



REPUBLIKA E KOSOVËS REPUBLIKA KOSOVA-REPUBLIC OF KOSOVA QEVERIA E KOSOVËS-VLADA KOSOVA-GOVERNMENT OF KOSOVA MINISTRIA E SHËNDETËSISË-MINISTARSTVO ZDRAVLJA-MINISTRY OF HEALTH	
Njësia Org. Org.Jedinica Org Unit	01
Nr. Prot: Broj Prot: Prot.No:	05-5389
Nr. faqeve Br.stranica No. pages	-34-
Data: Datum: Date:	31.07.2026
Prishtinë / a	

Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government

Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit/Ured Ministra/Office of the Minister

Nr.102/VII/2026

Datë:30.07.2026

Ministri në detyrë i Shëndetësisë, në mbështetje të Nenit 145, pika 2, të Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 10 dhe 11 të Ligjit Nr.06/L-113 për Organizimin dhe Funksionimin e Administratës Shtetërore dhe të Agjencive të Pavarura (Gazeta zyrtare Nr.7.01 Mars 2019), nenit 11 paragrafi 1.5 i Ligjit Nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, duke u bazuar në nenin 15 të Udhëzimit Administrativ Nr. 06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike, duke ju referuar kërkesës së KKUPK nr. protokolli 05-5326 dt. 28.07.2026 nxjerr:

V E N D I M

- I. Aprovohet Udhërrëfyesi Klinik : „Menaxhimi jo farmakologjik i hipertensionit arterial tek pacientët në kujdesin dytësor shëndetësor “.
- II. Shtojce e këtij vendimi është Udhërrëfyesi Klinik „Menaxhimi jo farmakologjik i hipertensionit arterial tek pacientët në kujdesin dytësor shëndetësor“.
- III. Vendimi hyn në fuqi ditën e nënshkrimit nga Ministri i Shëndetësisë.

Dr. Arben Viti

Ministër në detyrë i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:

- Sekretarit të Përgjithshëm;
- DPSSH;
- KKUPK;
- Departamenti ligjor;
- Arkivit të MSh.



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

MENAXHIMI JO FARMAKOLOGJIK I HIPERTENSIONIT ARTERIAL TEK PACIENTËT NË KUJDESIN DYTËSOR SHËNDETËSOR

UDHËRRËFYES KLINIK

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

MSc. Niman Bardhi, PhDc. – Kryesues

Znj. Fatbardhe Murtezi – Anëtare

Dr. Shaban Osmanaj – Anëtar

Z. Mentor Sadiku – Anëtar

Dr. Teuta Qilerxhiu – Anëtare

Dr. Fakete Hoxha - Anëtare

Prof. Dr. Premtim Rashiti – Anëtar

Dr. Lauras Idrizi – Anëtar

Z. Agron Bytyqi – Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së adaptimit të udhërrëfyesve klinik:

Prof. Dr. Merita Berisha – Kryesuese

Dr. Merita Vuthaj – Anëtare

Dr. Drita Lumi – Anëtare

Dr. Vlora Ibishi – Anëtare

Dr. Mehmet Uka – Anëtar

Grupi punues:

Dr. Dardan Koçinaj – Kryesues

Prof. Ass. Dr. Ibadete Bytyqi – Anëtare

Dr. Elfedin Muhaxhiri – Anëtar

Ass. Dr. Sc. Arlind Batalli – Anëtar

Dr. Arieta Hasani- Alidema – Anëtare

Mr. Ph. Mentor Sylaj – Anëtar

Përmbajtja

I.	HYRJE.....	4
II.	QËLLIMI DHE FOKUSIMI	4
III.	DEFINICIONI	4
IV.	TË DHËNAT EPIDEMIOLOGJIKE	4
V.	POPULLATA E ÇAKUT.....	6
VI.	AUDIENCA E ÇAKUT	6
VII.	PYETJA/ET SHËNDETËSORE/MJEKËSORE.....	6
VIII.	METODOLOGJIA.....	7
IX.	REKOMANDIMET	9
X.	PËRMBLEDHJE E REKOMANDIMEVE PËR REDUKTIM TË FAKTORËVE TË RREZIKUT PËR HIPERTENSION ARTERIAL.....	9
XI.	HYRJE NË UDHËRRËFYES.....	11
XII.	DEFINICIONI.....	12
XIII.	MODELET E TË USHQYERIT	14
XIV.	KRIPA (NATRIUMI).....	17
XV.	KALIUMI	18
XVI.	KALCIUMI.....	19
XVII.	MAGNEZI.....	20
XVIII.	VITAMINAT DHE MINERALET	20
XIX.	FIBRAT.....	21
XX.	ALKOOLI, KAFEINA DHE KAKAO.....	22
XXI.	AKTIVITETI FIZIK	23
XXII.	NDËRPRERJA E DUHANPIRJES.....	24
XXIII.	MENAXHIMI I STRESIT	25
XXIV.	PESHA TRUPORE	25
XXV.	KONSIDERIMET GJATË ZBATIMIT TË UK	27
XXVI.	STANDARDET E AUDITUESHME.....	27
XXVII.	REFERENCAT	27
XXVIII.	IMPLIKIMET, ZBATUESHMERIA DHE KOSTOJA	29
XXIX.	SHTOJCAT.....	29
XXX.	PROCESI I ADAPTIMIT	29
XXXI.	SHKURTESAT DHE AKRONIMET.....	30

I. HYRJE

Hipertensioni arterial është faktori më i rëndësishëm i rrezikut, i modifikueshëm, i sëmundjeve kardiovaskulare, por edhe për demencë dhe dëmtim vaskular. Prevalenca e kësaj sëmundje është rritur në dekadat e fundit dhe qëllimi i trajtimit është normalizimi vlerave të tensionit arterial me qëllim të parandalimit apo ngadalësimit të dëmtimeve mikro- makro vaskulare të organeve.

Hipertensioni arterial (HTA) është një barrë globale, duke prekur rreth një të tretën e popullatës të rritur. Ky faktor rreziku për sëmundjet kardiovaskulare (SKV), sëmundjet cerebrovaskulare (SCV), sëmundjet kronike të veshkave (CKD), etj. i atribuohet 7.8 milionë vdekjeve në mbarë botën. Menaxhimi i HTA bazohet në trajtime farmakologjike dhe jo-farmakologjike. Modifikimet e stilit të jetës përfshijnë ndryshime në sjellje, duke përfshirë reduktimin e konsumimit të kripës, konsumimin e një diete të shëndetshme, ndërprerjen/ moderimin e konsumimit të alkoolit, reduktimin e peshës trupore, ndërprerjen e duhanit, aktivitetin fizik (PA), uljen e stresit, ekspozimin e reduktuar ndaj ndotjes së ajrit dhe temperaturës së ftohtë.

II. QËLLIMI DHE FOKUSIMI

Qëllimi i adaptimit të këtij udhërrëfyesi është prezentimi i rekomandimeve aktuale/ bashkëkohore dhe përshtatja e tyre për profesionistët e kujdesit shëndetësor spitalor/ dytësor por edhe në ndërlidhje dhe për nevoja të atyre të kujdesit primar e terciar shëndetësor në Kosovë.

Fokus i udhërrëfyesit janë pacientët me HTA të cilët synohet gjithpërfshirje në ekzaminimin, trajtimin dhe përcjelljen e tyre nga profesionistët e fushës.

Udhërrëfyesi dedikohet të përdoret nga profesionistët shëndetësor të nivelit sekondar- në rradhë të parë por edhe të profesionistëve të tjerë shëndetësor, të niveleve tjera të ofrimit të kujdesit shëndetësor.

III. DEFINICIONI

Hipertensioni arterial definohet si vlera të tensionit arterial sistolik (TAS) ≥ 140 mmHg dhe/ ose tensionit arterial diastolik (TAD) ≥ 90 mmHg.

Dallojmë:

HTA primar (esencial, idiopatik), dhe

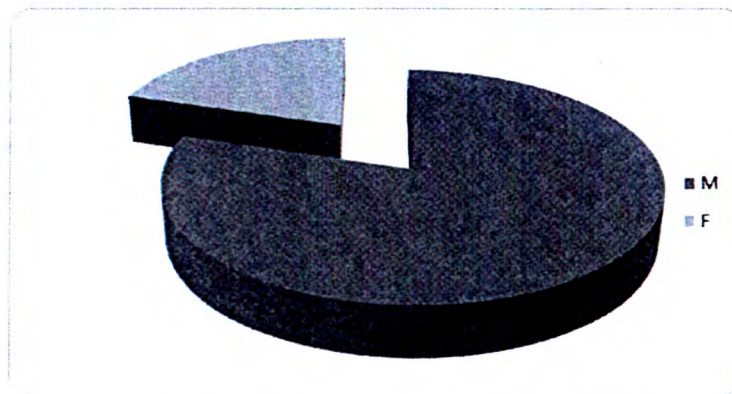
HTA sekondar.

IV. TË DHËNAT EPIDEMIOLOGJIKE

Sipas të dhënave nga Spitali i Pejës, numri i përgjithshëm i pacientëve të hospitalizuar në këtë spital, që është nën ombrellën e Shërbimit Spitalor Klinik e Universitar të Kosovës, në mes të diagnozave tjera edhe me diagnozë hipertension arterial gjatë periudhës tetë muajshe të vitit 2023 ishte 1067 me dominim të gjinisë mashkullore. (Tabela 1 dhe Grafikoni 1)

Tabela 1. Të hospitalizuarit sipas gjinisë

Modalitete	N	%
M	852	79.85
F	215	20.15
Total	1067	100.00



Grafikoni 1. Të hospitalizuarit me hypertension në Spitalin e Pejës, sipas gjinisë

Nga pacientët e hospitalizuar, dominuan ata të grupmoshës mbi 65 vjeçare me mbi gjysmën e numrit të përgjithshëm të hospitalizuar gjatë kësaj periudhe, për të dy gjinitë. (Tabela 2 dhe Grafikoni 2)

Tabela 2. Të sëmurët e hospitalizuar sipas grupmoshave

Grupmosha	N	%
+65 vj.	562	52.67
46-65 vj.	362	33.93
18-45 vj.	143	13.40
Total	1067	100.00



Grafikoni 2. Paraqitja e grupmoshave të hospitalizuarve me hypertension arterial

Më pak se gjysma e të hospitalizuarve ishin nga komuna e Pejës, të pasuar me nga 1/5 të hospitalizuarve nga vendbanimet Klina, Deqani dhe Istogu. Rrjedhimisht edhe pjesmarrja e pacientëve në urgjencë të spitalit të Pejës ishte me pjesmarrje më të lartë nga komuna e Pejës e përcjellë me pjesmarrje nga tri komunat e lartëpërmendura.

Urgjenca hipertensive e patrajtuar ka një prognozë shumë të keqe, me shkallë të vdekshmërisë 1 (një) vjeçare deri në 79%. Në vitet 1930, mbijetesa mesatare e pacientëve të urgjencës hipertensive ishte 10.5 muaj, pa të mbijetuar në 5 vjet. Aktualisht, shkalla e vdekshmërisë oscilon ndërmjet 2-4% në studimet evropiane dhe 5-10% në grupet e ShBA. Në vendet në zhvillim, shkalla e vdekshmërisë është shumë më e lartë, duke filluar nga 15% (Tajlandë) në 22% (Nigeri). Kjo mospërputhje mendohet të jetë për shkak të pacientëve që paraqesin sëmundje të avancuar hipertensive dhe mundësi të kufizuara diagnostike dhe terapi antihipertensive intravenoze të vonuar ose mungesë e shërbimeve adekuate të kujdesit shëndetësor. Faktori kryesor në prognozë nuk është niveli i rritjes së tensionit të gjakut, por shkalla e dëmtimit të veshkëve dhe dëmtimit të organeve të tjera të caktut. Shkaku më i zakonshëm i vdekjes në një studim me 315 pacientë me urgjencë hipertensionit ishte insuficiencia e veshkave (40%), e ndjekur nga sulmi në tru (24%) dhe infarkti i miokardit (11%). Në vitin 2009 nga 1588 pacientë që u paraqitën me dëmtime urgjente hipertensive ka pasur komplikime të ngjashme të organit të caktut, duke përfshirë edhe insuficiencë të veshkëve (44%), infarkt të miokardit (26%), insuficiencë akute të zemrës (22%) dhe sulm në tru (19%).

V. POPULLATA E ÇAKUT

Të gjithë të rriturit me faktorë të rrezikut për sistemin kardiovaskular, të cilët iu nënshtrohen ekzaminimeve rutinore të përgjithshme, por edhe specifike; atyre me vlera luhatëse të tensionit arterial; të gjithë të sëmurëve me hipertension arterial, gjatë hulumtimit, diagnostikimit, ekzaminimeve plotëuese, trajtimit por edhe përcjelljes së tyre.

VI. AUDIENCA E ÇAKUT

Udhërrëfyesi dedikohet të përdoret nga profesionistët shëndetësor të nivelit sekondar- në rradhë të parë por edhe të profesionistëve të tjerë shëndetësor, të niveleve tjera të ofrimit të kujdesit shëndetësor.

VII. PYETJA/ET SHËNDETËSORE/MJEKËSORE

Si definohet hipertensionit arterial?

Si diagnostikohet hipertensionit arterial?

Çfarë vlere e TA është e rekomanduar?

Cilët faktorë të rrezikut kontribuojnë në hipertension?

Çfarë modele të dietave ndihmojnë në përmirësimin e hipertensionit?

A e afekton kripa TA?

Cilat këshilla preferohen për dietë me pak kripë?

A e afekton Kaliumi TA?

A e afekton Kalciumi TA?

A e afekton Magnezi TA?

A ekzistojnë vitamina dhe minerale tjera të dobishme në prevenimin dhe trajtimin e hipertensionit arterial?

A e afektojnë fibrat TA?

A e afektojnë TA alkooli, kafeina dhe kakao?

A rekomandohet aktiviteti fizik për menaxhimin e hipertensionit arterial?

Duhanpirja a e afekton TA?

Stresia a e afekton TA?

A janë më të rrezikuar personat obez nga hipertensioni?

VIII. METODOLOGJIA

Procesi i hartimit dhe zbatimi i Udhërrëfyesit mbështetet nga Ministria e Shëndetësisë.

Me rekomandim të Ministrisë së Shëndetësisë, të gjithë anëtarët e përzgjedhur për adaptimin e udhërrëfyesit kanë qenë të obliguar të deklarohen rreth konfliktit të interesit si dhe ta nënshkruajnë deklaratën e konfliktit të interesit (shih shtojca 2).

Kryesuesi dhe anëtari përfaqësuesi nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore ishin të trajnuar me metodologjinë e adaptimit të UK dhe me përvojë në hartimin e UK dhe Protokoleve të mëparshme.

Anëtarët paraprakishtë janë udhëzuar nga MSh dhe kryesuesi për metodologji të hartimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve.

Sa i përket materialeve të shqyrtuara nga anëtarët e GPAUHPK, gjatë punës për adaptimin e Udhërrëfyesit janë shqyrtuar: udhëzues, doracak, punime shkencore dhe udhërrëfyes global me rekomandime dhe nivel të lartë të evidencës. Kërkimet e grupit sa i përket hulumtimit të literaturës në veçanti janë fokusuar në udhërrëfyesit: NICE, ESC, ACC/ AHA, WHO si dhe udhërrëfyes tjerë të publikuar dhe përditësuar në pesë vitet e fundit. Të gjitha kërkimet kanë shërbyer për t'u përcaktuar për dokumentin i cili është më i përshtatshëm bazuar edhe në praktikën tonë të përditshme dhe përmes fjalëve kyçe që janë kërkuar në gjuhën angleze.

Aplikimin e pyetjeve klinike e kemi testuar përmes formatit PIKO.

Ky udhërrëfyes do të përgjigjet dhe do të shtjellon mbi:

Pacientët me hipertension të trajtuar në shërbimet shëndetësore sekondare

Përdorimin e intervenimeve jo-farmakologjike për kontrollin e TA (si p.sh. dieta e ulët në natrium, aktiviteti i rregullt fizik, kontrolli i peshës trupore, etj.)

Krahasimin e efektivitetit dhe sigurisë së këtyre intervenimeve

Zvogëlimin e vlerave të TA, me këtë edhe zvogëlimin e rrezikut të komplikimeve (si p.sh. infarkti i miokardit, ICV), përmirësimi i kualitetit të jetës.

Pas përcaktimit për pyetjet kryesore, jemi përcaktuar për adaptimin e udhërrëfyesit:

Alberta Health Services. Hypertension Nutrition Guideline. 2022 Alberta Health Services. Nutrition Services.

Si dhe plotësimin me literature shtesë:

National Guideline for Management of Hypertension for Secondary and tertiary Health Care Level. Directorate of Non-Communicable Diseases. Ministry of Health 2021. Sri Lanka

Mancia, Kreutz et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2023; 41(1)

NICE- National Institute for Health and Care Excellency. Hypertension in adults: diagnosis and management (2023)

GPAUHPK ka përzgjedhur këta UK për adaptim me që kanë qenë më të qarta dhe me rekomandime më të përshtatshme për profesionistët shëndetësor në vendin tonë.

Prej takimit të parë, kemi realizuar ndarjen e detyrave sipas prioriteteve dhe përgatitjes profesionale të secilit anëtarë të grupit.

Gjatë gjithë procesit të adaptimit të Udhërrëfyesit jemi udhëhequr nga pakoja e instrumenteve:

“Adaptimi i udhërrëfyesit -Pakoja e instrumenteve”, përgatitur nga ADAPTE Collaboration 2009/(www.adapte.org/Version_2.0). dhe Instrumentin AGREE -Appraisal of Guidelines for Research & evaluation Collaboration(www.agreecollaboration.org, november 2009).

Sa i përket mënyrës së konsensusit mes anëtarëve të GPAUHPK, pasi i kemi shtruar dhe shqyrtuar rekomandimet, përmes argumentimit të çështjeve të bazuara vetëm në evidenca jemi pajtuar për të vazhduar me procesin e adaptimit. Pas pajtimit të anëtarëve të GPAUHPK, vendimi përfundimtar është marrë me koncenzus dhe është validuar nga kryesuesi i grupit.

Drafti i Udhërrëfyesit klinik i është nënshtruar rishqyrtimit të jashtëm. Grupi i rishqyrtimit të jashtëm kolegjial është përbërë nga specialistë të fushave relevante me përmbajtjen e UK si dhe përfaqësues të Shoqatës për të drejtat e Pacientit (shih shtojca 3) dhe sygjerimet e tyre u morën për bazë.

