

**Dekubitus
vs.
IAD-Inkontinenz assoziierte Dermatitis**

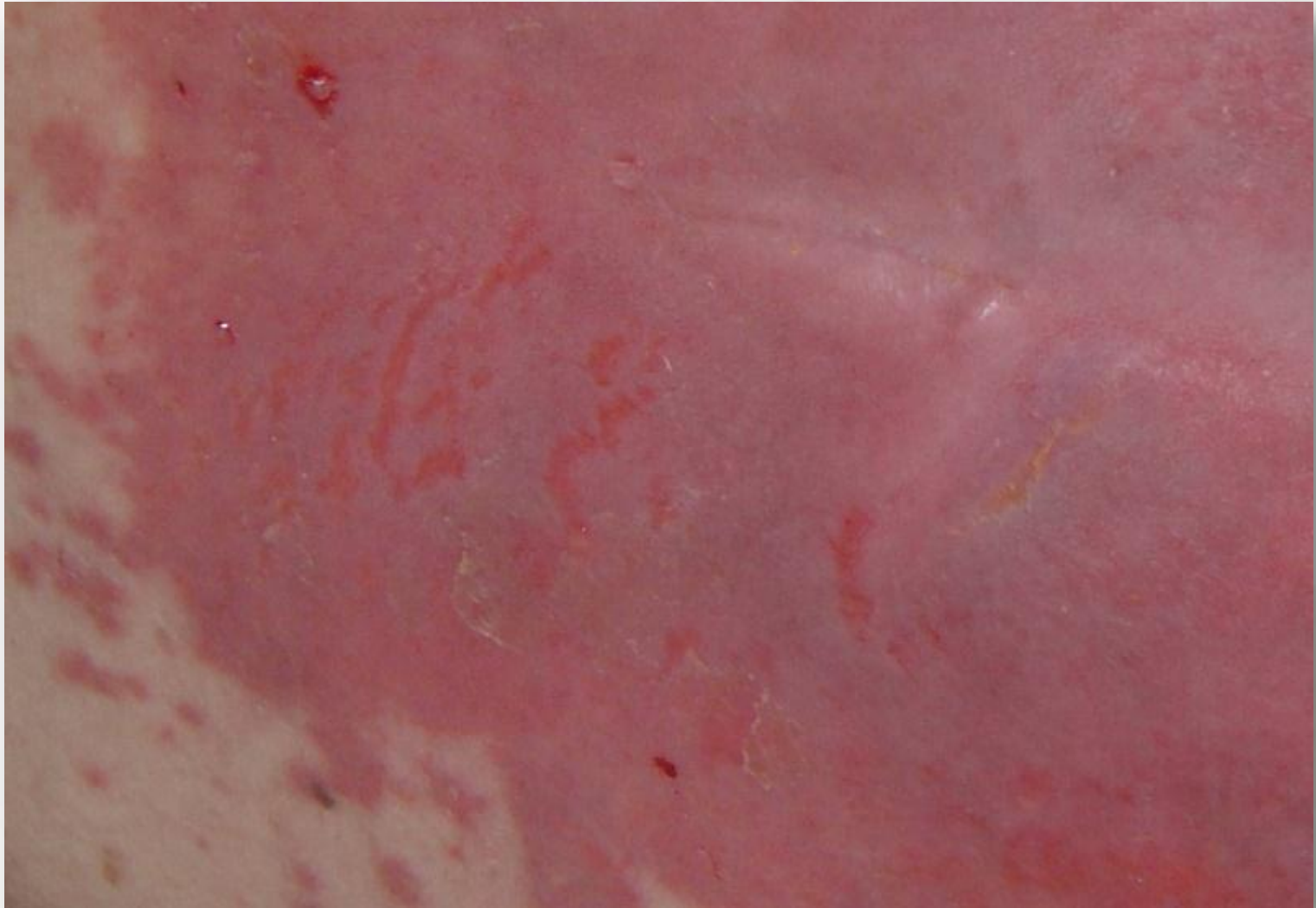
Fallbeispiele und
neueste Infos aus der Wissenschaft

**Peter Kurz
DPGKP WDM**

Von was reden wir überhaupt?



Von was reden wir überhaupt?



Von was reden wir überhaupt?



Von was reden wir überhaupt?



Von was reden wir überhaupt?



Von was reden wir überhaupt?

7 Tage später



Von was reden wir überhaupt?

18 Tage später



Von was reden wir überhaupt?



Von was reden wir überhaupt?

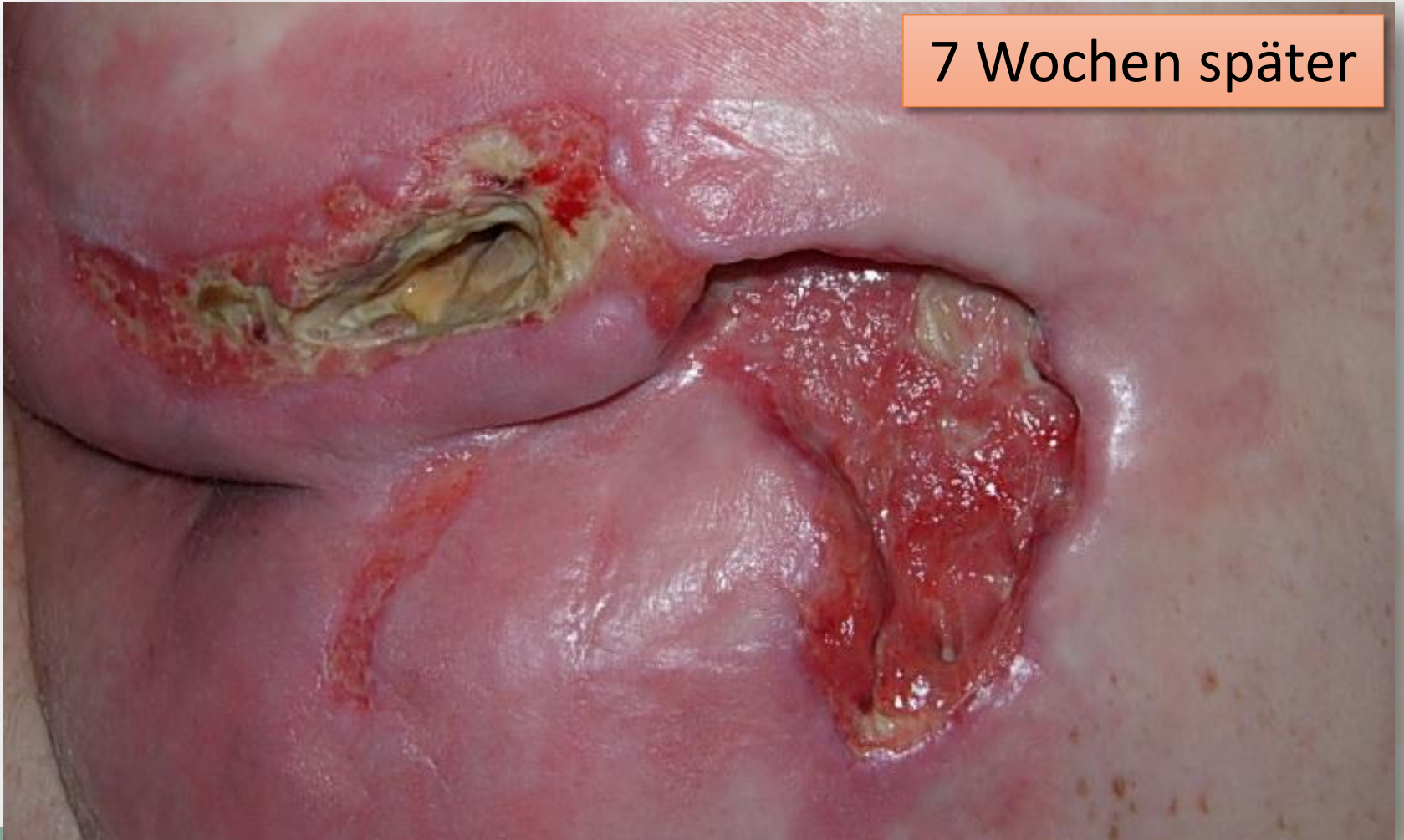


Von was reden wir überhaupt?





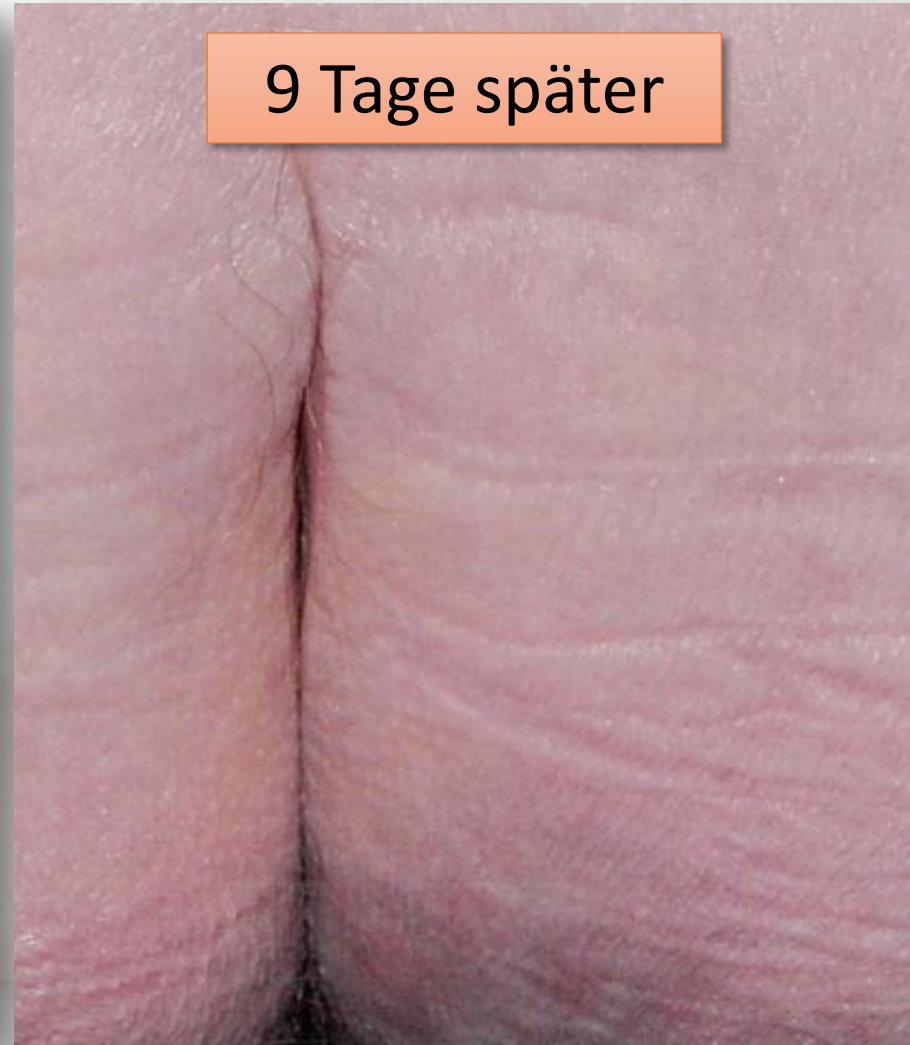
7 Wochen später



Dabei könnte es doch auch anders gehen



9 Tage später





Glauben sie nicht auch, dass es da Unterschiede gibt und wir differenziert benennen und behandeln sollten???

Prävalenz der IAD und Differentialdiagnosen

Wie oft kommt diese Problematik eigentlich vor?

Unterschiedliche Klassifikation von Druckulzera, IAD und Intertrigo Dermatitis (ITD)

	Druckulzera	IAD	ITD
Lokalisation	Über knöchigen prominenten Stellen oder unter medizinischen Geräten	Perineum; perianale Umgebung; innere Schenkel; Gesäß	Fettfalten, Genitalbereich
zusammenhängende Faktoren	reduzierte Mobilität, möglicherweise reduzierte Sensorik	Urin und/oder Stuhlinkontinenz	Diaphoresis (Schwitzen)
Tiefe	Anfangs als Stadium 1; Endstadium normalerweise bis tief ins Gewebe (Grad 3-4)	Normalerweise oberflächliches Gewebe	Normalerweise oberflächliches Gewebe, zumindest zu Beginn
Auftreten	typischerweise rund; wenn Scherkräfte involviert sind möglicherweise oval oder länglich, klare Ränder	unregelmäßige und unbestimmte Ränder	Lineare Verletzung der Haut
Wundumgebung	möglicherweise nekrotisches Gewebe, Unterminierungen oder Tunnel;	Wundumgebung normalerweise mazeriert.	Hautumgebung regelmäßig mazeriert.

Evidence based practice Leitlinie für IAD

Differenzierung zwischen Hautschädigungen bedingt durch IAD und Schädigungen durch Druck oder anderer Genese

Herausforderungen im Assessment und der Differentialdiagnostik
IAD vs. Dekubitus vs. Intertrigo

Prävention und Behandlung, Kosten und Herausforderungen im pflegerischen Bildungsbereich

Guideline published in: Journal of Wound Ostomy Continence Nursing 2012;39(3):303-315.

Kernaussagen aus der Leitlinie

IAD - akzeptierter Begriff für Hautschädigungen bedingt durch Stuhl und Harn

IAD ist das Ergebnis einer „Top-Down“ Schädigung

Zusätzliche Faktoren - Staph.aureus, Candida albicans, okklusiv wirkende Produkte

Differenzierung IAD vs. Dekubitus – strukturierte Assessment-Tools und Bildungsmaßnahmen notwendig

Vergleichende Studien

Presented at the WOCN Society's 43rd Annual Conference, June 4-8, 2011, New Orleans, LA

COMPARATIVE EFFECTIVENESS STUDY OF 3% DIMETHICONE BARRIER CLOTHS V. STANDARD OF CARE PRODUCTS IN INCONTINENCE CARE IN AUSTRIA

Peter Kurz, DPGKP WDM,¹ & Stefan Krasnik, WPM¹

WPM Wund Pflege Management GmbH
Professor-Knesl-Platz 11
A-2222 Bad Pirawarth
Austria/Europe



Abstract

Background: Reduced mobility combined with incontinence presents a major problem in nursing. Common complications include skin issues such as incontinence-associated-dermatitis (IAD), pressure ulcers, and other skin wounds. Appropriate skin care is one of the most important factors in the prevention of this painful and costly condition. More frequently, products containing dimethicone are used to prevent skin irritation and complications caused by stool and urine, in attempt to alleviate the severe results of such problems.

Intervention: In this 2010 study, two research questions were addressed: 1) *is it possible to enhance quality of the skin by treating the patient with 3% dimethicone barrier cloths² in comparison with classical creams and lotions³; 2) is nursing staff satisfied with these products as a treatment for incontinent patients?* Long-term comparisons between traditional skin care products (cream & lotion) and a 3% dimethicone barrier cloth were made. The study was conducted in a Vienna hospital internal station. Subjects were selected due to lack of continence, either stool or urine. During Phase 1, 27 patients (Group 1/G1: control group) were treated with the classical treatment (creams and lotions) for an average of 21 days. During Phase 2, (G2: intervention group), 23 patients were treated with 3% dimethicone barrier cloths for an average of 17 days. Compliance to incontinence care protocols was similarly enforced in both phases. Excretion, mobility, and skin status (erythema, wounds) were accounted for. In addition, nursing staff satisfaction was assessed.

Results: Greater improvement in skin status was seen in the patients in G2 versus those in G1, especially with regard to wounds (# of wounds, G2 at start=6; G2 at end=0). This is especially interesting considering the increased immobility in this group. With regard to staff perception, 15 of 19 staff surveyed said they were satisfied or very satisfied with the 3% dimethicone barrier cloths; 18 of 19 surveyed said they found these cloths easy to use.

Conclusion: The results of this study indicate positive effects of the 3% dimethicone barrier cloths, including patients with limited mobility and existing wounds due to incontinence.

Methods

Description of sample

Both groups were almost the same size and comparable.

- Group 1 (G1)=Control group, treated with conventional creams and lotions (n=27);
- Group 2 (G2)=Intervention Group, treated with the 3% dimethicone barrier cloths, n=23).

Excretion

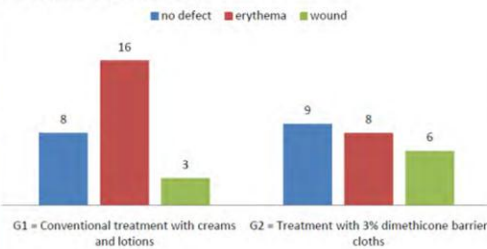
Both groups were initially in a comparable condition in terms of types of excretion. In group G2, however, the occurrence of urine and stool incontinence was higher (22 subjects in G1 v. 20 subjects in G1).

Norton Scale: Pressure Ulcer Risk

At Baseline, both groups showed nearly the same mean value for risk of pressure ulcer on the Norton scale. There were slightly higher minimum and maximum rates in group G1. (G1, Norton scale between 11 - 25 (mean 16.56); G2, Norton scale between 9 - 23 (mean 15.45).)

Erythema, Wounds, and other Defects of Skin Condition (Graph 1)

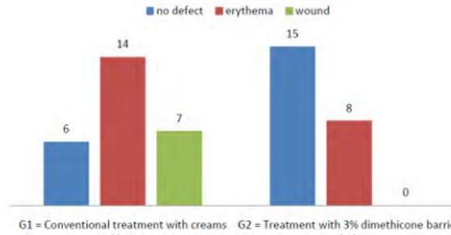
Defects including wounds and erythema³ were measured at the beginning and the end of the study. The graph below shows the number of defects, erythema, and wounds at the beginning of the study in each group. There were more patients with erythema in G1 at beginning.



Results

Status of skin condition at the end of the study (Graph 2)

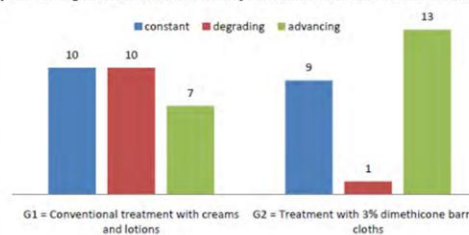
At the end of the study, skin condition in G2 showed a greater degree of improvement than that in G1.



Graph 2: Status of Skin Condition at End of Study, G1 v. G2

Subjective change: Wound Status Trend

Subjective development shows the change in wound status during the study. If erythema diminishes it is still erythema, however, there may be improvement (advancing) or deterioration (degrading) of the skin condition. Subjective assessment by the nursing staff showed a definite improvement of the skin condition in G2.



Graph 3: Subjective Trend: Wound Status, all wounds

Conclusions

These two groups were initially comparable in size, skin condition, excretion type and occurrence, skin condition and pressure ulcer risk level as defined by Norton Scale. By the end of the study, it was clear that both skin condition (Graph 2), and, more specifically, wounds (Graph 3) in G2 showed far greater improvement than G1. The positive effect of the 3% dimethicone barrier cloths was demonstrated.


In addition to the improvements in the patient's skin condition, user (nurse) satisfaction was assessed in a multi-point questionnaire. Of 19 nurses surveyed, 74% stated that they were 'satisfied' with the usability of the product. When nurses were asked if they felt the product improved their work routine, 93% reported YES. Through education of the nursing staff on the proper use of the product, the product was applied correctly and consistently. We believe this helped to achieve high efficacy.

This comparative study of traditional skin care with creams and lotions versus treatment with 3% dimethicone barrier cloths resulted in positive changes in the patient's skin condition and staff satisfaction. Improving the condition of the patient's skin may help to alleviate not only the existing wounds, but the start of new wounds, as well as incontinence-associated dermatitis. Investment in modern care products such as 3% dimethicone barrier cloths is justified by the results of this study, and would pass under the perspective of a holistic care approach and thorough profitability test. Other studies on this issue have been conducted since 2001 on a global scale. Data can be obtained from WPM Wund Pflege Management GmbH. Despite these vast data, we need to further the necessary shift in thinking in the care of the incontinent patient with more scientific research and evidence.

References & Notes
1. Wund Pflege Management GmbH, Österreich, Austria
2. Comfort Shields® Barrier Cloths, Sage Products, Inc., Cary, IL, USA
3. Normal redness is not necessarily a pathological symptom in general, as they cannot give a clear indication of a possible problem. Only in the case of a non-blanchable erythema or another form of damage to the skin (e.g. blisters, or other damage) is considered as critical.

IADIT-D

Inkontinenzassoziierte Dermatitis Interventions Tool (IADIT-D)

Definition		Interventionen/Anwendungshinweise	
<p>HOCHRISIKO</p>	<p>Die Haut ist nicht gerötet oder wärmer als die umliegende Haut. Sie kann Narben oder Verfärbungen von früheren IAD-Episoden und/oder abgeheilte(s) Druckgeschwür(e) aufweisen.</p> <p>Harn- und/oder Stuhlinkontinenz liegen vor.</p> <p>Person kann nicht adäquat kommunizieren oder für sich selbst sorgen.</p> <p>Stuhlinkontinenz von flüssigem Stuhl mindestens 3-mal innerhalb von 24 Stunden.²⁴</p>	<p>1 Anwendung eines strukturierten Hautpflegeplans ^{4,6,7,8,9-12,15,21}</p> <p>2 Assessment (Differenzierung zu druck- und anderen feuchtigkeitsassoziierten Hautschäden, Form/Ursache/Dauer der Inkontinenz, Hauttyp/Erscheinungsbild, verwendete Hilfsmittel...)</p> <p>3 Ursachen der Harn- und/oder Stuhlinkontinenz ²⁶ sind zu ermitteln ²⁶ und zu managen ²²</p> <p>3.1 Abzuklären ist, ob ein Harnwegsinfekt vorliegt</p> <p>3.2 Stuhlkonsistenz ist abzuklären (z.B. Diarrhoe) ²⁶</p> <p>Kontinenzfördernde Maßnahmen, wie Beckenboden-, Blasen- oder Darmtrainingsprogramme sind in Erwägung zu ziehen ²⁷</p> <p>Produktbeschreibungen und deren Anwendungshinweise sind zu beachten ²⁶</p> <p>4 Hautreinigung</p> <p>Nach jeder Inkontinenzepisode (vor allem bei Stuhl) ist die Haut so rasch wie möglich schonend zu reinigen inklusive einer Hautinspektion</p> <p>4.1 kühles/lauwarmes Wasser ² (bei Kontamination mit Harn) und eine pH-neutrale Waschlotion oder milde, nicht reizende Waschsubstanz (pH-Wert um 5,0) (bei Kontamination mit Stuhl) verwenden ²⁸, mit weichen Einmalfeuchttüchern/Einmalwaschlappen/Waschlappen sanft reinigen, mit weichem Handtuch die Haut trocken tupfen und dabei Reibung vermeiden</p> <p>4.2 klassische alkalische Seifen und Produkte mit anionischen Tensiden sind nicht zu verwenden ²⁹</p> <p>5 Feuchtigkeitserhaltung der Haut/Hautpflege</p> <p>Produkte je nach Hauttyp/Erscheinungsbild der Haut auswählen:</p> <p>5.1 Zur Prävention ist die regelmäßige Verwendung einer Feuchtigkeitscreme (feuchtigkeitserhaltend/-spendend) zu empfehlen ^{1,2}</p> <p>5.1.1 <u>Trockene/schuppige Haut</u>: fetthaltige und feuchtigkeitsspendende Hautpflegeprodukte verwenden ^{2,4,5,7}</p> <p>5.1.2 <u>Mazerierte/feuchte/intakte Haut</u>: ein Hautschutz ist aufzutragen; Pflegeprodukte mit einer hohen Konzentration an Feuchthaltemittel sind nicht zu verwenden ⁷</p> <p>6 Hautschutz</p> <p>Die Verwendung von Hautschutzprodukten ohne Alkohol schirmen die Haut vor Urin und/oder Stuhl ab, bilden einen Hautschutzfilm ^{3,5,15} und sind insbesondere bei flüssigem Stuhl anzuwenden</p> <p>6.1 Hautschutz kann als „stand alone“ Produkt (z.B. Mandelöl, Olivenöl bzw. 1%ige Mischung mit Lavendelöl ²⁶, Aloe Vera, 3%iges Dimeticone, Silikone, Vaseline, Zinkoxidprodukte) ^{1,2,7,13,30} oder auch als Bestandteil in einem Einwegwaschtuch verwendet werden</p>	
<p>BEGINNENDE IAD</p> 	<p>Die dem Stuhl und/oder Urin exponierte Haut ist trocken, intakt und zeigt keine Blasen; sie ist rosa oder rot, mit diffusen (unscharf begrenzten), oft unregelmäßigen Rändern. Bei dunklerer Hautfarbe könnte es schwieriger sein, Farbveränderungen zu erkennen (weiß, gelb, stark dunkelrot/violett).</p> <p>Eine Palpation der Haut ist sinnvoll. Durch die Palpation kann eine erhöhte Temperatur im Vergleich zur nicht betroffenen Haut festgestellt werden.</p> <p>Personen mit adäquatem Empfinden und der Fähigkeit zu kommunizieren, klagen unter Umständen über brennende, stechende oder andersartige Schmerzen.</p>		

Haut – und Inkontinenzpflege optimieren

transepidermaler Wasserverlust ist hoch (z.B. Inkontinenzinlage)

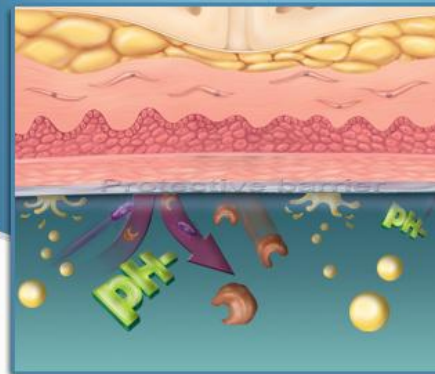
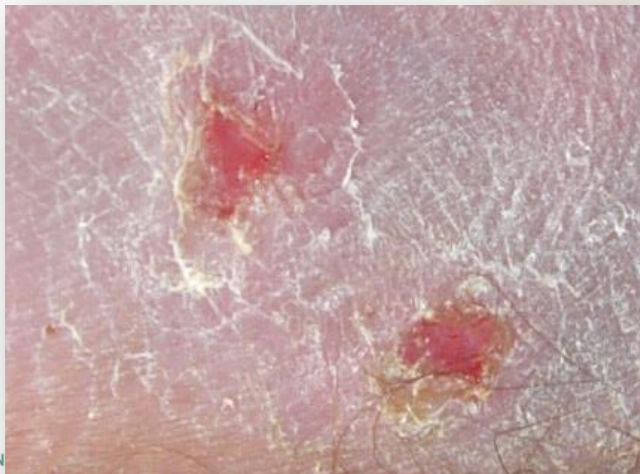
Alkalische Seifen erhöhen pH-Wert der Haut auf über 7,5

deckende Salben verschließen Poren

Fäkalenzyme und Pilze wirken belastend auf die Haut

Zusätzlicher Druck fördert Ischämie und schwächt Immunsystem

Entstehung einer **IAD – Incontinence associated Dermatitis**



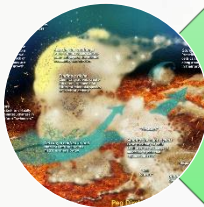
Preventing Incontinence-Associated Dermatitis (IAD)

Help prevent IAD—A known pressure ulcer risk factor

Gegenwärtige Praxis



Wissen über die angewandten Produkte?



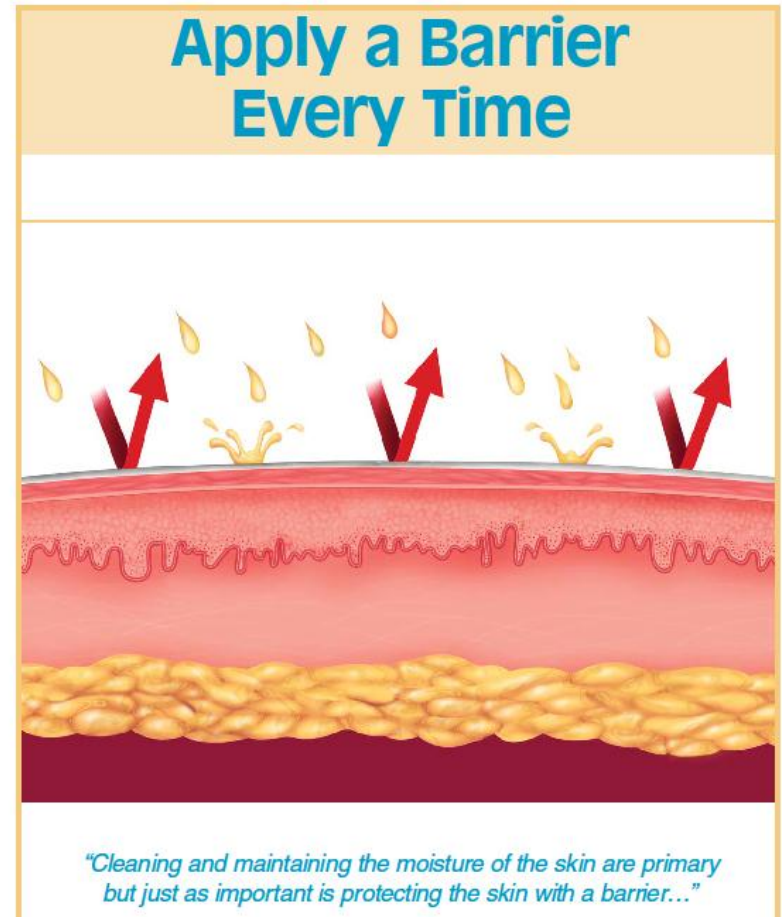
Kein Wunder, dass wir die Produkte falsch einsetzen



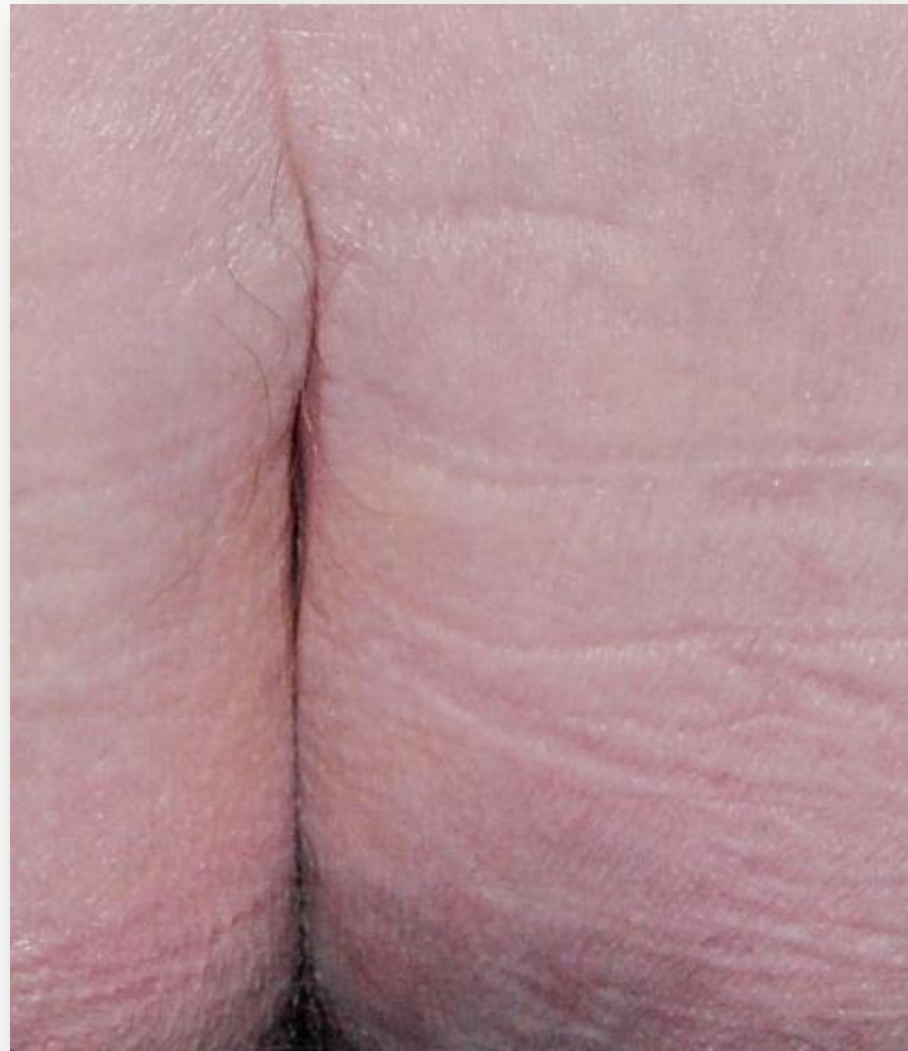
Wir arbeiten empirisch und nicht evidenz-basiert!

Haut – und Inkontinenzpflege

- Hautwaschung mit Waschsyndets mit ph-Wert um 5,5
- Wasser in Öl-Emulsionen und Hautprotektoren
- Dimethikonhaltige Produkte
- Optimal angepasste Inkontinenzsysteme



Reinigung und Aufrechterhaltung der Hautfeuchtigkeit sind primär, aber ebenso wichtig ist der Schutz der intakten Hautbarriere.



Mittagspause

Diabetisches Fußsyndrom

Leitlinie in die Praxis umgesetzt – Was ist der Schlüssel zum Erfolg

Peter Kurz
DPGKP WDM

Ein „krankter“ Krankheitsverlauf

Thomas



1950 ... 1962 1990 ... 1992 ... 1996 ... 2002 ... 2013



Menschen mit DFS im Alltag

- Was machte Thomas 1990 mit seinen Fussproblemen?
 - Mit der Zehe? nichts (er klebte ein „Rasierpflaster“ drüber, ...)
 - genierte sich und schwieg darüber (Beziehungsprobleme, ...)
 - blieb zuhause, weil die Zehe schmerzte (Rückzug, ...)
 - voller Fokus auf den Job (Stress, ...)
- Interventionen im Verlauf
 - Arztbesuch (Schmerzproblematik, Depression, ...)
 - Medikamenteneinnahme (Antidepressiva, Analgetika, ...)
 - Hypo/Hyperglykämien (Auf und Ab, ...)
 - rezidivierende Infektionen im Vorfussbereich (Antibiotika, ...)
 - Druckstellen (bekommt Schuheinlagen, ...)

War ihm eigentlich bewusst wie „krank“ sein Krankheitsverlauf war?

Negative Auswirkungen von und für DFS-Patienten

- Mensch und Angehörige (Außenwelt)
- Gesellschaft (Außenwelt)
- Sozioökonomische Auswirkungen
 - Arbeitslosigkeit
 - Krankenstände
 - Fussprobleme benötigen 15% der finanziellen Ressourcen für DM

Wer begleitet diese Menschen?

Und ist das alles? Gibt's auch eine Innenwelt?

