

VOL.8 NO.3 2010 | CAN \$9.95  
VOL.8 NUMÉRO.3 2010 | 9,95\$ CAN

# Wound Care



## **Recommandations de pratiques exemplaires en matière de prévention et de traitement des dermatites liées à l'incontinence**

# **Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Incontinence- associated Dermatitis**





CAWC·ACSP  
Calgary 2010

## 2010 Annual Professional Wound Care Conference

Please join us in Calgary for our professional conference from 4 to 7 November 2010.

**Learn the best available evidence in diabetes foot, neuropathy and wounds.**

For more information and to register, please visit [www.cawc.net](http://www.cawc.net).

## Congrès professionnel annuel 2010 en soin des plaies

Soyez des nôtres à Calgary pour le congrès professionnel qui aura lieu du 4 au 7 novembre 2010.

**Apprenez les meilleures recherches du pied diabétique, de la neuropathie et des plaies.**

Pour plus de renseignements et pour vous inscrire, veuillez visiter [www.cawc.net](http://www.cawc.net).



**President/Présidente**

Patricia Coutts, RN

Martine Albert, RN

Greg Archibald, MD

Maryse Beaumier, RN

Richard Belley, MD

Mariam Botros, DCh

Cathy Burrows, RN

David Haligowski, MD

Christine Pearson, RN

M. Gail Woodbury, PhD

**Chairman Emeritus/**

**Président émérite**

Gary Sibbald, MD

**Chief Executive Officer/**  
**Présidente-directrice générale**

Karen Philp

The Canadian Association of Wound Care is a non-profit organization of health-care professionals, industry participants, patients and caregivers dedicated to the advancement of wound care in Canada.

The CAWC was formed in 1995, and its official meeting is the CAWC annual conference held in Canada each year. The association's efforts are focused on five key areas: public policy, clinical practice, education, research and connecting with the international wound-care community. The CAWC works to significantly improve patient care, clinical outcomes and the professional satisfaction of wound-care clinicians.

L'Association canadienne du soin des plaies est un organisme sans but lucratif regroupant des professionnels de la santé, des gens de l'industrie, des patients et des membres du personnel soignant fortement intéressés à l'avancement des connaissances pour le soin des plaies au Canada.

Fondée en 1995, l'ACSP organise, chaque année, au Canada, un congrès qui lui tient lieu de réunion officielle, le Congrès annuel de l'ACSP. L'association consacre ses efforts dans cinq domaines particuliers : les politiques gouvernementales, la pratique clinique, la formation, la recherche et la création de liens avec la communauté internationale directement impliquée dans le soin des plaies. L'Association canadienne du soin des plaies vise une amélioration significative du soin donné au patient, des résultats cliniques et de la satisfaction professionnelle des spécialistes en soin des plaies.

# Table of Contents

## Table des Matières

<b>Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Incontinence-associated Dermatitis.....</b>	.6
---	----

<b>Recommandations de pratiques exemplaires en matière de prévention et de traitement des dermatites liées à l'incontinence .....</b>	.24
---	-----



<b>CAWC News Nouvelles de l'ACSP.....</b>	.5, 40, 42
---	------------

**Editor/Rédactrice**

Fiona Hendry

E-mail: [WCCeditor@cawc.net](mailto:WCCeditor@cawc.net)

**Scientific Advisor/  
Conseiller scientifique**

Heather L. Orsted,

RN, BN, ET, MSc

**Publisher/Éditeur**

BCS Communications Ltd.

255 Duncan Mill Road,

Suite 803

Toronto, ON M3B 3H9

**Editorial Advisory Board/  
Comité consultatif de rédaction**

Diane Grégoire,

RN, ET, BScN, MScN

Pamela Houghton,

BScPT, PhD

David H. Keast,

MSc, MD, FCFP

**Advertising Sales/  
Publicité et vente**

Courtney Secord

Phone: 416-485-2292

E-mail:

[WCCadvertising@cawc.net](mailto:WCCadvertising@cawc.net)

**Wound Care Canada** is published by BCS Communications Ltd., on behalf of the Canadian Association of Wound Care. Canada's first publication devoted entirely to wound care, *Wound Care Canada* addresses the needs of clinicians, patients, caregivers and industry.

All editorial material published in *Wound Care Canada* represents the opinions of the authors and not necessarily those of the Canadian Association of Wound Care.

Discussions, views and recommendations as to medical procedures, choice of treatments, dosage or other medically specific matters are the responsibility of the authors. No responsibility is assumed by the publisher or publishing partners for any information, advice, errors or omissions contained herein.

The inclusion of advertising and sponsored material in *Wound Care Canada* does not constitute a guarantee or endorsement of any kind by the Canadian Association of Wound Care.

All rights reserved. Contents may not be reproduced without written permission of the publisher. Printed in Canada. © 2010.

Special thanks to Smith & Nephew for augmenting the *Wound Care Canada* mailing list.

**Canadian Publication Mail**

**Sales Product Agreement**

No. 40065546

**Return mail to**

**CAWC, 45 Charles Street East,  
Suite 300, Toronto, ON M4Y 1S2**



*Wound Care Canada* is printed on acid-free paper that contains a minimum of 20 per cent post-consumer fibre.

### The CAWC Gets a New Home

Earlier this year, the CAWC moved into new offices to accommodate our recent expansion. As a result, the CAWC has a new mailing address. Please update your contact list so you can stay in touch!

**45 Charles Street East, Suite 300, Toronto, ON M4Y 1S2**

**Phone: 416-485-2292 (CAWC)**

**Fax: 416-485-2291**

# 3M™ Cavilon™ Skin Protection Products



# Path To Prevention



## 3M™ Cavilon™ Skin Cleanser

- No-rinse formula for effective, gentle cleansing.
- Can be sprayed directly on skin or damp cloth.
- Will moisturize, condition and soothe skin plus help manage odour.
- Available in both fragrance and fragrance-free formulations.



## 3M™ Cavilon™ Durable Barrier Cream

- Only requires a small amount to protect skin from bodily fluids.
- Moisturizes and soothes.
- Does not interfere with adhesion of tapes and dressings.
- Resists wash-off.
- Available in both fragrance and fragrance-free formulations.



## 3M™ Cavilon™ No Sting Barrier Film

- Alcohol-free, will not cause pain even when applied to irritated or damaged skin.
- Non-cytotoxic.
- Resists wash off, providing up to 72 hours of incontinence protection.
- Will not interfere with skin or wound healing.

3M Health Care  
3M Canada Company  
P.O. Box 5757  
London, Ontario N6A 4T1  
Canada  
1 800-364-3577  
[www.3M.com/ca/healthcare](http://www.3M.com/ca/healthcare)

© 2010, 3M. All rights reserved.  
3M and Cavilon are trademarks of 3M. Used under license in Canada.  
1007-02198

**3M**



## World Council of Enterostomal Therapists Elects Canadian President

Louise Forest-Lalande, a long-time member of the Canadian Association of Wound Care, has been named President of the World Council of Enterostomal Therapists (WCET).

The WCET's mission is to lead the global advancement of specialized professional nursing care for people with ostomy, wound or continence needs. "We help people develop educational programs and activities in order to train nurses in this specialized field of practice," says Louise. "We also provide assistance to educators for on-site training during the first years that a program is offered."

## Le WCET élit une présidente canadienne

Louise Forest-Lalande, membre de longue date de l'Association canadienne du soin des plaies, a été nommée présidente du World Council of Enterostomal Therapists (WCET).

Le WCET a pour mission de promouvoir les progrès des soins infirmiers professionnels spécialisés afin de répondre aux besoins en termes de stomie, de soin des plaies et de continence dans le monde. « Nous soutenons la création de programmes et d'activités de formation destinés aux infirmières et infirmiers évoluant dans ce domaine spécialisé », explique Louise. « Nous proposons également notre aide aux formatrices et formateurs intervenant sur site au cours des premières années d'existence d'un programme. »

Membre du WCET depuis les années 1990, elle a occupé le poste de présidente du comité de

She has been involved with the WCET since the 1990s, having served as Chair of the Education Committee for six years and Vice-President for the past two years before being named President.

The WCET is involved in outreach and educational initiatives in a number of emerging countries. Last year, Louise travelled to India where an online education program has just been launched. "In a country of 1.5 billion people there are 35 ET nurses, while in Quebec alone there are 45!", she notes.

Louise has also traveled on a number of occasions to China where, in 2000, there were only 2 ET nurses, both in Hong Kong. Thanks to the WCET's growing Twinning Program, nurses from

countries with advanced ET practices can help those that are less developed. China now has six ET educational programs and more than 200 ET nurses.

Scholarships are also an important aspect of the WCET's initiatives. Louise notes that the WCET sponsored eight nurses from around the world to attend the recent Joint WOCN/WCET conference held in Phoenix, Arizona. As well, 38 scholarships were granted to attend other educational programs in the last two years.

As for Louise's goals as WCET President, "I want to encourage each ET nurse or health professional involved in ostomy, wounds and continence to become involved within the organisation in

order to make a difference, not only for our patients but also for healthcare organizations and the community of ET nurses," she says. "Each one of us has a unique experience to share."

Involved with the CAWC since its inception, Louise has served on its Board of Directors and Co-Chaired one annual meeting in Montreal and she has been involved in all annual meetings held in the province of Quebec. She is also a senior faculty member of the CAWC's Wound Care Institute and a member of the Faculty in Training program. She brings her immense expertise in pediatrics to both the CAWC and the WCET.

For further information about the WCET, visit [www.wcetcn.org](http://www.wcetcn.org). ☺

l'éducation pendant six ans, puis celui de vice-présidente du WCET ces deux dernières années, avant d'être nommée présidente.

Le WCET prend part à des initiatives de diffusion et de formation dans divers pays émergents. L'an dernier, Louise s'est rendue en Inde peu après le lancement d'un programme de formation en ligne. « Avec 1,5 milliard d'habitants, ce pays ne compte que 35 infirmières ou infirmiers stomothérapeutes alors qu'en dénombre 45 au Québec », fait-elle remarquer.

Louise a également effectué plusieurs voyages en Chine, où l'on dénombrait seulement deux infirmières ou infirmiers stomothérapeutes en 2000, tous deux installés à Hong Kong. Grâce au programme de jumelage en plein essor du WCET, les infirmières et infirmiers originaires des pays les plus avancés en matière de stomothérapie peuvent aider leurs confrères moins au fait de ce type

de pratique. Six programmes de formation en stomothérapie sont désormais proposés en Chine et ce pays compte aujourd'hui plus de 200 infirmières ou infirmiers stomothérapeutes.

Les bourses d'études constituent en outre un volet important des initiatives du WCET. Louise fait remarquer que le WCET a parrainé huit infirmières et infirmiers du monde entier afin qu'ils puissent assister à la conférence conjointe WOCNS/WCET qui s'est tenue dernièrement à Phoenix (Arizona, États-Unis). Par ailleurs, 38 bourses d'études ont été accordées pour la participation à d'autres programmes de formation au cours de ces deux dernières années.

Louise a exposé ses objectifs en tant que présidente du WCET : « Je souhaite encourager chaque infirmière et infirmier stomothérapeute et chaque professionnel de la santé travaillant dans le domaine de la stomie, du soin

des plaies et de la continence à prendre part aux activités de notre organisme afin de faire bouger les choses. Dans cette optique, je pense bien sûr à nos patients mais aussi aux organismes de santé et à la communauté des infirmières et infirmiers stomothérapeutes. Nous avons tous une expérience unique à partager. »

Membre de l'ACSP depuis sa création, Louise a siégé au conseil d'administration de l'association et coprésidé une assemblée annuelle à Montréal. Elle a par ailleurs participé à l'ensemble des assemblées annuelles organisées dans la province de Québec. Elle est également membre experte du corps enseignant de l'Institut de prise en charge et de prévention des plaies de l'ACSP et membre du programme FiT (Faculty in Training). Son immense expertise en pédiatrie est un atout pour l'ACSP et le WCET.

Pour en savoir plus sur le WCET, consultez le site [www.wcetcn.org](http://www.wcetcn.org). ☺

# Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Incontinence-associated Dermatitis

BY  
KIMBERLY LEBLANC,  
BScN, RN, MN,  
CETN(c),

DAWN CHRISTENSEN,  
BScN, RN, MN,  
CETN(c),

LAURA ROBBS, BScN,  
RN, MN, CETN(c),

VIDA JOHNSTON,  
BScN, RN,  
WOCN(c),  
CETN(c),

BEVERLY CLELAND,  
BScN, RN, NCA

AND

NORMAN FLETT,  
MD, CCFP, FCFP

## Abstract

While no Canadian guidelines exist for the prevention and management of incontinence-associated dermatitis (IAD), evidence to support its management can be extrapolated from the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) Best Practice Guidelines for the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. Furthermore, Gray et al. have published a consensus document addressing the prevention and management of IAD, which can be used to support the evidence from the RNAO Guidelines.

The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCNS) Clinical Practice guideline for Prevention and

Management of Pressure Ulcers and the CAWC Best Practice Recommendations for the Prevention and Treatment of Skin Tears provide additional support. The proposed pathway for the assessment and management of IAD in this article can guide clinical decision-making. The clinician is advised to identify and treat underlying causes; identify and manage patient-centred concerns; follow best practice; and consider adjunctive therapies when warranted. The best practice recommendations presented here also address the critical need for organizational and educational activities that support the implementation of such guidelines in clinical practice.

## Introduction

**L**iterature pertaining to the prevention and management of incontinence-associated dermatitis (IAD) is limited. Following a literature review, the authors found there to be no literature addressing the prevalence, incidence or economic impact of IAD in the Canadian population. MEDLINE and CINAHL databases were searched using the following key terms: IAD, diaper rash, moisture maceration injury, irritant dermatitis, perineal dermatitis and heat rash. The resulting articles focused on the causes, treatment and management of IAD. A total of 27 theory-based and research articles were found. These were used to support the recommendations found in this article.

## Defining IAD

Incontinence-associated dermatitis presents a complex and challenging problem for healthcare professionals. IAD can be defined as an inflammation of the perineal

or peri-genital skin resulting from prolonged contact with urine or stool. Gray et al. described IAD as inflammation of the skin surface with redness and edema, in some cases including bullae-containing clear exudate.<sup>1</sup> More advanced or severe cases can include erosion or denudation of the skin.<sup>1</sup>

IAD begins as simple maceration resulting from exposure to urine or stool and compounds, which worsens with prolonged exposure. Junkin and Seleko caution that in individuals with darker skin tones, the inflammation may be a different colour to the surrounding skin (i.e., yellow, white or dark red/purple).<sup>2</sup> In these cases, it is important to palpate the skin to identify areas of induration. The individual may complain of soreness, pain, itchiness, tingling or burning in the affected area.<sup>2,3</sup> Figures 1 and 2 show IAD with and without skin breakdown.

*continued on page 8*

# Question:

After treating the same wound for 7.5 years, what eventually healed it?

# Answer:

**PROMOGREN\***  
in just 6 weeks.



MMPs, Elastase, and wound surface area, in a 7.5 year old wound<sup>(1)</sup>



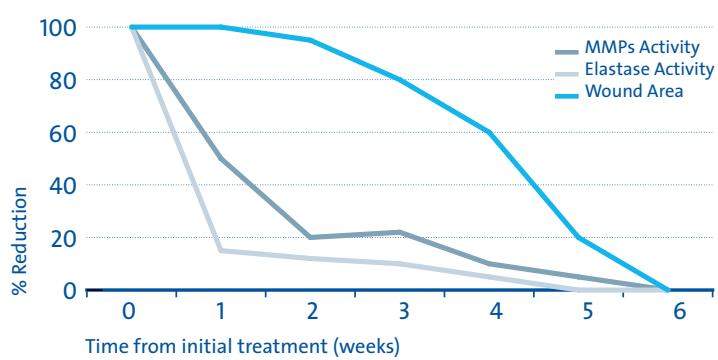
After **7.5 YEARS** of treatment  
**WITHOUT** Promogren\*

After **6 WEEKS** of treatment  
**WITH** Promogren\*

If you think PROMOGREN might bring the same quality of life back to your patients, heal more wounds faster<sup>(2,3,4,5)</sup>, and cost-effectively<sup>(3,5,6)</sup>, we are just an e-mail away:

**Send it to:** [i-want-a-rep@systagenix.com](mailto:i-want-a-rep@systagenix.com)

**Quote on subject:** PROMOGREN





A 78-year-old female with skin breakdown related to IAD.



A 70-year-old female with severe IAD without skin breakdown.

IAD is often confused with National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) stage I pressure ulcers or other partial thickness wounds such as skin tears.<sup>4</sup> The initial presentation may, to the untrained eye, appear the same. A “tell-tale” indicator to differentiate IAD from pressure ulcers is that IAD is not normally limited to an area over a bony prominence. Instead, the area will present with more irregular, diffuse margins in areas affected by exposure to moisture. Unlike pressure ulcers, IAD will not progress to full-thickness skin damage unless the erosion is extensive and prolonged and/or associated with infection.<sup>5</sup> It is crucial that IAD is distinguished from other wound types, including pressure ulcers and skin tears, in order to properly treat and manage this condition (Table 1).<sup>5,6</sup>

It is important to note that IAD can lead to a greater susceptibility of the skin to the forces of shear, friction and pressure. Therefore, pressure ulcers, skin tears and IAD can all occur in the same individual.<sup>7,8</sup>

### Prevalence

In 2007, Junkin and Seleko reported the prevalence of incontinence in the acute care population in the US to be 19.7 per cent (120/608 patients aged four years or over).<sup>3</sup> A total of 107 patients (17.6 per cent) were found to be incontinent of stool. The highest prevalence was found in the oldest age group (>80 years). Of those identified with incontinence, 42.5 per cent were found to have associated skin injury. Hypoalbuminemia and poor nutritional status were commonly found in those individuals identified with IAD. It should be noted that fecal incontinence is the second leading cause of admission to long term care facilities in the US.<sup>9</sup>

In the US, increased attention is being paid to the economic outcomes associated with incontinence prevention strategies, but there has been very little research focused on the management of IAD and the effectiveness of interventions.<sup>1,2,5</sup> The authors were unable to find any publications pertaining to the economic impact of IAD on the Canadian healthcare system, although there has been increased interest in the impact of urinary incontinence.<sup>10</sup> Research presented by Swanson et al. addressed the impact of urinary incontinence on patients and healthcare providers, but a link was not made to IAD or the economic impact.<sup>10</sup>

While IAD is most prevalent in the elderly population,<sup>3</sup> it should be noted that it is not limited to that population and can be found in any age group suffering from fecal or urinary incontinence.<sup>11</sup>

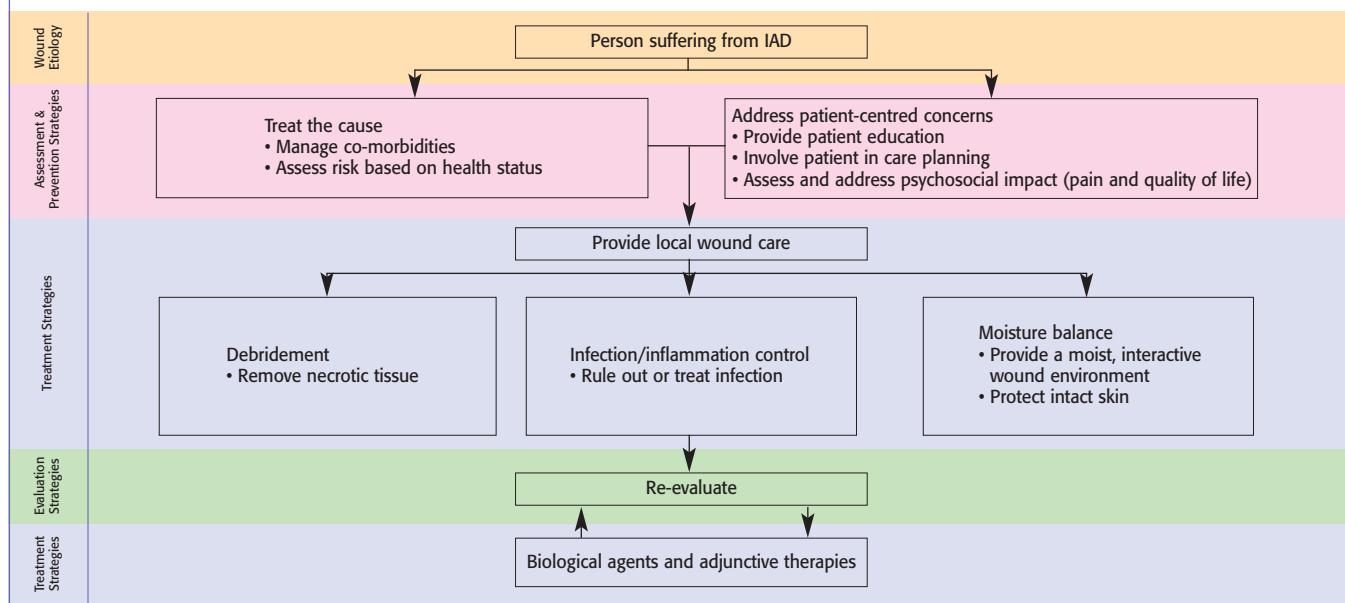
TABLE 1

### Comparison of Pressure Ulcers and IAD

Factor	Pressure ulcer	IAD
Cause	Friction, shear or direct pressure	Incontinence, contact irritant
Depth of injury	Superficial to deep	Superficial
Direction of injury	Generally from the bottom up	Generally from the top down
Location	Usually over a bony prominence with well-demarcated edges	Diffuse, often in skin folds, not usually over bone
Necrosis	May be present	Rarely present

FIGURE 3

## Pathway to the prevention and management of IAD



### Recommendation 1 (Level of Evidence: IV)

Obtain a complete patient history, including general health status and identify factors that may put the patient at risk for IAD.

### Discussion

The risk of IAD is not equal among individuals. Urinary or fecal incontinence, aged skin, prolonged use of steroids, antibiotics or promotility agents, pain, altered skin oxygenation, fever, constant exposure to moisture, use of incontinence products that restrict air flow, decreased mobility and nosocomial or iatrogenic causes of diarrhea (*Clostridium difficile* intestinal infection and tube feedings) all put individuals at higher risk for IAD.<sup>1,7,12</sup> Of these intrinsic and extrinsic factors, fecal incontinence has the strongest correlation to IAD.<sup>3,5</sup>

It is important to note that urinary and fecal incontinence are not a normal part of aging and can be avoided or controlled through proper assessment, diagnosis and treatment.<sup>11,13</sup>

By identifying those at risk for IAD, an appropriate prevention program can be implemented before an injury occurs.<sup>14</sup> Issues that should be included in this risk assessment include: the cause, duration and history of alterations in skin integrity; other co-existing health issues; medications; and level of mobility.<sup>1</sup> When all of these issues are taken into account, a solid

prevention plan can be developed. Individuals should be assessed for risk factors upon admission to healthcare services and whenever their condition changes.<sup>4,15</sup>

### Relationship to and Differentiation from Pressure Ulcers

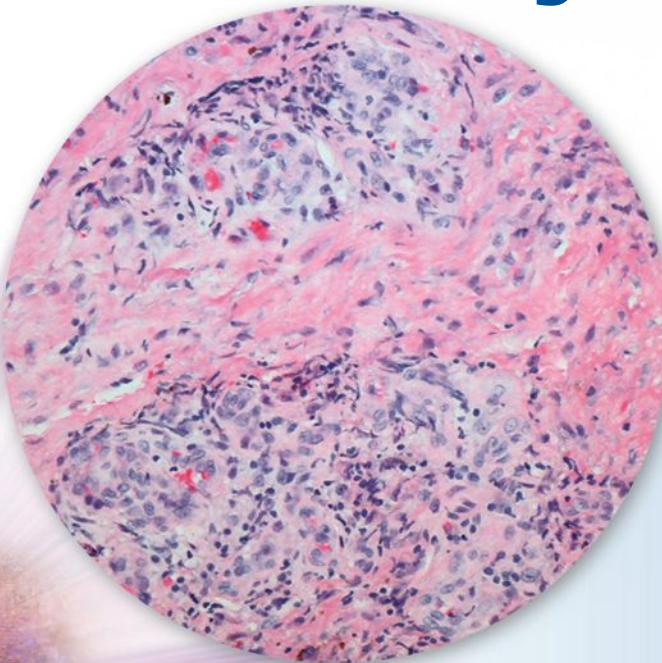
IAD is often mistaken for pressure ulcers, specifically NPUAP stage I and II ulcers.<sup>4,7</sup> It is important that IAD is recognized as a completely different category and differentiated from pressure-related wounds. Deep-tissue injury and wounds extending into subcutaneous and muscle tissue are normally caused by compression of those tissues between a bony prominence and another surface, and by a combination of shearing forces and pressure. Wounds that tend to be limited to partial thickness are more likely to be caused by external factors alone.<sup>16</sup> Differentiation of IAD from pressure ulcers can be very challenging, especially in the individual who suffers from both incontinence and immobility.

Those suffering from both factors have a 37.5 per cent greater risk of developing a pressure ulcer.<sup>2</sup> Therefore, urinary and fecal incontinence are incorporated into many pressure ulcer risk assessment tools. The literature does not support a conclusion that incontinence causes pressure ulcers, but rather that

*continued on page 12*

When wounds are trapped in the inflammatory phase, debridement is not complete...

# Break the Cycle



*Even after sharp or surgical debridement, inflammatory processes can continue to generate microscopic cellular debris*

- Collagenase SANTYL® Ointment selectively targets collagen without harming healthy tissue
- Continuous, active micro-debridement with SANTYL® Ointment can help wounds progress from the inflammatory to the proliferative phase of healing

**Visit [www.santyl.ca](http://www.santyl.ca) for more information**

Occasional slight transient erythema has been noted in surrounding tissue when applied outside the wound. One case of systemic hypersensitivity has been reported after 1 year of treatment with collagenase and cortisone.

Use of Collagenase SANTYL® Ointment should be terminated when debridement is complete and granulation tissue is well established.

**Please see complete Prescribing Information on adjacent page.**

1-800-441-8227 [www.healthpoint.com](http://www.healthpoint.com)

© 2010 Healthpoint, Ltd.  
IN1126-0310

Distributed in Canada by Healthpoint Canada ULC  
SANTYL is a registered trademark of Healthpoint, Ltd.  
Healthpoint design is a registered trademark of Healthpoint, Ltd.

Collagenase  
**Santyl**<sup>®</sup>  
Ointment 250 units/g

**The Continuous, Active Micro-Debrider**



Supports natural healing

**DESCRIPTION:** Santyl® (collagenase) ointment is a sterile topical enzymatic debriding agent that contains 250 units of collagenase per gram of white petrolatum USP. The enzyme collagenase is derived from the fermentation of Clostridium histolyticum. It possesses the unique ability to selectively digest denatured and undenatured collagen that binds necrotic debris to the wound surface.

**CLINICAL PHARMACOLOGY:** Santyl® (collagenase) possesses the ability to digest insoluble collagen, undenatured and denatured, by peptide bond cleavage, under physiological conditions of pH and temperature. This ability makes it particularly effective in the removal of detritus from dermal lesions, contributing towards the more rapid formation of granulation tissue and subsequent epithelialization of dermal ulcers and severely burned areas. Collagen in healthy tissue or in newly formed granulation tissue is not digested.

**INDICATIONS:** Santyl® (collagenase) is a sterile ointment indicated for the debridement of dermal ulcers or severely burned areas.

**CONTRAINDICATIONS:** Application is contraindicated in patients who have shown local or systemic hypersensitivity to collagenase.

**WARNINGS:** Debilitated patients should be closely monitored for systemic bacterial infections because of the theoretical possibility that debriding enzymes may increase the risk of bacteremia.

**PRECAUTIONS:** The enzyme's optimal pH range is 6 to 8. Significantly lower pH conditions have a definitive adverse effect on the enzyme's activity, and appropriate precautions should be carefully taken. The enzymatic activity is also adversely effected by detergents, hexachlorophene and heavy metal ions such as mercury and silver that are used in some antiseptics and by cobalt, magnesium and manganese. When it is suspected such materials have been used, the site should be carefully cleansed by repeated washings with normal saline before Santyl® (collagenase) ointment is applied. Soaks containing metal ions or acidic solutions such as Burrow's solution should be avoided because of the metal ion and low pH. Cleansing materials such as hydrogen peroxide or Dakin's solution followed by sterile normal saline do not interfere with the activity of the enzyme. The ointment should be confined to the area of the lesion in order to avoid the possible risk of irritation or maceration of normal skin; however, the enzyme does not damage newly forming granular tissue. A slight erythema has been noted occasionally in the surrounding tissue particularly when the enzyme ointment was not confined to the lesion. This can be readily controlled by protecting the healthy skin with a material such as zinc oxide paste. Since the enzyme is a protein, sensitization may develop with prolonged use.

**ADVERSE REACTIONS:** Although no allergic sensitivity or toxic reactions have been noted in the recorded clinical investigations to date, one case of systemic manifestations of hypersensitivity has been reported in a patient treated for more than one year with a combination of collagenase and cortisone. Irritation, maceration or erythema has been noted where prolonged contact of normal skin with Santyl® (collagenase) ointment has been allowed, either by

application of the ointment to areas of normal skin or excessive application of the ointment to the wound crater with subsequent spread to normal skin when dressings are applied. The reported incidence for this type of reaction was 1.8%.

**SYMPTOMS AND TREATMENT OF OVERDOSE:** **Symptoms:** To date, the irritation, maceration or erythema reported on prolonged contact of normal skin with Santyl® (collagenase) ointment constitute the only symptoms of overdosage reported. **Treatment:** Santyl® (collagenase) ointment can be rendered inert by the application of Burow's solution USP (pH 3.6 - 4.4) to the treatment site. If this should be necessary, reapplication should be made only with caution.

**DOSAGE AND ADMINISTRATION:** For external use only. Santyl® (collagenase) ointment should be applied once daily, or more frequently if the dressing becomes soiled (as from incontinence) in the following manner: **(1)** Prior to application the lesions should be gently cleansed with a gauze pad saturated with sterile normal saline, to remove any film and digested material. If a stronger cleansing solution is required, hydrogen peroxide or Dakin's solution may be used, followed by sterile normal saline. **(2)** Whenever infection is present, as evidenced by positive cultures, pus, inflammation or odor, it is desirable to use an appropriate antibacterial agent. Should the infection not respond, therapy with Santyl® (collagenase) ointment should be discontinued until remission of the infection. **(3)** Santyl® (collagenase) ointment should be applied (using a tongue depressor or spatula) directly to deep wounds, or when dealing with shallow wounds, to a non-adherent dressing or film dressing which is then applied to the wound. The wound is covered with an appropriate dressing such as a sterile gauze pad and properly secured. **(4)** Use of an occlusive or semi-occlusive dressing may promote softening of eschar, if present. Alternatively, crosshatching thick eschar with a #11 blade is helpful in speeding up debridement then cleanse with sterile saline. It is also desirable to remove as much loosened detritus as can be done readily with forceps and scissors. **(5)** All excess ointment should be removed each time the dressing is changed. **(6)** Use of Santyl® (collagenase) ointment should be terminated when debridement of necrotic tissue is complete and granulation is well under way.

**HOW SUPPLIED:** Available in 30 gram tubes of ointment. Sterile until opened. Contains no preservative. Do not store above 25°C.

Product monograph available upon request.

Marketed by

**HEALTHPOINT®**

A DFB COMPANY

1-800-441-8227

Healthpoint Canada ULC

Petersborough, Ontario, K9J 7A5

1-800-441-8227

129041-0209

DIN 02063670

Reorder No.

0064 5011 30 (30 g tube)

the resulting alteration in skin integrity associated with IAD makes the skin more susceptible to pressure, shear and friction.<sup>5</sup>

### **Recommendation 2 (Level of Evidence: IV)**

Identify persons at high risk for IAD.

#### **Discussion**

The pathophysiology of IAD is not fully understood<sup>3</sup>; however, a number of factors that contribute to IAD have been identified. Gray et al. have highlighted earlier findings that indicated tissue tolerance, perineal environment and toileting ability as key contributing factors.<sup>1</sup>

Tissue tolerance is associated with age, health

status, nutritional status, oxygenation, perfusion and core body temperature.<sup>3</sup> The perineal environment is affected by the type of incontinence (urinary, fecal or mixed urinary/fecal), the amount and frequency of incontinence, shearing and the presence of irritants or allergens that may compromise skin integrity.<sup>3</sup> Gray et al., citing earlier reports, indicate that fecal incontinence, frequency of incontinence, altered skin integrity, pain, reduced skin oxygenation, fever and compromised mobility are strongly correlated with IAD.<sup>1</sup>

Bliss et al. have also expanded upon earlier work and addressed individuals living in long-term care facilities.<sup>7</sup> They concluded that the strongest risk for IAD

*continued on page 14*

## **Quick Reference Guide for the Prevention and Management of IAD**

### **Best practice recommendation**

### **Level of evidence (RNAO/WOCNS)**

#### **Treat the cause**

- |   |    |
|---|----|
| 1. Obtain a complete patient history, including general health status and identify factors that may put the patient at risk for IAD | IV |
| 2. Identify persons at high risk for IAD  | IV |
| 3. Support the prevention of IAD  | IV |

#### **Address patient-centred concerns**

- |   |    |
|---|----|
| 4. Assess and assist with psychological needs in the development of a patient-centred plan (pain and quality of life) | IV |
|---|----|

#### **Provide local wound care**

- |  |        |
|--|--------|
| 5. Classify and document IAD according to the degree of trauma using a validated assessment tool | III-IV |
| 6. Provide and support an optimal wound-healing environment                                      | III    |

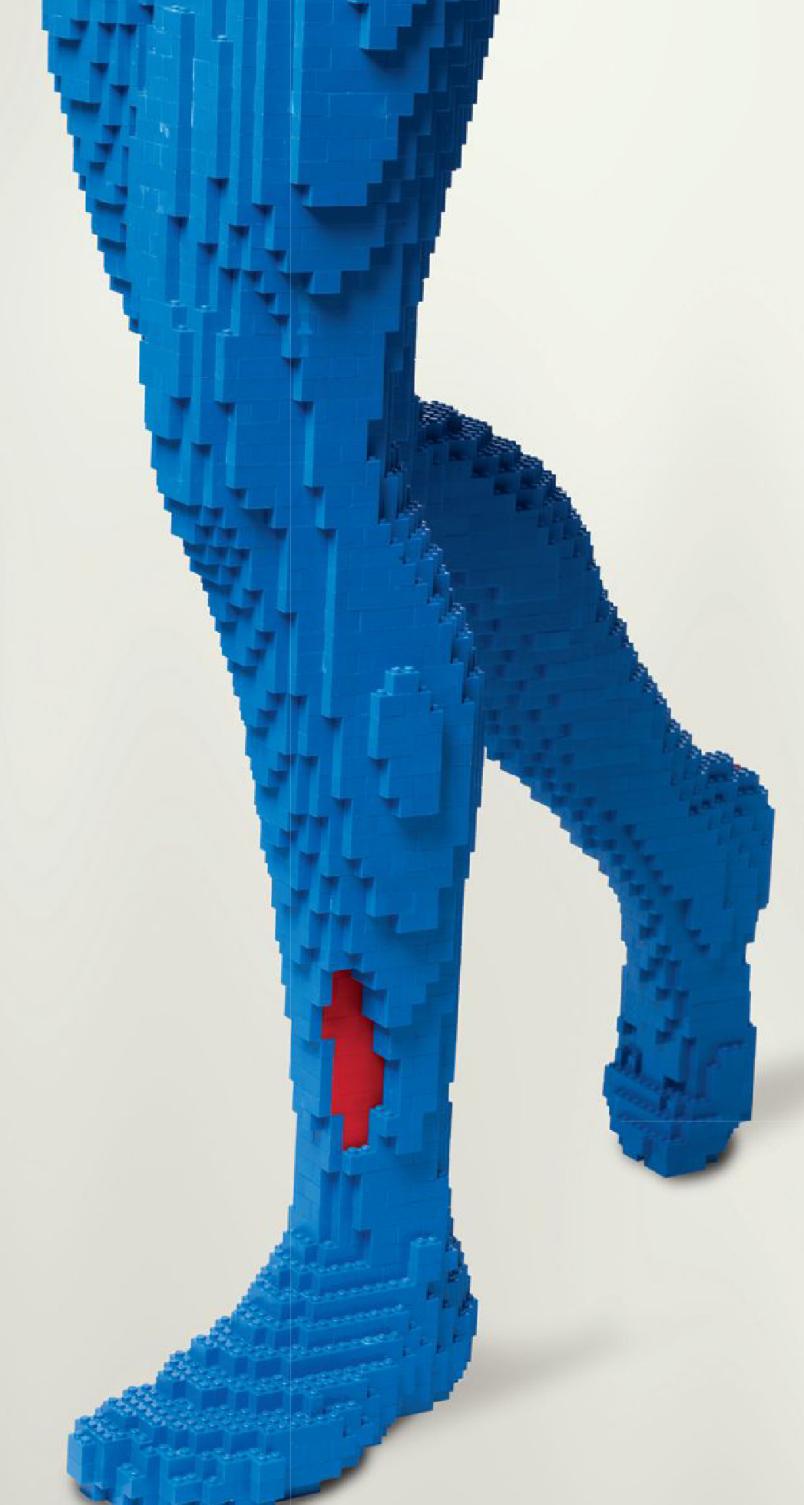
#### **Re-evaluate**

- |   |        |
|---|--------|
| 7. Determine the effectiveness of interventions | III-IV |
|---|--------|

#### **Provide organizational support**

- |   |    |
|---|----|
| 8. Develop an interprofessional team with flexibility to meet the patient's needs                   | IV |
| 9. Educate patients, caregivers and healthcare professionals on the prevention and treatment of IAD | IV |

RNAO = Registered Nurses' Association of Ontario  
WOCNS = Wound, Ostomy and Continence Nurses Society



KCI brings **NEW** innovative  
solutions to make wound  
healing a snap.



Visit our booth at the CAWC Conference  
and experience the newest  
solution in wound care.  
November 4th - 6th  
Calgary - AB



2010 CAWC  
Platinum  
Level  
Sponsor

[www.kci-medical.com](http://www.kci-medical.com)



**KCI**  
*The Clinical Advantage*<sup>®</sup>

---

**Note: Specific indications, contraindications, warnings, precautions and safety information exist for KCI products and therapies. Please consult a physician and product instructions for use prior to application.**

©2010 KCI Licensing, Inc. All Rights Reserved. The MEGA BLOKS blocks are used with the permission of MEGA Brands Inc.  
All other trademarks are proprietary to KCI Licensing, Inc., its affiliates and/or licensors. DSL#10-0335. CAWC (06/10)

TABLE 2

### Perineal Assessment Tool<sup>19</sup>

Score			
	3	2	1
Intensity of irritant			
Type and intensity of irritant	Liquid stool with or without urine	Soft stool with or without urine	Formed stool and/or urine
Duration of irritant			
Amount of time that skin is exposed to irritant	Linen/pad changes at least every 2 hours	Linen/pad changes at least every 4 hours	Linen/pad changes at least every 8 hours
Perineal skin condition			
Skin integrity	Denuded/eroded with or without dermatitis	Erythema/dermatitis with or without candidiasis	Clear and intact
Contributing factors			
Low albumin, antibiotics, tube feeding, <i>Clostridium difficile</i> , other	Three or more contributing factors	Two contributing factors	No or one contributing factor

Score 4–6 = low risk

Score 7–12 = high risk

was in individuals suffering from fecal incontinence alone, and that suffering solely from urinary incontinence held no increased risk for IAD.

The RNAO pressure ulcer guidelines<sup>15</sup> and the WOCNS guidelines<sup>17</sup> recommend a risk assessment that includes a comprehensive head-to-toe assessment upon admission and thereafter as per the individual facility's policies. The RNAO supports the use of validated risk-assessment tools.<sup>15,18</sup>

Validated risk-assessment tools are available to predict pressure ulcers<sup>6</sup> and are well utilized. Nix has described the Perineal Assessment Tool (PAT) (Table 2).<sup>19</sup> PAT is a four-item tool that assesses risks leading to IAD. These risks include exposure to an irritant such as urine or feces, intensity of the irritant, the perineal skin condition and extrinsic contributing factors. Each of these four items is evaluated and rated with a score from one to three. A total score of four represents the lowest risk, while 12 represents the highest risk (a score of four to six is considered low risk, while a score of seven to 12 is considered high risk). PAT has undergone validation by the WOCNS; an inter-rater reliability of 87 per cent was reported.<sup>19</sup>

Despite the existence of tools specifically designed to measure the risk of IAD, Gray et al. have reported that the most common instrument used for moisture-related skin damage is the NPUAP staging system.<sup>1</sup> As the NPUAP system is designed to measure the extent of tissue damage related to pressure injury, Gray et al. do not recommend its use for the classification of IAD.

#### Recommendation 3 (Level of Evidence: IV)

Support the prevention of IAD.

#### Discussion

The RNAO and WOCNS guidelines<sup>17,18</sup> recommend the implementation of systematic prevention protocols. Prevention of IAD can at times be challenging and costly for healthcare professionals and caregivers.<sup>5</sup> Gray et al. recommends that the best prevention strategy begins with a structured skin care regimen.<sup>1</sup>

IAD prevention programs should involve the following: assessment and treatment of incontinence; a cleansing routine; use of moisturizers and moisture barriers; monitoring and treatment of skin infections; optimization of nutritional and fluid status; use of

containment products; and use of adjunctive devices.<sup>1</sup>

These factors are described below, while prevention and management strategies are summarized in Table 3.

### Assessment and Treatment of Incontinence

Prevention should include assessment and treatment of urinary and fecal incontinence for those at risk of developing IAD.<sup>2,3</sup> Assessment and treatment of incontinence is beyond the scope of these best practice recommendations, but the Canadian Continence Foundation has published clinical practice guidelines for adults addressing urinary incontinence<sup>20</sup> and the RNAO has also published guidelines for promoting continence using prompted voiding.<sup>21</sup>

Incontinence can often be treated effectively through behavioural interventions that are within the scope of practice of health professionals in Canada such as nurses (specifically enterostomal therapy nurses and

nurse continence advisors) and physiotherapists.<sup>20</sup> However, for individuals in whom conservative interventions are ineffective, referral to a medical specialist (i.e., urologist, uro-gynecologist, gastroenterologist) can be invaluable.<sup>20</sup>

### Cleansing Routine

Another aspect of an IAD prevention program is the establishment of a gentle cleansing routine, including the use of moisturizers to replace lost lipids and moisture barriers to maintain a layer between the skin and the urine or stool.<sup>14</sup> Gray has described the ideal skin cleanser as one that gently removes urine and stool from the skin without compromising the acid mantle.<sup>14</sup> Non-rinse cleansers are ideal because they reduce the steps involved in care and limit the risk of shearing and friction during skin care. In addition, they are generally pH-balanced, unlike alkaline soaps.<sup>14,19</sup>

TABLE 3

### Prevention and Management Strategies for IAD<sup>1-3,5,8</sup>

Strategy
1 Identify and address the cause of the incontinence, if possible (fecal and/or urine).
2 Assess for risk of IAD using a validated risk assessment tool designed to address IAD. Once an increased risk had been established, monitor the individual closely for altered skin integrity.
3 For incontinent individuals, gently cleanse the skin with a product that has an acidic pH (close to the pH 5.5 of normal skin). Do not scrub or rub the skin; avoid friction.
4 After cleansing, moisturize the skin and apply a skin barrier to protect the skin. If zinc-based products are used, do not scrub to remove excess zinc—it is not necessary to remove all of the zinc with each change. Apply product more frequently in individuals with frequent loose stools.
5 Minimize the use of containment products. If unavoidable, change containment devices immediately after soiling.
6 Monitor and treat infection. Individuals suffering from IAD are especially susceptible to fungal infections.
7 Consider adjunctive devices such as fecal collectors, retention drainage devices, indwelling urinary catheters or fecal/bowel-management systems in individuals with severe risk for or existing IAD who are not responding to other methods of containment and prevention.
8 Maximize nutritional intake and hydration.
9 Educate support staff and personal care givers regarding prevention and management strategies.

## **Moisturizers and Moisture Barriers**

An effective IAD prevention program differentiates between moisturizers and moisture barriers. Each plays a vital yet different role in the prevention of IAD, but they are not interchangeable. Moisturizers are intended to restore moisture to the skin and retain it. Typically, moisturizers contain a humectant such as glycerin, lanolin or mineral oil. Humectants play a key role in restoring the skin's barrier function, and emollients are designed to replace lost lipids. Moisturizers can be used on their own or in combination with barriers.<sup>14,19</sup>

Moisture barriers serve the purpose of protecting the skin from urine, stool or excessive moisture from perspiration. They are available in the form of a cream or ointment and the active ingredients are normally petrolatum, dimethicone, zinc oxide or a combination of these products.<sup>9,14</sup>

- Petrolatum is a semi-solid product derived from petroleum. It is an excellent barrier against urine, but less effective against stool.
- Dimethicone-based barriers are derived from silicone. They are easier to apply and remove than zinc or petrolatum, but offer a less effective barrier.
- Zinc oxide provides an effective skin barrier, but it can be difficult to remove. Caregivers should be educated that it is not necessary to remove all of the zinc oxide with each cleaning.
- Liquid skin barriers are also available as an alternative to a cream or ointment-based barrier. Care should be taken to use alcohol-free liquid sealants, especially with pre-existing IAD, as the alcohol component can increase patient pain.

## **Monitoring and Treatment of Skin Infections:**

### **Cutaneous Candidiasis**

The moist environment associated with IAD puts the individual at a greater risk of developing a concurrent cutaneous candidiasis. These fungal infections should be treated with an antifungal cream or powder. Ideally, a product is selected that incorporates a skin protectant. Alternatively, an antifungal powder can be applied as a thin layer and then covered with a skin protectant or BCT (balsam of Peru, castor oil and trypsin) ointment to maximize healing.<sup>5</sup>

## **Nutrition and Fluid Status**

Nutrition and hydration status are closely linked to skin integrity. Nutritional support plays a vital role in skin healing. Without adequate nutritional intake, the body is unable to repair damaged tissue or mount an offensive against the microbial invasion and infection.<sup>4,22</sup> Each step of the skin healing process is dependent upon circulating amino acids, lipids and carbohydrates. An optimal nutritional intake will improve skin health, assist with the healing of the current skin alteration and help with the prevention of IAD. Individuals with low serum albumin have been found to be at higher risk for the development of IAD than those with normal serum albumin levels.<sup>3,4</sup>

Hydration and nutritional health can be assessed through observation, history and blood-sample monitoring (e.g., for albumin and pre-albumin levels).<sup>2,4</sup> An interdisciplinary team approach, including a dietitian, is crucial for patients with skin breakdown, including those at risk for IAD.<sup>22</sup>

## **Containment Products**

The need for containment of urinary and fecal incontinence should be balanced against the risk of damage to skin integrity through maceration.<sup>2</sup> Absorbent polymer incontinence products such as pads and briefs that wick leakage away from the skin should only be used when essential. When advising individuals about containment products, the clinician should obtain a careful history of the patient's mobility and manual dexterity, lifestyle, toileting pattern, frequency and volume of incontinence and history of skin problems or current skin problems.<sup>23</sup>

In cases of severe IAD, short-term use of an indwelling urinary catheter can be considered. A combination of skin cleansing after each incontinence episode and use of skin protection products such as moisture barrier and skin barrier products is important.<sup>2</sup> The use of tight-fitting incontinence briefs is not recommended with fecal incontinence, as these products can trap fecal output against the skin. Instead, the use of incontinence pads for those who are immobile and toileting programs for patients who can respond to cues and are ambulatory with assistance are recommended to minimize contact between feces and perineal skin.<sup>2</sup>

*continued on page 18*



## The Next Great Balancing Act

Simultaneously Manage Moisture and Bacteria with  
Kendall™ AMD Antimicrobial Foam Dressings



### COVIDIEN IS INTRODUCING NEW KENDALL™ AMD ANTIMICROBIAL FOAM DRESSINGS

Kendall™ AMD Antimicrobial Foam Dressings have been engineered to help prepare the wound environment for healing by balancing moisture and bacteria. Open cell polyurethane dressings impregnated with 0.5% Polyhexamethylene biguanide (PHMB):

- Are effective against gram positive and negative bacteria, fungi and yeast
- Provide a balanced environment
- Employ a unique mode of action
- Are effective for up to seven days
- Have no known resistance

To request Free Trial Product visit: [www.KendallAMDFoam.com](http://www.KendallAMDFoam.com)

COVIDIEN, COVIDIEN with logo and ™ marked brands are trademarks of Covidien AG or its affiliate. © 2010 Covidien AG or its affiliate. All rights reserved.

 **COVIDIEN**  
*positive results for life™*

## Adjunctive Devices

The use of adjunctive devices such as condom catheters and fecal collectors is an effective strategy to minimize contact between the skin and urine/feces.<sup>23</sup> External urinary catheters or condom catheters for men are effective if left in place by the patient and if there is at least one inch of penile protrusion during the day. Fecal collectors include external pouches and indwelling fecal tubes or bowel-management systems.<sup>23</sup>

Fecal incontinence pouches are non-invasive. They consist of a self-adhering skin barrier that adheres to the peri-rectal area and an attached pouch that is often connected to a bedside collection device. The pouch adheres to the skin around the anus and keeps the stool off the skin. These devices work well for individuals who are relatively immobile and have liquid stool as long as the skin is properly prepared and step-by-step application techniques are followed. The advantages of external pouches are stool containment, accurate measurement of output, decreased supply use and caregiver time and increased patient comfort; moreover, they can be used indefinitely.<sup>2,23</sup>

Indwelling rectal tubes or bowel-management systems (Figure 5) are medical devices designed to direct, collect and contain liquid stool from bed-bound patients. These closed systems of stool containment decrease staff exposure to possibly infectious body substances and protect the perineal skin effectively. After a digital rectal exam and removal of any impacted stool, a soft catheter tube is inserted into the rectum and the balloon is filled with saline or water.<sup>2</sup> Some systems allow for irrigation and medication instillation.<sup>12</sup>

These devices should be used with caution as the long-term effects and limitations of use are not known. If the stool is not completely liquid, tube blockage will occur and this can potentially result in a bowel perforation. The advantages include stool containment, a reduced risk of spread of infection and management of severe IAD. The disadvantages are that they are not designed for long-term use, they are difficult for a mobile patient to use and are not appropriate for the patient with chronic stool incontinence. These devices should be applied by experienced professionals.<sup>12,23</sup>



FIGURE 4

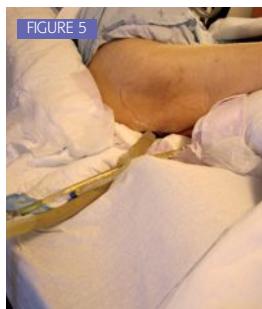


FIGURE 5

An 85-year-old male patient with severe IAD.

An 85-year-old male patient with IAD, managed with an indwelling bowel-management system.

## Recommendation 4 (Level of Evidence: IV)

Assess and assist with psychological needs in the development of a patient-centred plan (pain and quality of life).

## Discussion

The RNAO guidelines<sup>15,18</sup> and the WOCNS guidelines<sup>17</sup> provide support for Recommendation 4. A psychological assessment, including an assessment of quality of life, should be performed to determine the individual's motivation and ability to understand and adhere to a plan of care.<sup>24</sup> Individuals suffering from IAD experience pain, discomfort and possible embarrassment related to their incontinence.<sup>12</sup>

## Quality of Life

Individuals suffering from IAD require not only physical support, but also psychological support.<sup>24</sup> As with any chronic illness, they must contend with alterations to their lifestyle and will require additional support to cope effectively with the impact of IAD on their quality of life.<sup>25</sup>

## Pain

The level or degree of pain experienced is unique to each individual and plays a vital role in quality of life and well-being.<sup>24–26</sup> Pain is a symptom associated with actual or perceived injury and is defined by the patient's perception of the pain. For the individual suffering from IAD, there will be various degrees of pain: burning pain when stool or urine comes in contact with the irritated area; chronic pain from the damaged skin; and psychological pain associated with the skin breakdown.<sup>24–26</sup>

The RNAO's guidelines indicate that all patients should be assessed at regular intervals, using the same validated pain assessment tool each time.<sup>15,18</sup> Currently there are no validated assessment tools specific to pain from alterations in skin integrity; however, there are a number of validated pain assessment tools that can be utilized, depending upon the cognitive level of the patient.<sup>26</sup>

When assessing pain in the elderly population, simply worded questions and tools that can be easily understood are the most effective.<sup>25</sup> This is because sensory deficits and cognitive impairments often contribute to the inability of older adults to communicate pain to caregivers. Subjective tools such as a visual analogue scale (VAS) or the Faces Pain Rating Scale are highly effective for this population. A VAS is a horizontal 100-mm line anchored with "no pain" on the left and "worst possible pain" or "pain as bad as it could possibly be" on the right.<sup>25</sup> Patients are simply asked to choose a position on the line that represents their pain. The Faces Pain Rating Scale depicts facial expressions on a scale of zero to six, with zero represented by a smile and six by a crying grimace. Patients choose a face that illustrates how the pain makes them feel.<sup>25</sup>

The patient's perception of pain must be respected and addressed by the interprofessional team. An accurate assessment of the type of pain experienced, its intensity and the impact this pain has on the patient's quality of life must be taken into consideration when creating a personalized plan of care and should be an integral part of the overall clinical assessment.<sup>24,25</sup>

### **Recommendation 5 (Level of Evidence: III-IV)**

Classify and document IAD according to degree of trauma using a validated assessment tool.

### **Discussion**

The RNAO guidelines<sup>15,18</sup> and the WOCNS<sup>17</sup> guidelines provide recommendations related to the classification of wounds. Alterations in skin integrity should be classified in a systematic and universally accepted manner. To accurately document and treat IAD, it is important that a common language is used. Proper documentation is vital to understanding the extent of the problem. IAD should not be grouped

into pressure ulcer categories.

The presence and severity of IAD should be assessed using a standardized tool that accurately and reliably assesses the skin integrity of individuals suffering from incontinence.<sup>2</sup> Two tools that fit these criteria are available: the Perirectal Skin Assessment Tool and the Skin Assessment Tool proposed by Kennedy and Lutz (as described by Junkin and Seleko<sup>2</sup>). Junkin and Seleko have proposed a new IAD classification tool—the IAD Intervention Tool (IAD-IT)—that builds on this previous work.<sup>2</sup> The scale uses

FIGURE 6

### **The IAD Intervention Tool<sup>2</sup>** (reprinted with permission)

#### **INCONTINENCE-ASSOCIATED DERMATITIS INTERVENTION TOOL (IAD-IT)**

Skin Care for Incontinent Persons		
		1. Cleanse incontinence ASAP and apply barrier. 2. Document condition of skin at least once every shift in nurse's notes. 3. Notify primary care provider when skin injury occurs and collaborate on the plan of care. 4. Consider use of external catheter or fecal collector. 5. Consider short term use of urinary catheter only if necessary.
HIGH-RISK	DEFINITION	INTERVENTION
	<p><b>HIGH-RISK</b></p> <p>Skin is not erythematous or warmer than nearby skin but may show scars or color changes from previous IAD episodes and/or healed pressure ulcer(s).</p> <p>Person not able to adequately care for self or communicate need and is incontinent of liquid stool at least 3 times in 24 hours.<sup>1</sup></p>	<p>1. Use a disposable barrier cloth containing cleanser, moisturizer and protectant.<sup>2</sup></p> <p>2. If barrier cloths not available, use acidic cleanser (6.5 or lower), not soap (soap is too alkaline); cleanse gently (soak for a minute or two – no scrubbing); and apply a protectant (ie: dimethicone, liquid skin barrier or petrolatum).</p> <p>3. If briefs or underpads are used, allow skin to be exposed to air. Use containment briefs only for sitting in chair or ambulating – not while in bed.</p> <p>4. Manage the cause of incontinence: a) Determine why the patient is incontinent. Check for urinary tract infection, b) Consider timed toileting or a bladder or bowel program, c) Refer to incontinence specialist if no success.<sup>3</sup></p>
	<p><b>EARLY IAD</b></p>  <p>Skin exposed to stool and/or urine is dry, intact, and not blistered, but is pink or red with diffuse (not sharply defined), often irregular borders. In darker skin tones, it might be more difficult to visualize color changes (white or yellow color) and palpation may be more useful.</p> <p>Palpation may reveal a warmer temperature compared to skin not exposed. People with adequate sensation and the ability to communicate may complain of burning, stinging, or other pain.</p>	
	<p><b>MODERATE IAD</b></p>  <p>Affected skin is bright or angry red – in darker skin tones, it may appear white or yellow. Skin usually appears shiny and moist with weeping or pinpoint areas of bleeding. Raised areas or small blisters may be noted.</p> <p>Small areas of skin loss (dime size) if any. This is painful whether or not the person can communicate the pain.</p>	<p>↑ <i>Include treatments from box above plus:</i></p> <p>5. Consider applying a zinc oxide-based product for weepy or bleeding areas 3 times a day and whenever stooling occurs.</p> <p>6. Apply the ointment to a non-adherent dressing (such as ancestral dressing for cleft, Telfa for flat areas, or ABD pad for larger areas) and gently place on injured skin to avoid rubbing. Do not use tape or other adhesive dressings.</p> <p>7. If using zinc oxide paste, do not scrub the paste completely off with the next cleaning. Gently soak stool off top then apply new paste covered dressing to area.</p> <p>8. If denuded areas remain to be healed after inflammation is reduced, consider BTC ointment (balsam of peru, trypan, castor oil) but remember balsam of peru is pro-inflammatory.</p> <p>9. Consult WOCN if available.</p>
	<p><b>SEVERE IAD</b></p>  <p>Affected skin is red with areas of denudement (partial thickness skin loss) and oozing/bleeding. In dark skinned patients, the skin tones may be white or yellow.</p> <p>Skin layers may be stripped off as the oozing protein is sticky and adheres to any dry surface.</p>	<p>↑ <i>Include treatments from box above plus:</i></p> <p>10. Position the person semiprone BID to expose affected skin to air.</p> <p>11. Consider treatments that reduce moisture: low air loss mattress/overlay, more frequent turning, astringents such as Domeboro soaks.</p> <p>12. Consider the air flow type underpads (without plastic backing).</p>
	<p><b>FUNGAL APPEARING RASH</b></p>  <p>This may occur in addition to any level of IAD skin injury.</p> <p>Usually spots are noted near edges of red areas (white or yellow areas in dark skinned patients) that may appear as pimples or just flat red (white or yellow) spots.</p> <p>Person may report itching which may be intense.</p>	<p>Ack primary care provider to order an anti-fungal powder or ointment. Avoid creams in the case of IAD because they add moisture to a moisture damaged area (main ingredient is water).</p> <p>1. If using powder, lightly dust powder to affected areas. Seal with ointment or liquid skin barrier to prevent caking.</p> <p>2. Continue treatments based on the level of IAD.</p> <p>3. Assess for thrush (oral fungal infection) and ask for treatment if present.</p> <p>4. For women with fungal rash, ask health care provider to evaluate for vaginal fungal infection and ask for treatment if needed.</p> <p>5. Assess skin folds, including under breasts, under pannus, and in groin.</p> <p>6. If no improvement, culture area for possible bacterial infection.</p>

Copyright © 2008 Joan Junkin. All rights reserved. Please send request for permissions to IADIT@medbiopub.com.

1. Bliss DZ, Zehrer C, Sank K, et al. Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents: A Secondary Analysis of a Prospective, Multicenter Study.  *OstWound Mgmt*. 2006;52:46-55. 2. Institute for Healthcare Improvement. Prevent Pressure Ulcers: How-to Guide. May 2007. Available at: <http://www.ihi.org/nrandonline/Subsites/5930-4899-an19-be88b7986980/presureulcerflowguide.doc>, accessed 10/21/07. 3. Gray M, Bliss DB, Emer-Sofun J, et al. Incontinence-associated Dermatitis: A Consensus. *JWOCN*. 2007;34:40-54.

descriptions of the skin condition to determine whether IAD has developed and to measure its severity. IAD is then classified as high risk, early IAD, moderate IAD, severe IAD and fungal-appearing rash (Figure 6).<sup>2</sup>

#### Recommendation 6 (Level of Evidence: III)

Provide and support an optimal wound-healing environment.

#### Discussion

The RNAO<sup>15,18</sup> and WOCNS<sup>17</sup> guidelines make multiple recommendations related to the assessment and treatment of wounds. Prevention of IAD should be the primary focus; however, healthcare professionals must be equipped to manage skin breakdown should it occur (Figure 7).

To adequately treat skin breakdown, several factors must be addressed. These include co-existing factors, nutritional support, pain management, local skin conditions and, if necessary, optimal dressing selection.<sup>27</sup> When addressing IAD, the first step is to determine the severity of the alteration in skin integrity.<sup>14</sup> Treatment can then be guided by the IAD-IT (Figure 6).<sup>2</sup> Actual interventions will depend on the assessment.<sup>27</sup>

Treatment of IAD should centre around prevention strategies.<sup>10</sup> As highlighted in Recommendation 3, moisturizers and protective barriers in combination with the removal of the cause are key components for treating IAD.

If a dressing is required, it is important that the dressing chosen is atraumatic, supports healing and adheres well in a moist environment.<sup>12,14</sup> The RNAO guidelines support the need for a systematic approach to dressing selection.<sup>15,18</sup> Ovington<sup>28</sup> has made seven dressing recommendations, which are also endorsed by the RNAO recommendation.<sup>18</sup> Recommendations include choosing a dressing that will: maintain constant moisture; be appropriate in accordance to the local wound environment; protect the peri-wound skin; control or manage exudate; control or manage infection; and consider caregiver time. These recommendations should be followed when assessing any wounds and deciding which dressing or product to use.<sup>27</sup> Appropriately utilized



FIGURE 7  
Skin breakdown as a result of severe IAD.

dressings can optimize the healing environment by maintaining the appropriate moisture levels to promote cell growth and healing.<sup>6,27,29</sup>

Beitz has indicated that the most effective method for managing IAD is to leave the affected area uncovered by a dressing, but protected by barrier creams and moisturizers.<sup>12</sup> Contrary to previous practices, it is not recommended to keep skin exposed to the air to let it dry.<sup>5</sup>

#### Recommendation 7 (Level of Evidence: III–IV)

Determine the effectiveness of interventions.

#### Discussion

The RNAO<sup>15,18</sup> and WOCNS<sup>17</sup> guidelines recommend examining the edge of the wound to determine the effectiveness of any interventions and to establish a renewed plan of care if progress is not as anticipated. When determining the effectiveness of their intervention, clinicians who are treating individuals with IAD are advised to measure and document the total area of redness/excoriation and/or skin breakdown. This will allow the clinician to determine if the affected area is enlarging, maintaining or decreasing in size.

Flanagan has stated that a 20–40 per cent reduction in wound area in two and four weeks is likely to be a reliable predictive indicator of healing.<sup>30</sup> For IAD with actual skin breakdown, it can be extrapolated that a similar reduction in size would be expected. But for skin that is only red or excoriated, the expected rate of improvement is increased. Therefore, an individual with IAD should experience a decrease in the severity and size of the affected area if the cause of the IAD has been treated and the condition appropriately

treated. If there is no improvement, the clinician should revise the plan of care to ensure improvement.

#### **Recommendation 8 (Level of Evidence: IV)**

Develop an interprofessional team with flexibility to meet the patient's needs.

#### **Discussion**

The RNAO guidelines provide recommendations related to the development of an organized interprofessional team approach to managing wounds.<sup>15,18</sup>

Patients, families and caregivers require the added expertise of other members of the interprofessional team in addition to the wound or skin care expert's professional knowledge. Other team members can include, but are not limited to, an occupational therapist, physical therapist, dietitian, social worker, general physician, general nurse, enterostomal therapy nurse, nurse continence advisor, pharmacist and discharge

planner.<sup>30</sup> All healthcare professionals involved in the care of the patient with IAD must be willing and able to work together toward positive patient outcomes. A team of healthcare professionals working together is more effective than one healthcare professional working in isolation.<sup>30</sup>

The patient should be at the core of the team. The patient should be involved in his or her care and the team should work to keep the patient involved in the plan of care as much as possible. However, this may not always be possible when co-existing issues such as dementia are present. The patient's desires and wishes must be respected even if they differ from the ultimate goals of the healthcare team.<sup>30</sup>

#### **Recommendation 9 (Level of Evidence: IV)**

Educate patients, caregivers and healthcare professionals on the prevention and treatment of IAD.

*continued on page 22*

# **Patients with Diabetic Ulcerations?**

## **Canadian Certified Pedorthists**

offer specialized expertise to your healthcare team helping improve patients' foot health and mobility one step at a time



Canadian Certified Pedorthists are the most qualified profession to fully assess and fit a patient's custom orthotic and footwear needs. Extensively trained in the assessment of lower limb anatomy and biomechanics, Pedorthists specialize in addressing the specific needs of people with diabetes through a range of different therapeutic modalities.

With a referral from physicians, nurse practitioners and other healthcare providers, patients with lower limb problems can benefit from pedorthic products and services - including orthotics, orthopaedic shoes and accessories - to help alleviate pain and discomfort.

Patient education, coaching and ongoing adjustments and communication are integral to pedorthic management helping to heal wounds and avoid complications of diabetic ulcerations.

Enhance your team with a Canadian Certified Pedorthist  
[www.pedorthic.ca](http://www.pedorthic.ca) or 1-888-268-4404



## Discussion

The RNAO<sup>15,18</sup> and WOCNS<sup>17</sup> guidelines support the need to educate patients, caregivers and healthcare professionals.

Patients, families and healthcare professionals require ongoing education and support to ensure current evidence-based practice is being followed. Prevention is a critical element in a successful plan of care and education is a key component in any successful preventive or treatment program. Education is particularly important in the prevention of IAD. Management of IAD should start not only with a good prevention program,<sup>8,10,20</sup> but should also include an element to determine and if possible remove the cause of the incontinence.<sup>2,20</sup> Frequent monitoring of individuals deemed to be high risk is an important part of any prevention program and is especially important when caring for individuals with IAD.<sup>2,20</sup>

In addition to these strategies it is important to involve those at risk, their family members and their caregivers in the prevention process, thus empowering each person to play a proactive role in IAD prevention.<sup>14</sup> Effective patient and caregiver education is an essential component of successful IAD prevention and management.<sup>14</sup> A needs assessment of patients and caregivers should be performed and documented, including baseline information pertaining to knowledge, beliefs, health practices and perceived learning needs of patients, families and caregivers. Cultural and psychological variables will also be factors in developing prevention and management strategies.<sup>6</sup> Involving individuals and families in prevention strategies and educating them regarding proper techniques for providing care will increase the likelihood of a successful IAD prevention and treatment program.<sup>1,5,16</sup>

## Conclusion

IAD presents a complex and challenging problem for healthcare professionals. IAD can be defined as an inflammation of the perineal or peri-genital skin resulting from prolonged contact with urine or stool. Literature pertaining to the prevention and management of IAD is limited. There is no literature available addressing the prevalence and incidence of IAD related to the Canadian population. In the US, increased

attention has been paid to the economic outcomes associated with prevention strategies, but very little research has focused on the management of IAD and the effectiveness of interventions.

Further research is needed to determine the extent of IAD in the Canadian population and the impact it has on the healthcare system and individuals. ☺

## References

1. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, et al. Incontinence-associated dermatitis: A consensus. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2007;34(1):45–54.
2. Junkin J, Seleko JL. Beyond "diaper rash": Incontinence-associated dermatitis: Does it have you seeing red? *Nursing*. 2008;38 (11 Suppl.):1–10.
3. Junkin J, Seleko JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2007;34(3):260–269.
4. Ayello EA, Braden B. Why is pressure ulcer risk assessment so important? *Nursing*. 2001;31(11):74–79.
5. Gray M. Incontinence-related skin damage: Essential knowledge. *Ostomy/Wound Management*. 2007;53(12):28–32.
6. LeBlanc K, Christensen D, Orsted H, Keast DH. Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. *Wound Care Canada*. 2008;6(1):14–30.
7. Bliss DZ, Savik K, Harms S, et al. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nursing Research*. 2006;55(4):243–251.
8. Junkin J. Incontinence-associated dermatitis. Presentation at the Symposium on Advanced Wound Care Spring Conference; Dallas, Texas: April 18, 2009.
9. Ranganath S, Ferzandi, TR. Fecal incontinence. *Emedicine*. 2009. Retrieved April 26, 2010, from: <http://emedicine.medscape.com/article/268674-overview>.
10. Swanson JG, Skelly J, Hutchison B, Kaczorowski J. Urinary incontinence in Canada. National survey of family physicians' knowledge, attitudes, and practices. *Canadian Family Physician*. 2002; 48:86–92.
11. Bardsley A. Assessment and management of faecal incontinence. *Journal of Community Nursing*. 2009;23(4).
12. Beitz J. Fecal incontinence in acutely and critically ill patients: Options in management. *Ostomy/Wound Management*. 2006; 52(12):53–66.
13. Doughty DB, Crestodina LR. Introductory concepts. In: Doughty DB (ed). *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concepts*, Third Edition. New York, NY: Elsevier, 2006.
14. Gray M. Preventing and managing perineal dermatitis: A shared goal for wound and continence care. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2004;1(Suppl.):S2–S9.
15. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Nursing Best Practice Guideline: Assessment and Management of Stage I to IV Pressure Ulcers – Revised 2007*. Toronto, ON: RNAO, 2005.
16. Gray M, Bohacek L, Weir D, Zdanuk J. Moisture vs pressure: Making sense out of perineal wounds. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 2007;34(2):134–142.
17. Wound, Ostomy, and Continence Nurses (WOCN) Society. *Clinical*

- Practice Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers.* Glenview, IL: WOCN Society, 2003.
18. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Nursing Best Practice Guideline: Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers.* Toronto, ON: RNAO, 2005.
  19. Nix D. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy/Wound Management.* 2002;48(2):43–49.
  20. Canadian Continence Foundation. *Clinical Practice Guidelines for Adults.* Peterborough, ON: Canadian Continence Foundation, 2009. Retrieved April 12, 2010, from: [www.canadiancontinence.ca/health-profs/clinicalpractice.html](http://www.canadiancontinence.ca/health-profs/clinicalpractice.html).
  21. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Promoting Continence Using Prompted Voiding.* Toronto, ON: RNAO, 2005.
  22. Nix D. Factors to consider when selecting skin cleansing products. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing.* 2000; 27(5):260–268.
  23. Zagoren AJ. Nutritional assessment and intervention in the adult with a chronic wound. In: Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (eds). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, Fourth Edition. Wayne, PA: HMP Communications, 2007: pp. 11–27.
  24. LeKan-Rutledge D. Management of urinary incontinence: Skin care, containment devices, catheters, absorptive products. In: Doughty DB (ed). *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concepts*, Third Edition. New York, NY: Elsevier, 2006.
  25. Price P. Quality of life. Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (eds). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, Third Edition. Wayne, PA: HMP Communications, 2007: pp. 311–320.
  26. Popescu AS. Wound pain: A challenge for the patient and the wound care specialist. *Advances in Skin and Wound Care.* 2004; 17(1):14–20.
  27. Krasner DP. Helping patients out of the SWAMP: Skin and wound assessment and management of pain. In: Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (eds). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, Fourth Edition. Wayne, PA: HMP Communications, 2007. pp 85–97.
  28. Ovington LP. Wound dressings: Form, function, feasibility and facts. In: Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (eds). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, Third Edition. Wayne, PA: HMP Communications, 2007: pp. 311–320.
  29. Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL, et al. Preparing the wound bed—debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy/Wound Management.* 2000;46(11):14–35.
  30. Flanagan M. Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. *Ostomy/Wound Management.* 2003;49(10):28–40.

Two wound problems  
Two wound solutions



AQUACEL®  
Hydrofiber® Wound Dressing

AQUACEL® dressing  
for exuding wounds

One Hydrofiber®  
Technology



AQUACEL Ag  
Hydrofiber Dressing with Silver

AQUACEL® Ag dressing  
for infected exuding wounds  
or at risk of infection



© Convatec Inc.

For more information, please call our Customer Relations Center  
(Registered Nurses on staff) at 1-800-465-6302, Monday through Friday,  
8:00 AM to 6:00 PM (EST), or visit our Web Site at [www.convatec.ca](http://www.convatec.ca)



# Recommandations des pratiques exemplaires en matière de prévention et de traitement des dermatites liées à l'incontinence

PAR

KIMBERLY LEBLANC,  
B.Sc.INF, IA,  
M.Sc.INF, CETN(C),

DAWN CHRISTENSEN,  
B.Sc.INF, IA,  
M.Sc.INF, CETN(C),

LAURA ROBBS,  
B.Sc.INF, IA,  
M.Sc.INF, CETN(C),

VIDA JOHNSTON,  
B.Sc.INF, IA,  
WOCN(C),  
CETN(C),

BEVERLY CLELAND,  
B.Sc.INF, IA, NCA

ET

NORMAN FLETT, M. D.,  
CCMF, FCFP

## Abrégé

Bien qu'il n'existe aucune ligne directrice canadienne en matière de prévention et de prise en charge des dermatites liées à l'incontinence (DI), les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour la prévention et le traitement des lésions de pression émises par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAAO) peuvent servir de fondement à la déduction de données probantes en la matière. Par ailleurs, Gray et coll. ont publié un document consensuel sur le sujet, qui peut être utilisé en complément des données probantes figurant dans les lignes directrices de l'AIAAO.

Les lignes directrices de pratique clinique de la Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCNS) pour la prévention et le traitement des lésions de pression et

les recommandations de pratiques exemplaires de l'ACSP pour la prévention et le traitement des déchirures cutanées sont également utiles. Le cheminement proposé dans cet article pour l'évaluation et le traitement des DI peut servir d'aide à la prise de décision clinique. Il est conseillé au clinicien d'identifier et de traiter les causes sous-jacentes; d'identifier et de répondre aux inquiétudes du patient; de respecter les pratiques exemplaires; et de recourir à des thérapies auxiliaires si nécessaire. Les recommandations de pratiques exemplaires formulées ici prennent également en compte la nécessité absolue de mettre au point des activités administratives et éducatives favorisant la mise en œuvre de ces lignes directrices dans la pratique clinique.

