Health Organisation
SpO2	Saturimi i oksigjenit në gjak
MDI	Metered Dose Inhaler-inhaler me dozë të matur
IKSHPK	Instituti Kombëtar i Shëndetit Publik të Kosovës
GINA	Global Initiative for Astma-Iniciative Globale për Astmë
UKP	Udhërefyes Klinik Praktik
GAU	Grupi për Adaptimin e Udhërefyesit
WHO-PEN	World Health Organization - Package of Essential Noncommunicable
ICGP	Irish College of General Practitioners
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
NICE	National Institute for Clinical Excellence
ShSUKK	Sherbimi Spitalor Universitar Kinik i Kosovës
PICO	Population Intervention Comparison Outcomes-popullata, intervenimi, krahasimi, rezultatet
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research Evaluation -instrumenti AGREE
AQH	Accessible Quality Healthcare-Kujdesi shendetesor i qasshem dhe kualitativ
SABA	Short Acting Beta Agonist-beta agonist me veprim te shkurte
LAMA	Long Acting Muscarinic Agonist-agonistet me veprim te gjate muscarinic
LTRA	Leukotriene Receptor Antagonist-antagonistet e receptoreve leukotriene

