

**Pregunta 6. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio temprano o intermedio (BCLC A-B), ¿se debería brindar resección quirúrgica o TACE?**

**Introducción**

La resección quirúrgica y la TACE son intervenciones que han mostrado utilidad en pacientes con CHC en estadios temprano o intermedio.

En el caso de los pacientes en estadio temprano, se plantea evaluar el balance beneficio-daño de ambas intervenciones, puesto que, el algoritmo actualizado de la BCLC 2022 realiza una diferenciación de brindar los tratamientos en cuestión según los nódulos, siendo en los nódulos solitarios recomendado la resección quirúrgica, más no, en los pacientes con oligonódulos (BCLC A), quedando la incertidumbre el potencial beneficio en este grupo de pacientes (92).

Respecto a los pacientes en estadio intermedio, existe variabilidad en la estrategia a brindar en los pacientes de este estadio. Mientras el algoritmo actualizado de la BCLC 2022 recomienda TACE, guías como la ESMO 2021 (93) y asiáticas del 2014 (94, 95) recomiendan la resección quirúrgica. Por ello, se plantea evaluar la siguiente pregunta clínica considerando la subpoblación por estadio clínico.

**Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:**

La presente pregunta clínica abordó una pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
6.1	En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio temprano (BCLC A)	Resección quirúrgica  /	<u>Críticos:</u>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrevida global</li> <li>• Mortalidad</li> <li>• Supervivencia</li> </ul>
6.2	En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B)	TACE	<u>Importantes:</u>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones postoperatorias</li> </ul> <u>Subrogados:</u>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrevida libre de enfermedad</li> </ul>

**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.

**Sub-población 6.1: Pacientes con CHC estadio temprano (BCLC A)**

Se encontró una RS publicadas como artículo científico: Romano 2024 (96). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Romano 2024 (BCLC A)	9/14	Enero 2000 a Octubre 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrevida global (4 EO)</li> <li>• Sobrevida libre de enfermedad (1 EO)</li> </ul>

### **Sub-población 6.2: Pacientes con CHC estadio intermedio (BCLC B)**

Se encontraron tres RS publicadas como artículo científico: Bogdanovic 2023 (97), Wang 2022 (98), y Labгаа 2020 (99). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Bogdanovic 2023 (BCLC B)	9/14	Diciembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrevida global (5 EO)</li> </ul>
Wang 2022 (BCLC B)	8/14	Enero 2000 a Diciembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrevida global (7 EO)</li> <li>• Tasa de supervivencia (7 EO)</li> <li>• Mortalidad a los 30 días (2 EO)</li> <li>• Complicaciones postoperatorias (1 EO)</li> </ul>
Labгаа 2020 (BCLC B)	7/14	Marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrevida global (7 EO)</li> <li>• Mortalidad postprocedimental (7 EO)</li> </ul>

### **Evidencia por cada desenlace:**

#### **Sub-población 6.1: Pacientes con CHC estadio temprano (BCLC A)**

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- **Sobrevida global**
  - Para este desenlace se contó con una RS: Romano 2024 (96).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Romano 2024 (96), debido a que fue la única RS que evaluó este desenlace, tuvo mayor puntuación en la herramienta AMSTAR-2 (9/14), y que realizó su búsqueda hasta octubre 2023.
  - Para este desenlace, la RS de Romano 2024 (96) describió los resultados de 4 EO (n=1256). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con hepatocarcinoma en estadio temprano entre 48.6 a 60 años de edad promedio, procedentes de Corea, Japón, China, y Taiwán. Entre las principales características de la población esta que tuvieran tumor reseccable oligonodular con un tamaño  $\geq 3$ cm.
    - **El escenario clínico** fue hospitalario.
    - **La intervención** fue la resección quirúrgica, la cual consistió una hepatectomía parcial del hígado.
    - **El comparador** fue la quimioembolización transarterial (TACE).
    - **El desenlace** del estudio fue 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 5 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Romano 2024 (96), debido a que, su búsqueda fue reciente (octubre 2023).

