

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË**

**MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROTJES SOCIALE**

**QËNDRA SHËNDETËSORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Adresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_ Prot. \_\_\_\_\_\_, më \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020*

**LËNDA:** Rregullore për përshkrimin racional të antibiotikëve në Qendrën Shëndetësore \_\_\_\_\_\_\_

**Hyrje**

Në Qendrën Shëndetësore (QSH) \_\_\_\_\_\_\_ me një zonë mbulimit prej 25.172 banorësh, arsyet më të shpeshta të vizitave akute me mjekun dhe infermierin e familjes janë: infeksionet e rrugëve të sipërme dhe të poshtme të frymëmarrjes, otitet, infeksionet e vijave urinare, infeksionet uro-genitale. Të dhënat tregojnë se gjatë periudhës Janar -Shkurt 2020 për diagnozat e mësiperme janë bërë gjithsej 1474 vizita dhe për 735 prej tyre është përshkruar trajtim me antibiotik.

Duke marrë parasysh

1)shpeshtësinë e diagnozave të mësipërme në punën e përditshme të ekipit të mjekësisë së familjes në qendrën tonë,

2)faktin që menaxhimi i disa rasteve akute mund të bëhet pa përshkruar antibiotikë,

3) efektet anësore dhe sidomos faktin që REZISTENCA ndaj antibiotikëve është në rritje alarmuese dhe është problem i shëndetit publik

në bindjet e bazuara në evidencë që :

përdorimi racional i antimikrobikëve tek njerëzit dhe kafshët çon në pakësimin e rezistencës ndaj tyre;

njohuritë lidhur me rezistencën ndaj antibiotikëve në popullatë janë të ulta, prej ku del se edukimi i pacientëve dhe i publikut të gjerë është thelëbësor për të parandaluar rezistencën ndaj antibiotikëve,

dhe në përmbushje të kërkesave të standardit optimal H4.2 për akreditimin e QSH-ve

është ndërmarrë përpjekja për hartimin e Rregullores për përshkrimin racional të antibiotikëve në Qendrën Shëndetësore \_\_\_\_\_\_\_.

**Qëllimi**

Qendra Shëndetësore \_\_\_\_\_\_\_ me rregulloren për përshkrimin racional të antibiotikëve synon marrjen e disa masave dhe vendosjen e kritereve për tu zbatuar nga ekipi mjekësor në përshkrimin e antibiotikëve në përputhje me kërkesat e standartit bazik H 4.2 për akreditimin e QSH-ve1.

**Qëllimet specifike:**

1.Ekipi mjekësor më i vetëdijshëm profesionalisht lidhur me përshkrimin racional të antibiotikëve për diagnozat më të shpeshta në KSHP dhe për kontributin e tyre në parandalimin e rezistencës mikrobike ndaj antibiotikëve.

2.Ekipi mjekësor i aftë për edukimin në nivel individi, familje dhe komuniteti lidhur me rëndësinë e përdorimit të antibiotikëve vetëm me arsye të argumentuar mjekësore dhe të rrezikut të rezistencës së mikrobeve ndaj antibiotikëve të lidhur me përsorimin pa kriter të tyre.

**Aktivitetet:**

1.Grup Kolegësh me MF dhe infermierë lidhur me përshkrimin racional të bazuar në evidencë të antibiotikëve për diagnozat më të shpeshta në KSHP me qëllim:

a)përditësimin dhe dakortësimin e protokolleve/udhëzuesive që do të ndjekin.

b)dakortësimin për dokumentimin e argumentimit mjekësor të përshkrimit ose jo të antibiotikëve si dhe i këshillimit përkatës të pacientit/familjarit lidhur me përdorimin sipas recetës (dozë dhe kohëzgjatje) si dhe i këshillimit përkatës të pacientit/familjarit në rast të mospërshkrimi të antibiotikëve, Qershor-Korrik 2020

2.Grup Kolegesh me MF dhe infermjerë për aftësimin në këshillimin motivues të pacientëve dhe familjarëve lidhur me përdorimin me indikacione mjekësore të antibiotikëve. Qershor-Korrik 2020.

