



Republika e Kosovës
Republika Kosova – Republic of Kosovo
Qeveria – Vlada – Government
Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

“MENAXHIMI I PREEKLAMPSISË SË RËNDË”

PROTOKOL KLINIK KOMBËTAR

Protokoli Nr. 4

Prishtinë 2022

Versioni 1.0

Protokoli klinik kombëtar "Menaxhimi i preeklampsisë së rëndë"

1. PKK (Protokoli klinik kombëtar) është përgatitur bazuar në Udhërrefyesin klinik me titull: "Menaxhimi i preeklampsisë së rëndë dhe eklampsisë", nr 2, datë 20.10.2018.
2. **Grupi punues për hartimin e protokolit kombëtar për menaxhimin e preeklampsisë së rëndë:**
 - a. Dr. Albana Loshi Gashi, Gjinekologe/Obstetere, Klinika Obstetrike Gjinekologjike, Prishtine – kryesuese;
albanaloshi@gmail.com
 - b. Dr. Pranvera Zejnullahu Raci, PhD, Gjinekologe/ Obstetere, klinika Obstetrike Gjinekologjike, Prishtine – anëtare;
Pranvera.Zejnullahu@uni-pr.edu
 - c. Dr. Shqiponja Bajraktari Ponosheci, Mr. Sci., Gjinekologe/Obstetere, Klinika Obstetrike Gjinekologjike, Prishtine – anëtare;
shqiponja_p@yahoo.com
 - d. Dr. Mehmet Uka, Mr. Sci., Specialist i Mjekesise Familjare, Qendra Kryesore e Mjekesise Familjare, Mitrovice – anëtar;
mehmetuka@gmail.com
 - e. Mr. ph. Furtuna Thaqi, Farmaciste, Ministria e Shëndetësisë së Republikës së Kosovës, Prishtinë – anëtare;
Furtuna.Thaqi@rks-gov.net

3. Përkufizimet e përdorura në PKK (definicionet dhe shkurtesat)

Abrupcioni i placentës	Ndarje e parakohshme e placentës nga mitra para fazës së 3 ^{te} të lindjes.
Antifosfolipid sindromi	Gjendje që shoqërohet me prani të antitropave kardiolipin dhe histori të koagulimit të gjakut, te abortet dhe përfundime të shtatzënisë me vdekje fetale.
CTG	Kardiotokografia – matja të rrahurave të zemrës fetale dhe kontraksioneve uterine.
Edema pulmonare	Gjendje e grumbullimit të lëngjeve në intersticiun dhe hapësirat alveolare të mushkërive.
Hydralazine	Vazodilatator që vepron duke zgjeruar enët e gjakut-antihipertenziv.
Labetalol	Antihipertenziv me veprim miks alfa dhe beta bllokues.
Magnezium sulfati	Antikonvulzant i cili shërben për të parandaluar sulmet e ndërlydhura me preeklampsinë dhe për të kontrolluar sulmet eklamptike.
Nullipare	Grua që s'ka lindur.
Nifedipine	Antihipertenziv që bën pjesë në grupin e bllokatorëve të kanaleve të kalciumit.
Velocimetria e arteries umbilikale	Përcaktimi i indeksit të pulsacionit dhe të indeksit të rezistencës të rrjedhjes së gjakut në arterian umbilikale.

BMI	Body Mass Index (Indeksi i Masës Trupore)
DIC	Disseminated intravascular coagulation (koagulimi i diseminuar intravaskular)
HELLP	Haemolysis, Elevated liver enzymes, Low Platelet count (hemolize; ngritje e vlerave të enzimeve të mëlqisë, renie e numrit të trombociteve)
IUGR	Intrauterine growth restriction (ngecje në zhvillimin intrauterin)
ILA (Indeksi i lëngut amnional)	Matja anteroposteriore e 4 xhepave të lëngut amnial, pa pjesë të kordonit dhe pa pjesë fetale.
LEB	Lista Esenciale e Barnave
MSh	Ministria e Shëndetësisë
PKK	Protokol klinik kombëtar
SHOGJK	Shoqata e Obstetërve dhe Gjinekologëve të Kosovës
TA	Tensioni arterial

4. Qëllimi i PKK (përfituesit nga zbatimi i protokolit, kujt i dedikohet, kush e zbaton)

Standardizim në diagnostikim, trajtim dhe menaxhim të shtatzënave me preeklampsi të rëndë.

Të zbatohet një praktikë unike klinike në çdo insitucion shëndetësor të cilëve ju dedikohet PKK, për të parandaluar vonesën në menaxhimin e preeklampsisë së rëndë dhe komplikimeve të lidhura me hipertension.

Ky Protokol i dedikohet të gjithë profesionistëve shëndetësor dhe drejtuesve që ofrojnë shërbime shëndetësore për gratë shtatzëna, në maternitete, në nivelin dytësor dhe tretësor.

PKK ka synim të ofrojë udhëzimet e bazuara në fakte që rrjedhin nga rekomandimet e qëndrueshme për menaxhimin e preeklampsisë së rëndë.

Përfituesit:

Përfituesit nga zbatimi i PKK janë gratë shtatzëna me preeklampsi të rëndë të hospitalizuara në qendrat spitalore në vend.

PKK e zbatojnë:

Mjekët specialist Gjinekolog Obstetër

Mjekët specialsit Aneseziolog/reanimator

Mjekët specialist Internist

Mjekët specialist Neurolog

Specializantët e lëmive të lartëcekura

Mamitë dhe infermieret të cilat kujdesen për shëndetin e grave shtatzëna.

PKK duhet të gjejë zbatim në të gjitha insitucionet shëndetësore ku ka burime të mjaftueshme njerëzore dhe infrastrukturë relevante për shërbimet e udhëzuara në protokol.

5. Shqyrtimi i PKK ose rrethanat në të cilat mund të përditësohet algoritmi

Rishikimi i PKK-se dhe përditësimi i algoritmeve do të bëhet në baza trevjeçare.

Rishikimi dhe përditësimi mund të fillojë më herët nëse identifikohet ndonjë evidencë e rëndësishme në menaxhimin e preeklampsisë së rëndë.

6. Përshkrim i hollësishëm i procedurave/trajtimit/shërbimit/metodave/technikave etj.

a. Kriteret për profilizim dhe kategorizim

Fokusi i protokolit:

- Diagnostikimi
- Trajtimi
- Monitorimi

6.1. Diagnostikimi;

- 6.1.1. Definicioni: Preeklamsia në shtatzëni është sëmundje hipertenzive multisistemike që lajmërohet zakonisht pas javës së 20 të shtatzënisë, te pacientja me tension arterial normal deri atëherë ose mund të mbivendoset në hipertension ekzistues.
- 6.1.2. Kriteret diagnostike për preeklampsinë e rëndë:
- 6.1.2.1. Tensioni arterial sistolik ≥ 160 mmHg, ose tensioni arterial diastolik ≥ 110 mmHg, i konfirmuar në dy matje brenda 15 minutave.
- 6.1.2.2. Proteinuria:
 ≥ 300 mg proteina në urinën e mbledhur 24 orëshe
Raporti protein/kreatinine $\geq 0,3$ mg/dL
Dy apo më shumë plusa në urinë (leximi me shirita):
1+ : 0.3-0.5 g/L,
2+ : 0.5-1.0g/ L,
3+ : 1.0-3.0g/L dhe
4+ : > 3.0g/L.
- Ose në mungesë të proteinurisë:
- 6.1.2.3. Trombocitopenia: nr i trombociteve $<100 \times 10^9/L$.
- 6.1.2.4. Insuficiencia renale: koncentrimi i kreatininës në serum <1.1 g/dL ose dyfishimi i vlerës së kreatininës në serum, duke përjashtuar sëmundjet tjera të veshkave.
- 6.1.2.5. Çrregullimi i funksionit të melqisë: dyfishim i vlerës së sipërme kufitare të transaminazave në gjak.
- 6.1.2.6. Edema pulmonare.
- 6.1.2.7. Çrregullimet cerebrale ose të të pamurit (kokëdhimbja që nuk i përgjigjet terapisë).

6.2. Trajtimi:

Terapia e linjës së parë duhet të fillohet menjëherë pas konfirmimit të hipertensionit të rëndë me dy matje brenda 15 min.

- 6.2.1. Terapia e linjës së parë:

- Labetalol intravenoz
- Hidaralazinë intravenoz
- Nifedipine orale

Magnezium sulfati – nuk rekomandohet si bari antihipertenziv. Duhet të përdoret për të parandaluar konvulzionet apo në rast ataku eklampitik.

