RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

RISCO DE LESÃO POR POSICIONAMENTO EM CIRURGIA ROBÓTICA ELETIVA: RESULTADOS PRELIMINARES

Marja Rany Rigotti Baltor (marjabaltor@usp.br)

Renata Elizabete Pagotti Da Fonseca (renata.fonseca@ebserh.gov.br)

Carina Marosti (camarosti@usp.br)

Introdução

A incorporação de tecnologias em saúde tem transformado o cuidado de enfermagem, aumentando a qualidade e a eficácia da assistência. Nesse contexto, a cirurgia robótica destaca-se pela alta precisão e benefícios clínicos, como menor perda sanguínea, redução da dor e das infecções e recuperação mais rápida. Entretanto, a complexidade desses procedimentos, frequentemente prolongados e associados a inclinações severas, expõe o paciente a forças de pressão, fricção e cisalhamento, elevando o risco de danos à integridade da pele[1]. O enfermeiro perioperatório desempenha papel fundamental na segurança do paciente, articulando competências tecnológicas e clínicas para reduzir riscos associados ao posicionamento cirúrgico[2]. Para apoiar a tomada de decisão, destaca-se a Escala de Avaliação de Risco para o

Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO)[3], instrumento validado que avalia fatores anatômicos e fisiológicos relacionados ao risco de lesões. Embora amplamente utilizada em cirurgias convencionais, ainda há escassez de estudos sobre sua aplicação no contexto da cirurgia robótica. Assim, torna-se necessário investigar o uso da ELPO frente às particularidades dessa tecnologia, visando à identificação precoce de riscos e ao aprimoramento das intervenções preventivas de enfermagem.

Objetivo

Avaliar o risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias robóticas eletivas de grande porte nas especialidades de cirurgia torácica, urologia, neurocirurgia e ortopedia.

Método

Estudo observacional, longitudinal e prospectivo, que constitui um recorte com resultados preliminares de uma pesquisa de doutorado. O estudo foi desenvolvido em um hospital de ensino de alta complexidade e grande porte, localizado na cidade de Ribeirão Preto.

Uma amostra consecutiva e não probabilística foi composta por pacientes maiores de 18 anos, submetidos a cirurgias robóticas eletivas das especialidades da cirurgia torácica, urologia, neurocirurgia e ortopedia, no período de coleta de dados. No pré-operatório imediato, a pesquisadora realizou a coleta de dados sociodemográficos e clínicos, bem como dos dados do período pré-operatório, na recepção do Centro Cirúrgico. No intraoperatório, a coleta de dados ocorreu a partir da entrada do paciente na sala operatória até a sua transferência para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Durante esse período, foram coletados dados referentes ao procedimento anestésico-cirúrgico, incluindo a aplicação da Escala ELPO.

Os dados coletados foram: data de nascimento, data da cirurgia, sexo biológico, nome da cirurgia, CID, Índice de Massa Corpórea (IMC), classificação do estado

físico conforme a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA), presença de doenças associadas, presença de dor no pré-operatório e local, presença de lesão por pressão no pré-operatório. A variável “lesão por pressão prévia” foi obtida por meio de avaliação/inspeção de toda a superfície corporal do paciente no pré-operatório. O risco de desenvolvimento de lesão por posicionamento cirúrgico foi avaliado por meio da Escala ELPO, que mensura sete domínios: tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte utilizada, posicionamento dos membros, comorbidades e idade do paciente. O escore total da escala varia de 7 a 35 pontos, sendo que valores entre 7 e 19 indicam baixo risco de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, ao passo que escores entre 20 e 35 classificam o paciente em maior risco para o desenvolvimento desses agravos[3].

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CAAE: 92436525.5.0000.5393). Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e, após concordarem, foram realizadas a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram analisados no IBM SPSS versão 24.0 por estatística descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para variáveis numéricas. O risco de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico foi avaliado pela soma dos sete itens da ELPO (7–35 pontos), sendo classificado em menor risco (até 19 pontos) e alto risco (20–35 pontos).