**Përgjegjësitë:**

**Ekipi i cilësisë:**

1. Përgatit dhe paraqet për miratim Drejtorit Rregulloren për përshkrimin racional të antibiotikëve
2. Përfshin në planin vjetor të aktiviteteve të Edukimit në Vazhdim të QSH-së trajnimet e personelit Mjek dhe Infermier lidhur me zbatimin e Rregullores për përshkrimin racional të antibiotikëve.
3. Përgatit dhe paraqet për miratim Drejtorit planin e monitorimit të zbatimit të Rregullores për përdorimin racional të antibiotikëve.
4. Propozon Drejtorit masa/aktivitete shtesë lidhur me zbatimin e Rregullores për përdorimin e antibiotikëve në QSH \_\_\_\_\_\_\_
5. Përditëson çdo vit udhëzuesit/protokollet e dakortësuara për përshkrimin e duhur të antibiotikëve për diagnozat më të shpeshta në KSHP sipas [Centers for Disease Control and Prevention](http://www.cdc.gov/), [National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID)](https://www.cdc.gov/ncezid/index.html), [Division of Healthcare Quality Promotion (DHQP)](https://www.cdc.gov/ncezid/dhqp/index.html) (*Aneksi 1*).

**Kryeinfermierja:**

1. Ndjek dhe mbështet infermieret për marrjen pjesë te Grupi i Kolegëve për rritjen e vetëdijes së tyre profesionale lidhur me rëndësinë e parandalimit të rezistencës mikrobike ndaj antibiotikëve dhe në aftësimin e tyre për këshillim motivues të pacientit, familjarëve dhe të dokumentimit përkatës.
2. Ndjek dhe vlerëson me infermjeret dhe i propozon koordinatorit të cilësisë nevoja/masa të tjera për aftësimin e vazhdueshëm të personelit infermieror lidhur me rolin e tyre në parandalimin e rezistencës mikrobike ndaj antibiotikëve dhe në rritjen e kulturës shëndetësore në popullatë lidhur me këtë.
3. Planifikon dhe ndjek zbatimin e vizitave mbikqyrëse mbështetëse në vendin e punës për aftësimin e infermjereve në këshillim motivues të pacientit, familjarëve lidhur me përdorimin ose mospërdorimin e antibiotikëve dhe të dokumentimit përkatës.

**Drejtori:**

1. Miraton Rregulloren për përshkrimin racional të antibiotikëve
2. Miraton planin e monitorimit të zbatimit të Rregullores për përshkrimin racional të antibiotikëve.
3. Miraton planin për trajnime të personelit Mjek dhe Infermier lidhur me zbatimin e Rregullores për përshkrimin racional të antibiotikëve të propozuar nga Ekipi i Cilesise.
4. Shqyrton dhe miraton veprime shtesë, lidhur me zbatimin e Rregullores për përshkrimin racional të antibiotikëve të propozuara nga Ekipi i cilësisë .
5. Komunikon dhe bashkëpunon me autoritetet dhe institucionet e tjera shëndetësore (lokale dhe qendrore sipas rastit) lidhur me zbatimin e Rregullores për përshkrimin racional të antibiotikëve.
6. Mundëson sigurimin e materialeve të nevojshme për zbatimin e Rregullores për përshkrimin racional të antibiotikëve si, postera, fletë informuese dhe edukuese për profesionistët shëndetësorë dhe/ose për pacientët.

**Mjeku:**

1. Përshkruan antibiotikët në mënyrë racionale sipas indikacioneve/udhëzuesve të bazuar në evidencë duke dokumentuar arësyen mjekësore në kartelë.
2. Këshillon në mënyrë të përshtatshme pacientin, familjarët dhe e dokumenton në kartelën e pacientit.
3. Informon dhe sqaron pacientin për arsyen, datën dhe orën e vizitës së rikontrollit.
4. Bashkëpunon dhe mbështet në mënyrë motivuese infermieren e familjes për këshillim në mënyrë të përshtatshme të pacientit, familjarëve dhe për dokumentimin në kartelën e pacientit.
5. Merr pjesë në mënyrë aktive në aktivitetet e edukimit në vazhdim lidhur me aftësimin për përshkrimin racional të antibiotikëve dhe këshilllimin përkatës.

**Infermieri**

1. Këshillon në mënyrë motivuese pacientin, familjarët lidhur me marrjen e antibiotikut (kohëzgjatja, efektet e mundshme anësore etj) dhe e dokumenton në kartelën e pacientit.
2. Siguron që pacienti është informuar për ditën e vizitës së rikontrollit dhe e dokumenton në kartelën e pacientit.
3. I kujton pacientit ditën dhe orën e vizitës së rikontrollit një ditë përpara.
4. Informon, këshillon në mënyrë bindëse pacientin në rast kur nuk përshkruhet antibiotik, pse nuk përshkruhet, kohëzgjatjen e trajtimit simptomatik, kur duhet të kthehet përsëri tek mjeku dhe e dokumenton në kartelën personale të pacientit.
5. Merr pjesë në mënyrë aktive në aktivitetet e edukimit në vazhdim që synojnë aftësimin për këshilllimin motivues lidhur me përdorimin racional të antibiotikëve.

**MONITORIMI**

**I Aktivitetet trajnuese**:

**1.**Grup Kolegësh: Kqyrja e dosjes së facilitatorit/organizatorit për listë-prezencat e takimeve dhe raporteve përkatëse në QKEV.

**2.**Trajnime jashtë Qendrës Shëndetësore: çertifikatat individuale të pjesëmarrjes në trajnime të akredituara

**II** **Përshkrimi racional i antibiotikëve dhe këshillimi i pacientit/familjarit**

**II.1.**Kqyrja e kartelave mjekësore do të realizohet çdo 6 muaj, referuar *"Procedurës së monitorimit të plotësimit të kartelave personale të pacientëve në përputhje me kërkesat e standardeve bazike"* (Dokumenti:1\_Stand\_C1\_1\_F1\_F3\_G\_1\_1\_G\_1\_2\_G2\_G3\_H4\_2\_Procedura e monitorimit të kartelave të pacientëve) dhe Formularit të përshtatur me treguesit e monitorimit të përshkrimit racional të antibiotikëve dhe këshillimit të pacientit/familjarit (Dokumenti2\_Stand\_C1\_1\_F1\_F3\_G\_1\_1\_G\_1\_2\_G2\_G3\_H4\_2\_Mjeti për monitorimin e kartelave të pacientëve) faqe x.

**Tabela: Treguesit/Formulari për monitorimin e përshkrimit racional të antibiotikëve dhe këshillimit të pacientit/familjarit nëpërmjet kqyrjes së kartelave mjekësore (K)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktiviteti** | **Pajtueshmëria me procedurën** | **Mangësi të konstatuara** | **Rekomandime** |
| Vlerëso nëse informacioni është në kartelën e pacientit me PO ose JO |
| K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | K10 |
| 1.Argumentimi mjekësor për përshkrimin e antibiotikut.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.Këshillimi i pacientit në rastin kur përshkruhet përdorimi i antibiotikut, kohëzgjatja, efektet anësore të trajtimit. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Informimi i pacientit për datën, orën e vizitës së rikontrollit. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.Këshillimi i pacientit kur nuk përshkruhet antibiotik, pse nuk përshkruhet antibiotiku, kohëzgjatja e trajtimit simptomatik. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**II.2.** Plani dhe Raportet e vizitave mbikqyrëse mbështetëse nga Kryeinfermierja dhe/ose Koordinatori i Clilësisë.

