



Anafilaxia la copil

PCI-8

Elaborat în baza:
Protocolului clinic național
PCN-444

Aprobat prin ordinul IMSP „SR Edineț” nr.70 din 10.12.2025
Cu privire la aprobarea protocoalelor clinice instituționale: „Astmul bronșic la adult”, „Alergia alimentară”,
„Astmul bronșic la copil”, „Dermatita atopică la copil ediția II”, „Toxidermiile la copil”, „Urticaria la
copil”, „Anafilaxia la copil”

Edineț, 2025

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul: Anafilaxie	4
A.2. Codul bolii (CIM 10):	4
A.3. Utilizatorii:	4
A.4. Obiectivele protocolului:	4
A.5. Elaborat: 2025	4
A.6. Următoarea revizuire: 2030.....	4
A.7. Lista persoanelor care au participat la instituționalizarea protocolului.....	5
A.8. Definițiile folosite în document	6
PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească (echipele de AMU; UPU, CG).....	8
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (medic alergolog)	11
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	14
C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	16
C.1. Aprecierea gravității anafilaxiei.....	16
C.2. Conduita pacientului cu anafilaxiei.....	17
C.2.1. Anamneza	17
C.2.2 Examenul fizic	17
C.2.3 Investigațiile paraclinice în șocul anafilactic	18
C.2.4. Diagnosticul diferențial	18
C.2.5. Criteriile de spitalizare.....	19
C.2.6. Tratamentul	19
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	21
D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMU (AMUP, UPU, CG).....	21
D.2 Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA.....	21
D.3 Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS.....	22
E.INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	23
F. F.Procedura generală de transfer a pacientului în IMSP „SR Edineț”	20
ANEXE.....	25
Anexa 1. Fișa standardizată de audit	25
Anexa 2. Ghid pentru părinți ai copiilor cu anafilaxie	26

SUMARUL RECOMANDĂRIILOR

- Anafilaxia este foarte probabilă atunci când se include unul din următoarele criterii:
- 1. Debut acut al bolii (minute-ore) cu implicarea pielii, mucoaselor, sau ambelor (ex.: urticarie generalizată, prurit sau eritem, edemul buzelor-limbii-uvulei) și cel puțin una din următoarele:
 - a. Compromitere respiratorie (ex.: dispnee, stridor, wheezing-bronhospasm, reducerea PEF-ului, hipoxemie)
 - b. Reducerea TA sau simptome asociate unei disfuncții de organ periferic (ex.: hipotonie [colaps], sincopă, incontinență)
- 2. Două sau mai multe dintre următoarele simptome, care apar după expunerea la alergenul probabil în cazul pacientului dat (minute-ore):
 - a. Implicarea țesutului muco-cutanat (ex.: urticarie generalizată, eritem-prurit, edemul buzelor-limbii-uvulei)
 - b. Compromitere respiratorie (ex.: dispnee, stridor, wheezing-bronhospasm, reducerea PEF-ului, hipoxemie)
 - c. Reducerea TA sau simptome asociate unei disfuncții de organ periferic (ex.: hipotonie [colaps], sincopă, incontinență)
 - d. Simptome gastrointestinale persistente (ex.: durere abdominală colicativă, vomă)
- 3. Scăderea TA după expunerea la alergen cunoscut în cazul pacientului în cauză (minute-ore):
 - a. Sugari și copii: TA sistolică scăzută cu >30% în raport cu valorile de vârstă ale TA sistolice
 - b. Adulți: TA sistemică <90mmHg sau scădere cu >30% de la tensiunea normal pentru persoana dată
- Prima linie de tratament al anafilaxiei este administrarea intramusculară a Epinephrinum, după care se înlătură triggerii, se inițiază restabilirea volumului de sânge circulant cu soluții cristaloide (linia a doua) și apoi se administrează H1-antihistaminice, glucocorticoizi sistemici, B2- adrenomimetice de scurtă durată în cazul când nu se lichidează bronhospasmul la administrarea de Epinephrinum (linia a treia).

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	Asistență Medicală Primară
AMSA	Asistență Medicală Specializate de Ambulator
AMS	Asistență Medicală Spitalicească
AMUP	Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
AV	Alura ventriculară
CG	Cameră de Gardă
GC	Glucocorticoizi
DMU	Departament Medicină Urgentă
ECG	Electrocardiografie
IgE	Imunoglobulina E
I/O	intraosos
I/V	Intravenos
FR	Frecvența respirației
i.m.	intramuscular
SRTI	Secția reanimare și terapie intensivă
SpO2	Saturația periferică a oxigenului
mmHg	Milimetri hidrargiu
Ps	Pulsul
TA	Tensiunea arterială
UPU	Unitate Primire Urgentă

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Anafilaxie

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

1. Anafilaxie. Urticarie acută, formă generalizată. Laringospasm
2. Anafilaxie. Edem angioneurotic. Sindrom de vomă. Sindrom bronhobstructiv
3. Anafilaxie. Șoc anafilactic, insuficiență cardiocirculatorie.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

T 78.2 Șoc anafilactic, cauză neidentificată

T 78.0 Șoc anafilactic indus de reacție patologică la alimente

T 78.4 Alergie neidentificată

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de AMUP (echipe AMU din cadrul CNAMUP; UPU, CG (medici urgentiști, medici pediatri)
- Prestatorii serviciilor de AMSA, Departamentul Consultativ Specializat Integrat al IMSP Institutul Mamei și Copilului (medici alergologi, dermatologi, pediatri)
- Prestatorii serviciilor de AMS (secțiile de pediatrie ale spitalelor raionale și municipale, Secția Alergologie a IMSP Institutul Mamei și Copilului (medici alergologi, pediatri)

Notă: Protocolul trebuie cunoscut și utilizat de către toți lucrătorii medicali.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Îmbunătățirea calității diagnosticului anafilaxiei la copil
2. Optimizarea conduitei terapeutice în anafilaxia pediatrică
3. Reducerea incidenței recidivelor de anafilaxie la copii.

A.5. Elaborat: 2025

A.6. Următoarea revizuire: 2030

A.7. Lista persoanelor care au participat la instituționalizarea Protocolului Clinic Național :

Numele Prenumele	Funcția
A.Jitaru	Vice-director IMSP „SR Edineț” Președintele grupului de lucru
A.Gheorghică	Specialist Responsabil Managementul Calității
M.Șlepac	Specialist Responsabil Managementul Calității
A.Dolișcinski	Șef secție Pediatrie, medic pediatru
Gh.Mândreanu	Șef secție Pulmonologie, medic pulmonolog
N.Fetco	Medic pulmonolog
D.Galadiuc	Șef secție ATI, medic reanimatolog
A.Bostan	Șef UPU

A.8. Definițiile folosite în document

Anafilaxia este o reacție alergică severă care debutează brusc și poate cauza moartea. Se manifesta prin semne clinice multisistemice severe cauzate de eliberarea rapida a mediatorilor inflamatori.