Pas rishqyrtimit të jashtëm grupi për adaptim e bëri përmbledhjen e rekomandimeve të dalura nga ky takim.

Udhërrëfyesi gjithashtu do të jetë në dispozicion edhe në web faqen e MSh për periudhën e caktuar kohore ku të gjitha sygjerimet eventuale do të mirren parasysh në shqyrtim.

Rishikimin periodik dhe përditësimin e UK të miratuara, do të bëhet çdo pesë (5) vjet apo më herët nëse ka dëshmi të reja.

IX. REKOMANDIMET

Udhërrëfyesi përmban të dhëna nga literatura me nivel të lartë të rekomandimeve.

Rekomandimet e klasifikuara të nivelit të lartë të besueshmërisë, me evidenca të kërkuara në literaturë nga punimet me kualitet dhe qëndrueshmëri të lartë që rrjedhin nga hulumtimet e kontrolluara, të randomizuara dhe rezultatet e meta-analizave.

Literatura e hulumtuar ishte e viteve të fundit, e metodologjisë së pranuar, por e ndërlidhur ngushtë me temën e udhërrëfyesit klinik që do të punohej.

Edhe pse Udhërrëfyesi është i bazuar në Evidenca, është përgjegjësi e profesionistit të vlerësoj situatën dhe individin, për aplikim sa më të drejtë të udhërrëfyesit sipas kushteve dhe mundësive.

X. PËRMBLEDHJE E REKOMANDIMEVE PËR REDUKTIM TË FAKTORËVE TË RREZIKUT PËR HIPERTENSION ARTERIAL

Rekomandimet nutritive për reduktimin e faktorëve të rrezikut të hipertensionit arterial

Regjimi dietetik- ndihmon në menaxhim të hipertensionit

DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

Dieta Mediterane

Dieta Vegjetariane

Ditari i dietës

Kripa

Reduktimi i kripës (Natriumit) mund të reduktojë vlerat e TA

Prevenimi i hipertensionit arterial: 1500-2000mg/ 24h Na

Menaxhimi i hipertensionit arterial: 1500-2300mg/ 24h Na

Kaliumi

Ngritja e nivelit të Kaliumit në 4700mg/ 24h mund të ndihmojnë rënjen e tensionit arterial.

Qëllimi të konsumohen 4-5 shujta në ditë me perime/ pemë, si dhe ushqime tjera të pasura me Kalium.

Kalciumi

Pacientët hipertenziv këshillohen që të konsumojnë sasi të mjaftuara të kalciumit.

Meshkujt: 19-70 vjeçar: 1000mg/ 24h; >70 vjeç 1200mg/ 24h

Femrat: 19-50 vjeçare: 1000mg/ 24h; >50 vjeçe 1200mg/ 24h

Magnezi

Pacientët hipertenziv këshillohen që të konsumojnë sasi të mjaftuara të magnezit.

Meshkujt: ≥ 19 vjeçar: 420mg/ 24h

Femrat: 19-30 vjeçare: 310mg/ 24h; >30 vjeçe 320mg/ 24h

Fibrat

Ushqimi me fibra të tretshme është treguar efikas në reduktimin e hipertensionit.

Rekomandimet mbi stilin e jetës për reduktimin e faktorëve të rrezikut të hipertensionit arterial

Alkooli

Rekomandohet ndërprerja e konsumimit të alkoolit ose kufizimi i përdorimit maksimalisht në dy (2) pije / 24h

Aktiviteti fizik

Të gjithë adultëve me vlera të ritura të TA ju rekomandohet të shtojnë aktivitetin fizik

Ushtrime aerobike: 30-60min/24h ose 90- 150min/ javë

Ushtrime të rrezistencës: 90- 150min/ javë

Ushtrime izometrike: 3 sesione/ javë

Ndërprerja e duhanpirjes

Ofroni informata të mjaftueshme dhe mbështetje për ndërprerje të tymosjes së duhanit.

Menaxhimi I stresit

Ofroni informata të mjaftueshme dhe rekomandoni terapinë për menaxhim të stresit.

Pesha trupore

Për pacientët obez reduktimi i peshës trupore për 5Kg mund të ndihmoj në prevenimin e hipertensionit arterial dhe reduktimin e TA.

XI. HYRJE NË UDHËRRËFYES

Qëllimi i udhërrëfyesit është të ju ofroj profesionistëve shëndetësor informata dhe rekomandime mbi nutricionin të bazuara në evidenca për hipertenzivët e moshës adulte.

Rekomandimet e tilla do të ju ndihmojnë pacientëve:

Prevenimin dhe menaxhimin e hipertensionit arterial

Përmirësimin e TAS dhe TAD

Reduktimin e rrezikut për Sëmundje Kardiovaskulare

Reduktimin e rrezikut për mortalitet nga Insultet, mortalitetin e lidhur për sëmundjen koronare të zemrës dhe mortalitetin e përgjithshëm.

Personat që janë në rrezik nga malnutricioni ose kanë gjendje shëndetësore që drejtëpërdrejtë preket nga të ushqyerit duhet të referohen te dietologu.

Reduktimin e sëmundjeve kronike të veshkëve (CKD)

XII. DEFINICIONI

HTA karakterizohet me elevim të vlerave të TA që shkakton dëmtim dhe zvoglim të elasticitetit të enëve të vogla të gjakut; trashje të murit të arterieve dhe rrezik të shtuar të aterosklerozës. Pastaj kjo e fundit (ateroskleroza) shton rrezikun për sëmundje kardiovaskulare (SKV).

Dallojmë:

HTA primar (esencial, idiopatik) ku nuk dihet shkaktari dhe mund të lidhet edhe me stilin e jetës;

HTA sekondar- si pasojë e një sëmundje (gjendje) kronike apo komorbiditeti (p.sh. veshkët, gj. endokrine) dhe anomalitë e lindura (Koarktacioni i aortes).

Tabela 3. Diagnostikimi i HTA

Diagnoza	TA
Tensiometër automatik	$\geq 135/85$ mmHg
Tensiometër jo automatik	$\geq 140/90$ mmHg
Diabetikët*	$\geq 130/80$ mmHg
Pa diagnozë	$\geq 135/85$ mmHg në Institucion dhe $< 135/85$ në shtëpi ose mesatarja e
Tensioni i mantilit të bardhë	matjeve 24h (ABPM)

* Tensiometër jo automatik në Institucion

Kujdes!

Te personat obez, përdorimi i manzhetës joadekuate mund të sjellë deri te vlerat jo reale. Alternativë mund të përdoret matja te kyçi i dorës.

Tabela 4. Madhësia e rekomanduar e manzhetës për matje më të saktë

Cirkumferenca e krahut te adultët	Madhësia e rekomanduar e manzhetës
22-26cm	12x22cm
27-34cm	16x30cm
35-44cm	16x36cm
45-52cm	16x42cm (regjioni femoral)

Rekomandohet të realizohen së paku dy matje, me interval një minutësh nëdrmjat matjeve, dhe mesatarja e matjeve të evidentohet. Matja e pare zakonisht është më e lartë. Matje shtesë duhet të realizohen nëse ndryshimi në mes të dy matjeve të para është më e lartë se 5mmHg. Në vizitën e pare TA duhet të matet në secilën dorë (zbulimi i koarktacionit të aortës dhe obstruksionit të arterieve të ekstremiteteve të sipërme. Te ndryshimet të vazhdueshme, vlera më e lartë duhet të eviudentohet. Ndryshimi prej 10mmHg në mes të shtypjes në ekstremitë duhet të vlerësohet më tutje, sidomos në mes të ekstremiteteve të sipërme dhe poshtme ngreh dyshimin për koarktacion të Aortës përderisa ndryshimi prej ≥ 35 mmHg është tejet specifik për koarktacion.

Matjet jo adekuate të TA mund të sjellin trajtim joadekuat. Ne vijim disa prej mundësive të gabimeve gjatë matjeve:

- ✓ Aparatet joadekuate për matje të TA- rekomandohet kalibrimi i aparateve çdo gjashtë muaj
- ✓ Pozita jo korrekte e pacientit- rekomandohet pozita e ulur, me shpinë të mbështetur mbi pesë minuta dhe dorë të mbështetur.
- ✓ Madhësia joadekuate e manzhetës
- ✓ Teknika joadekuate e matjes- manzheta të fryhet 20 mmHg mbi TAS të përlogaritur dhe të shfryhet rreth 3mmHg/ sekondë.
- ✓ Mungesa e matjeve të përsëritura me hapësirë të mjaftueshme kohore ndërmjet

Rekomandohet poashtu që matja të realizohet në ambient në qetë dhe komfor me temperaturë optimale dhe që pacienti së paku 30 minuta para matjes mos të ketë aktivitet fizik, mos të konsumoj ushqim, kafeinë apo tymosë duhan.

Vlerat e Tensionit arterial që rekomandohen

Pacientët pa Hipertension

Rekomandohet që pacientët pa HTA të mbajnë vlerat nën 120/80, në menyrë që të reduktojnë rrezikun për ngjarje kardiovaskulare.

Pacientët me Hipertension

Vlerat e synuara te pacientët me Hipertension, varen nga rreziku i përgjithshëm kardiovaskular dhe sëmundjet e shoqëruara.

