

EVALUATION SURMATELAS ALOVA MULTIIMPORTANCE (1998) – RESUME TABLE MAJ 01/03/2017

| DESCRIPTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---------------|-------------|----|-------------|------------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------------|-------------|---------------------|--------------|-------------------|----|----|---|-----------------------|---|---|---|----------------------|---|---|---|----------------|---|---|---|
| Titre de l'étude | Evaluation de l'efficacité du surmatelas ALOVA dans la prise en charge des Personnes à Risque d'Escarres ou Porteuses d'Escarres. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Type de l'étude | Etude observationnelle non interventionnelle, prospective, multicentrique. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de l'étude | 1998. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Services d'évaluation | APHP, CH Charles Foix, Ivry sur Seine (92), Pavillon l'Orbe, Docteur S. MEAUME Centre de Rééducation Fonctionnelle Dr Bouffard-Vercelli, Cerbère (66), Docteur ENJALBERT Centre de Rééducation Fonctionnelle Paul Coste Floret, Lamalou les Bains (34), Docteur B. GARLENQ et Docteur H. GINGLINGER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| METHODE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Critères d'inclusion | Personnes hospitalisées à risque d'escarre évalués selon l'échelle de Waterlow et/ou porteuses d'escarre de stade 1 à 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objectif principal | Préservation ou amélioration de l'état cutané des patients. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objectifs secondaires | Appréciation des soignants : facilité d'utilisation du support. Appréciation des patients : volonté de conserver le matelas en fin d'étude. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taille de l'échantillon | 61 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Randomisation | Non applicable. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analyse des résultats | Analyse descriptive : les descriptions sont réalisées par moyennes, valeurs mini et maxi pour les variables quantitatives et par effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives. Traitement et analyse des données opérés par le service médical du promoteur. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abréviations | NR : Non Renseigné. H : Homme ; F : Femme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTATS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sujets analysés | 61 (1 sortie d'essai analysée) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durée du suivi | 15 jours | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caractéristiques des patients A l'inclusion | Répartition F/H : 0.64 ; Age moyen : 60.03 ans (20 ; 99) ; Poids moyen : 64.77 kg (31 ; 100) ; Taille moyenne : 1.67 m (1.50 ; 1.93) IMC moyen : 23.11 (15.6 ; 39.1) 23 pathologies dont 6 principales : paraplégies, tétraplégies, hémiplégies, syndromes démentiels et dépressifs, problèmes orthopédiques et rhumatologiques, cardiopathies et artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs; 57.4% des patients sont des blessés médullaires 21 Régimes spécifiques: 4 diabétique, 13 hyperprotidique, 1 hypercalorique, 1 hyperglucidique, 1 hépatique, 1 nutrition entérale Alitement quotidien : moyenne 15h (9 ; 24). 12 patients < 12h; 34 patients de 12 à 18 h ; 15 patients de 18 à 24h Assise quotidienne : moyenne 6.7h (0 ; 14). 31 patients de 0 à 6 h ; 28 patients de 6 à 12 h ; 2 patients > 12 h Score de Waterlow initial moyen : 18.3 (10 ; 33) Niveau de risque de la population totale : 15 patients à risque, 24 à haut risque, 22 à très haut risque Répartition des patients selon leur état cutané : 43 exempts d'escarre, 18 porteurs d'1 escarre Nombre total d'escarres : 18 Gravité des escarres : Stade 1 (2), Stade 2 (10), Stade 3 (4), Stade 4 (2) Localisation des escarres : 9 Sacrum, 4 Talon, 5 autres (2 ischion, 1 trochanter, 1 pied, 1 fesse) 26 patients douloureux : 6 douleurs liées à l'escarre, 19 liées à la pathologie, 1 NR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pratiques professionnelles | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pratique</th> <th>Durée/patient/jour</th> <th>Fréquence/patient/jour</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Toilettes</td> <td>61 patients</td> <td>-</td> <td>1.6 (1 ; 5)</td> </tr> <tr> <td>Retournements</td> <td>18 patients</td> <td>9.16 min (5 ; 15)</td> <td>6 (2 ; 10)</td> </tr> <tr> <td>Kinésithérapie</td> <td>55 patients</td> <td>85.45 min (15 ; 90)</td> <td>2.27 (1 ; 4)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Traitement local des escarres : 8 hydrocolloïdes, 3 tulle gras, 1 mèche iodoformée, 3 détersions enzymatique Temps soignant de prévention et/ou de traitement : 35 patients < 1h, 22 patients de 1 à 2h, 4 patients > 2h Temps de kinésithérapie quotidien : 31 patients ≤ 1 h ; 15 patients de 1 à 2 heures ; 9 patients > 2 heures</p> | | Pratique | Durée/patient/jour | Fréquence/patient/jour | Toilettes | 61 patients | - | 1.6 (1 ; 5) | Retournements | 18 patients | 9.16 min (5 ; 15) | 6 (2 ; 10) | Kinésithérapie | 55 patients | 85.45 min (15 ; 90) | 2.27 (1 ; 4) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pratique | Durée/patient/jour | Fréquence/patient/jour | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Toilettes | 61 patients | - | 1.6 (1 ; 5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retournements | 18 patients | 9.16 min (5 ; 15) | 6 (2 ; 10) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kinésithérapie | 55 patients | 85.45 min (15 ; 90) | 2.27 (1 ; 4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Critère principal | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prévention population totale</th> <th>Prévention Patients à risque sans escarre</th> <th>Traitement Patients porteurs d'escarre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Effectif à J0</td> <td>61</td> <td>43</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Efficacité surmatelas ALOVA</td> <td>57 (93%)</td> <td>42 (98%)</td> <td>15 (83%)</td> </tr> <tr> <td>Evolution favorable</td> <td>11</td> <td>NA</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Etat stationnaire</td> <td>46</td> <td>42</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Evolution défavorable</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Apparition d'escarre</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sortie d'étude</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>1 évolution défavorable Incidence : 1.6% de la population totale Résultat : haut risque d'escarre à J0 et J15 ; 1 escarre à J0 (sacrum, stade 1) ; 1 escarre à J15 (sacrum, stade 2) Facteurs de risque : 63 ans, IMC 19.3, sclérose latérale amyotrophique, régime hyperprotidique, non douloureux Protocole quotidien : alité 12h, assis 6 à 12 h, temps soignant 1 à 2 h, 1 toilette, sans retournement ou kinésithérapie</p> <p>2 apparitions d'escarre Incidence : 3.3 % de la population totale <u>Patient 1</u> : Résultat : très haut risque d'escarre à J0 et J15 ; 1 escarre à J0 (pied, stade 4) ; 2 escarres à J15 (pied, stade 4 et sacrum, stade 4)</p> | | Prévention population totale | Prévention Patients à risque sans escarre | Traitement Patients porteurs d'escarre | Effectif à J0 | 61 | 43 | 18 | Efficacité surmatelas ALOVA | 57 (93%) | 42 (98%) | 15 (83%) | Evolution favorable | 11 | NA | 11 | Etat stationnaire | 46 | 42 | 4 | Evolution défavorable | 1 | 0 | 1 | Apparition d'escarre | 2 | 1 | 1 | Sortie d'étude | 1 | 0 | 1 |