În caz de anafilaxie 3 simptome principale apar rapid:

1. Implicarea tegumentelor sau mucoaselor cu dereglări respiratorii
2. Scăderea TA
3. Disfuncția organica (gastrointestinală s.a.)

Șocul anafilactic este o tulburare hemodinamică gravă, apărută brusc, ca urmare a eliberării de mediatori biologici activi din mastocitele și bazofilele activate (anafilaxie avansată!).

Clinic, șocul anafilactic se caracterizează prin tensiune arterială sistolică scăzută însoțită de o evidentă perfuzie tisulară insuficientă a pielii (rece, cianotică, lipicioasă), crierului (agitație, confuzie, comă) și a rinichilor (debit urinar 20 ml/oră).

Anafilaxia la moment nu este doar o problemă medicală, dar și socială. Deseori se întâlnesc erori de diagnostic al anafilaxiei chiar și în secțiile de terapie intensivă. 57% dintre pacienții cu anafilaxie nu sunt diagnosticați corect sau diagnosticul nu este stabilit în general. Mai mult, cu un diagnostic adecvat, medicii în 80% din cazuri nu prescriu medicamentul de primă linie de tratament – Epinefrina.

PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală urgentă prespitalicească (echipele de AMU; UPU, CG)		
B.1.1 Nivel de asistență medicală la UPU		
Descriere	Motive	Pași
1.2.1. Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului de anafilaxie, evaluarea severității	Evaluarea primară și identificarea situațiilor cu potențial letal este demarată printr-o anamneză sumară ce presupune identificarea pacientului, momentul apariției problemei, date despre posibila medicație curentă sau antecedentele clinice. Evaluarea continuă cu un examen clinic rapid, centrat pe algoritmul ABCDE, ce vizează o evaluare respiratorie, cardiovasculară, neurologică și un examen general sumar (temperatură, palparea abdomenului) · A (airway - cale aeriană) · B (breathing - respirație) · C (circulatory - circulator) · D (deficit neurologic) · E (exposure-expunere integrală)	Standard/Obligativ: · Anamneza (<i>caseta 4, 5</i>) · Examen fizic (<i>caseta 6</i>) · Diagnosticul diferențial (<i>caseta 8</i>) · Evaluarea severității bolii (<i>caseta 1</i>)
1.2.2. Tratamentul		
	Inițierea imediată a măsurilor terapeutice. Scopul tratamentului este diminuarea manifestărilor clinice ale maladiei, micșorarea frecvenței recidivelor.	Standard/Obligativ: · Stoparea expunerii la alergen: dacă e posibil, garou proximal de injecție sau înțepătură; garoul se decompensează fiecare 5-10 minute pentru 1-2 secunde · Plasarea copilului în Trendelenburg, poziție care poate fi modificată în prezența wheezing-ului · Asigurarea permeabilității căilor aeriene poziționând capul pentru a evita aspirația maselor vomitive · Administrarea de oxigen pe mască sau oro-nazo-faringean 5-8 litri/minut · Administrarea epinefrinei (adrenalinei) este prima linie de tratament medicamentos. Inițial se administrează i.m. pe fața antero-laterală a coapsei sol. Epinephrinum 0,1% - 0,01 mg/kg corp și în funcție

		de evoluție poate fi repetată la 5-20 minute până la doza maximă de 0,3 mg. Cel mai mulți bolnavi răspund la 1-2 doze. Administrarea i.v. este indicată în hipotensiunea arterială profundă, sub monitorizare cardiacă - Restabilirea volumului de sânge circulant se efectuează prin administrarea de lichide cristaloide în bolus 10-20 ml/kg corp în primele 5 minute, repetate până la 30 ml/kg corp în prima oră. - Monitorizarea frecvenței cardiace, TA, hematocritului - Perfuzia va continua și după prima oră pentru menținerea valorilor normale ale TA - La posibilitate: Pulsoximetria, ECG, analiza generală a sângelui, triptaza sângelui - Internare în SRTI sau secția alergologie (pediatrie) conform criteriilor respective - Continuarea la necesitate de reumplere vasculară: ser fiziologic, Ringer lactat* - H1-antihistaminice - GC parenteral (Hydrocortisonum sau Methylprednisolonum) sau oral (Prednisolonum).
--	--	--

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (medic alergolog)

Descriere	Motive	Pași
3.1.Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului de anafilaxie, evaluarea severității	Anamneza permite suspectarea anafilaxiei, la copiii cu: - Suprasolicitări alimentare cu produse cu potențial alergic înalt - Antecedente de anafilaxie - Contact cu insectele (în special cu himenopterele) - Reacții alergice medicamentoase, - Reacții alergice postvaccinale; - Existența unor maladii cronice (maladii autoimune, mastocitoză, diabet zaharat, afecțiuni ale glandei tiroide, boală celiacă) - Tratament cronic cu beta-adrenoblocante și inhibitorii enzimei de conversie a	Standard/Obligativ: - Anamneza (<i>caseta 4, 5</i>) - Examen fizic (<i>caseta 6</i>) - Diagnosticul diferențial (<i>caseta 8</i>) - Evaluarea severității bolii (<i>caseta 1</i>)

	angiotensinei Evaluarea primară și identificarea situațiilor cu potențial letal este demarată printr-o anamneză sumară ce presupune identificarea pacientului, momentul apariției problemei, date despre posibila medicație curentă sau antecedentele clinice. Evaluarea continuă cu un examen clinic rapid, centrat pe algoritmul ABCDE, ce vizează o evaluare respiratorie, cardiovasculară, neurologică și un examen general sumar (temperatură, palparea abdomenului) · A (airway - cale aeriană) · B (breathing - respirație) · C (circulatory - circulator) · D (deficit neurologic) · E (exposure- expunere integrală)	
3.2.Tratamentul		
	Inițierea imediată a măsurilor terapeutice. Scopul tratamentului este diminuarea manifestărilor clinice ale maladiei, micșorarea frecvenței recidivelor.	Standard/Obligativ: · Stoparea expunerii la alergen: dacă e posibil, garou proximal de injecție sau înțepătură; garoul se decompensează fiecare 5-10 minute pentru 1-2 secunde · Plasarea copilului în Trendelenburg, poziție care poate fi modificată în prezența wheezing-ului · Asigurarea permeabilității căilor aeriene poziționând capul pentru a evita aspirația maselor vomitive · Administrarea de oxigen pe mască sau oro-nazo-faringean 5-8 litri/minut · Administrarea epinefrinei (adrenalinei) este prima linie de tratament medicamentos. Inițial se administrează i.m.pe fața antero-laterală a coapsei sol. Epinephrinum 0,1% - 0,01 mg/kg corp și în funcție de evoluție poate fi repetată la 5-20 minute până la doza maximă de 0,3 mg. Cel mai mulți bolnavi răspund la 1-2 doze. Administrarea i.v. este indicată

		în hipotensiunea arterială profundă, sub monitorizare cardiacă · Apel la Serviciul național 112 · Restabilirea volumului de sânge circulant se efectuează prin administrarea de lichide cristaloides în bolus 10-20 ml/kg corp în primele 5 minute, repetate până la 30 ml/kg corp în prima oră · Internare!
--	--	---

3. Tratamentul

Tratamentul anafilaxiei include **Standard/Obligatorii** și imediate.

Măsurile generale:

- stoparea expunerii la alergen (dacă e posibil, garou proximal de injecție sau înțepătură; garoul se decompresază fiecare 5-10 minute pentru 1-2 secunde)
- plasarea copilului în Trendelenburg, poziție care poate fi modificată în prezența wheezing-ului
- îndepărtarea îmbrăcămintei ce poate obstrucționa ventilația
- eliberarea căilor aeriene și oxigenoterapie pe mască sau oro-rino-faringean câte 5-8 litri/minut
- abord venos periferic
- monitorizarea TA

Administrarea **epinefrinei (adrenalinei)** este prima linie de tratament medicamentos. Inițial se administrează i.m. pe fața antero-laterală a coapsei sol. Epinephrinum 0,1% - 0,01 mg/kg corp **sau:**

- copiilor mai mici de 6 luni 100-150 mcg (0,1- 0,15 ml)
- copiilor de la 6 luni la 6 ani 150 mcg (0,15 ml)
- copiilor de la 6 la 12 ani 300 mcg (0,3 ml)
- copiilor peste 12 ani 500 mcg (0,5 ml)

În funcție de evoluție doza poate fi repetată la 5-20 minute până la doza maximă de 0,3 mg . Cel mai mulți bolnavi răspund la 1-2 doze.

Administrarea i.v. este indicată în hipotensiunea arterială incorectabilă în doze de până la 1-5 micrograme/kg/min, sub monitorizare cardiacă.

După evaluarea clinică:

- Restabilirea volumului de sânge circulant: ser fiziologic, Ringer lactat* 10-20 ml/kg corp în primele 5 minute, repetate până la 30 ml/kg corp în prima oră. În acest timp se monitorizează frecvența cardiacă, frecvența respiratorie, TA, SpO₂. Perfuzia i.v. va continua și după prima oră pentru menținerea valorilor normale ale TA. Dacă accesul venos este imposibil se recomandă perfuzia intraosoasă.
- ritmul administrării Epinephrinum cât și a restabilirii volumului de sânge circulant, depind de valorile TA
- tratarea bronhospasmului rezistent la Epinephrinum: beta 2-adrenomimetice de scurtă acțiune aerosol (Salbutamol 100mcg, 4-6 pufuri)
- H1-antihistaminice la etapa de stabilizare hemodinamică: Diphenhydraminum, Clemastinum sau Chloropyraminum i.m. administrarea i.v. va fi lentă (la administrarea de Clemastinum și Chloropyraminum - risc de hipotensiune arterială) cu durată de cel puțin 48 ore pentru saturarea receptorilor H1.
- glucocorticoizi: hemisuccinat de Hydrocortisonum 4-8 mg/kg i/v la 6 ore; sau Methylprednisolonum 1-2 mg/kg i/v la 6 ore sau Prednisolonum oral (la pacientul cu conștiința păstrată) 1-2 mg/kg/zi timp de 24-48 de ore
- în edemul laringian administrarea inhalatorie prin nebulizare a Epinephrinum (adrenalinei) cu Oxigen.

B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere	Motive	Pași
1. Spitalizarea		Standard/Obligativ: Spitalizarea în secția alergologie sau STIR conform criteriilor de spitalizare
2. Diagnosticul		
2.1 . Confirmarea diagnosticului de anafilaxie, evaluarea severității	<i>Anamneza</i> permite suspectarea anafilaxiei, la copiii cu: - Suprasolicitări alimentare cu produse cu potențial alergic înalt - Antecedente de anafilaxie - Contact cu insectele (în special himenoptere) - Reacții alergice medicamentoase, - Reacții alergice postvaccinale; - Existența unor maladii cronice (maladii autoimune, mastocitoză, diabet zaharat, afecțiuni ale glandei tiroide, boală celiacă) - Tratament cronic cu beta-blocante și inhibitori ai enzimei de conversie Prin intermediul unui <i>examen fizic rapid</i> diagnosticul necesită a fi stabilit în maximum 20 secunde Urgent se vor evalua semnele vitale, conform algoritmului ABCDE: Evaluarea căilor respiratorii: - Respirație obstructivă sau absentă - Cianoză centrală - Detresă respiratorie severă Evaluarea cardio-circulatorie: - Tegumente reci palide - Reumplerea capilară mai mare de 3 sec. - Puls filiform Evaluarea neurologică - Este bolnavul conștient?	Standard/Obligativ: - Anamneza (<i>caseta 4, 5</i>) - Examen fizic (<i>caseta 6</i>) - Examen paraclinic (<i>caseta 7</i>) - Analiza generală a sângelui; - Parametrii biochimici (transaminazele, ureea, creatinina, sodiul, potasiul, creatinfosfatkinaza) - Radiografia toracelui - Dozarea histaminei plasmatice - Dozarea triptazei serice - Aprecierea nivelului seric al IgE - ECG - Pulsoximetrie - Testarea alergologică cutanată (prick-test, probe de scarificare) peste 4-6 săptămâni după anafilaxie - Aprecierea nivelului de IgE- anticorpi către anumite alergene - Diagnosticul diferențial (<i>caseta 8</i>) - Evaluarea severității bolii (<i>caseta 1</i>) Recomandabil: - Consultul medicilor specialiști (reumatolog, endocrinolog) - Investigații la recomandarea medicilor specialiști.
2.2. Confirmarea anafilaxiei rezistent la tratament cu evidențierea cauzelor		Standard/Obligativ: De așteptare la: - Administrarea adecvată a măsurilor terapeutice - Diagnostic alternativ.
3. Tratamentul Tratamentul anafilaxiei include măsuri Standard/Obligatorii și imediate. Măsuri generale: - stoparea expunerii la alergen (dacă e posibil, garou proximal de injecție sau înțepătură; garoul se decompensează fiecare 5-10 minute pentru 1-2 secunde)		

