

DROGI ODDECHOWE		✓
Przeciek wokół mankietu?	▪ 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 ₂ 90% ▪ pO ₂ 80 mmHg ▪ V _T 6 ml/kg PBW
Wstępne ustawienia respiratora?	▪ objętość oddechowa 6 ml/kg należnej masy ciała ▪ PEEP min. 10 cmH ₂ O ▪ wdech-wydech I:E 1:1,4 ▪ RR 20-30/min ▪ nie zmieniaj samodzielnie zakresu alarmów	
FiO ₂ ≤40%	▪ odzwyczajaj za pomocą CPAP, jeśli możliwe ▪ stabilny przez 12 godzin? – skonsultuj z anesteziologiem pot. ekstubację	
FiO ₂ 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 ₂ ≥ 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 płynowy
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 ₂ > 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 ₂ ≤40%?	▪ codziennie ograniczaj sedację jeśli stabilny hemodynamicznie ▪ rozważ klonidynę, jeśli chory pobudzony i z wysokim ciśnieniem

MIKROBIOLOGIA	
Wklucie 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 ▪ zakaźnik może pomóc dobrać terapię antywirusową

ŻYWIENIE I LEKI	
Karm i kontroluj glikemię	▪ korzystaj z sondy żołądkowej (nawet podczas wentylacji prone) ▪ 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 insulinie
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 ciążyowy?	▪ β-HCG pozytywne – konsultacja ginekologiczna
Badania krwi?	▪ próbki przekazywane przez pers. pielęgniarski, codzienna ocena
Zespół hemofagocytowy (HLH)	▪ oznaczenie ferrytyny przy przyjęciu (ryzyko burzy cytokinowej), konsultacja z anesteziologiem przy wartości >4000 µg/l

TERAPIE NERKOZASTĘPCZE	
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 PTAiIT