Resultados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e junho de 2026. Atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo 18 pacientes. Houve predomínio do sexo masculino (n=12, 66,7%). As idades variaram de 17 a 82 anos, com mediana de 62 anos. A maioria dos pacientes foi classificada como ASA II (n=11, 61,1%). A maioria dos pacientes apresentavam obesidade (n=9, 50%).

Com relação às doenças pré-existentes, 72,2% da amostra (n=13) relatou ter alguma doença pré-existente antes da realização do procedimento cirúrgico. Houve prevalência de pacientes hipertensos (n= 11, 61,1%), seguido de diabéticos (n=3, 16,7%). O tabagismo atual foi verificado em uma pequena parcela dos participantes (n=3; 16,7%), ao passo que o tabagismo prévio foi observado em metade da amostra estudada (n=9; 50,0%).

No período de coleta de dados, a especialidade que mais realizou procedimentos foi a urologia (n=7, 38,9%), seguida da cirurgia torácica (n=4, 22,2%), ortopedia (n=4, 22,2%) e neurocirurgia (n=3, 16,7%).

A análise de risco avaliada pela Escala ELPO desses participantes evidenciou que a maioria apresentou escore de alto risco (n=15, 83,3%). O escore mínimo avaliado foi de 18 pontos e o máximo de 28 pontos, com a mediana de 25 pontos, média de 23,56 e desvio padrão de 3,22.

A totalidade dos procedimentos foi realizada sob anestesia geral (n=18, 100%), sendo associada à raquianestesia em 22,2% (n=4) dos casos. A posição cirúrgica predominante foi a de Lloyd-Davies (computada na categoria litotômica na Escala ELPO) com 38,9% (n=7), seguida pelas posições prona (n=6, 33,3%) e lateral (n=5, 27,8%).

Todos os procedimentos apresentaram tempo cirúrgico superior a 60 minutos (n=18, 100%). O tempo cirúrgico apresentou média de 277,22 minutos, mediana de 252,50 minutos e desvio padrão de 95,23 minutos (mínimo de 90 e máximo de 470 minutos). Já o tempo de anestesia registrou média de 357,22 minutos, mediana de 330,00 minutos e desvio padrão de 97,97 minutos (mínimo de 165 e máximo de 525 minutos).

Como superfície de suporte no intraoperatório, utilizou-se o colchão da mesa cirúrgica associado a coxins de viscoelástico na maior parte dos casos (n=17, 94,4%). Adicionalmente, 94,4% (n=17) dos pacientes mantiveram os membros posicionados com abertura ou elevação superior a 90°.

Os dados referentes aos itens avaliados na escala ELPO (Escala de Avaliação do Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico) na amostra estudada (n = 18) revelaram que, quanto ao tipo de

posição cirúrgica, a posição litotômica foi a mais frequente, correspondendo a 38,9% dos casos (n=7), seguida pelas posições prona (n=6, 33,3%) e lateral (n=5, 27,8%). No que diz respeito ao tempo de cirurgia, a maior parcela dos procedimentos concentrou-se no intervalo de acima de 4 horas até 6 horas (n=10, 55,6%), seguida por acima de 2 horas até 4 horas (n=4, 22,2%), acima de 6 horas (n=3, 16,7%) e acima de 1 hora até 2 horas (n=1, 5,6%). Em relação ao tipo de anestesia, a anestesia geral isolada foi predominante (n=14, 77,8%), seguida pela associação de anestesia geral e regional (n=4, 22,2%). Quanto à superfície de suporte, a combinação de colchão da mesa cirúrgica (espuma convencional) e coxins de viscoelástico foi utilizada na quase totalidade da amostra (n=17, 94,4%), seguida pelo não uso de superfície de suporte ou uso de suporte rígido (n=1, 5,6%). Na variável posição dos membros, a maioria apresentou elevação dos joelhos maior que 90º e abertura dos membros inferiores ou superiores maior que 90º (n=17, 94,4%) seguida por posição anatômica (n=1, 5,6%). Em relação às comorbidades, identificou-se a desnutrição ou obesidade (n=7, 38,9%), seguida por indivíduos sem comorbidades (n=6, 33,3%), doença vascular (n=4, 22,2%) e Diabetes Mellitus (n= 1,5,6%). Por fim, a idade dos pacientes concentrou-se majoritariamente na faixa entre 40 e 59 anos (n=8, 44,4%), seguida pela faixas de 60 a 69 anos (n=4, 22,2%), de 70 a 79 anos (n=4, 22,2%), de 18 e 39 anos (n=1, 5,6%) e maiores que 80 anos (n=1, 5,6%).