## Introduction

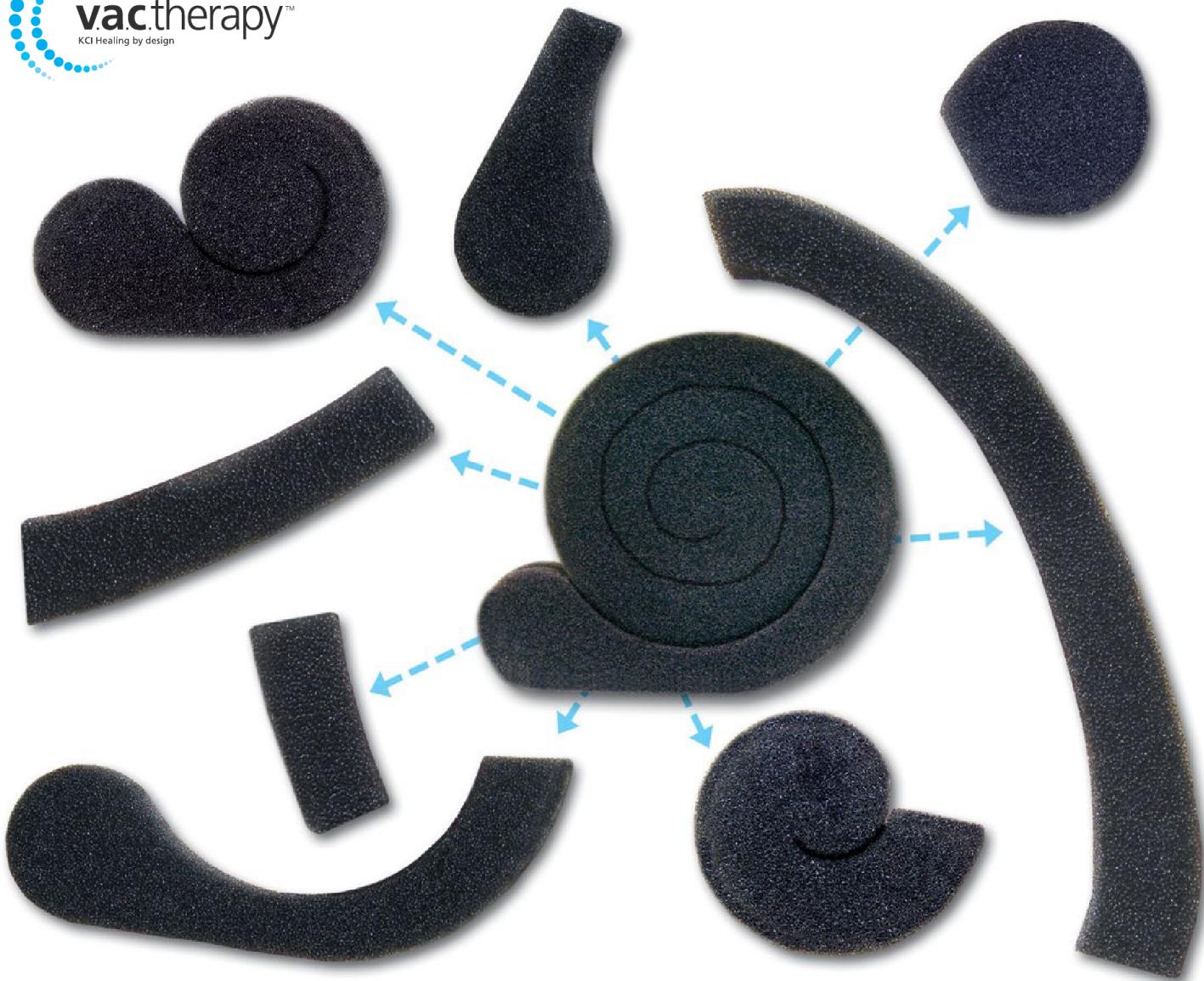
**L**a prévention et la prise en charge des dermatites liées à l'incontinence (DI) sont des thèmes peu documentés. Lors de leurs recherches, les auteurs ont découvert qu'aucun document ne présentait la prévalence, l'incidence ou l'impact économique des DI au sein de la population canadienne. Ils ont interrogé les bases de données MEDLINE et CINAHL à partir des termes clés suivants : DI, érythème fessier, lésion de macération, dermatite d'irritation, dermatite périnéale et miliaire. Ces requêtes ont attiré leur attention sur des articles consacrés aux causes, aux traitements et à la prise en charge des DI. Au total, ils ont répertorié 27 articles théoriques et articles de fond sur lesquels se fondent les recommandations formulées dans cet article.

## Définition de la dermatite liée à l'incontinence

La dermatite liée à l'incontinence (DI) représente un problème complexe et un défi pour les professionnels de la santé. La DI peut être définie comme une inflammation cutanée apparaissant au niveau de la région périnéale ou périgénitale en raison d'un contact prolongé avec l'urine ou les selles. Selon Gray et coll., la DI est une inflammation de l'épiderme accompagnée de rougeurs et d'oedèmes, voire d'une exsudation claire et bulleuse.<sup>1</sup> Dans des cas plus avancés ou plus sévères, on peut également observer une érosion ou une dénudation de la peau.<sup>1</sup>

La DI se développe à partir d'une simple macération résultant de l'exposition plus ou moins prolongée à

suite page 26



## How many ways can you make it simple?

Introducing the easier-to-use\* V.A.C.<sup>®</sup> Simplace<sup>™</sup> Dressing.



Designed to make V.A.C.<sup>®</sup> Therapy placement simpler, faster and easier, the V.A.C.<sup>®</sup> Simplace<sup>™</sup> Dressing includes:

- V.A.C.<sup>®</sup> GranuFoam<sup>™</sup> Dressing in a spiral roll for custom tear-off sizing
- Repositionable 3M<sup>™</sup> Tegaderm<sup>™</sup> Dressing applied in fewer steps
- SensaT.R.A.C.<sup>™</sup> Pad with pre-fixed labels for convenient documentation of foam pieces

\*When compared to standard V.A.C.<sup>®</sup> GranuFoam<sup>™</sup> Dressings.



For more information,  
call 1-800-668-5403 or visit [www.kci-medical.com](http://www.kci-medical.com)

featuring a  
**3M Tegaderm<sup>™</sup>**  
**Dressing**

CAUTION: Federal law restricts this device to sale (or sale/rental) by or on the order of a physician. NOTE: Specific indications, contraindications, warnings, precautions and safety information exist for KCI products and therapies. Please consult a physician and product instructions for use prior to application.

©2009 KCI Licensing, Inc. 3M and Tegaderm are trademarks of 3M Company. All other trademarks herein are proprietary to KCI Licensing Inc., its affiliates and/or licensors. The V.A.C.<sup>®</sup> System and most KCI products are subject to patents and/or pending patents. DSL#0903-150.4 - 06/16



Patiante de 78 ans présentant une désépidermisation causée par une DI.



Patiante de 70 ans présentant une DI sévère sans désépidermisation.

l'urine et/ou aux selles. Junkin et Selekof précisent que chez les patients présentant une couleur de peau foncée, l'inflammation est susceptible de présenter une coloration différente de la peau environnante (à savoir jaune, blanc ou rouge foncé/violet).<sup>2</sup> Dans ce cas, il est important d'identifier les zones indurées par palpation. Le patient peut se plaindre de sensibilité, douleur, démangeaison, fourmillement ou brûlure au niveau du site concerné.<sup>2,3</sup> Les figures 1 et 2 présentent des DI avec et sans désépidermisation.

On constate fréquemment une confusion entre les DI et les lésions de pression de stade 1 définies selon les

critères du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ou d'autres plaies d'épaisseur partielle comme les déchirures cutanées.<sup>4</sup> La manifestation initiale de ces lésions peut en effet sembler identique aux yeux du profane. Voici l'un des indicateurs permettant de différencier les DI des lésions de pression : en général, le site d'une DI n'est pas délimité par une proéminence osseuse. Au contraire, le site présente des bordures plus irrégulières et imprécises au niveau des régions exposées à l'humidité. Contrairement aux lésions de pression, les DI n'évoluent pas vers des lésions cutanées d'épaisseur complète sauf si l'érosion est étendue et prolongée et/ou accompagnée d'une infection.<sup>5</sup> Il est indispensable de différencier les DI des autres types de plaie, notamment des lésions de pression et des déchirures cutanées, afin de garantir le traitement et la prise en charge adaptés de cette pathologie (tableau 1).<sup>5,6</sup>

À noter que la DI peut causer une sensibilité accrue de la peau aux forces de cisaillement, de friction et de pression. Un même patient est donc susceptible de présenter à la fois des lésions de pression, et des déchirures cutanées ainsi qu'une DI.<sup>7,8</sup>

### Prévalence

Selon Junkin et Selekof, la prévalence de l'incontinence parmi les patients en soins intensifs aux États-Unis en 2007 était de 19,7 pour cent (120/608 patients âgés de 4 ans).<sup>3</sup> Au total, 107 patients (17,6 pour cent) présentaient une incontinence fécale. La prévalence la plus élevée a été observée dans le groupe le plus âgé (> 80 ans). Dans 42,5 pour cent des cas, les patients incontinentes présentaient des lésions cutanées associées. Les patients présentant une DI souffraient

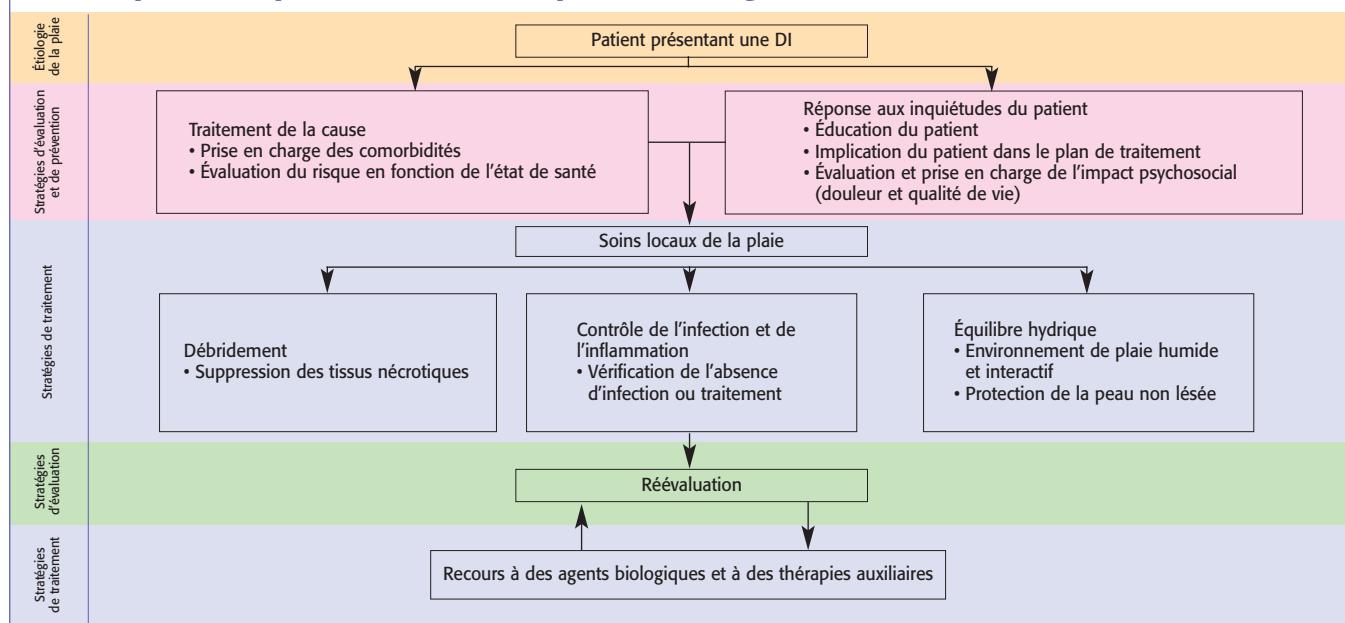
TABLEAU 1

### Comparaison entre les lésions de pression et les DI

Facteur	Lésion de pression	DI
Cause	Friction, cisaillement ou pression directe	Incontinence, irritation de contact
Profondeur de la lésion	Superficielle à profonde	Superficielle
Sens de la lésion	Généralement de bas en haut	Généralement de haut en bas
Site	Généralement au niveau d'une proéminence osseuse, démarcations nettes	Souvent au niveau des plis cutanés, rarement au niveau des régions osseuses, démarcations imprécises
Nécrose	Présence possible	Présence rare

FIGURE 3

## Les étapes de la prévention et de la prise en charge des DI



souvent d'hypoalbuminémie et de malnutrition. À noter que l'incontinence fécale est la deuxième cause majeure d'admission en établissements de soins de longue durée aux États-Unis.<sup>9</sup>

Les États-Unis prêtent une attention accrue aux conséquences économiques associées aux stratégies de prévention de l'incontinence mais peu de recherches ont été menées sur la prise en charge des DI et l'efficacité des actes pratiqués.<sup>1,2,5</sup> Les auteurs n'ont trouvé aucune publication relative à l'impact économique des DI sur le système des soins médicaux au Canada, malgré l'intérêt croissant suscité par l'impact de l'incontinence urinaire.<sup>10</sup> Les recherches exposées par Swanson et coll. portaient en effet sur l'impact de l'incontinence urinaire pour les patients et les fournisseurs de soins sans établir de lien avec les DI ou l'impact économique de ce facteur.<sup>10</sup>

Bien que la prévalence des DI soit plus élevée parmi les patients âgés,<sup>3</sup> notons que d'autres populations sont touchées et que l'incontinence fécale ou urinaire peut se manifester dans toutes les tranches d'âge.<sup>11</sup>

### Recommandation 1 (Force de la preuve : IV)

Obtenir les antécédents médicaux du patient, y compris son état de santé général, et identifier les facteurs prédisposant le patient à un risque accru de DI.

### Discussion

Le risque de développer une DI n'est pas identique chez tous les patients. Incontinence fécale ou urinaire, vieillissement cutané, usage prolongé de stéroïdes, d'antibiotiques ou d'agents promotilines, douleur, mauvaise oxygénation de la peau, fièvre, exposition constante à l'humidité, recours à des produits d'incontinence sans respirabilité, mobilité réduite et diarrhées nosocomiales ou iatrogéniques (causées par une infection intestinale associée à Clostridium difficile ou par l'alimentation par sonde) sont des facteurs prédisposant les patients à un risque accru de DI.<sup>1,7,12</sup> Parmi ces facteurs intrinsèques et extrinsèques, l'incontinence fécale présente le plus fort rapport de corrélation avec les DI.<sup>3,5</sup>

À noter que l'incontinence urinaire et l'incontinence fécale ne font pas partie du processus normal de vieillissement et peuvent être évitées ou contrôlées grâce à une évaluation, un diagnostic et un traitement appropriés.<sup>11,13</sup>

L'identification des patients à risque en matière de DI permet de mettre en œuvre un programme de prévention adapté avant la formation d'une lésion.<sup>14</sup> Les points à prendre en compte lors de l'évaluation du risque comprennent : la cause, la durée et les antécédents relatifs à toute altération de l'intégrité de la peau; les autres pathologies concomitantes; la prise de médicaments;

et le degré de mobilité.<sup>1</sup> Un programme de prévention efficace peut ensuite être mis au point d'après les renseignements recueillis. L'évaluation du risque doit être effectuée dès l'admission de chaque patient dans un service médical et en cas d'évolution de son état.<sup>4,15</sup>

### **Corrélations avec les lésions de pression et différenciation**

On constate fréquemment une confusion entre les DI et les lésions de pression, en particulier les lésions de stade 1 et 2 telles que définies par le NPUAP.<sup>4,7</sup> Il est important de bien différencier les DI des lésions liées à la pression car elles constituent une catégorie à part entière. Les lésions tissulaires profondes et les plaies affectant les tissus sous-cutanés et musculaires sont généralement causées par la compression des tissus

entre une proéminence osseuse et une autre surface et par l'application conjointe de forces de cisaillement et de pression. Les plaies d'épaisseur partielle sont plus souvent causées par des facteurs externes exclusivement.<sup>16</sup> Il peut s'avérer très difficile de différencier les DI des lésions de pression, en particulier chez les patients combinant incontinence et immobilité.

Les patients présentant ces deux facteurs ont 37,5 pour cent de risques supplémentaires de développer une lésion de pression.<sup>2</sup> Par conséquent, l'incontinence urinaire et l'incontinence fécale sont incluses dans de nombreux outils d'évaluation du risque des lésions de pression. La documentation n'étaye aucune conclusion indiquant un lien de cause à effet entre incontinence et lésions de pression mais convient

*suite page 30*

## **Guide de référence rapide pour la prévention et la prise en charge des DI**

Recommandation de pratique exemplaire

Force de la preuve  
(AIIAO/WOCNS)

### **Traitement de la cause**

1. Obtenir les antécédents médicaux du patient, y compris son état de santé général, et identifier les facteurs prédisposant le patient à un risque accru de DI IV
2. Identifier les patients présentant un risque élevé de DI IV
3. Favoriser la prévention des DI IV

### **Réponse aux inquiétudes du patient**

4. Évaluer et prendre en compte les besoins psychologiques dans l'élaboration d'un programme axé sur le patient (douleur et qualité de vie) IV

### **Soins locaux de la plaie**

5. Classer et documenter les DI en fonction du degré de traumatisme à l'aide d'un outil d'évaluation reconnu III–IV
6. Préparer et maintenir un environnement optimal pour la cicatrisation de la plaie III

### **Réévaluation**

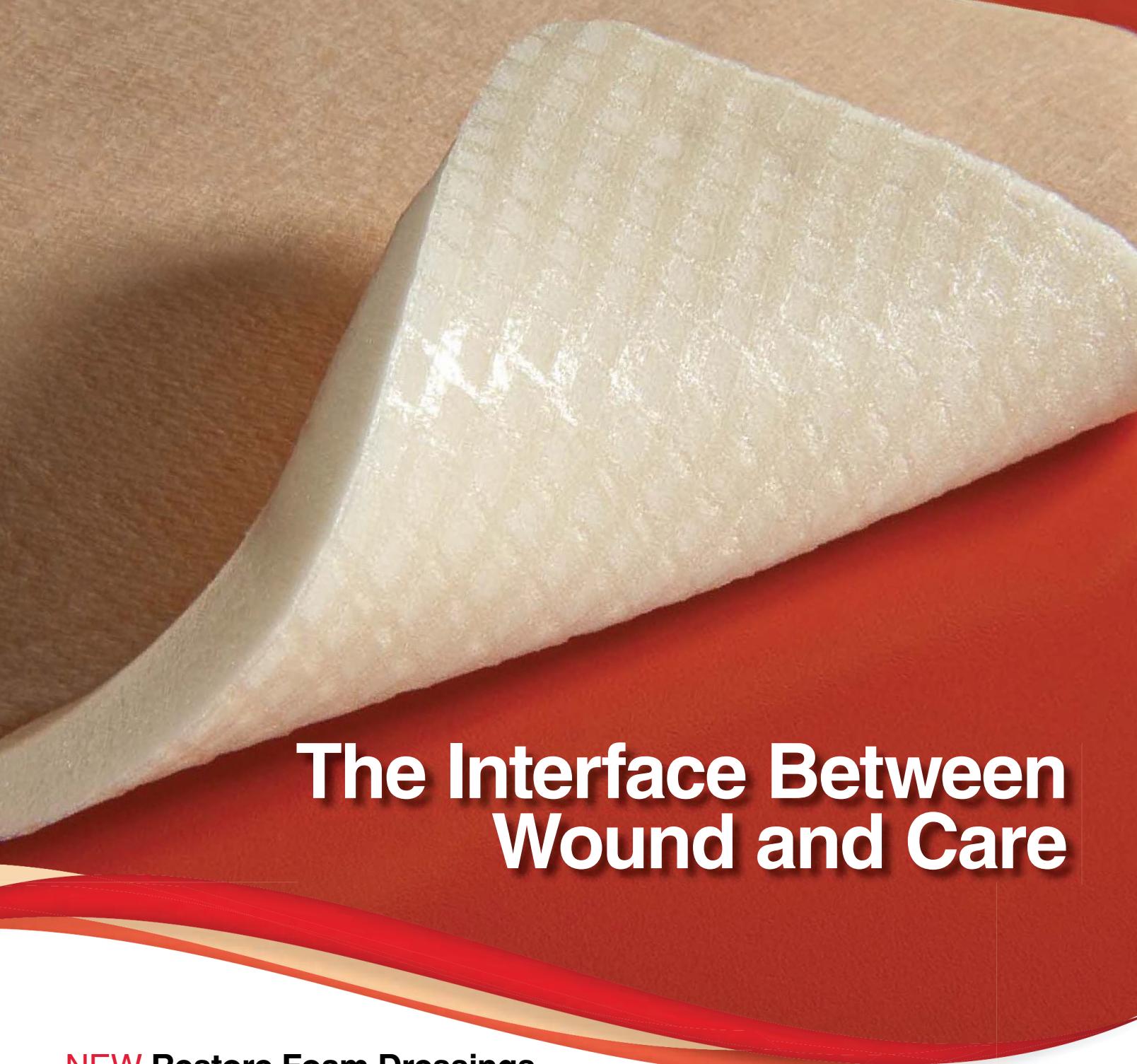
7. Déterminer l'efficacité des actes pratiqués III–IV