Tabela 5. Vlerat e synuara për trajtimin e Hipertensionit

Pacientët	Vlerat e Synuara Presioni sistolik	Vlerat e synuara Presioni Diastolik
Rreziku i ulët –moderuar	<140	80
Diabeti	<130	< 85
Rreziku i lartë >75 Vjeçar Sëmundjet Kardiovaskulare Sëmundje Kronike e veshkave	<120	-

Faktorët që kontribojnë në rritjen e Tensionit Arterial

Janë faktorët e modifikuar dhe të pa modifikuar të rrezikut që kontribojnë në Hipertension. Trajtimi fokusohet kryesisht në faktorët e modifikueshëm.

Tabela 6. Faktorët e modifikueshem të rrezikut

Faktorët modifikues	
Dieta	Dieta e shëndetshme e zemrës përfshin masat për të ndaluar Hipertensionin. Këtu përfshihet dieta mediterane dhe vegjetariene
Menaxhimi stresit	Përfshinë masat që duhet marr për ta menaxhuar stresin
Aktiviteti Fizik	Aktiviteti i rregullt fizik parandalon hipertensionin
Duhanpirja	Këshilla për ndërprerjen e duhanpirjes
Gjumi	Këshilla për gjumin e mirë, kualiteti i gjumit ulë rrezikun për Hipertension

Faktorët e rrezikut të pa modifikueshëm përfshijnë: moshën, përkatësinë etnike, faktorin gjenetik, gjendje të tjera shëndetësore- komorbiditete (dislipidemia, diabeti, obeziteti qëndror/ abdominal).

Tabela 7. Ndikimi i faktorëve të ndryshëm të stilit të jetës në nivelin e TA

Intervenimi	Reduktimi i TAS	Reduktimi i TAD
Aktiviteti fizik	5-9	2-3
Humbje peshe (për Kg, prej 3Kg)	1-2	1
Dieta mediterane	4	2-3
Konsumimi i moderuar i kripës (3-5g/24h)	7	4-5
Kufizimi i alkoolit	4-7	3-5

XIII. MODELET E TË USHQYERIT

Modelet e të ushqyerit që ulin presionin e gjakut janë të pasura me fruta dhe perime, qumësht me pak yndyrë. Këto modele përfshijnë edhe yndyrat e pa saturuara, nga bademat, arrat dhe farat, si dhe ushqime të pasura me proteina. Studimet që lidhen me Hipertensionin janë të fokusuara në këto dieta ushqimore:

Dieta DASH

Dieta Mediterane

Dieta Vegjetariene

Dieta Portfolio

Dieta Dash rekomandon kryesisht reduktim të kripës dhe ushqimeve që përmbajnë kripë, dhe rekomandon ushqime të pasura me minerale si magnez dhe kalium.

Tabela 8. Dieta DASH

Ushqimet	Racionet	Rekomandimet për porcion
Drithrat	6-8 reacione	Nje riskë bukë e zezë 1 filxhan (250 ml) drithra të plota ½ filxhani (125 ml) oriz/pasta
Perime	4-5 reacione	1 filxhan (250 ml) Perime me gjethe ½ filxhani (125 ml) Perime te ziera 125ml lëng i perimeve (i varfër me kripë)
Fruta	4-5 reacione	1 copë e mesatare e frutit ½ filxhani (125 ml) fruta të freskëta, të ngrira, konzervuara ¼ filxhan (63 ml) fruta te thata
Produktet e qumështit dhe me bazë bimore	2-3/ditë	1 filxhan (250 ml) Qumësht i skremuar ose 1% ¾ filxhanit (175 ml) jogurt, 0-2% yndyrë qumështi 50 g Djath, 6-18% yndyrë qumështi 1 filxhan (250 ml) pije me bazë bimore pa sheqer
Arrat, farat, legume	4-5/javë	½ filxhanit me badema, arra, fara, kikirika të pa kryposur 2 lugë (30 ml) fara të lulediellit, kungullit) ½ filxhanit lente ¾ filxhanit (175 ml) tofu
Mishi	< 150g /ditë	Peshk Të largohet yndyra e dukshme nga mishi Të largohet lekura nga mishi i pulës Të shmanget ushqimi i fërguar, rekomanohet i zier
Vajrat, yndyrat	10-15ml/ditë	Rekomandohet vaji i ullirit (extra i virgjër) Vajrat bimore (luledielli, misri) Margarina e butë (e pa hidrogjenuar), majoneza, dresingu për sallatë
Embëlsirat	< 5 /javë	1 lugë (15 ml) sheqer, xhem ½ filxhanit (125 ml) akullore, jogurt i ngrirë, sorbeto
Kripa	Të mëtohet < 1500mg/ditë	Redukto kripën Zgjedh ushqimet me vlerë ditore për kripë <15% Zgjedh ushqimet me pak kripë ose pa kripë të shtuar

Efektet e dietës DASH

Studimet kanë treguar që dieta DASH është efektive në trajtimin dhe parandalimin e HTA

Në popullatën e përgjithshme

Ulë TAS 3-6 mmHg

Ulë TAD 2.1-3 mmHg

Tek popullata me HTA

Ulë TAS 5-11 mmHg

Ulë TAD 3-5.5 mmHg

Rekomandime:

Pacientet që vuaj nga obeziteti dhe kanë Hipertension, dieta DASH mund të ketë efekt në reduktimin e TA.

Tek pacientet që vuajnë nga CKD, dieta me sasi të larta të kaliumit është e kundërrindikuar.

Dieta DASH mund të vie në konsiderim te pamjaftueshmëria fillestare e veshkave.

Dieta DASH nuk rekomandohet për stadin e 4 të sëmundjes kronike të veshkave.

Dieta Mediterane

Dieta mediterane është thelbësore për parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare, dhe bazohet në kulturën e ushqimit në vendet Mediterane. Studimet kanë treguar që dieta mediterane përmirëson shëndetin kardiovaskular, redukton faktorët e rrezikut, zvoglon perimetrin e belit, ulë nivelin e LDL, treglicerideve dhe ulë TA. Në vijim detajet lidhur me dieten mediterane.

Tabela 9. Dieta Mediterane

Ushqimi	Racionet	Rekomandimet për porcion
Vaji ullirit	≥4 lugë (60 ml) në ditë	Vaji ekstra i virgjër
Perime	≥5 shujta/ditë	1 perim mesatar ½ filxhani (125 ml) Perime të freskëta, të ngrira, konzervuara 1 filxhan (250 ml) perime të freskëta me gjethe ≥2 shujta të perimeve të freskëta ose sallatë
Frutat	≥3 shujta në ditë	1 frut mesatar 125 ml ose ½ filxhani fruta të freskëta ose të konzevuara ¼ filxhanit (60 ml) fruta të thara
Vera	1–3 gota verë/ditë	Një gotë verë është: 100mL për femra 150mL për meshkuj Për personat që nuk konsumojnë, nuk duhet të fillojnë.
Arra, fara, ullinjë, avocado	≥3 shujta/javë	¼ filxhanit (60mL) arra ose fara të pa kriposura 10 ullinjë të vegjël ose 7 të mëdhenjë ½ avocado
Legumet	≥3 shujta/javë	¼ filxhanit (175mL) fasule, bizele, lente.
Peshk apo ushqime deti	≥3 shujta/javë	100 g të gatuar nga burime të freskëta, të ngrira apo kanaqe Të paktën 1 shujtë/javë nga peshqit yndyrorë si: trofta, salmoni, sardine dhe skumbri.
Mish pa dhjam, mish i shpezëve, dhe vezë	≤2 shujta/ditë	Zgjedh mishin e shpezëve më shpesh se atë të kuq 75 g ose ½ filxhanit (125 mL)
Sosi Sofrito*	≥2 herë/javë	Sofrito është një sos i freskët që përbëhet nga domatet, hudhra dhe qepët. Perime të aromatizuara, pasta, oriz dhe ushqime tjera me Sofrito*
Drithërat	5–6 shujta/ditë	½ e filxhanit (125mL) drithëra të gatuar , oriz apo pasta ½ pita, tortilla, roti (petë të holla buke)
Qumështi dhe pijet tjera me bazë bimorë	1–3 shujta/ditë	1 filxhan (250mL) qumështi i skremuar, qumështi 1% ose pije me bazë bimorë të pasuruara. ¼ e filxhanit (175 mL) jogurt pa yndyrë ose kefir 50g djath <20% yndyra të qumështit
Ushqimet që duhet limituar or evituar	≤1 shujta/javë	100–150g produkte shtazore me përqindje të lartë yndyrore: Mish i kuq (sasi e lartë e yndyrnave të saturuara). Djathërat e përpunuar dhe yndyror (sasi e lartë e kripës dhe yndyrnave të saturuara).
	<3 për javë	Produktet e gatuar në mënyrë komerciale: Ëmbëlsirat Biskotat Tortet Pudingu Petullat
	≤1 lugë gjelle/ditë	Krem, Buter, ose Margarinë
	≤1 pije/ditë	Pijet me sheqerëra të shtuara
	Limito ose evito	Patate të skuqura ose qips
	Limito ose evito	Mish i ftoftë dhe i përpunuar

Rekomandime

Pacientët që jetojnë me obezitet:

- Ata me ind dhjamor të tepërt dhe hipertension arterial që ndjekin një dietë të shëndetshme të zemrës me kufizime të energjisë, siç është dieta mesdhetare , mund të arrijnë një reduktim më të madh të shtypjes së gjakut.