**Aneksi 1**

Udhëzuesi për përshkrimin e duhur të antibiotikut për disa nga diagnoza më të shpeshta në KSHP sipas [Centers for Disease Control and Prevention](http://www.cdc.gov/), [National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID)](https://www.cdc.gov/ncezid/index.html), [Division of Healthcare Quality Promotion (DHQP)](https://www.cdc.gov/ncezid/dhqp/index.html)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagnoza  | Epidemiologjia  | Vendosja e diagnozës  | Trajtimi  |
| Rhinosinusiti akut  | * Rreth 1 nga 8 të rritur (12%) në vitin 2012 raportuan se morën një diagnozë të rinosinuzitit në 12 muajt e kaluar, duke rezultuar në më shumë se 30 milion diagnoza
* 98% e rasteve të rinosinusitit janë virale, dhe antibiotikët nuk janë të garantuar të ndihmojnë edhe nëse agjenti shkaktar është bakterial.
 | Diagnostikimi i rinosinuzit akut bakterial bazohet në simptomat që janë:* Forma e rëndë (> 3-4 ditë), me simptoma të tilla si ethe ≥39°C dhe rrjedhje hunde purulente ose dhimbje të fytyrës;
* Forma e qëndrueshme (> 10 ditë) pa përmirësim, siç është rrjedhje hundësh ose kolla gjatë ditës; ose
* Forma e përkeqësuar (3-4 ditë) siç është përkeqësimi ose rishfaqja e etheve, kollitja gjatë ditës ose rrjedhje hundësh pas përmirësimit fillestar të një infeksioni viral të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes (URI) që zgjat 5-6 ditë.

Radiografia e sinusit nuk rekomandohet në mënyrë rutinore. | **Nëse diagnostikohet një infeksion bakterial**:Pritja vigjilente inkurajohet për raste të pakomplikuara për të cilat pacienti bashkëpunon për ndjekjen .* Amoxicillin ose amoxicillin/ klavulanate është terapia e rekomanduar e linjës së parë.
* Makrolidet si azitromicina nuk rekomandohen për shkak të niveleve të larta të rezistencës së Streptococcus pneumoniae (~ 40%).
* Për pacientët me alergji ndaj penicilinës, doxycycline ose një fluoroquinolone (levofloxacin ose moxifloxacin) rekomandohet si agjent alternativ.
 |
| Bronchiti akut i pakomplikuar | Kolla është simptoma më e zakonshme për të cilën pacientët e rritur konsultojnë mjekun e tyre të familjes, dhe bronkiti akut është diagnoza më e zakonshme tek këta pacientë. | * Vlerësimi duhet të përqendrohet në përjashtimin e pneumonisë, e cila është e rrallë në mesin e të rriturve të shëndetshëm në mungesë të shenjave jetike anormale (rrahjet e zemrës ≥ 100 rrahje / min, ritmi i frymëmarrjes ≥ 24 frymë / min, ose temperatura orale ≥ 38 ° C) dhe gjetjet anormale gjatë ekzaminimit të mushkërive (konsolidimi fokal, egofonia, fremitus).
* Sputum me ngjyrë nuk tregon infeksion bakterial.
* Në shumicën e rasteve, radiografia e gjoksit nuk tregon ndryshime.
 | Trajtimi rutinë i bronkitit akut të pakomplikuar me antibiotikë nuk rekomandohet, pavarësisht nga kohëzgjatja e kollës.Opsionet për terapi simptomatike përfshijnë:* Supresantët e kollës (kodeinë, dekstromethorfan);
* Antihistaminikët e gjeneratës së parë (difenhidramina);
* Deconxhestantët (fenilfrina).