### **Soutien organisationnel**

8. Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire flexible capable de répondre aux besoins du patient IV
9. Éduquer les patients, les fournisseurs de soins et les professionnels de la santé en matière de prévention et de traitement des DI IV

AIIAO = Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

WOCNS = Wound, Ostomy and Continence Nurses Society



# The Interface Between Wound and Care

## NEW Restore Foam Dressings with TRIACT ADVANCED Technology.

Featuring a *Lipido-Colloid* matrix that:

- Provides gentle micro-adherence to keep the dressing in place
- Forms a protective gel to maintain moisture balance in the wound interface
- Allows virtually pain-free removal of the dressing

For more information visit [www.HollisterWoundCare.com](http://www.HollisterWoundCare.com)  
or call your Hollister Limited representative today at 1.800.263.7400



Hollisterwoundcare and wave logo are trademarks of Hollister Incorporated.  
Restore, TRIACT ADVANCED and graphic are trademarks of Hollister Wound Care LLC.  
© 2010 Hollister Wound Care LLC

Distributed by:  
**Hollister Limited**  
95 Mary Street  
Aurora, ON  
L4G 1G3

TABLEAU 2

## Outil d'évaluation périnéale<sup>19</sup>

	Note		
	3	2	1
Intensité de l'irritant			
Type et intensité de l'irritant	Selles liquides avec ou sans urine	Selles molles avec ou sans urine	Selles moulées et/ou urine
Durée d'exposition			
Durée d'exposition de la peau à l'irritant	Changement des draps/ serviettes au moins toutes les 2 heures	Changement des draps/ serviettes au moins toutes les 4 heures	Changement des draps/ serviettes au moins toutes les 8 heures
État cutané de la région périnéale			
Intégrité de la peau	Peau dénudée/érodée avec ou sans dermatite	Érythème/dermatite avec ou sans candidose	Peau claire et intacte
Facteurs contributifs			
Hypoalbuminémie, prise d'antibiotiques, alimentation par sonde, <i>Clostridium difficile</i> , autre	Trois facteurs contributifs ou plus	Deux facteurs contributifs	Aucun ou un facteur contributif
Note de 4 à 6 = risque faible Note de 7 à 12 = risque élevé			

plutôt que l'altération de l'intégrité cutanée résultant de la DI accroît la sensibilité de la peau aux forces de pression, de cisaillement et de friction.<sup>5</sup>

### Recommandation 2 (Force de la preuve : IV)

Identifier les patients présentant un risque élevé de DI.

#### Discussion

La pathophysiologie des DI n'est pas parfaitement connue,<sup>3</sup> toutefois, un certain nombre de facteurs contribuant à leur développement ont été identifiés. Gray et coll. ont mis en évidence des observations antérieures d'après lesquelles la tolérance des tissus, l'environnement périnéal et les capacités d'élimination et de propreté seraient des facteurs contributifs clés.<sup>1</sup>

La tolérance des tissus est fonction de l'âge, de l'état de santé, de l'état nutritionnel, de l'oxygénation, de la perfusion et de la température corporelle centrale.<sup>3</sup> L'environnement périnéal est affecté par le type d'incontinence (urinaire, fécale ou mixte), le nombre et la fréquence des épisodes d'incontinence, les forces de cisaillement et la présence d'agents irritants ou allergènes pouvant altérer l'intégrité de la peau.<sup>3</sup> Selon

des rapports antérieurs, Gray et coll. notent une étroite corrélation entre le développement des DI et les facteurs suivants : incontinence fécale, fréquence élevée des épisodes d'incontinence, altération de l'intégrité de la peau, douleur, mauvaise oxygénation de la peau, fièvre et mobilité réduite.<sup>1</sup>

Bliss et coll. se sont également fondés sur des travaux antérieurs pour étudier le cas des patients demeurant dans des établissements de soins de longue durée.<sup>7</sup> Ils concluent que les patients prédisposés à un risque accru de DI sont ceux atteints d'incontinence fécale seule, contrairement aux patients atteints uniquement d'incontinence urinaire.

Les lignes directrices de l'AIAAO relatives aux lésions de pression<sup>15</sup> et les lignes directrices de la WOCNS<sup>17</sup> recommandent de procéder à une évaluation du risque (comprenant un examen exhaustif de la tête aux pieds) dès l'admission, puis conformément aux politiques en vigueur dans l'établissement. L'AIAAO préconise le recours à des outils d'évaluation du risque reconnus.<sup>15,18</sup>

Des outils adaptés à la prévision des lésions de pression sont disponibles<sup>6</sup> et largement utilisés. Nix

donne une description de l'outil d'évaluation périnéale (tableau 2)<sup>19</sup>, qui permet d'évaluer les risques de DI selon quatre critères : l'exposition à un agent irritant comme l'urine ou les selles, l'intensité de l'irritant, l'état cutané de la région périnéale et les facteurs contributifs extrinsèques. Chacun de ces quatre critères est évalué et noté sur une échelle de 1 à 3. Une note globale de 4 représente le risque le plus faible, tandis qu'une note de 12 représente le risque le plus élevé (une note comprise entre 4 et 6 indique un risque faible, tandis qu'une note comprise entre 7 et 12 indique un risque élevé). L'outil d'évaluation périnéale a été reconnu par la Wound Ostomy and Continence Nurses Society avec une fidélité interjugés de 87 pour cent.<sup>19</sup>

Malgré l'existence d'outils spécialement dédiés à l'évaluation du risque de DI, Gray et coll. rapportent que l'instrument le plus couramment utilisé pour les lésions cutanées dues à l'humidité est le système de stadiification du NPUAP.<sup>1</sup> Ce dernier étant conçu pour mesurer l'ampleur des lésions tissulaires liées à la

pression, Gray et coll. déconseillent son utilisation à des fins de classification des DI.

### **Recommandation 3 (Force de la preuve : IV)**

Favoriser la prévention des DI.

#### **Discussion**

Les lignes directrices de l'AIAAO et de la WOCNS<sup>17,18</sup> recommandent la mise en œuvre de protocoles de prévention systématiques. Dans certains cas, la prévention des DI peut s'avérer complexe et coûteuse pour les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins.<sup>5</sup> Selon Gray et coll., la meilleure stratégie de prévention doit se fonder sur un protocole structuré de soins cutanés.<sup>1</sup>

Les programmes de prévention des DI doivent intégrer les points suivants : évaluation et traitement de l'incontinence; procédure de toilette régulière; application d'hydratants et d'agents protecteurs contre l'humidité; contrôle et traitement des infections

TABLEAU 3

### **Stratégies de prévention et de prise en charge des DI<sup>1-3,5,8</sup>**

#### **Stratégie**

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Identifier et traiter la cause de l'incontinence, si possible (fécale et/ou urinaire).   |
| 2 | Évaluer le risque de DI à l'aide d'un outil reconnu spécialement conçu à cet effet.<br>Une fois le risque évalué, inspecter attentivement la peau du patient afin de vérifier son intégrité.   |
| 3 | Chez les patients incontinentes, nettoyer délicatement la peau à l'aide d'un produit de pH acide (proche du pH normal de la peau, soit 5,5).<br>Ne pas frotter la peau.  |
| 4 | Une fois la peau propre, l'hydrater et appliquer un agent dermoprotecteur.<br>En cas d'application de produits à base de zinc, ne pas frotter pour retirer l'excédent de zinc (il n'est pas nécessaire d'éliminer toute trace du produit à chaque fois).<br>Procéder à des applications plus fréquentes chez les patients présentant fréquemment des selles trop liquides. |
| 5 | Limiter le recours aux moyens de confinement.<br>Dans les cas où cela est indispensable, remplacer le dispositif utilisé dès qu'il est souillé.  |
| 6 | Contrôler et traiter l'infection.<br>Les patients présentant une DI sont prédisposés à un risque accru d'infection fongique.   |
| 7 | Envisager le recours à des dispositifs auxiliaires - récipient pour matières fécales, systèmes de drainage avec ballonnet de rétention, sondes urinaires à demeure ou systèmes de prise en charge des matières fécales - chez les patients présentant une DI ou un risque élevé de DI et ne répondant pas aux autres méthodes de confinement et de prévention.             |
| 8 | Optimiser les apports nutritionnels et l'hydratation.  |
| 9 | Former le personnel de soutien et les fournisseurs de soins personnels en matière de stratégies de prévention et de prise en charge.   |

cutanées; optimisation de la nutrition et de l'hydratation; recours à des moyens de confinement; recours à des dispositifs auxiliaires.<sup>1</sup>

Chacun de ces points est décrit en détail ci-après. Les stratégies de prévention et de prise en charge sont quant à elles résumées dans le tableau 3.

### **Évaluation et traitement de l'incontinence**

Toute stratégie de prévention doit inclure l'évaluation et le traitement de l'incontinence urinaire et fécale chez les patients présentant un risque de DI.<sup>2,3</sup> L'évaluation et le traitement de l'incontinence vont au-delà de la portée de ces recommandations de pratiques exemplaires mais la Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada) a publié des lignes directrices de pratique clinique destinées aux adultes en matière d'incontinence urinaire.<sup>20</sup> De son côté, l'AIIAO a également publié des lignes directrices visant à favoriser la continence par le déclenchement de la miction.<sup>21</sup>

Dans de nombreux cas, l'incontinence peut être traitée efficacement grâce à des interventions comportementales entrant dans le cadre des pratiques des professionnels de la santé au Canada comme les infirmières (en particulier les infirmières stomothérapeutes et les infirmières-conseil en continence) et les physiothérapeutes.<sup>20</sup> Cependant, lorsque les approches traditionnelles s'avèrent inefficaces, les conseils d'un médecin spécialiste (urologue, uro-gynécologue, gastroentérologue) peuvent être d'une grande utilité.<sup>20</sup>

### **Toilette régulière**

Les programmes de prévention des DI incluent également la mise au point d'une procédure de toilette régulière douce, qui implique l'usage d'hydratants visant à compenser la perte lipidique et d'agents protecteurs contre l'humidité permettant d'éviter le contact entre la peau et l'urine ou les selles.<sup>14</sup> Gray recommande d'utiliser un nettoyant doux pour la peau permettant d'éliminer l'urine et les selles sans compromettre le manteau acide de la peau.<sup>14</sup> Les nettoyants sans rinçage constituent la solution idéale car ils permettent de limiter le nombre d'étapes de la procédure et donc le risque de cisaillement et de friction pendant les soins cutanés. De plus, ils présentent généralement un pH neutre, contrairement aux savons alcalins.<sup>14,19</sup>

### **Hydratants et agents protecteurs contre l'humidité**

Pour assurer l'efficacité d'un programme de prévention des DI, il est nécessaire de faire la différence entre les hydratants et les agents protecteurs contre l'humidité. Ces deux types de produits jouent un rôle différent mais tout aussi important dans la prévention des DI et ne sont pas interchangeables. Les hydratants sont destinés à rétablir et à préserver l'hydratation de la peau. En général, les hydratants contiennent un humectant comme la glycérine, la lanoline ou une huile minérale. Les humectants sont importants car ils participent à la régénération de la barrière de protection naturelle de la peau, tandis que les émollients sont destinés à compenser la perte lipidique. Les hydratants peuvent être appliqués seuls ou en association avec des agents dermoprotecteurs.<sup>14,19</sup>

Les agents protecteurs contre l'humidité permettent de protéger la peau en cas de contact avec l'urine, les selles ou la transpiration. Ils peuvent être appliqués sous forme de crème ou d'onguent, leurs principes actifs étant généralement la vaseline, la diméthicone, l'oxyde de zinc ou une combinaison de ces produits.<sup>9,14</sup>

- La vaseline est un produit semi-solide dérivé du pétrole. C'est un excellent agent protecteur contre l'urine mais elle s'avère moins efficace contre les selles.
- Les agents protecteurs à base de diméthicone sont dérivés de la silicone. Ils sont plus faciles à appliquer et à éliminer que l'oxyde de zinc ou la vaseline mais ils assurent une protection moins efficace.
- L'oxyde de zinc est un agent dermoprotecteur efficace mais il peut s'avérer difficile à éliminer. Il est nécessaire d'informer les fournisseurs de soins qu'il n'est pas indispensable d'éliminer complètement l'oxyde de zinc à chaque toilette.
- Les agents dermoprotecteurs sont également disponibles sous forme liquide et peuvent être utilisés à la place d'une crème ou d'un onguent. Veillez à utiliser des agents liquides sans alcool, notamment en présence d'une DI, car l'alcool peut accroître la douleur du patient.

### **Contrôle et traitement des infections de la peau : candidose cutanée**

L'humidité associée à la DI prédispose le patient à un risque accru de candidose cutanée concomitante. Ce type d'infection fongique peut être traité à l'aide d'une crème ou d'une poudre antifongique. Il est

recommandé de choisir un produit contenant un agent dermoprotecteur. Autre solution : appliquez une fine couche de poudre antifongique, puis recouvrez-la d'un agent dermoprotecteur ou d'un onguent à base de baume du Pérou, d'huile de ricin et de trypsine pour optimiser la cicatrisation.<sup>5</sup>

### Nutrition et hydratation

L'état nutritionnel et l'hydratation sont des facteurs étroitement liés à l'intégrité de la peau. Le soutien nutritionnel est essentiel à la cicatrisation des plaies. En l'absence d'apports alimentaires adaptés, l'organisme n'est pas en mesure de réparer les tissus lésés ou de mobiliser les défenses immunitaires contre une prolifération microbienne ou une infection.<sup>4,22</sup> Chaque étape du processus de cicatrisation cutanée dépend des apports en acides aminés, en lipides et en glucides. L'optimisation de la nutrition permet par conséquent d'améliorer l'intégrité de la peau, de favoriser la cicatrisation des lésions cutanées et de



FIGURE 4

Patient de 85 ans présentant une DI sévère.



FIGURE 5

Patient de 85 ans présentant une DI, avec système de prise en charge des matières fécales à demeure.

contribuer à la prévention des DI. Par ailleurs, on a constaté que les patients présentant une hypoalbuminémie sont prédisposés à un risque accru de DI par rapport aux patients présentant un taux normal.<sup>3,4</sup>

L'hydratation et l'état nutritionnel peuvent être évalués par observation, d'après les antécédents médicaux et par analyse de sang (p. ex. : albuminémie et pré-albuminémie).<sup>2,4</sup> Il est essentiel de mettre sur

suite page 34



**Dynamic moisture control**

ALLEVYN's proven triple action technology with sustained antimicrobial protection. Available in ALLEVYN Adhesive, ALLEVYN Non-Adhesive, ALLEVYN Gentle and ALLEVYN Gentle Border.

For more information, visit [www.allevyn.com](http://www.allevyn.com) or call 1 800 463-7439.

**Prise en charge dynamique de l'humidité**

La technologie ALLEVYN unique à triple action offre une protection antibactérienne soutenue. Elle est disponible dans les pansements suivants: ALLEVYN Adhésif, ALLEVYN Non adhésif, ALLEVYN Gentle et ALLEVYN Gentle Border.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le site [www.allevyn.com](http://www.allevyn.com) ou appelez au 1 800 463-7439.

 **smith&nephew**  
**ALLEVYN® Ag**  
Silver Wound Dressings

**ALLEVYN Ag**  
Pansements enduits  
d'argent

[www.smith-nephew.com](http://www.smith-nephew.com)  
©2010 Smith & Nephew Inc. All rights reserved. \*Trademark of Smith & Nephew. Certain marks Reg. US Pat. & TM Office. 06/10

©2010 Smith & Nephew Inc. Tous droits réservés. \*Marques de commerce de Smith & Nephew. Certaines marques sont inscrites au registre américain des brevets et des marques de commerce. Juin 2010.

pied une approche d'équipe interdisciplinaire impliquant un diététiste pour les patients présentant une désépidermisation, y compris en cas de risque de DI.<sup>22</sup>

### Moyens de confinement

Les besoins en matière de confinement de l'incontinence urinaire et fécale doivent être étudiés à la lumière du risque d'altération de l'intégrité cutanée par macération.<sup>2</sup> Les produits d'incontinence à polymère absorbant, tels que les serviettes et les

caleçons spéciaux destinés à éviter l'écoulement sur la peau, doivent être utilisés un strict minimum. Avant d'informer le patient au sujet des moyens de confinement, le clinicien doit s'enquérir en détail des antécédents médicaux de ce dernier en termes de mobilité et de dextérité, de style de vie, d'élimination et de propreté, de fréquence et de volume des épisodes d'incontinence et de problèmes cutanés antérieurs ou actuels.<sup>23</sup>

En cas de DI sévère, l'usage à court terme d'une sonde urinaire à demeure peut être envisagé. Il est important d'allier la toilette de la peau après chaque épisode d'incontinence à l'application de produits dermoprotecteurs comme les hydratants et les agents protecteurs contre l'humidité.<sup>2</sup> Le port de caleçons d'incontinence ajustés est déconseillé en cas d'incontinence fécale car les selles restent emprisonnées au contact de la peau. En revanche, le recours à des serviettes d'incontinence chez les patients immobiles et les programmes d'élimination et de propreté destinés aux patients capables de réagir à des indicateurs et pouvant se déplacer avec une aide sont recommandés afin de minimiser le contact des selles avec la peau dans la région périnéale.<sup>2</sup>

FIGURE 6

### L'outil interventionnel DI<sup>2</sup> (reproduction sur autorisation)

#### INCONTINENCE-ASSOCIATED DERMATITIS INTERVENTION TOOL (IAD-IT)

##### Skin Care for Incontinent Persons

1. Cleanse incontinence ASAP and apply barrier.
2. Document condition of skin at least once every shift in nurse's notes.
3. Notify primary care provider when skin injury occurs and collaborate on the plan of care.
4. Consider use of external catheter or fecal collector.
5. Consider short term use of urinary catheter only if necessary.

