

**Realidad de la parotidectomía en el hospital “Daniel Bracamonte” de la ciudad de Potosí Bolivia**  
**The reality of parotidectomy at the “Daniel Bracamonte” Hospital in the city of Potosí, Bolivia**  
**A realidade da parotidectomia no Hospital “Daniel Bracamonte”, na cidade de Potosí, Bolívia.**

**Jamil Genaro Bustamante Riveros<sup>1</sup>**  
**Universidad Autónoma Tomas Frías – Facultad de Medicina**  
**ID ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2621-5392>**  
**E-mail: [drjamilbustamante@gmail.com](mailto:drjamilbustamante@gmail.com)**

## **Resumen**

Los resultados de la investigación responden a la necesidad de estandarizar el procedimiento quirúrgico de la glándula parótida denominado parotidectomía, haciendo un aporte a los cirujanos especialistas facultados para realizar esta cirugía, que tiene la particularidad de encontrarse en medio de la glándula el nervio facial que está encargada del lenguaje no verbal del individuo, durante su proceso comunicacional en la sociedad. De ahí su carácter de alta complejidad y precisión. Se estudió el periodo comprendido entre 2022 a 2023 con 20 pacientes que se internaron en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital de tercer nivel “Daniel Bracamonte”. Se exponen siete elementos del preoperatorio, siete del intraquirúrgico y siete del postoperatorio, para demostrar su adecuado cumplimiento en aras de la optimización, como menciona el programa multimodal ERAS y su repercusión respecto al estrés del paciente con tumoración parotídea durante su hospitalización. Fueron aplicadas las técnicas de revisión documental, encuestas, entrevistas a los pacientes, cirujanos especialistas, médicos anestesiólogos y personal de enfermería.

## **Palabras clave**

Parotidectomía, optimización, estrés, ERAS (recuperación acelerada postquirúrgica).

## **Abstract**

The research findings stemmed from the need to standardize the parotid gland surgical procedure known as parotidectomy. This study aims to assist the specialist surgeons qualified to perform this surgery—a procedure

characterized by high complexity and the need for precision, given that the facial nerve (responsible for non-verbal communication in social interaction) runs through the center of the gland. The study covered the 2022–2023 period and involved 20 patients admitted to the maxillofacial surgery department of the “Daniel Bracamonte” tertiary-care hospital. Seven elements each for the preoperative, intraoperative, and postoperative phases are presented to demonstrate proper adherence to optimization protocols—aligned with the multimodal ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) program—and to assess their impact on patient stress levels during hospitalization. Methodologies included document review, surveys, and interviews with patients, specialist surgeons, anesthesiologists, and nursing staff.

## **Keywords**

Parotidectomy, optimization, stress, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

## **Resumo**

Os resultados da pesquisa surgiram da necessidade de padronizar o procedimento cirúrgico da glândula parótida denominado parotidectomia, oferecendo uma contribuição aos cirurgiões especialistas habilitados a realizar essa cirurgia. O procedimento apresenta a particularidade de envolver o nervo facial — responsável pela linguagem não verbal do indivíduo durante sua interação social — situado no meio da glândula, o que confere à cirurgia um caráter de alta complexidade e precisão. O estudo abrangeu o período de 2022 a 2023 e incluiu 20 pacientes internados no serviço de cirurgia

(1) Máster en Educación Superior. Mención: Psicopedagogía por la Universidad Mayor de San Andrés. Presidente de la Sociedad boliviana de Cirugía máxilo facial. Cirujano máxilo facial hospital “Daniel Bracamonte”. Docente de Cirugía de Cara y Cuello - Facultad de Medicina Universidad Autónoma Tomas Frías.



maxilofacial do hospital de nível terciário "Daniel Bracamonte". São apresentados sete elementos do pré-operatório, sete do intraoperatório e sete do pós-operatório, demonstrando sua adequada execução com vistas à otimização — conforme preconizado pelo programa multimodal ERAS — e analisando a repercussão sobre o estresse do paciente com tumor parotídeo durante a hospitalização. Foram aplicadas técnicas de revisão documental, aplicação de questionários e entrevistas com pacientes, cirurgiões especialistas, anestesiológicos e equipe de enfermagem.

### Palavras-chave

Parotidectomia, otimização, estresse, ERAS (recuperação acelerada pós-cirúrgica).