Negative Auswirkungen

- Amputation

- 80% der Amputationen bei Diabetikern gelten prinzipiell als vermeidbar (IWGDF-Guideline 2011)
- 50% der major amputierten Diabetiker leben 3 Jahre nach ihrer Amputation nicht mehr (IWGDF-Guideline 2011)

Und ist das alles?

Amputation ?



Prävention

- Prävention in der betroffenen Familie
- Prävention ist Thomas aber nicht wichtig gewesen
- suchte sich einen Außenfeind (Hausarzt, Chef, Partnerin, ...)

- Aber die Prävention ist wichtig, damit die Wunde und alle Komorbiditäten erst gar nicht entstehen

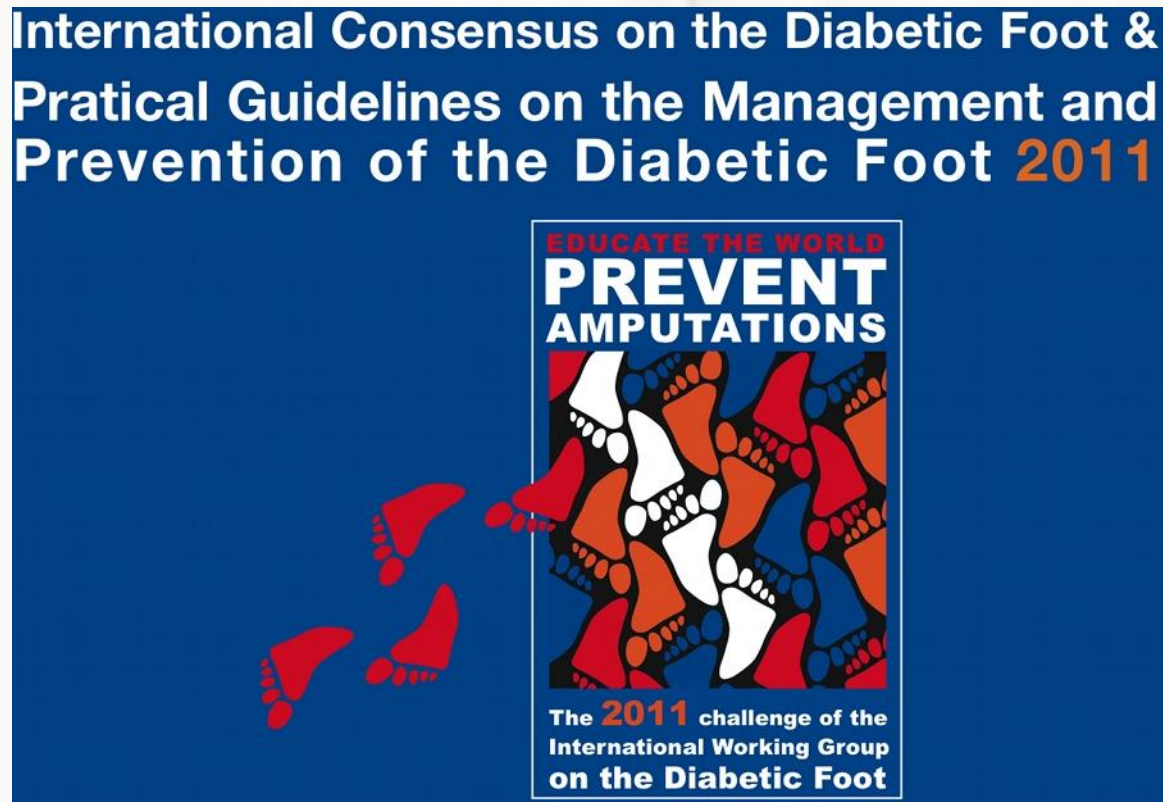
**Es geht um eine
Änderung der Blickwinkel !!!**



...

Ich will nicht...ich kann nicht...mein Arzt ist „deppert“...die „Heimhilfe“ kennt sich nicht aus...meine Frau kocht nur das was ich nicht essen darf...es schmeckt mir zu gut...was soll ich tun...es ist wie es ist...ich bin noch zu jung um krank zu werden...mich betrifft das sicher nicht...das stimmt nicht...es ist teuer...es ist alles so teuer...ich habe kein Auto...meine Kinder haben keine Zeit für mich...wen soll ich fragen?...ich weiß nicht ob das gut ist...nicht so fest wickeln, Schwester...es tut mir weh...mein/e Mann/Frau lehnt mich ab...Sport ist Mord...ich hasse meinen Fuss...ja, ich werde mich darum kümmern...mein Chef versteht das nicht...ich kann einfach nicht „nein“ sagen.....das geht nie mehr zu...sie sind meine letzte Hoffnung...ich bin nicht schuld...ich will nicht mehr leben...das Wasser ist nass...und muss mich verstecken...meinen Enkelkindern ekelt es vor meiner Wunde ich bin verpfuscht worden...besser wird's nimmer...nein...warum muss ich krank sein.....

International Consensus on the Diabetic Foot & Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot 2011



Eine Herausforderung für Profis und Entscheidungsträger

Fussprobleme sind häufig, teuer und lebensbedrohend

Alle 30 Sek. verliert weltweit ein Diabetiker einen Unterschenkel

Mehr als 70% aller Unterschenkelamputierten sind Diabetiker

Erste Welt: mehr als 5% aller Diabetiker haben ein Ulcus und binden 12-15% der Budgets für Diabetiker

Dritte Welt: mehr 40% aller Diabetiker haben ein Ulcus

Ein Interdisziplinärer Teamansatz in der gesamten DFS-Thematik reduziert Amputationen um mehr als die Hälfte

Komplikationen

Herzprobleme, ...

