

# Grabación de la Cumbre de Sanación S4OM/S4OE 2026

[ 00:00:00]

## [00:00:00] Apertura de la cumbre

**Ericka Clinton:** Buenos días, comunidad. Bienvenidos a la Cumbre Virtual de Sanación, organizada por la Sociedad de Masaje Oncológico y la Sociedad de Estética Oncológica. Mi nombre es Erica Clinton y soy la presidenta de la Junta Directiva. Para empezar, quiero agradecerles a todos por acompañarnos en este día de aprendizaje e intercambio.

**Ericka Clinton:** La misión de cada Cumbre de Sanación es crear una plataforma para profesionales, clínicos, investigadores y otros profesionales donde podamos participar en debates significativos sobre investigación y explorar las mejores prácticas para oncología, masaje y estética oncológica. Nos apasiona profundamente el papel de los masajistas y esteticistas en la atención oncológica. [00:01:00]

**Ericka Clinton:** Esperamos que esta cumbre virtual les resulte clínicamente relevante e inspiradora. Nuestro objetivo es destacar el impacto significativo que el masaje y la atención estética pueden tener en pacientes, cuidadores y profesionales de la salud durante el tratamiento del cáncer, la recuperación y la supervivencia. Como organización, S four OM y S four OE continúan prosperando.

**Ericka Clinton:** Nuestra comunidad de profesionales preferidos ha crecido a más de 400 en los últimos tres años. Esto es significativo, ya que nuestro número cayó por debajo de 200 después de la pandemia de COVID-19. Felicito a los profesionales que se han embarcado en la formación en masaje oncológico y se unen a las filas de los profesionales preferidos, y muchas gracias a la cantidad de PPS que [00:02:00] regresaron a S four OM.

**Ericka Clinton:** Agradecemos enormemente su compromiso con la organización. Me complace anunciar que seguimos creciendo gracias a la incorporación de nuevos educadores a S four OM y s four OE, y nos entusiasma el regreso de nuestro listado de clases complementarias en nuestro sitio web. Organizar eventos como este requiere mucho trabajo.

**Ericka Clinton:** S four OM y S four OE desean agradecer al patrocinador de la Cumbre Virtual de Sanación. Blue Beaully, fabricantes de los mejores productos para el cuidado de la piel del planeta, aspira a ser el fabricante de los productos para el cuidado de la piel más saludables, eficaces y sostenibles del mundo. Crean firmemente que en el siglo XXI, las empresas ya no pueden centrarse únicamente en el rendimiento financiero .

**Ericka Clinton:** Deben ser conscientes de sus obligaciones con el medio ambiente, las comunidades locales y las tierras lejanas que se ven afectadas por sus operaciones comerciales. Tres principios clave sustentan cada intención, decisión y acción. En Blue Beaully, primero, abrazar la naturaleza como la verdadera y única fuente de salud y belleza. Segundo, respetar el planeta y a todos los seres vivos.

**Ericka Clinton:** Y tercero, operar con la máxima transparencia, autenticidad e integridad. Estamos muy agradecidos de contar con el apoyo de una empresa como Blue Beautify. También tuvimos la gran suerte de recibir el patrocinio de varios profesionales destacados que generosamente hicieron posible que otros participaran en esta experiencia de aprendizaje.

**Ericka Clinton:** No podemos agradecerles lo suficiente por su generosidad. [00:04:00] Esta cumbre proporcionará a cada participante créditos de educación continua de la Junta Nacional de Certificación para masaje terapéutico y trabajo corporal. Para garantizar que reciba sus créditos CE durante nuestra clausura, habrá un enlace en el chat a un formulario que deberá completar para recibir su certificado CE.

**Ericka Clinton:** Esta conferencia está dirigida a terapeutas de masaje y profesionales de la estética con fines exclusivamente educativos. Las sesiones presentadas pueden abarcar una amplia gama de técnicas, algunas de las cuales pueden quedar fuera del ámbito legal de práctica para ciertos asistentes, dependiendo de su formación individual, certificación, registro, licencia y jurisdicción. Es responsabilidad exclusiva de cada participante comprender y cumplir con el ámbito [00:05:00] de práctica.

**Ericka Clinton:** Definida por su junta de licencias o autoridad reguladora local. La asistencia a una clase no otorga permiso legal para realizar las técnicas enseñadas. Disfruten de los excelentes presentadores y sesiones. Cada sesión irá seguida de un período de preguntas y respuestas, donde esperamos su participación. Ahora, ¡a la cumbre!

## **[00:05:28] Empoderando el mañana: Cómo la práctica consciente e intencional y la colaboración significativa han moldeado mi trayectoria como clínica, educadora y defensora con Cara Thurman**

### **[00:05:28] Bienvenida e introducción**

**Cara Thurman:** Hola y bienvenidos a la cumbre virtual S four OMS four OE. Estamos muy contentos de tenerlos aquí. Gracias por acompañarnos hoy. Mi nombre es Kara Thurman. Voy a compartirles un poco sobre mi historia como terapeuta de masaje oncológico. Soy terapeuta de masaje certificada a nivel nacional. Tengo licencia en el estado de Georgia y me especializo en terapia de masaje oncológico en Vinney.

**Cara Thurman:** Masajes y Bienestar. [00:06:00] Tenemos un local físico en Atlanta, pero también contamos con equipos en hospitales del estado de Georgia. Colaboramos con organizaciones locales y sin fines de lucro. Una parte fundamental de nuestra misión es brindar terapia de masaje oncológico a bajo costo o gratuita a pacientes sobrevivientes y sus cuidadores, y soy la orgullosa líder del equipo de masajes oncológicos de Bindings Massage and Wellness.

**Cara Thurman:** Hoy voy a compartir un poco de mi historia con ustedes, y espero que lo que se lleven de ella sea la importancia de cuidar a las personas que realizan este trabajo. Cómo podemos compartir la responsabilidad que conlleva, qué significan realmente la equidad y la inclusión en este ámbito, y cómo la presencia, el apoyo y la colaboración pueden transformar nuestra forma de trabajar juntos.

### **[00:06:57] La realidad de la insuficiencia cardíaca**

**Cara Thurman:** Permítanme comenzar con el [00:07:00] hecho de que soy una, una insuficiencia cardíaca activa, no algún día y no en teoría, sino ahora empiezo aquí. Esto reduce todo a lo que realmente importa y al por qué.

Entiendo el trabajo como lo hago. Quiero llevarlos a un momento en que el futuro parecía frágil y yo era una madre primeriza.

**Cara Thurman:** Entre el miedo y el amor. Estaba acostada en una cama de hospital, recién diagnosticada con insuficiencia cardíaca, en un cuerpo marcado por una vida entera de una cardiopatía congénita grave. En casa estaba mi hijo de 13 meses. Apenas empezaba a comprender lo que significaba ser su madre y, de repente, el tiempo se detuvo.

**Cara Thurman:** No estaba pensando en el próximo año ni en los próximos cinco años, todo se redujo a estas preguntas. ¿Vería crecer a mi hijo? ¿Cuánto tiempo tendría para ser su madre? [00:08:00] Recuerdo mirar al techo haciendo los cálculos mentales que nadie quiere hacer. ¿Lo veré graduarse de la preparatoria?

**Cara Thurman:** ¿Lo veré enamorarse? ¿Conoceré a la persona en la que se convierte en este mundo? Esa claridad es implacable, y debo ser honesta. Es algo profundamente íntimo, pero ese momento no surgió de la nada.

## [00:08:23] Cirugía y el hallazgo de Susan

**Cara Thurman:** Dos años antes, me habían operado a corazón abierto por cuarta vez. Fue un procedimiento muy invasivo que duró 12 horas.

**Cara Thurman:** Los cirujanos redirigieron la sangre del lado derecho de mi corazón directamente a la arteria pulmonar para intentar aliviar la insuficiencia de ese lado del corazón. Me rasparon el tejido cicatricial del músculo cardíaco y me reemplazaron el conducto que funciona como válvula tricúspide. Al mismo tiempo, mi cuerpo quedó muy dañado.

**Cara Thurman:** Esa cirugía me dio algo extraordinario. Me dio la oportunidad de ser madre, de vivir hasta los cuarenta [00:09:00], de estar aquí haciendo este trabajo. En los meses previos a la cirugía, estuve entrando y saliendo del hospital. Mi sistema nervioso estaba en constante hiperactividad, luchando o huyendo las 24 horas del día. Mi novio de entonces se iba a trabajar después de pasar noches conmigo en urgencias, ambos exhaustos y sin respuestas.

**Cara Thurman:** En un momento dado, desesperado, me dijo: «Quizás deberías buscar un masajista, alguien que te ayude a sentirte mejor y a prepararte para lo que viene». Y así fue como encontré a Susan. No tenía formación específica en masaje oncológico, pero enseguida comprendió algo fundamental.

**Cara Thurman:** Mi sistema nervioso necesitaba cuidados. Trabajó con suavidad, lentitud, tacto intencional, trabajo energético y profunda presencia. Me ayudó a encontrar estabilidad en medio del miedo . Me ayudó a prepararme no solo físicamente, sino también mental y emocionalmente para lo que estaba a punto de vivir. Y no solo se preocupó por mí. Se preocupó por mi gente, mi novio, que se convirtió en mi prometido, y finalmente en mi esposo, y mi madre, que me acompañó durante toda mi vida en las habitaciones del hospital.

**Cara Thurman:** Ambas cargaban con miedo, amor y una profunda sensación de impotencia, amándome sin poder cambiar lo que estaba sucediendo. Después de la cirugía, Susan me acompañó en este proceso, ayudándome con delicadeza a sobrellevar el dolor propio de este tipo de recuperación, con la movilidad, con los altibajos de una enfermedad grave y crónica, acompañándome en cada momento.

**Cara Thurman:** Puede que no tuviera formación formal en terapia de masaje oncológico, pero les puedo asegurar que [00:11:00] estaba haciendo el trabajo. Y eso cambió mi vida durante mis cuatro meses de recuperación.

## [00:11:06] Cómo convertirse en terapeuta

**Cara Thurman:** a medida que los analgésicos iban desapareciendo y mi cuerpo comenzaba a sanar lentamente, supe con claridad y sin lugar a dudas que esto era lo que quería hacer.

**Cara Thurman:** Quería hacer por los pacientes lo que Susan había hecho por mí. Encontré un programa de terapia de masaje que incluía formación básica en oncología y, once meses después, comencé mi carrera.

**Cara Thurman:** Pero comenzar este trabajo no fue sencillo. Fueron años, años de escuchar, años de llamadas sin respuesta, correos electrónicos ignorados, y yo presentándome de todos modos. Años de perfeccionar mis habilidades sin poder utilizar plenamente mi formación en oncología, años de formación continua para adquirir la profundidad de conocimiento que sabía que este trabajo requería.

## [00:11:59] Creación de un programa hospitalario

**Cara Thurman:** Y luego [00:12:00] en 2012, abrí Vining's Massage and Wellness, yo sola como profesional independiente. Hablé directamente con pacientes oncológicos y ellos me encontraron. A medida que mi práctica creció, mis clientes me pusieron en contacto con mi primer hospital. Lo que comenzó como unas pocas horas de masaje en silla se convirtió en un programa de varios días que incluía masaje en silla, masaje, trabajo en el centro de infusión y, finalmente, atención a pie de cama.

**Cara Thurman:** Desarrollamos la capacidad para acceder a las habitaciones de pacientes hospitalizados, recibiendo derivaciones de los equipos de oncología, cuidados paliativos y cirugía. A medida que el trabajo se profundizaba, también aumentaba su peso, porque nos exigía muchísimo, e incluso entonces presentía que llegaría un momento en que mi cuerpo ya no podría soportarlo de la misma manera.

**Cara Thurman:** Esto no es abstracto para mí, [00:13:00] así que tomé la decisión. Podía ver claramente que este trabajo, construido por tantos antes que yo, nunca estuvo destinado a recaer sobre una sola persona, y no podía depender solo de mí para llevar adelante estos programas que habíamos comenzado en Atlanta; tenían que ser más fuertes que mi cuerpo. Tenían que perdurar más que yo.

**Cara Thurman:** No quería hacer esto sola, ni por mí, ni por los pacientes, ni por la sostenibilidad de este trabajo. Así que empecé a formar un equipo. Algo que pudiera brindar tanto la atención integral que los pacientes necesitan como el apoyo que los profesionales merecen; algo que pudiera continuar, crecer y llegar a más personas, incluso cuando yo ya no pueda.

**Cara Thurman:** De nuevo, este trabajo no es abstracto para mí. Lo he vivido, lo he necesitado [00:14:00], he construido mi vida en torno a él y lo entiendo profundamente. Por esa misma época, me encontré moviéndome entre dos mundos. En muchos sentidos, eran muy similares. Estaba sentada en habitaciones de hospital, a veces como paciente y a veces como profesional, empezando a comprender en mi propio cuerpo lo que muchas de las personas a las que servimos ya saben: que el futuro puede volverse rápidamente incierto.

**Cara Thurman:** Esto hace que sea tan valioso ser vista plenamente en el presente. Salía de mi propia cama de hospital y regresaba a la sala de tratamiento para sentarme con clientes que conocía desde hacía meses, a veces años, mientras sus cuerpos se transformaban hacia el final de la vida. No eran encuentros breves, eran relaciones. Caminaba junto a las personas mientras se despedían de los futuros que alguna vez creyeron [00:15:00] garantizados.

**Cara Thurman:** Al mismo tiempo, volvía a casa y acunaba a mi hijo por la noche, consciente de la profunda importancia de esos momentos. Lo que me impactó entonces fue esto: todos vivimos la misma verdad. Aunque nuestros diagnósticos sean diferentes, el futuro no está garantizado. Lo que más importa es cómo nos sostienen.

**Cara Thurman:** Esa claridad, nacida del miedo, el amor y una profunda incertidumbre, nunca me ha abandonado. Cambió mi forma de trabajar, mi manera de construir sistemas y mis creencias. Nos debemos mucho los unos a los otros cuando el trabajo que realizamos nos exige cargar con tanto peso.

## [00:15:50] Por qué este trabajo importa

**Cara Thurman:** Dado que gran parte de este trabajo no cabe en una gráfica, la terapia de masaje oncológico no es un lujo.

**Cara Thurman:** Es una [00:16:00] atención relacional informada sobre el trauma. La terapia de masaje oncológico se sitúa en el espacio entre la precisión clínica y la conexión humana. Requiere que comprendamos los puertos, la neuropatía, el riesgo de linfedema, la metástasis ósea, el bajo recuento de plaquetas, los sitios de radiación y la recuperación quirúrgica. Pero también requiere que nos adaptemos momento a momento a cuerpos que cambian constantemente, y, lo que es igual de importante, nos pide que nos sentemos en los espacios en los que nadie más quiere sentarse.

**Cara Thurman:** Construir relaciones a largo plazo con los pacientes a lo largo del tratamiento, la remisión, la recurrencia y, con demasiada frecuencia, el final de la vida, estar presente en las habitaciones de hospital y en las habitaciones de hospicio para guardar las historias que los pacientes no cuentan a sus familias, ser testigo del dolor una y otra vez [00:17:00] sin tener siempre un lugar donde ponerlo.

**Cara Thurman:** Durante un tiempo cargué con ese peso sola. No había otros masajistas a mi alrededor que realmente entendieran lo que significaba hacer este trabajo en estos entornos. No había un lenguaje común, ni apoyo real, solo el peso silencioso y acumulativo de tener que ir una y otra vez. Con los años, he dedicado mi trabajo a cambiar eso.

**Cara Thurman:** Dedicué décadas a la oncología y a la atención informada sobre el trauma, trabajando junto a enfermeras, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y equipos de medicina integrativa para brindar un contacto seguro y coordinado en entornos médicos complejos. He

creado y dirigido programas, desarrollado protocolos y capacitado a profesionales, no solo para realizar el trabajo.

**Cara Thurman:** [ 00:18:00] Mantenerlo, hacerlo reproducible, generar confianza, asegurarnos de que nadie más tenga que cargar con esto solo. Y esto es lo que sé que es cierto gracias a este trabajo: los pacientes duermen, comen, toleran mejor el tratamiento. Respiran más profundamente. Su dolor disminuye un poco. Su ansiedad se afloja.

**Cara Thurman:** Y si tenemos suerte, a veces, solo a veces, recuerdan que son algo más que un simple diagnóstico.

**Cara Thurman:** Lo que hacemos no se trata de la enfermedad, sino de la persona que vive dentro de ella, y sin embargo, gran parte de lo que llevamos es invisible. El peso emocional, el físico, la intimidad psicológica, el agotamiento físico, las consecuencias que no siempre se muestran en los datos, [00:19:00] pero que importan profundamente en la vida humana.

**Cara Thurman:** Si alguna vez te has preguntado si tu trabajo importa en un sistema que no siempre lo valora, quiero que lo escuches con claridad: importa muchísimo, más de lo que podemos expresar con palabras.

## [00:19:21] Acceso y sostenibilidad

**Cara Thurman:** Desde el principio, sentí la necesidad de crear algo que pudiera albergar verdaderamente este trabajo. Algo que honrara tanto a quienes lo reciben como a quienes lo realizan.

**Cara Thurman:** Entendí incluso entonces que estos no eran objetivos separados, sino parte de la misma visión que me propuse para crear un programa profesional de terapia de masaje oncológico, basado en la excelencia clínica, la compasión constante y un profundo compromiso con la ampliación de la atención y el acceso a la misma. Quería más pacientes, más supervivientes. Más [00:20:00] cuidadores que experimentaran un masaje oncológico seguro y basado en la evidencia, sin las barreras innecesarias, una atención que los acompañe en los momentos más vulnerables de sus vidas.

**Cara Thurman:** Y al mismo tiempo, me comprometí a crear algo igual de significativo para los profesionales. Un lugar donde pudieran prosperar, no solo emocionalmente, sino también financiera y profesionalmente. Un modelo basado en el apoyo. Claridad y estándares compartidos, que honre la habilidad,

la responsabilidad y la dignidad del profesional y le permita permanecer en el trabajo todo el tiempo que desee.

**Cara Thurman:** Porque creía, y sigo creyendo, que cuando cuidamos de ambos, creamos algo más fuerte, algo sostenible y algo que realmente puede sostenernos a todos. Como profesional, conocía el valor de un trabajo sostenible a largo plazo [00:21:00], el tipo de trabajo que te permite continuar haciéndolo sin sacrificar tu cuerpo, tu salud o tu familia.

**Cara Thurman:** Y también sabía lo desigual que puede ser el acceso a esos trabajos. La equidad y la inclusión en este ámbito no pueden limitarse a los pacientes. Deben extenderse a los profesionales. Porque si solo ciertas personas pueden permitirse realizar este trabajo, si la sostenibilidad está reservada para quienes cuentan con recursos económicos o apoyo externo, entonces nuestros sistemas no son inclusivos, por muy compasivos que parezcan.

**Cara Thurman:** El acceso a empleos significativos y con apoyo es una de las formas más importantes de equidad que podemos ofrecer. Empleos que permitan a los profesionales crear, cuidar profundamente y mantenerse a sí mismos y a sus familias. Empleos que acojan a personas de diferentes orígenes, experiencias de vida e identidades, no pidiéndoles que se sacrifiquen, [00:22:00] sino construyendo estructuras que les permitan prosperar.

**Cara Thurman:** Estoy profundamente comprometida con brindar terapia de masaje oncológico a bajo costo o gratuita a pacientes, cuidadores y sobrevivientes. Estos objetivos no son contradictorios; forman parte de la misma ecuación: acceso para los pacientes y sostenibilidad para los profesionales. No se trata de elegir una u otra.

## [00:22:26] La trampa del modelo solitario

**Cara Thurman:** Este es el trabajo, pero aquí está la tensión.

**Cara Thurman:** Lo he visto y lo he vivido una y otra vez. La forma en que nos formaron frente a lo que realmente funciona: nos dijeron que fuéramos independientes, que fuéramos nuestros propios jefes, que trabajáramos solos y cobráramos por hora, que no dependiéramos de nadie. Y, en apariencia, ese consejo suena muy bien. Trabajar solo puede parecer más rápido, más fácil, más controlado y, en el momento, puede resultar liberador. [00:23:00]

**Cara Thurman:** Esta es la verdad. Más fácil no significa más efectivo, ni tampoco sostenible. El precio del trabajo en solitario es el agotamiento, la

inestabilidad financiera, el aislamiento emocional y la jubilación prematura. Como masajistas, no nos formaron para crear sistemas, sino para sobrevivir dentro de ellos.

**Cara Thurman:** Quiero que todos los profesionales que escuchen esto sepan que no son débiles por sentir la presión. El modelo no es sostenible y nunca lo ha sido. Por eso creamos algo diferente en Atlanta, un lugar donde el trabajo puede ser profundamente significativo y verdaderamente sostenible tanto para quienes lo realizan como para quienes lo reciben.

**Cara Thurman:** Porque cuando el acceso para los pacientes se alinea con la sostenibilidad para los profesionales, es cuando el trabajo [00:24:00] se vuelve real y es cuando el trabajo puede perdurar. Hubo un punto en mi camino en el que me di cuenta de algo que aún no había nombrado completamente, pero podía sentirlo. Este trabajo que tanto me importaba no estaba destinado a ser llevado a cabo en solitario.

**Cara Thurman:** En los primeros años, hice lo que muchos hacemos. Me presenté donde pude. Acepté oportunidades. Trabajé duro para generar confianza, para aprender a crecer y para llevar este trabajo a espacios donde no siempre se comprendía.

## [00:24:34] Mentores y enseñanza

**Cara Thurman:** Y paralelamente, seguí invirtiendo en mi propia formación, aprendiendo en lugares como Greet the Day de Tracy Walton and Associates y Oncology Massage of the Carolinas.

**Cara Thurman:** Y también asistía a conferencias que se celebraban en centros oncológicos de renombre como el MD Anderson. Tenía muchas ganas de aprender, pero en algún momento el aprendizaje por sí mismo dejó de ser algo personal, [00:25:00] dejó de ser suficiente. Así que, en cuanto pude, empecé a llevar conmigo a miembros del equipo. No porque fuera fácil, y desde luego no porque fuera económicamente cómodo, sino porque algo dentro de mí sabía que, si este trabajo iba a crecer de forma significativa, teníamos que crecer juntos.

**Cara Thurman:** Quería que compartiéramos un lenguaje común, un estándar común, un sentido compartido de responsabilidad por la atención que brindábamos en cada paso del camino. He recibido un gran apoyo de mentoras como Lucy Allen y Carolyn Teague, personas que me comprendieron

perfectamente, me guiaron generosamente y moldearon mi manera de entender este trabajo.

**Cara Thurman:** Por eso, estoy profundamente agradecida. Me ayudaron a ver algo que cambió mi trayectoria por completo. El conocimiento que estaba adquiriendo no solo necesitaba ser practicado, sino también enseñado. Esta comprensión me llevó a desarrollar mi propio curso de educación continua en terapia de masaje oncológico [00:26:00], y finalmente obtuve la certificación NCBT y B para impartir dicho curso.

**Cara Thurman:** La enseñanza se convirtió en otra forma de extender la labor de fortalecer no solo a los individuos, sino también al colectivo.

## [00:26:17] La colaboración construye sistemas

**Cara Thurman:** Y mientras todo eso sucedía, comencé a integrarme en los sistemas hospitalarios, creando programas de masajes oncológicos orientados al paciente, uno por uno. A menudo me encontraba sentada en mesas donde la terapia de masajes no siempre se comprendía con claridad.

**Cara Thurman:** Estaba aprendiendo a traducir nuestro trabajo a un lenguaje en el que médicos, enfermeras y administradores pudieran confiar. No fue rápido ni fácil, pero fue un proceso constante. Relación tras relación. Conversación tras conversación, se fue construyendo la confianza y entonces algo empezó a suceder. [00:27:00] La gente empezó a ver el trabajo, no solo a oír hablar de él, sino a ver realmente su impacto.

**Cara Thurman:** Los programas comenzaron a crecer. Nos expandimos a centros de infusión, a entornos hospitalarios y, juntos, comenzamos a recibir derivaciones directamente de equipos de oncología y cuidados paliativos. Esas derivaciones significaron algo. Significaron que ya no trabajábamos al margen de la atención médica, sino que nos estábamos integrando a ella. Al mismo tiempo, comencé a contactar con organizaciones sin fines de lucro.

**Cara Thurman:** Pero en lugar de traer un modelo fijo, llegué con preguntas. Escuché. Presté atención a lo que cada organización necesitaba, y juntos creamos programas que se alineaban con su misión en lugar de pedirles que se adaptaran a la nuestra. Cada asociación se convirtió en su propio ecosistema. Diseñado para crear valor real para la organización y acceso real [00:28:00] a la atención para las personas a las que servían.

**Cara Thurman:** Con el tiempo, surgió algo mucho más grande que una simple suma de esfuerzos individuales. Se convirtió en un sistema de programas profesionalizados, programas en los que los hospitales podían confiar, no solo valorar. Porque lo que los sistemas de salud necesitan, en última instancia, no es solo pasión. Necesitan estructura. Necesitan cobertura para que los pacientes reciban apoyo constante.

**Cara Thurman:** Se necesita esa coherencia para que la atención se brinde con una formación y unos estándares comunes. Se requiere responsabilidad profesional y continuidad en la atención para que esta no se presente en momentos aislados para esos pacientes. Pero a lo largo de toda la experiencia del paciente, estas no son cosas que una sola persona pueda mantener.

**Cara Thurman:** Estas son cosas que requieren un equipo. Ahí fue donde se produjo el cambio para mí . Empecé a comprender que la colaboración no era una limitación. Era una expansión. No se trataba de renunciar a la independencia ni de perder la identidad, ni de dejar de ser una profesional individual. Se trataba de multiplicar lo que era posible.

**Cara Thurman:** Porque solos podemos ayudar a decenas de pacientes, pero juntos podemos cambiar la forma en que se presta la atención médica, y esa es la invitación de hoy. Quiero que cada uno de ustedes considere que puede haber otra manera de hacer este trabajo, una que no requiera que lo lleven a cabo solos. Una que les permita construir algo sostenible, algo colaborativo, algo que se extienda más allá de su propia capacidad; esa manera existe.

**Cara Thurman:** Es posible, y ya está ocurriendo aquí en Atlanta. La pregunta [00:30:00] es ¿cómo podrías involucrarte?

## [00:30:05] Trabajo invisible y valor

**Cara Thurman:** En los últimos años, mi trabajo se ha expandido nuevamente más allá de mis propios equipos, llegando a una comunidad más amplia. He tenido la oportunidad de hablar en conferencias, impartir clases virtuales y colaborar con enfermeras especializadas y otros profesionales de la salud para desarrollar programas clínicamente sólidos, con enfoque en el trauma y con fundamentos científicos.

**Cara Thurman:** Y a pesar de todo, una verdad ha permanecido constante. Gran parte de nuestro trabajo es invisible. La terapia de masaje y el cuidado en su sentido más amplio requieren una presencia firme y sólida. Exigen una escucha

profunda, una comprensión matizada y un nivel de atención que no se puede medir ni reducir fácilmente a métricas.

**Cara Thurman:** Y debido a que es difícil de cuantificar, históricamente [00:31:00] ha sido subestimado y subfinanciado. A menudo sostenido por trabajo no remunerado o mal remunerado. No me malinterpreten, el voluntariado tiene su lugar, siempre lo ha tenido y por supuesto siempre lo tendrá. Pero cuando el cuidado depende del sacrificio para existir, tenemos que preguntarnos, ¿cuánto les está costando a las personas que lo dan, porque como todos sabemos, este trabajo tiene peso?

**Cara Thurman:** Peso emocional, peso físico, peso moral. Y cuando no lo nombramos, fallamos a las personas que cargan con ese peso cada día. La claridad que adquirí en aquellos primeros años, acostada despierta junto a mi hijo, sentada al lado de los pacientes, aprendiendo lo que se siente al experimentar la incertidumbre desde dentro, nunca me ha abandonado.

**Cara Thurman:** Sigue influyendo en mi forma de enseñar, [00:32:00] en mi práctica y en mi liderazgo. También es la razón por la que este trabajo se ha vuelto tan profundamente personal de una manera diferente, porque no estoy aquí solo como profesional o como alguien que crea sistemas de atención. También estoy aquí como paciente que vive en un cuerpo que, como todos los cuerpos, requerirá más cuidados con el tiempo.

**Cara Thurman:** Entendiendo que probablemente necesitaré esos cuidados antes y con mayor intensidad, eso cambia la perspectiva y la forma de construir las cosas. Traslada el enfoque más allá de las soluciones inmediatas hacia la responsabilidad a largo plazo de lo que nos seguirá apoyando cuando los roles inevitablemente cambien.

**Cara Thurman:** Porque no solo estoy creando esto, estos programas para aquellos a quienes sirvo hoy, sino para la [00:33:00] atención que sé que necesitaré a lo largo de mi vida, ya que mi corazón seguirá requiriendo más apoyo con el tiempo. A medida que mi condición evoluciona, mi corazón requerirá un apoyo cada vez mayor y, con el tiempo, esa tensión se extenderá más allá de mi corazón y afectará otros sistemas de mi cuerpo.

**Cara Thurman:** Necesitaré este tipo de atención más a menudo, y lo comparto no como algo trágico, sino como algo esclarecedor. Se trata de sostenibilidad. Se trata de continuidad y de acceso. Se trata de dignidad para cada persona que recibe atención y para cada profesional que la brinda. Se trata de construir

sistemas que no dependan del sacrificio individual para sobrevivir, sistemas lo suficientemente fuertes, respaldados y valorados como para perdurar.

**Cara Thurman:** Porque la verdad es que esta no es solo mi historia. [00:34:00] Todos nosotros, en algún momento, nos encontraremos en un lado o en el otro de la mesa. Seremos quienes ofrezcamos cuidados y quienes los necesitemos. Entonces, la pregunta es: ¿qué estamos construyendo ahora que nos sostendrá en el futuro? Esta historia es una invitación, no solo a hacer mejor el trabajo, sino también a cuidar mejor a las personas que lo realizan.

**Cara Thurman:** Construir sistemas basados en la equidad, la inclusión, la dignidad y la sostenibilidad, donde tanto pacientes como profesionales puedan prosperar. Por lo tanto, para cada profesional de la oncología integrativa, incluidos los masajistas y esteticistas, este trabajo es más grande que cualquiera de nosotros, y cuando colaboramos con integridad, rigor clínico y profundo respeto por la experiencia humana.

**Cara Thurman:** [00:35:00] Reducimos las barreras, elevamos los estándares y creamos una atención integral que honra verdaderamente a la persona en su totalidad. Porque la forma en que cuidamos a las personas en sus momentos de mayor vulnerabilidad revela lo que realmente valoramos. Y esto no es hipotético, es real. Lo que he llegado a comprender a través de la enfermedad, la maternidad y el duelo.

**Cara Thurman:** A través de este trabajo, se demuestra que el cuidado nunca se limita a la persona que está en la mesa. Nunca lo ha sido. Se trata de todo lo que rodea ese momento: los sistemas que construimos, las estructuras en las que nos apoyamos y las personas que, en silencio, se preocupan por lo que no se puede medir. El peso emocional, la presencia física, la responsabilidad ética de estar presente una y otra vez en espacios donde los resultados son inciertos.

**Cara Thurman:** [00:36:00] Nuestra presencia importa, y durante mucho tiempo, gran parte de esto ha pasado desapercibido, pero cuando algo permanece invisible, se infravalora, y cuando se infravalora, se vuelve insostenible. Por lo tanto, si realmente nos tomamos en serio el acceso, debemos tomarnos igual de en serio a las personas que brindan la atención.

**Cara Thurman:** Porque la equidad no se limita al paciente. Se extiende al profesional, a si continúa ejerciendo su profesión, a si mantiene a sus familias y su vida, a si puede aportar toda su humanidad a la consulta sin sacrificarse a sí mismo en el proceso.

## [00:36:48] Invitación y próximos pasos

**Cara Thurman:** Este es el momento en que algo puede cambiar, y no solo en teoría, sino también en la práctica.

**Cara Thurman:** Porque los sistemas no cambian de golpe. Cambian según las decisiones que tomamos. Así que aquí está la invitación: no a hacer todo diferente mañana, sino a construir algo, no algo enorme de la noche a la mañana, sino a dar un pequeño paso valiente y factible si la colaboración resulta incómoda. Tiene sentido.

**Cara Thurman:** A la mayoría nos enseñaron a hacer este trabajo solos, pero ¿y si eso es precisamente lo que necesita cambiar? Así que, antes de que se vayan hoy, quiero que elijan una acción. Podrían identificar a un profesional con quien colaborar. Podrían iniciar una conversación con un profesional de la salud afín. O pueden hacer una nueva pregunta, tal vez una como: ¿dónde podría colaborar para fortalecer mi trabajo, para fortalecer mi práctica?

**Cara Thurman:** Y eso es todo. Porque no crece a través de la presión, crece a través de la conexión. A través de tender la mano, a través de estar dispuestos a no hacerlo solos, a encontrarnos unos a otros. Y cuando hacemos eso, cuando empezamos, aunque sea de forma modesta, a compartir la responsabilidad del cuidado, no solo nos apoyamos mutuamente. Cambiamos lo que es posible para nosotros mismos, para nuestros pacientes y para el futuro de este trabajo.

**Cara Thurman:** Y si se llevan algo hoy, espero que sea esto: su trabajo importa. Su presencia importa no solo para las personas a las que sirven, sino también para los sistemas. Todos juntos estamos construyendo, y no se espera que carguen con esto solos. La atención que brindamos a nuestros pacientes, esa presencia, esa atención, esa humanidad.

**Cara Thurman:** Es el mismo [00:39:00] cuidado que debemos brindarnos mutuamente. Y cuando hacemos eso, cuando empezamos a apoyarnos unos a otros con la misma intención con la que entramos en esa sala, este trabajo no solo continúa, sino que se vuelve sostenible, se comparte y se convierte en algo que realmente puede abarcarnos a todos.

## [00:39:23] Cierre Gracias

**Cara Thurman:** Muchas gracias por acompañarme hoy aquí.

**Cara Thurman:** Espero con interés hablar con ustedes en la sección de preguntas y respuestas.

## **[00:39:32] Introducción al cáncer de cabeza y cuello con Holly McMillan**

### **[00:39:32] Bienvenido y Reiniciar**

**Holly McMillan:** Hola a todos.

**Holly McMillan:** Gracias por acompañarme hoy. Mi nombre es Holly McMillan, y hoy hablaremos sobre diversos temas relacionados con el cáncer de cabeza y cuello, desde el tratamiento oncológico hasta las recomendaciones terapéuticas y los ajustes a los planes de tratamiento, así como algunas investigaciones recientes en este campo.

### **[00:39:52] Advertencia sobre divulgaciones y contenido**

**Holly McMillan:** Bien, para empezar con las aclaraciones, soy empleada del Centro Oncológico MD Anderson. Esta presentación contiene fotografías explícitas [00:40:00]. Todas las imágenes de pacientes que ven hoy se proporcionan con su consentimiento y se han compartido para mejorar la educación. Por lo tanto, les pido que no tomen fotos de los pacientes durante esta conferencia.

### **[00:40:17] Estadísticas sobre el cáncer de cabeza y cuello**

**Holly McMillan:** Para empezar, es importante hablar de todos los tipos de cáncer en Estados Unidos para comprender mejor el lugar que ocupa el cáncer de cabeza y cuello en el panorama general de esta enfermedad. En Estados Unidos, para 2025, se documentarán más de 2 millones de casos nuevos y más de 600 000 muertes, y habrá más de 22 millones de casos de cáncer ya diagnosticados en el país.

**Holly McMillan:** Entonces, ¿dónde encaja el cáncer de cabeza y cuello? ¿Dónde nos ubicamos en eso? En ese gran número. Y si observan este gráfico

en los Estados Unidos desde 1975 hasta 2021, cuando lo desglosamos entre hombres y mujeres podemos ver los siete u ocho cánceres principales aquí. Y como era de esperar, en los hombres, el cáncer principal [00:41:00] es el de próstata, y en las mujeres, el cáncer principal es el de mama.

**Holly McMillan:** Pero lo que no verán aquí son los cánceres de cabeza y cuello entre los ocho primeros puestos.

**Holly McMillan:** Actualizamos las proyecciones de 2021 a 2025. Lamentablemente, el número de pacientes con cáncer de cabeza y cuello ha aumentado y ahora se encuentra entre los 10 primeros en hombres. De hecho, ocupa el octavo lugar, mientras que en mujeres se sitúa en el decimotercer puesto. El cáncer de cabeza y cuello es la duodécima neoplasia maligna más común.

**Holly McMillan:** Si bien representa solo alrededor del 4 % de los casos nuevos de cáncer, es decir, aproximadamente el 4 %, si consideramos la cifra absoluta, supera los 42 000. Por lo tanto, aunque el porcentaje es pequeño, sigue siendo una cifra bastante alta en cuanto al número de personas diagnosticadas con cáncer de cabeza y cuello. Cabe recalcar que esta cifra corresponde únicamente a hombres.

**Holly McMillan:** Así que también tenemos la incorporación de mujeres. Más del 90% de estos cánceres de cabeza y cuello se diagnostican como carcinoma de células escamosas. [00:42:00]

**Holly McMillan:** Y analizamos los casos prevalentes o existentes. Es decir, los pacientes que tenemos registrados. Lo más probable es que sean pacientes que aún padecen cáncer de cabeza y cuello. Están lidiando con los efectos que veremos en 2025. En el caso de los hombres, la cifra supera los 300 000 pacientes. Se prevé que este número siga aumentando durante la próxima década.

**Holly McMillan:** Para 2035, se proyectan más de 400 000 casos de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Estas cifras siguen aumentando, principalmente en hombres. También se suman casos en mujeres. Un dato estadístico importante sobre el cáncer de cabeza y cuello es que el 72 % de estos cánceres son orofaríngeos y positivos para el VPH.

**Holly McMillan:** Hablaremos más sobre el VPH en un momento. En comparación con 2022, ha habido un aumento en las tasas de incidencia. Así que están surgiendo cada vez más casos nuevos, casi 6000 casos adicionales por

año. Y también hay un aumento de aproximadamente 1500 muertes por año, el promedio bruto. Entonces, cuando [00:43:00] miramos todo en conjunto, la supervivencia a cinco años es de aproximadamente el 70%, lo que es un aumento de tres.

**Holly McMillan:** Son noticias fantásticas. Las tasas de supervivencia están aumentando. El cáncer de cabeza y cuello es más común en hombres que en mujeres. En una proporción aproximada de tres a uno, la edad media de diagnóstico es de 65 años, casi la edad de jubilación. En cuanto a raza y etnia, observamos que predominan los hombres blancos no hispanos, así como los indígenas americanos y los nativos de Alaska.

## [00:43:34] Anatomía y subregiones clave

**Holly McMillan:** La anatomía y fisiología de la cabeza y el cuello son bastante singulares. Tenemos un panorama muy interesante. A veces, la gente confunde qué es realmente la cabeza y el cuello. Muchos piensan que es todo lo que está por encima de la clavícula, pero es algo muy específico: la parte superior del tracto aerodigestivo.

**Holly McMillan:** Entonces, esos límites incluyen superiormente, llegamos hasta la base del cráneo, inferiormente hasta la [00:44:00] tráquea, pero sin incluir la tráquea anteriormente a la nariz y posteriormente a la pared faríngea. Así que podemos ver, no sé si pueden ver mi ratón aquí, pero estamos delineando esta área aquí.

**Holly McMillan:** ¿Y qué no es cabeza y cuello? A veces se piensa que es cabeza y cuello, pero en realidad no lo es. El esófago, la columna cervical, los pulmones, la tráquea y el cerebro son áreas específicas de cada disciplina y cuentan con sus propios especialistas. Así pues, las regiones anatómicas dentro de la cabeza y el cuello son la cavidad oral, la faringe y la laringe.

**Holly McMillan:** Es importante. Solo quería destacar algunas de estas subregiones que pueden observar. Cuando los pacientes vienen a la consulta, pueden hablarles de estas subregiones o pueden leer sobre ellas en sus informes. Por ejemplo, en la cavidad oral, tenemos la lengua propiamente dicha, la lengua oral que se ve en la boca, el suelo de la boca, es decir, la zona que se encuentra debajo, la línea de las encías, la mandíbula y el maxilar.

**Holly McMillan:** Entonces los huesos, retromolar, trígono, esa área detrás de ese molar mandibular que como que se extiende hacia arriba. [00:45:00] Y luego la mejilla y los labios. La faringe es bastante grande, e incluye la

nasofaringe, la orofaringe y la hipofaringe. Así que se divide en tres regiones. Y luego de ahí también tenemos subregiones.

**Holly McMillan:** Lo más común es escuchar que la orofaringe es la amígdala en la base de la lengua. Esta es, nuevamente, una región principal para los cánceres relacionados con el VPH, así como el paladar blando y la pared faríngea posterior. La hipofaringe se encuentra más abajo. Esta es la región del seno piriforme, la abertura justo antes del esófago, la región posterior al cartílago cricoides y la pared faríngea posterior.

**Holly McMillan:** Y luego tenemos la laringe, es decir, la zona que está justo encima, a la altura de las cuerdas vocales, y justo debajo de ese espacio.

## [00:45:42] Funciones y vistas SLP

**Holly McMillan:** ¿Y por qué nos importa? ¿Verdad? ¿Por qué la cabeza y el cuello son tan importantes para tantos de nosotros? Estos pacientes no solo son absolutamente fabulosos, sino que la cabeza y el cuello son responsables de muchas funciones clave.

**Holly McMillan:** La respiración es muy importante, al igual que la comunicación y la deglución. Por lo tanto, cuando la comunicación y la deglución se ven afectadas y se eliminan de la tabla [00:46:00], los datos muestran que la calidad de vida, la calidad de vida realmente se ve afectada.

**Holly McMillan:** Como logopeda, también tengo una perspectiva única de la cabeza y el cuello, y me gustaría compartirla con ustedes hoy. No sé qué tan común sea este acceso para ustedes, pero a mí me parece fascinante. Si les piden esta información a ustedes mismos, a sus pacientes o a sus clientes, probablemente tengan estas grabaciones si desean consultarlas para que les ayuden con la planificación del tratamiento.

**Holly McMillan:** Esto es estroboscopia laríngea. Introducimos la cámara por la nariz y la deslizamos por el suelo de la boca. Salimos por aquí, cerca del paladar, y miramos hacia abajo. Es una vista superior de la faringe y la laringe. Usamos una luz estroboscópica intermitente para ralentizar la onda de las cuerdas vocales y poder verlas a simple vista. [00:47:00]

**Holly McMillan:** Aquí podemos ver estas bandas blancas. De hecho, son las cuerdas vocales. Tenemos los OID en la parte superior de la pantalla, y esto es realmente el vestíbulo laríngeo y así es como debería verse. Otra vista interesante es el estudio de deglución con bario modificado. Sus pacientes sin

duda se someterán a esta prueba, que es bastante útil, y pueden pedirles que la vean, de nuevo, solo para observar la vista lateral, pero pueden verlas en función, cómo se mueven estas estructuras y tejidos blandos.

**Holly McMillan:** Para que se familiaricen, voy a pedirle al paciente que regurgite eso. Ahí está. Podemos ver la columna vertebral, la base del cráneo. La mandíbula, el material negro que van a ver bajar es en realidad blanco, y se llama bario, pero se ve negro para nosotros bajo fluoroscopia.

**Holly McMillan:** Estamos viendo la función de deglución en la boca, en la orofaringe, y luego hacia la faringe y el esófago. Se trata de líquidos ligeros. [00:48:00] Se puede ver la rapidez con la que baja ese pliegue. Esto es un pudín y se puede ver claramente cómo todo se mueve hacia el esófago desde la cavidad oral, siguiendo el camino correcto.

**Holly McMillan:** Esta es la última vista singular, pero se trata de una evaluación endoscópica de la deglución mediante fibra óptica. La llamamos FIES. Y de nuevo, este es un examen de deglución de aspecto normal. Esta especie de forma de caballo que verán aquí desde esa vista superior. De nuevo, hemos recorrido el suelo de la nariz. Mirando hacia abajo está la epiglotis.

**Holly McMillan:** Miraremos ahora mismo, podemos ver toda la faringe y bajaremos hasta la laringe.

**Holly McMillan:** Voy a echar un vistazo.

**Holly McMillan:** aún así se puede ver cómo se mueven las cosas mientras el paciente habla. Así que, de nuevo, esta es su caja de la voz. Laringe primero mirando hacia adelante. Bien. De acuerdo. Una vez más. ¿Estás bien? Sí. Otro trago. Entonces, cuando [00:49:00] el paciente traga, vemos un blanco. Todo el tejido se junta por esa fracción de segundo. Cierra la cámara y luego se vuelve a abrir.

**Holly McMillan:** Verás un residuo blanco. Es solo el residuo de lo que ha tragado. Toma un trago, reténlo y trágalo. Adelante.

**Holly McMillan:** Es una perspectiva bastante singular, y si tienes acceso a las imágenes de tus pacientes, te serán útiles para planificar el tratamiento y obtener resultados funcionales óptimos. Esto es solo una referencia para visualizar la anatomía. He enumerado todas las subestructuras a un lado y, a continuación, cómo se vería la imagen si tuvieras acceso a una endoscopia o fluoroscopia, para que puedas consultarla más adelante si te resulta útil.

## [00:49:43] Factores de riesgo y VPH

**Holly McMillan:** Entonces, los factores de riesgo para el cáncer de cabeza y cuello, tenemos los tres principales. La prevalencia del tabaquismo es de aproximadamente el 20% de la población de EE. UU. La buena noticia es que los esfuerzos para dejar de fumar están ayudando y hay una disminución masiva en la cantidad de fumadores que vemos década tras década . Hay una tasa de mortalidad por cáncer más de 10 veces mayor para los fumadores.

**Holly McMillan:** El alcohol. Por sí solo, el alcohol es un factor de riesgo independiente más débil, pero cuando se combina con el tabaco, el riesgo aumenta. Y luego está el virus del papiloma humano o VPH. Este es un factor de riesgo causal por sí mismo. No es necesario ser fumador o bebedor. Se puede tener cáncer de cabeza y cuello solo por el VPH.

**Holly McMillan:** Hablaremos más sobre las mejores tasas de supervivencia y los grupos de jóvenes no fumadores a continuación. Es interesante que, si bien acabamos de salir de una pandemia, llevamos bastante tiempo atravesando una epidemia en las últimas dos décadas, y es probable que continúe. Observamos un aumento en el número de pacientes con cáncer de orofaringe.

**Holly McMillan:** Como pueden ver, ese aumento en la línea para orofaringe comenzó en 2010 y continuó hasta 2030. Ese número sigue aumentando debido al VPH, y el VPH es diferente. [00:51:00] Y eso es lo que quiero destacar. Por lo tanto, si tienen pacientes que acuden a ustedes, es importante conocer su estado de VPH para entender las posibles diferencias en los resultados del tratamiento, el tratamiento en sí y las tasas generales de supervivencia.

**Holly McMillan:** Aquí podemos ver las curvas de supervivencia. Los casos positivos de VPH se encuentran en la parte superior. Este periodo abarca cinco años, como se puede observar en la parte inferior. A un lado, vemos la supervivencia general, que varía del cero al cien por ciento. En esta cohorte, los casos positivos de VPH presentan tasas de supervivencia significativamente mejores que los casos negativos.

**Holly McMillan:** Si nos fijamos en ese punto de los cinco años, estamos en los ochenta y pico para el VPH positivo, 90. Y luego el VPH negativo está por debajo del 50%. Así que hay una clara distinción entre ambos.

**Holly McMillan:** Entonces, no solo con las tasas de supervivencia, sino también con el sitio anatómico. Estas son solo diferencias entre los cánceres positivos y negativos para VPH. Entonces, el sitio anatómico, las amígdalas y la

base de la lengua son áreas primarias. Para VPH positivo. Todos los sitios se ven afectados por [00:52:00] VPH negativo edad. Para VPH positivo, tenemos pacientes más jóvenes.

**Holly McMillan:** El estatus socioeconómico tiende a ser más alto en aquellos con VPH. El comportamiento sexual es el factor de riesgo, mientras que en los casos negativos de VPH, tiende a ser el alcohol y el tabaco. Para los casos positivos de VPH, también tenemos un aumento en la incidencia. Por lo tanto, estas cifras siguen aumentando mientras que los casos negativos de VPH relacionados con el tabaquismo y el consumo de alcohol siguen disminuyendo.

## [00:52:30] Patrones de desarrollo y propagación

**Holly McMillan:** El cáncer de cabeza y cuello también tiene una clasificación TNM. Esto significa estado del tumor ganglionar Metástasis. Sus pacientes tendrán una etapa TNM. Y estos son clave para comprender, de nuevo, el tipo de tratamiento que recibirán y cómo esperamos que sean sus resultados t TX y x. Y MX simplemente significa que no podemos evaluarlo completamente.

**Holly McMillan:** Y luego el tumor pasa de T cero a T cuatro, aumenta de tamaño. T cuatro es el más grande, y significa que el tumor ha invadido [00:53:00] la estructura adyacente. Por lo tanto, si el hueso, el nervio, el escáner, otros vasos sanguíneos, el estado de los ganglios linfáticos es realmente importante para entender como un predictor de supervivencia. Nuevamente, varía de N cero a N tres.

**Holly McMillan:** Nos indicará si se encuentra en los ganglios linfáticos, en el mismo lado del tumor o en el lado opuesto del cuello, así como su tamaño. La metástasis suele ser poco frecuente en la presentación inicial. Y si la observamos, suele estar en el pulmón. Pero normalmente vemos M cero, sin metástasis a distancia. Por lo tanto, en una región más alejada o M1, si observamos metástasis a distancia.

**Holly McMillan:** En cuanto a la metástasis regional en cabeza y cuello, es algo predecible, lo cual es útil para el profesional sanitario. Podemos utilizar esto en el diagnóstico diferencial. Así que cuando un paciente acude a usted, digamos, con cáncer de cavidad oral, sus áreas de drenaje, sus áreas de drenaje linfático, debería decir, son niveles de.

**Holly McMillan:** Uno a, uno, B, dos y tres, y lo he sombreado aquí en azul para usted. Entonces, si este paciente viene, está preocupado por la recurrencia y vemos [00:54:00] hinchazón en esta región, eso podría ser una buena indicación de que debemos enviarlo de regreso al equipo de tratamiento primario si se siente como una masa sólida. Si estos pacientes vienen y tienen, ya saben, algo de edema generalizado, digamos en su trapecio, entonces estoy un poco menos preocupada por la metástasis real relacionada con este cáncer de cavidad oral, es poco probable en esa vía.

**Holly McMillan:** De nuevo, para ayudar a comprender las señales de alerta. La orofaringe está sombreada aquí en verde. La hipofaringe está sombreada aquí en amarillo, y los cánceres de tiroides aquí, que también vemos con frecuencia. Estos se encuentran en la base del cuello. Sombreados aquí en color melocotón. Metástasis a distancia, de nuevo.

**Holly McMillan:** Entonces, la metástasis se ha extendido desde el sitio primario a partes distantes del cuerpo, no solo al cuello. En los cánceres de cavidad oral, faringe y laringe, solemos observar metástasis en los pulmones, el hígado y los ganglios linfáticos mediastínicos, que se extienden hasta el tórax.

## [00:54:58] Descripción general y evolución del tratamiento

**Holly McMillan:** Entonces [00:55:00] el tratamiento oncológico del cáncer de cabeza y cuello depende del tipo de célula, la localización y la etapa de la enfermedad.

**Holly McMillan:** El sitio primario es donde se desarrolla el cáncer por primera vez y puede determinar cómo se comportará el tumor. ¿Adónde irá? ¿Cómo se propagará? ¿Qué síntomas es probable que veamos? Estos tratamientos son similares a los que se usan para el cáncer en otras partes del cuerpo. La cirugía, la radioterapia y la quimioterapia sistémica pueden administrarse solas o combinadas como tratamiento definitivo.

**Holly McMillan:** Este es el tratamiento principal dirigido para la supervivencia o adyuvante. Piense en ello como un tratamiento adicional. Sus pacientes pueden recibir inducción adyuvante o neoadyuvante. Por ejemplo, puede recibir quimioterapia neoadyuvante. Recibirá quimioterapia antes de la cirugía primaria o la radioterapia para ayudar a reducir el tamaño del tumor.

**Holly McMillan:** Concurrente simplemente significa que tenemos dos tratamientos que se realizan al mismo tiempo, como una quimioterapia, radiación o rescate postoperatorio. Después de que se hayan sometido a la cirugía, podemos ofrecerles tratamiento sistémico o radiación. Ha habido una evolución en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello. Antes de 1900, todos se sometían a cirugía, hasta 1940.

**Holly McMillan:** La radioterapia se incorporó en la década de los setenta. La quimioterapia llegó en los ochenta, seguida de las terapias biológicas dirigidas, y la inmunoterapia apareció alrededor de 2010. Por lo tanto, hasta la fecha, la radioterapia es el tratamiento con intención curativa, y la cirugía y la radioterapia son los tratamientos con intención curativa.

**Holly McMillan:** La quimioterapia combinada generalmente se reserva para la enfermedad avanzada. A diferencia de otros tipos de cáncer en el cuerpo donde la quimioterapia puede ser primaria, aquí se reserva para la enfermedad más avanzada en cabeza y cuello. Estrategias de tratamiento primario, las desglosé por sublocalizaciones. Así que para la cavidad oral, el tratamiento primario es la cirugía.

**Holly McMillan:** La radioterapia o la quimioterapia son tratamientos adyuvantes. Piense en una mala hierba en su jardín: si la arranca, eso es una cirugía; está eliminando físicamente la mala hierba. Y si luego rocía con herbicida, eso es el tratamiento adyuvante. En este caso, se extirpa el tumor y luego se utiliza radioterapia o quimioterapia para asegurar que cualquier metástasis residual haya sido eliminada.

**Holly McMillan:** No aparecerán nuevos tumores en la nasofaringe. Orofaringe, hipofaringe y laringe. Los tratamientos principales son radioterapia y quimioterapia adyuvante para la orofaringe, la hipofaringe y la laringe. Si se trata de un tumor muy pequeño, como un T1 o un T2, el cirujano puede optar por la cirugía robótica transoral. Si es más grande, tanto en la laringe como en la hipofaringe, realizaremos una laringectomía total o una laringofaringectomía total.

**Holly McMillan:** Eliminaremos todo el terreno y la estructura.

## **[00:57:49] Tipos de cirugía y disección cervical**

**Holly McMillan:** En cuanto a la cirugía de las cavidades orales, la cirugía es la principal. Si el paciente tiene un tumor en la lengua, veremos una resección de lengua [00:58:00] . El nombre de la resección de lengua depende de la cantidad de lengua que se extirpa, por lo que tenemos glosectomía parcial, hemi subtotal y total. Aquí pueden ver los detalles según la cantidad de lengua que se extirpa.

**Holly McMillan:** En esta foto del paciente, como pueden ver, se realizó una glosectomía subtotal. Ese tejido rosado más oscuro es la única parte de la lengua que le queda. El resto se formó a partir de un colgajo libre del muslo que se colocó en la boca, mediante una resección del suelo de la lengua y del maxilar, incluyendo una resección del paladar duro, dependiendo de la cantidad de tejido que se extirpe.

**Holly McMillan:** Entonces tenemos máximos parciales totales y de infraestructura.

**Holly McMillan:** Mandíbula. Entonces, de nuevo, ¿cuánto de la mandíbula se ha extirpado? Tenemos hemanectomía segmentaria marginal. Aquí están también los detalles. La clave para marginal es que el borde de la mandíbula todavía está intacto. Se ha extirpado un trozo, pero todavía hay continuidad alrededor de toda la mandíbula. [00:59:00] Hemanectomía segmentaria.

**Holly McMillan:** La sección ha sido retirada y ahora hay una discontinuidad. Así que hubo una extracción real. Hay una rotura entre los dos huesos en estas fotos. De hecho, usé esta foto de arriba para mostrar dónde iría la placa de metal. Así que se puede ver que va desde el lóbulo inferior de la oreja hasta la barbilla, incluyendo un tejido blando plano desde el muslo.

**Holly McMillan:** Además, el metal nunca debería sobresalir, pero este fue un buen ejemplo didáctico para mostrarles dónde se alinean las placas. Y luego, abajo, cuando lo ven en la imagen, parece una cadena de bicicleta. Y sí, sé que esta mandíbula está rota, pero la estábamos buscando.

**Holly McMillan:** Pero aquí se puede apreciar el matiz en las imágenes, cómo se ve debajo de la piel. Y luego, para el cuello, tenemos la disección cervical selectiva, donde hemos extirpado un grupo específico de ganglios, pero se conservan todas las estructuras principales. Disección cervical radical modificada. Se extirpan los ganglios, pero se deja al menos una estructura clave, ya sea el nervio espinal accesorio [01:00:00] , la vena yugular interna o el colletomastoideo esternal.

**Holly McMillan:** La mayoría de los cirujanos se están pasando a este modelo tratando de dejar atrás todo lo que puedan. Y cada vez vemos menos disecciones radicales de cuello, donde se extirpan los ganglios, así como todas esas estructuras críticas de ese lado. Y esto es realmente importante que los terapeutas tratantes entiendan, digamos que su paciente tiene linfedema en un lado y se le ha extirpado la vena yugular interna.

**Holly McMillan:** Bueno, es importante saberlo para que, si estamos moviendo ese líquido y se ha extirpado la vena principal, ¿a dónde estamos enviando este líquido adicional? ¿Cómo lo estamos moviendo?

## [01:00:36] Conceptos básicos y efectos secundarios de la radiación

**Holly McMillan:** Pasando a la radiación, esta es una imagen de un acelerador lineal. Así es como se administra la radiación. Y un primer plano del rostro.

**Holly McMillan:** Aquí pueden ver una máscara. Estos pacientes usan máscaras que se ajustan como una segunda piel. Son tan ajustadas que prácticamente están atornilladas a una mesa. Esto sucede porque estos haces de radiación tienen una precisión submilimétrica [01:01:00], por lo que no hay espacio para que estos pacientes se muevan o podríamos fallar con el haz.

**Holly McMillan:** Por lo tanto, es fundamental que permanezcan inmóviles y en su lugar para este tratamiento. La radioterapia externa consiste en haces de alta energía focalizados que tratan el cáncer desde fuera del cuerpo. Normalmente, se utilizan protones y fotones. A menudo se observa toxicidad acumulativa en el campo de tratamiento. Hablaré de ello con más detalle en la siguiente diapositiva.

**Holly McMillan:** Generalmente relacionadas con las estructuras neuromusculares mucosas y salivales, observamos hinchazón y cicatrices. Más del 50 % de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello reciben radioterapia, que suele administrarse de lunes a viernes durante unas seis o siete semanas. En cuanto a los efectos secundarios, observamos efectos agudos y tardíos.

**Holly McMillan:** Entonces, pueden ser similares o diferentes. La clave aquí es revisar el plan de radiación. Hablaré de eso a lo largo de esta clase. Y luego, la toxicidad, la dosis de radiación depende del campo. Así que donde vemos dosis más altas de radiación [01:02:00], tendemos a ver una mayor toxicidad.

**Holly McMillan:** Este es un ejemplo. Aquí vemos dos campos de radiación completamente diferentes. Les recomiendo que, si pueden, accedan a estos campos de radiación. Normalmente, los pacientes tienen acceso a su propia información, así que pueden encontrarla. Pero, repito, esto es fundamental si tienen un paciente. A la derecha vemos un campo bilateral; hay radiación en ambos lados, con una dosis bastante alta.

**Holly McMillan:** El plan de tratamiento que le indique el terapeuta podría ser diferente si la afección fuera unilateral. Esto le ayudará a comprender qué ganglios linfáticos se han visto más afectados, dónde es necesario drenar el líquido y dónde se espera que aparezca la fibrosis. Estos datos son fundamentales para elaborar los planes de tratamiento de sus pacientes.

**Holly McMillan:** Entonces, ¿cómo funciona la radiación? Repito, utiliza esa alta energía para matar las células. Al dañar el ADN, en realidad no reduce el tumor de inmediato. Mata el ADN del tumor. El problema es que es muy eficaz para matar [01:03:00] células cancerosas y también células normales, por eso es tan difícil desarrollar estos planes de radiación.

**Holly McMillan:** Hay diferentes ventajas y desventajas. Eso da para otra clase, hablando de los distintos haces, protones frente a fotones. El modo de administración suele ser mediante haz externo. Aquí pueden ver a este paciente acostado en el acelerador lineal con la máscara puesta. Los haces provienen de diferentes ángulos.

**Holly McMillan:** Con menos frecuencia vemos tratamientos internos o con implantes. Se trata de braquiterapia, donde se aplica la radiación directamente al tumor. Generalmente se utiliza en cánceres de cavidad oral en etapa temprana. Pero, insisto, rara vez vemos esto. En cuanto a los cambios en la piel y los tejidos blandos, lo que esperaríamos como profesionales en la fase aguda es eritema.

**Holly McMillan:** Entonces, enrojecimiento de seco a húmedo, declamación. La piel es frágil. Hay pérdida de cabello. Puede ser excepcionalmente doloroso al tacto. Incluso si solo tienen el cuello de la camisa o algo rozándolo puede ser muy doloroso y subagudo a crónico. Podemos ver fibrosis progresiva, engrosamiento dérmico [01:04:00] , que el tejido ya no es tan elástico como antes.

**Holly McMillan:** Tele anis es una forma elegante de decir que los vasos sanguíneos son superficiales. Podemos verlos en la superficie, pero son importantes para los hematomas. Si los rompemos, estos pacientes no sanarán

bien. Pueden sufrir hematomas con mucha facilidad, flujo linfático interrumpido, sequedad, adherencias subcutáneas y adherencias en capas.

**Holly McMillan:** A veces, para estos pobres pacientes, es como si hubieras cogido un trozo de cinta adhesiva y lo hubieras pegado a un trozo de carne seca. Es simplemente implacable.

## [01:04:32] Terapias sistémicas explicadas

**Holly McMillan:** Pasando a las terapias farmacológicas sistémicas. Tenemos tres tipos. Tenemos la inducción, que es un tratamiento neoadyuvante que se usa antes de un tratamiento primario.

**Holly McMillan:** El objetivo es reducir el riesgo de metástasis a distancia y disminuir el volumen del tumor para que la cirugía o la radioterapia tengan menor morbilidad. Al mismo tiempo, es un radiosensibilizador. Es como iluminar el tumor con una linterna para que la radiación sea más efectiva .  
[01:05:00]

**Holly McMillan:** Lo ilumina. Y luego otros usos, de nuevo, rescate adyuvante después del tratamiento primario o paliativo.

**Holly McMillan:** Entonces, ¿cómo funcionan estas terapias sistémicas? Existen varios tipos de terapia sistémica. Esto significa que se administra en todo el cuerpo, no solo en la cabeza y el cuello. Por ejemplo, la quimioterapia utiliza fármacos citotóxicos. Estos eliminan rápidamente las células que se dividen rápidamente para frenar el crecimiento o destruir las células cancerosas, lo cual es diferente de la terapia dirigida, que altera el funcionamiento interno de la célula.

**Holly McMillan:** La terapia dirigida encuentra estas señales específicas y las bloquea, impidiendo así el crecimiento del cáncer. La inmunoterapia utiliza el propio sistema inmunitario para regular y eliminar el cáncer. Esto activa el sistema inmunitario al máximo para que detecte estas células anormales y las combata. En cuanto a la administración, las tres terapias pueden administrarse mediante quimioterapia intravenosa, y la terapia dirigida también puede administrarse mediante una pastilla. [01:06:00]

**Holly McMillan:** Existen muchísimos tipos diferentes de quimioterapia, e incluso más inmunoterapias dirigidas. Recordarlas todas es un trabajo a tiempo completo. La mayoría de los especialistas se llaman oncólogos médicos o

farmacéuticos. Así que, en lugar de intentar recordarlas todas, utilicen sus recursos y búsquenlas.

## [01:06:16] Sincronización inmunológica dirigida a la quimioterapia

**Holly McMillan:** Se puede administrar en diferentes intervalos de tiempo. La quimioterapia suele durar entre 30 minutos y cuatro horas, administrada en ciclos para la recuperación. Por lo general, se administra semanalmente o cada tres semanas. Los pacientes necesitan esos descansos entre sesiones. La terapia dirigida generalmente se puede tomar de forma continua o diaria. De nuevo, se recomiendan pausas entre ciclos según sea necesario.

**Holly McMillan:** Y la inmunoterapia es un poco más corta. Son de 30 minutos a dos horas, administradas cada dos a seis semanas. Se argumenta que la terapia dirigida es la mejor tolerada, seguida de la inmunoterapia y la quimioterapia. No es lo mismo para todos los pacientes en todas las circunstancias, pero sí para la mayoría. Y los cambios en la piel y los tejidos blandos que vemos aquí se enumeran al final, pero es realmente lo que cabría esperar, algo así como sequedad, adelgazamiento, hematomas y mucha fotosensibilidad con [01:07:00] estos medicamentos.

**Holly McMillan:** La inmunoterapia para la inflamación y la neuropatía es interesante para los tejidos blandos. Suele tolerarse muy bien, pero cuando no, se tolera muy mal. Puede provocar artritis inducida por el sistema inmunitario, hasta el punto de dificultar la marcha debido al tratamiento.

**Holly McMillan:** Así que tienen sus pros y sus contras.

**Holly McMillan:** por esos pros y contras.

## [01:07:25] Recursos clínicos clave

**Holly McMillan:** Aquí les presento algunos recursos clave que utilizo. Se trata de las guías de la NCCN y los modelos de capacitación de SEER. Me gustan porque se mantienen actualizados y relevantes. Simplemente pueden acceder a estos recursos, buscar su tipo de cáncer, seleccionar cabeza y cuello, y encontrarán las guías de tratamiento vigentes y los tratamientos típicos para estos tipos de células y ubicaciones de tumores.

**Holly McMillan:** Me resultan muy útiles.

## [01:07:52] Conceptos básicos y drenaje del linfedema

**Holly McMillan:** Bien, pasemos a los efectos secundarios o las toxicidades del tratamiento. No me detendré mucho en [01:08:00] el linfedema. Tendremos una excelente charla sobre el linfedema. Pero solo repasaré brevemente algunas de las toxicidades más comunes que vemos. El linfedema es un daño localizado relacionado con el tratamiento en la red linfática.

**Holly McMillan:** Es diferente al edema causado por un traumatismo. Se trata de una falla fisiológica del sistema linfático. Tenemos dificultades para filtrar y transportar el líquido linfático por todo el cuerpo. Simplemente, cuando la carga linfática excede la capacidad de transporte, se produce hinchazón.

**Holly McMillan:** Estos son dos artículos que me gusta compartir como referencias que hacen un excelente trabajo al medir los resultados reportados por los pacientes y las complicaciones de los tejidos blandos relacionadas con el linfedema. Y aquí en Houston tenemos Buffalo Bayou. Tenemos un pantano aquí. Es como un río. Cuando se comportan bien, se ven así, justo a la derecha de la ciudad.

**Holly McMillan:** Parece muy tranquilo. El fluido fluye en una dirección. Tenemos una perturbación, algo como el huracán Harvey. Y entonces no hay dirección. Todo se dispersa. Se desborda de sus límites. Y esto es más o menos [01:09:00] a lo que me refiero cuando hablamos de linfedema con los pacientes.

**Holly McMillan:** Los muros se han derrumbado y necesitamos gestionar ese flujo y volver a agilizarlo.

**Holly McMillan:** Una vez más, el plan de tratamiento de radiación es excepcionalmente útil para usted como terapeuta tratante para comprender cómo podemos movilizar el líquido, como en el linfedema. Entonces, en el plan de radiación para el lado izquierdo bilateral, esto es lo que normalmente vemos. Ambos lados se tratan con radioterapia, así que eso puede ayudarle a comprender que el lado derecho puede estar peor, pero puede estar más obstruido y ser más difícil de mover ese líquido porque recibió una dosis más alta de radiación.

**Holly McMillan:** El paciente de la derecha recibió radiación laríngea de campo estrecho. Tenemos ambos lados del cuello bastante abiertos. Podemos tomar el lado que drene mejor. En lo que ve en su tratamiento, podemos tratar estos dos casos de forma muy diferente con distintos patrones de acceso. Este es uno de mis pacientes.

**Holly McMillan:** Esta es una situación típica de lo que vemos en el linfedema de cabeza y cuello. Lo vemos, ya sabes, a lo largo del lado derecho de su cara y por todo el cuello y [01:10:00] ese colgajo. Así que el linfedema en la parte inferior lo resume bastante bien. Generalmente causado por radiación tumoral o cirugía. La consideración y el riesgo para nosotros es la exacerbación del edema.

**Holly McMillan:** Si generamos mucha fricción y trabajamos en profundidad, provocaremos inflamación. Tenga esto en cuenta al tratar el linfedema y considere la vía de drenaje. Por lo tanto, el cuidado de la piel es fundamental para protegerla de un mayor deterioro e infección. El drenaje linfático manual y otras técnicas antiinflamatorias son muy útiles para este grupo de pacientes.

## [01:10:37] Manejo de la fibrosis por radiación

**Holly McMillan:** Fibrosis por radiación. Lamentablemente, la vemos con bastante frecuencia. La fibrosis por radiación es un cambio esclerótico crónico y progresivo del tejido. Con el tiempo, es probable que se endurezca y, por desgracia, reduce la oxigenación, el flujo sanguíneo y linfático. Puede limitar la contracción muscular y los impulsos nerviosos; en definitiva, todo se vuelve muy rígido.

**Holly McMillan:** [01:11:00] La fibrosis por radiación tiene diferentes etapas. Puede comenzar minutos después de recibir el tratamiento, y a veces no se manifiesta hasta años después de la radioterapia. El hecho de que no la presenten en la fase aguda no significa que no vayan a desarrollar estos cambios más adelante en la vida.

**Holly McMillan:** Este es un caqui sano. Es rico y jugoso. Y cuando lo pasas por el deshidratador, eso es lo que sucede, y eso es lo que le pasa al tejido blando. Todo se encoge, se deshidrata mucho y se pone rígido. Luego tenemos el síndrome de fibrosis por radiación. Este es el síndrome real asociado con la fibrosis por radiación.

**Holly McMillan:** El Dr. Michael Stubblefield hace un trabajo maravilloso al describir esto. Tiene muchísimas publicaciones en este campo. Recomiendo encarecidamente estas lecturas. Explica muy bien las diferencias entre el síndrome y la fibrosis por radiación. Y lo que podemos hacer al respecto es tratar a los terapeutas. Así que el síndrome de fibrosis por radiación es causado por la radiación.

**Holly McMillan:** Nuestras consideraciones se centran en el desgarramiento de los tejidos. Si este tejido se rompe, es excepcionalmente más difícil de curar. Estos pacientes pueden tener [01:12:00] una sensibilidad reducida al calor y al frío, por lo que debemos considerar el uso de la terapia térmica. Y la modificación consiste en reducir las técnicas agresivas y rápidas que van a causar inflamación, especialmente cuando estos pacientes están pasando por la fase más aguda.

**Holly McMillan:** Y estos fibroblastos continúan depositándose muy rápidamente. En la clínica, observamos repetidamente que este tejido responde muy favorablemente a una técnica de baja carga, larga duración o sostenida. No tanto a las manipulaciones agresivas, rápidas y breves del tejido, sino a un movimiento lento y prolongado.

## [01:12:38] Riesgos vasculares y seguridad

**Holly McMillan:** Existen varios cambios vasculares derivados del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello que conllevan un riesgo cardiovascular a largo plazo, en particular la estenosis de la arteria carótida y la insuficiencia del reflejo de la médula ósea. Observamos que aproximadamente el 20 % de los pacientes que han superado un cáncer de cabeza y cuello desarrollan estenosis inducida por radiación en un plazo de tres años.

**Holly McMillan:** ¿Y por qué nos importa eso? Bueno, por el riesgo de accidente cerebrovascular. Así que, de nuevo, [01:13:00] si estamos manipulando esa zona lateral del cuello, en cualquier parte de la región carotídea, hay que tenerlo en cuenta. De nuevo, los pacientes suelen someterse a ecografías o están en seguimiento con un cardiólogo, así que es importante entender esa información y lo que nos dicen esas pruebas.

**Holly McMillan:** Es posible que vean que estos pacientes presentan inestabilidad grave de la presión arterial y síncope recurrente. Creemos que están muy poco reconocidos y subdiagnosticados. Estos pacientes tienen muchísimas toxicidades y, a veces, esta se pasa por alto, pero es importante para

nosotros como terapeutas porque cuando están acostados en una camilla durante mucho tiempo y luego intentan levantarse, podemos tener un problema grave.

**Holly McMillan:** Me doy cuenta de que muchos de mis pacientes, ya sea que tengan una sonda de alimentación en el estómago, una cánula de traqueotomía en el cuello o simplemente presión en el reposacabezas durante demasiado tiempo, no lo toleran muy bien. Así que, de hecho, hago mucho trabajo adicional para este grupo. Y esto no es para que lo analicemos nosotros, sino para que todos ustedes lo tengan como referencia en cuanto a las características vasculares, la vigilancia de las manifestaciones y lo que hacemos al respecto desde un punto de vista médico [01:14:00] .

**Holly McMillan:** En resumen, la lesión vascular puede ser causada por cirugía y radiación. De nuevo, buscamos ese riesgo de accidente cerebrovascular. Cualquier tipo de evento vasovagal. Síncope, mareo. Normalmente pido autorización a cardiología. Eche un vistazo al informe de la ecografía. Es clarísimo lo que está sucediendo, evitando la región carotídea, especialmente en cambios rápidos de posición.

## [01:14:24] Piel, mucosa y ORN

**Holly McMillan:** A continuación, veremos algunas imágenes explícitas. Se trata de cambios en la piel y las mucosas que vemos con frecuencia. Estos pueden ser causados por radiación, terapias sistémicas y cirugía. El riesgo es considerable, ya que observamos mucha infección, dolor y desgarro de tejido. Además, es posible que este tejido no cicatrice como antes.

**Holly McMillan:** Alivio tópico, protección de barrera, muy importante para este grupo según lo aprobado por el equipo médico. Y no es que no se pueda trabajar con estos pacientes, por supuesto que se puede, pero se trata de tratarlos en zonas libres de toxicidad. Y aunque, como saben , estas dos imágenes que acabo de poner en la pantalla pueden parecer menos molestas que estas heridas más grandes, aún pueden ser muy dolorosas y problemáticas.

**Holly McMillan:** Entonces, nuestro trabajo como proveedores de tratamiento es evitar estas áreas y monitorear, alentando a esos pacientes a regresar al equipo médico si lo necesitan. Osteonecrosis. Se le conoce como ORN. Nuevamente, sigo agregando algunos artículos en la pantalla que son excelentes referencias y recursos sobre estos temas.

**Holly McMillan:** La osteorradionecrosis (ORN) es una lesión ósea expuesta que no cicatriza. Generalmente la vemos en la mandíbula, a veces en el maxilar,

pero puede ocurrir en cualquier hueso que haya sido irradiado previamente. Puede quedar expuesta, pero no necesariamente. A veces podemos observarla clínicamente, como en esta foto. En ocasiones, la mucosa está cicatrizada sobre ella.

**Holly McMillan:** No podemos verlo mirando la boca y solo lo vemos en imágenes. Puede presentarse con dolor, hinchazón, limitación de la apertura bucal o trismo, infección y fracturas mandibulares. Lo preocupante es que a veces son completamente [01:16:00] asintomáticos. El paciente no sabe que tiene osteonecrosis, pero corre un gran riesgo de fractura.

**Holly McMillan:** El tratamiento para la osteorradionecrosis (ORN) se controla mediante un equipo médico que incluye antibióticos, enjuagues bucales, oxigenoterapia hiperbárica, pequeñas extirpaciones quirúrgicas o reconstrucciones mayores. Como se mencionó anteriormente, la causa es la radiación. Nos preocupa el dolor por fracturas en zonas que no cicatrizan. Las técnicas suaves que promueven el flujo sanguíneo son excelentes para este grupo de pacientes.

**Holly McMillan:** El hueso está muriendo, por lo que se cree que aumentar el flujo sanguíneo a un espacio previamente avascular es muy beneficioso. Sin embargo, evitamos el contacto directo sobre la zona afectada debido al riesgo de fractura.

## [01:16:43] Cuidado del trismo y la neuropatía

**Holly McMillan:** Y luego la Navidad, este es uno de mis lenguajes del amor aquí. Así que esto es una reducción en la apertura de la boca, generalmente alrededor de 35 milímetros más o menos, o simplemente reportado por el paciente.

**Holly McMillan:** Tres anchos de dedos es normal, así que mete esos dedos entre los dientes, como en la foto de arriba. [01:17:00] La Navidad es una conferencia en sí misma. Pero hay diferentes fisiopatologías y las cosas que me encantan de nuestro grupo aquí y escuchar esta conferencia. Todos estamos al tanto de la fisiopatología.

**Holly McMillan:** Tenemos que tratar la causa del problema; no se trata de la reducción de la apertura bucal, sino de la inflamación y la cicatrización. El daño nervioso es un factor importante a considerar. Si hay una obstrucción mecánica,

no podemos hacer nada al respecto como especialistas, pero podemos derivar al paciente al equipo médico para que le extirpen el tumor o, si la reconstrucción está mal colocada, lo que sea.

**Holly McMillan:** La disnea puede ser causada por tumores, radiación, cirugía o terapias sistémicas. Sin duda, hay que considerar la lesión muscular y la fractura. La mucosa es excepcionalmente frágil. Y, por supuesto, determinar la etiología. ¿Por qué tienen dificultad para abrir la boca antes de tratarlos? Ajustamos el plan de tratamiento en función de ese mecanismo de acción.

**Holly McMillan:** ¿Por qué no pueden abrir la boca? A veces necesitamos disminuir la presión más de lo que pensamos porque la inflamación y el dolor en esta cohorte [01:18:00] en realidad empeoran la apertura de la boca.

**Holly McMillan:** La neuropatía causa daños duraderos, a menudo irreversibles, en los nervios craneales. Esto se manifiesta con debilidad, alteraciones en la sensibilidad y afecta a muchos sentidos: la audición, la deglución, el habla, el olfato y la movilidad en general. Por lo tanto, la neuropatía puede ser un gran problema para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

**Holly McMillan:** Aquí pueden ver la lengua. Aquí de nuevo, no sé si pueden ver el cursor del ratón, pero se aprecia la asimetría en ambos lados de la lengua. Este paciente presenta neuropatía hipoglosa izquierda. El paciente de la foto inferior tiene debilidad en el labio derecho, y el paciente de la foto superior derecha presenta neuropatía hipoglosa bilateral.