### Introducción

La parotidectomía es un procedimiento habitualmente realizado por cirujanos maxilofaciales, en el cual se remueve parcialmente o en su totalidad a la glándula parótida, dependiendo de la estirpe histopatológica de la masa tumoral a tratarse quirúrgicamente. Este es un procedimiento quirúrgico que constituye el tratamiento de elección en la mayoría de las neoplasias de la glándula parótida. La técnica quirúrgica debe orientarse a la excéresis completa de la lesión procurando la identificación y preservación del nervio facial, dado que su lesión representa una de las complicaciones más relevantes de esta técnica. La planificación adecuada y el conocimiento anatómico detallado son esenciales para minimizar riesgos y garantizar resultados funcionales satisfactorios. (Navarro Vila et al., 2008, p.412). La planificación preoperatoria adecuada y la técnica meticulosa son fundamentales para reducir complicaciones. (Flint et al., 2020, p.1234). Güerrissi (2007) menciona que: "Los tumores de la glándula parótida pueden clasificarse en benignos y malignos, siendo los adenomas pleomorfos los más frecuentes dentro del grupo benigno, mientras que entre los malignos destacan el carcinoma epidermoide y el carcinoma adenoide quístico". Epidemiológicamente aproximadamente el 80% de los tumores de glándulas salivales se localizan en la glándula parótida (Navarro Vila et al., 2008) de estos, el 75-80% son de naturaleza benigna (Flint et al., 2020).

Este trabajo realizado en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital "Daniel Bracamonte" de la ciudad de Potosí, Bolivia, tiene como fin mostrar la realidad del procedimiento quirúrgico de parotidectomía con sus características contextuales propias, expresar los resultados, la no adecuada adherencia a los principios del protocolo ERAS, mediante el cual se demuestra cómo mejorar el proceso perioperatorio con relación a la disminución del estrés que tiene el paciente con patología tumoral parotídea, lo que incide directamente en la mejora de los servicios públicos de salud.



## Metodología y métodos

Para realizar la investigación se aplicaron métodos de orden teórico y empírico.

Los métodos teóricos aplicados fueron el histórico lógico, el inductivo deductivo, el hipotético deductivo, el analítico sintético, la modelación, el método sistémico y estructural funcional y el holístico holográfico.

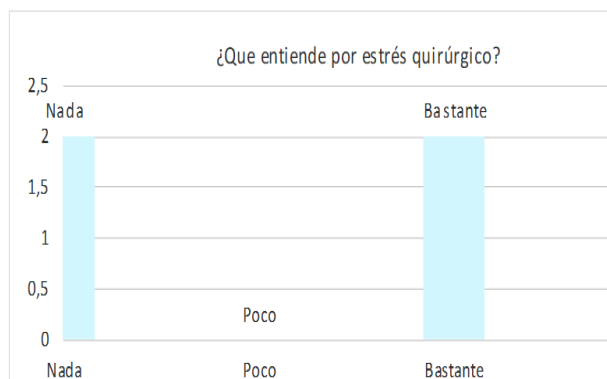
Dentro de los métodos empíricos y técnicas fueron aplicadas la revisión documental, sobre la base de las historias clínicas de los pacientes y hojas de anestesia, la encuesta y la entrevista a los cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería y pacientes con tumoración parotídea.

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de los pacientes sometidos a parotidectomía bajo anestesia general en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital "Daniel Bracamonte" de la ciudad de Potosí, Bolivia, durante el periodo 2022 a 2023. Debido al tamaño limitado de este grupo, se comprueba que la muestra coincidió con el universo, conformado por 20 pacientes, por lo que constituye un estudio censal.

## Resultados

A los pacientes estudiados de ambos sexos, con tumoración parotídea e internados en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital "Daniel Bracamonte", se les aplicó la entrevista que tuvo como objetivo la percepción del estrés.

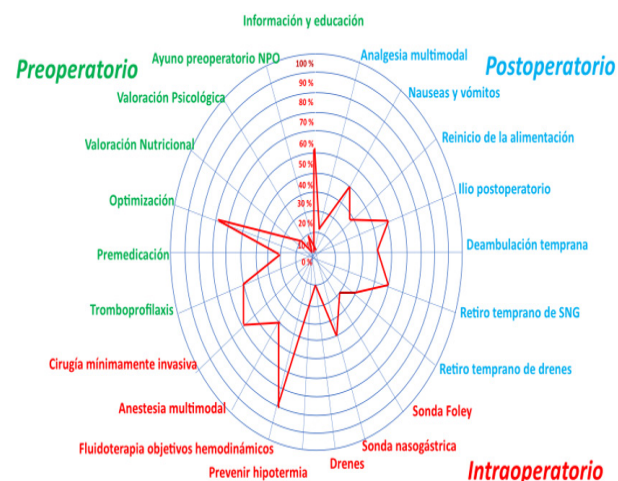
Gráfico 1. Comprensión del estrés en los pacientes con tumoración parotídea.



