

Pregunta 2. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A), ¿se debería brindar trasplante hepático o ablación por radiofrecuencia (RFA)?

Introducción

Para los estadios tempranos se estima que el trasplante hepático es la primera opción de tratamiento, dado que este ofrece la resección radical del tumor y se podría minimizar el riesgo de recurrencia del tumor (18). Por otro lado, la RFA es un procedimiento ablativo que mediante el uso de ondas de radio caliente y destruye células cancerígenas (18); y generalmente se brinda a pacientes con enfermedad hepática sola, que a su vez no cumplen con los criterios para resección quirúrgica en pacientes con CHC (46).

Por ello, la presente pregunta clínica busca valorar los potenciales efectos del trasplante hepático comparado con RFA en pacientes con CHC en estadios tempranos (BCLC 0-A), teniendo en cuenta que esta última intervención presentaría claras ventajas tales como: menor riesgo de problemas, menor costo, mayor preservación del tejido normal y una estadía hospitalaria más corta comparado con el trasplante hepático (47). Así también, se pretende esclarecer el contexto en el cual se podría brindar la RFA en esta población.

Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó una pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
2	En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A)	RFA / Trasplante hepático	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida global • Sobrevida específica de enfermedad • Complicaciones <u>Importantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida <u>Subrogados:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida libre de enfermedad

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Sin embargo, no se encontraron RS publicadas como artículo científico que cumplan con los criterios de la pregunta clínica. Por lo que, se decidió realizar una búsqueda de ECA o EO. Se encontraron tres estudios observacionales: Ivanics 2022 (48), Zhuang 2021 (49), y Kutlu 2017 (50). A continuación, se detallan las características de los estudios incluidos:

EO	Desenlaces críticos o importantes evaluados por el EO
Ivanics (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida global (intención a tratar) • Sobrevida libre de enfermedad

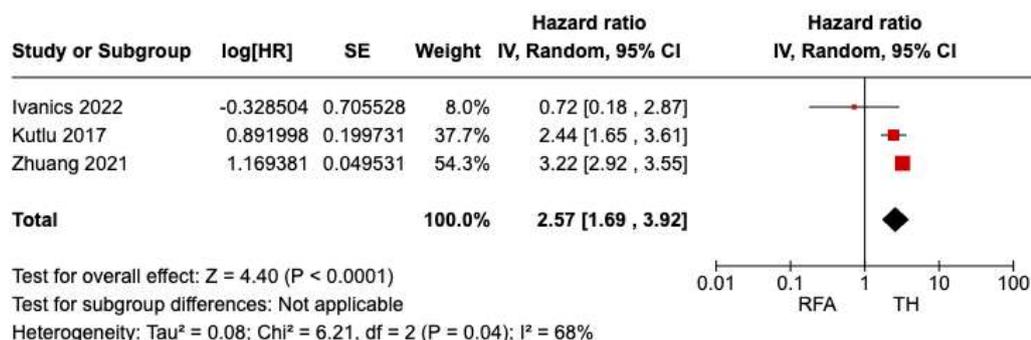
EO	Desenlaces críticos o importantes evaluados por el EO
Zhuang (2021)	<ul style="list-style-type: none"> Sobrevida global
Kutlu (2017)	<ul style="list-style-type: none"> Sobrevida global Sobrevida específica de enfermedad

*El riesgo de sesgo de cada estudio se detalla en el **Anexo N° 3**.

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- **Sobrevida global**
 - Para este desenlace se contó con tres EO: Ivanics 2022 (48), Zhuang 2021 (49), y Kutlu 2017 (50).
 - Se decidió realizar un MA utilizando los tres EO encontrados, no obstante, esto no fue posible debido a que, entre los estudios las referencias fueron diferentes. Por ese motivo se presentan los resultados de manera narrativa.
 - Para este desenlace se describen los resultados de 3 EO (n=6144). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con CHC con un rango promedio de edad de 59 a 64 años. Entre los criterios de inclusión por estudio observacional (EO) se detalla lo siguiente: tamaño del tumor <2cm con Child-Pugh A (>95%) y B (48), ≤3 nódulos de tamaño <2.5cm (49), y tamaño del tumor de 2.1 a 3cm (50).
 - **El escenario clínico** fue hospitalario, se internaron a los pacientes para ambas intervenciones.
 - **La intervención** fue la ablación por radiofrecuencia, la cual consiste en un procedimiento ablativo que mediante el uso de ondas de radio caliente y destruye células cancerígenas.
 - **El comparador** fue el trasplante hepático, mediante donante vivo o fallecido.
 - **El desenlace** se definió como sobrevida global, la cual es el tiempo desde el diagnóstico inicial hasta la fecha de la muerte o de censura en el último seguimiento, durante un rango de seguimiento de 4.9 a 8.4 años.
 - El GEG consideró adecuados los estudios observacionales incluidos, debido a que su búsqueda fue reciente (junio 2024).
 - Se realizó un nuevo MA utilizando la data de los EO de Ivanics 2022 (48), Zhuang 2021 (49), y Kutlu 2017 (50); cuyos resultados presentamos a continuación:



- **Sobrevida específica de enfermedad**
 - Para este desenlace se contó con un EO: Kutlu 2017 (50).
 - Para este desenlace se describen los resultados de 1 EO (n=435). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con CHC con un rango de mediana de edad de 61.9 años, reportando un tamaño del tumor de 2.1 a 3cm (50).
 - **El escenario clínico** fue hospitalario, se internaron a los pacientes para ambas intervenciones.
 - **La intervención** fue la ablación por radiofrecuencia, la cual consiste en un procedimiento ablativo que mediante el uso de ondas de radio caliente y destruye células cancerígenas.
 - **El comparador** fue el trasplante hepático, mediante donante vivo o fallecido.
 - **El desenlace** se definió como sobrevida específica de enfermedad, al tiempo hasta la muerte atribuida a la CHC, durante un rango de seguimiento de 5 a 6.75 años.
 - El GEG consideró adecuados los estudios observacionales incluidos, debido a que su búsqueda fue reciente (junio 2024).

- **Complicaciones**
 - No se encontró evidencia para este desenlace.

- **Calidad de vida**
 - No se encontró evidencia para este desenlace.

- **Sobrevida libre de enfermedad**
 - Para este desenlace se contó con un EO: Ivanics 2022 (48).
 - Para este desenlace se describen los resultados de 1 EO (n=94). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con CHC con una mediana de 60 años, los participantes tuvieron un tamaño del tumor <2cm con Child-Pugh A (>95%) y B (48).
 - **El escenario clínico** fue hospitalario, se internaron a los pacientes para ambas intervenciones.
 - **La intervención** fue el trasplante hepático, mediante donante vivo o fallecido.
 - **El comparador** fue la ablación por radiofrecuencia, la cual consiste en un procedimiento ablativo que mediante el uso de ondas de radio caliente y destruye células cancerígenas.
 - **El desenlace** se definió como sobrevida libre de enfermedad, al tiempo que pasa después de terminar un tratamiento primario para un cáncer, durante el cual el paciente sobrevive sin signos ni síntomas del cáncer, durante un rango de seguimiento de 6.8 a 8.4 años.
 - El GEG consideró adecuados los estudios observacionales incluidos, debido a que su búsqueda fue reciente (junio 2024).

Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF):

<p>Población: En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A) Intervención: Ablación por radiofrecuencia (RFA) Comparador: Trasplante hepático (TH) Autor: Carolina Delgado Flores Bibliografía por desenlace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrevida global: EO de Ivanics 2022 (48), Zhuang 2021 (49), y Kutlu 2017 (50). • Sobrevida específica de enfermedad: EO de Kutlu 2017 (50). • Complicaciones: Ningún estudio reportó este desenlace • Calidad de vida: Ningún estudio reportó este desenlace. • Sobrevida libre de enfermedad: EO de Ivanics 2022 (48). 								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	<u>Intervención:</u> RFA	<u>Comparación:</u> TH	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (rango de seguimiento: 4.9 a 8.4 años)	CRÍTICO	3 EO (n=6144)	NR	NR	aHR: 2.57 (1.69 a 3.92)	-	⊕⊕○○ BAJA	Por cada 1000 personas a las que brindemos ablación por radiofrecuencia en lugar de trasplante hepático, podríamos empeorar la sobrevida global.
Sobrevida específica de enfermedad (rango de seguimiento: 5.0 a 6.75 años)	CRÍTICO	1 EO (n=435)	NR	NR	aHR: 3.55 (2.12 a 5.93)	-	⊕⊕○○ BAJA	Por cada 1000 personas a las que brindemos ablación por radiofrecuencia en lugar de trasplante hepático, podríamos empeorar la sobrevida específica de enfermedad.
Complicaciones	CRÍTICO	Ningún estudio reportó este desenlace.						
Calidad de vida	IMPORTANTE	Ningún estudio reportó este desenlace.						
Sobrevida libre de enfermedad (rango de seguimiento: 6.8 a 8.4 años)	SUBROGADO	1 EO (n=94)	NR	NR	aHR: 6.67 (1.41 a 31.55)	-	⊕⊕○○ BAJA	Por cada 1000 personas a las que brindemos ablación por radiofrecuencia en lugar de trasplante hepático, podríamos empeorar la sobrevida libre de enfermedad.
<p>EO: Estudios observacionales; NR: No reporta; aHR: Hazard ratio ajustado; IC95%: Intervalo de confianza al 95%. *Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser aunque la evidencia es incierta.</p>								