**Holly McMillan:** Esa lengua tiene un tono muy bajo y se desvía hacia la izquierda del paciente. Por lo tanto, la neuropatía puede ser causada nuevamente por todas las opciones de tratamiento, así como por el tumor. La consideración aquí es empeorar la atrofia. Si [01:19:00] alargamos un músculo que ya tiene un tono bajo, podríamos reducir aún más la sensibilidad o empeorar la atrofia.

**Holly McMillan:** Así que estamos evitando masajear y estirar el tejido atrofiado, disminuyendo la presión y teniendo en cuenta que si se utilizan temperaturas, es posible que no las sientan.

## [01:19:18] Cronología de la toxicidad y señales de alerta

**Holly McMillan:** El momento de aparición de las toxicidades es muy importante. Tenemos la fase inmediata, que abarca las primeras 72 horas.

Generalmente, observamos edema inflamatorio protector, coagulación y formación de costras. Pasamos a la fase aguda de estos efectos secundarios entre los tres y los noventa días. Si bien aún se observa un componente inflamatorio, este puede ser más transitorio y reversible.

**Holly McMillan:** La cronicidad se define como más de 90 días, más de tres meses y hasta cinco años. Es entonces cuando comenzamos a observar los cambios vasculares. El daño irreversible en el tejido fibrótico se produce muy tarde, después de cinco años. Por lo tanto, estos pacientes pueden experimentar nuevos efectos secundarios incluso después de cinco años de tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello.

**Holly McMillan:** Estas pueden ser [01:20:00] progresivas, de aparición tardía y de larga duración. Por lo general, van acompañadas de fibrosis o neuropatía, y se presentan como un deterioro funcional.

**Holly McMillan:** No volveremos a entrar en detalles, pero esto es solo a modo de referencia y recurso. Se trata de un trabajo excelente realizado por Juan y Stubblefield en 2025. Analiza la prevalencia de la función y la limitación de los efectos tardíos en supervivientes de cáncer de cabeza y cuello. Si usted se especializa en alguna de estas regiones, esto puede ayudarle a comprender la tasa de prevalencia y su frecuencia.

**Holly McMillan:** Contraindicaciones para el trabajo específico del sitio en terapias manuales para el cáncer de cabeza y cuello, en cualquier lugar donde haya dolor incontrolado u dislocación, todo esto debería resultar familiar para todos los que estén en la llamada. Riesgo de barrera mecánica para fractura, metástasis dérmica, se puede ver en el labio aquí en esta foto que es cáncer abriéndose paso a través de la piel infección, fístula.

**Holly McMillan:** No siempre podemos ver la fístula clínicamente, así que, de nuevo, es importante obtener los informes a través de la TC [01:21:00] para ver si hay alguna fístula. Podemos estirarlas y empeorarlas. Heridas. Las heridas no siempre son una contraindicación. De nuevo, ese es otro tema. Pero cuando hay infección relacionada con la herida, sitio local, se evita el tratamiento específico atrofia muscular y cirugía reciente dictado por cuándo el cirujano nos permitirá comenzar el trabajo, enfermedad carotídea no controlada.

**Holly McMillan:** Cuando las plaquetas son inferiores a 50 000, evitamos otros procedimientos médicos. Seguimos esa pauta. Vía aérea inestable si tenemos fiebre, neumonía, neumonitis activa y enfisema subcutáneo o esa sensación de crepitación.

## [01:21:39] Toque reconfortante y cuidados paliativos

**Holly McMillan:** No voy a extenderme mucho en esto, pero es importante mencionar también el final de la vida y el contacto reconfortante.

**Holly McMillan:** Usamos esto en el cáncer de cabeza y cuello, al igual que en todos los cánceres. Y es una práctica muy similar. El objetivo es reducir el dolor, la ansiedad y el estrés percibidos. Queremos realzar la dignidad y simplemente ofrecer nuestra presencia. No sé cuántos de ustedes en la llamada han trabajado alguna vez en cuidados paliativos o de hospicio, [01:22:00] pero esto es absolutamente poderoso.

**Holly McMillan:** Trabajamos con pacientes de cabeza y cuello, y con todos los pacientes con cáncer. Usamos un tacto suave. Evitamos la presión profunda cerca de las vías respiratorias y los tejidos sensibles. Para muchos de nuestros pacientes, la zona anterior y lateral del cuello puede provocar una sensación de ahogo, incluso con solo la presión de nuestras manos. Por eso evitamos esas áreas.

**Holly McMillan:** Facial, si se tolera, con movimientos muy suaves y cortos. A los pacientes no siempre les gusta que les toquen la cara. También se puede manipular. Me encanta enseñar técnicas de agarre y sujeción a las familias para brindarles esa cercanía, especialmente al final de la vida. Este es un artículo fabuloso que se publicó en 2025, que analiza la efectividad de diferentes terapias en situaciones paliativas y al final de la vida.

**Holly McMillan:** Una reseña estupenda.

## [01:22:44] Evidencia de la investigación y resumen

**Holly McMillan:** Bien, y luego pasando a la investigación, para concluir esta charla, quiero destacar un par de trabajos que hemos publicado recientemente. Nos preguntan mucho. ¿Realmente ayuda la terapia manual, particularmente en Navidad? Por ejemplo, la reducción de la apertura bucal en [01:23:00] el cáncer de cabeza y cuello. Y publicamos este artículo en 2022 donde encontramos un gran efecto de la terapia manual.

**Holly McMillan:** En esta cohorte que estudiamos, 49 pacientes recibieron radioterapia. Casi la mitad padecían cáncer orofaríngeo de cabeza y cuello. Lo interesante de este grupo es que casi la mitad lleva cinco años o más de supervivencia. Por lo tanto, no se trata de un problema transitorio de apertura bucal nuevo ni de edema.

**Holly McMillan:** Y muchos de ellos tenían una gravedad moderada a severa. Así que, de nuevo, una apertura bucal bastante mala, en un superviviente bastante tardío o a largo plazo. Lo que encontramos fue que después de una sola sesión, tuvimos un tamaño de efecto moderado, por lo que el tratamiento nos dio unos cuatro milímetros, lo cual es bastante, bastante bueno. Estos pacientes están agradecidos por cada milímetro que cuenta.

**Holly McMillan:** Y luego, con un efecto de gran magnitud tras visitas sucesivas, que en promedio fueron de tres, obtuvimos un cambio de más de seis milímetros en la apertura de la boca. Lo que verán abajo es un gráfico de cascada. La línea azul oscuro indica el aumento en milímetros [01:24:00] tras una sola sesión. Y la línea azul verdosa, la línea azul claro, indica, tras varias sesiones, el aumento en la apertura oral.

**Holly McMillan:** Lo que verán en el extremo derecho son tres casos que empeoraron. Más tarde descubrimos que los tres pacientes presentaban recurrencia de la enfermedad. Lamentablemente, la boca abierta es, a veces, el primer indicador de que debemos volver a realizar pruebas para detectar la recurrencia. Este es también el ensayo Mantle.

**Holly McMillan:** Se trata de terapia manual para la disfagia tardía relacionada con la fibrosis, es decir, dificultad para tragar en supervivientes de cáncer de cabeza y cuello. En esta cohorte, buscamos pacientes que hubieran transcurrido al menos dos años desde su tratamiento con fibrosis relacionada con la radiación y que presentaran al menos una dificultad para tragar de grado dos o moderada.

**Holly McMillan:** Ofrecimos a estos pacientes 10 sesiones de terapia manual distribuidas a lo largo de seis semanas. Disminuimos gradualmente la dosis con el paso del tiempo, y luego los pacientes tuvieron un período de descanso. Tuvieron seis semanas de práctica en casa y nosotros, [01:25:00] los evaluamos en tres momentos diferentes. Esto, no voy a repasar todo esto con ustedes de nuevo.

**Holly McMillan:** Esto es solo para que lo tengan en cuenta, pero sí publicamos el protocolo que utilizamos. Describimos los objetivos funcionales. Pasamos de la extensión a la rotación, la flexión lateral, los músculos específicos de la

deglución y la región de interés. Y luego desglosamos las técnicas que utilizamos.

**Holly McMillan:** Si les interesa la publicación de los resultados finales, está disponible. Tuvimos 24 participantes en este estudio. Todos los pacientes recibieron radioterapia. Aproximadamente dos tercios de ellos presentaban tumores orofaríngeos. En este grupo, el tiempo medio posterior al tratamiento fue de casi nueve años después de la radioterapia.

**Holly McMillan:** Estos son los tipos de pacientes con efectos tardíos que están llegando. En el 80% de ellos, buscábamos al menos una disminución moderada en la deglución, pero casi el 80% tenía disfagia grave o dificultad para tragar. Casi el 90% tenía sospecha de neuropatía craneal inferior [01:26:00], es decir, múltiples o solo uno de los nervios craneales que mostraban neuropatía.

**Holly McMillan:** Y un tercio de ellos tenía antecedentes de osteonecrosis mandibular. Así que, a veces, estos pacientes parecen ser aquellos de los que nos mantenemos alejados o con los que nos sentimos nerviosos, pero este era el grupo al que nos dirigíamos. Queríamos comprender la seguridad y la viabilidad. Ese era nuestro objetivo principal para este trabajo.

**Holly McMillan:** Y lo que encontramos es que la terapia manual fue segura y factible en esta cohorte. La factibilidad de los pacientes se midió por la finalización del programa. Tuvimos una tasa de finalización del 92%. Los pacientes vienen a los masajes. Les gusta. Y luego la seguridad. Tuvimos un paciente, y quiero ser completamente transparente. Tuvimos a este paciente, o el, el evento de seguridad evaluado por la Junta de Revisión de Monitoreo de Seguridad, es decir, una junta de revisión independiente.

**Holly McMillan:** Consideraron que era improbable que el evento estuviera relacionado con la terapia manual, pero tuvimos un participante con un evento adverso grave de grado tres en el que tuvo cierta [01:27:00] dificultad para respirar y lo enviamos a la sala de emergencias antes incluso de comenzar la terapia manual, esa sesión. Así que lo escuchamos en el vestíbulo y lo enviamos para que recibiera atención adicional.

**Holly McMillan:** Así que, de nuevo, se lograron ambos objetivos. En los resultados finales, observamos una mejora significativa en el rango de movimiento del cuello, la mandíbula y la lengua, lo cual fue muy alentador. Un cambio bastante notable en los síntomas y la calidad de vida, según las herramientas de medición que se enumeran a continuación, en comparación con lo que no mejoró después de la terapia manual.

**Holly McMillan:** Y lo interesante es que no empeoró ni mejoró, simplemente se mantuvo igual. Pero, repito, esto fue solo seis semanas de terapia manual, pero los parámetros de deglución no cambiaron. Así que la evaluación de la deglución, que anecdóticamente tiene sentido, se debe a que nos enfocamos menos en los músculos de la deglución porque primero trabajamos la extensión y el rango de movimiento.

**Holly McMillan:** Y también me gusta señalar algunos de sus puntajes de dieta aquí. En nuestro mundo, estamos muy [01:28:00] preocupados por los resultados funcionales, por lograr que estos pacientes vuelvan a los dominios funcionales. Pero una de las cosas que también me gusta destacar, y particularmente para un grupo como este, sí, tuvimos una mejoría física.

**Holly McMillan:** Los pacientes están mejorando. Esto es fantástico, pero también se observó un aumento en sus puntuaciones emocionales. Lo interesante es que estas puntuaciones aumentaron durante la fase de terapia manual y contacto directo, y luego se perdió esa mejora durante las seis semanas de descanso, cuando se suspendió el contacto directo. Así que, como terapeuta manual, me conmovió profundamente ver que se produce un cambio en la puntuación emocional cuando conectamos con estos pacientes mediante la terapia manual.

**Holly McMillan:** En resumen, la terapia manual es una herramienta útil para pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Existen riesgos. Este campo es, es, riesgoso. Puede ser desafiante, pero con modificaciones, podemos reducirlos por completo. El equipo médico, cuando se trata de autorización, [01:29:00] cuando tenga dudas pregunte a estos proveedores, son más accesibles de lo que uno podría pensar, quieren lo mejor para sus pacientes.

**Holly McMillan:** Como esteticistas de terapia manual, merecemos tener voz y voto, ya que podemos mejorar la vida de estos pacientes, tanto en términos de calidad de vida como de funcionalidad. Al hacer preguntas, se genera una mayor confianza y, sin duda, escucharán sus inquietudes. Por lo tanto, contacten con los equipos médicos para obtener la autorización correspondiente.

**Holly McMillan:** El conocimiento es fundamental. Por eso, es importante buscar esos planes de radiación, comprender que esta área fue irradiada con mayor intensidad. Quizás desviemos el líquido, o quizás tratamos la fibrosis en esta región. Los resultados de las imágenes, conocer al paciente a la perfección. Y luego las notas operatorias. Son herramientas muy útiles a las que deberíamos tener acceso para poder planificar mejor el tratamiento de nuestros pacientes cuando nos consultan.

**Holly McMillan:** Gracias por su tiempo y atención hoy. Tengo muchas ganas de participar en el panel y quería compartirles algo. Preparé algunas guías rápidas, así que resumí todo lo que dije. Esto les servirá de referencia al revisar las morbilidades. También preparé una guía sobre la seguridad de los masajes y la estética para el cáncer de cabeza y cuello.

**Holly McMillan:** Entonces, ¿cuándo hay que aplazar el tratamiento, proceder con precaución y utilizar las modificaciones desglosadas por tiempo después del tratamiento? Pensé que esto podría ser útil como recurso. Gracias de nuevo.

## **[01:30:31] Cáncer de cabeza y cuello: impacto de los tratamientos en el sistema linfático con Nicola McGill**

### **[01:30:31] Bienvenida y objetivos**

**Nicola:** Hola, buenas tardes a todos y bienvenidos a mi breve introducción sobre cómo el sistema linfático se ve afectado por el cáncer de cabeza y cuello y sus tratamientos. Mi nombre es Nicola McGill. Algunos de ustedes quizás me conozcan de las clases que hayan tomado conmigo sobre el sistema linfático, pero hoy estoy aquí para informarles.

**Nicola:** Educar a la gente sobre el impacto que el cáncer de cabeza y cuello puede tener en el sistema linfático en [01:31:00] general, desde los tratamientos para el cáncer de cabeza y cuello, así como el cáncer en sí. Y espero poder apoyarlos de alguna manera para que, como masajistas, si no han recibido ninguna formación como terapeutas de drenaje linfático manual, puedan apoyar a esta población con cáncer.

**Nicola:** Pero si has recibido formación en drenaje linfático manual en diversas escuelas de Estados Unidos o a nivel internacional, ¿cómo puedes utilizar y optimizar tus habilidades para ayudar a esta población de pacientes? Me gustaría agradecer a la Sociedad de Masaje Oncológico por invitarme, y sé que hay otras presentaciones relacionadas con el sistema linfático y el cáncer de cabeza y cuello. Espero que, entre todos, podamos colaborar y brindarte la mayor cantidad de información posible para apoyarte en el tratamiento de estos pacientes.

**Nicola:** Voy a comenzar la presentación. Sé que al final habrá preguntas y respuestas y [01:32:00] estaré encantada de responderlas al final de la presentación.

## [01:32:03] Conceptos básicos del sistema linfático

**Nicola:** Bueno, voy a empezar hablando un poco sobre el sistema linfático. Qué es el sistema linfático, repasaremos su anatomía y fisiología, como ya mencioné. Algunos de ustedes probablemente ya conocen parte de esta información, pero quiero reiterarla, ponerlos al día y recordarles cuál es la función del sistema linfático.

**Nicola:** El sistema linfático es un sistema vital en el cuerpo humano. Recibe mucha atención, por así decirlo. Pero está estrechamente conectado con nuestro sistema cardiovascular y es muy importante para el mantenimiento y la homeostasis del líquido tisular, que es el líquido que aparece en nuestros tejidos.

**Nicola:** Y este líquido llega a nuestros espacios tisulares como resultado de la función del sistema cardiovascular. Así que tres funciones clave para el sistema linfático, pero lo que es [01:33:00] más importante para nosotros y nuestra función es obviamente el equilibrio de líquidos y el mantenimiento de líquidos en los tejidos. Breve descripción general del sistema linfático, tenemos numerosos órganos linfáticos y estos órganos linfáticos son realmente esenciales para la función inmunológica y la respuesta inmunológica.

**Nicola:** Y luego tenemos esta red, este plexo de vasos que transportan líquido linfático que aparece en nuestros espacios tisulares o nuestro espacio intersticial, o dependiendo de la literatura que puedas encontrar. También se conoce como matriz extracelular, espacio extracelular. Entonces, estos vasos, que a menudo se ilustran como vasos verdes en los libros de texto,

**Nicola:** Estos vasos recogen el líquido linfático y lo llevan a grupos de ganglios linfáticos. Luego, estos ganglios linfáticos filtran el líquido y finalmente lo devuelven a nuestras venas principales en la zona del cuello. Y ese líquido regresa a nuestro sistema cardiovascular [01:34:00]. Estos son solo algunos diagramas sencillos que muestran los vasos linfáticos.

**Nicola:** En relación con nuestro sistema venoso, tenemos dos importantes nudos de venas en la zona del cuello. Esto es fundamental para comprenderlo cuando hablamos de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. También contamos con

pequeñas estructuras que recogen y absorben el líquido linfático para devolverlo a los principales vasos linfáticos.

**Nicola:** Esta ilustración es muy breve y bastante antigua, pero me gusta porque muestra de perfil la ubicación de algunos de nuestros principales ganglios linfáticos en la región de la cabeza y el cuello, situados junto al músculo esternocleidomastoideo, el músculo trapecio, así como algunos de estos ganglios linfáticos más pequeños que se encuentran en la cara, en el drenaje facial.

**Nicola:** Nuevamente, es importante observar estos aspectos, que analizaremos con mayor detalle. Al comenzar a hablar sobre el paciente con cáncer de cabeza y cuello [01:35:00], un poco más sobre las funciones del sistema linfático, como mencioné anteriormente, pero muy brevemente, previene la formación de edema y devuelve ese líquido intersticial desde el intersticio y lo devuelve al sistema cardiovascular.

**Nicola:** Desempeña una función clave en la absorción de grasas y vitaminas liposolubles en los vasos linfáticos intestinales. Por lo tanto, juega un papel fundamental en la digestión y, lo que es realmente importante, puede proporcionar vigilancia inmunológica. Reconoce las células cancerosas, los virus, las células extrañas, todas estas cosas.

**Nicola:** Y creo que también es importante reconocer que, en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, cualquier alteración en su sistema linfático provocará la formación de edema o linfedema, ya que el sistema linfático no puede devolver el líquido. Pero, al mismo tiempo, esto afectará al sistema inmunitario en cierta medida.

**Nicola:** Eso también puede [01:36:00] aumentar el riesgo de un sistema inmunitario comprometido, además de provocar, ya sabes, complicaciones por infecciones, etcétera, por el daño al sistema linfático.

## [01:36:10] Líquido linfático y flujo

**Nicola:** El líquido linfático, bueno, ¿qué es? Básicamente es un fluido compuesto por proteínas, agua, grasas y células. Estos son los componentes que terminan en el espacio intersticial.

**Nicola:** Y como resultado de la circulación sanguínea por el cuerpo, los nutrientes y el agua salen de los capilares sanguíneos para nutrir los tejidos y las

células, que luego llegan al espacio intersticial. Las células pueden absorber ese líquido y los nutrientes según los necesiten, eliminando lo que no requieran.

**Nicola:** Permanece en el espacio intersticial, y es el sistema linfático el responsable de absorber esos desechos y devolverlos a nuestro sistema cardiovascular a través de estos vasos linfáticos. Por lo tanto, el líquido linfático es realmente muy, muy importante. Es vital sacar ese líquido y esas proteínas de los espacios tisulares [01:37:00] y devolver ese líquido a tu sistema cardiovascular, básicamente reciclándolo.

**Nicola:** Y hablaremos del papel de los ganglios linfáticos en la filtración de ese líquido para asegurar que las proteínas y el agua que regresan a nuestro sistema cardiovascular estén limpias y filtradas. Como ya mencioné, el líquido linfático se produce en pequeños capilares linfáticos como resultado de esa filtración de agua.

**Nicola:** Y luego, una vez que ese capilar linfático se llena, se transporta a un vaso linfático más grande llamado colector. En el colector es donde comienza a tomar dirección el líquido linfático. Luego, hacia los ganglios linfáticos, estos filtran el líquido y, finalmente, este se concentra porque un ganglio linfático absorbe parte del agua.

**Nicola:** Concentrará ese líquido. Así que hay un mayor contenido de proteínas que luego irá a vasos linfáticos más grandes conocidos como troncos linfáticos, y eventualmente eso conducirá de regreso, como mencioné en ese diagrama antes, de regreso a lo que llamamos [01:38:00] troncos linfáticos más grandes y a nuestro conducto linfático o nuestro conducto torácico para regresar a nuestro sistema cardiovascular.

**Nicola:** Este líquido es vital, y cuando hay una alteración en el sistema linfático, como una alteración mecánica, es decir, cuando los vasos linfáticos no pueden funcionar correctamente debido al daño, como suele ocurrir con nuestros pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se produce estasis linfática en los espacios tisulares, lo que puede provocar fibrosis y, en consecuencia, más complicaciones, mayor riesgo de infecciones, así como la formación de tejido fibrótico, tejido cicatricial en las interrupciones, etcétera, etcétera, que es lo que suelen experimentar nuestros pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

**Nicola:** Les muestro este pequeño video cortesía de Close Training, pero pueden ver cómo se produce el movimiento de la linfa a través de estos pequeños linfangiones. El linfangión es la unidad funcional de uno de nuestros colectores linfáticos que se llena [01:39:00] y básicamente se contrae hacia el

siguiente linfangión, y luego hacia el siguiente linfangión para impulsar ese líquido desde los espacios tisulares hacia nuestros ganglios linfáticos.

## [01:39:11] Ganglios linfáticos e inmunidad

**Nicola:** Los ganglios linfáticos son estructuras linfáticas muy importantes. Desempeñan un papel fundamental en la función inmunitaria y en la regulación del líquido cefalorraquídeo. Actúan como filtros para el líquido linfático, regulando su concentración al absorber agua. De esta forma, cuando el líquido llega al sistema cardiovascular, contiene menos agua.

**Nicola:** Y como pueden ver en esta ilustración, tenemos una gran cantidad de vasos linfáticos que llevan el líquido desde los espacios tisulares hasta el ganglio linfático. Este ganglio linfático, con su gran superficie, filtra el líquido, reduciendo así la cantidad de vasos que salen. Por lo tanto, hay una mayor concentración de líquido dentro del ganglio linfático.

**Nicola:** Estamos viendo mucha más investigación, y yo misma he notado mucha más, sobre el papel del ganglio linfático. Es realmente vital para la respuesta inmunitaria porque dentro de este ganglio linfático se almacenan y producen linfocitos. Tenemos macrófagos, células dendríticas que transportan antígenos a los espacios tisulares del ganglio linfático para prepararlos para la producción de anticuerpos.

**Nicola:** Entonces, hay un papel muy importante que este ganglio linfático tiene en el monitoreo de su entorno y el espacio tisular y también su función inmunológica cuando se extirpan los ganglios linfáticos. Como muchos de ustedes saben, en la disección de ganglios linfáticos de pacientes con cáncer se realizan biopsias de ganglios linfáticos y esto interrumpe la filtración de nuestro líquido linfático.

**Nicola:** Cuando se extirpan o incluso reciben radiación para el tratamiento del cáncer, [01:41:00] estos ganglios linfáticos dejan de funcionar. Por lo tanto, no solo perdemos la capacidad de filtrar el líquido, sino que también perdemos una respuesta inmune localizada, razón por la cual las personas a menudo desarrollan un alto riesgo de desarrollar infecciones cutáneas.

**Nicola:** Y hablaremos de eso con un poco más de detalle. Tenemos aproximadamente entre 600 y 700 ganglios linfáticos en el cuerpo, pero al menos 300 se encuentran en la región de la cabeza y el cuello. Así que, estoy segura de que lo entenderás cuando tienes un paciente con cáncer de cabeza y

cuello. Debido a la densidad de ganglios linfáticos en esa zona, muchos se ven afectados y, a menudo, se extirpan o se irradian.

**Nicola:** Eso sí que reduce el drenaje de líquidos y, además, compromete la respuesta inmunitaria en la zona.

## **[01:41:48] Vías de drenaje del cuello**

**Nicola:** El drenaje linfático profundo es cuando, cuando hablamos de ello, una vez que ese líquido ha sido recogido de los capilares linfáticos en los espacios tisulares, va a los colectores linfáticos más grandes y [01:42:00] luego a los ganglios linfáticos, eventualmente ese líquido tiene que volver a entrar.

**Nicola:** Nuestro sistema cardiovascular, y eso ocurre entrando por el lado derecho o izquierdo del cuello. En el lado derecho del cuello, tenemos la vena yugular interna derecha, la vena subclavia derecha, y aquí es donde drena nuestro conducto linfático derecho. Y aquí puede ver que una cuarta parte del cuerpo es drenada por el conducto linfático derecho, y las tres cuartas partes restantes por el conducto torácico.

**Nicola:** Pero aquí puedes ver que el lado derecho de la región de la cabeza y el cuello drena en el conducto linfático derecho y entra en esta unión de las dos venas, por lo que el drenaje de la cabeza y el cuello derecho se ve comprometido. Incluso, ya sabes, en el área de estas dos venas se pueden encontrar ganglios linfáticos cervicales y si se extirpan o se dañan en un paciente con cáncer de cabeza y cuello, eso infectará el drenaje del lado derecho en particular.

**Nicola:** Y lo mismo se aplica [01:43:00] al lado izquierdo de la cabeza y el cuello, donde tenemos el conducto torácico, así como la vena yugular interna izquierda y la vena subclavia izquierda en esa unión. Esta es otra ubicación donde podemos encontrar muchos ganglios linfáticos. Entonces, en un paciente con cáncer de cabeza y cuello, si alguno de estos ganglios linfáticos necesita ser extirpado mediante cirugía o radiación debido a la presencia de células cancerosas, entonces todo el drenaje principal también puede verse afectado, no solo el drenaje localizado donde se encuentra el cáncer o el tumor.

## **[01:43:34] Cuencas hidrográficas e hinchazón de cabeza y cuello**

**Nicola:** Quiero hablar brevemente sobre nuestras zonas de influencia porque este es otro aspecto importante a considerar cuando hablamos de un paciente con cáncer de cabeza y cuello y por qué a veces, bueno, más a menudo, como veremos, el linfedema se produce en esta zona de la cabeza y el cuello, y no se extiende a otras partes del cuerpo.

**Nicola:** Aquellos de ustedes que han estudiado el sistema linfático y entienden el drenaje linfático manual [01:44:00] , reconocerán estas divisiones, pero básicamente esta división de aquí conocida como la división clavicular, y luego, posteriormente, tenemos la división de la espina de la escápula. Estas dos divisiones impiden que cualquier líquido en la región de la cabeza y el cuello se desplace y baje a otras partes del cuerpo.

**Nicola:** Entonces, cuando se produce un daño en el sistema linfático de esta región, el líquido se acumula en los tejidos, como sabes, al igual que ocurre con los ganglios linfáticos afectados en la región ilíaca o inguinal; este líquido no tiene adónde ir. Por eso se acumula en la zona y se desarrolla linfedema de cabeza y cuello.

**Nicola:** La mayoría de nosotros pensamos en el linfedema como algo visible, que podemos ver y palpar. Pero en un paciente con cáncer de cabeza y cuello, gran parte de este linfedema es interno. Y de nuevo, hablaremos de eso en unas diapositivas más adelante. Pero es, solo quiero que todos reconozcan que [01:45:00] tenemos estas zonas de separación que impiden que el líquido se mueva a otras partes del cuerpo, por eso vemos esa acumulación de líquido por encima de esas dos zonas de separación en la región de la cabeza y el cuello.

## [01:45:11] Anatomía de los ganglios linfáticos de la cabeza y el cuello

**Nicola:** Les voy a mostrar un poco más, con un poco más de detalle, los vasos linfáticos de la cabeza y el cuello. Estos, como ya dije, suelen verse afectados como resultado de los tratamientos contra el cáncer de cabeza y cuello. Tenemos vasos linfáticos que se dividen en superficiales o profundos; los vasos linfáticos superficiales, y pueden ver todos estos colores diferentes que se han añadido aquí.

**Nicola:** Tenemos la parte posterior de la cabeza. Estos son vasos linfáticos que drenan en los ganglios linfáticos occipitales, en la región del occipucio. Y tenemos más de la parte lateral de la frente que va a estos ganglios linfáticos

que están detrás de la oreja. Tenemos algunos más en el área del lóbulo frontal que van a la región preauricular.

**Nicola:** Los ganglios linfáticos están en la parte frontal de la oreja, y tenemos estos que drenan [01:46:00] desde los ojos y las mejillas hacia las regiones submentoniana y submandibular. Esto es lo que llamamos drenaje superficial. Ahora bien, todos estos drenan finalmente en algunos ganglios linfáticos más profundos, que se pueden ver en esta ilustración.

**Nicola:** Y como pueden ver, se trata de una cadena de ganglios linfáticos. Todos están conectados. Tenemos un ganglio linfático, luego un vaso linfático, otro ganglio linfático, luego otro vaso linfático. Por lo tanto, existe un drenaje constante no solo hacia un ganglio linfático, sino hacia numerosos ganglios linfáticos. Así, los vasos linfáticos profundos se encuentran en los ganglios linfáticos cervicales profundos, y estos drenan directamente en el conducto torácico y el conducto linfático derecho.

**Nicola:** Obviamente, esta ilustración solo muestra el lado derecho, pero obviamente también será el lado izquierdo. Pero puedes ver cómo estos vasos que vienen de estos vasos linfáticos más profundos, no. Todos van a drenar en este ángulo que llamamos ángulo de la fosa supraclavicular, donde se encuentran el conducto linfático torácico y el derecho [01:47:00] .

**Nicola:** Si observamos con más detalle los ganglios linfáticos de la región cervical, vemos grupos de ganglios linfáticos preauriculares delante de la oreja, retroauriculares o retroauriculares detrás de la oreja, ganglios linfáticos occipitales y a lo largo de estos músculos principales. Esto es algo que definitivamente debe tenerse en cuenta con nuestros pacientes con cáncer de cabeza y cuello, porque si hay células cancerosas o el tumor está ubicado cerca de estas áreas y tienen que extirparlo, radioterápico o reconstruirlo, incluso quirúrgicamente, entonces el músculo se ve muy afectado, lo que obviamente puede provocar problemas de amplitud de movimiento, problemas de soporte, problemas estéticos, etcétera.

**Nicola:** Así que esto es de nuevo, algo con lo que posiblemente podamos ayudar con nuestro paciente de cáncer de cabeza y cuello. Tenemos nuestro ganglio linfático supraclavicular aquí, tenemos nuestros ganglios linfáticos submentonianos [01:48:00] y submandibulares. Así que de nuevo, como. Si miran las imágenes que las ilustraciones de la diapositiva anterior, pueden ver dónde todos los vasos linfáticos se dirigen a estos grupos de ganglios linfáticos.

**Nicola:** Como ya mencioné, hay 300 ganglios linfáticos en la región de la cabeza y el cuello. Los ganglios linfáticos superficiales se extienden desde debajo del mentón hasta la parte posterior de la cabeza. Reciben la linfa del cuero cabelludo, la cara y el cuello, que finalmente drena hacia los ganglios linfáticos más profundos. La gravedad favorece un drenaje adecuado en esta zona, lo cual es muy beneficioso.

**Nicola:** Entonces, obviamente, cuando tenemos a alguien con el sistema linfático alterado por un tratamiento contra el cáncer de cabeza y cuello. Ya sabes, la gravedad será útil hasta cierto punto, pero a veces tenemos que ajustar nuestra posición porque queremos intentar evitar la acumulación de líquido en una zona afectada.

**Nicola:** Los ganglios linfáticos profundos se disponen verticalmente en una larga cadena a lo largo de la vena yugular interna, como vimos en la diapositiva anterior. Reciben linfa de la cabeza y el cuello [01:49:00] directamente o a través de los ganglios linfáticos superficiales. Espero que esta breve introducción les haya dado una idea de la estructura del sistema linfático, en particular de la región de la cabeza y el cuello.

**Nicola:** Y espero que ya comprendas que, con la gran cantidad de estructuras linfáticas, los ganglios linfáticos y los vasos linfáticos en la región de la cabeza y el cuello, cuando se diagnostica cáncer de cabeza y cuello, el tratamiento será bastante drástico, y eso realmente afectará enormemente la función linfática.

## [01:49:36] Descripción general del cáncer y factores de riesgo

**Nicola:** Y creo que cuando observamos estas cifras sobre la prevalencia de cánceres de cabeza y cuello, particularmente aquí en los EE. UU., vemos que son números elevados. Y, como saben, el 95 % de estos cánceres diagnosticados son carcinomas de células escamosas, que afectan las mucosas. Y, obviamente, tenemos muchos casos de este tipo en la zona de la cabeza y el cuello.  
[01:50:00]

**Nicola:** El virus del VPH está provocando un aumento constante de los cánceres de cabeza y cuello relacionados con él. Las cifras van en aumento y, como saben, los pacientes que vemos aquí tienden a ser más jóvenes. Responden mejor a los tratamientos, pero obviamente, el impacto en cualquier persona que haya padecido cáncer de cabeza y cuello será enorme.

**Nicola:** Pero para las personas más jóvenes, hay muchas más complicaciones que pueden surgir de eso, están buscando pacientes que tienden a ser más jóvenes y más receptivos a los tratamientos, pero los pacientes más jóvenes tienden a tener, su entorno laboral, sus entornos domésticos y la forma en que interactúan con sus compañeros y dentro de su espacio de trabajo. Y en general, estas personas probablemente necesitan ser tratadas de manera más agresiva simplemente porque van a necesitar más capacidad para, para un mejor funcionamiento. Entonces, factores de riesgo para cánceres de cabeza y cuello. La mayoría de las personas asocian el cáncer de cabeza y cuello con el [01:51:00] uso de productos de tabaco y alcohol. Pero también hay muchos otros factores de riesgo, relacionados con, ya sabes, diferentes productos químicos y otros como virus.

**Nicola:** Los virus se han relacionado con muchos tipos diferentes de cáncer. Sabemos que el virus del papiloma humano ha sido una de las causas del aumento de los cánceres de cabeza y cuello. Pero el virus de Epstein-Barr también está relacionado con la cirrosis hepática, una afección en la que se produce una especie de membrana en la región esofágica y que también está relacionada con la anemia.

**Nicola:** No estoy completamente al tanto de toda la afección y sus factores de riesgo. Pero sé que las personas con antecedentes de visión borrosa tienen un mayor riesgo de ser diagnosticadas con cáncer de cabeza y cuello.

## [01:51:50] Opciones de tratamiento y reconstrucción

**Nicola:** Los tratamientos para el cáncer de cabeza y cuello abarcan desde la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia; obviamente, dependen de la patología del cáncer en sí.

**Nicola:** [01:52:00] Su ubicación, es un escenario más complicado que debe ser abordado con, ya sabes, numerosos tipos de tratamientos. Y el objetivo, obviamente, es obtener una respuesta patológica completa. He visto a varios pacientes a lo largo de los años que se han sometido a cirugía reconstructiva, por lo que impacta no solo el área para esa reconstrucción, sino también el área donde se ha realizado el trasplante de tejido.

**Nicola:** Hace algunos años tuve un paciente con cáncer de lengua al que le tuvieron que extirpar la lengua, pero le reconstruyeron una nueva utilizando tejido de la parte interna del antebrazo y del muslo. Así que tiene otros

problemas que tratar, no solo los de la zona reconstruida. Por eso estamos considerando las cirugías, la quimioterapia y las inmunoterapias.

**Nicola:** De nuevo, eso puede ser, ya sabes, a corto plazo. [01:53:00] La quimioterapia puede ser a corto plazo o pueden estar en inmunoterapia a largo plazo. Y todos estos, estos agentes en particular, también pueden afectar la curación y recuperación del paciente con cáncer de cabeza y cuello. Y luego, obviamente, la radiación, que vamos a analizar con más detalle, la radiación afecta el sistema linfático un poco más que la quimioterapia y la inmunoterapia.

**Nicola:** Y obviamente la cirugía lo afectará directamente, pero la radiación, es el daño al tejido circundante. Y sabes, eso realmente se ha estudiado más en relación con el daño al sistema linfático, como veremos en las próximas diapositivas. Así que cirugía para cánceres de cabeza y cuello. Y como puedes ver en esta foto, tenemos algo de reconstrucción aquí, pero hemos perdido mucho tejido.

**Nicola:** El músculo está dañado. Tenemos cambios en la postura, esto puede suceder. Hay muchas cosas [01:54:00] que la cirugía en sí misma puede crear. Puede ser una disección radical, modificada o selectiva del cuello. También puede implicar la extirpación de ganglios linfáticos. La cirugía reconstructiva, a veces se realiza un colgajo libre.

**Nicola:** Tenemos tejido vascularizado transferido desde un sitio donante distante, como mencioné, el antebrazo y el muslo. Mi paciente que se sometió a una reconstrucción de lengua. Y luego está el colgajo pediculado donde el pectoral es mayor. El músculo se introduce en la zona del cuello con vasos sanguíneos, por lo que no se necesita microcirugía, pero sí remodela la anatomía del cuello.

**Nicola:** Remodelará la anatomía de todas las estructuras, de modo que las terminaciones nerviosas, los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos y los ganglios linfáticos, obviamente. Así que hay mucho, hay un gran impacto como resultado de las cirugías. Y esta es, de nuevo, un área en la que podemos brindar apoyo junto con [01:55:00] otros miembros del equipo del paciente.

**Nicola:** Pero se trata de un enfoque multidisciplinario para apoyar a estos pacientes con cáncer durante las cirugías, y la recuperación es bastante larga. Hablando brevemente sobre los diferentes tipos de cirugías de cuello que se realizaron y cómo hemos progresado desde la disección radical de cuello en 1906 para tratar la enfermedad metastásica, cinco niveles de ganglios linfáticos.

**Nicola:** Y de nuevo, no tenemos solo un nivel, sino que estos ganglios linfáticos, estos ganglios linfáticos profundos, se encuentran en una ubicación muy profunda. Así que, allá por principios del siglo XX, extirpaban todos los ganglios linfáticos como vemos ahora, donde son más selectivos al extirpar ganglios linfáticos en pacientes con cáncer de mama.

**Nicola:** Entonces, en lugar de hacer una disección total de ganglios linfáticos y extirpar unos 20 ganglios linfáticos, ahora están pasando más a la biopsia del ganglio centinela donde solo toman los ganglios linfáticos más vitales que deben ser [01:56:00] extirpados para prevenir la metástasis. Pero puede ver que esto afectaría el nervio espinal accesorio, sus venas yugulares internas y externas.

**Nicola:** El músculo esternocleidomastoideo (ECM) fue extirpado, por lo que en 1960 se tomó una medida muy drástica para minimizar esta disfunción. Se introdujo la disección radical modificada del cuello, que preservaba las estructuras no linfáticas. Ahora estamos avanzando hacia la disección selectiva del cuello, que va aún más allá al preservar uno o más grupos de ganglios linfáticos.