-plasarea copilului în Trendelenburg, poziție care poate fi modificată în prezența wheezing-ului - îndepărtarea îmbrăcăminții ce poate obstrucționa ventilația - eliberarea căilor aeriene și oxigenoterapie pe mască sau oro-rino-faringian câte 5-8 litri/minut - abord venos periferic - monitorizarea TA Administrarea epinefrinei (adrenalinei) este prima linie de tratament medicamentos. Inițial se preferă administrarea i.m. pe fața antero-laterală a coapsei - 0,1% - 0,01 mg/kg corp sau: - copiilor mai mici de 6 luni 100-150 mcg (0,1-0,15 ml) - copiilor de la 6 luni la 6 ani 150 mcg (0,15 ml) - copiilor de la 6 la 12 ani 300 mcg (0,3 ml) - copiilor peste 12 ani 500 mcg (0,5 ml) În funcție de evoluție doza poate fi repetată la 5-20 minute până la doza maximă de 0,3 mg . Cel mai mulți bolnavi răspund la 1-2 doze. Administrarea i.v. este indicată în hipotensiunea arterială incorectabilă în doze de până la 1-5 micrograme/kg/min., sub monitorizare cardiacă. După evaluarea clinică: - Restabilirea volumului de sânge circulant: ser fiziologic, Ringer lactat* 10-20 ml/kg corp în primele 5 minute, repetate până la 30 ml/kg corp în prima oră. În acest timp se monitorizează frecvența cardiacă, TA, hematocritul. Perfuzia i.v. va continua și după prima oră pentru menținerea valorilor normale ale TA. Dacă accesul venos este imposibil se recomandă perfuzia i.o. - ritmul administrării Epinephrinum (adrenalinei) cât și a restabilirii volumului de sânge circulant, depind de valorile TA - tratarea bronhospasmului rezistent la Epinephrinum (adrenalină): beta 2-adrenomimetice de scurtă durată aerosol, (Salbutamolum 100mcg, 4-6 pufuri) -H1-antihistaminice la etapa de stabilizare hemodinamică: Diphenhydraminum, Clemastinum și Chloropyraminum i.m. administrarea i.v. va fi lentă (la administrarea de Clemastinum și Chloropyraminum - risc de hipotensiune arterială) cu durată de cel puțin 48 ore. -glucocorticoizi: hemisuccinat de Hydrocortisonum 4-8 mg/kg i/v la 6 ore; sau Methylprednisolonum 1-2 mg/kg i/v la 6 ore sau Prednisolonum oral (la pacientul cu conștiința păstrată) 1-2 mg/kg/zi timp de 24-48 de ore -în edemul laringian administrarea inhalatorie prin nebulizare a Epinephrinum (adrenalinei) cu oxigen.		
4. Externarea cu îndrumarea la nivelul primar pentru tratament și supraveghere continuă	Asigurarea continuității tratamentului început în staționar	Standard/Obligativ: Extrasul va conține: · Diagnosticul confirmat detaliat · Rezultatele investigațiilor efectuate · Recomandări explicite pentru pacient și medicul de familie, ce va cuprinde informații despre riscul de recădere; cunoașterea primelor semne, aplicarea primelor măsuri de tratament, dozarea și administrarea i.m. a epinefrinei, preparate pentru autoadministrarea Epinephrinum - autoinjectoare 0,15 mg/doză și 0,30 mg/doză. (caseta 16).

C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.1. Aprecierea gravității anafilaxiei

Caseta 1. Elemente de gravitate:

- Vârsta, teren atopic, stări asociate
- Timp scurt până la primele manevre de tratament
- Tulburări de conștiență
- Detresă respiratorie acută
- Convulsii
- Stop cardio-circulator

Tabelul 1. Cauzele dezvoltări anafilaxiei la copii

Cauzele mai frecvente ale anafilaxiei
1. Medicamentele
2. Produsele alimentare
3. Latexul
4. Înțepături de insecte (albine, hemiptere)
5. Vaccinuri (gripă)
6. Hormoni (insulină, progesteron)
7. Efort fizic în asociere cu consumul unor produse
8. Expunerea la frig, cald, radiație ultravioletă

Anafilaxia poate a se dezvolta printr-un mecanism atât imun, cât și non-imun. Printr-un mecanism **imun IgE mediat** cel mai frecvent se dezvoltă alergia la medicamente și produse alimentare.

Printre acestea beta-lactamicele se plasează pe primul loc. Deseori anafilaxia astfel dezvoltată este cauzată de antiinflamatoare non-steroidiene, barbiturate, preparate biologice. Pe locul doi între cauzele anafilaxiei IgE mediate la copii se situează alimentele, mai ales arahidele, nucile, fructele de mare, peștele, laptele, ouăle, grâul. Tot cu frecvență mare se întâlnesc anafilaxiile produse de latex, ce spre deosebire de anafilaxia la medicamente se dezvoltă la circa 15-30 minute, calea de penetrare fiind transcutanată, transmucoasă sau transpulmonară; anafilaxia la veninurile de insecte; terapia alergen-specifică subcutanată. În unele cazuri anafilaxia poate a se dezvolta datorită unui mecanism **imunologic asociat cu complexe imune**. Astfel poate a se dezvolta anafilaxia la preparatele de sânge, hemodializă.

În unele cazuri anafilaxia poate avea un **mechanism nonimunologic** de dezvoltare, ce se dezvoltă ca urmare a activării mastocitare directe. Astfel se dezvoltă anafilaxia indusă de efortul fizic. În asemenea situații degranularea mastocitelor se dezvoltă la efort fizic după consumul unor anumite alimente. Cea mai înaltă asociere se manifestă cu grâul (omega 5-gliadină), țelina și fructele de mare. Separat, nici consumul de alimente, nici exercițiile fizice nu creează un astfel de efect. Cel mai frecvent anafilaxia indusă de efortul fizic se întâlnește la adolescenți și tineri. Antiinflamatoarele nonsteroidiene și alcoolul pot avea rol de cofactori. Ca urmare a activării mastocitare directe poate a se dezvolta anafilaxia la expunerea la frig sau cald, a radiației ultraviolete; la folosirea unor medicamente (opioide, substanțe iodate de contrast). În unele cazuri cauza anafilaxiei rămâne a fi necunoscută, astfel anafilaxia fiind **idiopatică**.