Medikamentet e linjës së parë

Medikamenti	Doza	Komentet
Labetalol	10-20 mg IV për 2 min., pastaj 20-80 mg pë 2 min. çdo 20-30 min. deri në dozën maksimale prej 300 mg. ose infuzion kontinuel 1-2 mg/min IV	Të konsiderohet si medikament i linjës së parë. Tahikardia është e rrallë dhe ka më pak efekte anësore. Kundërindikohet te pacientët me astmë, sëmundje të zemrës ose insuficiencë kongjestive të zemrës.
Hydralazine *	5 mg IV ose IM , pastaj 5-10 mg IV për 2 min. çdo 20-40 min. ose infuzion kontinuel 0.5-10 mg/h	Doza e lartë ose e shpeshtë është e shoqëruar me hipotension maternal, kokëdhimbje, ndërsa distressi fetal mund të jetë më i shpeshtë te medikamentet tjera
Nifedipine	10-20 mg oral, nëse është e nevojshme përsërite pas 30 min.; pastaj 10-20 mg çdo 2-6 orë;	Mund të shfaqen takikardia reflektore dhe kokëdhimbjet
Magnesium sulfati (bar jo antihipertenziv i linjës së parë)	Protokoli intravenoz: Filloni me 4-6 g IV në 100 ml tretje infuzive për 20 min, të vazhdohet me infuzion kontinuel 1-2 g/orë edhe deri 24 orë pas lindjes. Protokoli intramuskular: Filloni me 10 g të tretësirës 50% IM, nga 5 g IM në secilën kofshë (gluteus).	Kundërindikohet te edema pulomonare, insuficienca renale, miastenia gravis.

* Hidralazina intravenoze duhet të jepet e zbutur, përmbajtja e ampullës tretet në 1 ml ujë për injeksion, kjo më pas zbutet me 9 ml. 0.9% NaCl dhe jepet në bollus të ngadaltë.

6.2.2. Terapia e linjës së dytë

Nëse dështon terapia e linjës së parë, rekomandohet konsulta emergjente me:

- Obstetrin konsultant;
- Anesteziologun;
- Intenzivistin;
- Internistin- Kardiologun;

6.3. Monitorimi:

6.3.1. Monitorimi maternal

- Pasi të kemi nën kontrollë tensionin arterial (<160/110 mmHg) materni:
 - Çdo 10 min. për 1 orë
 - Çdo 15 min. në orën pasuese
 - Çdo 30 min në orën pasuese
 - Çdo orë në 4 orët pasuese
- Siguro testet laboratorike bazike:
 - Hemogrami
 - Trombocitet
 - LDH
 - Testet e mëlqisë
 - Urea, kreatinina
 - Elektrolitet
 - Proteinat në urinë

6.3.2. Monitorimi fetal:

- Monitorimi i mirëqenies fetale sipas moshës gjestative
 - Kardiotokografia
 - Ultratingulli obstetrik
 - Indeksi i lëngut amnial
 - Dopleri i aretries umbilikale

Pas stabilizimit të gjendjes konsidero: kohën dhe mënyrën e lindjes.

- Menaxhimi ekspektativ i planifikuar <34 javë
 - o kortikoidet antenatale
 - o farmakoterapia subsekuente (agjentët oral)
 - o vlera e synuar e TA 140-150 / 90-100 mmHg
- ≥ 34 javë – lindje, mënyra e lindjes të bazohet në prezantimin fetal, gjendjen e qafës së mitrës, gjendjen e nënës dhe frytit.
 - o mund të shtyhet lindja për 24-48 orë për administrimin e kortikoideve antenatale, nëse gjendja e nënës dhe fetusit është stabile.
- Kontraindikacionet për shtyerjen e lindjes në interes fetal:
 - o Hipertensioni i pakontrolluar
 - o Eklampsia
 - o Edema pulmonare
 - o Dyshim për abrupcion të placentës
 - o Koagulimi intravaskular i diseminuar (DIC)
 - o Vuajtja fetale
 - o Vdekja intrauterine fetale

- b. Lista e barnave që janë ekstraktuar nga PKK dhe që janë pjesë e listës esenciale të barnave:

Labetalol	Injeksion: 5 mg/ml Blllokues i receptorëve alfa dhe beta
Hydralazine*	Pluhur për Injeksion: 20 mg (hidroklorur) në ampulla.
	Tableta: 25 mg; 50 mg (hidroklorur).
	*Hidralazina është e përfshirë për përdorim vetëm në menaxhimin akut të shtatzëna me hipertension të rëndë. Përdorimi për trajtimin e hipertensionit esencial nuk rekomandohet për shkak se barnat tjera kanë efikasitet dhe siguri më të madhe.
Nifedipine	Kapsula: 10 mg.
Methyldopa*	Tableta: 250 mg, 500 mg
	* Methyldopa është e përfshirë për përdorim vetëm në menaxhimin e hipertensionit të shkaktuar nga shtatzënia. Përdorimi për trajtimin e hipertensionit esencial nuk rekomandohet për shkak se barnat tjera kanë efikasitet dhe siguri më të madhe.
Magnesium sulfat*	Injeksion: 0.5g/ mL në ampulla 2- mL (ekuivalent me 1 g në 2 mL; 50% peshë/vëllim);
	0.5g/mL në 10- mL ampulla (ekuivalent me 5 g në 10 mL; 50% peshë/vëllim).
	* Për përdorim në eklampsi apo pre-eklampsi të rëndë dhe jo për çrregullime tjera me konvulzione.
Calcium gluconate	Injeksion: 100 mg/mL në ampulla 10- mL.

7. Listat kontrolluese

7.1. Faktorët e riskut për preeklampsi (listë kontrolluese):

Faktorët e riskut të lartë (rekomandohet dozë profilaktike e aspirinës nëse cilido prej këtyre faktorëve është prezent):

PO	JO	Faktorët e riskut në shtatzëni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preeklampsia në shtatzënitë paraprake
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertension kronik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabet melit tip 1 dhe 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sëmundjet e veshkave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sëmundjet autoimune (p.sh. LES)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sindroma antifosfolipid ose antikardiolipin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shtatzëni e shumfishtë

Faktorët e riskut të moderuar (rekomandohet doza profilaktike e aspirinës nëse dy apo më shumë faktorë janë prezent):

PO	JO	Faktorët e riskut në shtatzëni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nulipariteti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obeziteti (BMI ≥ 30 kg/m ²)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nëna ose motra kanë pasur preeklampsi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statusi i ulët socioekonomik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mosha maternale ≥ 35 vjeç
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacientja e lindur me peshë të ultë të lindjes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shtatzënia paraprake me peshë të ultë të foshnjës
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periudha në mes shtatzënive > 10 vjet

Nënshkrimi i mjekut: _____

Data: _____

7.2. Preeklampsia - lista kontrolluese emergjente

- Dy vlerat e TA \geq 160/110 mmHg të matura në periudhë prej 15-60 min.
- Mund të fillohet trajtimi brenda 15 min. nëse është indikacion klinik.

Thirr për ndihmë

Disenjo planin

Liderin

Shok lista kontrolluese (lexuesi/shënuar)

Infermieren

Siguro shtratin (mbështetëset anësore lartë!)

Sigurohu që barnat që jepen janë më të duhurat
(sipas anamnezës së pacientit)

Vendos vijën venoze, njëkohësisht bëni testet laboratorike

Jep terapi antihipertenzive

Jep terapi për profilaksën e konvulzioneve
(magnezium sulfat nëse nuk është i kundëringduar)

Vendos kateterin urinar

Fillo kortikoidet antenatale (nëse <34 javë gestative)

Tromboprofilaksa

CT ose MRI e trurit në rast të simptomave neurologjike ose kokëdhembjes

Informo pacientin, familjarët, ekipën obstetrike, neonatologun, anesteziologun

Barnat antihipertenzive

Për TA Sisitolik ≥ 160 mmHg ose TA diastolik ≥ 110 mmHg

- Labetalol (fillo me dozë: 20 mg); Shmangiu Labetalolit te asma aktive, sëmundëjt e zemrës, insuficiencia e zemrës; përdor me kujdes te pacientet me histori të astmës.
- Hidralazinë (fillo me dozë 5-10 mg IV* për 2 min.); E rritë riskun për hipotension maternal.
- Nifedipinë orale (fillo me kapsulë 10 mg); Kapsulat duhet të jepen per os jo sublingual.

* Doza maksimale e administruar intravenoz nuk duhet të kalojë sasinë 220 mg të Labetalolit ose 25 mg të hidralazinës / 24 orë.

Kujdes: Nëse dështon terapia e linjës së parë, konsulto menjëherë obstertin konsultant, anesteziologun intenzivist, internistin kardiolog.

Magnezium Sulfat

Kontraindikacionet: miastenia gravis; edema pulmonare, përdor me kujdes te rastet me insuficiencë renale

Qasja IV:

- Fillo me 4-6 gram 10% magnezium sulfat në 100 ml solucion për 20 min.
- Vazhdo me infuzion kontinuel 1-2 g/orë

Në mungesë të vijës IV

- Jep 10 gram të solucionit 50% IM (5 gram në të dy kofshët/ gluteuset)

Barnat antikonvulzante

Për status eklampitik ose kur magnezium sulfati është i kundërindikuar

- Diazepam: 5-10 mg IV për 5-10 min deri te doza maksimale 30 mg.

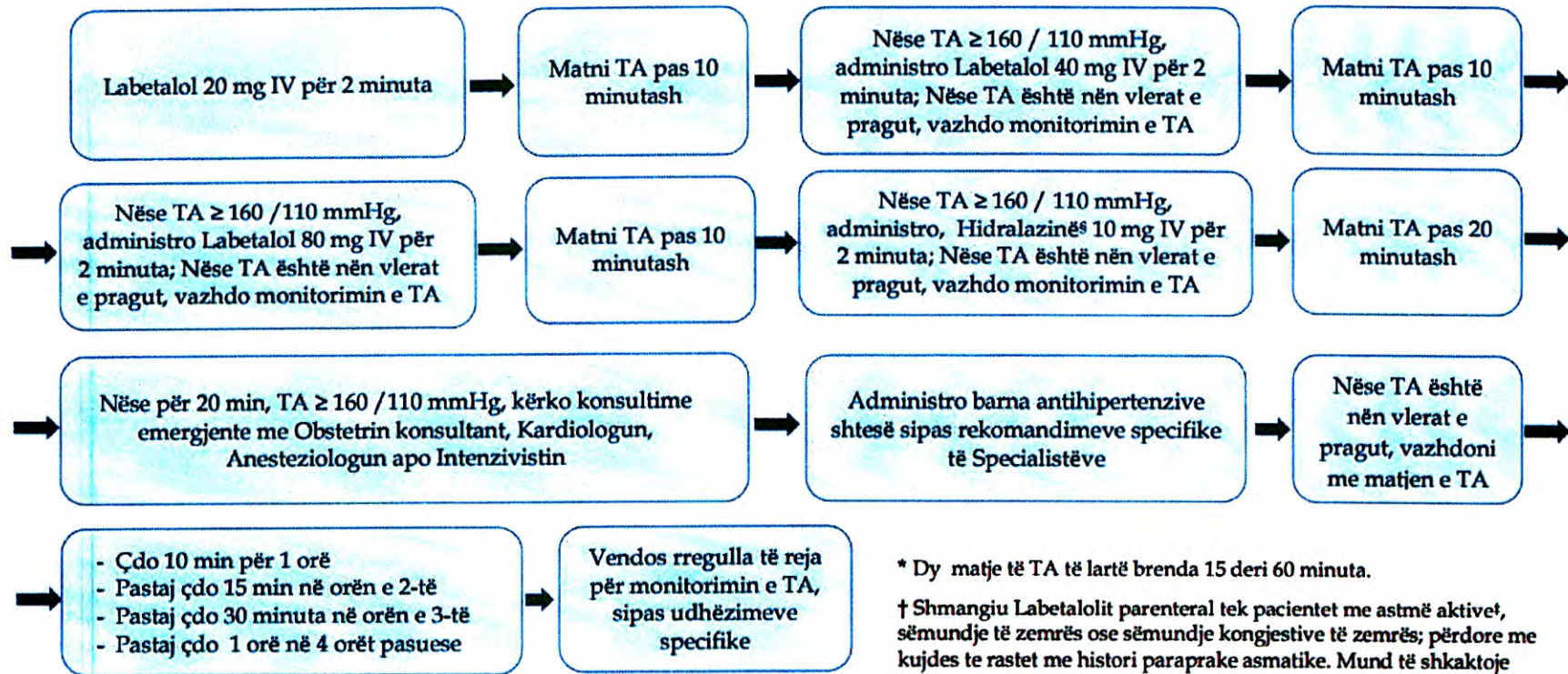
‡ "Astma aktive" definohet si:

- A- Simptoma së paku një herë në javë, ose
- B- Përdorimi i inhaluesve ose kortikoideve në shtatzënise, ose
- C- Çfarëdo historie paraprake e intubimit apo hospitalizimit për shkak të astmës.