El resultado hace observable que el 33% (7 pacientes) de los pacientes entrevistados declaran que no saben definir el estrés quirúrgico. Otro 33% (7 pacientes), sí entiende este término y el último por ciento, 33% (6 pacientes), declara tener mucha información sobre el conjunto de respuestas progresivas que acompañan al paciente antes de la cirugía y hasta su recuperación.

Del resultado obtenido se deriva que existe una división equilibrada en tres niveles de conocimiento: desconocimiento, comprensión básica y comprensión avanzada, o sea, el concepto de estrés quirúrgico no está uniformemente entendido entre los pacientes, lo que puede constituirse en una oportunidad de mejora en la comunicación médico-paciente, así como la importancia de implementar protocolos estandarizados que promuevan un conocimiento homogéneo sobre el estrés quirúrgico y sus implicaciones.

Gráfico 2: Radar. El gráfico obedece a resultados de la revisión documental del registro de hojas de anestesia e historias clínicas, con relación a la optimización para la disminución del estrés del paciente con tumoración parotídea que estuvo hospitalizado en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital "Daniel Bracamonte".



Estos resultados exponen los porcentajes de los veintiún elementos analizados en las etapas pre, intra y postquirúrgica para identificar las falencias que repercuten en el estrés del paciente con tumoración parotídea. Se realizó monitorización multiparamétrica, verificación del registro de hojas de anestesia y protocolos



quirúrgicos, encuestas y entrevistas a los pacientes con tumoración parotídea en el periodo 2022 a 2023. La línea roja representa el porcentaje, cada eje corresponde a un elemento, mientras más alejado del centro mayor cumplimiento según el porcentaje.

En el preoperatorio se observa un cumplimiento moderado en información y educación (60%), valoración nutricional (20%), la optimización alcanza (70%). Sin embargo, la valoración psicológica (0%), la premedicación (20%) y la trombopprofilaxis presenta un porcentaje de (50%), lo que evidencia debilidades en la preparación integral del paciente según encuestas y entrevistas. El ayuno preoperatorio (NPO) presenta un porcentaje de 10%, lo que indica necesidad de un protocolo estandarizado de tiempo de ayuno abreviado.

En la fase intraoperatoria, la fluidoterapia, sobre la base de objetivos hemodinámicos constituye el porcentaje más alto al alcanzar el 80% en su cumplimiento. La cirugía mínimamente invasiva se hace al 60% con cumplimiento intermedio y la anestesia multimodal al 40%. Por el contrario, la prevención de la hipotermia presenta el 20% lo cual puede impactar en la estabilidad fisiológica. Asimismo, el uso de drenajes, sonda nasogástrica, 40% y sonda Foley muestran porcentajes bajos, 20%, evidenciando la aplicación de métodos tradicionales. Estos indicadores demuestran la necesidad de actualizar los procedimientos y no seguir dogmatismos en el trabajo asistencial.

En la fase postoperatoria la analgesia multimodal es del 10%, la deambulación temprana 40% y el reinicio precoz de la alimentación presentan niveles de 30%. Estos elementos son fundamentales para prevenir complicaciones como íleo postoperatorio y la prolongación de estancia hospitalaria según los registros. El retiro temprano de sondas 30% y drenajes 50% no alcanza niveles adecuados, lo que podría contribuir a mayor incomodidad del paciente y retraso en la recuperación funcional.

## Discusión

Los resultados del estudio realizado evidencian

importantes vacíos en la aplicación de medidas perioperatorias orientadas a la disminución del estrés quirúrgico y la recuperación temprana del paciente con tumoración parotídea. En el periodo preoperatorio se identificó un ayuno excesivamente prolongado, situación que incrementa la ansiedad y el estrés quirúrgico, factores conocidos por afectar negativamente la respuesta metabólica e inmunológica del paciente. La ausencia de una valoración psicológica y la limitada cobertura de información, educación, trombopprofilaxis y preparación del paciente muestran los resultados obtenidos en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital “Daniel Bracamonte” de la ciudad de Potosí, reflejando una realidad que resalta la importancia de la preparación integral perioperatoria.