Tabelul 2. Clasificarea anafilaxiei

Anafilaxie persistentă	Anafilaxie refractară	Anafilaxie bifazică
Foarte probabilă atunci când simptomele și/sau semnele clinice persistă timp de cel puțin 4 ore.	Foarte probabilă atunci când anafilaxia persistă în ciuda administrării adecvate de adrenalină (epinefrină) și a tratamentului simptomatic direcționat, necesitând la 3 sau mai multe doze sau administrare intravenoasă de Epinephrinum (adrenalină).	Foarte probabilă atunci când apar simptome noi sau recurente după ce simptomele inițiale s-au remis complet, fără o nouă expunere la alergen, și acestea reapar într-un interval de 1–48 de ore.

Tabelul 3. Factorii de risc pentru anafilaxia fatală

Factori legați de vârstă	Boli asociate
Copilul sugar Vârsta de adolescență	Astm bronșic Rinită alergică Dermatită atopică Mastocitoză sistemică Boli cardiovasculare Boli psihice

C.2. Conduita pacientului cu anafilaxiei**Caseta 2. Obiectivele procedurilor de diagnostic în anafilaxie**

- Confirmarea semnelor clinice caracteristice anafilaxiei
- Evaluarea severității anafilaxiei

Caseta 3. Procedurile de diagnostic în anafilaxie

- Anamnestice
- Examen clinic
- Investigații paraclinice

C.2.1. Anamneza**Caseta 4. Întrebările ce trebuie examinate la suspecția anafilaxiei**

- Dacă pacientul este diagnosticat sau manifestă simptome de astm bronșic și/sau alergii alimentare?
- Dacă au fost anterior reacții alergice la vaccinuri?
- Dacă au fost anterior reacții cauzate de careva medicamente?
- Dacă are maladii concomitente: hipertiroidie, diabet zaharat, boli hepatice, renale, etc.

Caseta 5. Recomandări pentru evaluarea antecedentelor personale și ereditare

- Antecedente familiale de alergie medicamentoasă, alimentară
- Erupții sau alte reacții alergice apărute ca urmare al unui factor declanșator (înțepături de insecte, utilizarea medicamentelor, vaccinare etc.)
- Factori personali, familiali, de mediu

C.2.2 Examenul fizic**Caseta 6. Criteriile de diagnostic ale anafilaxiei**

Manifestări clinice majore: edem oro-facial cu compromiterea căilor aeriene, edem laringian manifestat ca laringospasm, wheezing, edem pulmonar, colaps cardio-vascular, șoc, pierderea

conștiinței, stop cardiac

Manifestări clinice minore: disconfort, iritabilitate, senzație de căldură, rinită, conjunctivită, angioedem, urticarie, eritem sau paloare, prurit, simptome gastro-intestinale

Anafilaxia devine foarte posibilă atunci când unul din următoarele 3 criterii este îndeplinit:

1. Debut acut (minute până la câteva ore) cu implicarea pielii și mucoaselor, asociind:
 - a. manifestări respiratorii (dispnee, wheezing, stridor, hipoxie)
 - b. scăderea TA și asocierea simptomelor de disfuncție multiorganică (colaps, sincopă, incontinență, afectarea conștiinței)
2. Două sau mai multe din următoarele manifestări care apar rapid (minute-câteva ore) după expunerea probabilă la un alergen
 - a. implicarea pielii și a mucoaselor
 - b. manifestări respiratorii severe
 - c. scăderea TA și asocierea simptomelor severe de disfuncție de organ
 - d. simptome gastro-intestinale severe
3. Căderea TA după expunerea la un alergen cunoscut (minute - ore); la sugar și copil scăderea TA sistolice este considerată cu mai mult de 30% din valoarea normală.

TA sistolică se consideră scăzută la copil dacă: este mai mică de 70 mmHg la vârsta 1-12 luni; mai mică de 70 mmHg+ (2 x vârsta în ani) de la 1 la 10 ani; mai mică de 90 mmHg de la 11 la 17 ani.

C.2.3 Investigațiile paraclinice în șocul anafilactic

Caseta 7. Investigații paraclinice

Investigații obligatorii:

- ü Analiza generală a sângelui;
- ü Parametrii biochimici (transaminazele, ureea, creatinina, sodiul, potasiul, creatininfosfatkinaza)
- ü Dozarea histaminei plasmatică
- ü Dozarea triptazei serice (crește la o oră după debutul anafilaxiei cu un vârf valoric la 50-60 min, apoi scade treptat în câteva ore; în formele severe se menține crescută în câteva zile)
- ü Aprecierea nivelului seric al IgE (se aplică tardiv)
- ü ECG
- ü Pulsoximetrie
- ü Radiografia toracelui
- ü Testarea alergologică cutanată (prick-test, probe de scarificare), aprecierea nivelului de IgE-anticorpi către anumite alergene peste 4-6 săptămâni după anafilaxie

Investigații recomandate:

- Consultul medicilor specialiști (reumatolog, endocrinolog)
- Investigații la recomandarea medicilor specialiști

C.2.4 Diagnosticul diferențial

Caseta 8. Diagnosticul diferențial:

- Reacții vazo-vagale
- Stridor: infecții, tumoare, corp străin
- Wheezing: exacerbare de astm, BPOC, edem pulmonar
- Manifestări cutanate: urticarie generalizată acută
- Detresă respiratorie
- Angioedem ereditar
- Urticarie de frig sau idiopatică
- Mastocitoză sistemică
- Sindrom de hiperventilare cu atac de panică
- Infarct miocardic

C.2.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților cu anafilaxie

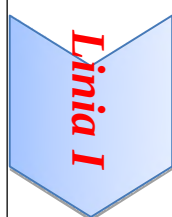
Toți pacienții cu anafilaxie și șoc anafilactic necesită internare

C.2.6. Tratamentul

Caseta 10. Principiile generale de tratament în anafilaxie

- Aplicarea protocoalelor de suport vital (de bază și avansat)
- Efectuarea urgentă a măsurilor generale
- Oxigen 5-8 litri/minută
- Administrarea intramusculară de epinefrină (adrenalină)
- Terapia infuzională cu ser fiziologic sau Ringer lactat*
- Administrarea glucocorticoizilor, H1-antihistaminicelor sistemice, bronhodilatatoarelor.