Pacientët me sëmundje kronike të veshkave (CKD):

- Marrja më e lartë e ushqimeve të pasura me kalium dhe fosfor mund të kundërvendohet te pacientët me SKV.

XIV. KRIPA (NATRIUMI)

A ndikon natriumi (kripa) në TA?

Një reduktim i natriumit mund të ulë shtypjen e gjakut.

Edhe njerëzit pa hipertension mund të përfitojnë nga reduktimi i marrjes së natriumit për të ulur presionin e gjakut.

Rekomandime

- Parandalimi i hipertensionit : Kufizoni natriumin në 1500–2000 mg/ditë
- Menaxhimi i hipertensionit: Kufizoni natriumin në 1500–2300 mg/ditë
- * 2300 mg natrium është e barabartë me 1 lugë kripë.

Marrja minimale e natriumit:

- Për të gjithë të rriturit, nuk rekomandohet reduktimi i natriumit nën 1500 mg.

Sëmundjet e veshkave dhe insuficiencia e zemrës: Pacientët me sëmundje shoqëruese që përfshijnë veshkën ose zemrën mund të mbajnë lëngjet trupore më shumë nëse marrja e natriumit është shumë e lartë, prandaj përdorni sasinë e rekomanduar të natriumit.

Shumicën e natriumit personat e konsumojnë nga produktet e pjekura, pjatat e përziera (p.sh. pica), mishi i përpunuar (p.sh. proshutë) dhe supat . Shujta mesatare në restoran përmbanë 1455 mg/servim natrium.

- Të konsumohen ushqime të freskëta dhe të papërpunuara
- Të përgatiten në shtëpi sa më shpesh të jetë e mundur
- Të kufizohen ushqimet e restoranteve dhe ushqimet e shpejta

Nëse konsumohet në një restoran ose në një vend për ushqim të shpejtë:

Të zgjedhen porcione më të vogla

Të përdoren sasi më të vogël erëza/ salca në ushqim, të kërkohen erëza dhe salca anash

Të kërkohet mos ketë kripë të shtuar

Të largohet kriporja nga tavolina (p.sh. kripë e tavolinës , Himalaja , detit , kosher) ;

Receptorët e shijes do të përshtaten me kalimin e kohës

Të shmangen ushqimet e kripura (p.sh. patatet e skuqura , krikirat) :

Të zëvendësohen me alternativa të ulëta të natriumit (p.sh. arra pa kripë)

Të lexohet me kujdes tabela e fakteve të ushqyerjes në etiketat e ambalazheve

Të synohet për ushqime me Vlera Ditore (VD) të natriumit $\leq 5\%$

Të shmangen ushqimet me VD natrium $\geq 15\%$

Të lexohet lista e përbërësve në paketimet ushqimore

Nëse fjala "kripë", "natrium" ose "sodium" shfaqet në 3 përbërësit e parë , të zgjedhet një ushqim alternativ

Kripa e detit/ kripa e Himalajeve/ kripa e tryezës

Të gjitha llojet e kripërave, pavarësisht nga burimi, kontribuojnë në marrjen e natriumit dhe rekomandohet të konsumohen në sasi të vogla. Përdorimi i kripës së detit ose kripës së Himalajeve nuk rekomandohet mbi përdorimin e kripërave të tjera si kripa e bardhë e tryezës.

Kripa e detit merret direkt përmes avullimit të ujit të detit. Kripa e Himalajeve është nxjerrë nga kristalet shkëmbore. Të dyja kripërat përbëhen nga klorur natriumi, baza e kripës së tryezës. Megjithatë, ato gjithashtu përmbajnë gjurmë minerale shtesë si: magnez, kalium, kalcium dhe lëndë ushqyese të tjera. Mineralet që gjenden në kripën e detit dhe kripën e Himalajeve janë në sasi shumë të vogla dhe janë shumë më të mëdha në burimet e tjera dietetike. Kripa e tryezës përpunohet për të hequr këto minerale. Kripa e detit dhe kripa e Himalajeve ende kontribuojnë në marrjen e përditshme të natriumit dhe do të kenë të njëjtin efekt në presionin e gjakut. Rekomandohet kufizimi i të gjitha burimeve të kripës dhe natriumit.

“Zëvendësuesit e kripës” (klorur kaliumi)

Zëvendësuesit e kripës përmbajnë klorur kaliumi në vend të klorurit të natriumit. Përdorimi i zëvendësuesve të kripës është një strategji e mundshme për të reduktuar marrjen e natriumit. Disa ushqime me reduktim të natriumit (p.sh. supat me pak natrium) përmbajnë gjithashtu klorur kaliumi si zëvendësues të kripës. Përzierjet e erëzave dhe bimëve pa kripë të shtuar janë të sigurt për t'u përdorur për shumicën e individëve. Individët duhet të inkurajohen të lexojnë listën e përbërësve për t'u siguruar që nuk ka kripë të shtuar.

Kundërindikimet për zëvendësuesit e kripës :

Zëvendësuesit e kripës nuk rekomandohen për individët që duhet të kufizojnë sasinë e kaliumit në dietën e tyre ose që marrin medikamente të tilla si medikamente që kursejnë kaliumin.

Inkurajoni pacientët që të konsultohen me ofruesin e tyre të kujdesit shëndetësor përpara se të përdorin zëvendësuesit e kripës.

XV. KALIUMI

Rritja e marrjes dietetike të kaliumit në 4700 mg/ditë mund të ndihmojë në uljen e presionit të gjakut. Kjo është mesatarja e marrjes e rekomanduar për të gjithë të rriturit. Për të arritur këtë

objektiv, rekomandohet të konsumohen 4-5 racione/ditë me perime dhe fruta, plus ushqime të tjera të pasura me kalium.

Hiperkaliemia:

Pacientët që marrin medikamente të caktuara ose ata me sëmundje kronike të veshkave janë në rrezik të hiperkaliemisë, prandaj duhet të jenë të kujdesëshëm kur rrisin sasinë e kaliumit në dietë. Rekomandohet konsultimi me ekipin e kujdesit shëndetësor dhe monitorimi laboratorik.

Pacientët me hipertension inkurajohen të konsumojnë kalium në sasi adekuate nga burimet dietike. Nëse doza mesatare prej 4700 mg/ditë nuk mund të arrihet përmes dietës, mund të merren në konsideratë suplementet. Ky plotësim mund të jetë në formën e një zëvendësuesi kripe të shtuar në ushqime (p.sh. klorur kaliumi) ose një shtesë kaliumi deri në 3700 mg/ditë.

Sëmundjet akute ose kronike të veshkave:

Këshillimi me ekipin e kujdesit shëndetësor rekomandohet kur trajtohen nivelet e kaliumit për pacientët me sëmundje akute ose kronike të veshkave.

Hipokaliemia ose hiperkaliemia:

Si niveli i ulët i kaliumit në serum ashtu edhe niveli i lartë i kaliumit në serum mund të shkaktohen nga shumë faktorë dhe përfshijnë edhe trajtime të ndryshme.

XVI. KALCIUMI

Konsumimi i ≥ 800 mg/ditë kalcium mund të ndihmojë në uljen e presionit të gjakut (deri në 4/2 mmHg) te të rriturit me hipertension. Personave me hipertension iu rekomandohet të konsumojnë kalcium të mjaftueshëm dietik për të përmbushur nevojat mesatare.

Kërkesat e organizmit për kalcium:

- Meshkujt 19–70 vjeç: 1000 mg/ditë , mbi 70 vjeç: 1200 mg/ditë.
- Femrat 19–50 vjeç: 1000 mg/ditë , mbi 50 vjeç: 1200 mg/ditë.

Pacientët me ose në rrezik të osteoporozës

Shumica e njerëzve me ose në rrezik për hipertension mund të plotësojnë nevojat e tyre për kalcium përmes ushqimit.

Nëse marrja e dietës është e pamjaftueshme , mund të merren parasysh suplementet.

Marrja e një suplementi kalciumi për trajtimin ose parandalimin e hipertensionit nuk rekomandohet pasi mungojnë të dhënat për të treguar përfitimin.

Kufiri i sipërm i kalciumit është 2500 mg/ditë.

Suplementet e kalciumit bashkë me ushqimin kur tejkalohen 2500 mg/ditë nuk rekomandohet.

Ka të dhëna të kufizuara mbi efektet e suplementeve të kalciumit te njerëzit me rrezik të lartë kardiovaskular.

Studimet tregojnë se te popullata e përgjithshme nuk janë treguar efekte të dobishme apo të dëmshme në ngjarjet kardiovaskulare kur janë marrë deri në 1500 mg/ditë kalcium në formë suplementi.

Rekomandim

Suplementet e Kalciumit më së miri absorbohen kur mirren në dozë deri në 500mg. Pra nëse pacienti duhet të marrë 1000mg/24h , rekomandohet të ndajë dozën dhe të marrë 500 mg në 2 herë të veçanta çdo ditë.

Pacientët që kanë kryer operacione bariatrike janë në rrezik të shtuar për mungesë të kalciumit dhe mikronutrientëve të tjerë.

Pacientët me sëmundje celiake janë në rrezik më të lartë të mungesës së kalciumit.

Kalciumi suplement është i dekurajuar në popullatën me gurë në veshkë.

XVII. MAGNEZI

Efekti i burimeve dietike të magnezit në presionin e gjakut mbetet i paqartë. Pacientët me hipertension inkurajohen të konsumojnë magnez adekuat për të përmbushur nevojat mesatare si pjesë e një diete të shëndetshme. Marrja adekuate për magnezin është 310–420 mg/ditë.