Conclusão

Os resultados preliminares evidenciam elevada frequência de pacientes classificados com alto risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico em cirurgias robóticas eletivas de grande porte.

Referências

1. Ângelo CS, et al. Posicionamento cirúrgico em cirurgia robótica pediátrica: relato de experiência. Rev SOBECC. 2020;25(2):120-123.

2. Pitassi CO, et al. Atuação do enfermeiro no posicionamento do paciente para a cirurgia robótica. Rev SOBECC. 2020;25(3):173-179.

3. Lopes CMM, et al. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2704.

Instituição que ofereceu auxílio/apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Riesgo de lesión por posicionamiento en cirugía robótica electiva: resultados preliminares

Introducción

La incorporación de tecnologías en salud ha transformado el cuidado de enfermería. En este contexto, la cirugía robótica destaca por su alta precisión y beneficios clínicos, como una menor pérdida sanguínea, reducción del dolor e infecciones, y una recuperación más rápida. Sin embargo, su complejidad, larga duración y posiciones quirúrgicas severas exponen al paciente a fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, elevando el riesgo de lesiones cutáneas[1]. El enfermero perioperatorio es fundamental para articular competencias y reducir estos riesgos[2]. Para la toma de decisiones, destaca la Escala de Evaluación de Riesgo para el Desarrollo de Lesiones Decorrientes del Posicionamiento Quirúrgico (ELPO)[3], instrumento validado que mide factores anatómicos y fisiológicos. Aunque es ampliamente utilizada en cirugía convencional, su aplicación en cirugía robótica es poco estudiada, siendo necesario investigar su uso para identificar riesgos tempranamente y perfeccionar las intervenciones de enfermería.

Objetivo Evaluar el riesgo de desarrollo de lesiones por posicionamiento quirúrgico mediante la escala ELPO en pacientes sometidos a cirugías robóticas electivas de gran envergadura en las especialidades de cirugía torácica, urología, neurocirugía y ortopedia.

Método

Estudio observacional, longitudinal y prospectivo (recorte con resultados preliminares de una investigación de doctorado). La muestra consecutiva no probabilística incluyó pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugías robóticas electivas en las especialidades mencionadas.

En el preoperatorio inmediato se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y presencia de lesión por presión previa mediante inspección de toda la superficie corporal. En el intraoperatorio (desde el ingreso a la sala de operaciones hasta la SRPA) se registraron variables anestésico-quirúrgicas y se aplicó la Escala ELPO.

Las variables evaluadas fueron: edad, sexo biológico, diagnóstico (CIE), IMC, clasificación física ASA, comorbilidades, dolor preoperatorio y lesión por presión previa. La escala ELPO evalúa 7 dominios (tipo de posición quirúrgica, tiempo de cirugía, anestesia, superficie de soporte, posición de miembros, comorbilidades y edad) con puntuaciones de 1 a 5 por ítem (rango total: 7 a 35 puntos; =19 menor riesgo, 20–35 alto riesgo)[3].

Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto (CAAE: 92436525.5.0000.5393) con consentimiento informado firmado. El análisis se realizó en IBM SPSS v.24.0 mediante estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión).

Resultados

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de febrero y junio de 2026. Cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar

en el estudio 18 pacientes. Hubo un predominio del sexo masculino (n=12, 66,7%). Las edades variaron de 17 a 82 años, con una mediana de 62 años. La mayoría de los pacientes fue clasificada como ASA II (n=11, 61,1%). La mitad de los pacientes presentaba obesidad (n=9, 50%).