| | Prévention population totale | Prévention Patients à risque sans escarre | Traitement Patients porteurs d'escarre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Effectif à J0 | 61 | 43 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Efficacité surmatelas ALOVA | 57 (93%) | 42 (98%) | 15 (83%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evolution favorable | 11 | NA | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etat stationnaire | 46 | 42 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evolution défavorable | 1 | 0 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apparition d'escarre | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sortie d'étude | 1 | 0 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|--|
| | <p>Facteur de risque : 88 ans, IMC 25.3, sclérose en plaque et artérite, régime diabétique, douleur intense liée à l'escarre, septicémie Protocole quotidien : non levé, temps soignant 1 à 2 h, 1 toilette, 8 retournements, 2 séances de kinésithérapie Soins d'escarre : détersion enzymatique à J0 ; pansements hydrocolloïdes à J15</p> <p><u>Patient 2 :</u> Résultat : très haut risque d'escarre à J0 et J15 ; absence d'escarre à J0 ; 1 escarre à J15 (sacrum, stade 2) Facteur de risque : 68 ans, IMC 26.1, paraplégie, régime diabétique, douleur Protocole quotidien : non levé, temps soignant 1 à 2 h, 1 toilette, 8 retournements, 2 séances de kinésithérapie Remarque : fréquence des retournement diminuée à J15 (refus patient) Soins d'escarre : traitement éosine et antimycosique (mycose sacrée)</p> <p><u>1 sortie d'étude</u> Patient à risque d'escarre, sans escarre à J0 Facteurs de risque : 94 ans, IMC 25.3, troubles de la marche avec arthrose diffuse, douleur faible (arthrose), sans régime Protocole quotidien : alité 11 h, assis 6 h, temps soignant < 1h, sans retournement, 1 séance de kinésithérapie, 1 toilette</p> |
| Critères secondaires | <p>Appréciation du support par le personnel : facilité d'utilisation : oui 90.2% (55 cas) Appréciation du support par le patient : 54 souhaitent conserver le matelas (88.5%), 3 ne se prononcent pas (4.9%), 4 non (6.6%) Patient douloureux à J15 : 14</p> |
| Effets secondaires | Aucun effet secondaire. Les soins de prévention d'escarres ont été poursuivis simultanément. |
| CONCLUSION | |
| <p>Sur cet échantillon de 61 cas, représentatif de la population habituellement admise en centre de rééducation et moyen séjour gériatrique, il apparait que le surmatelas ALOVA constitue un support efficace d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre, quel que soit le niveau de risque d'escarre évalué selon l'échelle validée de Waterlow, avec une efficacité observée sur 93% de la population totale, 98% de la population à risque exempte d'escarre et 83% de la population à risque porteuse d'escarre. Les principaux facteur de risque relevés sont un âge supérieur à 60 ans, une altération de l'état général et/ou d'une pathologie intercurrente et une mauvaise compliance au traitement. La facilité d'utilisation, d'entretien et de soins infirmiers, sont largement soulignées par le personnel soignant (90.2% de satisfaction). Les difficultés rencontrées concernent essentiellement des patients obèses, difficilement mobilisables, mais n'ont eu que peu d'effet sur l'efficacité du support. 88.5% des patients expriment souhaiter conserver le support et que 93.5% l'ont effectivement conservé. 3 patients n'ont pas pu exprimer leur désir. 4 patients l'ont jugé inconfortable.</p> | |

EVALUATION MATELAS ALOVA MULTIIMPORTANCE (2004) – RESUME TABULE MAJ 01/03/2017

| DESCRIPTION | |
|--|---|
| Titre de l'étude | Evaluation de l'efficacité du matelas ALOVA dans la prise en charge des Personnes à Risque d'Escarres ou Porteuses d'Escarres. |
| Type de l'étude | Etude observationnelle non interventionnelle, prospective, multicentrique. |
| Date de l'étude | 2004. |
| Services d'évaluation | 30% Médecine (n=12), 32.5% Médecine spé (n=13), 20% Long séjour (n=8), 12.5% Chirurgie (n=5), 5% Réanimation (n=2). |