8. Algoritmet skematike

Algoritmi per Labetalol

Nëse vlerat e TA prej $\geq 160/110$ mmHg perzistojnë* për 15 min. OSE keni dy matje me ngritje TA në interval prej 15 min. dhe terapia klinikisht është e indikuar



- Ndale Labetalolin IV nëse vlerat e pulsit maternal janë nën 60
- Vlera maksimale kumulative e dozës së Labetalolit të administruar me rrugë IV nuk duhet të kalojë 300 mg për 24 orë
- Mund të ketë efekte anësore dhe kundërindikacione. Duhet të mbizotërojë gjykimi klinik!

* Dy matje të TA të lartë brenda 15 deri 60 minuta.

† Shmangiu Labetalolit parenteral tek pacientet me astmë aktive, sëmundje të zemrës ose sëmundje kongjестive të zemrës; përdore me kujdes te rastet me histori paraprake asmatike. Mund të shkaktojë bradikardi neonatale.

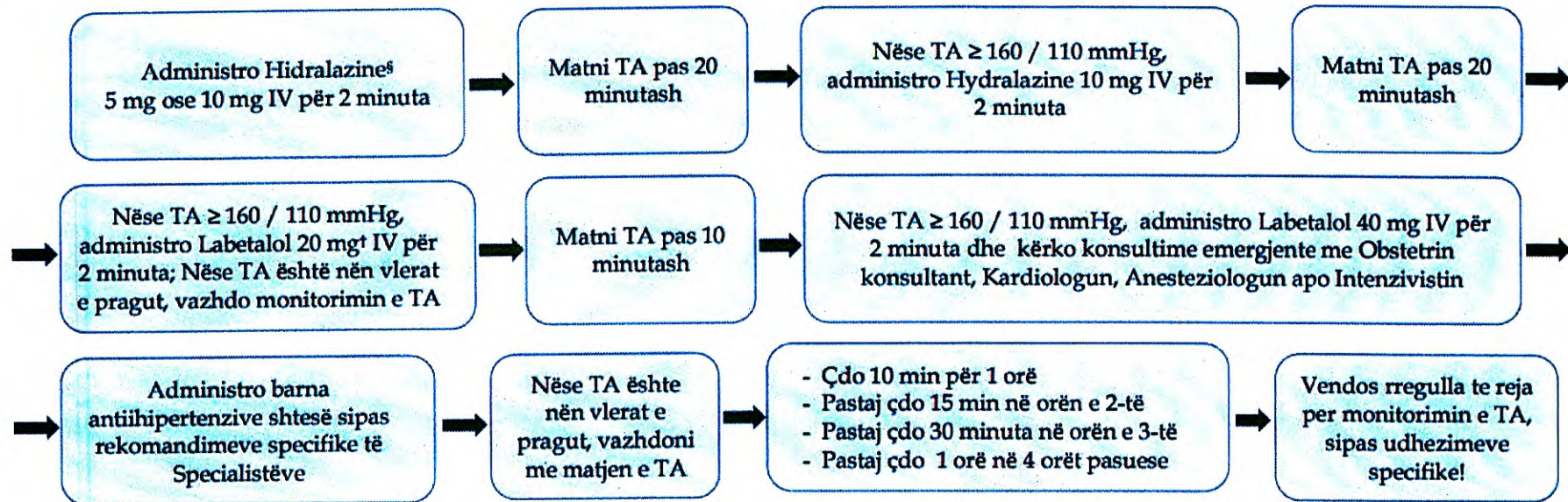
‡ "Asthma aktive" definohet si:

- A- Simptoma së paku një herë në javë, ose
- B- Përdorimi i inhaluesve ose kortikoidëve në shtatzëni, ose
- C- Çfarëdo historie paraprake e intubimit apo hospitalizimit për shkak të astmës.