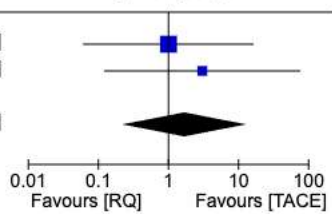
- Complicaciones postoperatorias
  - Para este desenlace no se contó con una RS.
  - Se decidió revisar los estudios incluidos en la RS de Romano 2024 (96). Se encontró al EO de Oh et al. 2020 (100).
  - Para este desenlace, el EO de Oh et al. 2020 (100) (n=189) tuvo las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con hepatocarcinoma en estadio temprano de 59 años de edad promedio, procedente de Corea. Entre las principales características de la población esta que tuvieran tumor resecable oligonodular con un tamaño  $\geq 3$ cm.
    - **El escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de sobrevida global.
    - **El desenlace** fue complicaciones postoperatorias, definido como una complicación de grado III de Clavien-Dindo (encefalopatía hepática, fallas hepáticas, anafilaxia por contraste, colecistitis aguda y colitis isquémica).
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Romano 2024 (96), debido a que, su búsqueda fue reciente (octubre 2023).
  
- Sobrevida libre de enfermedad
  - Para este desenlace se contó con una RS: Romano 2024 (96).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Romano 2024 (96), debido a que fue la única RS que evaluó este desenlace, tuvo mayor puntuación en la herramienta AMSTAR-2 (9/14), y que realizó su búsqueda hasta octubre 2023.
  - Para este desenlace, la RS de Romano 2024 (96) describió los resultados de 1 EO (n=189). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de sobrevida global.
    - **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 5 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Romano 2024 (96), debido a que, su búsqueda fue reciente (octubre 2023).

### **Sub-población 6.2: Pacientes con CHC estadio intermedio (BCLC B)**

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

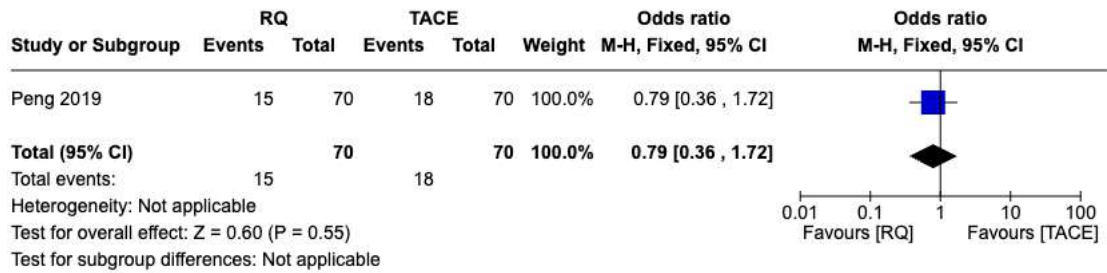
- Sobrevida global
  - Para este desenlace se contó con tres RS: Bogdanovic 2023 (97), Wang 2022 (98), y Labгаа 2020 (99).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Bogdanovic 2023 (97), debido a que fue la única RS que evaluó este desenlace, tuvo mayor puntuación en la herramienta AMSTAR-2 (9/14), y que realizó su búsqueda hasta diciembre 2021.
  - Para este desenlace, la RS de Bogdanovic 2023 (97) describió los resultados de 5 EO después de la comparación de propensión (n=2105). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con hepatocarcinoma en estadio intermedio entre 50.9 a 64 años de edad promedio, procedentes de Corea del sur, China, Japón y Taiwán. Entre las principales características de la población esta que tuvieran dos o tres nódulos,

- pero si al menos un tumor mide más de 3 cm, o que tuviera de cuatro o más nódulos de CHC de cualquier tamaño.
- **El escenario clínico** fue hospitalario.
  - **La intervención** fue la resección quirúrgica, la cual consistió una hepatectomía parcial del hígado.
  - **El comparador** fue la quimioembolización transarterial (TACE).
  - **El desenlace** del estudio fue 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 no especificado.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Bogdanovic 2023 (97), debido a que, su búsqueda fue reciente (diciembre 2021).
- **Mortalidad a los 30 días**
    - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2022 (98).
    - Se decidió tomar como referencia la RS de Wang 2022 (98), debido a que, tuvo una puntuación aceptable en la herramienta AMSTAR-2 (8/14), y que realizó su búsqueda hasta diciembre 2021.
    - La RS de Wang 2022 (98) consideró en su MA a 3 EO. Se decidió excluir a un estudio, puesto que, incluía a población con CHC estadio BCLC B-C.
    - Para este desenlace, la RS de Wang 2022 (98) describió los resultados de 2 EO (n=300). Estos tuvieron las siguientes características:
      - **La población** fueron pacientes con hepatocarcinoma estadio intermedio, procedentes de China. Entre las principales características fue: Child-Pugh A-B, tamaño promedio del tumor de 5 a 7.4 cm, y un número  $\geq 2$  nódulos.
      - **El escenario clínico** fue hospitalario.
      - **La intervención** fue la resección quirúrgica, la cual consistió una hepatectomía parcial del hígado.
      - **El comparador** fue la quimioembolización transarterial (TACE).
      - **El desenlace** fue mortalidad, definida como el número de personas que fallece desde la aleatorización hasta la ocurrencia del evento, durante un tiempo de seguimiento de 30 días.
    - Se realizó un nuevo MA utilizando la data de la Wang 2022 (98), incluyendo los datos de los EO de Peng 2019 (101) y Yin 2014 (102); cuyos resultados presentamos a continuación:

Study or Subgroup	RQ		TACE		Weight	Odds ratio		Odds ratio	
	Events	Total	Events	Total		M-H, Fixed, 95% CI	M-H, Fixed, 95% CI		
Peng 2019	1	70	1	70	66.8%	1.00 [0.06, 16.31]			
Yin 2014	1	80	0	80	33.2%	3.04 [0.12, 75.69]			
<b>Total (95% CI)</b>		<b>150</b>		<b>150</b>	<b>100.0%</b>	<b>1.68 [0.22, 12.85]</b>			
Total events:	2		1						
Heterogeneity: Chi <sup>2</sup> = 0.26, df = 1 (P = 0.61); I <sup>2</sup> = 0%									
Test for overall effect: Z = 0.50 (P = 0.62)									
Test for subgroup differences: Not applicable									

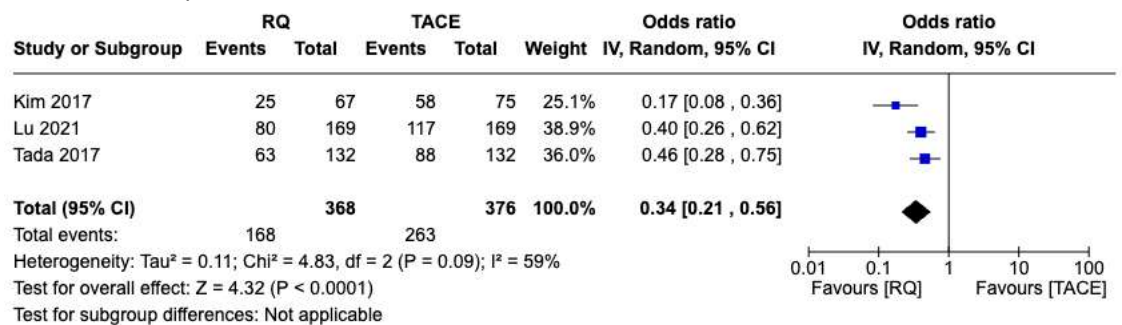
- **Complicaciones postoperatorias**
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2022 (98).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de Wang 2022 (98), debido a que, tuvo una puntuación aceptable en la herramienta AMSTAR-2 (8/14), y que realizó su búsqueda hasta diciembre 2021.
  - La RS de Wang 2022 (98) consideró en su MA a 2 EO. Se decidió excluir a un estudio, puesto que, incluía a población con CHC estadio BCLC B-C.

- Para este desenlace, la RS de Wang 2022 (98) describió los resultados de 1 EO (n=189). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad a los 30 días.
  - **El desenlace** fue complicaciones postoperatorias, definida como el número de personas que presenta alguna complicación postoperatoria, durante un tiempo de seguimiento no especificado.
- Se realizó un nuevo MA utilizando la data de la Wang 2022 (98), incluyendo solo los datos del EO de Peng 2019 (101); cuyos resultados presentamos a continuación:



- Tasa de supervivencia

- Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2022 (98).
- Se decidió tomar como referencia la RS de Wang 2022 (98), debido a que, tuvo una puntuación aceptable en la herramienta AMSTAR-2 (8/14), y que realizó su búsqueda hasta diciembre 2021.
- La RS de Wang 2022 (98) consideró en su MA a 5 EO. Se decidió excluir a dos estudios, puesto que, incluía a población con CHC estadio BCLC B-C.
- Para este desenlace, la RS de Wang 2022 (98) describió los resultados de 3 EO (n=744). Estos tuvieron las siguientes características:
  - **La población, el escenario clínico, la intervención, y el comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad a los 30 días.
  - **El desenlace** fue tasa de supervivencia, definida como el porcentaje de personas que siguen vivas después del tratamiento para CHC, durante un tiempo de seguimiento de 5 años.
- Se realizó un nuevo MA utilizando la data de la Wang 2022 (98), incluyendo los datos del EO de Kim 2017 (103), Lu 2021 (104), y Tada 2017 (105); cuyos resultados presentamos a continuación:



**Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF):**
**Sub-población 6.1: Pacientes con CHC estadio temprano (BCLC A)**

<b>Población:</b> En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio temprano (BCLC A) <b>Intervención:</b> Resección quirúrgica (RQ) <b>Comparador:</b> Quimioembolización transarterial (TACE) <b>Autor:</b> Carolina Delgado Flores <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sobrevida global:</b> RS de Romano 2024 (96).</li> <li>• <b>Complicaciones postoperatorias:</b> ECA de Oh et al. (100).</li> <li>• <b>Sobrevida libre de enfermedad:</b> RS de Romano 2024 (96).</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: RQ	Comparación: TACE	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (rango medio de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	4 EO (n=1256)	160/599 (26.7%)	284/657 (43.2%)	<b>cRR: 0.57</b> (0.36 a 0.90)	<b>19 menos por 100</b> (de -28 a -43)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos RQ en lugar de TACE, podría ser que <b>disminuyan 19 casos de mortalidad global</b> (-277 a -43).
Complicaciones postoperatorias	IMPORTANTE	1 EO (n=189)	El estudio describió complicaciones mayores de; 3 (6.3%) en el grupo de <b>resección</b> , 2 (2.3%) en el grupo de ablación por radiofrecuencia y 2 (1.4%) en el grupo de <b>TACE</b> (P = 0.170).				⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Al brindar RQ en lugar de TACE, podría ser que <b>no modifiquemos las complicaciones postoperatorias</b> , aunque la evidencia es incierta.
Sobrevida libre de enfermedad (rango de seguimiento: 5 años)	SUBROGADO	1 EO (n=189)	15.5%	3.4%	<b>aHR: 4.86</b> (2.42 a 9.76)	<b>12 más por 100</b> (de +46 a +25)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos RQ en lugar de TACE, podría ser que <b>empeoremos la sobrevida libre de enfermedad</b> , aunque la evidencia es incierta.

**IC:** Intervalo de confianza; **RS:** Revisión sistemática; **ECA:** Ensayo clínico aleatorizado; **aHR:** Hazard ratio ajustado; **cRR:** Riesgo relativo crudo.  
 \*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.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: limitaciones en los estudios.
- Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40 a 80%.
- Se disminuyó dos niveles por imprecisión: debido a que el número de eventos total es <50.

**Sub-población 6.2: Pacientes con CHC estadio intermedio (BCLC B)**
**Población:** En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B)

**Intervención:** Resección quirúrgica (RQ)

**Comparador:** Quimioembolización transarterial (TACE)

**Autor:** Carolina Delgado Flores

**Bibliografía por desenlace:**

- **Sobrevida global:** RS de Bogdanovic 2023 (97).
- **Mortalidad a los 30 días:** RS de Wang 2022 (98).
- **Complicaciones postoperatorias:** RS de Wang 2022 (98).
- **Tasa de supervivencia:** RS de Wang 2022 (98).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: RQ	Comparación: TACE	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (rango medio de seguimiento: NE)	CRÍTICO	5 EO** (n=2105)	13.7%	27.9% <sup>⊠</sup>	aHR: 0.45 (0.34 a 0.59)	14 menos por 100 (-17 a -10)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos RQ en lugar de TACE, podría ser que <b>mejoremos la sobrevida global</b> .
Mortalidad (rango medio de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	2 EO** (n=300)	2/150 (1.3%)	1/150 (0.7%)	aOR: 1.68 (0.22 a 12.85)	0.4 más por 100 (-0.5 a +7)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Al brindar RQ en lugar de TACE, podría ser <b>no modifiquemos la mortalidad</b> , aunque la evidencia es incierta.
Complicaciones postoperatorias	IMPORTANTE	1 EO** (n=140)	15/70 (21.4%)	18/70 (25.7%)	aOR: 0.79 (0.36 a 1.72)	4 menos por 100 (-15 a +12)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Al brindar RQ en lugar de TACE, podría ser <b>no modifiquemos las complicaciones postoperatorias</b> , aunque la evidencia es incierta.
Tasa de supervivencia (rango de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	3 EO** (n=744)	168/368 (45.7%)	263/376 (69.9%)	aOR: 0.34 (0.21 a 0.56)	26 menos por 100 (-37 a -13)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos RQ en lugar de TACE, podría ser que <b>disminuyamos 26 casos de supervivencia</b> (-37 a -13).

**IC:** Intervalo de confianza; **RS:** Revisión sistemática; **ECA:** Ensayo clínico aleatorizado; **aHR:** Hazard ratio ajustado; **aOR:** Odds ratio ajustado.