## [01:56:34] Radiación y terapias sistémicas

**Nicola:** Radiación, numerosos tipos de radiación. Hace poco estuve en una especie de congreso aquí en Denver, donde hablé principalmente de pacientes con cáncer de mama, pero también aprendí sobre la radioterapia adaptativa. Es una técnica novedosa que utiliza un sistema de retroalimentación por imágenes para adaptarse a los cambios anatómicos y así modificar el tratamiento en consecuencia.

**Nicola:** Los detalles de eso, pueden [01:57:00] verlos en la parte inferior de la pantalla, hay algunas notas en ese artículo de investigación, pero estaban hablando de usar realmente notando que cuando las personas recibían la radiación, la anatomía cambiaría la ubicación de todas las diferentes estructuras cambiarían. Entonces necesitan intentar cambiar el objetivo de la radioterapia.

**Nicola:** Así que, minimizar el daño tisular localizado. Pero seguimos viendo, obviamente, la terapia de protones, la radioterapia corporal estereotáctica, que utiliza imágenes guiadas por imágenes. La radioterapia de intensidad modulada, algo que se usa más en pacientes con cáncer de cabeza y cuello porque es más precisa y puede ayudar a reducir el daño a los tejidos sanos.

**Nicola:** Y a veces tenemos la braquiterapia, que consiste en la sustitución de material radiactivo en forma de semillas y gránulos que dañan el ADN de las células cancerosas localizadas. Pero creo que lo que estamos viendo más es la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) . Y creo que esta radioterapia adaptativa sin duda se extenderá al tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, según la conferencia a la que asistí hace unas semanas.

**Nicola:** Quimioterapia e inmunoterapia. Ahora bien, como saben, por eso estamos aquí con S four Om, la quimioterapia y la inmunoterapia no son solo un efecto secundario localizado. Son efectos secundarios sistémicos. Por lo tanto, pueden ocurrir muchas cosas diferentes. Se sabe muy poco sobre el impacto de la quimioterapia y la inmunoterapia en los vasos linfáticos.

**Nicola:** Pero lo que sí sabemos es que tiene la posibilidad de alterar la contracción de los linfangiones. Recuerda esos pequeños vasos linfáticos que se llenan de líquido y se contraen. Sabemos que, debido a una posible inflamación localizada en estos vasos, podría afectar la contractilidad de los linfangiones.

**Nicola:** Pero, de nuevo, estos [01:59:00] son solo algunos de los muchos medicamentos de quimioterapia e inmunoterapia que tomarán nuestros pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Y, de nuevo, algunos de ellos son de larga duración, lo que puede, como saben, dificultar la curación. Y creo que eso es otro aspecto importante a tener en cuenta con nuestros pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

**Nicola:** Un paciente con cáncer, especialmente si ha tenido una reconstrucción o ha recibido radiación, puede tardar más en sanar como resultado de la quimioterapia. Eso es lo que hace la quimioterapia: afecta el proceso de curación, como todos sabemos.

## [01:59:35] Desafíos del paciente y equipo de rehabilitación

**Nicola:** Entonces, ¿cuáles son los retos a los que nos enfrentamos con nuestros pacientes de cáncer de cabeza y cuello?

**Nicola:** He resaltado aquí el linfedema y el dolor porque creo que estas son las principales áreas sobre las que nosotros, como masajistas oncológicos, podemos influir y ayudar a aliviar el dolor. En cuanto a la reducción del rango de movimiento, obviamente se requerirá algún tipo de rehabilitación con un fisioterapeuta .

**Nicola:** Tenemos los factores psicosociales, por lo que la comunicación verbal tiene un gran impacto en estos tratamientos y en el cáncer en sí. He tenido muchas personas a las que he derivado a logopedas, además de trabajar con su terapeuta de linfedema para que puedan, ya sabes, la deglución, todo el tema, la disfagia, la dificultad para tragar.

**Nicola:** Nunca puedo pronunciar esto, pero voy a intentar stoia. La sequedad bucal es una condición muy común, al igual que o od odine, noia, nunca puedo decir esta palabra. También, la deglución dolorosa, trismo, dificultad para abrir la boca. Así que puedes ver aquí que todo esto realmente necesitan más que solo, ya sabes, como nosotros como terapeutas de linfedema, realmente necesitan la rehabilitación de, ya sabes, un fisioterapeuta y, ya sabes, recuperar su rango de movimiento.

**Nicola:** Tenemos pérdida de músculo, atrofia muscular debido a la mucositis por falta de movimiento. Entonces la inflamación de la membrana mucosa [02:01:00] va a afectar su nutrición, ya sabes, su capacidad para obtener una nutrición óptima y eso puede luego llevar a más complicaciones. Tienen daño nervioso. Nuevamente, puedes ver la ubicación del nervio accesorio aquí, cerca del trapecio y el esternocleidomastoideo.

**Nicola:** Aquí es donde se encuentran muchos de esos ganglios linfáticos. Si los extirpan, realizan una disección de ganglios linfáticos, luego cirugía y después radioterapia, este nervio accesorio suele verse afectado. Repito, este nervio accesorio proporciona inervación motora al músculo esternocleidomastoideo (ECM) y a los músculos trapecios.

**Nicola:** Y como se indicó aquí, el impacto en eso y en el trapecio superior, medio e inferior produce debilidad, parálisis, dolor y alteraciones estéticas. Así que, de nuevo, se puede ver el panorama completo de cómo estas personas se ven afectadas por los tratamientos, así como por el cáncer en sí mismo. Porque el cáncer en sí mismo puede crecer y ejercer presión sobre las terminaciones nerviosas.

**Nicola:** Puede restringir la contracción muscular. Hay muchas áreas donde, ya sabes, cualquier tumor, cualquier masa en esta región afectará todo el funcionamiento, no solo de los vasos linfáticos, sino también de los músculos, las terminaciones nerviosas y los vasos sanguíneos. Así que quiero dedicar un tiempo ahora a analizar los vasos linfáticos en particular, porque esto escapa a mi ámbito de especialización.

**Nicola:** Pero siempre hay que tener presente que, cuando se trata de un paciente con cáncer de cabeza y cuello, todo esto va a tener un impacto. Por lo tanto, es importante asegurarse, en la medida de lo posible, de que el paciente esté trabajando con un equipo multidisciplinario para abordar todos estos aspectos. Además, como terapeuta de masaje oncológico, tu función también implica que los pacientes puedan comunicarte sus sensaciones.

**Nicola:** Puedes hacerles preguntas y apoyarlos para que, ya sabes, busquen [02:03:00] toda la atención que necesitan. Entonces, cuando se trata de linfedema y dolor, definitivamente, obviamente, como masajistas, tenemos un papel muy importante que desempeñar para mantener una reducción de su dolor lo mejor posible.

**Nicola:** Pero cuando se trata de linfedema, es fundamental comprender mejor el sistema linfático. Si eres terapeuta de drenaje linfático manual, sin duda tenemos un papel crucial, pero también es importante asegurarnos de trabajar con un terapeuta de linfedema certificado y capacitado en el tratamiento del linfedema de cabeza y cuello.

## [02:03:37] Cómo el cáncer altera el sistema linfático

**Nicola:** Así que, repasando de nuevo información sobre cómo el cáncer afecta al sistema linfático. El crecimiento del tumor puede restringir el flujo linfático. El cáncer y su impacto en el sistema linfático. El cáncer en sí mismo puede afectar el drenaje del líquido linfático porque puede restringir el flujo linfático. Especialmente si [02:04:00] está creciendo y comprimiendo los vasos linfáticos localizados. En los ganglios linfáticos, impide que estos cumplan su función completa de filtrar el líquido.

**Nicola:** Y como saben, sabemos que los tumores pueden crear sus propios vasos linfáticos. Esto es algo que analizamos sobre la linfoangiogénesis, donde los tumores desarrollan sus propios vasos linfáticos. Así, desvían la atención de los vasos linfáticos locales y se centran en el crecimiento de los suyos propios.

**Nicola:** Aquí es donde muchos de estos fármacos de quimioterapia actúan sobre la angiogénesis o la antiangiogénesis para prevenir el crecimiento de vasos sanguíneos y linfáticos. Y luego está la cirugía. La extirpación de los ganglios linfáticos aumenta el riesgo de linfedema. Como sabemos, los ganglios linfáticos filtran el líquido linfático, y cuando se extirpan esos ganglios, se dificulta el drenaje y la filtración del líquido linfático.

**Nicola:** Y se produce una acumulación de eso. [02:05:00] Líquido rico en proteínas en los tejidos que conduce al linfedema.

## [02:05:04] Radiación y daño linfático

**Nicola:** Bueno, el problema con el linfedema es que obviamente se produce un estancamiento del líquido linfático que puede aumentar el riesgo de infección y causar fibrosis en el tejido circundante. La radiación puede provocar fibrosis intersticial.

**Nicola:** De nuevo, dependiendo de la ubicación por donde los haces de radiación vayan a entrar en la zona, en la mayoría de los casos, protegen la zona pulmonar, pero a veces, si tienen que entrar en ángulo, podemos producir algún daño localizado en la parte superior de los pulmones, lo que puede provocar fibrosis intersticial.

**Nicola:** La radiación puede comprimir los vasos linfáticos, así que, de nuevo, donde hay radiación, se cierra el tejido. No hay espacio para que los vasos funcionen correctamente, y por lo tanto se comprimen los vasos que no hayan resultado dañados, lo que limita el drenaje. Y entonces, tenemos esa disfunción mecánica de [02:06:00] la contracción de los vasos linfáticos.

**Nicola:** La capacidad de contracción de los linfangiones se reduce. La quimioterapia puede debilitar los vasos. Impide el flujo linfático y la posible inflamación de esos vasos ralentiza aún más la contracción de los linfangiones.

## [02:06:15] Activación inmunitaria y citocinas

**Nicola:** Bueno, lo que quiero mencionar, y de nuevo, esto ha surgido de algunas de las conferencias a las que he asistido recientemente, es que lo que realmente hace la radiación es activar o iniciar el sistema inmunitario innato.

**Nicola:** Entonces, de alguna manera, aumenta la producción de macrófagos y células dendríticas. Pero también producirá muchas citocinas inflamatorias que pueden inhibir, perdón, que pueden inhibir la contracción de los ganglios linfáticos. Entonces, cuando hay esa tormenta de citocinas, de la que todos oímos hablar durante la COVID, esas citocinas pueden crear más inflamación y luego reducir el flujo linfático.

**Nicola:** Entonces, la radiación tiene el potencial de, de alguna manera, acelerar el sistema inmunológico, ya sabes, averiguar qué necesita hacer para eliminar cualquier daño potencial a las células, y luego, desafortunadamente, solo conduciría a más inflamación en las áreas de tejido.

## [02:07:19] Linfedema interno vs. externo

**Nicola:** Eh, bueno, estoy segura de que todos ustedes conocen el linfedema.

**Nicola:** El linfedema es una enfermedad crónica progresiva causada por la acumulación anormal de líquido rico en proteínas en el espacio intersticial. Esto conduce a una fibrosis reactiva e inflamación crónica. Requiere intervención temprana y un modelo de atención crónica para su manejo a largo plazo. Ahora bien, lo que quiero destacar es que muchas veces pensamos que el linfedema es algo externo.

**Nicola:** Es algo que podemos palpar y podemos ver y, ya sabes, visualmente y, y nuestros clientes a menudo, o nuestros pacientes a menudo dicen, ya sabes, puedo sentir [02:08:00] un poco de diferencia, un poco más de hinchazón en el tejido. Pero lo que a menudo puede suceder con el linfedema de cabeza y cuello debido a la ubicación de todos estos ganglios linfáticos a menudo se ven afectados por el tratamiento para el cáncer, el funcionamiento interno de la región de la cabeza y el cuello, la lengua, las amígdalas, el esófago.

**Nicola:** Todas estas áreas pueden desarrollar linfedema interno. Y, de nuevo, no lo vemos desde fuera, pero internamente sí existe. Pueden experimentar dificultades para hablar o para tragar alimentos. Hay muchísimas cosas diferentes que pueden ocurrir cuando se trata de un linfedema interno, a diferencia del externo que creemos poder palpar.

**Nicola:** Bueno, estas son algunas, ya sabes, de nuevo, vamos a, al final de este, al final de este PowerPoint, hay una diapositiva sobre cosas que puedes preguntar a tus clientes, cosas que puedes pedirles que tal vez te remitan. Y esto es algo que [02:09:00] hago muchísimo porque estoy limitada en lo que puedo hacer como terapeuta de linfedema.

**Nicola:** Quiero asegurarme de contar con un equipo multidisciplinario que brinde el mayor apoyo posible al paciente.

## [02:09:12] Riesgo y prevalencia de la infección

**Nicola:** El problema es que, cuando se produce esta acumulación anormal de ese líquido, se crea un caldo de cultivo ideal para el crecimiento bacteriano. Así que, de nuevo, aquí es donde surge el riesgo de infección.

**Nicola:** Y de nuevo, tenemos una función inmunitaria localizada reducida debido a la pérdida o daño de los ganglios linfáticos. Esto pone al paciente en riesgo de infección, especialmente cuando tiene heridas que no cicatrizan y, como todos sabemos, también por la radiación, cuyos efectos dañan los tejidos superficiales.

**Nicola:** Crea esa zona para una posible infección. Así que realmente queremos que la linfa se mueva lo más posible y apoyar el sistema linfático lo más posible para que vuelva a cierta normalidad para que [02:10:00] haya un buen funcionamiento. Esto es solo para mostrarles algunos de los estudios que se hicieron sobre, ya saben, los casos de cáncer de cabeza y cuello y linfedema de cabeza y cuello, perdón.

**Nicola:** Como consecuencia de los cánceres de cabeza y cuello. Y, como saben, el 90% de los pacientes presentan linfedema de cabeza y cuello un año después del tratamiento oncológico. El 75% lo presenta de moderado a grave, y el 47% de estas personas tienen fibrosis. Ahora bien, esto es algo que realmente necesita ser tratado. Un terapeuta de linfedema tendrá las herramientas y la formación necesarias para abordarlo de forma eficaz y segura.

**Nicola:** Pero como terapeuta de masaje, como terapeuta de masaje oncológico, o incluso como terapeuta de drenaje linfático manual, ciertamente hay cosas que podemos hacer para apoyar, ya sabes, la remodelación del tejido y el apoyo. Drenaje linfático óptimo. Pero de nuevo, tenemos algunas limitaciones, pero es importante entender, ya sabes, [02:11:00] este es un número enorme.

**Nicola:** El 90% de los pacientes que presentan linfedema un año después del tratamiento probablemente desconocen sus signos y síntomas. Podemos brindarles apoyo y educación al respecto. Además, en 2021, el linfedema interno afectó al 97% de las personas en mayor o menor grado. Por lo tanto, es fundamental reconocer que esta disfunción linfática derivada del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello no siempre es externa.

**Nicola:** Muchas veces también es algo interno.

## [02:11:34] Ganglios linfáticos y cuencas hidrográficas

**Nicola:** Esta es la clasificación de los ganglios linfáticos cervicales. Repito, creo que ninguno de nosotros aquí es cirujano linfático, así que no necesitamos saber muchísimo. Pero para que se hagan una idea, una visión general de la ubicación de los diferentes ganglios linfáticos y las distintas secciones en las que se dividen.

**Nicola:** Y obviamente, dependiendo de dónde esté el tumor y a qué ganglios linfáticos drene ese tumor [02:12:00], obviamente se determinará qué ganglios linfáticos se extirpan y dónde se realizará la reirradiación. Así que, de nuevo, los ganglios linfáticos se extirpan durante la extirpación del tumor o en función de patrones de metástasis que sean predecibles en relación con los sitios primarios de la enfermedad.

**Nicola:** Como podemos ver, se extienden desde los ganglios linfáticos superficiales de aquí, submandibulares y submentonianos, hasta los ganglios linfáticos más profundos, llegando incluso a la región supraclavicular. Estas son solo un par de fotos de personas que experimentan linfedema de cabeza y cuello tras sus tratamientos para el cáncer de cabeza y cuello.

**Nicola:** Y como pueden ver, volviendo a esas cuencas hidrográficas, este fluido no va a cruzarlas. Para eso están diseñadas, para mantener el fluido dentro de esas regiones. Pero cuando todo esto ocurre en la región de la cabeza y el cuello, se produce una acumulación de fluido en esas zonas.

**Nicola:** Y esto puede afectar la calidad de vida de muchas maneras diferentes .

## [02:13:03] Conceptos básicos sobre derivación y seguridad

**Nicola:** Quiero dejar muy claro que cuando un paciente presenta linfedema, siempre se le debe derivar a un terapeuta especializado en linfedema, un terapeuta certificado en linfedema, porque el tratamiento requiere formación especializada en todas las áreas del manejo del linfedema.

**Nicola:** Y de nuevo, eso incluirá compresión, vendajes, cuidado de la piel, que es vital, y técnicas específicas de drenaje linfático manual (DLM). Por mucho que queramos ayudar a nuestros pacientes con cáncer y apoyarlos con

cualquiera de los efectos que tengan de sus tratamientos, desde el cáncer de cabeza y cuello hasta el linfedema, cuando se trata de linfedema, realmente se necesita una formación especializada para brindarles el alcance completo de la curación y la recuperación.

**Nicola:** Pero hay ciertas cosas que podemos hacer. Particularmente para, ya sabes, otras áreas alejadas del sitio afectado por la cirugía o la radiación. [02:14:00] Entonces, las consideraciones son que el edema será algo que obviamente experimentarán y que obviamente conducirá al linfedema cuando haya un sistema linfático dañado.

**Nicola:** Pero cualquier edema se puede controlar con drenaje linfático manual. No sé cuántos de ustedes han recibido capacitación en drenaje linfático manual, pero si la han recibido, conocerán estas vías de drenaje. Hay vías colaterales que podemos utilizar. La radiación es un regalo que nunca deja de dar problemas. Me han dicho muchas veces que hay que esperar al menos de seis a ocho semanas después de la radiación antes de poder aplicar cualquier drenaje linfático manual.

**Nicola:** Se puede trabajar en ello, pero la piel necesita sanar, y estoy segura de que todos lo saben. Lo mismo ocurre con el masaje oncológico. Las terapias térmicas están totalmente contraindicadas en piel irradiada. Y si se han realizado injertos de piel en varias zonas, también hay que tomar precauciones.

**Nicola:** Y también hay que tener en cuenta cómo [02:15:00] la radiación y la quimioterapia pueden afectar al paciente. Habrá una hipersensibilidad al tacto. También puede haber entumecimiento y falta de sensibilidad en las zonas afectadas. Estas ilustraciones muestran las vías normales de drenaje linfático hacia los ganglios linfáticos de la cabeza y el cuello, tanto en la parte anterior como en la posterior.

**Nicola:** Pero es importante saber que, en el caso de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, esto requiere mucha adaptación.

## [02:15:33] Tejido cicatricial y fibrosis

**Nicola:** El manejo del tejido cicatricial también es una parte muy importante de su recuperación y rehabilitación. El tejido cicatricial puede disminuir la función linfática. A menudo lo describo en mis clases como si un castor construyera una represa en un río o arroyo, lo que provoca una reducción en el flujo del agua. Y eso es básicamente lo que hace el tejido cicatricial.

**Nicola:** Está obstaculizando [02:16:00] ese drenaje. Así que lo está ralentizando. Y si a eso le sumamos la extirpación de ganglios linfáticos y la radiación, entonces tenemos como, ya sabes, mucho daño al drenaje linfático real y eso lo va a impedir enormemente. Hay algunas discusiones sobre el hecho de que los vasos linfáticos se regeneran.

**Nicola:** Y repito, no me refiero a los vasos linfáticos principales, sino más bien a los vasos linfáticos más pequeños; estos se regenerarán. Eso es lo que puede hacer la linfangiogénesis. Por lo tanto, existe cierto debate en este campo sobre si cuanto antes se intervenga en el tejido cicatricial y la fibrosis, más vasos linfáticos se crearán para favorecer un buen drenaje.

**Nicola:** Puede remodelar la estructura y las vías de drenaje, pero existe la posibilidad de que podamos, ya sabes, crear o ya sabes, mejorar aún más la producción de vasos linfáticos [02:17:00]. Uno de los componentes clave de este tratamiento debe ser el manejo de la cicatriz. El manejo de la cicatriz es esencial, y hay varias maneras.

**Nicola:** A, un terapeuta de linfedema abordará esto con varias herramientas y aplicaciones de compresión, etcétera. El tratamiento cuando se trabaja con el tejido cicatricial también debe facilitar el uso de grupos de ganglios linfáticos más grandes para el drenaje primario. Entonces podemos hablar de, ya sabes, si hay todo esto, ya sabes, acumulación de líquido en esta área.

**Nicola:** A menudo podemos cruzar zonas de difícil acceso. Usamos la anastomosis cuando hablamos de conectar un eje con otro, pero también podemos usar los ganglios linfáticos axilares cuando hay una acumulación importante en esta zona, ya sea para drenar el líquido hacia adelante o hacia atrás. Además, las cicatrices o el tejido con fibrosis inducida por radiación se pueden manipular cuidadosamente una vez que hayan cicatrizado bien.

**Nicola:** Así que, de nuevo, esto es algo que no hacemos de inmediato. Palpamos, observamos y monitorizamos. [02:18:00] Para realizar parte de nuestro trabajo de movilización del tejido cicatricial. Pero, una vez más, no puedo reiterar esto lo suficiente: este es un papel realmente importante para un terapeuta de linfedema. Nosotros, como masajistas, podemos ayudar a apoyarlos y hacer el trabajo, pero es realmente importante comunicarnos al mismo tiempo.

## **[02:18:20] Terapias complementarias y atención en equipo**

**Nicola:** Técnicas de tratamiento adicionales que se suelen utilizar para ayudar a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Liberación miofascial, teniendo en cuenta el daño y los cambios en el tejido. Movilización de tejidos blandos, también desde la perspectiva de la fisioterapia. Liberación de puntos gatillo. Aplicación de cinta kinesiológica.

**Nicola:** El vendaje neuromuscular se ha vuelto muy popular en el mundo del linfedema. Porque podemos crear nuevas vías linfáticas, además de poder trabajar en la fibrosis. Lo que sucede con el vendaje neuromuscular, sobre todo en las zonas de cabeza y cuello, y con la radioterapia, es que hay que tener cuidado con la sensibilización de los tejidos. [02:19:00]

**Nicola:** Y eso es algo que, de nuevo, requiere mucha paciencia y paciencia, asegurándose de que el tejido esté completamente curado. Se han empezado a utilizar láseres de baja intensidad y el sistema de linfocitosis, que utiliza una máquina de vibración mecánica por presión negativa para crear espacio entre los tejidos. Resulta especialmente útil en casos de tejido fibrótico y oxigenoterapia hiperbárica.

**Nicola:** También se utilizan cámaras de oxígeno. Esto es particularmente útil cuando los pacientes han recibido radiación en la zona de la mandíbula y el daño causado por la radiación suele afectar la salud dental. Y con eso, vamos a tener aún más complicaciones, que deben abordarse. Así que la cámara hiperbárica de oxígeno, me cuesta expresarme hoy, HBOT para abreviar.

**Nicola:** Eso ayudará a lograr una mejor cicatrización de los tejidos. Y sé que se usa con más frecuencia para la salud ósea, particularmente en la zona de la mandíbula como resultado de los tratamientos [02:20:00] para el paciente oncológico, para la zona de la cabeza y el cuello. Así que, reiterando, un enfoque multimodal con colaboración interdisciplinaria.

**Nicola:** Esto es fundamental para la recuperación y la calidad de vida de estos pacientes. Es importante reconocer que no podemos hacerlo solos. Necesitamos colaborar, comunicarnos y ayudar al paciente a transitar este proceso, no solo en lo que respecta al diagnóstico, sino también en cuanto al camino para lograr la mejor rehabilitación posible y promover una buena calidad de vida.

## **[02:20:40] Preguntas de selección de clientes**

**Nicola:** Entonces, como terapeuta de masaje, ¿cómo se puede ayudar a esta población de clientes en particular? Y yo, y me dirijo a ustedes, ya saben, a los que han recibido capacitación en drenaje linfático manual y a los que no, como terapeuta de masaje oncológico, hay muchas maneras en las que podemos [02:21:00] ayudar y brindar apoyo.

**Nicola:** He anotado aquí una lista de preguntas que podrías hacerle a tu cliente para saber si es apropiado que yo realice algún trabajo. ¿Necesito derivarlo a otros especialistas para que mi paciente tenga la mejor calidad de vida y pueda seguir adelante? Pero si hay algún cambio en la sensibilidad, si hay un entumecimiento repentino, si hay más dolor de muelas, por ejemplo, sensibilidad dental como resultado de la radiación, si experimentan dolor, ¿dónde está el dolor?

**Nicola:** ¿Qué tan intenso es el dolor? ¿Necesitan volver a consultar con sus oncólogos para que determinen la causa? ¿O es simplemente dolor por la postura? Además, con la cirugía y la radioterapia, los músculos de la parte superior de la espalda, la cintura escapular y otras zonas se ven afectadas. Por lo tanto, la movilidad al dormir también se ve afectada, lo que puede provocar dolor.

**Nicola:** [02:22:00] Globus, esa sensación de que hay una posible obstrucción, como un bulto en la garganta. No hay obstrucción, pero a menudo se siente así. Eso, de nuevo, podría indicar algún tipo de linfedema interno. Podría deberse a muchas otras cosas, pero, insisto, es algo que debe investigarse.

**Nicola:** La dificultad para tragar de nuevo, los músculos de la deglución. Quiero decir, hay muchos músculos y estructuras diferentes involucradas, pero podría haber algún linfedema interno que requiera la intervención de un terapeuta de linfedema certificado para tratarlo.

**Nicola:** Además, la logopedia. No puedo insistir lo suficiente en la importancia de un logopeda, que no solo ayuda con el habla, sino también con la deglución, la masticación, en fin, con todo. Trabajo con una excelente logopeda aquí en Colorado para mis pacientes cuando creo que necesitan una derivación, un cambio en su voz.

**Nicola:** Eso también puede suceder. La masticación, el masticar, puede ser un problema. Y de nuevo, tenemos un breve acercamiento a los problemas [02:23:00] relacionados con la masticación y cómo eso puede afectar los requerimientos nutricionales y posiblemente conducir a la desnutrición, lo que luego puede llevar a más complicaciones con otros sistemas del cuerpo,

particularmente el sistema linfático si tenemos ese problema de hipoproteína, anemia y luego cualquier otro síntoma que puedan estar experimentando.

**Nicola:** Si necesitamos derivarlo a otro especialista.

## [02:23:25] Masaje y apoyo para drenaje linfático manual

**Nicola:** Bueno, un par de cosas aquí, simplemente para que sepan cómo, como masajistas, pueden ayudar a esta población de clientes, pueden ser muy influyentes para favorecer la relajación del cliente. Como todos saben, estoy predicando a los conversos, probablemente con su masaje oncológico y algo de aromaterapia sutil.

**Nicola:** Sí, practico la aromaterapia. Soy aromaterapeuta certificada y la uso cuando es apropiado. Y la razón por la que puse sutil aquí es porque a veces los aromas pueden ser demasiado fuertes. De nuevo, los tejidos cambian. No conviene [02:24:00] aplicar aceites esenciales a ningún tejido dañado hasta que el equipo de oncología lo autorice o se hayan realizado pruebas de parche.

**Nicola:** Eso daría para otra conversación aparte, pero, ya sabes, masaje oncológico, algo de aromaterapia sutil para favorecer la relajación. La relajación es fundamental. Si tienes certificación en drenaje linfático manual, puedes trabajar en el tejido sano en las zonas afectadas. Y, de nuevo, asegúrate de trabajar junto a un terapeuta de linfedema certificado.

**Nicola:** El drenaje linfático manual (DLM) puede ser realmente muy útil. Como saben, el objetivo del DLM es eliminar el líquido linfático estancado. Siempre pueden incorporar técnicas de respiración abdominal para estimular el drenaje linfático profundo. Como muchos saben, el conducto torácico, que drena tres cuartas partes del cuerpo, se encuentra en la parte superior del abdomen.

**Nicola:** Y cuando hacemos respiración diafragmática profunda, se sabe que [02:25:00] estimula ese drenaje linfático más profundo que se vaciará en el conducto torácico, lo que puede ayudar a apoyar, ya sabes, el movimiento general, el movimiento completo de la linfa por todo el cuerpo, así como la cabeza y el cuello. De nuevo, no somos fisioterapeutas, no sé, tal vez haya algunos fisioterapeutas aquí, pero animamos a sus clientes a dormir sobre un lado saludable para intentar, ya sabes, simplemente tener esa conversación.

**Nicola:** Entonces, cuando están en tu clínica y en tu camilla de masaje, la posición será algo muy importante, de lo que hablaremos un poco más. Pero cuando trabajas con ellos en tu consulta, los acostumbras y hablas con ellos, animándolos a intentar dormir en una posición saludable.

**Nicola:** Si no pueden acostarse completamente planos con la cabeza ligeramente elevada, es algo que se debe tener en cuenta al tratarlos. Pero también es importante que lo consideren y lo comenten en su entorno familiar. Con suerte, el resto de su equipo de rehabilitación también les proporcionará esa información. Pero, como masajistas oncológicos, solemos tener una muy buena conexión con nuestros pacientes y ellos nos escuchan mucho.

**Nicola:** Y entonces, si podemos reiterar la importancia de dormir bien, estar cómodos, pero también ayudar, ayudar a un buen drenaje también es algo muy útil que podemos hacer. Así que realmente, ya saben, confían en nosotros. Entonces, y también informar al cliente sobre los cambios en los tejidos. Y creo que ya lo mencionamos antes, se pueden ver los cambios en los tejidos.

**Nicola:** Puedes ver si hay, ya sabes, enrojecimiento o edema adicional en un lugar y simplemente ayudar a ser su defensor para asegurarnos de que obtengan el terapeuta o profesional correcto y apropiado que pueda ayudarlos en adelante. Así que hay muchas cosas que podemos hacer como masajistas. Si tienes tu formación en drenaje linfático manual, también hay muchas [02:27:00] cosas que podemos hacer con esto.

**Nicola:** Podemos apoyar y mejorar el rango de movimiento. Como sabemos, el drenaje linfático manual puede afectar al sistema nervioso, ya sea desactivando el sistema simpático y activando el parasimpático para el descanso y la digestión, pero también, en cuanto al rango de movimiento, si hay formación de edema o alguna restricción en la musculatura afectada por estos tratamientos.

**Nicola:** Un poco de drenaje linfático manual sutil puede ayudar a liberar esa zona, calmar el sistema nervioso y tal vez mejorar la función de los músculos involucrados. Podemos ayudar a mejorar el habla y la comunicación, mejorar la ingesta de nutrientes porque, de nuevo, estamos, ya sabes, posiblemente, movilizándolo toda la linfa, reduciendo un posible linfedema interno y externo.

**Nicola:** Puede que puedan abrir más la boca. Una vez tuve un cliente que tenía cáncer de glándula salival [02:28:00] y, de nuevo, era candidato para la oxigenoterapia hiperbárica (OHB), y, ya sabes, tenía muchos problemas y mucha fibrosis en la zona del cuello. Pero uno de sus principales problemas era la sequedad bucal.

**Nicola:** De nuevo, la xerostomía. Y descubrió que cuando le hice drenaje linfático manual, sus glándulas salivales funcionaban y salivaba, y dijo que eso le ayudaba a poder tener comida en la boca y masticar. Así que, de nuevo, eso fue después de un par de sesiones de drenaje linfático manual.

**Nicola:** Hay muchas áreas diferentes en las que el drenaje linfático manual (DLM) puede entrar en juego. Manejo del dolor, como sabemos, el DLM puede tener un impacto real y ayudar a reducir el dolor. Podemos disminuir la fibrosis al hacer que ese líquido linfático estancado se mueva. Podemos mejorar la salud del tejido y reducir el riesgo de infección porque, de nuevo, cuando hemos [02:29:00] recibido radiación y cuando nos hemos sometido a una cirugía, cuando se nos han extirpado los ganglios linfáticos, hemos perdido la capacidad de la función inmunológica en esa región.

**Nicola:** También tenemos dificultad para tragar, sequedad de boca, deglución dolorosa. No voy a intentar pronunciar todas estas palabras de nuevo porque podría equivocarme. Pero bueno, ya ven lo que puede ocurrir en esta zona. Y luego, con el drenaje linfático manual, podemos, y repito, no se trata de curar, sino de ayudar con el manejo de los síntomas.

**Nicola:** Y saben, este es un estudio que pueden ver en la parte inferior de la pantalla. Escuché a la Dra. Eva Crich, quien hizo una presentación hace algún tiempo sobre el estudio que realizó con sus colegas. Básicamente, se trataba del tratamiento de la disfunción linfática en pacientes con cáncer, centrándose en particular en pacientes con cáncer de mama y de cabeza y cuello.

**Nicola:** Pero fue bastante interesante la discusión sobre la posible capacidad de restaurar los vasos linfáticos y promover la actividad antitumoral mediante una intervención temprana y la aplicación de algunas técnicas manuales de drenaje linfático que pueden apoyar este proceso. Me pareció un estudio y un artículo muy interesantes, y además, fácil de leer. Así que, en resumen, se trata de drenaje linfático manual para pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

## [02:30:26] Posicionamiento y vías de drenaje

**Nicola:** Y luego, pensemos en las consideraciones de posicionamiento, qué podemos hacer al aplicarlo, ya sea drenaje linfático manual o masaje, elevando correctamente la cabeza del cliente en casa y en la clínica.

**Nicola:** Ya lo mencioné antes. Creo que es muy importante tenerlo en cuenta. Y se puede trabajar mucho. Yo trabajo mucho con mis pacientes. En la parte trasera de mi camilla, se eleva la columna y podemos incorporar técnicas de respiración abdominal. Cualquiera puede hacerlo. Y, de nuevo, no se debe presionar al paciente hasta el punto de que sienta que no puede respirar.

**Nicola:** [02:31:00] Pero poco a poco y suavemente, haz que lo incorporen en las sesiones. Y también es parte de lo que pueden hacer para ayudarse a sí mismos en casa. Y también, como sabemos, la relajación es algo que también podemos obtener de la respiración diafragmática profunda y trabajar debajo de cualquier tejido endurecido. Así que de nuevo, si usted y de nuevo, no tengo la imagen ideal aquí para mostrar, pero si tiene toda esa fibrosis y edema en esta área, ya sabe, puede trabajar debajo de esta área, hacer algo de drenaje.

**Nicola:** Debajo de la línea divisoria clavicular y posiblemente drene hacia el axi. Si no se puede acceder por la zona frontal, se puede acceder posteriormente, rodeando el hombro hasta el axi si hay mucho líquido en esta zona. Esto es algo que he hecho varias veces para retraer el líquido, ya que no puede bajar debido a la fibrosis por radiación y, a menudo, a este tejido por la radiación cuando se han irradiado esos ganglios linfáticos. [02:32:00]

**Nicola:** Este tejido es sólido. Es como un trozo de madera. Es inamovible. Así que podemos drenar posteriormente, trabajar posteriormente en posición lateral o con elevación, cuello posterior, cuello posterior si la piel está intacta. Y de nuevo, hay que recordar que con la radiación nuestro punto de entrada y nuestro punto de salida podemos incorporar algunas técnicas de liberación miofascial al trapecio.

**Nicola:** Eviten los ganglios linfáticos cervicales hasta que, ya saben, la radiación haya terminado. E incluso entonces, es necesario palpar el tejido. Pero ahora sabemos que los vasos linfáticos encuentran vías colaterales, y la información sobre cómo trabajar sobre el tejido irradiado y el tejido cicatricial está cambiando. Desde el punto de vista de que no queremos hacerlo de inmediato, pero una vez que el tejido haya sanado, podríamos promoverlo.

**Nicola:** Ya sabes, la formación de vasos linfáticos y, ya sabes, la incorporación de algunas vías colaterales. [02:33:00] Si hay alguna contractura en alguna parte, de nuevo, evítala. Y recuerda, las heridas tardan en cicatrizar. A veces no cicatrizan en absoluto. Y creo que mencioné antes que la quimioterapia puede influir en la mala cicatrización de las heridas debido a la inflamación sistémica general de los vasos que puede causar.

**Nicola:** Y la fibrosis por radiación generalmente es diferente a la fibrosis normal. Y, de nuevo, tenemos una deshidratación completa del tejido. Y creo que ese es otro punto importante a considerar: donde ha habido radiación, el tejido puede tardar hasta un mínimo de dos años en rehidratarse por completo.

**Nicola:** Entonces habrá mucha falta de flexibilidad, sequedad. Y, de nuevo, necesitamos modificar nuestros tratamientos. Alrededor de la fibrosis por radiación. Así que recuerden, no será gruesa y densa como la fibrosis que se forma con el linfedema. A menudo es muy dura. No [02:34:00] movimiento del tejido, sino piel muy delgada, fácil y quebradiza.

**Nicola:** Entonces, debemos volver a decir que, si eso no forma parte de su experiencia ni de su formación, siempre debe consultar con un terapeuta de linfedema certificado. Y si realiza algún drenaje linfático manual en un área donde pueda haber tejido cicatricial o linfedema, aquí, cirugía reconstructiva.

**Nicola:** Podemos llevarlo hasta los ganglios linfáticos supraclaviculares. También podemos cruzar esta zona clavicular y llevarlo hasta los ganglios linfáticos axilares. Como mencioné, olvidé poner una imagen posterior, pero si conoces esta zona, tal vez tengan un puerto colocado que sea difícil de manejar o haya demasiado tejido cicatricial y el tejido sea demasiado delicado y aún esté sanando.

**Nicola:** Podemos llegar por detrás del trapecio y por delante, [02:35:00] perdón, por detrás hacia el desgarramiento del flujo linfático axilar. Y de nuevo, esto también muestra si tienes, ya sabes, drenaje por aquí, puedes ir hacia atrás. Si tienes esa acumulación de líquido aquí, puedes llegar por aquí sobre el tejido cicatricial de nuevo, si es muy difícil aquí, porque estamos empezando a trabajar.

**Nicola:** Hacia los ganglios linfáticos restantes. Es algo que enseñamos en la capacitación para la certificación en drenaje linfático manual (DLM). Antes, evitábamos los ganglios linfáticos afectados y toda la región. Ahora sabemos que esos ganglios restantes aún funcionan. Está bien dirigir el drenaje hacia estas áreas, pero también es importante recordar usar otras vías.

**Nicola:** Y esto es algo que ya saben, muchas terapias para el linfedema ahora, nuevamente, palpan el tejido, asegurándose de que sea seguro volver a pasar sobre el tejido cicatricial. Pero sabemos, gracias a la Dra. Eva Cvic. Discusión en su [02:36:00] artículo, cómo podemos ayudar a remodelar algunas de las estructuras linfáticas, algunos de los vasos linfáticos cuando aplicamos algunas de nuestras técnicas más suaves.

**Nicola:** Entonces, de nuevo, podemos tratar los ganglios linfáticos axilares del lado afectado. Se puede tratar la parte superior del pecho o la parte superior de la espalda con movimientos circulares y llevar el líquido hacia abajo hasta estos ganglios linfáticos. Se puede tratar la fosa supraclavicular bilateralmente a menos que tengamos, ya sabes, radiación o cirugía aquí, y el tejido no esté, ya sabes, todos podemos palpar el tejido, saber si es seguro trabajar en esa área o no, o podemos trabajar un lado y luego podemos tratar los ganglios linfáticos posteriores del cuello y occipitales según corresponda.