§ Hydralazina mund të rris rrezikun e hipotensionit maternal.

Algoritmi per Hidralazinë

Nëse vlerat e TA prej $\geq 160/110$ mmHg perzistojnë* për 15 min. OSE keni dy matje me ngritje TA në interval prej 15 min dhe terapia klinikisht është e indikuar



- Njofto udhëheqësin pasi keni fituar vlera të larta të TA
- Vendos monitorimin fetal, nëse është në dispozicion
- Ndale Labetalolin IV nëse vlerat e pulsit maternal janë nën 60
- Vlera maksimale kumulative e dozës së Labetalolit të administruar me rrugë IV nuk duhet të kalojë 300 mg për 24 orë
- Mund të ketë efekte anësore dhe kundërindikacione. Duhet të mbizotërojë gjykimi klinik!

* Dy matje të TA të lartë brenda 15 deri 60 minuta.

† Shmangiu Labetalolit parenteral tek pacientet me astmë aktive‡, sëmundje të zemrës ose sëmundje kongjestive të zemrës; përdore me kujdes te rastet me histori paraprake asmatike. Mund të shkaktojë bradikardi neonatale.

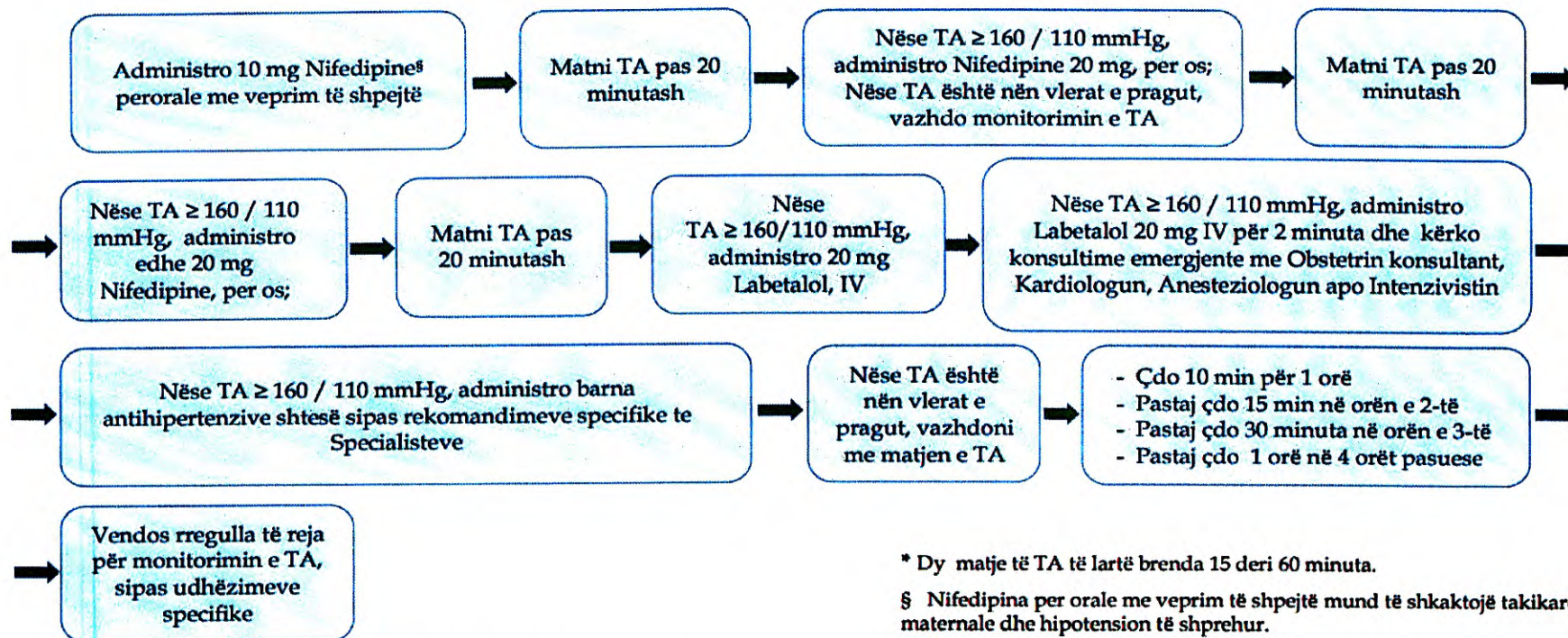
‡ "Asthma aktive" definohet si:

- A- Simptoma së paku një herë në javë, ose
- B- Përdorimi i inhaluesve ose kortikoidëve në shtatzëni, ose
- C- Çfarëdo historie paraprake e intubimit apo hospitalizimit për shkak të astmës.