- Meshkujt 19 vjeç e mbi: 420 mg/ditë.
- Femrat 19–30 vjeç: 310 mg/ditë; mbi 30 vjeç: 320 mg/ditë.

Plotësimi rutinë i magnezit për parandalimin dhe trajtimin e hipertensionit nuk mbështetet për momentin.

Për shumicën e individëve, magnezi mund të merret nga ushqimi.

Nëse marrja dietike është e pamjaftueshme për të përmbushur kërkesat ditore, mund të merret parasysh suplementimi.

Nëse merret parasysh plotësimi, titroni dozën ngadalë për të reduktuar efektet anësore gastrointestinale (p.sh. diarre).

Për të gjithë të rriturit, nuk rekomandohet tejkalimi i 350 mg/ditë shtesë magnez.

XVIII. VITAMINAT DHE MINERALET

Disa vitamina dhe minerale të caktuara janë hulumtuar në parandalimin ose menaxhimin e hipertensionit.

Tabela 10. Vitaminat dhe mineralet me role të mundshme në parandalimin ose menaxhimin e hipertensionit

Mikronutrientët	Rekomandimet	Konsiderimet
Vitamina C	Nuk ka dëshmi aktuale me vitaminë C shtesë te hipertensioni	Pacientët me histori të gurëve në veshka rekomandohet të shmangin doza të larta të vitaminës C shtesë.
Vitamina D	Vitamina D është thelbësore për përthithjen e kalciumit. Plotësimi rutinë i vitaminës D për popullatën e përgjithshme të rritur është i sigurt dhe i nevojshëm: • Të rriturit 18–50 vjeç: suplement 400 IU/ditë • Të rriturit 51 vjeç e lart: suplement 1000 IU/ditë Lidhja midis niveleve të ulëta të vitaminës D dhe rritjes së rrezikut të hipertension është e paqëndrueshme. Nuk ka asnjë evidencë për të mbështetur plotësimin specifik për hipertension.	Pacientët me ose në rrezik për osteoporozë. Pacientët pas operacionit bariatrikë mund të zhvillojnë mangësi mikronutriente, duke përfshirë vitaminën D. Pacientët me sëmundje celiakisë janë në rrezik më të lartë të mungesës së vitaminës D.
Acidi Folik	Nuk ka dëshmi aktuale në rolin e acidit folik shtesë në hipertension.	Individeve të moshës riprodhuese që mund të mbeten shtatzënë rekomandohet të marrin një multivitaminë ditore me 400 mcg/ditë acid folik. Ata që kanë gjithashtu diabet, obezitet, sëmundje të avancuara të mëlçisë ose keqpërdorim të alkoolit mund të kenë nevojë për plotësim më të lartë të acidit folik. Pacientët që jetojnë me obezitet ose kirurgjia post-bariatrike mund të zhvillojë mangësi mikronutriente, duke përfshirë folatin.

XIX. FIBRAT

Ekzistojnë lloje të ndryshme të fibrave në ushqime.

Fibrat e tretshme mund të jenë të dobishme në reduktimin e presionit të gjakut.

Më poshtë janë ushqimet e pasura me fibra që kanë treguar se ulin mesatarisht presionin e gjakut.

- Fara liri të bluar
- Krundet e tërshërës
- Elbi

Njerëzit me ose në rrezik për hipertension rekomandohet të konsumojnë të njëjtën sasi të fibrave totale si popullata e përgjithshme.

Shumica e të rriturve kërkojnë rreth 25–38 g fibra në ditë për shëndetin e përgjithshëm.

Kur shtohen ushqimet e pasura me fibra, rekomandohet të rritet marrja e lëngjeve (ujit) për të reduktuar efektet anësore gastrointestinale si fryrja, gazrat dhe kapsllëku.

Rritni ngadalë ushqimet e pasura me fibra për disa ditë ose javë.

Vini re se suplementet e fibrave nuk kanë të njëjtin efekt në uljen e presionit të gjakut!

Shtatëzania:

Femrat që janë shtatzënë këshillohen të kufizojnë marrjen e përditshme të farave të lirit dhe vajit të lirit.

Medikamentet:

- Për të parandaluar ndërhyrjen në përthithjen e barnave, farat e lirit duhet të merren të paktën dy orë para ose pas barnave me recetë.

XX. ALKOOLI, KAFEINA DHE KAKAO

Koha e përdorimit të alkoolit ndikon ndryshe në presionin e gjakut:

- Brenda disa orëve të para të marrjes së alkoolit, presioni i gjakut ulet.
- Presioni rritet 10–15 orë pas marrjes fillestare të alkoolit.

Njerëzit me hipertension rekomandohen të reduktojnë apo të abstenojnë në konsumimin e alkoolit për të ulur presionin e gjakut gjegjësisht për të parandaluar hipertensionin.

Nuk ka asnjë kufi të sigurtë sa i përket konsumimit të alkoolit për të parandaluar hipertensionin.

Në të rriturit e shëndetshëm, rekomandohet abstenimi nga alkooli ose reduktimi i marrjes së alkoolit në 2 pije/ditë ose më pak për parandalimin dhe menaxhimin e hipertensionit.

Kafeina rrit presionin e gjakut përkohësisht duke stimuluar sistemin nervor, duke ngushtuar enët e gjakut dhe duke reduktuar zgjerimin e enëve të gjakut.

Të gjithë të rriturit rekomandohet të konsumojnë jo më shumë se 400 mg kafeinë në ditë.

Tabela 7 jep shembuj të burimeve të pasura me kafeinë. Kjo listë nuk është gjithëpërfshirëse.

Tabela 11. Përmbajtja e kafeinës në ushqime dhe pije

Ushqimet dhe pijet	Sasia	Përmbajtja e kafeinës
Kafe, e pjekur	1 filxhan (250mL)	100–170mg
Çaj, gjethe apo qese (i zi)	1 filxhan (250mL)	43–80mg
Çaj (i gjelbër)	1 filxhan (250mL)	25–48mg
Çokolladë e zezë	1 copë (40g)	27mg
Pijet me karbon shtesë (kola dietike, kola, birra)	355 mL (1 kanaqe)	25–43mg
Pijet energjike, lloje të ndryshme	1 filxhan (250 mL)	80–100mg

Koha që konsumohet kafeina mund të ndikojë ndryshe në presionin e gjakut. Konsumimi i rreth 200–300 mg kafeinë mund të rrisë përkohësisht presionin e gjakut tek njerëzit me hipertension në afatet kohore të mëposhtme:

- Brenda 30 minutave nga konsumimi i kafeinës, presioni rritet;
- Në 1–2 orë pas konsumimit të kafeinës, presioni i gjakut është në kulmin dhe mund të zgjasë deri në 4 orë;

- Brenda 3–10 orëve nga konsumimi i kafeinës, kafeina do të eliminohet nga trupi.

Njerëzit që nuk konsumojnë rregullisht kafeinë mund të shohin një rritje më evidente të presionit të gjakut sesa njerëzit që konsumojnë zakonisht kafeinë.

Njerëzit me hipertension të lehtë që konsumojnë rregullisht kafeinë nuk shohin një rritje të presionit të gjakut në terma afatgjatë.

Rekomandimet

Shtatëzania dhe laktacioni:

- Individët që planifikojnë të mbeten shtatzënë, janë shtatzënë ose janë në laktacion duhet të kufizojnë kafeinën në një maksimum prej 300 mg/ditë.

Produktet e kakaos me një përqindje të lartë të lëndëve të ngurta të kakaos përmbajnë flavonoidë me veti antioksiduese që mund të ulin presionin e gjakut dhe të përmirësojnë vaskularizimin e enëve të gjakut.

Edukoni pacientët që të zgjedhin të hanë çokollatë, të zgjedhin produkte të ngurta me kakao me përqindje më të lartë, si dhe të jenë të vetëdijshëm për kaloritë, sheqerin dhe yndyrën e shtuar që shpesh shoqërohet me produktet e kakaos si çokollata dhe qumështi me çokollatë.

XXI. AKTIVITETI FIZIK

Aktiviteti fizik i rregullt redukton tensionin arterial (TA) dhe faktorët e rrezikut kardiometa-bolik përmes mekanizmave kardiovaskular (KV), metabolik dhe nervor. Studimet mbështesin faktin se aktiviteti i rregullt aerobik dhe ushtrimet e rezistencës janë të dobishme në parandalim por edhe trajtim të HTA.

Pasiviteti fizik shoqërohet me kapacitet të ulur kardiorespirator, hipertension arterial, sëmundje të arterieve koronare, pamjaftueshmëri të zemrës, rezistencë insulinike, diabet mellit tip 2, dislipidemi, insult cerebrovaskular, demencë dhe sëmundje tjera kronike.

Aktiviteti fizik është intervenim i lirë (me kosto të ulët) në prevencën primare dhe sekondare për shumë sëmundje kronike masovike. Definohet si çdo lëvizje trupore e shkaktuar nga muskuli që rrit shpenzimin e energjisë, përderisa ushtrimi fizik është ndërhyrje/regjim specifik, i planifikuar dhe i strukturuar. Rekomandimet e fundit sygjerojnë së paku 150 minuta aktivitet të moderuar, ose 75 minuta aktivitet të lartë aerobik/ të forcës për javë.