	DEFINITION	INTERVENTION
HIGH-RISK	Skin is not erythematous or warmer than nearby skin but may show scars or color changes from previous IAD episodes and/or healed pressure ulcer(s).  Person not able to adequately care for self or communicate need and is incontinent of liquid stool at least 3 times in 24 hours. <sup>1</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Use a disposable barrier cloth containing cleanser, moisturizer and protectant.<sup>2</sup></li> <li>2. If barrier cloths not available, use acidic cleanser (6.5 or lower), not soap (soap is too alkaline); cleanse gently (soak for a minute or two – no scrubbing); and apply a protectant (ie: dimethicone, liquid skin barrier or petroleum).</li> <li>3. If briefs or underpads are used, allow skin to be exposed to air. Use containment briefs only for sitting in chair or ambulating – not while in bed.</li> <li>4. Manage the cause of incontinence: a) Determine why the patient is incontinent. Check for urinary tract infection, b) Consider timed toileting or a bladder or bowel program, c) Refer to incontinence specialist if no success.<sup>3</sup></li> </ol>
EARLY IAD		<p>Skin exposed to stool and/or urine is dry, intact, and not blistered, but is pink or red with diffuse (not sharply defined), often irregular borders. In darker skin tones, it might be more difficult to visualize color changes (white or yellow color) and palpation may be more useful.</p> <p>Palpation may reveal a warmer temperature compared to skin not exposed. People with adequate sensation and the ability to communicate may complain of burning, stinging, or other pain.</p>
MODERATE IAD		<p>Affected skin is bright or angry red – in darker skin tones, it may appear white or yellow. Skin usually appears shiny and moist with weeping or pinpoint areas of bleeding. Raised areas or small blisters may be noted.</p> <p>Small areas of skin loss (dime size) if any. This is painful whether or not the person can communicate the pain.</p> <p>↑ <i>Include treatments from box above plus:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Consider applying a zinc oxide-based product for weepy or bleeding areas 3 times a day and whenever soiling occurs.</li> <li>6. Apply the ointment to a non-adherent dressing (such as anorectal dressing for cleft, Telfa for flat areas, or ABD pad for larger areas) and gently place on injured skin to avoid rubbing. Do not use tape or other adhesive dressings.</li> <li>7. If using zinc oxide paste, do not scrub the paste completely off with the next cleaning. Gently soak stool off top then apply new paste covered dressing to area.</li> <li>8. If denuded areas remain to be healed after inflammation is reduced, consider BTC ointment (balsam of peru, trypsin, castor oil) but remember balsam of peru is pro-inflammatory.</li> <li>9. Consult WOON if available.</li> </ol>
SEVERE IAD		<p>Affected skin is red with areas of denudement (partial thickness skin loss) and oozing/bleeding. In dark skinned patients, the skin tones may be white or yellow.</p> <p>Skin layers may be stripped off as the oozing protein is sticky and adheres to any dry surface.</p> <p>↑ <i>Include treatments from box above plus:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Position the person semiprone BID to expose affected skin to air.</li> <li>11. Consider treatments that reduce moisture: low air loss mattress/overlay, more frequent turning, astringents such as Donebrone soaks.</li> <li>12. Consider the air flow type underpads (without plastic backing).</li> </ol>
FUNGAL APPEARING RASH		<p>This may occur in addition to any level of IAD skin injury.</p> <p>Usually spots are noted near edges of red areas (white or yellow areas in dark skinned patients) that may appear as pimples or just flat red (white or yellow) spots.</p> <p>Person may report itching which may be intense.</p> <p>Ask primary care provider to order an anti-fungal powder or ointment. Avoid creams in the case of IAD because they add moisture to a moisture damaged area (main ingredient is water).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. If using powder, lightly dust powder to affected areas. Seal with ointment or liquid skin barrier to prevent clogging.</li> <li>2. Continue the treatment based on the level of IAD.</li> <li>3. Assess for thrush (oral fungal infection) and ask for treatment if present.</li> <li>4. For person with fungal rash, ask health care provider to evaluate for vaginal fungal infection and ask for treatment if needed.</li> <li>5. Assess skin folds, including under breasts, under nipples, and in groin.</li> <li>6. If no improvement, culture area for possible bacterial infection.</li> </ol>

Copyright © 2008 Joan Junken. All rights reserved. Please send request for permissions to IADIT@medicpub.com.

1. Blies DZ, Zehner C, Sank K, et al. Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents: A Secondary Analysis of a Prospective, Multicenter Study.  *Ost/Wound Mgmt.* 2006;52:46-55. 2. Institute for Healthcare Improvement. Prevent Pressure Ulcers: How To Guide. May 2007. Available at: <http://www.ihi.org/nr/tutorials/Subiects/6B3-4286-ear19-be885796980/pressureulcerhowtogo.doc>, accessed 10/21/07. 3. Gray M, Blies DB, Ermer-Sefton J, et al. Incontinence-associated Dermatitis: A Consensus.  *JWOON.* 2007;34:45-54.

80061

### Dispositifs auxiliaires

L'usage de dispositifs auxiliaires tels que les condoms collecteurs et les récipients pour matières fécales permet de minimiser le contact entre la peau et l'urine/les selles.<sup>23</sup> Les sondes urinaires externes ou les condoms collecteurs pour homme sont efficaces, à condition que le patient les laisse en place et présente en journée une longueur pénienne d'au moins un pouce. Les récipients pour matières fécales comprennent les sacs collecteurs externes et les tubes de drainage à demeure ou les systèmes de prise en charge des matières fécales.<sup>23</sup>

Les sacs collecteurs pour matières fécales constituent une solution non invasive. Ils sont composés d'une barrière cutanée auto-adhésive fixée au niveau de la région périrectale et d'un sac collecteur souvent relié à un bassin de lit. Le sac adhère à la peau autour de l'anus afin d'éviter tout contact entre les selles et la peau. Ces dispositifs fonctionnent bien chez les patients à mobilité réduite présentant des selles liquides, sous réserve de la préparation

correcte de la peau et du respect des techniques d'application progressives. Les sacs collecteurs externes présentent les avantages suivants : confinement des selles, mesure précise des excréptions, usage réduit de fournitures et gain de temps pour les fournisseurs de soins, confort accru du patient; en outre, ils peuvent être utilisés indéfiniment.<sup>2,23</sup>

Les tubes rectaux à demeure ou les systèmes de prise en charge des matières fécales (figure 5) sont des dispositifs médicaux conçus pour orienter, recueillir et confiner l'écoulement des selles liquides chez les patients immobilisés. Les systèmes clos de confinement des matières fécales réduisent l'exposition du personnel à d'éventuelles substances organiques infectieuses et protègent efficacement la peau au niveau de la région périnéale. Après un toucher rectal et l'élimination de toute occlusion, le tube souple de la sonde est introduit dans le rectum et le ballonnet est rempli de solution saline ou d'eau.<sup>2</sup>

FIGURE 7



Désépidermisation résultant d'une DI sévère.

Certains systèmes permettent l'irrigation ou l'instillation de médicaments.<sup>12</sup>

Ces systèmes doivent être utilisés avec précaution car les effets à long terme et les limites du champ d'application ne sont pas connus. La présence de selles partiellement solides entraînera une obstruction

*suite page 36*



## Why kill when you can simply remove?

**Cutimed® Sorbact®** a unique antimicrobial dressing that rapidly and effectively binds and removes microbes from colonised and infected wounds without any chemically active agent

- No promotion of bacterial endotoxin release
- No development of bacterial resistance
- No cytotoxicity
- No undesirable side effects



**BSN** medical

Call us at **1-877-978-5526** or visit [www.cutimed.com](http://www.cutimed.com) for more information and clinical evidence.

du tube pouvant causer une perforation intestinale. Parmi les avantages de ce système, citons le confinement des selles, la réduction du risque infectieux et la prise en charge des DI sévères. Les inconvénients sont les suivants : usage à court terme seulement, utilisation difficile chez les patients mobiles et non adaptée chez les patients présentant une incontinence fécale chronique. Ces dispositifs doivent être mis en place par des professionnels expérimentés.<sup>12,23</sup>

#### **Recommandation 4 (Force de la preuve : IV)**

Évaluer et prendre en compte les besoins psychologiques dans l'élaboration d'un programme axé sur le patient (douleur et qualité de vie).

#### **Discussion**

Les lignes directrices de l'AIAO<sup>15,18</sup> et de la WOCNS<sup>17</sup> présentent la recommandation 4. Une évaluation psychologique comprenant l'évaluation de la qualité de vie doit être effectuée pour déterminer la motivation du patient et sa capacité à comprendre et à suivre un programme de soins.<sup>24</sup> Les patients présentant une DI ressentent des douleurs, un manque de confort et éventuellement une gêne en raison de leur incontinence.<sup>12</sup>

#### **Qualité de vie**

Les patients présentant une DI ont besoin d'un soutien physique mais aussi psychologique.<sup>24</sup> Comme c'est le cas pour toute maladie chronique, ils doivent adapter leur style de vie. Un soutien supplémentaire est donc indispensable pour les aider à surmonter efficacement l'impact des DI sur leur qualité de vie.<sup>25</sup>

#### **Douleur**

L'intensité de la douleur ressentie diffère d'un patient à l'autre et joue un rôle crucial dans leur qualité de vie et leur bien-être.<sup>24-26</sup> La douleur est un symptôme associé à une lésion réelle ou ressentie. Elle est définie de façon subjective par le patient. Les patients présentant une DI ressentent la douleur à divers degrés : sensation de brûlure lors du contact des selles ou de l'urine avec le site irrité; douleur chronique au niveau des lésions cutanées; et douleur psychologique liée à la désépidermisation.<sup>24-26</sup>

Selon les lignes directrices de l'AIAO, la douleur

doit être évaluée de façon régulière grâce aux mêmes outils et validée à chaque fois, chez tous les patients.<sup>15,18</sup> Actuellement, il n'existe aucun outil spécialement reconnu pour l'évaluation de la douleur liée à l'altération de l'intégrité de la peau; cependant, il existe un certain nombre d'outils d'évaluation de la douleur reconnus qui peuvent être utilisés en fonction de la capacité cognitive du patient.<sup>26</sup>

Pour l'évaluation de la douleur chez les patients âgés, le recours à des questions formulées en termes simples et à des outils faciles à comprendre s'avère la solution la plus efficace.<sup>25</sup> En effet, les déficiences sensorielles et cognitives renforcent souvent l'incapacité des personnes âgées à exprimer la douleur ressentie aux fournisseurs de soins. Des outils subjectifs comme l'échelle visuelle analogue ou la grille d'évaluation des expressions faciales se révèlent particulièrement efficaces au sein de cette population. Une échelle visuelle analogue se présente sous la forme d'une ligne horizontale de 10 centimètres à une extrémité de laquelle on indique « aucune douleur » et à l'autre extrémité « douleur extrême ».<sup>25</sup> Les patients doivent simplement indiquer la position sur la ligne qui représente l'intensité de la douleur ressentie. La grille d'évaluation des expressions faciales représente une échelle de zéro à six, le niveau le plus faible étant symbolisé par un visage souriant et le niveau le plus élevé par un visage grimaçant et en pleurs. Les patients choisissent le visage illustrant ce que la douleur leur fait ressentir.<sup>25</sup>

La perception de la douleur par le patient doit être respectée et implique une prise en charge par une équipe interdisciplinaire. L'évaluation précise du type, de l'intensité et de l'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient doit être prise en compte lors de l'élaboration d'un programme de soins personnalisé et doit faire partie intégrante de l'évaluation clinique globale.<sup>24,25</sup>

#### **Recommandation 5 (Force de la preuve : III-IV)**

Classer et documenter les DI en fonction du degré de traumatisme à l'aide d'un outil d'évaluation reconnu.

#### **Discussion**

Les lignes directrices de l'AIAO<sup>15,18</sup> et de la WOCNS<sup>17</sup> formulent des recommandations liées à la classification

des plaies. Les altérations de l'intégrité de la peau doivent être classées de façon systématique et universelle. Pour documenter précisément et traiter les DI, il est important d'utiliser un langage commun. Il est essentiel de procéder à une documentation appropriée pour comprendre l'étendue du problème. Les DI ne doivent pas être incluses dans la catégorie des lésions de pression.

La présence et la sévérité des DI doivent être évaluées à l'aide d'un outil standardisé permettant de déterminer l'intégrité de la peau de façon précise et fiable chez les patients incontinents.<sup>2</sup> Deux outils conformes aux critères susmentionnés sont disponibles : l'outil d'évaluation de la peau dans la région périrectale et l'outil d'évaluation de la peau proposé par Kennedy et Lutz (cf. description donnée par Junkin et Seleko<sup>f2</sup>). Junkin et Seleko ont proposé un nouvel outil de classification des DI, l'outil interventionnel DI (IAD Intervention Tool), en se basant sur les conclusions des travaux antérieurs.<sup>2</sup> Cette échelle comporte des descriptions de l'état de la peau visant à déterminer la présence d'une DI et à en mesurer la sévérité. La DI est ensuite classée comme suit : haut risque, DI précoce, DI modérée, DI sévère et érythème d'origine fongique (figure 6).<sup>2</sup>

#### **Recommendation 6 (Force de la preuve : III)**

Préparer et maintenir un environnement optimal pour la cicatrisation de la plaie.

#### **Discussion**

Les lignes directrices de l'AIIAO<sup>15,18</sup> et de la WOCNS<sup>17</sup> proposent de multiples recommandations liées à l'évaluation et au traitement des plaies. La prévention des DI est l'objectif premier; toutefois, les professionnels de la santé doivent être en mesure de prendre en charge la désépidermisation, le cas échéant (figure 7).

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte afin de traiter ce problème de façon appropriée, parmi lesquels figurent le soutien nutritionnel, la prise en charge de la douleur, l'état local de la peau et, le cas échéant, le choix du pansement le mieux adapté.<sup>27</sup> La première étape de prise en charge des DI consiste à déterminer la sévérité des altérations de l'intégrité de la peau.<sup>14</sup> Le traitement peut ensuite suivre les instructions données par l'outil interventionnel DI (figure 6).<sup>2</sup> Les actes à pratiquer

dépendent des conclusions de l'évaluation.<sup>27</sup>

Le traitement des DI doit s'articuler autour des stratégies de prévention.<sup>10</sup> Comme souligné dans la recommandation 3, le recours à des hydratants et agents protecteurs, associé à l'élimination de la cause, sont les facteurs clés intervenant dans le traitement des DI.

Si la pose d'un pansement est nécessaire, il est important que le produit choisi soit atraumatique, favorise la cicatrisation et présente des propriétés adhésives résistant à l'humidité.<sup>12,14</sup> Les lignes directrices de l'AIIAO préconisent la mise en œuvre d'une approche systématique pour le choix des pansements.<sup>15,18</sup> Ovington<sup>28</sup> a formulé sept recommandations relatives aux pansements, lesquelles sont reprises dans la recommandation de l'AIIAO.<sup>18</sup> Il est recommandé de choisir un pansement permettant de : maintenir un niveau d'humidité constant; s'adapter à l'environnement local de la plaie; protéger la peau autour de la plaie; contrôler ou prendre en charge les exsudats; contrôler ou prendre en charge les infections; et faire gagner du temps aux fournisseurs de soins. Ces recommandations doivent être suivies lors de l'évaluation des plaies et du choix du pansement ou produit à utiliser.<sup>27</sup> L'utilisation appropriée des pansements permet d'optimiser l'environnement de cicatrisation grâce au maintien d'un niveau d'humidité favorisant la croissance cellulaire et la cicatrisation.<sup>6,27,29</sup>

Selon Beitz, la méthode la plus efficace en matière de prise en charge des DI consiste à laisser la zone lésée à l'air libre (sans pansement) et à la protéger à l'aide de crèmes et d'hydratants.<sup>12</sup> Contrairement aux pratiques mises en œuvre auparavant, il est déconseillé de laisser la peau sécher à l'air libre.<sup>5</sup>

#### **Recommendation 7 (Force de la preuve : III-IV)**

Déterminer l'efficacité des actes pratiqués.

#### **Discussion**

Les lignes directrices de l'AIIAO<sup>15,18</sup> et de la WOCNS<sup>17</sup> recommandent d'examiner les bords de la plaie afin d'évaluer l'efficacité de tout acte et d'élaborer un nouveau programme de soins si les résultats attendus ne sont pas observés. Pour évaluer l'efficacité des actes pratiqués chez les patients présentant une DI, il est conseillé aux cliniciens de mesurer et de consigner

la surface totale des rougeurs, de l'excoriation et/ou de la désépidermisation. Cela permet de savoir si la zone lésée s'agrandit, reste identique ou se réduit.

Selon Flanagan, une réduction de 20 à 40 pour cent de la surface lésée en deux à quatre semaines est un indicateur prédictif fiable de cicatrisation.<sup>30</sup> Par extrapolation, une réduction de cet ordre est à prévoir en cas de DI accompagnée d'une désépidermisation. En revanche, en cas de rougeurs ou d'excoriation seulement, une amélioration supérieure est attendue. Par conséquent, on doit constater une diminution de la sévérité et de la surface lésée chez un patient présentant une DI si la cause et la pathologie ont été traitées. En l'absence d'amélioration, le clinicien doit revoir le programme de soins.

#### **Recommandation 8 (Force de la preuve : IV)**

Mettre sur pied une équipe interdisciplinaire flexible capable de répondre aux besoins du patient.

#### **Discussion**

Les lignes directrices de l'AIAAO formulent des recommandations en faveur du développement d'une approche organisée autour d'une équipe interdisciplinaire chargée de la prise en charge des plaies.<sup>15,18</sup>

Les patients, les familles et les fournisseurs de soins ont besoin de l'expertise de spécialistes d'autres disciplines pour compléter les connaissances des experts du soin des plaies ou des soins cutanés. L'équipe peut inclure les disciplines suivantes (sans s'y limiter) : ergothérapie, physiothérapie, diététique, travail social, médecine généraliste, infirmerie générale, stomothérapie, conseil en continence, pharmacie et planification des sorties.<sup>30</sup> L'ensemble des professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des patients présentant une DI doivent être disposés à travailler ensemble et capables de collaborer pour obtenir des résultats positifs. La collaboration au sein d'une équipe est plus efficace que le travail d'un professionnel de santé isolé.<sup>30</sup>

Le patient doit être au centre des préoccupations de l'équipe et être impliqué le plus possible dans le programme de soins le concernant. Toutefois, certains problèmes concomitants comme la démence peuvent aller à l'encontre de cette approche. Les souhaits du

patient doivent être respectés même s'ils ne concordent pas avec les finalités définies par l'équipe soignante.<sup>30</sup>

#### **Recommandation 9 (Force de la preuve : IV)**

Éduquer les patients, les fournisseurs de soins et les professionnels de la santé en matière de prévention et de traitement des DI.