Con respecto a las enfermedades preexistentes, el 72,2% de la muestra (n=13) informó tener alguna enfermedad preexistente antes de la realización del procedimiento quirúrgico. Hubo una prevalencia de pacientes hipertensos (n=11, 61,1%), seguidos de diabéticos (n=3, 16,7%). El tabaquismo activo se verificó en una pequeña proporción de los participantes (n=3, 16,7%), mientras que el tabaquismo previo se observó en la mitad de la muestra estudiada (n=9, 50,0%).

En el período de recolección de datos, la especialidad que realizó más procedimientos fue urología (n=7, 38,9%), seguida de cirugía torácica (n=4, 22,2%), ortopedia (n=4, 22,2%) y neurocirugía (n=3, 16,7%).

El análisis de riesgo evaluado por la Escala ELPO de estos participantes evidenció que la mayoría presentó una puntuación de alto riesgo (n=15, 83,3%). La puntuación mínima evaluada fue de 18 puntos y la máxima de 28 puntos, con una mediana de 25 puntos, una media de 23,56 y una desviación estándar de 3,22.

La totalidad de los procedimientos se realizó bajo anestesia general (n=18, 100%), la cual se asoció a raquianestesia en el 22,2% (n=4) de los casos. La posición quirúrgica predominante fue la de Lloyd-Davies (computada en la categoría litotómica en la Escala ELPO) con un 38,9% (n=7), seguida por las posiciones prona (n=6, 33,3%) y lateral (n=5, 27,8%).

Todos los procedimientos presentaron un tiempo quirúrgico superior a 60 minutos (n=18, 100%). El tiempo quirúrgico presentó una media de 277,22 minutos, una mediana de 252,50 minutos y una desviación estándar de 95,23 minutos (mínimo de 90 y máximo de 470 minutos). Por su parte, el tiempo de anestesia registró una media de 357,22 minutos, una mediana de 330,00 minutos y una desviación estándar de 97,97 minutos (mínimo de 165 y máximo de 525 minutos).

Como superficie de soporte en el intraoperatorio, se utilizó el colchón de la mesa quirúrgica asociado a almohadillas de viscoelástico en la mayor parte de los casos (n=17, 94,4%). Adicionalmente, el 94,4% (n=17) de los pacientes mantuvo los miembros posicionados con una apertura o elevación superior a 90°.

Los datos referentes a los ítems evaluados en la escala ELPO (Escala de Evaluación del Riesgo para el Desarrollo de Lesiones Decorrientes del Posicionamiento Quirúrgico) en la muestra estudiada (n=18) revelaron que, en cuanto al tipo de posición quirúrgica, la posición litotómica fue la más frecuente, correspondiendo al 38,9% de los casos (n=7), seguida por las posiciones prona (n=6, 33,3%) y lateral (n=5, 27,8%). En lo que respecta al tiempo de cirugía, la mayor parte de los procedimientos se concentró en el intervalo de más de 4 horas hasta 6 horas (n=10, 55,6%), seguida por más de 2 horas hasta 4 horas (n=4, 22,2%), más de 6 horas (n=3, 16,7%) y más de 1 hora hasta 2 horas (n=1, 5,6%). En relación con el tipo de anestesia, la anestesia general aislada fue predominante (n=14, 77,8%), seguida por la asociación de anestesia general y regional (n=4, 22,2%). En cuanto a la superficie de soporte, la combinación de colchón de la mesa quirúrgica (espuma convencional) y almohadillas de viscoelástico se utilizó en la casi totalidad de la muestra (n=17, 94,4%), seguida por el no uso de superficie de soporte o el uso de soporte rígido (n=1, 5,6%). En la variable posición de los miembros, la mayoría presentó elevación de las rodillas mayor a 90º y apertura de los miembros inferiores o superiores mayor a 90º (n=17, 94,4%), seguida por la posición anatómica (n=1, 5,6%). En relación con las comorbilidades, se identificó la desnutrición u obesidad (n=7, 38,9%), seguida por individuos sin comorbilidades (n=6, 33,3%), enfermedad vascular (n=4, 22,2%) y Diabetes Mellitus (n=1, 5,6%). Por último, la edad de los pacientes se concentró mayoritariamente en el rango entre 40 y 59 años (n=8, 44,4%), seguida por los rangos de 60 a 69 años (n=4, 22,2%), de 70 a 79 años (n=4, 22,2%), de 18 a 39 años (n=1, 5,6%) y mayores de 80 años (n=1, 5,6%).

Conclusión

Los resultados preliminares evidencian una elevada frecuencia de pacientes clasificados con alto riesgo de sufrir lesiones decorrientes del posicionamiento quirúrgico en cirugías robóticas electivas de gran envergadura.

Referencias

1. Ângelo CS, et al. Posicionamento cirúrgico em cirurgia robótica pediátrica: relato de experiência. Rev SOBECC. 2020;25(2):120-123.

2. Pitassi CO, et al. Atuação do enfermeiro no posicionamento do paciente para a cirurgia robótica. Rev SOBECC. 2020;25(3):173-179.

3. Lopes CMM, et al. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2704.

Institución que brindó apoyo financiero

El presente trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamiento 001.

Risk of injury due to positioning in elective robotic surgery: preliminary results

Introduction

The incorporation of health technologies has transformed nursing care, increasing quality and effectiveness. Robotic surgery stands out for its high precision and clinical benefits, such as lower blood loss, reduced pain and infection risk, and faster recovery. However, the complexity, prolonged duration, and steep positioning angles of these procedures expose patients to pressure, friction, and shear forces, increasing the risk of skin integrity impairment[1]. Perioperative nurses play a key role in patient safety, combining technological and clinical competencies to mitigate positioning-related risks[2]. The Risk

Assessment Scale for the Development of Injuries Due to Surgical Positioning (ELPO)[3] is a validated tool assessing anatomical and physiological risk factors. Although widely used in conventional surgery, studies on its application in robotic surgery remain scarce. Therefore, investigating ELPO in this context

is essential for early risk identification and the refinement of preventive nursing interventions.

Objective

To evaluate the risk of surgical positioning injuries using the ELPO scale in patients undergoing large-scale elective robotic surgeries in thoracic surgery, urology, neurosurgery, and orthopedics.

Method

An observational, longitudinal, and prospective study representing a preliminary subset of a doctoral research project, conducted at a high-complexity teaching hospital in Ribeirão Preto. A consecutive, non-probability sample comprised patients aged =18 years undergoing elective robotic surgery in the specified specialties.

In the immediate preoperative period, sociodemographic and clinical data were collected, including visual skin inspection for previous pressure injuries. Intraoperatively (from operating room entry to PACU transfer), anesthetic-surgical data and the ELPO Scale were recorded.

Collected variables included: birth/surgery dates, biological sex, surgical procedure, ICD code, BMI, ASA physical status, comorbidities, preoperative pain, and previous pressure injuries. The ELPO scale measures seven domains (surgical position, surgery duration, anesthesia type, support surface, limb positioning, comorbidities, and age) on a 1-to-5 scale per item (total score: 7–35 points; 7–19 = lower risk, 20–35 = higher risk)[3].

Approved by the Research Ethics Committee of the Ribeirão Preto College of Nursing (CAAE: 92436525.5.0000.5393). Patients provided written informed consent. Data were analyzed using IBM SPSS v.24.0 through descriptive statistics (absolute and relative frequencies, central tendency, and dispersion measures).

Results

Data collection occurred between February and June 2026. Eighteen patients met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. There was a predominance of males (n=12, 66.7%). Ages ranged from 17 to 82 years, with a median of 62 years. Most patients were classified as ASA II (n=11, 61.1%). The majority of the patients presented with obesity (n=9, 50%).

Regarding pre-existing diseases, 72.2% of the sample (n=13) reported having some pre-existing condition prior to the surgical procedure. There was a prevalence of hypertensive patients (n=11, 61.1%), followed by diabetic patients (n=3, 16.7%). Current smoking was verified in a small portion of the participants (n=3, 16.7%), whereas past smoking was observed in half of the studied sample (n=9, 50.0%).