§ Hydralazina mund të rris rrezikun e hipotensionit maternal.

Algoritmi per Nifedipinë

Nëse vlerat e TA prej $\geq 160/110$ mmHg perzistojne* për 15 min. OSE keni dy matje me ngritje TA në interval prej 15 min dhe terapia klinikisht është e indikuar



- Njofto udhëheqësin pasi keni fituar vlera të larta të TA
- Vendos monitorimin fetal, nëse është në dispozicion
- Ndale Labetalolin IV nëse vlerat e pulsit maternal janë nën 60
- Vlera maksimale kumulative e dozës së Labetalolit të administruar me rrugë IV nuk duhet të kalojë 300 mg për 24 orë
- Mund të ketë efekte anësore dhe kundërrindikacione. Duhet të mbizotërojë gjykimi klinik!

* Dy matje të TA të lartë brenda 15 deri 60 minuta.

§ Nifedipina per orale me veprim të shpejtë mund të shkaktojë takikardi maternale dhe hipotension të shprehur.

† Shmangiu Labetalolit parenteral tek pacientet me astmë aktive, sëmundje të zemrës ose sëmundje kongjестive të zemrës; përdore me kujdes te rastet me histori paraprake asmatike. Mund të shkaktojë bradikardi neonatale.

‡ "Astma aktive" definohet si:

A- Simptoma së paku një herë në javë, ose

B- Përdorimi i inhaluesve ose kortikoideve në shtatzëni, ose

C- Çfarëdo historie paraprake e intubimit apo hospitalizimit për shkak të astmës.

9. Mënyra e informimit dhe shpërndarjes së PKK te grupet e interesit për të motivuar zbatimin e tij.

MSh është përgjegjëse për shpërndarjen e PKK në të gjitha institucionet e kujdesit mjekësor, kurëse udhëheqësit e institucioneve shëndetësore obligohet të informojnë stafin profesional për botimin dhe zbatimin e PKK-së si dhe ta shpërndajnë në njësitë relevante dhe grupet e interesit duke i motivuar me trajnim përmes Zhvillimit të Vazhdueshëm Profesional.

10. Treguesit për matjen e zbatimit të PKK - standardet e auditueshme

- Përqindja e profesionistëve shëndetësor të trajnuar për parandalim, diagnostikim dhe menaxhim të Preeklampsisë së rëndë;
- Përqindja e profesionistëve shëndetësor të cilët janë të informuar për publikimin e PKK dhe se a janë të pajisur me PKK në vendin e tyre të punës;
- Auditim i listës së medikamenteve nga LEB dhe mjeteve për diagnostikim dhe menaxhim të Preeklampsisë së rëndë;

11. Mbikëqyrja dhe vlerësimi i zbatimit të PKK

Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore janë përgjegjës për sigurimin e zbatimit përmes monitorimit të brendshëm ku si instrument mund të shërbejë auditi klinik i brendshëm. Auditi klinik duhet të zhvillohet në çdo institucion shëndetësor nga koordinatori i cilësisë i cili raporton në Divizionin e Cilësisë në MSH.

Inspektorati Shëndetësor informohet për moszbatim eventual të PKK nga Divizioni i Cilësisë.

Odat e profesionistëve shëndetësor gjithashtu duhet të sigurojnë zbatimin e PKK nga institucionet shëndetësore.

12. Informatat kthyesë nga pilotimi i PKK

PKK- "Menaxhimi i Preeklampsisë së rëndë" është pilotuar përmes rishqyrtimit kolegjial me profesionistë të cilët nuk kanë qenë pjesë e hartimit të PKK dhe të njejtë e kanë aprovuar pa komente shtesë.

13. Përfshirja/mospërfshirja e komenteve eventuale pas konsultimit dhe pilotimit të PKK.

Protokolli duhet të ketë paragrafe të shkurtëra, të qarta lidhur me përmbajtjen e tij!