Tabla de la Evidencia a la Decisión (Evidence to Decision, EtD):

Presentación:

Pregunta 2. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A), ¿se debería brindar trasplante hepático o RFA?	
Población:	Adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A)
Intervención:	RFA
Comparador:	Trasplante hepático
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> Sobrevida global Sobrevida específica de enfermedad Complicaciones Calidad de vida Sobrevida libre de enfermedad
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce 	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo / Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG consideró que el beneficio fue trivial (puesto que, a pesar de que los estudios incluidos no evaluaron los desenlaces de complicaciones y calidad de vida, el GEG manifiesta que, las complicaciones serían menores al brindar RFA en lugar del trasplante hepático, no obstante, al no contar con resultados para gradar el efecto, consideran valorar el beneficio como un efecto trivial).
	Complicaciones	Ningún estudio reportó este desenlace.			
	Calidad de vida	Ningún estudio reportó este desenlace.			
En resumen, en <i>pacientes adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A)</i> , por cada 1000 personas a las que se le brinde ablación por radiofrecuencia en lugar de trasplante hepático: <ul style="list-style-type: none"> Ningún estudio reportó el desenlace de complicaciones y calidad de vida. 					
Daños:					
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Varía ○ Se desconoce 	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo / Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG consideró que los daños fueron grandes (puesto que, los efectos sobre la sobrevida global, sobrevida específica de enfermedad, y sobrevida libre de enfermedad, fueron muy importantes para los pacientes).
	Sobrevida global (rango de seguimiento: 4.9 a 8.4 años)	3 EO (n=6144)	aHR: 2.57 (1.69 a 3.92)	⊕⊕○○ BAJA	
	Sobrevida específica de enfermedad (rango de seguimiento: 5.0 a 6.75 años)	1 EO (n=435)	aHR: 3.55 (2.12 a 5.93)	⊕⊕○○ BAJA	

	Sobrevida libre de enfermedad (rango de seguimiento: 6.8 a 8.4 años)	1 EO (n=94)	aHR: 6.67 (1.41 a 31.55)	⊕⊕○○ BAJA	
<p>En resumen, en <i>pacientes adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A)</i>, por cada 1000 personas a las que se le brinde ablación por radiofrecuencia en lugar de trasplante hepático:</p> <ul style="list-style-type: none"> Podría ser que, empeoremos la supervivencia global, supervivencia específica de enfermedad, y supervivencia libre de enfermedad. 					
Certeza de la evidencia:					
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?					
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales	
<input type="radio"/> Muy baja <input checked="" type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> No se evaluaron estudios	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza		
	Supervivencia global	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA		
	Supervivencia específica de enfermedad	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA		
	Supervivencia libre de enfermedad	SUBROGADO	⊕⊕○○ BAJA		
<p>Entre los desenlaces críticos (supervivencia global, supervivencia específica de enfermedad, y supervivencia libre de enfermedad), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).</p>					
Desenlaces importantes para los pacientes:					
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?					
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales	
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí	El GEG consideró que probablemente si se evaluaron los desenlaces más importantes para la población de interés (supervivencia global, supervivencia específica de enfermedad, y supervivencia libre de enfermedad). Aunque, faltaron los desenlaces de complicaciones y calidad de vida.				
Balace de los efectos:					
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)					
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales	
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input checked="" type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce				Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance probablemente favorece al comparador.	
Uso de recursos:					
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?					
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales	
<input type="radio"/> Costos elevados <input type="radio"/> Costos moderados <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input type="radio"/> Ahorros moderados <input checked="" type="radio"/> Ahorros extensos		Intervención: RFA	Comparador: Trasplante hepático		
	Costo unitario por procedimiento (Los costos totales de los servicios de atención médica incluyeron visitas ambulatorias, visitas al	USD 55,925 S/ 206,922.5	USD 211,286 S/ 781,758.2		