Schema. 1 Tratamentul anafilaxiei



Epinephrinum
O₂ terapie



Înlăturarea triggerilor
Restabilirea volumului de sânge circulant



H1-antihistaminice
GC sistemici
B₂-adrenomimetice

Caseta 11. Particularitățile de administrare a medicației copiilor cu anafilaxie

Epinephrinum (adrenalina) este terapia de urgență în anafilaxie. Inițial se preferă administrarea i.m. de sol. Epinephrinum 0,1% 0,01 mg/kg corp **sau**:

- copiilor mai mici de 6 luni 100-150 mcg (0,1-0,15 ml)
- copiilor de la 6 luni la 6 ani 150 mcg (0,15 ml)
- copiilor de la 6 la 12 ani 300 mcg (0,3 ml)
- copiilor peste 12 ani 500 mcg (0,5 ml)

La administrarea intravenos în practica pediatrică se admite diluarea Epinephrinum (Adrenalina) 1: 1000 în 9,0 ml ser fiziologic și din aceasta diluție se va administra câte 0,1 ml la kg greutate.

După evaluarea clinică:

- Restabilirea volumului de sânge circulant cu ser fiziologic, Ringer lactat*
- Tratarea bronhospasmului rezistent la Epinephrinum (adrenalină) cu beta 2-adrenomimetice aerosol (Salbutamolum 100 mcg, 4-6 puf)
- Administrare de glucocorticoizi: Hydrocortisonum hemisuccinat 4-8 mg/kg i/v fiecă 6 ore; Methylprednisolonum 1-2 mg/kg i/v la 6 ore timp de 24-48 de ore. Pacienților fără dereglări de conștiință se poate administra oral Prednisolonum 1-2 mg/kg/zi
- Administrare de H1-antihistaminice: (Sol. Diphenhydraminum 1%- 1 ml, copiilor până la 12 luni 3-5 mg, de la 1 la 3 ani 5-10 mg, copiilor mai mari de 4 ani 10-15 mg; Sol. Clemastinum 0,1% - 2ml, 0,025 mg/kg i/m sau i/v; Sol. Chloropyraminum 2%-1ml, 5 mg i/m sau i/v copiilor până la 6 ani; 10 mg copiilor de la 6 la 12 ani; 20 mg copiilor mai mari de 12 ani).

Caseta 12. Indicații pentru transfer în secția reanimare și terapie intensivă

- Hipotensiune arterială incorijabilă
- Dereglări de conștiință
- Edem pulmonar
- Bronhospasm ce nu răspunde la terapia cu simpatomimetice
- Edem laringian ce nu cedează la tratament
- Hemoragii (coagulopatii)

Caseta 13. Indicații pentru transfer în secția Alergologie sau secția de Pediatrie.

- Stabilizare cardio-vasculară
- Stabilizare respiratorie
- Eruptii urticariene
- Edem (nu laringian)

Caseta 14. Complicații în anafilaxie

- Obstrucția căilor respiratorii
- Stop cardiac
- Stop respirator

Caseta 15. Criterii de externare

- Hemodinamică stabilă
- Lipsa manifestărilor neurologice
- Lipsa complicațiilor

Caseta 16 Indicații pentru folosirea autoinjectoarelor individuale (Epinephrinum)

- Anafilaxia în anamneza
- Anafilaxia la efort fizic în anamneză
- Anafilaxia idiopatică în anamneză
- Astm bronșic moderat sau sever-persistent coexistent cu alergia alimentară.
- Patologia mastocitară preexistentă
- Reacții alergice ușoare și moderate la arahide și nuci
- Adolescenți cu alergia alimentară
- Distanța îndepărtată de la punctul medical

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMU (AMUP, UPU, CG)	Personal: · Medic urgentist · Asistenți medicali/felceri de urgență Aparate, utilaj: · ECG. · Pulsoximetru. · Aparat pentru oxigenoterapie. · Ventilator. Medicamente: · Epinephrinum · H1-antihistaminice (Clemastinum, Chloropyraminum) · Glucocorticosteroizi · B2 adrenomimetice
D.2 Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA	Personal: · Medic alergolog · Medic dermatolog · Medici în laborator · Asistent/ă medical/ă Aparataj, utilaj: · Fonendoscop · Ultrasonograf · Cabinet de diagnostic alergologic dotat cu alergene de diagnostic · Laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, indicilor biochimici (proteina totală, glicemia, creatinina și ureea, lactatdehidrogenaza, aspartataminotransferaza, alaninaminotransferaza , bilirubina totală și fracțiunile ei · Laborator microbiologic și imunologic. Medicamente pentru prescriere: · Epinephrinum (Epinephrinum auto-injector*) · H1-antihistaminice (Clemastinum, Chloropyraminum) · Glucocorticoizi sistemici (Methylprednisolonum, Hydrocortisonum, Prednisolonum) - B2-adrenomimetice (Salbutamolum aerosol, Fenoterolum aerosol)

D.3 Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS Secția Alergologie a IMSP Institutul Mamei și Copilului	Personal: • Medic alergolog • Medic dermatolog • Medic în laborator • Asistente medicale
	Aparataj, utilaj: • Fonendoscop • Ultrasonograf • Cabinet de diagnostic alergologic dotat cu alergene de diagnostic • Laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, indicilor biochimici (proteina totală, glicemia, creatinina și ureea, lactatdehidrogenaza, aspartataminotransferaza, alaninaminotransferaza , bilirubina totală și fracțiile ei • Laborator microbiologic și imunologic.
	Medicamente: • Epinephrinum • H1-antihistaminice (Clemastinum, Chloropyraminum) • Glucocorticoizi sistemici (Methylprednisolonum, Hydrocortisonum, Prednisolonum) • B2-adrenomimetice (Salbutamololum aerosol, Fenoterolum aerosol)

F. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr. d/o	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori calitatea examinărilor clinice și paraclinice ale pacienților cu șoc anafilactic	Ponderele pacienților cu diagnostic confirmat de șoc și supuși examenului standard pe parcursul perioadei de gestiune	Numărul de pacienți cu diagnostic confirmat de șoc anafilactic pe parcursul perioadei de gestiune x 100	Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de șoc anafilactic, care s-au adresat după consult/tratament medicului alergolog pe parcursul perioadei de gestiune
2.	Îmbunătățirea calității tratamentului pacienților cu șoc anafilactic	Proporția de pacienți cu șoc anafilactic care au beneficiat de tratament specific pe parcursul perioadei de gestiune	Numărul de pacienți cu șoc anafilactic care au beneficiat de tratament specific și au răspuns la tratament timp de 6 luni, pe parcursul perioadei de gestiune x 100	Numărul total de pacienți cu diagnostic confirmat de șoc anafilactic, care s-au adresat după tratament medicului alergolog pe parcursul perioadei de gestiune