Diabetiker haben ein
25x höheres
Amputationsrisiko

Immer mehr Diabetiker
entwickeln
angiologische
Problematiken in
jungem Alter

Enormer Aufwand

- für die Person,
- das Familiensystem und
- das Gesundheitssystem

Prävalenz

Jedes Jahr werden mehr als 1 Million Unterschenkel von Diabetikern amputiert

In den meisten Ländern gibt es kein genaues Registrierungssystem für Amputationen

Prävalenz von Amputationen variiert zwischen 0,2 und 4,8% pro 100.000 Diabetikern (dies hängt von vielen Faktoren ab)

Soziale Problematik

Das Ulcus ist der zentrale Ausgangspunkt einer desaströsen Progression der Krankheit

Das Leben der Menschen ist stark beeinträchtigt

Lebensqualität sinkt physisch, emotional und sozial

Monatelange Behandlung und Rehabilitation

Depressionen sind häufig

Ökonomisches Problem

Nicht nur eine persönliche Tragödie, sondern auch finanzielle Belastung für die Gesellschaft

Kosten für diabetische Fussulcera im Mittel 20 000 USD und für Amputationen im Mittel 40 000 USD

Investitionen in Prävention reduzieren Kosten für das Gesundheitssystem

Konsensus

Definitionen und
Kriterien

Epidemiologie

Psychosoziale
Faktoren

Pathophysiologie
der
Fussulcerationen

Diabetische
Neuropathie

Das DFS-
Ulcus/Management

Infektion

PavK und Diabetes

Schuhwerk

Neuro-
Osteoarthropathie

Amputationen bei
Menschen mit
Diabetes

Prävention von
Fussulcerationen

Psychosoziale und ökonomische Faktoren

Menschen mit DFS

leiden häufig an Depressionen und haben eine geringere Lebensqualität

sind häufig sozial isoliert

haben eine geringe Ausbildung

haben wenig Freunde und Lebensfreude

haben selten soziale und ökonomische Aufgaben

Unumstritten benötigen wir mehr Wissen über all diese Zusammenhänge der direkten und indirekten Kosten

Pathophysiologie der Fussulcerationen



Häufigste Ursache:

- Neuropathie (sensorisch, motorisch und autonom)
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit



Ulcerationen verschiedener Genese entstehen durch:

- Biochemischen Stress
- Beeinträchtigte Hautperfusion
- Infektionen
- Verlust der Sensibilität
- Traumata von Außen



Schuhbedingte Traumata verursachen die meisten Ulcera

Das DFS-Ulcus/Management

Beeinträchtigte Durchblutung und Stoffwechsel

Infektion

Größe und Tiefe der Ulceration

Schlechte Bedingungen für die Wundheilung

Lokalisation des Ulcus (Mal perforans)

Sensibilität und Schmerz

Ödeme

Komorbiditäten

Blutparameterkontrolle

Psychosoziale Faktoren

Rezidivierende Ulcerationen

Spezialisierte Ambulanzen und mobile Pflegedienste



Infektion

Zeitgerechte chirurgische Intervention

Antiseptika

Stimulierende Wachstumsfaktoren

Hyperbare Sauerstofftherapie

Antibiotika



PaVc und Diabetes

PaVc ist häufigste Ursache für Ulcerationen

PaVc kann einfach erkannt werden

Möglichkeit der Wundheilung kann schnell bestimmt werden

Manchmal kein Ruheschmerz durch Ischämie

Mikroangiopathien sind nie primäre Ursache



Amputationen bei Menschen mit Diabetes

85 % aller Amputationen geht ein Ulcus voraus

Probleme in der Wundheilung und beim Mobilisieren sind häufig

Revaskularisation sollte der erste Weg sein

Verbesserung des Stoffwechsels

Nicht heilendes Ulcus ist keine Indikation für eine Amputation



Prävention von Fussulcerationen

Identifikation von
Risikofüssen

Inspektion und
Prüfung von
Risikofüssen

Schulung von
Patienten, Familien
und Pflegenden

Passendes
Schuhwerk

Behandlung aller
Pathologien,
abgesehen vom
Ulcus

Eckpunkte des Fussmanagements

Identifikation von
Risikofüssen

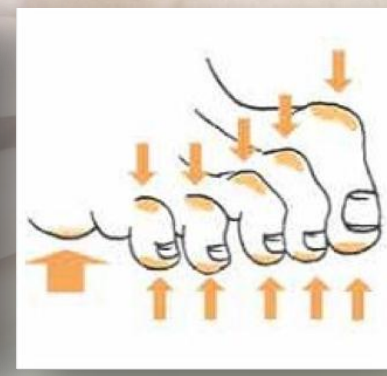
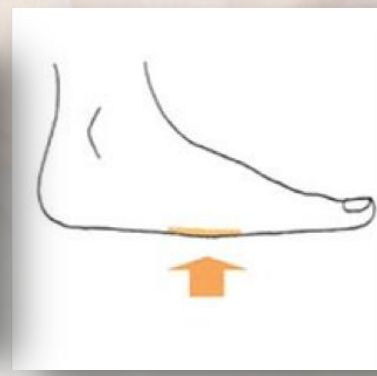
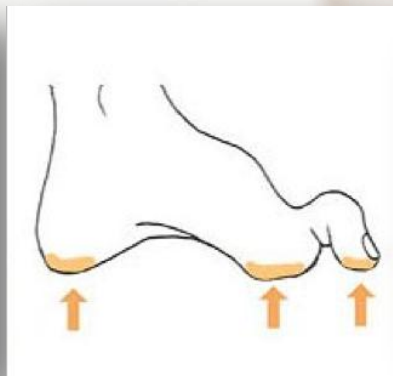
Inspektion und Prüfung
von Risikofüssen

- Minimum einmal im Jahr bei Diabetes
- Bei Risikofaktoren alle 1-6 Monate

Schulung von Patienten,
Familien und Pflegenden

Passendes Schuhwerk

Behandlung aller
Pathologien, abgesehen
vom Ulcus



Wundbehandlung

Druckentlastung

Wiederherstellung
der
Hautdurchblutung

Behandlung der
Infektion

Behandlung und
Kontrolle des
Stoffwechsels

Lokale
Wundbehandlung

Schulung für
Patienten und
Pfleger

Leitlinie beziehbar über

International Working Group on the Diabetic Foot

www.iwgdf.org

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Peter Kurz