#### **Discussion**

Les lignes directrices de l'AIAAO<sup>15,18</sup> et de la WOCNS<sup>17</sup> préconisent l'éducation des patients, des fournisseurs de soins et des professionnels de la santé.

Les patients, les familles et les professionnels de la santé ont besoin d'une formation et d'un soutien permanent pour garantir le respect des pratiques fondées sur les données probantes actuelles. La prévention est un facteur essentiel à la réussite d'un programme de soins. L'éducation joue quant à elle un rôle important dans la réussite de tout programme de prévention ou de traitement, en particulier en matière de prévention des DI. La prise en charge des DI doit se fonder sur un programme de prévention adapté<sup>8,10,20</sup> mais doit également inclure un moyen de déterminer et, si possible, d'éliminer la cause de l'incontinence.<sup>2,20</sup> Le contrôle fréquent des patients à haut risque représente un pan important de tout programme de prévention et s'avère particulièrement essentiel chez les patients présentant une DI.<sup>2,20</sup>

En parallèle, il est important d'impliquer les patients à risque, leurs familles et leurs fournisseurs de soins dans le processus de prévention des DI, afin que chacun puisse intervenir de façon proactive.<sup>14</sup> Il est essentiel d'informer efficacement patient et fournisseur de soins pour assurer la réussite d'un programme de prévention et de prise en charge des DI.<sup>14</sup> Les besoins des patients et des fournisseurs de soins doivent être évalués et documentés (en consignant notamment tous les renseignements de base relatifs aux connaissances, aux croyances, à l'hygiène de vie et aux lacunes constatées chez les patients, leurs familles et leurs fournisseurs de soins). Les variables d'ordre culturel et psychologique doivent également être prises en compte lors de l'élaboration des stratégies de prévention et de prise en charge.<sup>6</sup> En impliquant les patients et leurs familles et en les informant des

techniques de soins appropriées, il est possible d'améliorer les chances de réussite d'un programme de prévention et de traitement des DI.<sup>1,5,16</sup>

## Conclusion

La dermatite liée à l'incontinence (DI) représente un problème complexe et un défi pour les professionnels de la santé. La DI peut être définie comme une inflammation cutanée apparaissant au niveau de la région périnéale ou périgénitale en raison d'un contact prolongé avec l'urine ou les selles. La prévention et la prise en charge des DI sont des thèmes peu documentés. Aucun document ne porte sur la prévalence et l'incidence des DI au sein de la population canadienne. Les États-Unis prêtent une attention accrue aux conséquences économiques associées aux stratégies de prévention mais peu de recherches ont été menées sur la prise en charge des DI et l'efficacité des actes pratiqués.

Des recherches plus poussées doivent être menées pour déterminer l'incidence des DI au sein de la population canadienne et leur impact sur le système des soins médicaux et les patients. ☐

## Références

- Gray M, Bliss DZ, Doughty DB et coll. Incontinence-associated dermatitis: A consensus. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2007; 34(1): 45–54.
- Junkin J, Seleko JL. Beyond "diaper rash": Incontinence-associated dermatitis: Does it have you seeing red? *Nursing*. 2008; 38(11 Suppl.):1–10.
- Junkin J, Seleko JL. Prevalence of incontinence and associated skin injury in the acute care inpatient. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2007; 34(3):260–269.
- Ayello EA, Braden B. Why is pressure ulcer risk assessment so important? *Nursing*. 2001; 31(11):74–79.
- Gray M. Incontinence-related skin damage: Essential knowledge. *Ostomy/Wound Management*. 2007; 53(12):28–32.
- LeBlanc K, Christensen D, Orsted H, Keast DH. Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. *Wound Care Canada*. 2008; 6(1):14–30.
- Bliss DZ, Savik K, Harms S et coll. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nursing Research*. 2006; 55(4):243–251.
- Junkin J. Incontinence-associated dermatitis. Présentation donnée lors de la conférence de printemps du Symposium on Advanced Wound Care; Dallas (Texas) : 18 avril 2009.
- Ranganath S, Ferzandi TR. Fecal incontinence. *Emedicine*. 2009. Document consulté le 26 avril 2010 à l'adresse : <http://emedicine.medscape.com/article/268674-overview>.
- Swanson JG, Skelly J, Hutchison B, Kaczorowski J. Urinary incontinence in Canada. National survey of family physicians' knowledge, attitudes, and practices. *Canadian Family Physician*. 2002; 48:86–92.
- Bardsley A. Assessment and management of faecal incontinence. *Journal of Community Nursing*. 2009; 23(4).
- Beitz J. Fecal incontinence in acutely and critically ill patients: Options in management. *Ostomy/Wound Management*. 2006; 52 (12):53–66.
- Doughty DB, Crestodina LR. Introductory concepts. Dans : Doughty DB (éd.). *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concepts*, troisième édition. New York (New York) : Elsevier, 2006.
- Gray M. Preventing and managing perineal dermatitis: A shared goal for wound and continence care. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2004; 1(Suppl.):S2–S9.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAAO). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4 – Date de modification : 2007*. Toronto (Ontario) : AIAAO, 2005.
- Gray M, Bohacek L, Weir D, Zdanuk J. Moisture vs pressure: Making sense out of perineal wounds. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 2007; 34(2):134–142.
- Wound, Ostomy, and Continence Nurses (WOCN) Society. *Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers*. Glenview (Illinois) : WOCN Society, 2003.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAAO). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation du risque et prévention des lésions de pression*. Toronto (Ontario) : AIAAO, 2005.
- Nix D. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy/Wound Management*. 2002; 48(2):43–49.
- Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada). *Clinical Practice Guidelines for Adults*. Peterborough (Ontario) : Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada), 2009. Document consulté le 12 avril 2010 à l'adresse : [www.canadiancontinence.ca/english/health-profs/clinicalpractice.html](http://www.canadiancontinence.ca/english/health-profs/clinicalpractice.html)
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAAO). *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*. Toronto (Ontario) : AIAAO, 2005.
- Nix D. Factors to consider when selecting skin cleansing products. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*. 2000; 27 (5):260–268.
- Zagoren AJ. Nutritional assessment and intervention in the adult with a chronic wound. Dans : Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (éd.). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, quatrième édition. Wayne (Pennsylvanie) : HMP Communications, 2007 : pp. 11–27.
- LeKan-Rutledge D. Management of urinary incontinence: Skin care, containment devices, catheters, absorptive products. Dans : Doughty DB (éd.). *Urinary & Fecal Incontinence: Current Management Concepts*, troisième édition. New York (New York) : Elsevier, 2006.
- Price P. Quality of life. Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (éd.). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, troisième édition. Wayne (Pennsylvanie) : HMP Communications, 2007. pp. 311–320.
- Popescu AS. Wound pain: A challenge for the patient and the wound care specialist. *Advances in Skin and Wound Care*. 2004; 17(1):14–20.
- Krasner DP. Helping patients out of the SWAMP: Skin and wound assessment and management of pain. Dans : Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (éd.). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, quatrième édition. Wayne (Pennsylvanie) : HMP Communications, 2007. pp 85–97.
- Ovington LP. Wound dressings: Form, function, feasibility and facts. Dans : Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG. (éd.). *Chronic Wound Care: A Clinical Resource Book for Healthcare Professionals*, troisième édition. Wayne (Pennsylvanie) : HMP Communications, 2007. pp. 311–320.
- Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL et coll. Preparing the wound bed—debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy/Wound Management*. 2000; 46(11):14–35.
- Flanagan M. Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. *Ostomy/Wound Management*. 2003; 49(10):28–40.

## CAWC Events

### Register Now for the CAWC Institute of Wound Management and Prevention

The CAWC Institute of Wound Management and Prevention is offering educational sessions across Canada. Register today for one of the following events:

Date	Location	Level(s)
September 23–26	Plaza 500 Hotel, Vancouver, BC	L1, L2, L3
October 21–24	Future Inn, Moncton, NB	L1, L2, L3
November 18–21	Place Louis Riel, Winnipeg, MB	L1, L2, L3
November 25–28	Delta Centre Ville, Montreal, PQ	L1, L2, L3 (en français seulement)
December 2–5	Marriott Bloor Yorkville, Toronto, ON	L1, L2, L3

For further information and to register, please visit [www.cawc.net](http://www.cawc.net).

## Other Events

### 2010 CAWC Annual Professional Conference

Please join the Canadian Association of Wound Care for our 2010 Annual Professional Conference, from November 4 to 7, 2010, in Calgary, Alberta. The theme of this year's conference is "Wounds, Neuropathy and Diabetic Foot Care." More than 800 healthcare professionals, clinicians, patients, institution and government administrators, researchers and academics are expected to attend. A preliminary agenda and early bird registration will be available online soon. Please visit [www.cawc.net](http://www.cawc.net) for more information.

### Wound Management and Prevention Awareness Month Initiatives

The CAWC launched its first-ever Wound Management and Prevention Awareness Month in June, with resounding success!

If you visit the CAWC website ([www.cawc.net](http://www.cawc.net)) you can find several examples of what your Association was accomplished.

For example, there is a brand new public service announcement in both English and French. The 30-second spot dramatises how wound management and prevention is overlooked in Canada as the serious issue it really is.

As well, the CAWC ran its first-ever awareness advertisement in The Hill Times. The Times, published in Ottawa, is an important resource for policymakers and politicians across the country.

Speaking of Ottawa, Carolyn Bennett, MP and Opposition Health Critic, rose in the House of Commons on June 16, 2010, to make a statement about June Awareness Month.

As well, three provinces—British Columbia, Manitoba, and Saskatchewan—proclaimed June to be Wound Management and Prevention Awareness Month.

In 2011, the CAWC will do even more to mark Wound Management and Prevention Awareness Month. Stay tuned for further information in upcoming issues of *Wound Care Canada*.

### Teddy Bear Helps Raise Public Awareness

The Canadian Association of Wound Care launched its first-ever public awareness campaign in June 2010 using a teddy bear as its 'mascot.'

"Wound management and prevention are both serious issues," says Karen Philp, the CAWC's Chief Executive Officer. "But, as we reach out to the general

public, we wanted to use something eye-catching and different."

The rationale behind the stuffed teddy bear is two-fold. When the CAWC redesigned its website, a photo of a teddy bear sporting dressings was placed on one of the pages. (Click on 'Search' in the upper right corner at the website, [www.cawc.net](http://www.cawc.net)).

"The reaction was overwhelmingly positive," says Charles Hain, the CAWC's Acting Director of Public Affairs. "The other reason to use the teddy bear was an awareness campaign from Australia in 2009 called 'the elephant in the room.' The Australian Wound Management Association chose the expression 'elephant in the room' and a toy elephant to depict the lack of awareness and understanding about wound care there. "I'm not sure if Australia has native elephants," says Charles. "But Canada certainly has bears. And the most famous bear in the world came from Canada."

And the name of that bear? Charles laughs and says: "Woundie the Pooh, of course." ☺





## **CAWC S-SERIES NOW THE CAWC INSTITUTE** **for all healthcare professionals**

### **Our Goal:**

**Improve outcomes of people suffering from acute or chronic wounds by providing evidence-based education with Canada's leading wound care experts.**

**Level 1** Prevention and management of chronic wounds – one day knowledge learning.

**Level 2** Local wound care (debridement, infection control & dressing selection); pressure, friction and shear management; foot wear and foot care; lower limb assessment and compression therapy – two day hands-on skills learning.

**Level 3** Implementing best practice with a focus on prevention – one day attitude learning.

## **CAWC Institute workshops across Canada**

**To learn more and to register, visit  
[www.cawc.net](http://www.cawc.net).**



## Événements de l'ACSP

### Ouverture des inscriptions à l'Institut de prise en charge et de prévention des plaies de l'ACSP

L'Institut de prise en charge et de prévention des plaies de l'ACSP propose des séances de formation aux quatre coins du Canada. Inscrivez-vous dès aujourd'hui pour participer à l'un des événements suivants :

Date	Site	Niveau
23–26 septembre	Hôtel Plaza 500, Vancouver (C.-B.)	Niveaux 1, 2, 3
21–24 octobre	Hôtel Future Inn, Moncton (N.-B.)	Niveaux 1, 2, 3
18–21 novembre	Place Louis Riel, Winnipeg (MB)	Niveaux 1, 2, 3
25–28 novembre	Delta Centre Ville, Montréal (QC)	Niveaux 1, 2, 3 (en français seulement)
2–5 décembre	Hôtel Marriott Bloor Yorkville, Toronto (ON)	Niveaux 1, 2, 3

Pour en savoir plus et pour procéder à votre inscription, veuillez consulter le site [www.cawc.net](http://www.cawc.net).

présidente-directrice générale de l'ACSP. « Pour attirer l'attention du public sur le sujet, nous souhaitions rebondir sur un message accrocheur et décalé. »

Le choix de l'ours en peluche s'est imposé pour deux raisons. Lors de la mise en ligne du nouveau site Web de l'ACSP, la photo d'un ours en peluche couvert de pansements a été intégrée à la conception de l'une des pages. (Rendez-vous à l'adresse [www.cawc.net](http://www.cawc.net) et cliquez sur le bouton Search (Recherche) situé dans l'angle supérieur droit de la page).

« Nous avons obtenu des réactions plus que positives », explique Charles Hain, directeur intérimaire des Relations publiques de l'ACSP. La seconde raison de ce choix est à chercher dans une campagne de sensibilisation menée en 2009 en Australie et dont la mascotte était un éléphant. L'AWMA (Australian Wound Management Association) avait en effet choisi d'illustrer le manque de considération envers le soin des plaies dans ce pays à l'aide d'un éléphant en peluche. « Je ne suis pas sûr que l'Australie soit le milieu naturel de beaucoup d'éléphants », ajoute Charles. « En revanche, les ours sont bien sûr des animaux très répandus au Canada. Sans oublier que l'ours le plus célèbre du monde est canadien. »

Alors quand on lui demande quel petit nom ils ont donné à leur mascotte, Charles déclare en riant : « Woundie l'ourson, évidemment ». ☺

de sensibilisation en faveur de la prise en charge et de la prévention des plaies. Cette campagne organisée au mois de juin a d'ailleurs remporté un succès retentissant. Retrouvez quelques exemples des actions menées à cette occasion sur le site de l'ACSP ([www.cawc.net](http://www.cawc.net)). L'Association a notamment lancé un tout nouveau message d'intérêt public en français et en anglais. Le manque de considération envers la problématique pourtant alarmante de la prise en charge et de la prévention des plaies au Canada a fait l'objet d'une bande-annonce poignante de 30 secondes.

L'ACSP a par ailleurs publié sa première annonce de sensibilisation dans *The Hill Times*. Publié à Ottawa, ce journal est une ressource importante des décideurs et des politiciens à l'échelle nationale. Dans le même temps, Carolyn Bennett, députée et critique de l'opposition officielle en matière de santé, a fait une déclaration

devant la Chambre des communes le 16 juin 2010 au sujet de ce mois de sensibilisation.

Trois provinces – la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Saskatchewan – ont également proclamé l'instauration en juin du mois de sensibilisation en faveur de la prise en charge et de la prévention des plaies.

L'ACSP prévoit de frapper encore plus fort à l'occasion du mois de sensibilisation 2011. Nous vous tiendrons informés dans les prochains numéros de la revue *Soin des plaies Canada*.

### Un ours en peluche au secours du soin des plaies

L'Association canadienne du soin des plaies a lancé sa première campagne de sensibilisation en juin 2010. La mascotte de son message d'intérêt public : un ours en peluche.

« La prise en charge et la prévention des plaies sont deux problèmes à prendre très au sérieux », déclare Karen Philp,

## Autres événements

### Conférence professionnelle annuelle de l'ACSP 2010

Rejoignez l'Association canadienne du soin des plaies à l'occasion de sa Conférence professionnelle annuelle 2010, qui se tiendra du 4 au 7 novembre 2010 à Calgary (Alberta). Cette année, la conférence portera sur le thème « Pied diabétique, neuropathie et plaies ». Plus de 800 participants - professionnels de la santé, cliniciens, patients, organismes, administrateurs gouvernementaux, chercheurs et universitaires - sont attendus. L'ordre du jour préliminaire sera bientôt disponible en ligne et les inscriptions anticipées seront ouvertes sous peu. Veuillez consulter le site [www.cawc.net](http://www.cawc.net) pour en savoir plus.

### Initiatives du mois de sensibilisation en faveur de la prise en charge et de la prévention des plaies

Pour la première fois de son histoire, l'ACSP a décidé d'instaurer un mois



# University of Toronto

# International

# Interprofessional

# Wound Care

# Course

continue your wound care learning at an advanced level

**2010-2011 Session:**  
**October 14-17, 2010**  
**April 29 - May 2, 2011**

Designed for wound care specialists and led by acclaimed faculty with education, experience and interest in wound care. The **IWCC** is an 8-month course that includes two 4-day residential weekends in Toronto and self-guided course work.

**Participants will learn to:**

1. Assess and critically review wound care literature in key subject areas.
- 2 Integrate wound care principles by a self-directed learning program formulated with a learning contract.
3. Demonstrate the application of best practices by developing a selective related to the learner's everyday activities.

**Course Fees:**

Industry employed: **\$6,000** - Physician: **\$4,000**  
Nurse and Allied Health: **\$2,750** - Student: **\$1,500**

Visit [www.cawc.net](http://www.cawc.net) and click on "Professional Education"  
for more information and to register today.



NOW  
AVAILABLE

## Targeting bacteria and protecting the skin.



**Safetac®**  
TECHNOLOGY

### Two advanced technologies. One antimicrobial dressing.

Mepilex® Border Ag and Mepilex® Ag combine the best of two superior technologies – the antimicrobial action of ionic silver with all the benefits of Safetac® technology.

- Inactivate pathogens within 30 minutes<sup>1</sup> of application and maintain sustained release action for up to 7 days<sup>2</sup>.
- Safetac® technology protects the peri-wound skin, reduces the risk of maceration<sup>3</sup>, and minimizes pain and trauma at dressing change<sup>4,5,6</sup>.

Contact your Mölnlycke Health Care representative at 1-800-494-5134.

#### References:

- 1,2 Tahernejad and Hamberg. Antimicrobial effect of a silver-containing foam dressing on a broad range of common wound pathogens. Poster publication, WUWHS 2008.
- 3 Meaume S et al. Ostomy Wound Management 2003; 49(9):44-51.
- 4 Dykes, P.J., Heggie, R., and Hill, S.A. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. Journal of Wound Care, Vol. 10, No. 2, February 2001.
- 5 Dykes, P.J. and Heggie, R. The link between the peel force of adhesive dressings and subjective discomfort in volunteer subjects. Journal of Wound Care, Vol 12, No 7, July 2003.
- 6 White R., A Multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. Wounds UK 2008; Vol 4, No 1.

**Mepilex® Ag**



**Safetac®**  
TECHNOLOGY



**MÖLNLYCKE  
HEALTH CARE**