F.Procedura generală de transfer a pacientului în IMSP „SR Edineț”

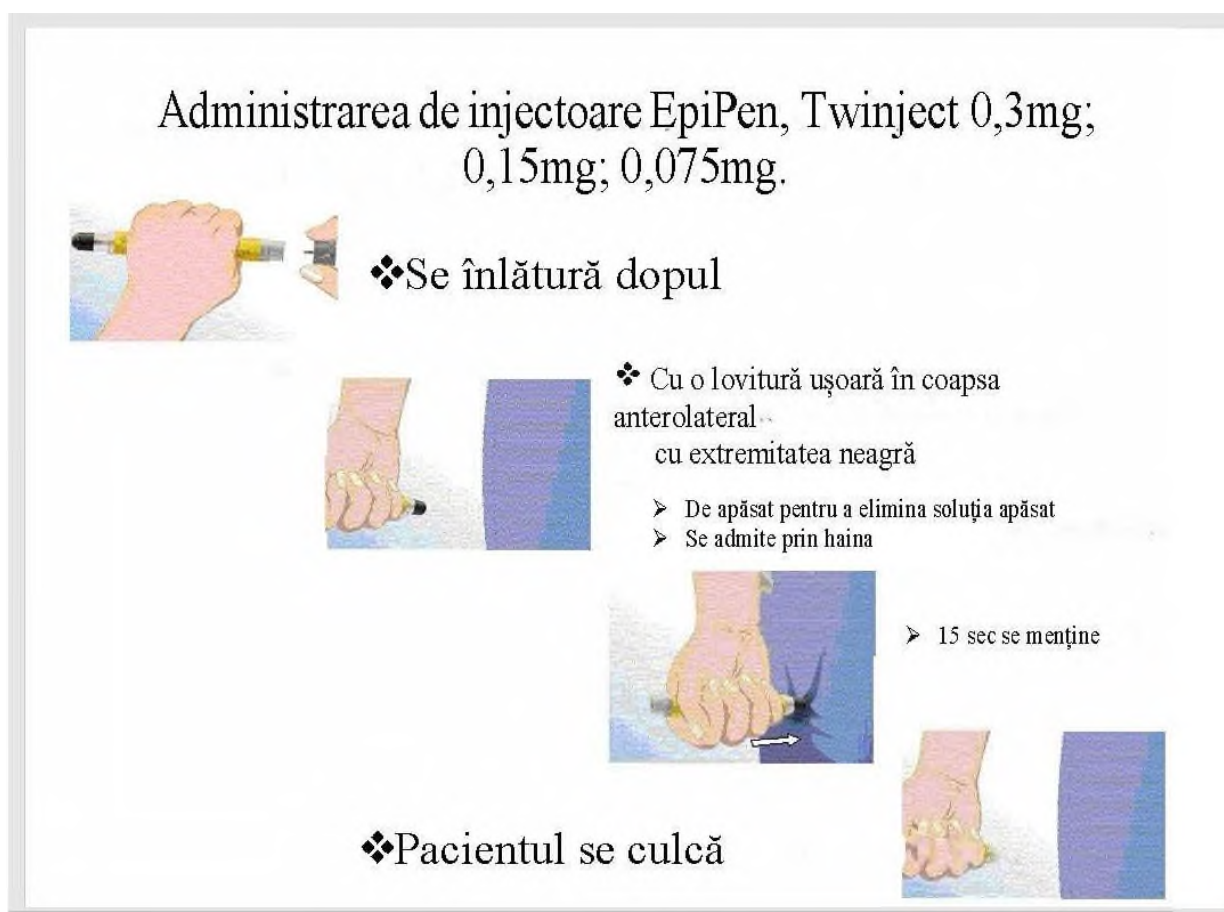
1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile/patologia concomitentă/ Agravarea stării, parvenite la pacient.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. Pacientul este obligatoriu consultat de Șeful secției respective.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează Vice directorul medical despre cazul respectiv.
6. Vice directorul medical invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă consiliul medical în componența: vice directorului, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern - forma 003e; pentru transfer extern - f 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
9. Pentru transportarea pacientului în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul 112 sau SNCTI la necesitate, în dependență de starea pacientului .
10. În dependență de diagnoza și starea pacientului se va coordona cu vice-directorii medicali nivelul II și III.

Nr/ Ord.	Institutiia medicala	Numele ,Familia	Tel.de contact
1.	Spitalul Clinic Bălți	Condrea Ala	069385772 079082994
2.	Spitalul de psihiatrie Bălți	Vice-director	079032023
3.	Institutul de neurologie și neurochirurgie Chișinău	Misic Octavian	060030030
4.	Institutul de Medicină Urgentă	Rosu Gheorghe	067211122
5.	IMșIC	Rotari V.	067177100
6.	<u>Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie</u>	Cerempei Octavian Sterpa Serghei	069117865 069244161
7.	Institutul de cardiologie	Grosu Aurel	079957958
8.	SNCTI	-	022250709
9.	AMUP	Lupu Svetlana Bicic Tatiana	068083232 069000277
10.	<u>Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc"</u>	Domnica A.	067660374
11.	<u>SCMC "V. Ignatenco"</u>	Tomuz.I	060460019

Tabelul 4. Dozele medicamentelor utilizate în tratamentul anafilaxiei

Preparate	Doze
Sol. Epinephrinum 0,1% -1ml	0,01mg/kg i/m sau i/v
Sol. Clemastinum 0,1% - 2ml	0,025 mg/kg i/m sau i/v
Sol. Chloropyraminum 2%-1ml	5 mg i/m sau i/v copiilor până la 6 ani; 10 mg copiilor de la 6 la 12 ani; 20 mg copiilor mai mari de 12 ani
Hydrocortisonum	4-8 mg/kg i/v la 6 ore
Methylprednisolonum 4 mg/1 ml, 4 mg comprimate	1-2 mg/kg i/v la 6 ore
Prednisolonum 30mg/1ml, 5 mg comprimate	1-2 mg/kg/24 ore
Salbutamolum 100 mcg aerosol sau nebulizare	400-600 mcg aerosol la fiecare 20 min sau 1,25-2,5 mg la fiecare 20 min prin nebulizator

Figura 1. Folosirea corectă a injectoarelor.