En el intraoperatorio, si bien la cirugía mínimamente invasiva se realiza en el 60% de los casos y la fluidoterapia alcanza el 80%, persisten deficiencias relevantes en la anestesia multimodal, demostrada en el 40%, de manera marcada en la prevención de la hipotermia se alcanza a un 20%. Estos componentes son fundamentales para reducir la respuesta al estrés quirúrgico, el dolor posoperatorio y las complicaciones infecciosas. Así mismo la utilización relativamente frecuente de la sonda nasogástrica en 40%, sonda Foley 20% y drenajes 10%, sugiere una práctica aún conservadora que podría retrasar la movilización temprana y la reanudación de la vía oral, en contraposición con las recomendaciones actuales que promueven su uso selectivo y retiro precoz.

En el periodo postoperatorio el dolor emerge como uno de los principales problemas asociado a la baja implementación de una analgesia multimodal. Es especialmente relevante ya que el control inadecuado del dolor se vincula con mayor inmovilidad, el retraso en la alimentación y prolongación de la estancia hospitalaria. Además, el inicio de la alimentación está condicionado al tipo de parotidectomía. La identificación de factores como náuseas, vómitos e íleo retardan la evolución clínica, y constituyen la necesidad de estrategias preventivas integrales.

La valoración general de los resultados pone de



manifiesto la urgencia de estandarizar los procedimientos perioperatorios, incorporando principios de recuperación mejorada. La implementación sistemática del ayuno abreviado, preparación psicológica, analgesia multimodal, normotermia, movilización temprana, el retiro precoz de sondas y drenajes que podría traducirse en una disminución del estrés quirúrgico, mejor control del dolor, menos incidencia de complicaciones y reducción de la estancia hospitalaria, resultan esenciales. De este modo se elevarán los estándares, no solo de la recuperación quirúrgica, sino también se potenciará la experiencia global intrahospitalaria del paciente con tumoración parotídea, alineando la práctica clínica con la evidencia científica.

## Conclusiones

La investigación desarrollada expresa con los veintidós elementos del pre, trans y postoperatorio, la realidad de la parotidectomía en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital “Daniel Bracamonte”, resultados que representan factores de estrés del paciente con tumoración parotídea en su estancia hospitalaria.

Se tiene que trabajar en equipo para perfeccionar la atención al paciente con tumoración parotídea, así como el acto quirúrgico de la parotidectomía, con el objetivo de lograr precisiones a favor del paciente, evitando así las posibles complicaciones.

En el estudio se identifican los componentes como horas de ayuno y reinicio de la dieta después de la cirugía, uso inadecuado de drenes, baja valoración psicológica, casi nula valoración nutricional del paciente con tumoración parotídea, una analgesia multimodal, en especial postquirúrgica, que retarda la evolución con mayor estancia hospitalaria, lo que acarrea un menor flujo dinámico de pacientes por la limitación de camas de internación en servicios de cirugía del sistema público de salud.

## Referencias bibliográficas

Burgueño, M., & Gómez, E. (2007). Atlas de colgajos en la reconstrucción de cabeza y cuello. Elsevier.

Feig, B. W., Berger, D. H., & Fuhrman, G. M. (2005). Oncología quirúrgica. Marbán

Flint, P. W., Haughey, B. H., Lund, V. J., Robbins, K. T., Thomas, J. R., Lesperance, M. M., & Francis, H. W. (2020). Cummings otolaryngology: Head and neck surgery (7th ed.). Elsevier. Abeloff, M. D., Armitage, J. O., Lichter, A. S., & Niederhuber, J. E. (2005). Oncología clínica (3.ª ed.). Elsevier

Floriani, M. (2010). Bases anatómicas de la cirugía de cabeza y cuello. Akadia

Güerri, J. O. (2007). Cirugía de los tumores de la glándula parótida. Amolca

Hermans, R., et al. (2008). Imagenología en cáncer de cabeza y cuello. Amolca

Kadmani, D., & Tiwana, P. (2016). Atlas de cirugía maxilofacial. Elsevier

Koenig, L., et al. (2014). Diagnóstico por imagen oral y maxilofacial. Marbán

Loré, J. M., & Medina, J. E. (2007). Atlas de cirugía de cabeza y cuello. Panamericana

Navarro Vila, C. (2008). Cirugía oral. Arán.

Raspall, G. (1990). Tumores de cara y cuello. Salvat

SECOM. (2011). Cirugía oral y maxilofacial (3.ª ed.). Panamericana

## Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de interés.

## Sobre la declaración ética del uso de IA en el artículo

ChatGPT (modelo GPT-40): se utilizó únicamente para parafrasear y corregir la gramática en el desarrollo del texto. El contenido factual, las ideas y la estructura final fueron verificados por el autor, quien asume plena responsabilidad por el manuscrito.