**Nicola:** Entonces, nuevamente, se trata de observar lo que nuestro paciente está experimentando, cuáles son sus necesidades y adaptarnos. Una vez más, probablemente estoy predicando a los conversos. Pero cuando hacemos este trabajo con nuestros clientes de oncología, se trata de adaptación y de asegurarnos de que nuestro [02:37:00] cliente esté completamente cómodo.

## **[02:37:03] Resumen y próximos pasos**

**Nicola:** Con esto concluyo esta presentación sobre cómo los cánceres de cabeza y cuello pueden afectar la función linfática. Espero haberles brindado información suficiente y, si este es un tema nuevo para ustedes, tal vez estén viendo cada vez más pacientes con cáncer de cabeza y cuello que acuden a ustedes, les recomiendo que colaboren.

**Nicola:** Con otros terapeutas de tu zona, quizás puedas obtener información y formación en drenaje linfático para brindar el mejor apoyo posible a tus pacientes. Gracias de nuevo por escuchar. Lo agradezco.

## **[02:37:42] Cáncer de cabeza y cuello: fascia, cicatrices/fibrosis y linfostasis con Cathy Ryan**

### **[02:37:42] Bienvenida y resumen**

**Cathy Ryan:** Hola, soy Katherine Ryan Ka. Kathy, soy terapeuta de masaje titulada. Llevo 35 años ejerciendo. He sido instructora de terapia de masaje durante tres años. Estoy encantada de estar aquí. Charlaremos sobre algunos temas y estaré disponible al final para la sesión de preguntas y respuestas en directo. Así que [02:38:00] espero veros allí.

**Cathy Ryan:** Les hablo desde el territorio tradicional de WestEd, en la hermosa región norte de la Columbia Británica, Canadá. Muchas gracias a los organizadores de S four OM hoy. Voy a hablar sobre la relación entre la fibrosis fascial y la estasis linfática, y desde la perspectiva de la terapia manual de masaje, cómo se aplica esto a nuestra práctica clínica.

## [02:38:27] Etapas de la cicatrización de heridas

**Cathy Ryan:** Para empezar, un breve resumen de las etapas de la cicatrización de heridas y la formación de cicatrices, independientemente de la etiología del trauma. Ya sea que hablemos de una cirugía o una quemadura, incluidas las quemaduras por radiación, nuestro cuerpo tiene una forma de reparar el daño al tejido. Y esa forma es mediante la compleja secuencia de cuatro etapas superpuestas de la cicatrización de heridas.

**Cathy Ryan:** Y hay plazos relativos asociados con estos. Y de nuevo, todo en contexto, cuanto más significativo o extenso sea el trauma en el tejido. Algunos de estos plazos podrían [02:39:00] extenderse un poco más. Entonces, en estas tres etapas, vemos las cosas típicas que suceden durante la inflamación, donde vemos la liberación de factores de crecimiento y, nuestro cuerpo está trabajando para limpiar y reparar, comenzar el proceso de reparación y regeneración, y todos los signos clásicos pueden estar presentes.

**Cathy Ryan:** En la etapa de proliferación, generalmente una semana después de la lesión, el agua comenzará a depositar procolágeno fino, que construye una matriz provisional, que es esencialmente un plano o estructura que apoyará la regeneración neural, circulatoria y linfática, así como la reparación o reconstrucción del tejido que ha sido lesionado o dañado como resultado de algún tipo de agresión.

**Cathy Ryan:** Y luego la etapa final es la remodelación y, en términos generales, esto comienza aproximadamente cuatro semanas después, cuando nuestro cuerpo comienza a entrar en los detalles de reemplazar el tejido que ha sido [02:40:00] lesionado o dañado. Ahora bien, ciertamente con diferentes tipos de tejido, estos plazos son un poco diferentes.

**Cathy Ryan:** Por ejemplo, en la piel, el proceso es mucho más rápido porque el cuerpo trabaja intensamente para cerrar cualquier abertura por la que pueda entrar un agente patógeno. En cambio, en algunos de nuestros tejidos

colagenosos más profundos, los que solemos tratar en masajes y terapias manuales, el proceso puede variar ligeramente en cuanto a los plazos.

## [02:40:26] Conceptos básicos sobre cicatrices y fibrosis

**Cathy Ryan:** Entonces, cuando hablamos de tejido cicatricial, suelo simplificarlo en dos tipos de categorías, lo que llamo funcional o problemático. El tejido remodelado en los tejidos con los que trabajamos habitualmente en nuestra práctica de terapia de masaje Manus. Terapia se reconstruye principalmente mediante colágeno tipo uno.

**Cathy Ryan:** Y esto permitirá que el tejido recupere la configuración y función de continuidad lo más cercana posible a la previa a la lesión. Además, la generación de vasos sanguíneos y linfáticos finos es necesaria para irrigar este tejido recién formado, de modo que dicho tejido pueda [02:41:00] funcionar y estar sano para cumplir con sus propósitos.

**Cathy Ryan:** Cuando todo va de maravilla, yo lo llamaría una reparación funcional o una cicatriz funcional, pero el resultado no siempre es una reparación que favorezca la función. A veces se trata de una cicatriz problemática o una cicatriz fisiopatológica que puede, de alguna manera, impedir la función.

## [02:41:22] Fibrosis en la práctica

**Cathy Ryan:** Esto nos lleva a la fibrosis, independientemente de la etiología o el tipo de cicatriz.

**Cathy Ryan:** Así que, independientemente del tipo de traumatismo o cicatriz a nivel cutáneo, solemos escuchar términos como hipertrófica o queloide. En las capas más profundas del cuerpo, podríamos escuchar términos como adherencia. En esencia, la fibrosis es el sello distintivo de la remodelación fisiopatológica. Es decir, esa es la manifestación física de lo que describiríamos como una cicatriz problemática.

**Cathy Ryan:** Y la fibrosis puede ocurrir en todo tipo de tejidos colagenosos. Por ejemplo, el síndrome de la membrana o cordón axilar se considera [02:42:00] una fibrosis de la vaina fascial que rodea la linfa, los vasos linfáticos más pequeños o las venas pequeñas, y la remodelación o fibrogénesis

desregulada puede persistir durante años. Entonces, con respecto a traerlo a, ya sabes lo que nuestro.

## [02:42:16] Fibrosis en cabeza y cuello

**Cathy Ryan:** Hoy hablaremos sobre los cánceres de cabeza y cuello, específicamente sobre la fibrosis inducida por radiación. En la práctica clínica, podemos observar diversos problemas como trismo, disfasia, disfonía o linfedema. Estos son algunos de los problemas que pueden surgir como consecuencia de la fibrosis en la zona de la cabeza y el cuello.

**Cathy Ryan:** Además, creo que es importante considerar que, especialmente en oncología, a menudo se trabaja con pacientes que presentan más de un factor que podría contribuir a la fibrosis o a la cirugía. Radioterapia, quimioterapia. Por lo tanto, todos estos factores pueden influir en la presentación clínica que observamos.

**Cathy Ryan:** En general [02:43:00] hablando, cuando hablamos de cicatrices problemáticas, a menudo hay una asociación con lo que se consideraría hiperproliferación de colágeno, es decir, una sobreproducción de más fibras de colágeno de las que son esencialmente. Para hacer el trabajo, como en una cicatriz hipermetrópica, por ejemplo. Pero lo que vemos con el colágeno fibrótico son algunas, además de la hiperproliferación, también hay otras alteraciones que podemos ver en el colágeno fibrótico, como cambios en el diámetro de la fibra.

**Cathy Ryan:** La formación normal de ondulaciones en el colágeno se ve alterada de alguna manera. La orientación de las fibras puede ser atípica a la que normalmente se observa en ese fragmento de tejido o región. Puede haber enlaces cruzados problemáticos o patológicos; las fibras suelen estar poco hidratadas o bastante rígidas y, además, pueden tener una textura áspera, rugosa o con aspecto de cuerda.

**Cathy Ryan:** Ahí a la derecha, en la imagen en blanco y negro, se puede ver que el colágeno fibrótico tiene esa textura fibrosa. [02:44:00] Áspera, con bultos, que a menudo podemos sentir con las manos si algo está bastante cerca de la superficie. En contraste, en el extremo derecho, se ve el colágeno cuando no está fibrótico.

**Cathy Ryan:** A menudo me refiero a esto como QOOJ, es decir, cambios en la cantidad, la orientación a la calidad y la rigurosidad.

**Cathy Ryan:** Algunas de las consecuencias que observamos con la fibrosis son características o estéticas indeseables de las cicatrices, como el deslizamiento de la boca. Aquellos de ustedes que estén familiarizados con el deslizamiento de la boca les resultarán familiares. Además, observaremos ciertas restricciones de contractura.

**Cathy Ryan:** Las adherencias comprimen que podrían tener otras implicaciones funcionales. Una de las que vamos a analizar hoy es la permeabilidad. Es decir, el espacio en el tejido. De nuevo, si miramos la ilustración de la esquina superior, podemos ver en esa zona una cicatrización problemática.

**Cathy Ryan:** El tejido, las fibras de colágeno son más [02:45:00] densamente compactas, comprimidas, con una ligera distorsión. Por lo tanto, la orientación es diferente y esto puede tener un impacto en cualquier cosa que viaje a través de ese tejido. Así que ya sean vasos sanguíneos, linfáticos, vasos nerviosos, si viajan a través de un tejido más comprimido, esto puede afectar su función.

**Cathy Ryan:** Y una de las cosas que puede afectar es el movimiento del líquido linfático, que es. Los meniscos, que es el segundo punto de nuestra lista de hoy, tienen cosas de las que hablar.

## [02:45:30] Explicación de la estasis linfática

**Cathy Ryan:** Hablemos un poco sobre los meniscos. Se trata de una alteración localizada del flujo linfático tras algún tipo de lesión o traumatismo tisular, como una cirugía o radioterapia.

**Cathy Ryan:** Y se puede resolver si se identifica y se trata a tiempo. Y la clave está en la identificación. Así que aquellos de ustedes, con formación en drenaje linfático, tienen una gran capacidad visual y práctica para reconocer cómo se ve esta congestión o estasis en el tejido, [02:46:00] y si no se trata puede conducir al desarrollo de fibrosis.

**Cathy Ryan:** Entonces, la fibrosis puede provocar estasis, la estasis linfática puede provocar fibrosis y también puede aparecer edema secundario como resultado de una situación de estasis linfática no resuelta. Así que estamos hablando de flujo comprometido o congestión tisular como estasis. Por lo tanto, no estamos hablando de ese tipo de hinchazón inmediata después de la inflamación aguda y justo después de la lesión.

**Cathy Ryan:** Y no estamos hablando de linfedema, pero la razón por la que tengo una fotografía de malvaviscos ahí arriba es porque, de nuevo, aquellos de

ustedes que trabajan en este ámbito y tienen esta formación en drenaje linfático, así es esencialmente como se siente el tejido cuando se produce esta congestión o estasis linfática.

**Cathy Ryan:** Cuando presionamos el pañuelo, se siente casi como un malvavisco rancio. Esa es la primera impresión que me viene a la mente.

## [02:46:56] Enlace de fascia superficial

**Cathy Ryan:** Y ahora la tercera parte de nuestra trilogía de hoy. Así que estamos hablando [02:47:00] sobre la fibrosis de la fascia y la estasis masculina, en particular observando la fascia superficial, que está justo debajo de la piel.

**Cathy Ryan:** Y la razón por la que destacamos esto hoy es porque la vasta extensión de la red linfática superficial recorre la fascia superficial, lo que también la hace muy accesible para nuestras manos, ya que está más cerca de la superficie. Por lo tanto, se ha sugerido que las alteraciones en la fascia superficial pueden comprometer el flujo linfático, contribuyendo a la fibrogénesis.

**Cathy Ryan:** La fibrogénesis puede potenciar la estasis, y ambas están implicadas en la cicatrización problemática y el linfedema secundario. Según Roxane, la característica clínica distintiva en pacientes con linfedema es la predisposición a la fibrosis en presencia de una elevada deposición de matriz extracelular.

**Cathy Ryan:** Entonces vemos que el colágeno fibrótico y la matriz extracelular intersticial pueden tener un impacto en el flujo del líquido perilesional, así como en las estructuras linfáticas en varios tejidos. La fibrosis se considera tanto un fenotipo como un factor determinante en la patogénesis del linfedema secundario.

## [02:48:11] ¿Qué impulsa el flujo linfático?

**Cathy Ryan:** Hablemos un poco sobre el flujo linfático. Vamos a analizar tres factores que pueden afectar el flujo del líquido linfático. Uno es la permeabilidad. La divido en dos componentes, así que hablemos de la permeabilidad con respecto a lo que mencioné antes. Si tenemos tejido regional con un espacio de tejido conectado más laxo, hay un mayor potencial de flujo. Si empezamos a comprometer ese espacio, la permeabilidad puede tener un

impacto perjudicial en el flujo, así como en la permeabilidad del propio lumen del vaso.

**Cathy Ryan:** Sabemos que hay vasos que tienen una línea abierta si se comprimen más. Esto también puede comprometer el flujo y también el bombeo linfático, tanto intrínseco como extrínseco, y también las válvulas. Todos estos son factores que potencialmente pueden tener un impacto en el flujo linfático [02:49:00] o en la falta del mismo.

**Cathy Ryan:** Una breve nota sobre la permeabilidad intersticial. En el tejido fibrótico, observamos una matriz extracelular más densa y una disposición espacial anormal, o bien una alteración de la permeabilidad, lo que, como ya mencioné, puede comprometer el flujo sanguíneo y la microcirculación linfática. La imagen de la derecha es de JC Berto.

**Cathy Ryan:** Vemos esta conexión laxa. La red de colágeno del tejido debajo de la piel, donde se pueden ver en rojo los vasos sanguíneos. Desafortunadamente, no tienen vasos enfáticos, lo cual suele ocurrir en estos casos. Si hay vasos sanguíneos, también hay vasos enfáticos y pequeños tractos nerviosos.

**Cathy Ryan:** Entonces, si conciliamos esa capa superior, comprímela hacia abajo. En este caso particular, es un tendón. Pero si comprime ese espacio, podemos entender cómo eso podría tener un impacto perjudicial en el flujo.

## [02:49:58] Permeabilidad y linfangiogénesis

**Cathy Ryan:** Entonces, la permeabilidad [02:50:00] se ve comprometida, intersticial, prelinfática plus. Las vías o canales de flujo pueden verse afectados en la linfangiogénesis.

**Cathy Ryan:** Según Boardman y Schwartz, una de las cosas que identificaron durante la cicatrización de heridas es que la canalización del líquido intersticial continúa y puede dirigir la linfangiogénesis, lo que significa que sí, nuestros vasos linfáticos más pequeños se regeneran después de haber sido interrumpidos o extirpados.

**Cathy Ryan:** Hay un brote. Es un proceso que comienza en las estructuras linfáticas cercanas y se abre paso a través del tejido para llegar a donde necesita ir. Pero según sus observaciones, identificaron que primero deben establecerse los canales de flujo en el intersticio, y luego se formarán los vasos linfáticos.

**Cathy Ryan:** Regenerar en paralelo a esos canales de flujo. Entonces, para mí, esto plantea la pregunta durante la cicatrización de heridas, qué impacto podría tener la terapia manual de masaje MMT en la preservación o el apoyo de la permeabilidad intersticial, apoyando o preservando así los canales de flujo [02:51:00] y la angiogénesis subsiguiente. Así que estas son preguntas para las que no tengo respuesta, pero ciertamente preguntas que usted conoce, creo.

**Cathy Ryan:** Existe una hipótesis fisiológicamente plausible: si nuestras manos pudieran influir en la permeabilidad de la fascia superficial, por ejemplo, esto podría tener implicaciones para la linfangiogénesis o la regeneración de nuevos vasos linfáticos.

**Cathy Ryan:** Y mi otra pregunta es: ¿cuál es el impacto de la alteración de la angiogénesis linfática en el tejido cicatricial de nueva formación o en el tejido cicatricial maduro problemático? ¿Podría ser que algún tipo de interferencia con la angiogénesis linfática contribuya a la fibrosis que no se resuelve o que se resuelve de forma deficiente, así como a la formación de cicatrices maduras?

**Cathy Ryan:** De nuevo, estas son preguntas. Esto del Dr. Jeffrey Bove. Tuve la oportunidad de conversar con el Dr. Bove en uno de los Congresos de la fascia. Y estábamos charlando [02:52:00] y le pregunté: ¿Qué está viendo que sea interesante en su laboratorio? Y él dijo que una de las cosas que está observando es que los nervios recién formados tienen dificultades para abrirse paso a través del tejido fibroso denso.

**Cathy Ryan:** Claro, se me encendieron las bombillas y él sabía que eso probablemente me haría reflexionar. Así que mi pregunta es: estos finos vasos sanguíneos y linfáticos suelen estar muy cerca unos de otros. Si hay algún problema con estos nervios recién formados, que se abren paso a través de un tejido fibroso denso, ¿es posible que esto también ocurra con los vasos linfáticos y sanguíneos recién formados?

**Cathy Ryan:** Otra pregunta. Así que aquí hay una consideración clínica, algo en lo que pensar, y esta es una resonancia magnética de un paciente que presenta linfedema tardío. Esencialmente, esta persona tiene un sistema linfático normal, sano e intacto, lo que significa que no se trata de alguien cuyo sistema linfático esté comprometido como resultado de, digamos, algún tipo de tratamiento contra el cáncer o [02:53:00] alguien que ya tiene edema establecido.

**Cathy Ryan:** Entonces, esencialmente un sistema linfático normal y funcional y lo que observaron es un área de estasis dérmica o reflujo alrededor de un área

de una cicatriz quirúrgica. Entonces, las preguntas que me vienen a la mente son: ¿este problema de permeabilidad está afectando el flujo? Porque los capilares flácidos están ahí, se han regenerado, pero están siendo algo.

**Cathy Ryan:** Al comprimirse su permeabilidad, la luz de los vasos se estrecha debido al tejido denso y restrictivo que los rodea. ¿O se trata de un caso en el que la linfangiogénesis se ha visto afectada por la densa matriz extracelular, alterando el restablecimiento de los canales de flujo intersticial?

**Cathy Ryan:** Y luego, por supuesto, la gran pregunta es, si cualquiera de esas es una consideración razonable, ¿puede la intervención temprana desde una perspectiva de terapia manual de masaje [02:54:00] atenuar o prevenir que este tipo de situación ocurra en primer lugar? De nuevo, más preguntas. Permeabilidad. Así que hablemos un poco sobre la permeabilidad intersticial, ahora hablaremos un poco sobre la permeabilidad del vaso en sí.

**Cathy Ryan:** El examen histológico de los vasos linfáticos mostró fibrosis y esclerosis de los vasos colectores en áreas de estasis linfática. Una vez más, vemos otra implicación de la estasis linfática y cómo esta podría afectar no solo lo que sucede fuera de los vasos, sino también internamente la permeabilidad del propio vaso.

## [02:54:37] Bombas, válvulas y dolor

## [02:54:37] Bombas, válvulas y dolor

**Cathy Ryan:** Pasando a las bombas linfáticas. Sabemos que el sistema linfático gestiona el flujo mediante una serie de dos tipos de bombas, extrínsecas, que creo que es con lo que la mayoría de los masajistas que tal vez no han tenido una formación más extensa en drenaje linfático están familiarizados. Los, esos linfáticos más profundos, los, musculares.

**Cathy Ryan:** La contracción ayuda a mover el líquido [02:55:00] . Además, el sistema linfático también tiene un sistema de bombeo intrínseco estimulado por la contracción del músculo liso. De manera muy similar a nuestro sistema vascular sanguíneo, hay músculos lisos que recubren el revestimiento interno de algunos vasos linfáticos. Y estos músculos también ayudan a mover el líquido.

**Cathy Ryan:** Se cree que la bomba extrínseca es el principal impulsor del transporte linfático en el sistema profundo, y la bomba intrínseca es el principal impulsor del transporte linfático en el sistema superficial; aproximadamente dos

etapas del flujo linfático se producen mediante el bombeo intrínseco o la contracción de los músculos lisos.

**Cathy Ryan:** Lo cual es importante que consideremos, nuevamente, porque esas estructuras están muy cerca de la superficie, y si existe el potencial de que la terapia manual de masaje tenga algún tipo de impacto en el músculo liso. Por ejemplo, la actividad del músculo liso, que está mediada en gran medida por el sistema nervioso autónomo.

**Cathy Ryan:** Entonces podría existir el [02:56:00] potencial de que nuestras manos tengan influencia, una influencia positiva sobre la contracción de los músculos lisos que ayudan a mover el fluido a lo largo de este vaso.

**Cathy Ryan:** El problema con el bombeo linfático prolongado radica en que la presencia prolongada de citocinas proinflamatorias puede suprimir la bomba intrínseca local. Ciertos agentes pueden afectar estos músculos lisos, lo que genera un círculo vicioso fibrosante que se perpetúa a sí mismo. Por lo tanto, tenemos una concentración prolongada de agentes inflamatorios que suprimen la bomba.

**Cathy Ryan:** Tenemos estasis presencia continua de agentes. Fibrogénesis, más estasis, y así sucesivamente. Así que vemos aquí cómo esto puede crear este círculo vicioso que se autoperpetúa. Y luego el último componente que tocamos aquí con respecto a lo que tiene un impacto en el flujo nuestras válvulas. Sabemos que las válvulas linfáticas como [02:57:00] las venas tienen válvulas que ayudan a controlar el reflujo.

**Cathy Ryan:** Entonces, nuevamente, pensemos en términos de si tenemos alguna situación de estasis donde hay esta acumulación de líquido dentro del vaso que está causando que el vaso se distienda más. Lo que sucede es que a medida que ese vaso se distiende más, esas válvulas se vuelven incapacitadas. Ya no se ven afectadas.

**Cathy Ryan:** Y una nota sobre la estasis linfática, la neuroinflamación, la sensibilización y el dolor persistente. La alteración de la estasis, no solo afecta al flujo y la fibrogénesis y su relación, sino que, además, la acumulación de agentes inflamatorios del dolor en el intersticio puede provocar una agitación continua de los receptores de estenosis.

**Cathy Ryan:** Lo que eventualmente puede llevar de dolor agudo a dolor más complejo y sensibilización central. Y tenemos [02:58:00] este dolor que no se resuelve y que parece ser resistente a la intervención farmacológica. A menudo

hablo de que realmente creo que el mundo del drenaje linfático necesita hablar más sobre la relación entre.

**Cathy Ryan:** Drenaje linfático y control del dolor. Sé que la gente está al tanto de esto, pero no escucho que se hable lo suficiente de que es una herramienta tan poderosa para el control del dolor, tanto agudo como complejo, por su potencial para atenuarlo o prevenirlo.

## [02:58:34] Terapia manual para la estasis

**Cathy Ryan:** Entonces, dado todo eso. Entonces, si sabemos que nuestras situaciones son estasis y fibrosis, entonces con estasis o flujo desde la perspectiva de la terapia manual de masaje, entonces nuestro trabajo se dirige a abordar, para ayudar a asistir el flujo o restablecerlo. Flujo y desde la perspectiva de la fibrosis, nuestro trabajo se enfoca entonces en atenuar o prevenir que esto [02:59:00] suceda en primer lugar, o facilitar cambios productivos una vez que se han formado cicatrices maduras problemáticas.

**Cathy Ryan:** Entonces, el flujo de estasis ayuda. Así que preserva y mejora la permeabilidad del tejido regional, así como la forma en que esto puede afectar la permeabilidad del vaso en sí. Si tenemos un tubo que atraviesa un tejido muy denso y comprimido, eso también puede afectar la permeabilidad interna. Es como pisar una manguera, comprimirla un poco y al quitar el pie, el agua fluye a través de ella con un poco más de facilidad.

**Cathy Ryan:** Lo sabemos. Ciertos tipos de técnicas linfáticas pueden influir en las bombas, tanto intrínsecas como extrínsecas, empujando, comprimiendo o expulsando manualmente el líquido de un espacio a otro. Así que gran parte de mi práctica es terapia de masaje postoperatorio. Donde esencialmente trabajo con personas que tienen un sistema linfático sano e intacto que puede verse temporalmente sobrecargado o interrumpido como resultado de [03:00:00] algún tipo de procedimiento quirúrgico, digamos una.

**Cathy Ryan:** Por ejemplo, en una artroplastia total de rodilla. Podría observar una gran cantidad de líquido en la zona afectada o dañada durante la cirugía. Podemos utilizar las manos para redirigir ese líquido hacia una zona superior a la rodilla, donde los vasos linfáticos aún están intactos, lo que favorece la resolución de la estasis.

**Cathy Ryan:** Y luego la estasis y el flujo, como ya mencioné, la estasis, cuando la estasis puede potenciar la fibrosis. Así que esta es una de las maneras en que podemos, mediante el trabajo linfático, atenuar, prevenir que la situación ocurra

o, tal vez, disminuir el impacto de eso. Y luego, en cuanto al restablecimiento, nuestro trabajo es capaz de.

**Cathy Ryan:** Preservar o restablecer los canales de flujo intersticial, en virtud de algún tipo de influencia sobre la permeabilidad en este [03:01:00] tejido intersticial y cómo eso podría afectar la angiogénesis.

**Cathy Ryan:** Entonces, los diversos métodos que utilizamos para el flujo linfático, quizás en las etapas iniciales, en las primeras semanas o en las primeras semanas después de algún tipo de traumatismo en el tejido, ya sea radioterapia o cirugía. Diversas técnicas que podemos utilizar para ayudar a corregir la situación o brindar apoyo durante este proceso de las etapas de cicatrización de la herida.

**Cathy Ryan:** Entonces, algunos de los enfoques que podemos usar, el tipo de técnicas que podemos usar, movimiento fluido, sistema nervioso, técnicas de llamada, y luego terapia manual de masaje no agitante y no no aceptiva y enfoques de movimiento para ayudar a resolver algunos de estos problemas. Así que solo un poco de investigación para respaldarlo.

**Cathy Ryan:** Sí. Las células musculares lisas linfáticas son sensibles a la presión mecánica, lo que significa que reaccionan o responden a ella. Así que el potencial de cómo funciona nuestro trabajo [03:02:00] . Y los resultados respaldados por la evidencia. Esto nos lleva a nuestros resultados. Los mecanismos mediante los cuales varios métodos facilitan el flujo linfático involucran patrocinadores interrelacionados dentro de múltiples sistemas.

**Cathy Ryan:** Eso es. Una de las complejidades de investigar nuestro trabajo radica en que muchas cosas suceden simultáneamente. Por lo tanto, no solo son importantes los aspectos mecanicistas que analizamos, sino que, al mismo tiempo, a nivel de la alianza terapéutica, también interactuamos con nuestros pacientes, lo cual contribuye a los resultados que obtenemos.

**Cathy Ryan:** Es complejo. Nosotros somos complejos. Nuestro trabajo es complejo.

## **[03:02:41] Prevención de la fibrosis temprana**

**Cathy Ryan:** Con respecto a la fibrosis en las primeras etapas de la cicatrización de heridas, nuestro trabajo se centra en atenuarla o prevenirla

desde el principio, porque sin duda más vale prevenir que curar. Una vez establecida, la fibrosis es una situación más compleja de tratar.

**Cathy Ryan:** Así que siempre que podamos atenuar o prevenir [03:03:00] eso es definitivamente una ventaja para el paciente. Entonces, para atenuar o prevenir, necesitamos saber cuáles son las influencias. Entonces, en la preparación mientras escribíamos un libro, Nancy y yo, haciendo una inmersión profunda en la cicatrización de heridas y la formación de cicatrices, esencialmente seguíamos volviendo a dos impulsores o factores predominantes de la fibrosis.

**Cathy Ryan:** Una es la fase inflamatoria excesiva y prolongada, y la otra es la tensión tisular anómala alrededor de la herida. Y cada una de estas cosas puede influir en la otra. Por lo tanto, usar nuestras manos para enfocarnos en estas dos cosas en las etapas iniciales, ya sea después de la radioterapia o después de algún tipo de procedimiento quirúrgico, puede ser realmente beneficioso para el paciente.

**Cathy Ryan:** El otro. Algunos otros factores, factores importantes a considerar con respecto a la moderación o prevención de la fibrogénesis son la neurosensibilización o movilización de hipervigilancia y el estado psicológico del paciente. Así que, de nuevo, nuestro trabajo es más que un [03:04:00] agente, un resultado, muchas cosas suceden en conjunto.

**Cathy Ryan:** Esto nos lleva a aspectos de la inflamación que pueden tratarse con terapia manual de masaje. Se trata de todo aquello que podemos influir con nuestras manos: el volumen de líquido, el flujo estancado, la concentración de agentes o, como decimos, la actividad del músculo liso.

**Cathy Ryan:** Fibroblastos, miofibroblastos y células inmunitarias también. El nivel de estrés o ansiedad del paciente y, además, el estrés del sistema nervioso de la persona.

**[03:04:37]**

**Cathy Ryan:** De nuevo, solo para traer algunas investigaciones de vez en cuando para hablar un poco sobre algunos de los apoyos que se retiran.

**[03:04:45] Evidencia de carga suave**

**Cathy Ryan:** Mi enfoque para el trabajo postoperatorio y de tejido cicatricial es, y este de Fandel muestra que cuando el tejido está en un estado más rígido. Debido a la acumulación patológica [03:05:00] de agentes profibróticos e inflamación persistente, los fibroblastos, que impulsan gran parte de esos procesos, son más sensibles a la fuerza mecánica, por lo que la carga o fuerza entre apropiada para el tejido sano normal.

**Cathy Ryan:** De hecho, puede impulsar aún más este proceso. Por lo tanto, las cicatrices recién formadas o el tejido inflamado responderán mejor a enfoques más suaves, con una carga menor que la que se usa normalmente con el tejido sano no inflamado. Así que aquellos de ustedes que han tenido el gran privilegio de estar en compañía de mí cuando imparto el curso de terapia de masaje para tejido cicatricial y postoperatorio, saben que soy mucho más suave con estas manos.

**Cathy Ryan:** Así que muchas veces trabajo en un nivel uno, dos o tres en la Escala de Presión de Walton. Esa es la norma para mí. E incluso con cicatrices más maduras también. Ciertamente no vengo de la perspectiva prosec. de romper el tejido cicatricial porque el colágeno es algo realmente resistente y denso [03:06:00] y no es fisiológicamente posible que lo rompamos.

**Cathy Ryan:** ¿Y por qué querríamos destrozar las cosas? Eso fue lo que originó el problema y no salió bien. Así que, desde mi punto de vista, tiendo a evitar las técnicas de provocación, como la fricción, especialmente en el contexto de la oncología, porque, por ejemplo, en el caso de la mastectomía, existe un mayor riesgo de linfedema si somos más agresivos o enérgicos con el tejido.

**Cathy Ryan:** Así que un Walton del uno al tres. Aquí hay otro de Huang y OWA que analiza el impacto, las cosas que podrían afectar a los queloides. OWA es uno de los investigadores de renombre mundial en cicatrices queloides. Analizando los aspectos positivos y los que podrían ser potencialmente problemáticos.

**Cathy Ryan:** Entonces, en verde se ve lo positivo. Debería haber un engranaje más que diga terapia manual de masaje. En mi humilde opinión, en [03:07:00] rosa hay cosas con las que debemos tener cuidado. Y ponen el ejercicio en el lado de las cosas con las que hay que tener cuidado, lo cual es interesante, porque a menudo, después de algún tipo de procedimiento quirúrgico, hay que ponerse en movimiento, ponerse a hacer ejercicio, inmediatamente.

**Cathy Ryan:** Este es un estudio citado por Huang Nawa. Se trataba de un atleta olímpico que sufrió una rotura del tendón de Aquiles. Básicamente, esta persona

se estaba recuperando bastante bien. No había anomalías en la línea de incisión. Y eso fue aproximadamente un mes después. O mejor dicho, un par de meses después, esta persona comenzó un programa de entrenamiento muy intenso.

**Cathy Ryan:** Entonces, atleta olímpica, puedes imaginar que probablemente te lesionaste y desarrollaste una cicatriz queloide como resultado de una tensión excesiva y agresiva en el tejido, demasiado pronto antes de que estuviera listo. Y el cuerpo respondió con una sobreexpresión o hiperproliferación de colágeno. [03:08:00]

**Cathy Ryan:** Los métodos de inmunoterapia mediante masaje pueden influir en la inflamación y la tensión. Así que, de nuevo, veremos una repetición de las técnicas que podemos usar para ayudar a controlar estas situaciones: técnicas de movimiento fluido, estiramiento suave y sin agitación, técnicas de movilización y tensión, técnicas del sistema nervioso, técnicas relajantes y enfoques de movimiento sin agitación.

**Cathy Ryan:** Otra investigación sobre cómo podemos influir en la orientación, es decir, cómo podemos influir en la orientación después de una lesión de Kohler. El movimiento, la terapia manual, la influencia en la actividad de los fibroblastos, la remodelación que da como resultado un colágeno funcionalmente orientado. Disculpen, mi gráfico se estropeó ahí donde lo tenemos.

**Cathy Ryan:** Letras flotantes. Así que, de nuevo, la evidencia respalda los resultados a través de una serie de investigaciones que ayudan a respaldar, Kathy pone su dinero en práctica lo que dice. [03:09:00] Y de nuevo, varios métodos facilitan cambios de atención inflamatorios que involucran respuestas interrelacionadas dentro de múltiples sistemas.

**Cathy Ryan:** Eran complejos.

## [03:09:11] Cambios en la fibrosis madura

**Cathy Ryan:** Así que hablamos un poco sobre cómo prevenir temporalmente la fibrosis. Ahora estamos pasando a facilitar el cambio. Entonces, alguien ha venido a vernos, meses, un par de años después de, digamos, radioterapia o algún tipo de, tal vez tiroidectomía o algún tipo de cirugía de cabeza y cuello relacionada con el tratamiento del cáncer.

**Cathy Ryan:** Si observamos gran parte de la literatura histórica, el tejido fibrótico se considera, o se consideraba, un andamiaje inactivo de SCA. Y mi

punto es que no es necrótico, no es tejido muerto, está alterado. Por lo tanto, la fibrosis no es un estado estático. Todavía hay tejido vivo, todavía hay recambio celular continuo y, por lo tanto, potencialmente este tejido es susceptible de intervención con potencial de cambio.

**Cathy Ryan:** Creo que, en mi humilde opinión, si realmente queremos averiguar cómo la terapia manual puede ser efectiva con respecto a, o puede tener algún tipo de impacto en, digamos, cicatrices maduras, fibrosis que ya se ha establecido uno o dos años después. Realmente creo que la investigación debe hacerse durante muchos meses.

**Cathy Ryan:** Creo que la vida útil promedio del colágeno en nuestro cuerpo es de 18 meses, por lo que el cuerpo tarda mucho tiempo en renovar continuamente estas células. Por lo tanto, creo que para comprender realmente la eficacia de nuestro trabajo, la investigación debe desarrollarse en ese lapso de tiempo, en mi humilde opinión.

**Cathy Ryan:** Entonces, cualquier investigador que esté por ahí, veo mi nombre arriba y lo reconozco. Solo un pensamiento. Desde mi perspectiva, si nada cambia. Entonces, si tenemos un trozo de tejido fibrótico en alguna parte del cuerpo y es [03:11:00] denso y hay un problema de permeabilidad que está afectando el flujo sanguíneo, el flujo linfático y la conducción nerviosa, ese tejido no va a estar equipado con lo que necesita, tal vez para cambiar a algo más funcional, menos problemático con el tiempo. Entonces, algunos de los aspectos de la fibrosis que son susceptibles a la terapia manual de masaje, dado el actual la investigación que tenemos es cómo podemos impactar. Ciertos cambios de fibra de colágeno como hidratación, orientación, patológicos, longitudes transversales, ondulación no solo con nuestras manos sino también con ciertos enfoques de movimiento.

**Cathy Ryan:** Ciertamente, la forma en que nuestras manos podrían tener algún tipo de influencia positiva sobre Restasis malu concentraciones, oxígeno, nutrientes, llegando al tejido que necesita estar en un estado más saludable. Y también el impacto psicológico, desde la perspectiva del paciente sobre cómo nuestro trabajo puede ayudarlo, apoyarlo también. A menudo digo [03:12:00] que en lo que respecta a la alianza terapéutica, nuestra interacción con nuestro paciente, en cualquier momento dado en el contexto de mi práctica, el 80% del resultado productivo podría estar simplemente en la interacción, la forma en que interactúo con el paciente.

**Cathy Ryan:** Por ejemplo, vivo en una comunidad remota muy al norte. No es raro que la gente de nuestra comunidad tenga que viajar hasta Vancouver, que

está a una hora y media de vuelo, o cuatro horas hasta Prince George. El tiempo de viaje para someterse a algún tipo de cirugía, incluidas las cirugías oncológicas, implica regresar a la comunidad.

**Cathy Ryan:** Puede ser, dos o tres semanas antes de que tengan una consulta con su médico o su cirujano. Podría ser la primera línea de defensa o la primera persona con la que interactúen después de su procedimiento. Así que no es raro que la gente venga a mi consulta y mire su incisión y diga: bueno, eso no se ve [03:13:00] como quiero ver.

**Cathy Ryan:** Y gracias a mis años de experiencia como profesional, puedo decirles, por si les sirve de algo, que eso es lo que esperaría ver una semana después. Y ellos responden: "Ah, vale, entonces no debería preocuparme". No, eso parece bastante típico de lo que esperaría ver en esta etapa del proceso, así que eso puede ayudar mucho a aliviar el estrés que puedan estar experimentando.

**Cathy Ryan:** También. Otras cosas que se prestan a la monoterapia de masaje son el deslizamiento potencial o la falta de este del tejido conectivo.

**Cathy Ryan:** De nuevo, solo para traer algo de investigación al respecto. Esto está relacionado con las cicatrices por quemaduras. Parece que, creo que cuando hablamos de cicatrices, las cicatrices por quemaduras parecen ser una de las áreas más investigadas con respecto al efecto de la terapia manual en las cicatrices por quemaduras. Así que ya sea que estemos hablando de quemaduras de algún tipo.

**Cathy Ryan: Exposición** química [03:14:00] térmica o hablar, escaldadura en agua, sea cual sea el caso, similar a la fibrosis inducida por radiación. Esto es esencialmente una cicatriz por quemadura. Entonces, en este estudio en particular dijeron que no había evidencia clínica sólida que mostrara que el masaje conduce a una maduración más rápida de la cicatriz por quemadura.

**Cathy Ryan:** Sin embargo, parece que la terapia de masaje es psicológicamente beneficiosa y fomenta el bienestar sensorial del paciente. Promueve una mayor movilidad, ayuda a controlar síntomas molestos como quemaduras, cicatrices, prurito, picazón u otros problemas sensoriales. Alivia la tensión muscular en las contracturas funcionales, que pueden desarrollarse en las contracturas relacionadas con el descubrimiento.

**Cathy Ryan:** En resumen. Puede que no ayude a acelerar el proceso, pero tiene un impacto positivo en el estado psicológico del paciente, su calidad de vida, su

experiencia de dolor, prurito, flexibilidad y movilidad. Estoy de acuerdo con eso y también con el equilibrio entre beneficios y [03:15:00] daños. En este estudio en particular, no se reportó ningún daño derivado de la terapia de masaje, y eso es bastante bueno.

**Cathy Ryan:** Entonces, métodos de masaje para tratar la fibrosis. Es decir, técnicas de movilización de fluidos para que sepas que el desarrollo de la fibrosis o su perpetuación, una situación que no se resuelve. Técnicas de estiramiento y tensión, de nuevo, técnicas para el sistema nervioso, técnicas de relajación y diversos enfoques de movimiento también.

**Cathy Ryan:** Y una cosa que diré sobre la fibrosis más establecida o madura, viniendo de alguien que se autoproclama una apasionada de la moda, es que creo que estas personas podrían beneficiarse de un enfoque más global, de la cadena miocinética, del meridiano miofascial o de las líneas funcionales, donde un problema en una ubicación podría crear algún tipo de adaptación o compensación en otro lugar.

**Cathy Ryan:** Entonces, ese tipo de enfoques más globales a menudo [03:16:00] son útiles también para estos pacientes. Y nuevamente, nuestra evidencia respaldó los resultados. Hay mucha investigación que ayuda a respaldar cómo funciona nuestro trabajo. Y con respecto a las cicatrices más maduras, realmente buscamos facilitar cambios con respecto a la fibra y el entorno fluido dentro de la fibra de colágeno, así como el entorno fluido alrededor de la fibra de colágeno que podría tener un impacto en la capacidad de esa fibra de colágeno para deslizarse o moverse con respecto a sus vecinas.

**Cathy Ryan:** Los cambios son necesarios. Por ejemplo, los cambios en las fibras de colágeno. Algunos de estos cambios, como decía antes, tardan mucho tiempo. Cambios en la calidad y la orientación. Esto puede tardar meses en notarse, mientras que en el entorno fluido, estos son los cambios que podemos observar más rápidamente.

**Cathy Ryan:** Estas son las cosas que estamos trabajando con alguien y activando el tejido y al principio. El tejido se siente muy firme y denso. Y luego después de un tiempo puedes [03:17:00] sentir que el tejido se vuelve más suave y más flexible. Y podríamos ver implicaciones o indicaciones de que también hay algún tipo de cambio en la microcirculación, como flujo sanguíneo menos congestión y tejido, o mejor linfático.

## [03:17:16] Prueba de cambio por ultrasonido

**Cathy Ryan:** Bien, a esta siguiente sesión me gustaría llamarla "Miren esto". Así que, de nuevo, incorporemos algunas investigaciones. Esto del Dr. Pol, me emocioné mucho cuando lo vi presentado en, no sé si fue en la Conferencia Internacional de Investigación en Terapia de Masaje o en el Congreso de la Fascia. Fue en uno de ellos. En fin, una de esas importantes conferencias de terapia manual a las que todos deberíamos asistir.

**Cathy Ryan:** Me emocioné mucho cuando vi esto. Así que Pole en este estudio en particular, esto es a nivel de la piel, así que usando ultrasonido de alta definición y en tiempo real para visualizar esa capa de tejido. Encontró áreas en la piel que a partir de la palpación de Pole, que es médico, capacitado como terapeuta de masaje. Hacen eso en Europa. A partir de la palpación de Pole encontró [03:18:00] estas áreas que, como muchos de nosotros sabemos, se sienten más densas y menos flexibles en no ceder tanto.

**Cathy Ryan:** Y entonces Pole encontró otra zona adyacente que no tenía la misma textura. Así que esta zona más densa y menos flexible fue lo que ella describió como la zona afectada. Entonces, Pole visualizó la zona afectada y la zona no afectada mediante ultrasonido de alta definición, y luego aplicó lo que ella describe como una técnica modificada de masaje de la piel, que es muy similar a la forma en que yo uso mis manos con respecto a la fibrosis establecida.

**Cathy Ryan:** Soy, yo, y también en las primeras etapas de la herida vino también para ayudar con la permeabilidad, pero hago mucho de. Levantar el tejido en lugar de comprimirlo en el tejido. Hay muchas razones para eso y podemos discutir eso en otro momento o venga a verme en uno de los eventos de Hewell. Estoy allí pero. Tiró en un levantamiento y lo que ella describió como [03:19:00] micro cizallamiento.

**Cathy Ryan:** Entonces, este microcorte de este tejido entre las yemas de sus dedos. Y luego lo hizo también en el área no afectada. Visualizamos y en el área no afectada o área sana, no hubo cambios, todo parecía igual, pero en el área afectada, lo que vio fueron estas hebras de colágeno que cambiaron de diámetro.

**Cathy Ryan:** A la izquierda se puede ver una fibra más densa y comprimida, antes del tratamiento. Y a medida que nos movemos hacia la derecha en la pantalla, se observa que la fibra cambió de diámetro. Sabemos que no se pueden

depositar células tan rápido para que crezca una fibra más grande. Por lo tanto, lo que podemos suponer, desde un punto de vista fisiológico, es que la fibra de colágeno se hidrató más.

**Cathy Ryan:** Y eso es lo que constituyó ese efecto más suave y flexible, al que me refiero como el [03:20:00] efecto del tomate seco. Toma un tomate seco que sea realmente duro y rígido. Y tratas de doblarlo, no se dobla. Y tratas de deslizarlo entre tus dedos y no se desliza, y tomas ese tomate seco y lo echas en un vaso de agua caliente.

**Cathy Ryan:** Déjalo reposar unos minutos. Lo sacas. Ahora ese tomate seco tiene un poco de flexibilidad. Puedes retorcerlo, puedes doblarlo. Se desliza entre las yemas de los dedos. Así que el tomate seco.

**Cathy Ryan:** Esta es Sharon Wheeler. Un rol muy conocido como educadora. El trabajo de Sharon se llama trabajo de cicatrices. Nuevamente usando ultrasonido de alta definición en tiempo real. Creo que esta era una cicatriz de cesárea. Así que visualice el área desde la piel hasta la fascia superficial antes del tratamiento. Y puede ver las flechas rojas que indican.

**Cathy Ryan:** El espacio entre la piel y la fascia superficial. Y luego a la derecha, después de un trabajo de Sharon, un trabajo de cicatrización de Sharon, se puede ver que hay un cambio en lo que Wayer describe como la diferencia entre la piel y la cicatriz [03:21:00]. Así que cuando hablo de permeabilidad, a esto me refiero. Hay más apertura allí, esa capa es menos densa, menos comprimida.

**Cathy Ryan:** Entonces, nuevamente, si tenemos estructuras que se extienden entre la piel y el tejido subyacente, que son muchas, existe la posibilidad de que se produzca algún tipo de impacto en la permeabilidad. Este es de Alistair McLaughlin. Alistair realiza un tipo de trabajo de liberación miofascial de cicatrices. Nuevamente, utilizando ultrasonido de alta definición en tiempo real.

**Cathy Ryan:** No, ojalá tuviera uno. Y de nuevo, mostrando antes y después del tratamiento. Entonces, en el caso de Alistair, ¿buscaba algo similar a qué? Ya sabes, la imagen de lo que vimos, el trabajo de Sharon, donde vemos este cambio en la densidad comprimida del tejido. Lo que no esperaba y le sorprendió mucho ver fue un cambio en la vascularización.

**Cathy Ryan:** A la izquierda vemos [03:22:00] esta zona antes del tratamiento. Se puede ver un poco de rojo, donde obviamente hay algo de irrigación sanguínea. De lo contrario, ya no sería tejido vivo. Pero después del tratamiento,

vemos mucha más irrigación sanguínea. A esto me refiero con tejido fibrótico. Si nada cambia.

**Cathy Ryan:** Pero si nuestro trabajo tiene la capacidad de mejorar el flujo a través de ese tejido desde una perspectiva sanguínea y linfática, así como la función neuronal, entonces existe el potencial de que este tejido se transforme con el tiempo en algo menos problemático.

## **[03:22:30] Resumen y conclusiones del estudio STAR**

### **[03:22:30] Resumen y cierre de STAR**

**Cathy Ryan:** En resumen. Utilizando el enfoque estrella basado en la evidencia.

**Cathy Ryan:** Este es el formato que utilizo en mis clases de terapia de masaje postoperatorio y tratamiento de cicatrices. En resumen, ¿cuál es el problema? ¿Qué es lo que necesita cambiar? ¿Cómo podemos usar nuestras manos para facilitar esos cambios? El resultado se basa en evidencia científica, explicado de la mejor manera posible según los conocimientos actuales.

**Cathy Ryan:** En resumen, nuestra situación es estasis [03:23:00] fibrosis, esa es nuestra situación. Entonces, resumen de la estasis. Nuestras tareas desde la perspectiva de la estasis son mejorar la permeabilidad, apoyar una mejor acción de bombeo. Y también ayudar a reducir parte de la demanda sobre los vasos para que puedan volver a su circunferencia más apropiada para que las válvulas vuelvan a funcionar correctamente.

**Cathy Ryan:** Resumen de la fibrosis. Nuestras tareas son, ya sea, prevenir, modificar o facilitar un cambio significativo una vez que la fibrosis se ha establecido. Nuestras acciones en las primeras etapas de la cicatrización de heridas, la formación de cicatrices, por lo que cómo usamos nuestras manos, técnicas de movilización de fluidos, técnicas de activación del sistema nervioso, no-no C, no reincidencia de lesiones, masaje, terapia de manos y movimiento.

**Cathy Ryan:** Entonces, recuerden de ese estudio de og si somos demasiado agresivos con el tejido al principio, eso en realidad puede potenciar la fibrosis en lugar de atenuarla, prevenirla. Y luego cuando llegamos a cicatrices maduras y problemáticas, es prácticamente lo mismo. Lo único que creo que es diferente

de [03:24:00] mi perspectiva con respecto a las cicatrices más maduras es la consideración en torno a la compensación y las adaptaciones.

**Cathy Ryan:** Nuestros resultados sí, supongo. Moderar lo amplificado, fluctuar el flujo, desbloquear el paso, limpiar la promesa, organizar el caos y fluctuar el fluido. Eso es lo que hacemos. Y, de nuevo, sería negligente si no hablara, una vez más, de la alianza terapéutica, señalando que no somos solo un par de manos y no solo tratamos cicatrices, sino que tratamos a personas con cicatrices.

**Cathy Ryan:** Así que, ya sean cicatrices por fibrosis inducida por radiación o cicatrices de cirugías oncológicas en la región de la cabeza y el cuello, hay una persona ahí y es importante ser siempre conscientes y estar presentes con esa persona.

## **[03:24:50] Recursos y cierre**

**Cathy Ryan:** Los recursos del libro sobre el manejo del tejido cicatricial traumático que escribí en coautoría con Nancy Teeny Smith.

**Cathy Ryan:** También contribuciones de capítulos sobre la función de la fascia y aplicaciones médicas [03:25:00] y oncología. Masaje y enfoque integral para el cuidado del cáncer por Janet Penney y Rebecca Sturgeon. Si me buscas, puedes encontrarme en Heal en los EE. UU. Generalmente imparto clases patrocinadas por Heal Well, y si me buscas fuera de los EE. UU. puedes escribirme directamente a [c\\_ryan\\_rmt@gmail.com](mailto:c_ryan_rmt@gmail.com).

**Cathy Ryan:** Muchas gracias por su curiosidad. Aprecio mucho su tiempo y le agradezco nuevamente a S four OM por invitarme de nuevo. Lo aprecio mucho.

## **[03:25:31] EST Presencia en el cuerpo: El papel de la conciencia interoceptiva para la salud y el bienestar con Cynthia Price**

### **[03:25:31] Bienvenida y presentación del orador**

**Cynthia J Price:** Hola a todos. Muchas gracias por estar aquí. Mi nombre es Cynthia Price y voy a hacer una presentación sobre la intercepción, que es para aquellos de ustedes que no lo saben, y les contaré más al respecto.

**Cynthia J Price:** Es

**Cynthia J Price:** la consciencia, la consciencia interceptiva. Hay consciencia de las sensaciones dentro de nuestros cuerpos.

**Cynthia J Price:** Y he sido profesora investigadora en la Universidad de Washington en Seattle durante los últimos [03:26:00] 25 años investigando un enfoque del que les voy a hablar. Y antes de eso, ejercía la práctica privada como masajista y psicoterapeuta somática. Así que mi trabajo ha implicado el tacto a lo largo de los últimos años.

**Cynthia J Price:** Llevo haciendo este trabajo unos 40 años. Y capacito a masajistas para que trabajen en mis estudios de investigación y ahora tengo una organización sin fines de lucro, bueno, en realidad la tengo desde hace un tiempo.

**Cynthia J Price:** Se llama Centro para la Conciencia Corporal Plena, donde ofrecemos capacitaciones a terapeutas de diversas disciplinas para que aprendan el enfoque del que van a oír hablar un poco hoy.

**Cynthia J Price:** Permítanme compartir la pantalla. El título de mi charla es Presencia en el Cuerpo: El Papel de la Conciencia Interceptiva para la Salud y el Bienestar. Si desean ponerse en contacto conmigo, pueden ver mi correo electrónico y el centro sin fines de lucro [03:27:00] donde impartimos formación.

## [03:27:04] Conceptos básicos de interocepción

**Cynthia J Price:** Bueno, primero voy a hablar de algunos conceptos para que tengamos algunas palabras en común. La intercepción es el proceso mediante el cual el sistema nervioso detecta, interpreta e integra las señales que provienen del interior del cuerpo y proporciona un mapeo momento a momento del paisaje interno de nuestro cuerpo, consciente e inconsciente.

**Cynthia J Price:** La mayor parte es realmente inconsciente, por lo que las partes de las que podemos ser conscientes, los aspectos de las señales de nuestro

sistema interno de los que podemos ser conscientes, los llamamos interceptivos. La capacidad de hacer eso se llama interceptivo.

**Cynthia J Price:** interceptiva

**Cynthia J Price:** conciencia, y se entiende como percepción ascendente de las señales corporales y evaluación cognitiva descendente de esas señales que nos ayudan a guiar las respuestas para la regulación y el estado emocional [03:28:00] .

**Cynthia J Price:** Se trata de la regulación de nuestro cuerpo de la manera que necesitamos para sobrevivir. Y a eso nos referimos con mantenernos regulados desde una perspectiva homeostática. Por ejemplo, cuando tengo frío, me dan escalofríos y los noto, y sé que necesito abrigarme. Cuando tengo hambre, recibo señales que me indican que tengo hambre, así que sé que necesito comer.

**Cynthia J Price:** Cuando estoy cansada, recibo información de mi cuerpo que me ayuda a darme cuenta de lo cansada que estoy, ¿verdad? Necesitamos esas cosas para sobrevivir: dormir, beber, mantenernos calientes, etc. Pero también nuestro bienestar emocional. Recibimos señales que nos ayudan a saber cómo nos sentimos. Así que, con la conciencia interceptiva, prestamos atención a todas estas cosas.

**Cynthia J Price:** Bud Craig, la primera referencia que se menciona aquí, fue un anatomista que rastreó las vías sensoriales hasta las áreas del cerebro a donde van esas señales. Y así es como sabemos que estas señales están realmente ahí [03:29:00] para la regulación, para mantener nuestro cuerpo en equilibrio porque van a las partes del cerebro que están específicamente destinadas a ese propósito.

**Cynthia J Price:** Entonces

## [03:29:11] Conexión de atención plena

**Cynthia J Price:** Cuando aprendemos la conciencia interceptiva, cómo dirigir la atención hacia el interior de nuestro cuerpo, que es lo que hago, enseño e investigo, recurrimos a las habilidades de atención plena para lograrlo. Por lo tanto, existe una gran superposición entre prestar atención a la conciencia interceptiva interna y desarrollar esa habilidad terapéuticamente, así como poseer habilidades de atención plena.

**Cynthia J Price:** Entonces, cuando prestamos atención a nuestro cuerpo, entramos en la consciencia del momento presente, que para muchos es la definición por excelencia de la atención plena. Es presente y consciente con estas otras cualidades que se consideran realmente importantes para la atención plena,

**Cynthia J Price:** apertura,

**Cynthia J Price:** curiosidad, ausencia de juicio y autocompasión, [03:30:00] así como aprender la capacidad de mantener la atención en lo que notamos en nuestro interior.

## [03:30:06] Investigación y relevancia clínica

**Cynthia J Price:** Esa también es una habilidad de atención plena y absolutamente integral para aprender habilidades de conciencia interceptiva para, desde, para, para realmente ayudarnos a saber cómo, cómo estamos Así que quiero tocar los modelos neurocognitivos y la investigación en los últimos 15 años más o menos. Tal vez un poco más. Ha habido bastante atención a la intercepción, inci en el ámbito científico, especialmente relacionada con la atención plena inicialmente porque los neurocientíficos se involucraron en esta pregunta, ¿cómo funciona la atención plena?

**Cynthia J Price:** ¿Qué está sucediendo que ayuda a las personas a aprender estas habilidades o explica por qué la atención plena es útil? ¿Verdad? Y a través de [03:31:00] las neurociencias, la investigación de los neurocientíficos y los modelos para comprender esto, todo el concepto de intercepción llegó a la atención clínica de una manera nunca antes vista. Así que ahora conocemos estas áreas del cerebro que apoyan la intercepción e influyen en la autoevaluación y la emoción y los síntomas efectivos.

**Cynthia J Price:** Pero los estudios transversales, esos son estudios que son simplemente, no estás

**Cynthia J Price:** enseñanza

**Cynthia J Price:** cualquiera, lo que sea. Simplemente reúnes a la gente. Un grupo grande y observa si hay diferencias, por ejemplo, entre quienes tienen síntomas de salud mental o dolor físico y quienes no, para ver si hay diferencias en qué áreas de su cerebro se activan al procesar los sentidos.

**Cynthia J Price:** Y lo que han visto

**Cynthia J Price:** es

**Cynthia J Price:** que las personas que tienen trastornos de salud mental, pi, personas que tienen afecciones de salud física como dolor crónico, por ejemplo, en comparación con controles sanos, tienen dificultad para procesar su información sensorial. [03:32:00] Así que esto es bastante conocido en este punto, y sugiere que para ayudar a las personas a aprender cómo hacerlo para apoyar su regulación.

**Cynthia J Price:** El estrés crónico también parece reducir el acceso a las señales de intercepción. Entonces, cuando hablamos de cáncer, bueno, primero déjenme mostrarles estas diapositivas sobre la activación de la red de intercepción, un trabajo realizado por Norman Farb, quien ha realizado mucho trabajo en el ámbito de la atención plena.

## [03:32:35] Cáncer y contexto del masaje

**Cynthia J Price:** Y cuando hablamos de cáncer, hay cada vez más literatura que realmente señala el papel de la conciencia interceptiva como algo realmente importante en el cáncer, que las personas que viven con cáncer también tienen dificultades para prestar atención a sus señales internas y procesar la información sensorial y su cuerpo. Y creo que [03:33:00] tiene sentido. Creo que esto es generalizado cuando las personas viven con angustia, angustia de salud mental, angustia física. Aunque las respuestas de afrontamiento, especialmente cuando es largo, son cerrar parte de esa atención a la información interna, en, en el interior como una forma de, de tipo seguir adelante con la vida y tiene sentido, pero hay un punto en el que ya no es tan útil.

**Cynthia J Price:** Muchos de estos artículos, como este último, sugieren realmente lo importante que puede ser la conciencia interceptiva para un gen como una habilidad crítica en el tratamiento y la recuperación del cáncer para abordar el estado de ánimo de las personas, su resiliencia y su regulación. Así que, este equipo en particular de Reese Truvado y Anton ha estado publicando durante [03:34:00] bastantes años y diciendo cosas muy similares a lo largo de esos años.

**Cynthia J Price:** Pueden ver que esta publicación en particular salió. Así que la relevancia para la terapia de masaje con cáncer de cabeza y cuello, porque para eso están todos aquí. Quiero hablar de esto por un minuto y luego volveremos a este punto al final. Pero estuve hablando con Holly McMillan, quien dio la

presentación hoy temprano en anticipación a esta presentación, y ella por supuesto tiene mucha experiencia y conocimientos con.

**Cynthia J Price:** Masaje para el cáncer de cabeza y cuello, y me comentaba lo mucho que se necesita hacer. No solo que los masajistas conozcan y ofrezcan este tipo de formación en el tratamiento del cáncer, sino que, en general, se necesite que el tratamiento del cáncer ayude a los pacientes a afrontar sus síntomas de malestar físico y emocional. Y algunos ejemplos, con los que seguramente muchos de ustedes están familiarizados, son las molestias físicas de la radiación.

**Cynthia J Price:** [03:35:00] La incomodidad emocional y física relacionada con los cambios en los rasgos faciales, los cambios en las formas en que las personas pueden expresar intimidad, el entumecimiento que pueden tener en los labios, su incapacidad para besar en situaciones sociales y de alimentación. Eso puede ser realmente desafiante si alguien babea o tiene otros problemas para comer.

**Cynthia J Price:** Depresión, la tasa de suicidio es alta debido a las secuelas a largo plazo de los síntomas para los pacientes Así que pueden ver aquí que tenemos ejemplos que tienen que ver con desafíos de salud mental, desafíos de salud física, mucho en torno a la aceptación de cosas que han sucedido que son consecuencias a largo plazo que alguien tiene que vivir Y todo esto es relevante para pensar en cómo podríamos usar la conciencia de las señales corporales internas y cómo respondemos a esas señales o lo que nos hacen [03:36:00] internamente cuando prestamos atención ayudar a las personas a procesar esas respuestas y encontrar nuevas formas de estar en el mundo. Y de eso se trata mi trabajo.

## [03:36:12] Beneficios para los clientes

**Cynthia J Price:** Entonces, ¿qué obtienen los clientes de una mayor conciencia interceptiva? Desarrolla la conciencia de su experiencia sensorial interna. Les ayuda a vincular entre los síntomas físicos y emocionales. Facilita la aceptación y la autocompasión. Promueve la reevaluación somática, nuevas comprensiones de proporciona a las personas nuevas herramientas de cuidado para el autocuidado, lo que puede ser realmente empoderador, ayudando a las personas a tener nuevas formas de regularse y un sentido de su propia capacidad para hacerlo, lo que es simplemente manejo del estrés.

**Cynthia J Price:** Y otro conjunto de términos promueve el cambio de comportamiento, nuevas formas de estar en el mundo, y los clientes aprenden a

experimentar su cuerpo como un recurso para comprenderse a sí mismos y participar en nuevos comportamientos. Así que, [03:37:00] les estoy dando el final antes de la mitad, pero solo quiero que entiendan por qué este trabajo podría ser relevante para ustedes.

**Cynthia J Price:** Nuestro objetivo general es ayudar a los clientes a tener una mejor capacidad de regulación y a utilizar habilidades de intercepción para lograrlo. Por eso, siempre estamos trabajando en cómo podemos ayudar a alguien a mantener un mejor equilibrio o a entrar rápidamente en un estado de equilibrio entre el sistema nervioso parasimpático y el simpático.

## [03:37:29] Descripción general del método MABT

**Cynthia J Price:** El trabajo que realizo para ayudar a las personas a aprender estas habilidades se llama atención plena y terapia orientada al cuerpo.

**Cynthia J Price:** Y desarrollé este enfoque cuando trabajaba hace un par de décadas en la práctica clínica, principalmente con personas en recuperación de traumas, traumas interpersonales. Así que estaban bastante desconectados de sus cuerpos y

**Cynthia J Price:** ayudando

**Cynthia J Price:** Las personas adquieren un nuevo conjunto de habilidades necesarias para su recuperación.

**Cynthia J Price:** Y desde entonces con la investigación. He [03:38:00] continuado trabajando con la recuperación del trauma, pero también mucho con personas que han estado o están en tratamiento por trastorno por consumo de sustancias, la mayoría de las cuales tienen trauma.

**Cynthia J Price:** y

**Cynthia J Price:** muchos de ellos padecen dolor crónico. Así que estas han sido, por así decirlo, las tres áreas o poblaciones principales con las que he trabajado: trauma, trastorno por consumo de sustancias, recuperación y dolor crónico.

**Cynthia J Price:** Pero este trabajo es realmente útil para todos, tanto para quienes tienen dificultades como para quienes no, porque en realidad todos

podemos tener mayor capacidad para prestar atención a nuestro bienestar interno. Este trabajo, MABT, que yo llamo atención plena, conciencia plena y terapia orientada al cuerpo, enseña habilidades de atención plena que utilizan la psicoeducación táctil y la atención plena.

**Cynthia J Price:** Y el modelo explicativo es que, al aprender estas [03:39:00] habilidades, las personas son más, tienen mayor capacidad de regulación emocional y, por lo tanto, un mayor bienestar. Así que se imparte de forma individual. Es un enfoque incremental, y hablaré de eso en un minuto. Llevo 25 años investigando. Así que está basado en la evidencia, es un enfoque informado sobre el trauma e incluye práctica en casa.

**Cynthia J Price:** Nuestro objetivo final es que las personas aprendan estas habilidades, las integren en su vida y cuenten con un nuevo conjunto de herramientas para su autocuidado. El artículo al que se hace referencia aquí, disponible en mi sitio web (hay una pestaña de investigación donde se encuentran todos los enlaces a la investigación de MABT), describe este enfoque en detalle, junto con otros recursos.

## [03:39:46] Desarrollo de habilidades en ocho semanas

**Cynthia J Price:** Estos son los aspectos básicos del aprendizaje de la conciencia interceptiva con este enfoque: aprender a ser consciente e identificar las sensaciones.

**Cynthia J Price:** y

**Cynthia J Price:** ser capaz de usar el lenguaje para identificar [03:40:00] ser capaz de llamar la atención, aprender a llamar la atención desde fuera del cuerpo, hacia dentro del cuerpo. ¿Cómo se hace eso? Y trabajamos en eso.

**Cynthia J Price:** Y luego aprender a mantener la atención en el cuerpo interno durante un período de tiempo significativo y que tratamos de crecer. Y luego trabajar realmente con lo que encontramos que tiene significado para nosotros. Y reflexionar sobre las propias experiencias es el componente de reevaluación somática.

**Cynthia J Price:** y

**Cynthia J Price:** luego la práctica para llevar a casa.

**Cynthia J Price:** Entonces, los componentes principales que son importantes para el aprendizaje, cuando he estado haciendo investigación, hay que desarrollar un protocolo. Y así he estado haciendo investigación que implica un protocolo de ocho semanas para abordar estos puntos. Y de nuevo, estos son los mismos puntos clave de los que estábamos hablando, pero cada sesión comienza con una admisión para verificar, conceptual [03:41:00] construir confianza en la relación.

**Cynthia J Price:** Y luego están las tres etapas para el aprendizaje secuencial para promover la conciencia interceptiva. Las dos primeras sesiones se centran en la alfabetización corporal, que es desarrollar esa conciencia, y trabajamos más en el cuerpo externo. Las dos sesiones siguientes se centran más en cómo llevar tu conciencia dentro del cuerpo que está accediendo.

**Cynthia J Price:** Conciencia interceptiva. Y luego las últimas cuatro sesiones son aprender la práctica de conciencia corporal plena o mantener la atención en regiones específicas del cuerpo. Y luego revisamos lo que hemos hecho, cuáles fueron los aspectos más destacados de la experiencia de alguien para el proceso de evaluación somática, y para ayudar a guiar cuál será la práctica para llevar a casa al final de cada una. Entonces, cuando enseñamos, enseñamos este proceso, sabiendo que como clínicos, no van a hacer un protocolo de ocho semanas necesariamente, pero para que puedan tomar las piezas [03:42:00] de esto que pueden traer a su práctica con las personas de una manera que tenga sentido para ustedes y para ellos.

## [03:42:10] Demostración guiada de conciencia corporal

**Cynthia J Price:** Voy a dedicar unos minutos a compartir con ustedes algunas de estas estrategias de aprendizaje de las que les hablaba, desde un punto de vista más práctico, para que comprendan mejor de qué estoy hablando.

**Cynthia J Price:** Luego retomaremos las diapositivas y les contaré más, basándome en algunas de las investigaciones que hemos realizado. Voy a dejar de compartir un momento para que puedan verme hablar sobre un par de cosas de esta intervención y probarlas ustedes mismos. Es una invitación a que lo hagan.

**Cynthia J Price:** Entonces, lo primero en lo que vamos a trabajar es en el comienzo de esta intervención, que, o este enfoque, que es, nuevamente, identificar y articular en lenguaje lo que estamos notando cómo [03:43:00]

describiríamos a muchas personas para quienes este tipo de enfoque es nuevo. Su lenguaje es algo limitado, como si las palabras simplemente no vinieran.

**Cynthia J Price:** Sabes, cuando preguntas "¿Qué estás notando?", alguien suele decir: "Oh, se siente tan bien". ¿Verdad? En lugar de usar una palabra sensorial para describir lo que siente. Así que en eso estamos trabajando primero: en desarrollar el lenguaje y la comodidad. Simplemente expresar eso y decirlo en voz alta, hay una enorme cantidad de intercambio verbal en este enfoque donde la persona simplemente te dice lo que está notando en el momento.

**Cynthia J Price:** Y así puedes hacer un seguimiento con ellos de lo que está sucediendo. Y ese es realmente el punto. Y muchos terapeutas corporales dicen: "Oh, pero eso está fuera del alcance de nuestra práctica". Yo les digo: "No, no lo está. No estamos haciendo psicoterapia. Estamos trabajando en enfocarnos en la conciencia sensorial, en lo que notan en sus cuerpos en el [03:44:00] momento".

**Cynthia J Price:** Y eso es realmente importante

**Cynthia J Price:** a

**Cynthia J Price:** recuerden que aunque hay mucha interacción verbal, ese es el foco de la interacción verbal, la mayor parte de ella. Así que para aquellos de ustedes que quieran unirse a mí en esto, esto les resultará muy, muy familiar como terapeutas corporales. Pero lo primero que hacemos es, por ejemplo, si ponen la mano en el hombro, donde todos solemos tenerla.

**Cynthia J Price:** A menudo se puede sentir cierta tensión. Simplemente palpa la zona y date un pequeño masaje. Puedes ir a la parte superior de la espalda, alrededor del omóplato, si puedes alcanzar esa zona. O puedes quedarte aquí mismo, en la parte superior del hombro, mientras palpas, y encontrar un lugar donde sientas mucha sensibilidad.

**Cynthia J Price:** Voy a mantener ese lugar. Y luego presionaré suavemente.

**Cynthia J Price:** [03:45:00] con fuerza y mantén ese punto y pregúntate, si cerrarás los ojos o no, pregúntate, si usara palabras para describir esta sensación que hay debajo.

**Cynthia J Price:** ¿ serían esas esas palabras? Y eso es lo que hacemos cuando hacemos eso durante las dos primeras sesiones en todo el cuerpo.

**Cynthia J Price:** Entonces, en mi caso ahora mismo, mientras sostengo este punto, por ejemplo, primero noté. La, la, la sensibilidad, era una especie de sensibilidad dolorosa debajo de lo que se sentía como un área dura, dura de tensión muscular. Área de Y luego, mientras sostengo ese punto, ¿qué sucede? Y lo que noto es que el dolor se disipa, y luego principalmente solo noto la presión.

**Cynthia J Price:** Entonces, para ti, tómate un momento. ¿Qué palabras usarías para describir lo que sientes? Y luego ve al otro lado y mira si [03:46:00] hay otro punto que simplemente sostienes. ¿Es el mismo o es diferente? ¿Hay otras palabras? ¿Hay una sensación diferente que notas en tu propio cuerpo mientras lo sostienes? ¿Y cómo describirías lo que sucede mientras lo sostienes? Entonces, como dije, este trabajo que hacemos en todo el cuerpo es muy fácil de integrar en el masaje, porque simplemente estás haciendo un masaje y luego simplemente te detienes en algún lugar y haces esta simple pregunta, ¿cómo describirías lo que sientes? ¿Notas mi presión?

**Cynthia J Price:** Y cuando alguien dice, oh, se siente genial, ya sabes, entonces eso es maravilloso. ¿Puedes decirme las palabras de cómo describirías la sensación en tu tejido? ¿Verdad? Solo intentas ayudarlos a orientarse hacia lo que están notando nivel y cómo [03:47:00] lo pondrían. Entonces, con este trabajo, las personas se están volviendo más conscientes de. Todas las cosas que están notando, no se distraen en un masaje, les pides que se queden contigo. Y luego están practicando eso, ese desarrollo del lenguaje. Y cuando las personas tienen muchas dificultades para encontrar una palabra, a menudo decimos, bueno, simplemente lanzaré algunas.

**Cynthia J Price:** Dime si alguno de estos te sirve. Ese tipo de cosas. Muy bien. Eso es lo que hacemos en la primera etapa, y esa es la alfabetización corporal que estamos desarrollando, el cuerpo. Y es absolutamente fundamental, a medida que avanzamos en este enfoque, trabajar en el desarrollo de habilidades de conciencia interceptiva.

**Cynthia J Price:** La gente necesita estas capacidades para encontrar palabras que describan cómo se sienten y la comodidad de compartirlo en voz alta en esta sesión, porque solo lo hacemos cada vez más. Así que realmente estamos preparando [03:48:00] a la gente para lo que viene. Así que vamos a saltarnos el proceso de la segunda etapa, que es como pasar de fuera del cuerpo a dentro del cuerpo.

**Cynthia J Price:** Y voy a invitarlos a hacer una pequeña meditación conmigo, dentro de su cuerpo. Si quieren. Y si no quieren, no hay problema. Solo

tomaremos unos minutos. Pero los invito a poner su mano con firmeza, toda su mano, sus dedos.

**Cynthia J Price:** muy firmemente

**Cynthia J Price:** en tu pecho. Y si este lugar, y vamos a ir, viajando hacia abajo, hacia el interior de nuestro pecho, si lo prefieres, si esto no te hace querer ir, podrías poner la mano de nuevo en tu hombro y concentrarte en llevar tu atención a este espacio dentro de tu cintura escapular.

**Cynthia J Price:** Hay diferentes cosas que puedes hacer en tu vientre, puedes hacer lo que quieras. Voy a guiarte. Aquí, pero puedes traducirlo en tu mente y [03:49:00] luego ir a algún lugar. Para empezar, con los ojos abiertos, simplemente manteniendo este espacio, mueve la mano sobre la piel.

**Cynthia J Price:** O si estás sobre una camisa, está bien. Y simplemente observa cómo se siente. ¿Cómo se siente este lugar desde afuera? ¿Cuánta flexibilidad hay en el tejido al ir hacia adelante y hacia atrás o hacia arriba y hacia abajo? Observa dónde hay resistencia, dónde no la hay. ¿Cómo se siente emocionalmente tener solo tu mano aquí? Observa esas cosas por un minuto, y luego te invitaré a cerrar los ojos, y yo también cerraré los míos mientras te guío.

**Cynthia J Price:** a

**Cynthia J Price:** simplemente cierra los ojos y tómate un minuto para sentir tu cuerpo en el Así que queremos que te sientas realmente cómodo y conectado a tierra. Así que si [03:50:00] pudieras dejar que tu espalda, recuéstate contra la silla.

**Cynthia J Price:** Aviso

**Cynthia J Price:** la sensación de tus glúteos en la silla. Nota la sensación de tus pies tocando el suelo. Entonces, si pudieras tener ambos pies tocando el suelo y simplemente sentir esta sensación de la silla sosteniendo tu peso.

**Cynthia J Price:** Y luego, respira hondo un par de veces, poniéndote lo más cómodo y conectado a tierra posible.

**Cynthia J Price:** Y

**Cynthia J Price:** entonces quiero invitarte a que dejes que tus pensamientos se calmen para que tu enfoque sea más interno.

**Cynthia J Price:** Lo que vamos a hacer ahora es ver si podemos [03:51:00] viajar nuestra conciencia interna desde nuestra cabeza hasta el espacio de nuestro pecho o donde sea que estés sosteniendo tu mano.

**Cynthia J Price:** hacia adentro, en medio de ti, en ese espacio. Entonces, si te mueves fuera de tu cabeza, intenta permitir que tu atención baje desde tu cerebro, hacia la parte posterior de tu garganta. Invítala a bajar por el medio de tu garganta.

**Cynthia J Price:** Invita a tu atención a ir más allá de tu clavícula

**Cynthia J Price:** en

**Cynthia J Price:** la región superior de tu torso [03:52:00] y en ese espacio detrás de tu mano, tratando de enfocarte en el centro de ti. Entonces, entre donde tu mano está en el frente y la silla tocaría el respaldo, orientándote hacia el centro de tu cuerpo, ve si puedes permitir que tu atención interna descansa en ese espacio de tu cuerpo interno en la parte superior de tu pecho.

**Cynthia J Price:** Aviso

**Cynthia J Price:** si puedes llegar allí. Y si no puedes, está bien. Simplemente permítete permanecer con la atención en tu Pero si puedes, [03:53:00] simplemente estar contigo mismo en tu interior y notar cómo se siente llegar a este interno en tu pecho. ¿Cómo se siente estar allí? ¿Cómo sabes que estás Y hay algo que notes al estar en este espacio? Cualquier cosa. Puede que no notes nada en absoluto, pero si lo haces, simplemente deja que tu, deja que esa información llegue Vea si puede descansar en ese lugar de observación por otro

**Cynthia J Price:** 20

**Cynthia J Price:** Y luego [03:54:00] manteniendo la mano en tu Permite despedirte de este lugar vuelve a centrar tu atención en la habitación. Y cuando estés listo, manteniendo la mano donde está. Abre tu y simplemente observa cómo te sientes ahora en la silla. Mueve la mano como lo hiciste al principio.

**Cynthia J Price:** mueva la mano y observe si siente alguna diferencia o si la sensación en el tejido es la misma.

**Cynthia J Price:** Presta atención a tu respiración, ¿cómo la sientes? Y cuando estés listo, puedes retirar la mano [03:55:00] de tu cuerpo. Esto es solo una pequeña muestra de lo que hacemos en este trabajo. Y cuando nos enfocamos internamente, tenemos un proceso guiado donde hacemos más preguntas para que las personas noten su conciencia sensorial de diferentes maneras y digan en voz alta lo que notan.

**Cynthia J Price:** Entonces existe esta habilidad de aprender a permanecer dentro y estar presente contigo mismo y. Compartir sin salir de esa presencia. Lo que notas con el, con el terapeuta que está trabajando contigo.

**Cynthia J Price:** Y

**Cynthia J Price:** esta es una escala que se desarrolla con el tiempo y, como dije, a medida que las personas aprenden a dirigir su atención hacia su interior, lo que estamos haciendo con este proceso es ayudarlas a tener una experiencia diferente de sí mismas en su interior.

**Cynthia J Price:** Pero también lo que les pedimos es que noten lo que surge [03:56:00]. Entonces, cuando las personas van a un área del cuerpo donde pueden sentir incomodidad, ya sea emocional o física, o alguna combinación, o podría ser simplemente tensión, ya sabes, como tengo los hombros muy tensos esta mañana. Como si simplemente me quedara ahí, ¿qué surgiría para mí?

**Cynthia J Price:** ¿Lo notaría?

**Cynthia J Price:** Reflexiones

**Cynthia J Price:** ¿que surgen o qué? ¿O sentimientos que surgen, o simplemente notaría los cambios físicos mientras presto atención? Lo que suele suceder es que el espacio cambia internamente. Entonces puede comenzar muy tenso o muy oscuro, o muy pequeño o muy estrecho,

**Cynthia J Price:** y

**Cynthia J Price:** entonces, a menudo, se abre y surge más información.

**Cynthia J Price:** A veces, de nuevo, es una metáfora o es simplemente algo sencillo. El espacio se siente mejor, ¿verdad? Pero creo que lo que la gente aprende entonces son formas de saber [03:57:00] cómo se sienten por dentro que antes no sabían, que se basan en lo somático. Y también, a veces, la

información sobre lo que les está pasando o su relación con ese lugar de su cuerpo cambia de forma positiva.

**Cynthia J Price:** Pero gran parte de este trabajo se trata simplemente de crear conciencia. Voy a volver a compartir la pantalla. Vamos a continuar y, por favor, si tienen alguna pregunta sobre lo que he dicho hasta ahora acerca de esta experiencia, anótenla para que la tengan disponible cuando hagamos la parte de debate de hoy, porque con gusto responderé cualquier pregunta que tengan.

**Cynthia J Price:** Muy bien. Entonces, creo que la siguiente... Volvamos atrás. Sí. Esta es la siguiente diapositiva que quiero mostrarles.

## [03:57:56] Resultados y mediciones del estudio

**Cynthia J Price:** Bueno, como mencionaba [03:58:00] sobre los diferentes tipos de poblaciones con las que he trabajado, estas son solo las poblaciones principales con las que he trabajado. Mujeres en recuperación de abuso sexual infantil,

**Cynthia J Price:** personas que viven

**Cynthia J Price:** con VIH.

**Cynthia J Price:** Hemos analizado los procesos de conciencia interceptiva, los procesos de aprendizaje de todos los involucrados en el trastorno por consumo de sustancias como complemento al tratamiento. Dolor crónico. Y también he realizado un estudio de neuroimagen del que les voy a hablar un poco porque me parece bastante interesante. Pero los resultados clave en todos estos estudios son un aumento en la conciencia interceptiva y también habilidades de atención plena, reducción del malestar en la salud mental y reducción de la regulación emocional.

**Cynthia J Price:** En un estudio, analizamos la variabilidad de la frecuencia cardíaca, que es un indicador fisiológico de la desregulación emocional, y que mejoró bastante, reducciones en el consumo de sustancias y el deseo compulsivo, y nuestros estudios basados en la abstinencia reducciones en los síntomas físicos y el dolor, y [03:59:00] el uso continuo de las habilidades aprendidas varias veces por semana en estudios que tienen seguimientos a largo plazo, como nueve y doce meses, que es un resultado clave, del que hablaré más adelante.

**Cynthia J Price:** Pueden leer estos estudios. Están todos disponibles. La mayor parte de mi investigación, o al menos gran parte de ella, ha sido financiada por los NIH. Por lo tanto, todos esos estudios son accesibles gratuitamente. Los enlaces también se encuentran en el sitio web de mi organización sin fines de lucro, en la pestaña de investigación. Allí encontrarán los enlaces. Pueden acceder a todos ellos.

**Cynthia J Price:** Una de las cosas que verán es que siempre medimos la conciencia interceptiva. Queremos saber si lo que les enseñamos a las personas se está aprendiendo. Y he participado en el desarrollo de dos escalas. Una es la escala de conexión corporal y la otra se llama Maya. La evaluación multidimensional de la conciencia interceptiva.

**Cynthia J Price:** Es un poco complicado de decir. Principalmente porque no había escalas que realmente abarcaran este [04:00:00] tipo de aprendizaje. Así que eso es lo que impulsó tener estas aquí para investigadores clínicos como yo. Así que Maya tiene múltiples escalas, y solo para que se hagan una idea de lo que son, tienen todo que ver con si puedes usar este tipo de habilidades para regular tu atención a tu cuerpo, para saber cómo te sientes emocionalmente para ayudarte a ti mismo a no distraerte y preocuparte cuando tienes dolor, para realmente escuchar a tu cuerpo para obtener información y para sentir que tu cuerpo es un lugar seguro.

**Cynthia J Price:** Entonces, esta escala en particular, la Maya, se ha utilizado ampliamente en todo el mundo y funciona muy bien con este tipo de intervenciones, ya que, verás. También he realizado un estudio, el único estudio que realmente analizó la conectividad cerebral, si este enfoque ayuda a las personas a aprender estas habilidades y si podemos ver eso con neuroimágenes y [04:01:00] pudimos, y los resultados realmente resaltaron la plasticidad.

**Cynthia J Price:** Comparamos a las personas que recibieron MABT con las que no. Se observó una mayor conectividad asociada a una mayor puntuación en la escala Maya, lo que sugiere que la conectividad facilita un mayor acceso a la información. Este estudio ya se ha publicado y es interesante leerlo si te interesa la neurociencia.

**Cynthia J Price:** Y luego quería mostrarles, ¿qué es lo que realmente preguntan los mayas? Y estos, estos, estos son, estos son cambios a lo largo del tiempo en uno de mis estudios más recientes, que se realizó con hombres y mujeres en tratamiento por trastorno por consumo de opioides con medicamentos. Entonces, la línea verde es el grupo que recibió eso. Una intervención de BT.

**Cynthia J Price:** Y la línea azul es el grupo de control que estaba en tratamiento regular con medicamentos, pero solo un grupo recibió MABT. Y eso fue entre [04:02:00] este período de tiempo, de cero a tres meses. Así que pueden ver este gran salto y esta escala en particular, y el Maya, que tenía que ver con la conciencia emocional.

**Cynthia J Price:** Entonces, el tipo de preguntas que se hacían eran, ya sabes, puedo notar cambios. Veo esto. Puedo notar cambios cuando mi cuerpo, puedo notar cómo cambia mi cuerpo cuando estoy enojada. Cuando algo anda mal en mi vida, puedo sentirlo en mi cuerpo.

**Cynthia J Price:** Yo

**Cynthia J Price:** He notado que mi cuerpo se siente tranquilo, diferente después de una experiencia tranquila.

**Cynthia J Price:** Noté que mi respiración se siente libre y fácil cuando me siento cómoda. Noto cómo cambia mi cuerpo cuando me siento feliz o alegre. Así que esto fue una mejora significativa en comparación con el grupo de control. Y lo realmente notable es que estos

**Cynthia J Price:** respuestas

**Cynthia J Price:** según esta encuesta, los resultados fueron los mismos a los seis, nueve y doce meses.

**Cynthia J Price:** Entonces, el simple hecho de poder ver que estas [04:03:00] cosas que la gente está aprendiendo se quedan con ellos. Bien. Y luego la siguiente diapositiva es,

**Cynthia J Price:** diapositivas avanzando. Sí. La siguiente diapositiva es una escala diferente en la Maya, que es sobre la autorregulación, donde vemos un patrón muy similar. Y este tipo de preguntas son cuando me siento abrumada, puedo encontrar un lugar de calma en mi interior. Cuando tomo conciencia de mi cuerpo, puedo sentir una sensación de calma, puedo usar mi respiración para reducir Y cuando me enfrasco en mis pensamientos, puedo calmar mi mente concentrándome en mi cuerpo o mi respiración.

**[04:03:42] Por qué las habilidades perduran a largo plazo**

**Cynthia J Price:** Y de nuevo, tenemos un gran cambio comparado con el grupo de control que se mantiene a lo largo de Entonces una de las cosas que siempre me ha interesado es ¿cómo entendemos esto? [04:04:00] ¿Qué están haciendo las personas que está ayudando a que estos cambios, la conciencia interceptiva se mantenga nueve y doce meses después del estudio hasta el final del estudio? Entonces cuando vi esto por primera vez, fue el primer estudio financiado por el INIH que hice con mujeres en tratamiento por trastorno de sustancias.

**Cynthia J Price:** Y vimos este resultado y pensé: quiero saber qué los motiva a usarlos, porque obviamente los están usando, siguen usando estas habilidades. Ellos mismos lo dijeron. Y realmente creo que por eso vemos que este cambio se mantiene a lo largo del tiempo: la gente está usando las habilidades que les enseñaron.

**Cynthia J Price:** Y eso es exactamente lo que estábamos haciendo. Realizamos un grupo focal con este grupo de mujeres que habían completado el estudio para preguntarles: ¿qué las motiva a compartir sus noticias? Y esta es una de las cosas clave que escuchamos. Esta es una cita que escuchamos mucho: Intenté meditar durante años y nunca pude concentrarme.

**Cynthia J Price:** Pero [04:05:00] puede que para mí, pude ralentizar mi mente y luego seguir lo que decía el terapeuta, concentrándome en una parte del cuerpo y en lo que sentía y luego hablando de ello. Y finalmente aprendí a hacer esto de esa manera.

**Cynthia J Price:** Yo, ¿por qué pensé que esto era increíble? Porque me enseñó a meditar y ahora lo hago todos los días.

**Cynthia J Price:** La diferencia radicó en que alguien me guiara en el aprendizaje. Fue un proceso individualizado, trabajando uno a uno con alguien, sabiendo cómo le iba en el proceso de aprendizaje. Una de las ventajas de este trabajo como terapeuta corporal es que puedes sentir con tus manos si alguien está prestando atención a una zona específica del cuerpo.

**Cynthia J Price:** Puedes sentir con sus manos si se van y empiezan a pensar en algo, que ya no están presentes. Entonces puedes trabajar con ellos y decirles: "Sabes, veamos si puedes volver aquí. ¿O tienes problemas para quedarte aquí, o esto es realmente un desafío para ti?" [04:06:00] "Veamos si podemos encontrar otra manera de ayudarte".

**Cynthia J Price:** Entonces, se centra en cómo facilitar la capacidad de una persona para realizar estas habilidades. Y por eso esta es una intervención única.

Por eso los terapeutas corporales son un grupo tan excelente para aprender este enfoque. Se puede aprender como psicoterapeuta o desde otra disciplina donde quizás no se trabaje con las manos, se puede evaluar la presencia de otra manera, pero no hay nada como evaluarla con las manos, por eso funciona tan bien.

**Cynthia J Price:** Y por eso quería compartir eso con ustedes. Siempre recopilamos datos cualitativos.

**Cynthia J Price:** ¿Qué

**Cynthia J Price:** ¿Qué opinan las personas sobre lo que están aprendiendo y lo que les pareció importante en cualquier estudio? Estos son datos cualitativos del último estudio del que les hablaba, realizado con hombres y mujeres que recibieron tratamiento farmacológico para el trastorno por consumo de opioides.

**Cynthia J Price:** Pero estos temas cualitativos son prácticamente los mismos en todos los estudios. Aprenden a aumentar la conciencia de su cuerpo. Por ejemplo, yo [04:07:00] me desconecté de mi cuerpo, ahora me conecto con todo mi cuerpo. Otra persona escribió: estoy más en sintonía con diferentes partes de mi cuerpo y puedo decir dónde experimento. Las personas adquieren la capacidad de vincular sus sensaciones físicas y emocionales de una manera que a menudo no lo habían hecho antes. Por ejemplo, tengo conexiones entre los antojos y dónde se encuentran en mi cuerpo. Y otro ejemplo: aprendí a conectar mente, cuerpo y habilidades reguladoras. Aprendí a relajarme y calmarme, a ponerme en un estado de paz.

**Cynthia J Price:** Otra persona a la que puedo usar las emociones en lugar de que ellos usen las mías. Otra, me dio habilidades de afrontamiento cuando estoy en una situación estresante. Uy, volví. Lo siento. Y por último está la aceptación, que creo que es extraordinariamente relevante para las poblaciones con las que todos ustedes trabajan. Aprendí a escuchar a mi cuerpo, no a arreglarlo [04:08:00] .

**Cynthia J Price:** Estaba tratando de deshacerme de cosas en el fondo. Aprendí a dejar, simplemente dejar que mis sentimientos sean, y aprendí a honrar mis emociones incluso si son Así que, estas son algunas citas más contextualizadas que quería compartir con ustedes. Y estas de nuevo, son de este último estudio. Entonces una mujer que tiene 45 años, una estadounidense blanca, dijo, ya sabes, eres, esta es una especie de resumen de toda su experiencia. Ya no te escondes de las cosas dentro de ti.

**Cynthia J Price:** Creo que eso tenía mucho que ver con mi consumo. Intentaba ocultar mis sentimientos, mis emociones. Así era como lidiaba con la vida. Y el MABT me da la capacidad de enfocarme en las cosas de una manera diferente. Es una forma muy singular de pensar en lo que hay dentro de mí, de conectar mi cuerpo con mi mente y mi dualidad espiritual, y de poder conectar todo en mi interior. [04:09:00]

**Cynthia J Price:** Y un hombre afroamericano de 68 años dijo: Aprendí a relajarme por completo. Cuando estoy más relajado, me siento más tranquilo y preparado para lo que venga. Una vez que estoy más relajado, siento ganas de hacer algo como subirme a mi bicicleta y caminar, me hace estar más consciente. Nunca antes había estado en contacto, realmente en contacto con mis emociones, y el terapeuta me mostró diferentes maneras de reconocerlas y manejarlas.

**Cynthia J Price:** Soy más consciente de lo que estoy haciendo. Me ayuda a detenerme y pensar, ¿realmente quiero fumar ahora mismo? ¿Realmente quiero beber ahora mismo? Ahora puedo acostarme o sentarme y usar MABT para

**Cynthia J Price:** responder al dolor y la incomodidad en lugar de usar medicamentos. Y por último, una mujer nativa americana de 30 años que escribió: Aprendí a escuchar a mi cuerpo y a sentir realmente mis emociones y pude reconocer cómo estaban relacionadas.

**Cynthia J Price:** Llegué con un problema de dolor de espalda terrible que me causaba dolores de cabeza y mucha incomodidad, y ahora no tengo nada de eso [04:10:00] . Todo fue por el estrés. Puedo sentarme y sentir mis emociones y estar con ellas sin que me controlen, así como encontrar y liberar la energía negativa en mi cuerpo. Solía reaccionar violentamente o quedarme en la cama en los días malos que no quería afrontar.

**Cynthia J Price:** Ahora puedo hablar conmigo misma sobre estas cosas. Me siento mucho más feliz y puedo decir con toda sinceridad que ahora amo.

## [04:10:26] Observaciones y reflexiones del terapeuta

**Cynthia J Price:** Hola. Historias muy bonitas de personas. Voy a compartir con ustedes algunos datos de terapeutas. Estos son datos inusuales. Esta es la única vez que he hecho esto. No se ha publicado. Aunque planeo hacerlo, estos son datos que recopilamos.

**Cynthia J Price:** Los terapeutas al final de cada sesión tienen que completar un formulario de evaluación del proceso, que es una forma en que analizamos la fidelidad al protocolo, pero también tenemos otras preguntas sobre qué nivel de compromiso tiene el cliente con la [04:11:00] segunda mitad de la intervención. Así que esas últimas cuatro sesiones en las que nos centramos en la atención sostenida en el cuerpo, y por eso registran lo que oyeron de lo que les está contando sobre lo que experimentaron.

**Cynthia J Price:** Y les diré, les daré una pequeña muestra de lo que encontramos. De 88 sesiones, un subconjunto de un estudio previo con mujeres en tratamiento, en general, ¿la persona pudo participar en la etapa tres?

**Cynthia J Price:** con

**Cynthia J Price:** este proceso somático, yo de atención sostenida internamente.

**Cynthia J Price:** Y no todos lo fueron, el 10% no lo fueron en estas sesiones y el 90% sí, así que esa fue la primera cosa, una especie de sí o no. Y luego les pedimos que indicaran si mantuvieron [04:12:00] la atención, si fueron capaces o si tuvieron alguna de estas experiencias. Y ellos podían indicarlo, el terapeuta podía indicarlo.

**Cynthia J Price:** Si ocurriera alguno de ellos, ya sabes, podría ser uno, dos o tres o cuatro de estos, un cambio en la conciencia sensorial, un vínculo entre la mente y el cuerpo como las emociones y en algún lugar,

**Cynthia J Price:** una metafórica

**Cynthia J Price:** historia o imagen que les inspira a presentarse, o algún tipo de incentivo, comprensión o cambio profundo en el sentido de sí mismos.

**Cynthia J Price:** ¿ Sucedió alguno de estos? Y puede ver que en estas 88 sesiones, el 90% que dijo que sí, estos sucedieron con bastante frecuencia. Entonces mi siguiente pregunta fue, bueno, sucede más para aquellas personas que son más capaces de mantenerse que para aquellas personas que son menos capaces, que también pueden mantenerse pero por menos tiempo o con menos profundidad.

**Cynthia J Price:** Entonces teníamos toda una escala de calificación [04:13:00] alrededor de esto y luego los separé en más o menos y comparé aquellos en rojo eran menos capaces de sostener. Y aquellos en azul eran más capaces de manchar en cuanto a la frecuencia con la que sucedían estas cosas. Y se puede

ver una diferencia significativa y cuanto más profundamente uno podía sostener durante un período de tiempo más largo, más sucedían.

**Cynthia J Price:** En esto ocurren cosas muy significativas. Por lo tanto, la atención sostenida es importante. Esta es una gran parte de lo que estamos aprendiendo en esta intervención o

**Cynthia J Price:** mudanza

**Cynthia J Price:** En este enfoque, se trata de la capacidad de ser interno y de notar qué. Notas las regiones del cuerpo y lo que es significativo para ti sobre ellas.

**Cynthia J Price:** Y esta fue información realmente importante que básicamente confirmó lo que ya pensaba. Pero fue útil tener esa confirmación y quería compartirla con ustedes. Así que creamos este esquema. Helen Wang y yo escribimos un artículo sobre cómo facilitar la emoción adaptada, el procesamiento de las emociones y la reevaluación somática, que pueden leer si les interesa.

**Cynthia J Price:** Pero esta idea, la de que la atención sostenida, que puede involucrar emociones, significado y recuerdos, conduce a la comprensión profunda con este trabajo. Entonces, ¿por qué es importante este trabajo? Proporciona mayor autoconciencia y acceso a dos señales corporales y confianza en ellas. Ayuda con la regulación emocional. Ayuda a las personas a manejar el estrés diario y las afecciones de salud.

**Cynthia J Price:** Favorece la toma de decisiones saludables, proporciona a las personas una gran sensación de autonomía y puede contribuir al cambio de comportamiento.

## **[04:14:51] Integración en la práctica**

**Cynthia J Price:** Volviendo a la diapositiva que mostramos anteriormente sobre la relevancia de este trabajo para la terapia de masaje en el cáncer de cabeza y cuello y en [04:15:00] el cáncer en general. Cuando pensamos, de nuevo, en este tipo de cosas con las que las personas pueden estar luchando, cómo tener un nuevo conjunto podría ayudarlos a luchar menos, podría ayudarlos a aceptar, podría ayudarlos a tener un poco menos de reactividad o un poco menos de angustia física real.

**Cynthia J Price:** Estas son cuestiones realmente importantes y este trabajo podría ser útil para integrarlo en su labor con ellos. Entonces, ¿qué ayuda a los terapeutas? ¿Qué les permite desarrollar las habilidades necesarias para enseñar la conciencia interceptiva a sus pacientes? Es fundamental reflexionar sobre esto, ya que no es para todos.

**Cynthia J Price:** Pero si esto te interesa, lo más importante es tu propia capacidad de estar presente. No puedes enseñarle a otra persona algo que tú mismo no sabes hacer. Por eso, en nuestros cursos, nos centramos mucho en esto [04:16:00] : en cómo estar presente para ti mismo, para que puedas ayudar a alguien a aprender a hacerlo por sí mismo.

**Cynthia J Price:** Esa es una parte. Y luego, la comodidad y la habilidad para enseñar este enfoque y estas estrategias, cómo ser creativo cuando hay tiempo. Eso requiere práctica, confianza y... La confianza y esta sensación de seguridad en la relación terapéutica es realmente importante. Este es un trabajo muy íntimo y lo notan en su interior.

**Cynthia J Price:** La capacidad de individualizar las estrategias de aprendizaje para que la persona avance a un ritmo que le funcione es realmente clave. Y seguir el proceso de desarrollo del cliente es algo muy diferente tanto para los psicoterapeutas como para los terapeutas corporales. A menudo hay un enfoque en la solución, y en este trabajo, realmente estamos tratando de alejarnos de esa mentalidad y centrarnos más en estar con ellos [04:17:00] y en lo que surge con ellos, y cómo podemos ayudarlos.

**Cynthia J Price:** simplemente explore

**Cynthia J Price:** eso.

**Cynthia J Price:** Es muy diferente, muy Este trabajo también es realmente genial para todos los que trabajamos con personas que están pasando por mucho en cualquier capacidad que sea porque también nos ayuda a manejar nuestros propios factores de estrés diarios, nuestro propio equilibrio emocional nos ayuda a estar en mayor cuando trabajamos con clientes, lo que por supuesto funciona para contrarrestar el agotamiento.

## [04:17:35] Resumen y próximos pasos

**Cynthia J Price:** Estas habilidades son excelentes para que todos las tengamos y las usemos en diferentes ámbitos. En resumen, este trabajo se centra en ayudar a nuestros clientes a aprender más habilidades para prestar atención a su cuerpo

y puede facilitar la autoconciencia, el manejo de los síntomas y la regulación emocional. Es útil para todos en todos los ámbitos de la vida, pero es especialmente relevante para la atención médica.

**Cynthia J Price:** Y [04:18:00] sus clientes también podrán integrar y extender mejor este tipo de herramientas en su vida diaria. Y cualquier experiencia de paz interior que tengan, pueden llevársela a casa, así como formas en que pueden promover sentimientos de aceptación y alegría en su vida por sí mismos.

**Cynthia J Price:** La gente siempre me pregunta cuando doy estas charlas: ¿Cómo puedo obtener más información sobre sus capacitaciones? Si hacen una captura de pantalla de esta imagen, los llevará a donde pueden ingresar su dirección postal. En nuestra lista de correo, enviamos un boletín trimestral del Centro para la Conciencia Corporal Consciente sobre MABT, las fechas de nuestras próximas capacitaciones, etc.

**Cynthia J Price:** Y pueden visitar nuestro sitio web, que está aquí abajo, para obtener más información sobre este trabajo en general . Muchas gracias por estar con nosotros hoy y, de nuevo, espero responder a sus preguntas y, si desean hacer un seguimiento, pueden enviarme un correo electrónico o

**Cynthia J Price:** Llámame más adelante. De acuerdo. Buena suerte con Bye-bye.

## [04:19:19] Panel de preguntas y respuestas

**Cynthia J Price:** Hola, mi nombre es Jeanette Durant. Soy terapeuta de masaje y esteticista, y parte de mi función en la conferencia de hoy es representar las necesidades y perspectivas de la comunidad de la estética. Gracias a todos los panelistas por sus presentaciones tan reflexivas e inspiradoras.

**Johnnette du Rand:** Aprendí muchísimo de ellos. Fue una manera maravillosa de pasar el día. He trabajado en un spa durante más de dos décadas. Es un área donde paso gran parte de mi vida. Sin embargo, desde 2006, también he trabajado en centros clínicos y hospitales. Trabajo con masajistas y esteticistas, en particular en centros de infusión.

**Johnnette du Rand:** Hoy compartí la moderación de la sesión de preguntas y respuestas con MK Brennan, muy conocida y respetada en la comunidad del masaje. Cuenta con una amplia trayectoria. Fue la presidenta de la Sociedad de Masaje Oncológico y dedicó su vida a la enfermería y a la terapia de masaje.

**Johnnette du Rand:** Ha sido muy activa en la comunidad de masajes. También fue presidenta de la Asociación Nacional de Terapia de Masaje (AMT) y miembro de la junta directiva de la Alianza para la Terapia y la Educación en Masaje (AFMTE, por sus siglas en inglés). Actualmente, es revisora de la Comisión para la Acreditación de la Terapia de Masaje. Entre las dos, [04:21:00] dirigiremos las preguntas y respuestas de los asistentes a los panelistas.

**MK Brennan:** Gracias Jeanette. Hay algunas preguntas. Tengo una, empezando por Tara, ya que en tu presentación hablas de los aspectos más técnicos con los que hay que lidiar en oncología, como los puertos de masaje. Todo el tema, así como el aspecto emocional, que sé que es bastante intenso.

**MK Brennan:** ¿Qué características cree que debería tener un terapeuta para poder gestionar y equilibrar su propia vida? ¿Y qué hay del trabajo en equipo?

**Cara Thurman:** Esa es una excelente pregunta. Muchas gracias por preguntar. Un par de cosas en las que pienso, especialmente para los profesionales más nuevos que ingresan al campo de la oncología. Busco, podemos buscar [04:22:00] personas que...

**Cara Thurman:** Buscamos algunas habilidades más técnicas, como la profesionalidad en la organización o la autogestión, la capacidad de... bueno, supongo que todo eso se engloba bajo el mismo concepto. Otra cosa que tenemos en cuenta es si esta persona conoce la diferencia entre empatía y simpatía, y si puede trabajar de esa manera.

**Cara Thurman:** ¿Son conscientes de los problemas que puedan surgir en cuanto al ámbito de práctica? Nos aseguramos de mantenernos dentro de nuestro ámbito de práctica mientras trabajamos y no asumir cuestiones técnicas. Preguntas o asuntos que están muy por encima de lo que realmente estamos capacitados y autorizados a hacer. Todos podemos tener nuestras propias opiniones o ideas sobre diferentes cosas que podemos agregar a la atención oncológica, pero eso realmente no corresponde a nuestro tratamiento.

**Cara Thurman:** Y no estoy [04:23:00] segura de si eso respondió a la pregunta, pero es, es toda una gama de cosas. Realmente son muchos ángulos diferentes desde los que lo vemos porque. A partir de mucha experiencia y de tener personas que se unieron al equipo que tal vez no eran las más adecuadas. Aprender de esos fracasos u oportunidades donde simplemente tomamos esa decisión equivocada, y parte de ello también es un poco de confianza y poder,

especialmente en una situación de centro de infusión, al menos la forma en que nuestros programas están configurados.

**Cara Thurman:** Realmente necesitamos entrar allí y explicarle a la gente quiénes somos, qué estamos haciendo, mostrarnos con confianza y amabilidad, pero sin arrogancia. Y ciertamente asegurarnos de que la gente sepa, ya sabes, que esta es una opción. Esto es solo algo que les estamos ofreciendo. Es un servicio gratuito, así que es solo una, es una, es una, una buena, es mucho.

**Cara Thurman:** Se combinaron cosas [04:24:00] que debían tenerse en cuenta porque hay algunas personas que son masajistas increíbles para quienes tal vez este trabajo simplemente no sea lo mejor.

**MK Brennan:** ¿ Algún otro miembro del panel tendría alguna opinión o idea que compartir al respecto?

**MK Brennan:** Bien. Cynthia, tengo una pregunta para ti. Surgió, surgió, y es: ¿la capacitación para MTS también dura ocho semanas, como se mencionó en tu presentación?

**Cynthia J Price:** Oh, hay diferentes niveles de esta capacitación. La capacitación inicial dura seis días y luego las personas pueden continuar con una capacitación más avanzada.

**Cynthia J Price:** Pero la formación inicial dura seis días.

**MK Brennan:** Genial. Y la segunda pregunta es, ¿cuál era la página web? ¿Para obtener una dirección de correo electrónico?

**Cynthia J Price:** El sitio web [04:25:00] es, puedo ponerlo en el chat si, eso haría Vale. Creo que alguien ya lo hizo, pero puedo hacerlo de nuevo. Eso sería lo más fácil. Sí.

**MK Brennan:** Genial.

**MK Brennan:** Gracias.

**Cynthia J Price:** Claro.

**MK Brennan:** Eso es todo.

**Johnnette du Rand:** Voy a dirigir esta pregunta a Holly y a Nicola. Agradecería sus respuestas y lo que puedan compartir. Recibí varias preguntas y las he agrupado. Se trata de tres preguntas relacionadas con el cuidado de la piel, los ingredientes de los productos, su uso para la prevención y el momento adecuado para reducir los efectos secundarios.

**Johnnette du Rand:** Y los protocolos hospitalarios actuales. La pregunta se refiere específicamente al uso de productos para el cuidado de la piel antes de que comience la radiación. Y después de que se complete la radiación, y [04:26:00] me imagino que entraría en ese período que Holly había señalado como la fase crónica, es decir, entre 90 días y cinco años. Entonces, la pregunta es: ¿hay algún ingrediente tópico de venta libre para el cuidado de la piel que haya demostrado reducir o mitigar los efectos secundarios cutáneos relacionados con la radiación, incluida la fibrosis cutánea?

**Johnnette du Rand:** ¿Existe alguna investigación que indique que el uso de productos para el cuidado de la piel antes de comenzar la radioterapia pueda ayudar a reducir los efectos secundarios en la piel o la fibrosis? ¿Y existe algún protocolo hospitalario que recomiende el uso de productos de venta libre para que los pacientes los utilicen antes de comenzar el tratamiento o durante la fase de recuperación?

**Johnnette du Rand:** Y Holly, creo que eso se relaciona directamente con algunas de las cosas de las que estabas hablando. Así que tal vez empecemos contigo y luego [04:27:00] pasemos a si Nicola quiere añadir algo.

**Holly McMillan:** Claro. Sí. En cuanto al pretratamiento o el postratamiento, no solemos tener mucho tiempo para hablar con los pacientes antes. Recibimos un diagnóstico de cáncer y enseguida pasamos a la radioterapia.

**Holly McMillan:** Así que no tenemos tanto tiempo previo como nos gustaría, y a veces sí lo tenemos. Un área, una ventana de oportunidad entre la cirugía y la radiación. En ese momento, realmente lo dictan el cirujano y el equipo de radiación porque si tenemos líneas de cicatrización que tenemos que manejar, eh, son bastante meticulosos con respecto a la aplicación de ungüentos cicatrizantes y algún tipo de ungüento antibiótico.

**Holly McMillan:** Sé que nuestros equipos de radiación son muy estrictos durante la radiación con respecto a no usar fragancias ni productos a base de alcohol. También es una regla, al menos en nuestra institución, varias horas antes de la radioterapia. No pueden tener nada en la piel. [04:28:00] De hecho, es bastante tiempo, diría que de seis a doce horas antes de la radiación.

**Holly McMillan:** Quieren que no haya nada en la piel que interfiera con la radiación, y luego pueden aplicarse lo que quieran. Pero diría que en cuanto a productos específicos, sé que muchos... Repito, no estoy promocionando este producto, pero muchos de los que se usan en nuestra institución son Aquaphor. Suelen cumplir con la mayoría de los requisitos, pero no son tan específicos.

**Holly McMillan:** Hay ciertos ingredientes que no quieren. De nuevo, el alcohol y las fragancias son dos de los más específicos que he oído. En cuanto a los productos para el cuidado de la piel, otro elemento innegociable es el FPF. Los equipos de radiación prácticamente exigen SPF en cualquier producto que haya sido irradiado.

**Holly McMillan:** Una vez que entramos en la fase crónica e incluso en la fase posterior, ese tejido se quemará con mucha más facilidad, por lo que quieren que esté cubierto.

**Johnnette du Rand:** Gracias. [04:29:00]

**Johnnette du Rand:** Nicola, ¿hay algo en particular que quieras aportar o que no te interese?

**Nicola McGill:** No. Ella lo dijo todo. Solo que la mayor parte de lo que estoy escuchando nuevamente y reiterando lo de no usar fragancias ni alcohol, y siempre estoy en línea con lo que el oncólogo radioterapeuta especifica y siempre proporciona lo que recomienda para mitigar el daño tisular tanto como sea posible después de los tratamientos.

**Nicola McGill:** Pero creo que también es importante reconocer que esa radiación puede, pero el tejido no comienza a rehidratarse hasta pasados dos años. Es entonces cuando comienza la rehidratación. Por lo tanto, la absorción de estos productos en la piel se ve afectada de manera significativa.

**Johnnette du Rand:** Gracias, Holly. Me gustaría retomar un par de respuestas porque creo que sería de interés para las esteticistas [04:30:00] que ven la grabación o que están aquí. Entonces. Sin promoción de productos, por supuesto, pero lo que mencionaste es que Aquaphor es un producto muy frecuentemente recomendado, y que por supuesto tiene un alto contenido de vaselina, y eso suele preocupar a los terapeutas de la piel debido al derivado que es.

**Johnnette du Rand:** Pero la gasolina, como ingrediente principal en los productos, se usa con frecuencia en el sector sanitario. Por lo tanto, se puede

afirmar que es un ingrediente seguro para usar en productos y que cumple una función muy valiosa al ayudar a reforzar la barrera cutánea, proteger la piel de infecciones y crear un entorno propicio para su cicatrización.

**Johnnette du Rand:** Bien. Pero algo muy valioso de lo que has dicho es eliminar el miedo a eso. Gracias por eso. [04:31:00] Y luego, con respecto al FPS, tenemos dos tipos diferentes de FPS que podríamos estar usando. Podríamos estar usando uno a base de minerales, es decir, a base de zinc, o podríamos estar usando uno a base de químicos. Y en el momento en que empezamos a usar la palabra químico, empieza a asustar, sin embargo.

**Johnnette du Rand:** Los protectores solares químicos son muy populares en Europa, más que en otros lugares. Pero, según su conocimiento, ¿suelen preferir uno u otro tipo de protector solar en los protocolos hospitalarios, o simplemente les basta con que ofrezca protección SPF?

**Holly McMillan:** Lo has clavado. Simplemente buscan protección solar. No son específicos. Solo quieren que su piel esté protegida y sana. Y lo mismo ocurre con Aquaphor. Repito, no estoy promocionando ese producto, pero muchos de nuestros pacientes lo toleran bien y, una vez más, su papel principal aquí es...

**Holly McMillan:** [04:32:00] Linfedema para infecciones. Están tratando de proteger esa piel a toda costa. No es solo el dermatólogo, también el oncólogo radioterapeuta lo promueve si nuestros pacientes lo toleran y protegen esa barrera cutánea. Ellos lo promoverán, y de nuevo, hay otros. Incluso, de hecho, tenemos, quizás puedas, investigarlo y veré si está disponible públicamente.

**Holly McMillan:** En MD Anderson tenemos un folleto sobre el cuidado de la piel donde se enumeran varios productos y las pautas de SPS, que son prácticamente innegociables. Así que con gusto lo revisaré y veré si puedo enviarlo.

**Johnnette du Rand:** Gracias Holly. Tengo una pregunta de seguimiento para ti que no está relacionada con el cuidado de la piel, y tiene que ver con lo que mencionaste en tu presentación sobre el mayor riesgo de accidente cerebrovascular debido a la fibrosis por radiación en el área y.

**Johnnette du Rand:** Una cosa es trabajar en un hospital. Esta fue una de las preguntas que recibimos. Una cosa es trabajar dentro de un hospital donde el terapeuta tiene fácil acceso a los registros de los pacientes y puede hablar más fácilmente [04:33:00] con el personal médico. Otra cosa es trabajar en una

consulta privada. Así que cuando trabajamos con estos pacientes con cáncer de cabeza y cuello muchos años después de su tratamiento.

**Johnnette du Rand:** Dos preguntas, supongo, son: ¿disminuye el riesgo de accidente cerebrovascular debido a la fibrosis? ¿Con qué frecuencia se realizan pruebas a los pacientes para evaluar dicho riesgo? ¿Qué deberíamos preguntarles como terapeutas? Porque sin duda es muy relevante para los masajistas, pero los esteticistas trabajamos principalmente en la cabeza, el cuello y la región cervical, así que esa es la zona donde pasamos la mayor parte del tiempo.

**Holly McMillan:** Sí, lo has entendido. Absolutamente. ¿Los que trabajamos en el hospital tenemos un acceso más fácil? Sí. Puedo pulsar un botón. Obtengo el degradado de color, obtengo la dosis. Obtengo todo lo que quiero. Tengo acceso. Pero lo que te diré es que todos en esto son parte del equipo. La llamada es absolutamente parte del equipo de atención médica y para la seguridad [04:34:00] de los pacientes.

**Holly McMillan:** No tengan miedo de pedirlo. A veces hay un desafío entre nosotros, los proveedores externos al hospital, y aquellos como los oncólogos que están dentro de la red del hospital, pero. También es útil poner parte de la responsabilidad en su paciente si sus registros médicos, generalmente pueden iniciar sesión en su portal y verlos.

**Holly McMillan:** Entonces, incluso cuando estén contigo, diles: "Oye, inicia sesión en tu aplicación. A ver si podemos acceder a esta información". Es su información. Tendrán acceso. Un par de cosas para pensar. Mencioné el subsitio y por qué es importante saber dónde estaba el tumor primario de tu paciente. Si tenían cáncer orofaríngeo, particularmente en la base de la lengua, asume.

**Holly McMillan:** Supongamos que es seguro asumir que recibieron radiación bilateral en el cuello. Y es entonces cuando debemos empezar a tener cuidado con la zona lateral del cuello, es decir, con los ganglios linfáticos de los niveles dos al cuatro; si fueron irradiados, estamos irradiando la carótida. Así que siempre es seguro asumir que han recibido radiación en esa zona. Incluso si no lo sabemos, no les haremos daño asumiendo y siendo extremadamente cautelosos.

**Holly McMillan:** Eh, una [04:35:00] de las otras cosas que quieres pedir además del plan de radiación es un informe de ultrasonido del cuello. Estamos entrando en una era en la que la financiación es un desafío en este momento con los seguros y lo que está cubierto. Pero en los modelos de supervivencia, están

trabajando para obtener al menos ultrasonidos anuales para que podamos monitorear eso a medida que los pacientes van.

**Holly McMillan:** Nuestro umbral es mayor del 50 % y menor del 99 % para estenosis y obstrucción. Esos son los valores que buscamos. El caso es que, si realmente no tienes acceso, a veces tomamos muchas fotos médicas para las historias clínicas de nuestros pacientes. Cuando tomas una foto de la cabeza y el cuello de un paciente o se toma una foto a sí mismo, enciendes el flash y puedes ver con el flash dónde la radiación oscurece el tejido y lo delimita.

**Holly McMillan:** Es mágico. Y con estos nuevos iPhones, hacen cosas increíbles. Pero, repito, no estoy promocionando iPhones, pero enciende el flash, toma una foto y mira si puedes capturarla. Porque a veces se produce el efecto de sombra. Eso es todo lo que quería añadir. [04:36:00]

**MK Brennan:** Francamente, es bastante interesante, ¿quién iba a imaginar lo que los huesos podían hacer hoy en día?

**Holly McMillan:** Lo sé.

**MK Brennan:** Saben, tengo una pregunta para, sé que tengo una pregunta para Cynthia. Alguien está preguntando, Patricia está preguntando sobre MABT, ¿se ha aplicado a adolescentes con metástasis?

**Cynthia J Price:** Oh, oh. Eh, yo... no sé si ha sucedido, quiero decir, personalmente no he trabajado con adolescentes con metástasis, así que no sé si alguien, si alguien a quien he entrenado, ha sucedido o no, así que no estoy segura.

**MK Brennan:** Oh, de acuerdo. Bueno, y también tengo una pregunta para Nicola. Dado el riesgo de un sistema inmunitario comprometido para los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Dado el número de ganglios linfáticos que hay en la zona de la cabeza y el cuello, eh, con [04:37:00] daño a ese sistema linfático, ¿cuáles son las precauciones adicionales que recomienda? Eh, basándose en las especificidades del cáncer de cabeza y cuello y la prevalencia de los ganglios linfáticos y los dañados,

**Nicola McGill:** eres

**MK Brennan:** para ayudar a reducir el riesgo de infección.

**Nicola McGill:** ¿Infección en esa región o simplemente sistémica en general? Sí.

**MK Brennan:** En general, ¿hay alguna precaución adicional que recomendaría que tome un masajista?

**Nicola McGill:** Es decir, creo que, de nuevo, las prácticas de higiene son siempre esenciales cuando alguien tiene linfedema, sin importar en qué parte del cuerpo se encuentre, porque, una vez más, una función inmunológica linfática comprometida será perjudicial para la función inmunológica localizada.

**Nicola McGill:** Entonces, las medidas de precaución higiénicas son esenciales, y creo que no tenemos esa investigación en este momento para probar que el drenaje linfático manual va a arreglar la función inmunológica de alguien, pero es probable que podamos apoyar la función inmunológica circundante. Al mover el líquido linfático. Eh, y obviamente [04:38:00] simplemente el manejo del estrés del estilo de vida.

**Nicola McGill:** Además de eso, me refiero, nuevamente, a los productos para la piel que se aplican sobre el tejido y a la importancia de preservar su integridad. Si acaso se produce algún daño a largo plazo en el tejido y la piel, como que no se cure y se deteriore, es necesario evitar la zona afectada. Y, sobre todo, trabajar en las áreas circundantes para fortalecer la función inmunológica en la región.

**Nicola McGill:** Pero creo que, como dije, se trata de observar todo el sistema linfático, que desempeña un papel en la función inmunitaria. Así que, en general, se trata de apoyar la inmunidad general con el drenaje linfático manual y otras áreas para apoyar las células inmunitarias y la circulación. Creo que la dieta, el estilo de vida y, sinceramente, cuando se trabaja en esas áreas, la higiene y el estándar de atención también son muy importantes.

**MK Brennan:** Genial. Gracias. Y esto es una continuación o está relacionado con ello. Patricia pregunta qué datos hay de que los vasos linfáticos no se pueden regenerar después de uno [04:39:00] o dos años después de la radiación o la cirugía.

**Nicola McGill:** Así que incluí al final de una de mis diapositivas el estudio publicado por la Dra. Eva Vic y su equipo en la Universidad de Texas.

**Nicola McGill:** Y de hecho, tengo el artículo y la escuché en un seminario web hablando sobre la probabilidad de que con el drenaje linfático manual regular

podamos promover la linfangiogénesis en el tejido circundante, y por eso la intervención de estas terapias manuales será más apropiada para la curación y regeneración del tejido.

**Nicola McGill:** Y tampoco, no reduce el riesgo de linfedema, sino que obviamente crea más vasos linfáticos. Así que ese artículo es fácil de leer. Algunos artículos son un poco más difíciles, pero creo que lo compartí. Estaba al final de una de esas diapositivas. Que de hecho tengo. Sí.

**MK Brennan:** Gracias.

**Nicola McGill:** Bueno, y, y solo quiero agregar brevemente a esto [04:40:00], las imágenes que han mostrado, las imágenes en verde intenso que han mostrado, que es la razón por la que ahora tratamos a los pacientes con linfedema de manera diferente a como lo hacíamos hace dos o tres años, es saber que la linfa se regenera y encuentra vías colaterales.

**Nicola McGill:** Y gran parte de esto ocurre como parte de nuestra respuesta inmunitaria para encontrar esas nuevas vías. Y son las imágenes las que nos lo muestran.

**MK Brennan:** Maravilloso. Gracias.

**Johnnette du Rand:** Tengo una pregunta para Karen. Tengo una pregunta para Holly. Así que Kara, ambas son preguntas importantes. Kara, ¿puedes explicar cómo afrontas el duelo cuando trabajas con clientes que están viviendo un tiempo prestado?

**Cara Thurman:** Oh, esa también es una muy buena pregunta. Yo diría que sí. Hay muchas [04:41:00] cosas que hago.

**Cara Thurman:** Una de las cosas que quería era formar un equipo con gente con la que pudiera trabajar, gente que formara parte de mi día a día. Obviamente, he tenido muchos contactos en el campo del masaje oncológico con muchísimos años de experiencia, muchos más que yo. Pero no los veo con regularidad, y a menudo no los veo en persona, sobre todo desde la pandemia.

**Cara Thurman:** Bueno, ya sabes, construir ese equipo ha sido una parte realmente importante para continuar. Hacer este trabajo de una manera que sea sostenible para mí y para las otras personas que hacen este trabajo. Y una de las cosas que hacemos es que cada trimestre tenemos un almuerzo o cena de oncología como equipo. Eh, y. A menudo estamos allí durante tres horas y cada

vez es un poco diferente. A veces tenemos una agenda muy estructurada, como una agenda muy estructurada [04:42:00] .

**Cara Thurman:** Tuvimos una en diciembre y tenemos otra el lunes, pero en diciembre fue como un cierre de año. Hicimos muchas cosas de apoyo, como diferentes preguntas y sugerencias que cada uno podía responder si quería contar sus historias. Compartir. Experiencias que tuvieron en entornos de pacientes o con pacientes que todos conocemos que no han evolucionado tan bien como esperábamos o que tal vez no están evolucionando tan bien ahora como lo hicieron en el pasado.

**Cara Thurman:** Simplemente permitir que la gente diga su verdad y lo que han estado guardando. Y muchas veces terminamos teniendo experiencias muy compartidas porque a menudo, si la gente es impaciente, en las áreas en las que trabajamos, a veces pueden estar allí durante semanas. Y todos los hemos visto mientras hacemos rondas.

**Cara Thurman:** [04:43:00] Todos podemos hablar muchas veces de los miembros de la familia y de diferentes cosas que hemos vivido con ellos. Y realmente mucho de eso es simplemente brindarles ese espacio para que dejen ir algunas de las cosas a las que se han estado aferrando y también encuentren experiencias compartidas y sientan que es difícil para todos nosotros.

**Cara Thurman:** No es difícil solo para ti, Ashley, o quien sea, es, es, es un trabajo duro para estar todo el día, todos los días. Así que esa es una de las cosas importantes que hago. Y luego cosas como esta, simplemente tratar de mantenerme conectada con una comunidad de personas que obviamente están profundamente involucradas en este trabajo, y sé que hoy ha sido muy intenso, pero extremadamente solidario para mí.

**Cara Thurman:** He aprendido mucho. Me encuentro pensando, oh, quiero aprovechar todo esto. Educación continua. Quiero traer a mi [04:44:00] todo mi equipo. Eso no siempre es posible. Pero creo que simplemente seguir renovándome y refrescándome y sintiendo esa, esa conexión y eso, eso, eh, simplemente volver a conectarme con mi misión, o con nuestra misión.

**Cara Thurman:** Y bueno, sí, hay muchas cosas que creo que he intentado implementar. Algunas han tenido éxito, otras no tanto, pero diría que estas reuniones trimestrales de equipo han sido muy importantes. Y también nos vemos mucho en la oficina. Así que me aseguro de que haya una comunicación abierta y que la gente pueda venir a mí, escribirme por Slack, llamarme si tienen un mal día o si tienen una experiencia en la que no saben qué hacer.

**Cara Thurman:** No han vivido esta experiencia antes. Tienen miedo, no quieren lastimarse. Así que la comunicación abierta y el apoyo, creo que son algunas de las cosas que más nos ayudan.

**Johnnette du Rand:** Muchísimas gracias por hablar de comunidad y conexión.  
[04:45:00]

**Cara Thurman:** Sí,

**Johnnette du Rand:** correcto.

**Cara Thurman:** Sí.

**Johnnette du Rand:** Sí. Y, aunque no tengamos un equipo con el que trabajemos de inmediato, gracias a foros como este podemos estar más conectados.

**Johnnette du Rand:** ¿No es maravilloso?

**Cara Thurman:** Sí, definitivamente. Estoy 100% de acuerdo y estoy muy agradecida por esto hoy,

**Johnnette du Rand:** Cynthia. Entonces, para el terapeuta que no ha recibido la capacitación MABT, que no ha seguido el camino de explorar la educación con respecto al trauma informado para ese terapeuta, para ese profesional, cuando un cliente está con ellos en su sala de tratamiento y el cliente está teniendo una reacción emocional, ¿cuáles son algunas de las cosas que un terapeuta puede hacer para...

**Johnnette du Rand:** ¿Qué cosas debería o podría decirle un terapeuta a un paciente que podrían resultarle útiles?

**Cynthia J Price:** De acuerdo. Sí, creo que, quiero decir, es bastante común, o creo que a los masajistas les pasa eso a veces, ¿verdad? Alguien se emociona y por diversas razones. Creo que lo más útil que podemos hacer es estar presentes con esa persona.

**Cynthia J Price:** ¿Verdad? Y eso es parte de lo que hago. Mi trabajo se trata de cómo estar presente como terapeuta y con nuestros clientes. Pero en realidad, se trata simplemente de ser compasivo, ¿no? Se trata de decir: "Oye, te escucho. Esto es muy difícil y estoy aquí contigo. Y está bien que sientas lo que sea que estés sintiendo, ¿no?".

**Cynthia J Price:** Para que haya espacio para que esas emociones estén ahí y para que esté bien expresarlas. No significa que tengamos que arreglarlo. No significa que tengamos que entenderlo [04:47:00] más. Se trata simplemente de acompañar a esa persona en el momento, y eso es, creo, lo más importante.

**Nicola McGill:** Gracias.

**MK Brennan:** Y tengo una pregunta para Nicola.

**MK Brennan:** Alguien preguntó si hay alguna forma específica de que los graduados puedan enterarse de las novedades.

**Nicola McGill:** Bueno, el cambio clave como resultado de todas las imágenes y estudios que se han realizado, es que estamos cambiando la forma en que tratamos los ganglios linfáticos regionales que se han visto afectados por la cirugía y la radiación.

**Nicola McGill:** Entonces, hasta hace unos tres años, estábamos enseñando una secuencia de linfedema donde se usaba completamente la anastomosis y no se trabajaba en el área de los ganglios linfáticos donde había sido la radiación, es decir, los ganglios linfáticos restantes. Ahora, en nuestras clases, enseñamos que podemos trabajar esos ganglios linfáticos. Nosotros [04:48:00] hacemos directamente el aspecto medial de la extremidad superior y la extremidad inferior hacia esos ganglios y todavía usamos la anastomosis, pero no necesitamos evitar esos ganglios por completo porque estos estudios están mostrando cómo estos vasos linfáticos, todavía, algunos de ellos todavía funcionan.

**Nicola McGill:** Así que no los sobrecargamos. Simplemente trabajamos la zona y utilizamos la anastomosis. Esto ha cambiado mucho nuestra forma de tratar. Pero, desde la perspectiva del drenaje linfático manual, los terapeutas de linfedema están aprendiendo esta nueva forma de tratar a las personas, incluso a través de los programas de formación en linfedema.

**Nicola McGill:** En la formación intensiva, solemos preguntarnos: ¿qué muestran los estudios más recientes? Así que nos adaptamos en consecuencia, lo que simplifica mucho el proceso para quien realiza el drenaje linfático manual. Especialmente para el masajista que no está especializado en linfedema.

**Nicola McGill:** Siempre ha habido una especie de cierta cautela, como si dijéramos: "Oh, no podemos entrar en ninguna de las áreas de los ganglios

linfáticos [04:49:00]" , pero ahora podemos. Y eso es lo que estamos enseñando. Bien. Entonces, no es que, quiero decir, de nuevo, los manuales que enseñamos siempre se estén actualizando, así como las últimas investigaciones, etcétera. Pero esto ha sido algo que he tenido que cambiar como profesional, así como instructora.

**Nicola McGill:** Ahora les enseñamos a los estudiantes cómo usar esos ganglios linfáticos restantes. Obviamente, hay que palpar y tener cuidado con las incisiones que aún causan molestias y las adherencias, así como con los efectos a largo plazo de la radiación. Puede haber casos en los que, si bien se palpa, no se trabaja directamente con esos ganglios linfáticos, pero eso es lo que les enseñamos.

**Nicola McGill:** Ahora

**MK Brennan:** Esto se relaciona con una pregunta que Cynthia hizo antes. Es para ti y para Holly, quizás. ¿Qué tan importante dirías que es el masaje linfático en comparación con el masaje regular Visa para las respuestas de corte de cuello?

**Cynthia J Price:** Oh, creo que esa es una buena pregunta para que la responda Holly [04:50:00] .

**MK Brennan:** Sí. No tú, Cynthia. La pregunta vino de Cynthia.

**Nicola McGill:** Oh. Oh, está bien.

**MK Brennan:** De otra Cynthia, entonces,

**Nicola McGill:** De acuerdo.

**MK Brennan:** Esto es para Nicola o Holly.

**Nicola McGill:** Bien. ¿Quiere Holly? Estoy, con gusto responderé y luego Holly. Está bien. Continúa. Sí, adelante. Adelante. Quiero decir, creo que especialmente después de la presentación de Kathy Ryan, viendo lo que está sucediendo. Cómo estos tratamientos contra el cáncer están afectando el sistema linfático.

**Nicola McGill:** Y creo que también es importante reconocer, sobre todo para quienes han realizado estudios sobre el drenaje linfático manual, que sabemos que el masaje en general aumenta la circulación sanguínea. Esto es lo que, en

última instancia, genera el líquido linfático que el sistema linfático debe eliminar.

**Nicola McGill:** Entonces. Cuando se incorpora el drenaje linfático manual y se apoya el movimiento de la linfa, no necesariamente se crea linfa, el movimiento de la linfa [04:51:00] va a ser más, eh, va a ser más favorable para la cicatrización de heridas, la curación de tejidos, la reducción de la fibrosis, todas estas cosas de las que todos nosotros, como presentadores, hemos hablado.

**Nicola McGill:** Entonces creo que el drenaje linfático manual es imperativo para apoyar y reactivar un sistema linfático que se ha visto comprometido por todos estos tratamientos contra el cáncer. El masaje tiene su lugar. El masaje oncológico tiene su lugar en los ámbitos de la relajación muscular, etcétera. Y el otro punto que intento decir aquí es que el tacto en sí mismo es importante, pero estar enfocado en el movimiento linfático.

**Nicola McGill:** Cuando la función linfática se ve alterada, creo que es fundamental. Dejaré que Polly continúe.

**Holly McMillan:** Yo, yo apoyo eso. Creo que ambos tienen su lugar, sabemos que las tasas de prevalencia están en los noventa tanto para el linfedema externo como para el interno. Así que creo que tan pronto como podamos ponernos en marcha, tengamos [04:52:00] autorización, seguiremos adelante.

**Holly McMillan:** También creo que el masaje, así que lo he visto de primera mano. Tenemos un departamento entero de masajistas en MD Anderson, e incluso terapia táctil básica para el cáncer, la ansiedad y la depresión. Es absolutamente fabuloso para los pacientes, los cuidadores y las familias durante todo el proceso. Así que creo que ambos son sumamente recomendables.

**MK Brennan:** Genial. Gracias. La pregunta que me hizo Karen es: ¿tienen alguna información sobre el tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que padecen hipertensión arterial idiopática?

**MK Brennan:** Supongo que probablemente Holly, eso podría ser bueno para ti.

**Holly McMillan:** Se cortó un poco. Lo siento. ¿Puedes leerlo una vez más?

**MK Brennan:** Lo siento. Es, ¿tiene alguna información sobre el tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza [04:53:00] con hipertensión intracraneal idiopática?

**Holly McMillan:** No, no lo creo.

**Nicola McGill:** Sí, quiero decir, yo, yo tampoco he visto mucho al respecto.

**Nicola McGill:** Sé que existe una creciente bibliografía sobre las implicaciones de esa presión intracraneal y el papel del sistema linfático, que ha sido un tema candente de conversación. Pero, por el momento, no tenemos datos suficientes para afirmarlo con claridad. Sí.

**Holly McMillan:** Sí, lo único constante que vemos en la literatura sobre el sistema linfático en este momento es la importancia del sueño.

**Holly McMillan:** Y de nuevo, desde el punto de vista de la terapia de masaje, podríamos dormirlos, terapia táctil. Tal vez eso ayude, pero en este momento sigue siendo evidencia muy débil.

**Nicola McGill:** Sí. Pero es interesante cómo todo eso, como Holly habla del sueño, toda esa interconexión de todas las cosas que hacemos con nuestras terapias táctiles, no importa si es linfático, masaje, um, el trabajo de todos [04:54:00] aquí, que es, se trata todo de esa experiencia humana desde ese punto de vista.

**Nicola McGill:** Sí.

**Johnnette du Rand:** Tengo dos preguntas, Nicola. Creo que te corresponderán a ti. El punto de partida fue la presentación de Holly y una de las diapositivas que mostró Holly fue alguien que había recibido radiación solo en un lado, y luego alguien que había recibido radiación bilateralmente y cómo eso cambiaría las vías del líquido linfático.

**Johnnette du Rand:** Entonces, la primera pregunta que tengo está relacionada con el drenaje linfático manual (DLM), y luego la segunda pregunta que tengo está relacionada con un tratamiento facial, con la estética, con lo que haría el esteticista. Entonces, la pregunta relacionada con el DLM es considerando que el profesional tendría que basarse en el informe del propio paciente. De dónde se realizó la cirugía y la radiación, y esto es de Bambi, es, ¿existe un enfoque de redirección más seguro [04:55:00] para el DLM de cabeza y cuello, suponiendo que uno esté capacitado en esta modalidad?

**Nicola McGill:** Supongo que te refieres a utilizar otras vías, ¿es eso lo que quieres decir? Correcto, correcto.

**Johnnette du Rand:** Para el practicante de MLD.

**Nicola McGill:** Sí. Entonces, para el practicante de drenaje linfático manual, quiero decir, de nuevo, la mayoría de las veces, quiero decir, no estoy, solo hablo en nombre de la organización para la que imparto formación. No sé qué enseñan otras escuelas, pero ciertamente no enseñamos eso en el programa de drenaje linfático manual, específicamente para el cáncer de cabeza y cuello.

**Nicola McGill:** Y sabes cómo hacer el drenaje linfático manual (DLM) en ese caso. Es un poco más complejo, requiere un nivel de entrenamiento mucho mayor. Pero de lo que hablo es de la capacidad de, si tenemos esa acumulación de linfa, o si simplemente queremos crear esas nuevas vías, cruzar las zonas de drenaje en la región de la cabeza y el cuello y dirigir las de forma segura hacia los ganglios linfáticos axilares.

**Nicola McGill:** Y eso es, de nuevo, algo que ha sido. S mi formación inicial como terapeuta de linfedema. Hace muchos años, eso era lo que hacíamos. [04:56:00] Y ahora de nuevo, lo mismo con estos estudios que están saliendo con Iny Green Imaging. Sabemos que se están creando otras vías y podemos movernos sobre el tejido cicatricial.

**Nicola McGill:** Repito, yo diría que para cualquiera que no haya tenido ese nivel de entrenamiento, lo más seguro es utilizar la anastomosis. Luego, cuando hayas tenido el entrenamiento, un tiempo de clase más largo, sabiendo cómo trabajar de manera más específica y sutil sobre ese tejido cicatricial por radiación, entonces. Yo siempre optaría, e incluso para mí, si tengo a alguien que tiene muchos quistes y hay un daño significativo aquí, ni siquiera voy a pensar en trabajar sobre ese tejido.

**Nicola McGill:** Estoy usando la anastomosis porque, al fin y al cabo, quiero que mi paciente esté cómodo y no sienta más molestias de las que ya está experimentando.

**Johnnette du Rand:** Gracias. Y luego, me gustaría hacer una pregunta muy [04:57:00] similar, y me gustaría hacerla desde la perspectiva de la esteticista.

**Johnnette du Rand:** Entonces, si estamos pensando en un facial clásico, un facial tradicional, un facial de estilo europeo, que es a lo que dedicaban la mayor parte de su tiempo, y si estamos hablando de un cliente que puede tener cierto grado de fibrosis cutánea o tisular pero no tiene linfedema, que está bien curado. Está bien hecho después de los tratamientos y ha venido para un facial.

**Johnnette du Rand:** Si la esteticista sigue los movimientos hacia abajo por el cuello, al cruzar la clavícula y la espina de la escápula se mantiene la presión que se supone que debe ejercer durante un facial, que tradicionalmente sería un uno o dos en la escala de Walton, y durante el masaje, posiblemente un tres.

**Johnnette du Rand:** ¿Se consideraría seguro que lo hiciera la esteticista?

**Nicola McGill:** Quiero decir, creo que, de nuevo, tienes que tener esa buena admisión. ¿En qué punto están? ¿Cuánto tiempo ha pasado desde sus [04:58:00] procedimientos y obtener esa buena información de ellos y su integridad de la piel, creo que es una, es una buena pregunta. Creo que es una muy difícil porque creo que tengo numerosas esteticistas que toman mi clase y están repensando lo que han estado haciendo porque obviamente su linfático está drenando hacia abajo y como en el mundo de la estética, todo se está moviendo hacia arriba.

**Nicola McGill:** Entonces creo que es una cuestión de, ya sabes, educación. Creo que eso es algo realmente importante, y me gustaría ver más clases de drenaje linfático manual para que las esteticistas puedan obtener más información. Sí,

**Johnnette du Rand:** Absolutamente. Gracias. Este tema era particularmente relevante para la comunidad de esteticistas, así que no podría estar más satisfecha, pero agradezco a los organizadores por haberlo hecho posible, como coronela por hoy.

**MK Brennan:** Sí. Tengo un par de preguntas para Holly que me envió Janae. Ella [04:59:00] quiere saber si podrías hablar sobre quimioterapia y radiación. La primera pregunta es sobre la posibilidad de transferir información a un terapeuta a través de la piel.

**Holly McMillan:** Sí, es una consideración importante a la hora de transferir la radiación; es fundamental saber qué tipo de radiación recibieron. Principalmente en la frente y el cuello. Tenemos radioterapia externa, que es, con mucho, la más común; un haz de radiación no es radiactivo, por lo que no hay radiación residual en la piel. El material radiactivo no puede transferirla.

**Holly McMillan:** No es un proceso radiactivo. En la piel. La excepción es la braquiterapia. Esos pacientes suelen ser aislados después del tratamiento durante periodos variables, dependiendo de su plan de tratamiento. Generalmente, el equipo los protege rigurosamente. Las tasas de transmisión más altas después de la braquiterapia se dan durante los dos primeros meses.

**Holly McMillan:** La radiación se desintegra con el tiempo. Eh, por lo general, dentro de un período de tres a seis meses, el riesgo de RT [05:00:00] es mínimo. Siempre que un paciente recibe braquiterapia, busco la aprobación directa del equipo médico para comprender cómo creen que es el proceso de desintegración radiactiva para ese paciente. Eso es radiación, quimioterapia, la quimioterapia es interesante.

**Holly McMillan:** Se metaboliza y excreta principalmente a través de la orina y las heces, así que, con suerte, no nos preocupa, pero también se transmite a través del sudor, por lo que permanece intacto. El contacto con la piel no es una vía tan significativa para un terapeuta, pero podría haber cantidades mínimas. Normalmente, después de una infusión, permanece en el organismo entre 48 y 72 horas.

**Holly McMillan:** Eh, pero de nuevo, buscamos piel intacta. Es razonablemente seguro proceder. Nuevamente, siempre consulte con el equipo de quimioterapia. Usar guantes también es una precaución de seguridad absolutamente apropiada. Siempre evitamos el contacto directo sobre puertos y parches, así como cualquier tipo de contacto dérmico, pero una buena higiene de manos y el uso de guantes pueden ser útiles para escenarios agudos de quimioterapia [05:01:00]

**MK Brennan:** Genial. Gracias. Kara, ¿tienes algo que añadir? Porque tú también lo incluirías en tu programa.

**Cara Thurman:** Estoy de acuerdo con todo lo que dijo. Diré esto: trabajamos en varios hospitales donde el uso de guantes es obligatorio para nosotros cuando brindamos atención directa al paciente. Por lo tanto, como trabajamos en diferentes sistemas de salud, seguimos los protocolos de cada uno de ellos.

**Cara Thurman:** Durante ese turno en particular o ese tiempo que estamos trabajando. Y además de eso, como equipo, siempre apoyamos a las personas que hacen lo que las hace sentir más cómodas. Así que tenemos algunas personas que, y, y también vemos a personas en la oficina, y entonces. Si un cliente tuvo quimioterapia para la artritis reumatoide dos días antes y ha venido, apoyamos a nuestro equipo al cien por cien [05:02:00] .

**Cara Thurman:** Si se sienten más cómodos usando guantes, nosotros se los proporcionamos en la oficina. Si prefieren no usarlos, y el cliente también se siente cómodo, podemos hacerlo. Así que, como ya dijimos, seguimos los protocolos de cada sistema y nos apoyamos mutuamente, ya sea con algunos miembros del equipo o con otras organizaciones sin fines de lucro.

**Cara Thurman:** Trabajamos con socios, ya saben, queremos que la gente esté segura. Queremos que se sientan cómodos. Queremos que tengan confianza en su trabajo. Así que, siempre que sea una solicitud razonable, sin duda intentamos apoyar lo que hace que la gente se sienta más segura en su trabajo.

**MK Brennan:** Genial, gracias. La segunda pregunta, Holly, es para ti, y es breve: ¿MD Anderson publicará otro simposio de oncología?

**Holly McMillan:** ¿Cuál de nosotros, fue algo específico?

**MK Brennan:** Creo que aquí está la [05:03:00] cuestión de la oncología y luego vi en el chat del Simposio integrativo.

**Holly McMillan:** Oh, esas siempre son las mejores. Esas son siempre medicina integrativa, no sé. Si seguimos hablando, lo buscaré en Google en mi intranet a ver si lo encuentro.

**Holly McMillan:** Son los mejores en medicina integrativa porque organizan clases como Tai Chi y hacen muchísimas cosas. Increíble. Lo siento. Sí, lo haré. Déjame ver. Bueno, tú haces la siguiente pregunta. ¿Puedes?

**MK Brennan:** Yo

**Cara Thurman:** solo. ¿Puedo agregar que creo que lo que están preguntando, porque esto es algo que también he estado investigando, es que MD Anderson solía organizar, creo que era un seminario de oncología integrativa de dos o tres días.

**Cara Thurman:** Puede que lo hayan llamado conferencia, no estoy segura, pero fueron varios días. Fueron, los varios a los que asistí fueron terapia de masaje, terapia de yoga y tal vez acupuntura en ese momento. Y entonces. Si eso es lo que la gente pregunta. También estoy interesada en, sé que no lo han hecho desde, [05:04:00] diría como 2017 o algo así, tal vez incluso antes.

**Cara Thurman:** Y he estado observando durante años. Simplemente no he visto que surja nada. Así que si alguien tiene alguna información, estoy muy interesada. Además,

**Holly McMillan:** Yo

**MK Brennan:** simplemente,

**Holly McMillan:** Yo la

**MK Brennan:** enlace

**Holly McMillan:** en el chat parece que sí, 20 de enero de 2027. Acabo de poner el enlace.

**MK Brennan:** Gracias. Espero que les haya gustado. Eh, tengo una última pregunta, y sé que se nos está acabando el tiempo, pero para Cynthia y Holly, debido a la investigación.

**MK Brennan:** Holly, una pregunta sobre si harías un estudio de seguimiento del que presentaste, y Cynthia, porque te conozco y sé de tu interés por la investigación y el trabajo que has hecho. ¿Qué dirección crees que sería la mejor para seguir estudiando áreas en oncología? [05:05:00] Masaje.

**Holly McMillan:** Adelante, Cynthia. ¿Quieres ir tú primero?

**Cynthia J Price:** Sí, adelante. Puedes ir tú primero. No hay problema.

**Holly McMillan:** Creo que siempre está cambiando. Creo que debemos seguir formulando preguntas relevantes que sean significativas tanto para los profesionales como para los pacientes. Hay mucho potencial sin explotar, especialmente en nuestra comunidad. Ahora mismo me centro mucho en los resultados funcionales y en cómo nuestro trabajo apoya al paciente funcionalmente, pero creo que hay oportunidades en todos los ámbitos de nuestro trabajo de cara al futuro.

**Holly McMillan:** Sí, lo entiendo. Para que podamos obtener financiación y seguir consiguiendo más plazas en hospitales y estar en primera línea para estos pacientes, tenemos que seguir publicando investigaciones de buena calidad. Así que tenemos que encontrar la financiación para hacer la investigación. Cynthia lo entiende y luego publicar nuestros hallazgos porque existen y son reales, pero tenemos que presentarlos a los responsables políticos para asegurarnos de que [05:06:00] nuestros servicios sigan estando cubiertos para los pacientes.

**Holly McMillan:** Así es como me siento ahora mismo.

**Cynthia J Price:** Sí. Sí. Quiero decir, es un momento difícil ahora mismo, ¿verdad? Para la financiación de la investigación y espero que todos aquí estén familiarizados con las subvenciones disponibles a través de la Fundación de Terapia de Masaje. Hay pequeñas subvenciones para investigación,

subvenciones comunitarias y ahora hay subvenciones mucho más grandes que se han estado financiando en los últimos años.

**Cynthia J Price:** Miren eso. Si les interesa la investigación, creo que hay, hablé con Holly antes de esta presentación, pensando en hacerla. Una de las cosas que Holly compartió conmigo fue cuánta más investigación se podría realizar en torno a la oncología con atención a los problemas de brindar apoyo emocional a los pacientes.

**Cynthia J Price:** Y creo que he visto bastantes estudios que han sido financiados porque reviso subvenciones para la fundación de terapia de masaje para exámenes, por ejemplo, que han sido sobre ciencia de la implementación. Para terapeutas de masaje que trabajan en diferentes entornos hospitalarios y de atención oncológica, lo cual creo que es maravilloso porque se trata realmente de la sostenibilidad de este trabajo en la atención clínica.

**Cynthia J Price:** Creo que todavía no hemos hecho mucho en torno a estas cuestiones sobre el bienestar. Ciertamente, a menudo existen medidas de bienestar y bienestar emocional, pero las formas en que se puede enfocar más la atención en el masaje oncológico son, creo, realmente una cuestión muy importante que merece más atención.

**Johnnette du Rand:** Tengo dos últimas preguntas. Recibimos un par de preguntas con respecto a los suplementos. Fibrosis. Si se trata de fibrosis tisular o fibrosis cutánea [05:08:00], no se especificó, no estoy segura. Y las dos preguntas en particular de dos asistentes diferentes, una tenía que ver con suplementos de colágeno y la otra con un suplemento de septo.

**Johnnette du Rand:** ¿Hay alguien en el panel que esté al tanto de alguna investigación sobre suplementos orales que se puedan tomar para ayudar a reducir la fibrosis en cierta medida?

**Nicola McGill:** No tengo conocimiento de ninguno. No lo sé. No, no lo sé.

**Cara Thurman:** Yo tampoco, eso está fuera de mi ámbito de competencia.

**Nicola McGill:** Sí.

**Holly McMillan:** Actualmente se están realizando varios ensayos clínicos para esos fármacos, específicamente para la serrapeptasa.

**Holly McMillan:** No tengo conocimiento de nada específico al respecto, pero, eh, hay varios ensayos controlados aleatorios en marcha ahora mismo, lo cual es muy alentador para la fibrosis por radiación. Están comparando, caramba, se trata de estatinas, medicamentos para la fibrosis pulmonar [05:09:00], antiinflamatorios. Y están asignando aleatoriamente a estos pacientes a diferentes grupos.

**Holly McMillan:** Lo maravilloso es que los dos casos que conozco actualmente se están llevando a cabo en el MD Anderson. Por eso los conozco. Uno se realiza antes del tratamiento y podemos hacer un seguimiento de los pacientes durante todo el proceso para ver si realmente previene que esto suceda. El otro es un modelo similar, pero una vez que se ha establecido la fibrosis, ¿podemos revertirla?

**Holly McMillan:** Y estamos analizando eso ahora mismo. En cuanto a los suplementos, no lo sé, pero están trabajando en otros fármacos más potentes en este momento.

**Johnnette du Rand:** Holly, para retomar esa pregunta, y quizás no lo sepas, pero con respecto al primer ensayo que mencionaste, donde están analizando los suplementos en relación con la prevención, ¿recuerdas cuánto duró ese ensayo?

**Johnnette du Rand:** ¿Eso es por seis meses? ¿Por 12 meses durante dos años?

**Holly McMillan:** Sí, hacemos seguimiento al paciente. Tomarán la medicación durante un año, así que tienen que pasar por sus evaluaciones iniciales para saber cómo está todo. Pasan por su radioterapia. [05:10:00] Si su primer escaneo no muestra evidencia de enfermedad, entonces toman la medicación durante un año completo y los revisamos cada tres meses.

**Holly McMillan:** Y entonces depende del paciente y del médico si quieren continuar con esos medicamentos.

**Johnnette du Rand:** Gracias. Y ahora mi última pregunta para concluir. Todos enfatizaron durante sus presentaciones la importancia de abordar la atención con los pacientes como un equipo de atención integral y las especialidades autorizadas que se mencionaron con mayor frecuencia fueron:

**Johnnette du Rand:** Para tener disponibles como recursos de referencia para sus clientes. Eran terapeutas del habla, fisioterapeutas y terapeutas de drenaje linfático manual (DLM) especializados en cánceres de cabeza y cuello. Obviamente, si alguien es un masajista con formación en oncología, conviene

tener un esteticista con formación en oncología al que derivar pacientes, y viceversa.

**Johnnette du Rand:** Pero, en su opinión, ¿hay alguna otra especialidad muy importante que falte en esa lista con la que un médico en ejercicio [05:11:00] debería tener una relación para poder derivar pacientes cuando sea necesario?

**Nicola McGill:** Trabajo en estrecha colaboración con un fisiólogo del ejercicio. Formamos parte del Centro Boulder para la Supervivencia del Cáncer, un importante programa de apoyo a supervivientes, y el componente de ejercicio es fundamental.

**Nicola McGill:** No solo para la fuerza física, la movilidad física, sino también para el apoyo mental y emocional. Soy voluntaria en un grupo que lleva a pacientes con cáncer a hacer senderismo, y creo que el movimiento y el ejercicio son muy, muy importantes. Sí.

**Holly McMillan:** Yo añadiría que contamos con un servicio integral de control del dolor con el que trabajamos en estrecha colaboración.

**Holly McMillan:** Estas personas se especializan en el manejo del dolor. También diría que en fisioterapia. Medicina física y rehabilitación, son excelentes para inyecciones o para una evaluación integral del cuerpo. Eh, creo que son [05:12:00] fantásticos en dermatología. Voy a terminar aquí, así que probablemente seguiré nombrando a todos los que veo.

**Johnnette du Rand:** Gracias.

**MK Brennan:** Maravilloso, maravilloso, maravilloso y asombroso lo rápido que pasa una hora, y ya estamos llegando al final de nuestro tiempo para esto, así que quiero aprovechar este momento para agradecerles a nuestros panelistas por la excelente discusión de hoy. Espero que no hayamos dejado ningún tema pendiente para ustedes. Les informamos a todos que tomaremos las preguntas que no pudimos responder hoy y recopilaremos las respuestas para enviárselas más adelante, especialmente las de Kathy, quien no pudo acompañarnos.

**MK Brennan:** Esperamos que hayan disfrutado de la cumbre de este año. Y ahora, con eso, tendremos un mensaje especial de nuestro presidente. Que vino después de mí, así que es genial. Será genial volver a ver a Erica. [05:13:00] Erica, Quentin.

## [05:13:01] Cierre

**Ericka Clinton:** Buenas tardes a todos. Muchísimas gracias por asistir a la Cumbre Virtual de Sanación presentada por la Sociedad de Masaje Oncológico y la Sociedad de Estética Oncológica. Ha sido un día maravilloso. Las presentaciones fueron muy informativas e inspiradoras. Por favor, den las gracias a nuestros ponentes y un enorme agradecimiento a Nicola McGill y Holly McMillan.

**Ericka Clinton:** Dra. Cynthia Price, Kathy Ryan y Kara Thurman. Hoy he aprendido muchísimo y me siento muy enriquecida por el impacto que la oncología, el masaje y la estética oncológica tienen en la atención de las personas afectadas por el cáncer. Agradecemos a todos los asistentes y esperamos que hayan disfrutado de un rato maravilloso con nosotros para concluir nuestra jornada.

**Ericka Clinton:** Quiero informarles sobre los próximos pasos para nuestra comunidad. [05:14:00] Primero, la Cumbre de Sanación. La junta directiva ha decidido que realizamos estas cumbres de sanación virtuales de forma excelente. Por lo tanto, continuaremos con una cumbre virtual en 2027. Aún aspiramos a realizar un evento presencial en los próximos años, así que estén atentos.

**Ericka Clinton:** Muy pronto haremos la convocatoria para voluntarios. Si usted es un profesional preferente, esté atento a su correo electrónico. Si desea colaborar como voluntario y no lo es, envíe un correo electrónico a [operations@s40.oh](mailto:operations@s40.oh). Esperamos incorporar dos nuevos miembros a la junta directiva en 2026. Cabe destacar que los miembros de la junta directiva no necesitan ser profesionales preferentes en nuestra organización.

**Ericka Clinton:** Agradecemos a los profesionales y educadores de los campos de la oncología, el masaje y la estética oncológica [05:15:00] que estén interesados en el desarrollo y crecimiento de S four OM y S four OE. También necesitaremos más voluntarios que se unan a nosotros y ayuden con el comité de educación de S four OE, nuestro comité de planificación de la cumbre, la recaudación de fondos y el marketing.

**Ericka Clinton:** Y ahora, la mejor parte del día: el reconocimiento. Un enorme agradecimiento a nuestro patrocinador, Blue Beaully, y un agradecimiento especial a todos nuestros voluntarios. No podríamos haber tenido este día sin su apoyo. Gracias a nuestros moderadores de sesión, MK Brennan, S four OM, expresidente, y Jeanette Durand, quien actualmente forma parte del Comité de

Educación de S four OE para el Comité de Planificación de la Cumbre, quienes hicieron posible este día.

**Ericka Clinton:** Por favor, den un aplauso, chasquidos de dedos, lo que quieran mientras menciono sus nombres. Kara Thurman, [05:16:00] quien se encargó de la difusión y el patrocinio del masaje oncológico. Thekla Lui quien se encargó de la difusión y el patrocinio de la estética oncológica. Dana Lewellen, quien se encargó del marketing y las comunicaciones para la oncología.

**Ericka Clinton:** Linfáticos, Hannah Roloff, quien presidió nuestro comité de becas, Sharon Pollock, Enlace de la junta Kelly Joe Webster y Erica Kless, quien se encargó del marketing de nuestro boletín y la difusión. Lucy Allen y Chelsea French son enlaces de NCBTMB. Carolyn Tag, quien representó a Educación y al Foro de Educadores, nuestra increíble presidenta del comité Cheryl Johnson.

**Ericka Clinton:** Cheryl ha dirigido el Comité de Planificación de la Cumbre durante los últimos cuatro años, y estos eventos son un éxito [05:17:00] gracias a su liderazgo y organización. Su dedicación a S four OM y S four OE es asombrosa, y le agradecemos enormemente a ella y a todas las incontables horas de arduo trabajo. Por último, pero no menos importante, Ashley Hyatt, nuestra gerente de operaciones, quien supervisó el registro y brindó apoyo para la cumbre.

**Ericka Clinton:** Ashley nos hizo lucir y sonar muy bien hoy. Sin su arduo trabajo y compromiso, este día no habría sido posible. No podríamos haber realizado este evento sin todas estas personas maravillosas, y estoy muy agradecida por su servicio. Para finalizar, si planean recibir créditos de educación continua, asegúrense de completar el

**Ericka Clinton:** Formulario de estudio en casa de cE. Este será mi último evento oficial como presidenta de la junta directiva.

**Ericka Clinton:** Quiero agradecer a la comunidad [05:18:00] que me ha inspirado y me ha permitido guiarla con propósito hacia un futuro del que todos podamos estar orgullosos. También quiero agradecer a mis compañeros de la junta directiva, Kimberly Austin, Morag Corin, Cheryl Johnson, Rachel Ne Wind, Sharon Pollock, Elizabeth Soto, Nisa Valdez y Marcus Walsh, con quienes he tenido el placer de trabajar, y atesoraré las relaciones que he construido con ellos mientras impulsábamos el progreso de la organización.

**Ericka Clinton:** Que estén todos bien. Gracias de nuevo y que tengan un día maravilloso.