ANEXE

Anexa 1. Fișa standardizată de audit

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU PROTOCOLUL CLINIC NAȚIONAL "ANAFILAXIA LA COPIL"		
Nr	Criterii de evaluare	Codificarea criteriilor de evaluare
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	Denumirea oficială
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
4	Mediul de reședință al copilului	0=urban; 1=rural; 9=necunoscut
5	Genul/sexul pacientului/ei	1 = masculin; 2 = feminin
6	Data debutului simptomelor	Data (DD: MM: AAAA) sau 9 = necunoscută
DIAGNOSTICUL		
7	Evaluarea semnelor clinice	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; debut acut al bolii (minute-ore) cu implicarea pielii, mucoaselor, sau ambelor și cel puțin una din următoarele: compromitere respiratorie; reducerea TA sau simptome asociate unei disfuncții de organ; două sau mai multe dintre următoarele simptome, care apar după expunerea la alergenul probabil: implicarea țesutului mucocutanat, compromitere respiratorie, reducerea TA sau simptome asociate unei disfuncții de organ periferic, simptome gastrointestinale persistente = 2
8	Anamneza	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; antecedente de anafilaxie = 2; reacții alergice medicamentoase = 3; înțepături de insecte = 4, reacții alergice postvaccinale = 5; suprasolicitări cu produse alimentare cu potențial alergic înalt = 6; existența unor maladii cornice (mastocitoză, boli autoimune) = 7; tratament cronic cu beta-blocante și inhibitori ai enzimei de conversie = 8
9	Examenul fizic	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; erupții, prurit cutanat, edeme = 2; compromitere respiratorie = 3; , reducerea TA sau simptome asociate unei disfuncții de organ periferic = 4; simptome gastrointestinale persistente = 5
10	Investigații paraclinice obligatorii	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; analiza generală a sângelui = 2; single la triptază = 3
11	Investigații paraclinice recomandabile	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 9; IgE serice totale = 2; IgE serice specifice = 3; biochimia sanguină = 4; examen ultrasonografic = 5;
TRATAMENTUL		
12	Tratament de prima linie	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 9; stoparea expunerii la alergen = 2; administrarea epinefrinei i.m. = 3; poziționarea pacientului = 4; eliberarea căilor aeriene și oxigenoterapie pe mască sau oro-rino-faringean câte 5-8 litri/minut = 5; abord venos periferic = 6; monitorizarea TA = 7
13	Tratament după evaluarea clinică	Nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 9; restabilirea volumului de sânge circulant = 2; H1-antihistaminice = 3; glucocorticoizi = 4; tratarea bronhospasmului rezistent la Epinephrinum = 5; în edemul laringian administrarea inhalatorie prin nebulizare a Epinephrinum (adrenalinei) cu oxigen = 6
14	Supravegherea pacienților	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; la medicul de familie după externare = 2; la alergolog la necesitate = 3
15	Educația pacientului	Nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; măsurile de evitare ale factorilor cauzali = 2; metode urgente de tratament cu folosirea autoinjectoarelor = 3; metode urgent de tratament cu folosirea soluției de Epinephrinum 0,1% = 4

Anexa 2. Ghid pentru părinți ai copiilor cu anafilaxie

Anafilaxia este o reacție alergică severă și imediată, care afectează în general mai multe organe și sisteme. Ea poate pune în pericol viața, în cazul în care nu este tratată imediat.

Care sunt factorii ce pot declanșa anafilaxia?

Există mulți alergeni, care pot cauza o reacție anafilactică. Printre ele deosebit de importante sunt unele medicamente, alimente, înțepături de insecte. Alunele, ouăle, laptele de vacă, peștele, crustaceele sunt alergeni alimentari frecvenți care pot declanșa un șoc anafilactic.

Semne și simptome ale anafilaxiei

Primele simptome ale unui șoc anafilactic includ adesea mâncărimi, arsuri sau senzație de prurit în gură, pe buze și în gât. În plus, se poate produce umflarea facială la nivelul ochilor, gurii și buzelor, adesea urmate de un rash generalizat pe tot corpul. Mucoasele cavității bucale și ale gâtului se pot umfla, iar persoana afectată poate avea dificultăți de înghițire și respirație. Alergenul poate declanșa și o reacție asemănătoare astmului, în care căile aeriene se îngustează, făcând respirația dificilă. Se afectează circulația sanguină, iar pielea copilului poate deveni palidă, rece și transpirată. Alte simptome ale șocului anafilactic sunt dureri abdominale, voma, diareea, crampele și starea de oboseală extremă (letargie). Ulterior dereglările sistemului respirator și circulator pot duce la blocaj respirator, blocaj circulator și stare de șoc. Pacientul își poate pierde cunoștința și se poate afla în pericol de moarte dacă nu începe imediat tratamentul.

Ce trebuie să faceți în cazul unui șoc anafilactic?

Copiii care au mai avut în trecut reacții alergice grave ar trebui să aibă asupra lor o doză de epinefrină, care poate fi injectată de către copil sau de către părinți la primele semne ale unei anafilaxii. Epinefrina este un hormon care ajută la deschiderea căilor respiratorii și îmbunătățește respirația și presiunea arterială, reducând reacția alergică din organism.

Oricând îi este administrată **epinefrina (adrenalina)**, copilul trebuie monitorizat în secția de urgență a celui mai apropiat spital.

În timp ce așteptați sosirea medicului, cereți ajutorul altor persoane, în cazul în care este necesară resuscitarea. Desfaceți hainele, care l-ar putea strânge pe copil, încercați să calmați copilul. Țineți copilul în poziție verticală sau pe cât posibil verticală pentru a-l ajuta să respire. În cazul în care vomită, așezați-l pe o parte.

În cazul când este apatic sau dă semne de blocaj circulator, adică este palid, rece și umed, ar trebui să-l așezați jos și să-i ridicați picioarele.

Dacă își pierde cunoștința, supavegheați-l cu atenție, mai ales în cazul în care încetează să respire. Dacă copilul nu respiră, începeți resuscitarea gură în gură. Dacă nu puteți detecta semne ale circulației sangvine, trebuie să exercitați presiune asupra toracelui

Prevenirea șocului anafilactic

Fiți mereu atenți la posibilitatea unei reacții alergice dacă administrați copilului un medicament sau un aliment nou. În caz dacă copilul a făcut reacții anafilactice anterior este important, ca acest copil să aibă asupra lui o doză de epinefrină ce poate fi injectată. Ar fi de dorit ca copilul să poartă o brățară de alertă care-i informează pe cei din jur ce anume îi provoacă reacții anafilactice. Copiii cu alergii la albine sau la viespi vor fi protejați de expunerea la insecte.