During the data collection period, the specialty that performed the most procedures was urology (n=7, 38.9%), followed by thoracic surgery (n=4, 22.2%), orthopedics (n=4, 22.2%), and neurosurgery (n=3, 16.7%).

The risk analysis evaluated by the ELPO Scale of these participants showed that the majority presented a high-risk score (n=15, 83.3%). The minimum score evaluated was 18 points and the maximum was 28 points, with a median of 25 points, a mean of 23.56, and a standard deviation of 3.22. All procedures were performed under general anesthesia (n=18, 100%), which was associated with spinal anesthesia in 22.2% (n=4) of the cases. The predominant surgical position was Lloyd-Davies (computed under the lithotomy category in the ELPO Scale) with 38.9% (n=7), followed by the prone (n=6, 33.3%) and lateral (n=5, 27.8%) positions.

All procedures had a surgical time exceeding 60 minutes (n=18, 100%). The surgical time presented a mean of 277.22 minutes, a median of 252.50 minutes, and a standard deviation of 95.23 minutes (minimum of 90 and maximum of 470 minutes). Anesthesia time recorded a mean of 357.22 minutes, a median of 330.00 minutes, and a standard deviation of 97.97 minutes (minimum of 165 and maximum of 525 minutes).

As an intraoperative support surface, the operating table mattress associated with viscoelastic pads was used in most cases (n=17, 94.4%). Additionally, 94.4% (n=17) of the patients maintained limbs positioned with an abduction or elevation greater than 90°.

Data regarding the items evaluated in the ELPO scale (Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Due to Surgical Positioning) in the studied sample (n=18) revealed that, regarding the type of surgical position, the lithotomy position was the most frequent, corresponding to 38.9% of cases (n=7), followed by the prone (n=6, 33.3%) and lateral (n=5, 27.8%) positions. Regarding surgery time, the largest portion of the procedures was concentrated in the interval of more than 4 hours up to 6 hours (n=10, 55.6%), followed by more than 2 hours up to 4 hours (n=4, 22.2%), more than 6 hours (n=3, 16.7%), and more than 1 hour up to 2 hours (n=1, 5.6%). Regarding the type of anesthesia, general anesthesia alone was predominant (n=14, 77.8%), followed by the combination of general and regional anesthesia (n=4, 22.2%). Regarding the support surface, the combination of the operating table mattress (conventional foam) and viscoelastic pads was used in almost the entire sample (n=17, 94.4%), followed by the non-use of a support surface or the use of a rigid support (n=1, 5.6%). In the limb positioning variable, the majority presented knee elevation greater than 90° and abduction of the lower or upper limbs greater than 90° (n=17, 94.4%), followed by the anatomical position (n=1, 5.6%). Regarding comorbidities, malnutrition or obesity was identified (n=7, 38.9%), followed by individuals without comorbidities (n=6, 33.3%), vascular disease (n=4, 22.2%), and Diabetes Mellitus (n=1, 5.6%). Finally, the age of the patients was mostly concentrated in the range between 40 and 59 years (n=8, 44.4%), followed by the ranges of 60 to 69 years (n=4, 22.2%), 70 to 79 years (n=4, 22.2%), 18 to 39 years (n=1, 5.6%), and older than 80 years (n=1, 5.6%).

Conclusion

Preliminary results demonstrate a high frequency of patients classified at high risk for surgical positioning injuries in large-scale elective robotic surgeries.

References

1. Ângelo CS, et al. Posicionamento cirúrgico em cirurgia robótica pediátrica: relato de experiência. Rev SOBECC. 2020;25(2):120-123.

2. Pitassi CO, et al. Atuação do enfermeiro no posicionamento do paciente para a cirurgia robótica. Rev SOBECC. 2020;25(3):173-179.

3. Lopes CMM, et al. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2704.

Institution that provided financial aid/support

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Palavras-chave: enfermagem perioperatória; segurança do paciente; posicionamento do paciente; lesão por pressão; robótica.