Provat që mbështesin terapi specifike simptomatike janë të kufizuara. |
| Faringiti  | Infeksioni nga Streptokoku Beta-Hemolitik i Grupit A (**G**roup A **b**eta-**h**emolytic **s**treptococci (GABHS) shtë indikacioni i vetëm i zakonshëm për terapi antibiotike për rastet e dhimbjes së fytit.Vetëm 5-10% e rasteve të dhimbjeve të fytit tek i rriturri janë shkaktuar nga (GABHS). | Vetëm me shenjat klinike **nuk** mund të bëjnë dallimin midis GABHS dhe faringjitit viral; një test i shpejtë i zbulimit të antigjenit **(R**apid **A**ntigen **D**etection **T**est (RADT) është i nevojshëm për të vendosur diagnozën e faringjitit nga GABHS* Ata që plotësojnë dy ose më shumë kritere KONDOR (p.sh., ethe, eksudat i tonsilave , limfadenopatia cervikale, mungesa e kollës) përbëjnë indikacion për përdorimin e testit të shpejtë RADT.
* Kultura e fytit nuk rekomandohet në mënyrë rutinore për të rriturit.
 | * Trajtimi me antibiotikë NUK rekomandohet për pacientët me rezultate negative të RADT.
* Amoxicillin dhe penicilina V mbeten terapi e linjës së parë për shkak të aktivitetit të tyre të besueshëm antibiotik kundër GABHS.
* Për pacientët me alergji ndaj penicilinës rekomandohet cefalexin, cefadroxil, clindamicin, ose makrolide.
* Rezistenca e GABHS ndaj azitromicinës dhe klindamicinës është gjithnjë e më e zakonshme.
* Kursi i rekomanduar i trajtimit për të gjithë beta laktamët oralë është 10 ditë.
 |
| Infeksion i zakonshëm ose jospecifik i traktit të sipërm respirator.(viroza ) | Kjo është diagnoza e tretë më e shpeshtë në vizitat në QSH, dhe shumica e të rriturve përjetojnë nga dy deri në katër ftohje në vit.Të paktën 200 viruse mund të shkaktojnë ftohjen e zakonshme. | Simptoma të spikatura të ftohjes përfshijnë ethe, kollë, rinorre, kongjestion të hundës, rrjedhje post nasale, dhimbje fyti, dhimbje koke dhe mialgji. | * Deconxhestantët (pseudoephedrina dhe fenilfrina) e kombinuar me një antihistaminik të gjeneratës së parë mund të ofrojnë lehtësim të rinorresë, të kongjestionit të hundës dhe kollës.
* Anti-inflamatoret jo-steroide mund të jepen për të lehtësuar simptomat.
* Mungojnë evidencat për të mbështetur antihistaminiket (si monoterapi), opioidet, kortikosteroidet intranasale dhe lavazhin e hundës me fiziologjik si trajtime efektive për lehtësimin e simptomave.
* Ofruesit dhe pacientët duhet të peshojnë përfitimet dhe dëmet e terapisë simptomatike.
 |
| Cistiti akut i pakomplikuar  | Cistiti është ndër infeksionet më të zakonshme tek gratë dhe zakonisht shkaktohet nga E. coli. | * Simptomat klasike përfshijnë dizurinë, urinimin e shpeshtë dhe urgjencën për të urinuar. Hematuria dhe diskomforti suprapubik janë më pak të zakonshme.
* Nitritet dhe esteraza e leukociteve janë treguesit më të saktë të cistitit akut të pakomplikuar.
 | * Për cistit akut të pakomplikuar në gratë e rritura të shëndetshme jo shtatzëna, premenopauzale:

Nitrofurantoin, trimethoprim/ sulfamethoxazole (TMP-SMX, ku rezistenca lokale është <20%), dhe fosfomicina janë agjentët e linjës së parë.* Fluorokinolonet (p.sh. ciprofloxacin) duhet të rezervohen për situatat në të cilat agjentët e tjerë nuk janë të përshtatshëm.
 |