<input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	departamento de emergencias, hospitalizaciones agudas de pacientes hospitalizados, cirugía el mismo día, medicamentos recetados, visitas de atención domiciliaria, atención continua y atención a largo plazo.)			
	Diferencia	<ul style="list-style-type: none"> • Por persona tratada, RFA cuesta S/574,835.7 menos que el trasplante hepático. • Por ello el GEG consideró que la intervención incurriría en ahorros extensos frente al comparador. 		
<p>Fuente: Thein HH, Isaranuwatthai W, Qiao Y, Wong K, Sapisochin G, Chan KKW, Yoshida EM, Earle CC. Cost-effectiveness analysis of potentially curative and combination treatments for hepatocellular carcinoma with person-level data in a Canadian setting. <i>Cancer Med.</i> 2017 Sep;6(9):2017-2033. doi: 10.1002/cam4.1119. Epub 2017 Aug 8. PMID: 28791798; PMCID: PMC5603843.</p> <p>Tipo de cambio: 1 USD es igual a S/ 3.70</p>				
<p>Equidad: Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?</p> <p><u>Definiciones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc).</i> • <i>Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc).</i> 				
Juicio <input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input type="radio"/> Probablemente incremente la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input checked="" type="radio"/> Se desconoce	Evidencia <p>Fuente: Rajbhandari R, Simon RE, Chung RT, Ananthkrishnan AN. Racial Disparities in Inhospital Outcomes for Hepatocellular Carcinoma in the United States. <i>Mayo Clin Proc.</i> 2016 Sep;91(9):1173-82. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.06.009.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población: Pacientes hospitalizados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011. Entre estos, se identificó a aquellos que estaban relacionados con el procedimiento (asociados con trasplante de hígado, resección hepática, ablación por radiofrecuencia o quimioembolización transarterial). Se realizó una regresión multivariada para identificar la contribución de la raza a las intervenciones y resultados terapéuticos. - Resultados: Entre los pacientes admitidos por hospitalizaciones relacionadas con CHC, los negros tenían menos probabilidades de recibir trasplante de hígado, resección hepática y ablación que los blancos y tenían una mayor mortalidad hospitalaria. 		Consideraciones adicionales El GEG consideró que la evidencia encontrada (51), no fue concluyente, dado que exploró las disparidades según la raza y no sobre las poblaciones vulnerables de nuestro contexto. Asimismo, reconocen que ambas intervenciones no se encuentran equipadas en todos los establecimientos de salud, puesto que para ello es necesario la inclusión de personal de salud debidamente capacitado, equipo médico especializado, entre otros. Por lo que, después de un amplio debate entre probablemente no tenga impacto o se desconoce, el GEG consideró pertinente emitir un juicio sobre la equidad de desconocida en nuestra realidad.	
<p>Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?</p>				
Juicio <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Evidencia		Consideraciones adicionales <p>Personal de salud: El GEG consideró que los profesionales de la salud probablemente aceptarían brindar la intervención en los pacientes adultos con hepatocarcinoma, después de la explicación al paciente de los efectos las dos opciones de tratamiento.</p> <p>Pacientes: El GEG consideró que los pacientes probablemente</p>	

		aceptarían la intervención, dependiendo del tiempo de espera para el trasplante hepático, entre otras preferencias de los mismos.
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que el realizar la RFA probablemente sí sea factible, aunque, para ello es necesario la inclusión de personal de salud debidamente capacitado (radiólogos intervencionistas), equipo médico especializado, entre otros; dentro de los establecimientos de salud de EsSalud.

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIO	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑO	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: Los beneficios del realizar RFA en lugar de trasplante hepático se consideraron triviales (puesto que, a pesar de que los estudios incluidos no evaluaron los desenlaces de complicaciones y calidad de vida, el GEG manifiesta que, las complicaciones serían menores al brindar RFA en lugar del trasplante hepático, no obstante, al no contar con resultados para gradar el efecto, consideran valorar el beneficio como un efecto trivial) y los daños se consideraron grandes (puesto que, los efectos sobre la sobrevida global, sobrevida específica de enfermedad, y sobrevida libre de enfermedad, fueron muy importantes para los pacientes).</p> <p>El balance de los efectos favoreció al trasplante hepático, no obstante, el panel reconoce la escasez de donantes de hígado en el Perú, con lo cual se reduce su factibilidad. En ese sentido, el panel consideró importante ampliar las opciones de tratamiento en estos pacientes, y siendo la RFA una opción de tratamiento que ha mostrado beneficios, según las características clínicas del paciente; que además es una opción de tratamiento probablemente aceptable por los especialistas y pacientes, y que además representa ahorros extensos (37); se emitió una recomendación a favor de la intervención y del comparador.</p> <p>Fuerza: La certeza de la evidencia fue baja. Por ello, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BLCL 0-A), sugerimos brindar como primera opción el trasplante hepático. En caso de no ser factible, considere la RFA.</p> <p>Recomendación condicional a favor de la intervención y del comparador</p> <p>Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p>

Puntos de BPC:

Justificación	BPC
<p>El GEG consideró necesario precisar en que contexto también los pacientes con CHC en estadios tempranos podrían recibir la RFA en lugar del trasplante hepático; en concordancia a lo descrito en las GPC de NCCN 2024 (16), y AASLD 2023 (39).</p>	<p>Considere la RFA como un tratamiento eficaz en aquellos pacientes con CHC en estadios tempranos (lesión < 3cm):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que no cumplen con los criterios para la resección quirúrgica, o - Como tratamiento durante el tiempo de espera del trasplante hepático.