Ndërhyrjet në stilin e jetës dhe/ose këshillat duhet të jenë pjesë e parandalimit por edhe trajtimit në të gjitha klasat e hipertensionit, por shumica e pacientëve me hipertension do të duhet të trajtohen edhe me medikamente gjithashtu. Te hipertenzivët e shkallës 2 dhe 3, para inicimit të ushtrimeve fizike, trajtimi i hipertensionit fillohet me medikamente. Aktiviteti i rregullt fizik, si pjesë e stilit aktiv të jetës, mund të reduktoj TAS për 5-9mmHg. Për individët e patrajnuar rekomandohet shtimi i shpeshtësisë së ushtrimeve se sa shtimi i vëllimit për një seancë, dhe ushtrimet duhet të jenë të individualizuara varësisht nga performanca e individit. Këshillohet që gjatë ushtrimeve TAS të mbahet ≤ 220 mmHg dhe/ose TAD ≤ 105 mmHg.

Para vazhdimit ose fillimit të programit të ushtrimeve, sidomos te individët me faktorë rreziku per SKV, rekomandohet kontrolla mjekësore (të dhënat anamnestike, ekzaminimi objektiv, EKG, Ekokardiografia, Ergometria/Spiroergometria.

Hipertensioni i indukuar nga ushtrimet fizike definohet si elevim i TAS >190mmHg te femrat dhe TAS>210 te meshkujt (ose >200/100mmHg në 100Wat) gjatë ushtrimeve dhe shoqërohet me ngjarje kardiovaskulare dhe mortalitet kardiovaskular, pavarësisht nga vlera e TA (në ordinancë). Te hipertensioni i indukuar nga ushtrimet fizike, rekomandohet reduktim i intenzitetit dhe kohëzgjatjes së aktivitetit, bashkë me përshtatjen/ përzgjedhjen (ACEI) e trajtimit medikamentoz.

Rritja e aktivitetit fizik mund të çojë në një ulje të presionit të gjakut. Të rriturve me presion të lartë të gjakut ose hipertension rekomandohet të rrisin aktivitetin fizik me një program të strukturuar ushtrimesh në sasi të rekomanduara më poshtë.

Tabela 12. Rekomandime për aktivitetin fizik për pacientët me hipertension

Ushtrimet Aerobike	Ushtrime resistente	Ushtrime isomerike
30–60 min/ditë 90–150 min/javë Ecje Vrapim Çiklizëm Not	90–150 min/javë Ushtrime me pesha	3 sesione/jave Qëndrim në duar Ura anash Yoga

Ushtrimet aerobike

Reduktim i TA për të gjitha grupet sidomos reduktim i dukshëm për personat hipertenziv.

Ushtrimi i rezistencës dinamike

Reduktim i TA për të gjitha grupet. Mund të jetë ekuivalent me ushtrimet aerobike për personat hipertenziv.

Ushtrimet e njëkohshme

Mund të jetë ekuivalent me ushtrimet aerobike për personat hipertenziv.

Ushtrimet izometrike

Evidencat po shtohen për reduktimin e TA për personat hipertenziv.

Fitnessi (kapaciteti) kardiorespirator

Rritja e fitnessit (kapacitetit) redukton rrezikun për zhvillimin e hipertensionit.

XXII.NDËRPRERJA E DUHANPIRJES

Nikotina në cigare dhe produkte të tjera të duhanit shkakton një rritje akute të presionit të gjakut dhe të rrahjeve të zemrës. Pirja e duhanit dhe përdorimi i duhanit janë një nga faktorët kryesorë të rrezikut të modifikueshëm për presionin e lartë të gjakut dhe rrezikun e hipertensionit.

Ndërprerja e duhanit rekomandohet për të mbështetur mbrojtjen vaskulare, shëndetin pulmonar dhe rrezikun më të ulët kardiovaskular.

Inkurajoni ndërprerjen e duhanit te pacientët që pinë duhan.

XXIII. MENAXHIMI I STRESIT

Hormonet e çliruara gjatë stresit mund të rrisin përkohësisht presionin e gjakut duke shkaktuar një ritëm të shpejtë të zemrës dhe ngushtim të enëve të gjakut (vazokonstriksion).

Rritja e vazhdueshme e presionit të gjakut mund të jetë rezultat i përgjigjeve kronike dhe jo-adaptive ndaj stresit.

Nëse stresi është një faktor kontribues në rritjen e presionit të gjakut tek njerëzit me hipertension, rekomandohet terapia e menaxhimit të stresit.

Një referim për shërbimet e shëndetit mendor mund të mbështesë pacientin me strategjitë e menaxhimit të stresit.

Është e rëndësishme të mësohet se si ndikon stresi, si të merret individi me të dhe të zhvillojë shprehje të shëndetshme.

Çfarë është stresuese për një person mund të mos jetë për një tjetër.

Stresi mund të vijë nga një ngjarje e lumtur (një martesë e re, promovim pune, shtëpi e re) si dhe ngjarje jo e mirë (sëmundje, punë e tepërt, probleme familjare)

Stresi është përgjigja e trupit ndaj ndryshimit. Trupi reagon ndaj tij duke çliruar adrenalinë që mund të bëjë që frymëmarrja dhe rrahjet e zemrës të përshpejtohen, dhe presioni i gjakut të rritet- reagime që ndihmojnë përballjen me situatën. Lidhja midis stresit dhe sëmundjeve të zemrës nuk është e qartë. Por, me kalimin e kohës, përgjigjet jo të shëndetshme ndaj stresit mund të çojnë në problem shëndetësorë. Për shembull, njerëzit nën stres mund të konsumojnë ushqim më tepër, të abuzojnë me alkool ose të përdorin duhan. Këto sjellje jo të shëndetshme mund të rrisin rrezikun e sëmundjeve të zemrës.

Stresi prek secilin në mënyra të ndryshme dhe prezantohet me shenja fizike/ emocionale: zemërim, frikë, emocion pafuqi, vështirësi për të fjetur, kokëdhimbje, dhimbje tjera (nofull, shpinë); duhanpirje, konsumim i tepërt i ushqimit, abuzim me drogën; mungesë e ndjesive (edhe përkundër vuajtjes trupore).

Përballja

- Të promovohet të folurit pozitivisht- kthimi i mendimeve negative në ato pozitive
- Qëndrimi ulur/ në qetësi 15-20 minuta/ditë për çlodhje, frymëmarrje e thellë me mendim paqësor
- Aktivitetet e rregullta fizike
- Angazhimi gjatë ditës me gjërat që pëlqehen (së paku një herë në ditë 15 minuta)

XXIV. PESHA TRUPORE

Pesha e tepërt trupore dhe/ose dhjamosja e barkut lidhet me presionin e lartë të gjakut.

Për individët që jetojnë me obezitet të cilët kanë hipertension ose janë në rrezik të zhvillimit të tij, rekomandohet trajtimi i obezitetit.

Reduktimi prej 5 kg në peshën trupore mund të ndihmojë në parandalimin e hipertensionit dhe uljen e presionit të gjakut tek njerëzit me të.

Një reduktim më i madh në presionin e gjakut shihet me humbje shtesë në peshë.

Tabela 13. Humbja e peshës dhe reduktimi i shoqëruar në presionin e gjakut

Humbja në peshë	Reduktimi sistolik	Reduktimi diastolic
Për çdo 1 kg të humbur	1.6 mmHg	1.1 mmHg
Për çdo 5 kg të humbur	4–7 mmHg	3–6 mmHg

Humbja e peshës ka një efekt të ngjashëm në uljen e presionit të gjakut si medikamentet antihipertensive të njerëzit që jetojnë me obezitet dhe/ose me dhjamosje të tepërt të barkut.

Konsiderime

Pasiguria ushqimore në familje

Pasiguria ushqimore në familje (PUF) përkufizohet si “një akses i pamjaftueshëm ose i pasigurt në ushqim për shkak të kufizimeve financiare”; ajo ndikon në mirëqenien fizike, mendore dhe sociale.

Ofruesit do të takojnë pacientë që jetojnë në familje të pasigurta ushqimore, për shkak të prevalencës së lartë të PUF në mesin e atyre që kanë akses në kujdesin shëndetësor.

PUF trajtohet më së miri nëpërmjet ndërhyrjeve të bazuara në të ardhura.

Ata që përjetojnë PUF kanë aftësi të përgatitjes së ushqimit, buxhetimit dhe gatimit të ngjashme me popullatën e përgjithshme.

Ndërhyrjet e fokusuara në aftësitë ushqimore nuk i mbrojnë njerëzit dhe as nuk i përmirësojnë PUF.

Programet e urgjencës ushqimore mund të ofrojnë lehtësim të përkohshëm. Megjithatë, këto programe nuk zgjidhin PUF dhe janë të papërshtatshme dhe/ose të paarrtshme për shumë pacientë.

Ofruesit e kujdesit mund të ofrojnë mbështetje më të mirë nëse janë të vetëdijshëm kur pacientët shqetësohen se a kanë para të mjaftueshme për ushqim dhe po përjetojnë sfida të tjera për shkak të tendosjes financiare. Ofruesit inkurajohen të punojnë me pacientët për të zhvilluar ndërhyrje që janë të ndjeshme ndaj tendosjes financiare.