* **Diagnozat më të shpeshta në moshën pediatrike.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patologjia  | Epidemiologjia | Diagnoza | Menaxhimi |
| **Sinuziti akut** | Sinuziti mund të shkaktohet nga viruset apo bakteret dhe antibiotikët nuk garantojnë që ndihmojnë edhe nëse shkaktari është bakter.  | Erë e keqe nga goja, lodhje, dhimbje koke, ulje e oreksit. Në ekzaminim fizik nuk e ndan dot nëse është infeksion viral apo bakterial. Mendojmë për infeksion bakterial nëse ka një nga këto simptoma pa përmirësim: Sekrecione nazale ose kollë gjatë ditës për më tepër se 10 ditë. Përkeqësim të simptomave: përkeqësim ose temperaturë e shfaqur sërish, kollë ditën apo sekrecione nazale pas përmirësimit fillestar të një infeksioni viral. Simptoma të rënda: temperaturë ≥39°C, sekrecione purulente nazale për të paktën 3 ditë në vazhdim. Imazheria nuk rekomandohet për rastet e pakomplikuara.  | **Nëse dyshojmë për infeksion bakterial: Pritja deri në 3 ditë, për ata fëmijë me infeksion bakterial akut me simptoma persistente.** Antibiotikët jepen për ata fëmijë që kanë sinuzit akut bakterial me simptoma të rënda apo përkeqësim të sëmundjes.**Amoxicillin ose amoxicillin/clavulanate** mbeten linja e parë e mjekimit. Për fëmijët që vjellin dhe nuk mund të tolerojnë mjekimin oral mund të jepet një dozë e vetme me injeksion ceftriaxone dhe më pas të kalohet në terapinë orale kur përmirësohen.  |
| **Otiti media akut** | Otiti media akut është infeksioni me i shpeshtë pediatrik për të cilin jepen antibiotikët. Deri 10 % e femijëve kanë efekte anësore nga përdorimi i antibiotikëve.  | Diagnoza kërkon vlerësim me otoskop: fryrje të Membranës Timpanike (MT) ose otorre që nuk shkaktohet nga otiti ekstern. Fryrje e lehtë e membranës timpanike në më pak se 48 orë, shfaqje e dhimbjes së veshit, fëmija prek, fërkon veshin ose vërehet eritemë e theksuar e MT.  | **Për format unilaterale te fëmijët 6-23 muajsh ose bilaterale te femijet >2 vje**ç **prit** duke e përfshirë prindin në vendim-marrje për dhënien e antibiotikut. **Amoxicillina rekomandohet** si linja e parë e terapisë te fëmijët që nuk kanë marrë amoxicillinë në 30 ditët e fundit. Amoxicillin/clavulonate rekomandohet te fëmijët nëse kanë marrë amoxicillinë në 30 ditët e fundit, nëse ka edhe konjuktivit purulent, nëse ka histori për infeksione rekurrente të otitit media akut që nuk pergjigjet ndaj trajtimit me amoxicillinë.Për fëmijët me hipersensitivitet jo të tipit 1 ndaj penicilinës rekomandohen si alternativa cefdinir, cefuroxime, cefpodoxime ose ceftriaxone.Nu rekomandohet profilaksia me antibiotikë për të ulur përsëritjen e episodeve të otitit media akut.  |
| **Faringiti akut** | Udhëzuesit më të fundit synojnë të ulin përdorimin e panevojshëm të antibiotikëve, duke theksuar përdorimin e testit të shpejtë të antigenit për të konfirmuar diagnozën. Streptokoku b hemolitik i grupit A prek më tepër moshat 5-12 vjeç; I pazakonshëm nen 3 vjeç. | Vetëm me klinikë nuk ndan dot midis shkakut viral nga ai prej streptokokut të grupit A.Fëmijët me dhimbje fyti plus 2 ose më shumë karakteristika duhet të bëjnë testin e shpejtë të antigjenit: 1. Mungesa e kollës
2. Eksudat tonsillar ose ënjtje e tonsilave
3. Temperaturë e lartë
4. Limphadenopati cervikale e dhimbshme
5. Mosha nën 15 vjeç

Testi i antigenit nuk rekomandohet te fëmijët nën 3 vjeç, ku faringiti nga streptokoku i grupit A dhe ethja reumatizmale jane te pazakonta. Tek fëmijët dhe adoleshentët kur testi i antigjenit del negativ, duhet të bëjmë kulturën efytit për steptokok të grupit A.  | **Amoxicillin** dhe **Penicilina V** mbesin linja e parë e trajtimit. Për fëmijët që kanë reaksion alergjik tip 1 ndaj penicilinës mund të japim cephalexin, cefadroxil, clindamycin, clarithromycin, ose azithromycin .Për ata që kanë reaksion hipersensibiliteti tip I ndaj penicilinës japim: clindamycin, clarithyomycin, or azithroymycin.**Kohëzgjatja e trajtimit për gjithë betalaktamët është 10 ditë.**  |
| **Rrufa dhe infeksione të tjera jospecifike të traktit respirator** | Kursi i shumicës së infeksioneve virale të pakomplikuara është 5-7 ditë. Rrufa zakonisht zgjat rreth 10 ditë. Të paktën 200 viruse janë ndër shkaktarët më të shpeshtë të rrufës.  | Infeksionet e sipërme respiratore karakterizohen nga sekrecione nazale, kongjestion dhe kollë. Zakonisht sekrecionet nazale fillojnë si transparente dhe ndryshojnë përgjatë kursit të sëmundjes.Temperatura zakonisht është në fillim të sëmundjes.  | Menaxhimi i rrufës dhe infeksioneve të tjera jo specifike të traktit respirator duhet të fokusohet në trajtimin simptomatik. Antibiotikët nuk duhet të jepen për këto gjendje. Kortikosteroidet në doza të vogla ose prednizoni oral, nuk çojnë në përmirësim te femijet që nuk kanë astmë.  |
| **Bronkioliti** | Bronkioliti është infeksioni me i shpeshtë i rrugëve të poshtme respiratore te fëmijët. Më shpesh shkaktohet nga virusi respirator sincicial, por mund të shkaktohet edhe nga shumë viruse të tjera respiratore. | Bronkioliti ndodh te fëmijët nen 2 vjeç dhe karakterizohet nga rrjedhje hundësh, kollë, fishkëllima, takipne dhe rritje e efortit respirator. Teste laboratorike dhe radiologjike nuk rekomandohen perveç rasteve atipike, kur nuk ka simptoma virale, ka distress të rëndë respirator dhe fëmija nuk përmirësohet.  | **Antibiotikët nuk ndihmojnë**. Aspirimi i sekrecioneve nazale janë baza e terapisë. As Ventolina, as adrenalina me nebulizator nuk rekomandohen tek infantët dhe fëmijët që nuk janë të hospitalizuar.Nuk ka evidencë që të mbështesë aspirimin e thellë të sekrecioneve në faringun e poshtëm apo laring. Kortikosteroidet, ribavirina dhe fizioterapia nuk rekomandohen në trajtimin e bronkiolitit.  |
| **Infeksionet e traktit urinar (ITU)** | ITU janë të shpeshta te fëmijët.Shkaktari kryesor është E. coli, në 85% te rasteve. | Tek fëmijët e vegjël ITU zakonisht paraqiten me temperaturë, me urinë me erë të rëndë, ndërsa te fëmijët më të rritur paraqiten me dizuri, dhe urinim të shpeshtë. Diagnoza përfundimtare kërkon analizë urine që konfirmon ≥5 leukocite për fushë, baktere ose prani nitritesh.  | Trajtimi fillestar varet nga të dhënat lidhur me rezistencën lokale ndaj antibiotikëve. Për fëmijët 2-24 muajsh mund të japim **baktrimë, amoxicillin/clavulanate**, cefixime, cefpodoxime, cefprozil, ose cephalexin.Kohëzgjatja e terapisë te femijet 2-24 muajsh duhet 7-14 ditë.Nuk rekomandohet trajtimi me antibiotikë për bakteriuri asimptomatike për femijët. Fëmjët me UTI duhet të bëjnë eko renale dhe vezike . Nuk rekomadohet bërja rutinë e analizës së urinës te fëmijët me temperaturë të pashpjeguar. |

1“Standardet e Cilësisë për Akreditimin e Institucioneve të Kujdesit Shëndetësor Parësor”, Urdhër i MSHMS, Nr. 630, datë 29.12.2017”,