

DROGI ODDECHOWE	
Przeciek wokół maskietu?	▪ wymień rurkę intubacyjną w pełnym ŚOO
Wentylacja >10-14 dni?	▪ rozważ tracheostomię podczas konsultacji z anesteziologiem (kontrola ryzyka infekcji vs korzyści z odzwyczajania od respiratora)

ODDYCHANIE	
CELE ▪ pH > 7,15 ▪ SpO <sub>2</sub> 90% ▪ pO <sub>2</sub> 80 mmHg ▪ V <sub>T</sub> 6 ml/kg PBW	
Wstępne ustawienia respiratora?	▪ objętość oddechowa 6 ml/kg należnej masy ciała ▪ PEEP min. 10 cmH <sub>2</sub> O ▪ wdech-wydech I:E 1:1,4 ▪ RR 20-30/min ▪ nie zmieniaj samodzielnie zakresu alarmów
FiO <sub>2</sub> ≤40%	▪ odzwyczajaj za pomocą CPAP, jeśli możliwe ▪ stabilny przez 12 godzin? – skonsultuj z anesteziologiem ekstubację
FiO <sub>2</sub> 40%-60%	▪ powikłania? zatkanie wydzieliną, odma opłucnowa, wtórna infekcja; rozważ karbocysteinę ▪ rozważ manewry rekrutacyjne i zwiększenie PEEP ▪ rozważ zwiotczenie: bolus atrakurium 50 mg, potem infuzja
FiO <sub>2</sub> ≥ 60%	▪ wykonaj powyższe oraz skonsultuj się z anesteziologiem ▪ rozważ zwiotczenie oraz wentylację na brzuchu (prone) (najlepiej przez noc przez 12-16 godzin), zaciśnij rurkę intubacyjną klemem w trakcie przekładania ▪ oblicz stopień uszkodzenia płuc w skali Murray ▪ rozważ przekazanie do ośrodka ECMO ▪ rozważ USG przyłożkowe/TK klatki piersiowej

KRAŻENIE	
CELE ▪ MAP 65 mmHg ▪ zerowy lub ujemny bilans	
Noradrenalina >0,5µg/kg/min?	▪ wykonaj ECHO, jeśli możliwe ▪ wstrzymaj leczenie diuretyczne ▪ dołącz wlew wazopresyny oraz 50 mg hydrokortyzonu 4x/d
Dodatni bilans płynowy?	▪ dołącz furosemid 20 mg 2x/d lub zwiększ obecną dawkę ▪ rozważ CRRT jeśli FiO <sub>2</sub> > 60% lub bezmocz
RKO	▪ podejmij RKO dopiero po założeniu wszystkich ŚOO ▪ nie odłączaj od respiratora ▪ nie uciskaj klatki piersiowej podczas próby intubacji

STAN NEUROLOGICZNY	
Odzwyczajanie i zmniejszanie sedacji jeśli FiO <sub>2</sub> ≤40%?	▪ codziennie ograniczaj sedację jeśli stabilny hemodynamicznie ▪ rozważ klonidynę, jeśli chory pobudzony i z wysokim ciśnieniem

MIKROBIOLOGIA	
Wkłucie centralne?	▪ wymień lub usuń jeśli zaczerwienione lub obecne >10 dni, lub niepotrzebne przez >1 dzień ▪ sprawdź wytyczne dla procedur jałowych
Leki przeciwdrobnoustrojowe	▪ dołącz Tazocin 4,5g 3x/d lub skonsultuj się z mikrobiologiem jeśli chory uczulony na penicyliny ▪ codziennie konsultuj się z mikrobiologiem ▪ zakażnik może pomóc dobrać terapię antywirusową

ŻYWIENIE I LEKI	
Karm i kontroluj glikemię	▪ korzystaj z sondy żołądkowej (nawet podczas wentylacji w pozycji na brzuchu) ▪ wlew insuliny przy glikemii >11 mmol/l w dwóch kolejnych pomiarach lub cukrzyca typu I ▪ żywienie ciągłe (>35 ml/h) lub 10% dekstrozy 50 ml/h jeśli glikemia <14mmol/l na insulynie
Jelita?	▪ dołącz laktulozę 20 ml 2x/d u wszystkich chorych ▪ sprawdź wytyczne jeśli brak oznak czynności jelit >48 godzin
Profilaktyka przeciwzakrzepowa?	▪ heparyna zgodnie z aktualną masą ciała ▪ dąż do wartości PT <15 i PLT >50, bez krwawienia ▪ stosuj opaski uciskowe, chyba, że przeciwwskazane
Profilaktyka wrzodów stresowych	▪ pantoprazol 40 mg 1x/d IV

DIAGNOSTYKA	
Test ciążowy?	▪ β-HCG pozytywne – konsultacja ginekologiczna
Badania krwi?	▪ próbki przekazywane przez personel pielęgniarstwa ▪ codzienna ocena
Zespół hemofagocytowy (HLH)	▪ oznaczenie ferrytyny przy przyjęciu (ryzyko burzy cytokinowej) ▪ konsultacja z anesteziologiem przy wartości >4000 µg/l

TERAPIE NERKOZASTĘPCZE (CRRT)	
Wskazania	▪ kwasica ▪ przeładowanie płynami ▪ istotne zaburzenia elektrolitowe
Przygotowanie	▪ sprawdź wytyczne, stosuj antykoagulację cytrynianową zgodnie ze protokołem
Bilans płynowy	▪ zerowy lub dążący do ujemnego w ARDS

KONTAKT Z RODZINĄ, TERAPIA DAREMNA	
Komunikacja z rodziną	▪ telefony w salach chorych, wideorozmowy na własnych urządzeniach pacjentów
Terapia daremna	▪ decyzja wspólnie z konsultującym anesteziologiem, oparta na protokole postępowania w ograniczaniu terapii daremnej PTAiIT

Uwagi: