

Intervención Enfermera en el tratamiento a la persona con hepatocarcinoma



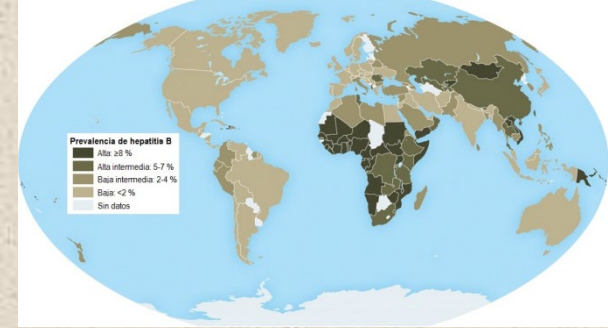
Carmen Fuertes Ran

Madrid, 12 febrero 2020



HEPATOCARCINOMA

Introducción



× Carcinoma hepatocelular (HCC):

- + Distribución mundial es muy heterogénea, relacionada con la prevalencia variable de los diferentes factores de riesgo
- + Zonas más prevalentes son el Sudeste Asiático y el África Subsahariana donde la infección por el virus de la hepatitis B es endémica
- + En Europa, países mediterráneos mayor riesgo de muerte o desarrollo cáncer hígado por ingesta alcohol, hepatitis B y C

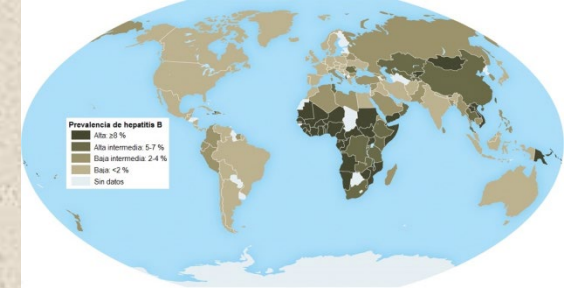
Pin N. *et al*, 2014; Blanco-Rodriguez MJ. 2017

HEPATOCARCINOMA

Introducción

Carcinoma hepatocelular (HCC):

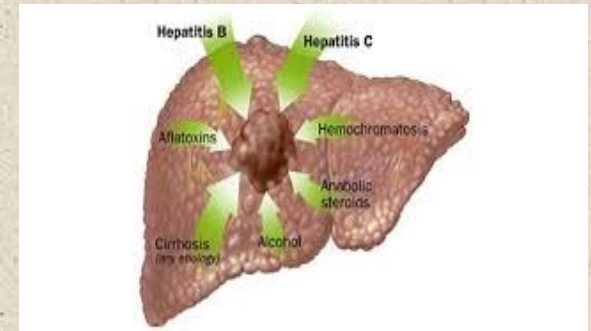
- El HCC es un problema médico relevante
- 6ª neoplasia más frecuente en el mundo y la tercera causa de muerte por cáncer
- Neoplasia primaria de hígado más común
- Afecta a personas con hepatopatía crónica que han desarrollado cirrosis, relacionada con virus de la hepatitis B y C, siendo en este grupo de personas el HCC la causa más frecuente de muerte



Pin N. *et al*, 2014; Iñarrairaegui M, 2016; Blanco-Rodriguez MJ. 2017; Crespo *et al*. 2019

HEPATOCARCINOMA

Etiología



Factores riesgo:
Cirrosis de cualquier etiología:
Relacionado virus B y C
Alcohol
Hemocromatosis

Más del 90% de los casos en pacientes con cirrosis
Duración cirrosis factor importante

Hepatocarcinoma por HVC:
Francia – 27%/58%
Italia – 44%/66%
España – 60%/75%
Japón – 80%/90%

Infección crónica de hepatitis B puede inducir tumores hepáticos

En portadores inactivos del virus o pacientes con hepatitis crónica sin cirrosis

Hepatocarcinoma

Prevención

- ✓ La vacuna frente al VHB ha demostrado su eficacia
- ✓ La infección VHC, el alcohol y síndrome metabólico

Prevenir con campañas para mejorar condiciones socio-sanitarias y promoción hábitos de vida saludable

Evitar factores de riesgo:

Progresión a cirrosis: Virus B, Virus C, alcohol

Evitar Síndrome metabólico



VHB: Vacunación antiviral, tratamiento antiviral

VHC: Tratamiento antiviral



Forner A. et al. 2016; Boylr D. A., 2017; Blackwell R., 2018

Hepatocarcinoma

Evolución histórica

- * Hace décadas el HCC se diagnosticaba habitualmente en fase avanzada
- * El paciente presentaba síntomas o experimentaba empeoramiento de la función hepática



- * No era posible ningún tratamiento y el diagnóstico de HCC se consideraba un episodio terminal

(en el contexto de la cirrosis hepática)

Hepatocarcinoma

Evolución histórica

1999



Tratamiento:
Cirugía, quimioterapia

Menéndez JM. et al., 2014; Igleisas L., 2014

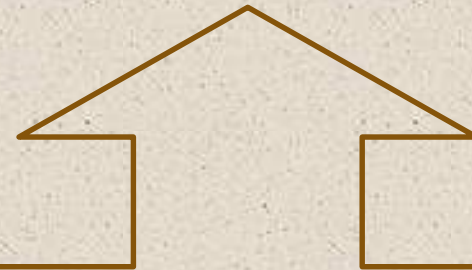
2019



Evolución Tratamientos:
Cirugía, Quimioterapia,
Inmunoterapia, Ensayos
Clínicos



CUIDADOS DE
ENFERMERÍA
EVOLUCIONAN



- Actividad basada en técnica →
cuidado marco teórico propio
- Revolución nuevas tecnologías →
demanda de cuidados
- Enfoque basado en tradición →
estar basado en la evidencia

Dos últimas décadas revolución a nivel mundial en cuanto al conocimiento y comprensión del Hepatocarcinoma

Hepatocarcinoma

Diagnóstico

HISTORIA

CLÍNICA

EXPLORACIÓN

FÍSICA

PRUEBAS DE IMAGEN

MARCADORES TUMORALES



Biopsia

Complicaciones : Ruptura del tumor, la hemorragia, y el sembrado local del tumor.

Alfafetoproteína

AFP: En la sangre de los fetos, normalmente se encuentra en altos niveles, bajan poco tiempo después del nacimiento. En los adultos pueden subir a causa de enfermedad hepática, cáncer de hígado, u otros tipos de cáncer

Resonancia Nuclear Magnética (RNM): Procedimiento para el que se utiliza un imán, ondas de radio y una computadora para crear imágenes detalladas de áreas internas del cuerpo, como el hígado. Para crear imágenes detalladas de los vasos sanguíneos del hígado o cercanos al hígado, se inyecta un tinte en una vena.

Resonancia nuclear magnética

La tomografía computarizada (computed tomography, CT) es un estudio de radiografía que produce imágenes transversales detalladas del cuerpo. Una CT del abdomen puede ayudar a identificar muchos tipos de tumores del hígado. Puede proporcionar información precisa sobre el tamaño, forma y posición de cualquier tumor que se encuentre en el hígado o en cualquier lugar en el abdomen, así como de los vasos sanguíneos adyacentes

TAC abdominal

La ecografía (ultrasonografía) usa ondas sonoras para crear una imagen en una pantalla de vídeo. Este estudio puede mostrar masas (tumores) que están creciendo en el hígado, y entonces se pueden realizar pruebas para saber si son cancerosas, si es necesario.

Ecografía abdominal

Hepatocarcinoma

Tratamientos

INTENCIÓN CURATIVA

Extirpación
quirúrgica

- *Resección hepática
- *Trasplante hepático

Destrucción
"In Situ"

- *Radiofrecuencia (calor)
- *Criocirugía (frío)
- *Inyección alcohol

INTENCIÓN PALIATIVA

Locales o
regionales

- *Embolización arterial
- *Radioembolización
- *Radioterapia externa

Generales

- *Quimioterapia (antitumorales)
- *Inmunoterapia

Hepatocarcinoma

Tratamiento intención curativa: Extirpación quirúrgica



RESECCIÓN HEPÁTICA

- * Resecables
- * Buena función hepática:
 - Child Pugh A
 - Bilirrubina normal
 - No hipertensión portal

Valoración enfermería: Signos de sangrado, infección, insuficiencia hepática y/u otros problemas trº inmediato



TRASPLANTE HEPÁTICO

- * Hepatocarcinoma no metastásico
- * Condiciones de trasplante
- * Condiciones tamaño del tumor (criterios de Milán):
 - Una lesión ≤ 5 cm
 - No más de 3 lesiones
 - ≤ 3 cm cada una
- * PROBLEMA: Tiempo de espera
Terapia puente: Quimioembolización

Valoración enfermería: Detectar signos de rechazo, valorar tolerancia fármacos, valorar complicaciones

Hepatocarcinoma

Tratamiento intención curativa: Extirpación quirúrgica

Clinical and Lab Criteria	1	2	3
Encephalopathy	None	Mild to moderate (grade 1 or 2)	Severe (grade 3 or 4)
Ascites	None	Mild to moderate (diuretic responsive)	Severe (diuretic refractory)
Bilirubin (mg/dL)	< 2	2-3	>3
Albumin (g/dL)	> 3.5	2.8-3.5	<2.8
Prothrombin time			
Seconds prolonged	<4	4-6	>6
International normalized ratio	<1.7	1.7-2.3	>2.3

*Child-Turcotte-Pugh Class obtained by adding score for each parameter (total points)

Class A = 5 to 6 points (least severe liver disease)

Class B = 7 to 9 points (moderately severe liver disease)

Class C = 10 to 15 points (most severe liver disease)

trº inmediato

complicaciones

Hepatocarcinoma

Tratamiento intención curativa: Extirpación quirúrgica



RESECCIÓN HEPÁTICA

- * Resecables
- * Buena función hepática:
 - Child Pugh A
 - Bilirrubina normal
 - No hipertensión portal

Valoración enfermería: Signos de sangrado, infección, insuficiencia hepática y/u otros problemas trº inmediato



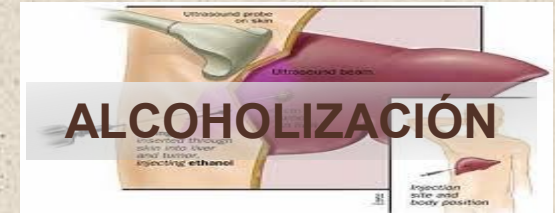
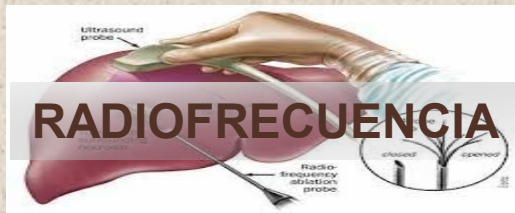
TRASPLANTE HEPÁTICO

- * Hepatocarcinoma no metastásico
- * Condiciones de trasplante
- * Condiciones tamaño del tumor (criterios de Milán):
 - Una lesión ≤ 5 cm
 - No más de 3 lesiones
 - ≤ 3 cm cada una
- * PROBLEMA: Tiempo de espera
Terapia puente: Quimioembolización

Valoración enfermería: Detectar signos de rechazo, valorar tolerancia fármacos, valorar complicaciones

Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención curativa: Destrucción In Situ



- Producir necrosis tumoral con calor
- Child Pugh A o B no candidato a trasplante hepático
- Lesiones que no excedan los criterios de Milán
- Terapia puente antes del trasplante hepático
- Producir necrosis tumoral con frío
- Child Pugh A o B no candidato a trasplante hepático
- Lesiones que no excedan los criterios de Milán
- Terapia puente antes del trasplante hepático
- Inyección de etanol en el tumor
- Lesiones menores de 3 cm
- Alternativa de bajo costo
- Técnica suplantada por la radiofrecuencia

Bilbao Aguirre I. et al. 2010; Pin Vieito N., et al. 2014; Forner A. et al. 2016; ASSCAT 2019

Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención curativa: Destrucción In Situ



Tabla 1 Criterios utilizados para la selección de pacientes con CHC candidatos a trasplante hepático

Criterios de Milán	Criterios de UCSF
1 Tumor < de 5 cm	1 Tumor < 6.5 cm
3 Tumores, ninguno > a 3 cm	2-3 Tumores, ninguno > 4.5 cm con diámetro total < 8 cm



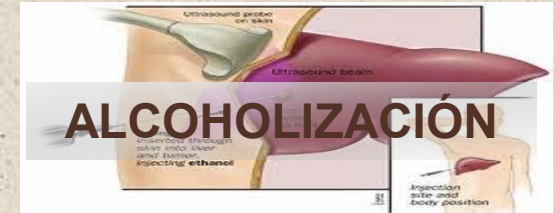
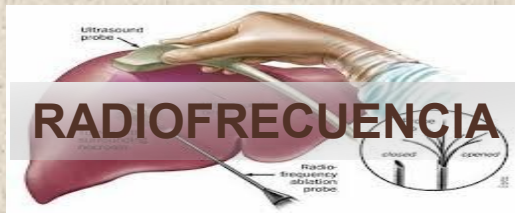
- Producción de tumor
- Child no candidato a trasplante
- Lesión que excede los criterios de selección
- Terapias antes de la hepatectomía

etanol
nores
e bajo
antada
cia

Bilbao Aguirre I. et al. 2010; Pin Vieito N., et al. 2014; Forner A. et al. 2016; ASSCAT 2019

Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención curativa: Destrucción In Situ



- Producir necrosis tumoral con calor
- Child Pugh A o B no candidato a trasplante hepático
- Lesiones que no excedan los criterios de Milán
- Terapia puente antes del trasplante hepático
- Producir necrosis tumoral con frío
- Child Pugh A o B no candidato a trasplante hepático
- Lesiones que no excedan los criterios de Milán
- Terapia puente antes del trasplante hepático
- Inyección de etanol en el tumor
- Lesiones menores de 3 cm
- Alternativa de bajo costo
- Técnica suplantada por la radiofrecuencia

Bilbao Aguirre I. et al. 2010; Pin Vieito N., et al. 2014; Forner A. et al. 2016; ASSCAT 2019

Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención paliativa: Local o regional



Quando se realiza	Quando se indica
Tumor inoperable	Pacientes en lista de espera para trasplante hepático (evitar progresión tumoral)
Contraindicada ablación percutánea (radiofrecuencia o alcoholización)	Disminuir volumen tumoral (pasar de tumor inoperable a operable)
Bilirrubina < 2-3 mg	Cuando hay recidiva post resección hepática
Ausencia colestasis obstructiva	Como trº definitivo o primario en un HCC inoperable
Vena porta permeable y funcional	Valoración enfermería: Dolor, fiebre, elevación transaminasas, signos insuficiencia hepática ...

Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención paliativa: Local o regional

RADIOEMBOLIZACIÓN

IRRADIACIÓN HEPÁTICA CON MICROESFERAS

Técnica especialmente indicada para el tratamiento de tumores múltiples. Se inyectan unas diminutas esferas radiactivas directamente en la arteria que lleva la sangre a los tumores. Las microesferas se alojan en las zonas afectadas y, al ir liberando la radiación, dañan a las células tumorales.

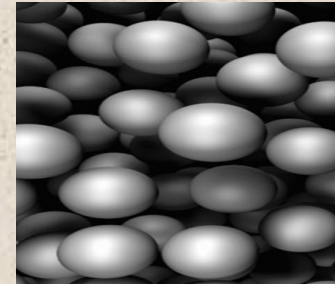
- 1 Se introduce el catéter a través de la arteria femoral hasta llegar a la hepática
- 2 En el interior de la arteria hepática se liberan las microesferas de Yttrio-90
- 3 Las esferas se alojan en la proximidad de los tumores y emiten radiaciones que los destruyen

ESTUDIOS PREVIOS

Se realizan una semana antes de iniciar el tratamiento y su función es evitar que las esferas radiactivas se dirijan a tejidos sanos y produzcan daños en el paciente.

<p>Arteriografía hepática Se estudia en detalle la anatomía arterial del hígado para identificar los vasos que irrigan el tumor.</p>	<p>Simulación del tratamiento En lugar de esferas radiactivas se inyectan macroagregados de albúmina marcados con tecnecio, para estudiar hacia dónde se dirigen.</p>	<p>Cálculo de la dosis Se diseña un tratamiento personalizado, que dependerá de las características del tumor y del paciente.</p>
---	--	--

- Tratar tumores primarios y secundarios
- Alternativa eficaz ante lesiones no operables
- Evitar lesiones crezcan
- No erradica la enfermedad
- Microesferas de resina:



- 35 μ diámetro
- 50.60 millones esferas por dosis
- Itrio 90
- Beta radiación:
 - *Penetración media de 2.5 mm en tejidos corporales*
 - *94% radiación se descarga a los 10 días*
 - *No es preciso aislamiento*

Valoración enfermería: Dolor, fiebre, náuseas, vómitos, malestar. Evitar contacto con la parte derecha (niños, mujeres embarazadas)

Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención paliativa: Local o regional

RADIOTERAPIA EXTERNA: ESTEREOTÁXICA

La RT estereotáctica del cuerpo y la terapia de partículas se han utilizado con control a largo plazo en el CHC temprano o como un tratamiento puente al trasplante.

La RT también ha sido efectiva en el tratamiento del CHC con trombosis venosa portal. Pacientes con insuficiencia hepática y la enfermedad extensa tiene un mayor riesgo de toxicidad y recurrencia.

Hace falta más investigación sobre cómo combinar RT con otros estándares.

También se necesitan ensayos aleatorizados antes de que la RT sea generalmente aceptada como una opción de tratamiento para HCC.



International Journal of
Radiation Oncology
Biology & Physics
www.mdjournal.org

Critical Review

Hepatocellular Carcinoma Radiation Therapy: Review of Evidence and Future Opportunities

Jonathan Klein, MD, and Laura A. Dawson, MD

Department of Radiation Oncology, Princess Margaret Hospital/University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

Received Aug 7, 2012, and in revised form Aug 29, 2012. Accepted for publication Aug 29, 2012

Hepatocellular carcinoma (HCC) is a leading cause of global cancer death. Curative therapy is not an option for most patients, often because of underlying liver disease. Experience in radiation therapy (RT) for HCC is rapidly increasing. Conformal RT can deliver tumoricidal doses to focal HCC with low rates of toxicity and sustained local control in HCC unsuitable for other locoregional treatments. Stereotactic body RT and particle therapy have been used with long-term control in early HCC or as a bridge to liver transplant. RT has also been effective in treating HCC with portal venous thrombosis. Patients with impaired liver function and extensive disease are at increased risk of toxicity and recurrence. More research on how to combine RT with other standard and novel therapies is warranted. Randomized trials are also needed before RT will be generally accepted as a treatment option for HCC. This review discusses the current state of the literature and opportunities for future research. © 2013 Elsevier Inc.

Introduction

Primary liver cancer is the world's third most common cause of cancer death (1). Eighty-five percent of cases occur in developing countries, and it is the fastest growing cause of cancer death in the United States (2). Hepatocellular carcinoma (HCC), the focus of this review, accounts for 85%–90% of primary liver cancers.

Risk factors for HCC include hepatitis B, hepatitis C, alcohol ingestion, and cirrhosis from any cause. Patients with HCC are often asymptomatic at the time of diagnosis, with a liver lesion incidentally detected via imaging. Classic imaging characteristics of arterial-phase enhancement and venous-phase "washout" in high risk patients with lesions >2 cm are diagnostic for HCC even without a biopsy (3). Many HCC staging systems have been developed, and most are based on the extent of tumor and vascular invasion (4). Figure 1 illustrates the Barcelona Clinic Liver Cancer system, which incorporates tumor stage, liver function, and performance status to facilitate treatment decisions (5).

Reprint requests to Laura A. Dawson, MD, c/o Radiation Medicine Program, LBN - Princess Margaret Hospital, 610 University Ave, Toronto ON M5G 2M9. Tel: (416) 946-2125; Fax: (416) 946-6566; E-mail: laura.dawson@rmp.uhn.on.ca

Int J Radiation Oncol Biol Phys, Vol. 87, No. 1, pp. 22–32, 2013
0360-3016/\$ - see front matter © 2013 Elsevier Inc. All rights reserved.
http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2012.08.043

Klein J. et al., 2012; Bronson S., 2018

In this review, the role of external beam radiation therapy (RT) for HCC will be summarized, and opportunities for future research highlighted. Percutaneous brachytherapy and radio-embolization have also been used to treat HCC, but are not the focus of the present review.

General Treatment Overview

HCC tends to remain within the liver, although multifocality and vascular invasion (eg, to the portal vein) are common (6). The common presence of underlying liver disease increases the risks of all HCC therapies compared with liver metastases occurring in a noncirrhotic liver. Care with preserved liver function is an overall treatment goal, and liver function is an important component of treatment decisions.

Surgical resection, an option for the minority of tumors, results in 5-year survival rates of 60%–70% (5, 7). Liver transplantation can cure both the cancer and underlying liver disease. Four-year survival

Note—An online CME test for this article can be taken at <http://astro.org/JRO>.

L.A.D. has obtained research funding from Bayer and has a licensing agreement with Rays Research Laboratories.

Conflict of interest: none.

Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención paliativa: General

QUIMIOTERAPIA / SORAFENIB

Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 19/04/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Gastroenterol Hepatol. 2010;33(19):741-752

Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia

ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones de manejo de Sorafenib en pacientes con carcinoma hepatocelular

Recommendations for the management of Sorafenib in patients with hepatocellular carcinoma

María Reig^a, Ana Matilla^a, Javier Bustamante^a, Luis Castells^d, Manuel de La Mata^a, Manuel Delgado^f, José María Moreno^g, Alejandro Forner^h y María Varela^{1,*}

^aUnidad de Oncología Hepática (BCLC), Servicio de Hepatología, Hospital Clínic, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehb), IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España
^bServicio Digestivo, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España
^cServicio de Gastroenterología y Hepatología, Sección de Hepatología y Trasplante, Hospital de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España
^dServicio de Medicina Interna - Hepatología, Universidad Autónoma de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehb), Hospital General Universitario Vall Hebrón, Barcelona, España
^eSección de Hepatología y Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Reina Sofía, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehb), Córdoba, España
^fServicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España
^gServicio Aparato, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Universidad Castilla-La Mancha, Albacete, España
^hUnidad de Oncología Hepática (BCLC), Servicio de Hepatología, Hospital Clínic, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehb), IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España
ⁱServicio de Aparato Digestivo, Sección de Hepatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

Disponible en Internet el 18 de septiembre de 2010

Introducción

Introducción histórica del tratamiento sistémico del carcinoma hepatocelular avanzado

El carcinoma hepatocelular (CHC) es la neoplasia maligna primaria hepática más frecuente. Es el sexto cáncer en frecuencia y el tercero en mortalidad en el mundo¹. En la gran mayoría de los casos el CHC aparece en el contexto de un hígado cirrótico, población en la cual supone la primera causa de muerte.

En la actualidad hay tres tipos de tratamientos que se consideran potencialmente curativos del CHC, y que pueden aplicarse en pacientes con CHC inicial según el sistema de estadiación Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) (30-40% de la población diagnosticada): la resección quirúrgica, el trasplante hepático y la ablación percutánea². Los pacientes en estadio intermedio del BCLC (30% de los CHC diagnosticados en nuestro medio) se benefician del tratamiento paliativo de quimioterapia transarterial hepática (TACE), con aumento de la supervivencia³, mientras que aquellos enfermos con CHC avanzado el tratamiento de elección y aprobado por la FDA (Food and Drug Administration, EEUU) y la EMA (European Medicines Agency) es Sorafenib^{4,5}.

Sorafenib: datos de la molécula

Descripción del fármaco
El Sorafenib Tositato (Nesavara[®]) es un inhibidor multiquinasas de bajo peso molecular y de gran biodisponibilidad que se administra por vía oral.

Autor para correspondencia.
Correo electrónico: maria.varela.cab@gmail.com (M. Varela).

0210-5705/\$ - see front matter © 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.gastrohep.2010.05.007

¿QUÉ DEBO SABER SOBRE EL TRATAMIENTO CON SORAFENIB?

CONSEJOS A TENER EN CUENTA



María Varela Gómez, Enfermera de la Unidad de Hepatología, Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid

Elaine Sureda Ruiz, Enfermera de la Unidad de Hepatología, Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid

- Inhibidor multiquinasa
- Reduce proliferación células tumorales
- Aprobado y financiado
- Efectos secundarios:
 - Diarreas
 - Enrojecimiento facial
 - Síndrome mano-pie
 - Hipertensión
 - Mayor fatiga
 - Menor apetito

Valerio M. 2007; Bilbao et al. 2010; Reig M et al., 2010; AEEH 2019

Valoración enfermería: Prevenir efectos secundarios, seguimiento....

Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención paliativa: General

El 27 de abril de 2017, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó **REGORAFENIB** (Stivarga®) para algunos pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC), la forma más común de cáncer de hígado. La extensión de la aprobación es para el tratamiento de pacientes con CHC cuyos tumores han dejado de responder a una terapia dirigida similar, sorafenib (Nexavar®)

CABOZANTINIB, es un fármaco que se emplea en el tratamiento del cáncer de riñón metastásico, podría convertirse en una nueva opción terapéutica contra el cáncer de hígado, según los resultados del ensayo clínico en fase III CELESTIAL –presentados en el marco del Gastrointestinal Cancers Symposium (GICS) 2018–, que demuestran su capacidad para incrementar la supervivencia global de los pacientes con carcinoma hepatocelular (HCC) que no han respondido a sorafenib (Nexavar) u otros tratamientos sistémicos.

Respecto al cáncer de hígado, **LEVANTINIB** ha sido la primera terapia sistémica en demostrar no inferioridad con sorafenib, el estándar actual de tratamiento, en carcinoma hepatocelular irreseccable en el estudio fase III REFLECT. También se lograron mejoras en supervivencia libre de progresión, tiempo a progresión y tasa de respuesta objetiva

Forner et al. 2018; ASSCAT 2019

Valoración enfermería: Prevenir efectos secundarios, seguimiento....

Quimioterapia (Progresión Sorafenib)

Regorafenib

(Toleran bien Sorafenib)

Cabozantinib

(Cualquier paciente)

Ramucirumab



(Alfatetoproteína 400ng/dl)

2^a
línea

Levantinib (aprobado hace unas semanas)

(menos síndrome mano-pie)



Aumento sensibilidad manos/pies

Hipertensión



Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención paliativa: General



El hígado constituye un microambiente inmunológico único

El éxito del uso de anticuerpos monoclonales



bloquean el control

inmunitario



INTERES EN LA INMUNOTERAPIA PARA EL HCC

Nuevos tratamientos en estudio : **NIVOLUMAB**

Mazzolini G. I.
et all. 2018

ENSAYOS CLÍNICOS



Producto inmunoterápico con mecanismo inmune y antitumoral



Hepatocarcinoma

Tratamiento con intención paliativa: General



Actualmente, dos direcciones:

ESTADIO
AVANZADO

INMUNOTERAPIA + FÁRMACOS ORALES (cabozantinib, levantinib, sorafenib, regorafenib)

INMUNOTERAPIA + ANTIANGIOGENICOS (bevacizumab y ramucirumab)

ESTADIO
PRECOZ O
INTERMITENTE

INMUNOTERAPIA + Trº HABITUALES (Cirugía, Ablación, TACE...)

Hepatocarcinoma

A tener en cuenta (I)



- El equipo de enfermería que trata a pacientes con hepatocarcinoma tiene un **Rol** muy importante en la **coordinación** del paciente con el resto del equipo multidisciplinar.
- Importante proporcionar una **educación y cuidados** basados en la Evidencia.
- Necesario hacer **valoración de enfermería exhaustiva** para planificar los cuidados de cada uno de los pacientes.

Como **competencias** en general, en el HCC no podemos olvidar:

- * Planificar y prestar **cuidados** de enfermería orientados los resultados en salud, **evaluando** su impacto en personas con hepatocarcinoma.
- * Comprender el **comportamiento** interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.

Bibliografía (I)

Argüello P.; Albis R.; Escovar J.; Muñoa A.; Gaitán J.; Rey M.; Villamizar J. and Oliveros R. *Hepatocarcinoma: patología maligna de mal pronóstico*. Rev Col Gastroenterol vol 18 n° 3. Bogotá Sept/Aug. 2003

Blanco-Rodríguez, Cepero-León C., Pavón-Guerrero I., Aguilar-Martínez J.C., Navarrete-Vega N., Ruiz-Guinaldo, López-Cepero Andrada J.A. RAPD ONLINE VOL. 40. N°5 Septiembre - Octubre 2017

Bilbao Aguirre, J.L. Lázaro Fernández, L. Castells Fuste y R. Charco Torras. *Estado actual del hepatocarcinoma y perspectivas futuras* I. www.jano.es | julio-agosto 2010: 49-59

Boyle DA. Hepatocellular carcinoma: *Implications for Asia-Pacific Oncology Nurses*. Asia Pac J Oncol Nurs. 201 Apr-Jun; 4 (2): 98-103

Blackwell R. *Nurse-led surveillance for liver cancer in stable cirrhosis*. Liver Nursing Supplement December 2017/January 2018

Bronson S. Radioterapia para el cancer de hígado. OncoLog Febrer 2018 V63n°2

Bruix J, Sala M, Llovet JM. *Chemoembolization for hepatocellular carcinoma*. Gastroenterology. 2004;127(5Suppl1):S179-88

Crespo J. et al. *Sombras del tratamiento actual del HCC en España: una verdad incómoda*. Rev. Española de Enfermedades Digestivas. 2019; 111 (10):727-730

Forner et al. *Diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular. Actualización del documento de consenso de la AEEH, SEOM, SERAM, SERVEI y SETH*. Med Clin (Barc). 2018

Iñarrairaegui M., *El Hepatocarcinoma*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol.39 n° 2. Pamplona, may/ago 2016

Mazzolini G. and Malvicini M. *Immunostimulatory monoclonal antibodies for hepatocellular carcinoma therapy. Trends and perspectives*. Medicina Vol 78 n°1, 2018

Melero I et al. *Nivolumab (Nivo) in Patients (Pts) With Advanced Hepatocellular Carcinoma (HCC): the CheckMate 040 Study*. Hepatology 2016; 64: 1118A-1140A

Bibliografía (I)

Meneéndez JM.; Valverde M.; Mainardi V.; Scalone P.; Rocca A. and Gerona S. *Diagnóstico y tratamiento del Hepatocarcinoma: puesta a punto del tema y rol de l internista*. Arc Med Int vol 36 n° 2. Montevideo jul 2014

Orlando A, Leandro G, Olivo M, Andriulli A, Cottone M. Radiofrequency thermal ablation vs. percutaneous ethanol injection for small hepatocellular carcinoma in cirrhosis: meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Gastroenterol 2009; 104: 514-24

Pin N et al. *Hepatocarcinoma: Estado actual*. Galicia Clini 2014; 75 (4): 171-181

Sangro B et al. *A randomized, multicenter, phase 3 study of nivolumab vs sorafenib as first-line treatment in patients (pts) with advanced hepatocellular carcinoma (HCC): CheckMate-459*. Clin Oncol 34, 2016 (suppl; abstr TPS4147) LB-10

Sangro B. *Nivolumab Maintains Positive Results in Latest HCC Findings State-of-the Art Lecture Immunotherapy for HCC*; 8 July 2016 Liver Cancer 2016;5(suppl 1):1-94

Varela M, Real MI, Burrel M. *Chemoembolization of hepatocellular carcinoma with drug eluting beads: efficacy and Doxorubicin pharmacokinetics*. J of Hepatology 2007; 46: 474-481

Walko C. and Grande C. *Management of common adverse events in patients treated with Sorafenib: Nurse and Pharmacist perspective*. Seminars in Oncology. Vol 41, n° 2 ppS17-S18. February 2014

Zapata E. *Eficacia de los programas de cribado de hepatocarcinoma: ¿Mejoran las opciones terapéuticas de estos pacientes?* Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2010; 102(8):484-488

Gracias

cfuertes@unav.es

carmenfuertes07@gmail.com