Hapat kryesorë për ofruesit e kujdesit përfshijnë:

- Mësoni rreth tendosjes financiare, si të kontrolloni pacientët për varfëri, dhe lidhjen midis varfërisë dhe shëndetit më të dobët përmes identifikimit të tendosjes financiare dhe adresimit të pengesave financiare ndaj moduleve të kujdesit shëndetësor, të disponueshme
- Informmohuni se si të mbështesni pacientët që përjetojnë PFU.
- Ndihmoni pacientët në aksesin në mbështetjen e të ardhurave të disponueshme, përfitimet financiare, programet dhe shërbimet.

Fletushkat mbi të ushqyerit duhet të jenë të disponueshme për pacientët për një sërë temash për të ndihmuar në mbështetjen e nevojave të tyre, të mësuarit dhe qëllimeve të të ushqyerit.

XXV. KONSIDERIMET GJATË ZBATIMIT TË UK

Zbatimi i UK është pjesë e sigurimit të praktikës së mirë mjekësore të bazuar në dëshmi. Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore janë përgjegjës për sigurimin e zbatimit të UK.

XXVI.STANDARDET E AUDITUESHME

Auditi klinik zhvillohet në çdo institucion shëndetësor nga koordinatorët e cilësisë së shërbimeve shëndetësore bazuar në temat e lidhura drejtëpërdrejtë me problematikën e shtjelluar.

Standardet e Auditimit

Diagnostikimi i hipertensionit arterial

Faktorët e rrezikut për sëmundje kardiovaskulare

Ekzaminimet e nevojshme për diagnostikim, hulumtim

Analizat e nevojshme për menaxhimin e vazhdueshëm të hipertensionit arterial

Trajtimi jofarmakologjik i hipertensionit arterial

Përcjellja kontinue dhe e suksesit të trajtimit të hipertensionit arterial

Përqindja e mjekëve dhe infermierëve që e përdorin udhërrëfyesin

Përqindja e pacientëve me hipertension arterial që kërkojnë shërbime të kujdesit dytësor shëndetësor

Përqindja e pacientëve me hipertension arterial të kontrolluar

Përqindja e pacientëve që kanë ndryshuar stilin e jetës

Numri i faktorëve të rrezikut të shmangur nga pacientët me hipertension

XXVII. REFERENCAT

Agasthi P, et al. Management of adults with coarctation of aorta. World J Cardiol 2020 May 26; 12(5): 167-191

Alberta Health Services. Hypertension Nutrition Guideline. 2022 Alberta Health Services. Nutrition Services.

American Heart Association fact sheets heart.org/answersbyheart

Badeli H, et al. Strategies to Reduce Pitfalls in Measuring Blood Pressure . Int J Prev Med 2014;S17-S20.

Burden of Hypertension in selected EU Countries, 2010-2025. Kantar Health. Available at: https://www.ispor.org/research_pdfs/42/pdf/files/PCV115.pdf.

Egan BM, et al. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008. JAMA. 2010;303(20):2043–2050.

Guiga H, et al. Prevalence and severity of hypertensive emergencies and outbreaks in the hospital emergency department of CHU Timone at Marseille: follow-up in three months of hospitalized patients. Ann Cardiol Angeiol (Paris). 2016;65(3):185–190.

Hayes p, et al. Physical Activity and Hypertension. Rev. Cardiovasc. Med. 2022; 23(9): 302 <https://doi.org/10.31083/j.rem2309302>

Janke AT, et al. Trends in the incidence of Hypertensive emergencies in US emergency departments from 2006 to 2013. J Am Heart Assoc. 2016;5(12).

Kearney PM, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005;365:217–223.

Mancia, Kreutz et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2023; 41(1) :1874–2071

Müller P, Lechner K, Halle M, Braun Dullaues R. Physical activity and arterial hypertension. Dtsch Z Sportmed. 2023; 74: 74-79. doi:10.5960/dzsm.2023.560

National Guideline for Managment of Hypertension for Secondary and tertiary Helath Care Level. Directorate of Non-Communicable Diseases. Ministry of Health 2021. Sri Lanka

NICE- National Institute for Health and Care Excellency. Hypertension in adults: diagnosis and management (2023)

Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al.; Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part 1: blood pressure measurement in humans. Hypertension 2005;45:142–61.

Smith L. New AHA Recommendations for Blood Pressure Measurement. Am Fam Physician. 2005;72(7):1391-1398.

Spitali i Përgjithshëm- Pejë, Shërbimi Spitalordhe Klinik Universitar i Kosovës. <https://shskuk.rks-gov.net/>

WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Mirënjohjet për hartuesit e udhërrëfyesve burimorë dhe aprovimi i tyre

Mirënjohje Projektit IHS (Integrated Health Services in Kosovo) dhe MSh për përkrahje dhe mbështetje teknike dhe lektorim.

XXVIII. IMPLIKIMET, ZBATUESHMERIA DHE KOSTOJA

Zbatimi i UK mbi hipertensionin është dedikuar të përdoret fillimisht për nevoja të kujdesit sekondar shëndetësor, pa lënë anash edhe përdorimin nga niveli primar dhe ai terciar i shërbimit shëndetësor.

Institucionet shëndetësore spitalore për zbatimin e këtij UK dhe Protokoleve të cilat rrjedhin nga ky UK duhet të kenë stafin kompetent, në numër të mjaftueshëm, multidisciplinar dhe të prirë për të përkrahur udhëzimet.

Këto institucione duhet të trajnojnë poashtu në mënyre të vazhdueshme të punësuarit.

Poashtu këto institucione duhet të kenë listen e dietologeve me Kosove, pajisje për monitorim dhe memorizim të shenjave vitale, të kenë hapësira për realizimin e vizitave, këshillimeve dhe hapësirë për zhvillimin e promovimit dhe edukimit shëndetësor ku do të shërbehen me mjete konkretizimi.

Pra në këto Institucione duhet të shërbejë Dietologu përmes Shërbimet Spitalore për caktim/aranzhim të përfitimit të shërbimit nga Dietologu; eksperti i obezitetit; Psikologu në Spital; Eksperti për aktivitet fizik si dhe punëtori social.

XXIX. SHTOJCAT

Shtojca 1

Vendimi i MSh

Shtojca 2

Deklarata e konfliktit të interesit

Shtojca 3

Shoqata për të drejtat e pacientit

Shtojca 4

Recenzioni

XXX. PROCESI I ADAPTIMIT

Kërkimi i udhërrëfyesve është realizuar përmes kërkimit elektronik, të pavarur, në bazë të tematikës dhe fjalëve kyçe, vitit të publikimit dhe literatures që më së miri përshtatej për vendin tonë, si në nivelin e organizimit të kujdesit shëndetësor dhe poashtu edhe shërbimeve që kryhen në këtë nivel. Nuk u përfshinë të dhënat nga literatura të cilat ishin përsëritëse, për të cilat ekzistojnë dokumente dhe poashtu që nuk përkishnin me pikësynimin e UK aktual. Literatura bazë dhe literatura shtesë u listuan sipas prioritetit në pjesën fillestare duke pasuar, me literaturë në tërësi, me rradhitje alfabetike në fund të tekstit të UK.

Vlerësimi i udhërrëfyesit klinik kaloi në vlerësim individual nga secili anëtar dhe pastaj me aprovim koncenzual nga i gjithë Grupi Punues për Adaptimin e Udhërrëfyesve dhe Hartimin e Protokolleve Klinike (GPAUHPK). Pastaj UK u dorëzua pranë MSh për publikim për diskutim publik. Përgjatë hartimit dhe periudhës së diskutimit publik vazhdimisht, posaçërisht është njoftuar dhe kontaktuar

Shoqata e të drejtave të pacientëve. UK kaloi edhe vlerësimin nga dy recenzentë të pavarur, specialist të fushës e ekspertë të dy niveleve të kujdesit shëndetësor, atij sekondar e terciar, kolegë të rrespektuar: Dr. Muhamet Selimi dhe Dr. Faik Shatri. Mendimi i tyre është i bashkëngjitur në shtojcë (shih shtojca 4). Sygjerimet e vërejtjet e tyre janë mare seriozisht në konsiderim dhe janë inkorporuar në tekstin final.

Dokumenti i është dorëzuar MSh për procedim të mëtejshëm në Komisioni për Vlerësimin e Metodologjisë së Adaptimit të Udhërrëfyesve klinikë (KVMAUK).

XXXI. SHKURTESAT DHE AKRONIMET

ABPM- Holter Monitorimi i TA 24h

CKD- sëmundjet kronike të veshkave

GPAUHPK- Grupi Punues për Adaptimin e Udhërrëfyesve dhe Hartimin e Protokolleve Klinike

HTA- Hipertensioni arterial

KVMAUK- Komisioni për Vlerësimin e Metodologjisë së Adaptimit të Udhërrëfyesve klinikë

KV- kardiovaskular

OBSh- Organizata Botërore e Shëndetësisë

PA- aktiviteti fizik

PUF- Pasiguria ushqimore në familje

SCV-sëmundjet cerebrovaskulare

SKV- sëmundjet kardiovaskulare

MSh- Ministria e Shëndetësisë

TA- Tensioni arterial

TAD- Tensioni arterial diastolik

TAS- Tensioni arterial sistolik

VD- Vlera Ditore

UK-Udhërrëfyes klinik

STILET

Teksti Alt+Q

Titulli Alt+T

Nëntitulli 1 Alt+1

Nëntitulli 2 Alt+2

Nëntitulli 3 Alt+3

Pyetja Alt+2

Rekomandimi Alt+R

Dëshmia Alt+E