| METHODE | |
| Critères d'inclusion | Personnes hospitalisées à risque d'escarre (selon échelle validée et jugement clinique) et/ou porteuses d'escarre. |
| Objectif principal | Evaluer l'efficacité du matelas Alova : apparition ou non d'escarre. |
| Objectifs secondaires | Evaluer l'appréciation des soignants : facilité d'installation, confort, efficacité, entretien, mobilisation du patient, réfection du lit, Evaluer l'appréciation des patients : satisfaction, tolérance et sécurité. |
| Taille de l'échantillon | N = 40 |
| Randomisation | Non applicable. |
| Analyse des résultats | Analyse descriptive : les descriptions sont réalisées par moyennes, valeurs mini et maxi pour les variables quantitatives et par effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives. Traitement et analyse des données opérés par le service médical du promoteur. |
| Abréviations | NR : Non Renseigné. H : Homme ; F : Femme |
| RESULTATS | |
| Sujets analysés | N = 40 |
| Durée du suivi | Durée moyenne de suivi : 25.27 jours (1 ; 50) |
| Caractéristiques des patients A l'inclusion | Répartition H/F : 0.86 ; Age moyen : 71.38 ans (28 ; 95) ; Poids moyen : 69.47 kg (36 ; 90) ; Taille moyenne : 1.63 m (1.48 ; 1.82) IMC moyen : 16.25 (10.3 ; 25.3) Durée moyenne d'alitement quotidien : 18.17 heures/jour (6 ; 24) Mobilité : 35% Oui (n=14), 10% Moyen (n=4), 50% non (n=20), 5% NR (n=2) Conscience : 52.50 % Bon (n=21), 3 % Moyen (n=14), 10% Mauvais (n=4), 0% Comas, 2.5 % NR (n=1) Continence : 35.5 % Oui (n=13), 57.50% Non (n=23), 10 % NR (n=4) Nutrition : 20% Bon (n=8), 52.50% Moyen (n=21), 25 % Mauvais (n=10), 2.5 % NR (n=1) Douleur : 37.5 % Oui (n=15), 50% Non (n=20), 12.50 % NR (n=5) Escarre : 10% des patients sans risque (n=4), 30% à risque (n=12), 50% porteurs d'escarres (n=20), 10% NR (n=4) 24 escarres constituées : 56% stade 1 (n=14), 20% stade 2 (n=5), 12% stade 3 (n=3), 12% stade 4 (n=3) |
| Pratiques professionnelles | Nombre de retournements quotidiens : 2.8 (0 ; 10) Indication du support considérée par le soignant : 67.50% prévention (n=27), 7.50% curatif (n=3), 17.50% préventif et curatif (n=7), 7.50 % prévention et confort (n=3) |
| Critère principal | Aucune apparition d'escarre |
| Critères secondaires | <u>Evaluation du matériel</u> Installation : 92.50% facile (n=37), 0% compliquée, 5% lourde (n=2), 2.5% NR (n=1) Confort : 65% très bon (n=26), 25% Bon (n=10), 2.50% Moyen (n=1), 7.50% NR (n=3) Efficacité : 35% très bonne (n=14), 50% Bonne (n=20), 5 % Moyenne (n=2), 10% NR (n=4) Entretien : 95% Facile (n=38), 2.50% Difficile (n=1), 0% Lourd, 2.50% NR (n=1) Mobilisation du patient : 90% Facile (n=36), 5% difficile (n=2), 5% NR (n=2) Réfection du lit : 95% Facile (n=38), 2.50% Difficile (n=1), 2.50% NR (n=1) <u>Satisfaction patient</u> Etre bien installé : 67.50% Oui (n=27), 5% Non (n=2), 27.50% NR (n=11) Mieux dormir : 30% Oui (n=12), 20% Non (n=8), 50% NR (n=20) Ne pas glisser du lit : 45% Oui (n=18), 15 % Non (n=6), 40% NR (n=16) <u>Tolérance patient</u> Ne pas souffrir : 42.5 % Oui (n=17), 17.50% Non (n=7), 40% NR (n=16) Présente un visage détendu : 57.50% Oui (n=23), 42.50% NR (n=17) Présente une peau saine : 62.50% Oui (n=25), 15% Non (n=6), 22.50% NR (n=9) Présente une sudation normale : 65% Oui (n=26), 2.50% Non (n=1), 32.50% NR (n=13) <u>Sécurité patient</u> Se mobiliser dans le lit sans risque : 72.50% Oui (n=29), 10% Non (n=4), 17.50% NR (n=7) |
| Effets secondaires | Aucun effet secondaire. Les soins de prévention d'escarres ont été poursuivis simultanément. |
| CONCLUSION | |
| Le matelas en mousse viscoélastique ALOVA multiimportance montre son efficacité dans l'aide à la prévention des escarres. Aucune apparition d'escarre n'est constatée sinon la stabilisation ou l'évolution favorable des lésions préexistantes. Le personnel soignant est satisfait du matériel et la tolérance du patient est bonne. | |