\*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.

\*\*Análisis después de la comparación de propensión.

<sup>⊠</sup> Mediana de sobrevida global a los 5 años.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: limitaciones en los estudios.
- Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40 a 80%.
- Se disminuyó dos niveles por imprecisión: debido a que el número de eventos total es <50.

**Tabla de la Evidencia a la Decisión (Evidence to Decision, EtD):**
**Sub-población 6.1: Pacientes con CHC estadio temprano (BCLC A)**

Presentación:

<b>Pregunta 6. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio temprano o intermedio (BCLC A-B), ¿se debería brindar resección quirúrgica o TACE?</b>	
<b>Población:</b>	Adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio temprano (BCLC A)
<b>Intervención:</b>	Resección quirúrgica
<b>Comparador:</b>	TACE
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrevida global</li> <li>• Complicaciones postoperatorias</li> <li>• Sobrevida libre de enfermedad</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

<b>Beneficios:</b>					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> <b>Moderado</b> <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>  Sobrevida global	<b>Número y Tipo de estudios</b>  4 EO (n=1256)	<b>Efecto relativo / Diferencia (IC 95%)</b>  <b>19 menos por 100</b> (de -28 a -43)	<b>Certeza</b>  ⊕⊕○○ BAJA	El GEG consideró que el beneficio fue moderado (puesto que, los efectos sobre la sobrevida global fueron importantes para los pacientes en este estadio).
En resumen, en <i>pacientes adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio temprano (BCLC A)</i> , por cada <b>100</b> personas a las que se le brinde resección quirúrgica en lugar de TACE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que disminuyan 19 casos de mortalidad global (-28 a -43).</li> </ul>					
<b>Daños:</b>					
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<input checked="" type="radio"/> <b>Trivial</b> <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>  Complicaciones postoperatorias  Sobrevida libre de enfermedad (rango de seguimiento: 5 años)	<b>Número y Tipo de estudios</b>  1 EO (n=189)  1 EO (n=189)	<b>Efecto relativo / Diferencia (IC 95%)</b>  El estudio describió complicaciones mayores de 3 (6.3%) en el grupo de <b>resección</b> , y 2 (1.4%) en el grupo de TACE.  <b>aHR: 4.86</b> (2.42 a 9.76)	<b>Certeza</b>  ⊕○○○ MUY BAJA  ⊕○○○ MUY BAJA	El GEG consideró que los daños fueron triviales (puesto que, los efectos sobre la sobrevida libre de enfermedad provienen de un solo estudio, y la certeza de la evidencia fue incierta).
En resumen, en <i>pacientes adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio temprano (BCLC A)</i> , por cada <b>100</b> personas a las que se le brinde resección quirúrgica en lugar de TACE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que empeoremos la sobrevida libre de enfermedad, aunque la evidencia es incierta.</li> </ul>					



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podría ser que no modifiquemos las complicaciones postoperatorias, aunque la evidencia es incierta.</li> </ul>		
<b>Certeza de la evidencia:</b>			
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Muy baja <input checked="" type="radio"/> <b>Baja</b> <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta  <input type="radio"/> No se evaluaron estudios	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>
	Sobrevida global (rango medio de seguimiento: 5 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA
	Complicaciones postoperatorias	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA
	Sobrevida libre de enfermedad (rango de seguimiento: 5 años)	SUBROGADO	⊕○○○ MUY BAJA
Entre los desenlaces considerados para la toma de decisiones (sobrevida global), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).			
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b>			
¿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"/> <b>Probablemente sí</b> <input type="radio"/> Sí	El GEG consideró que probablemente si se evaluaron los desenlaces importantes para la población de interés (sobrevida global), aunque hubiera sido de utilidad contar con los resultados para tasa de recurrencia.		
<b>Balance de los efectos:</b>			
¿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 type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente favorece a la intervención</b> <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 a la intervención.
<b>Uso de recursos:</b>			
¿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 checked="" type="radio"/> <b>Costos moderados</b> <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<b>Intervención:</b> RQ*	<b>Comparador:</b> TACE**
	<b>Costo unitario de procedimiento</b>  (incluidos los honorarios profesionales y técnicos cuando corresponda)	USD 119,032 S/ 440,418.4	USD 12,721.51 S/ 48,316.29
	<b>Diferencia</b>	Por persona tratada, RQ cuesta S/ <b>392,102.11</b> más que el comparador.	
* Thein HH, Isaranuwachai 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. Cancer Med. 2017 Sep;6(9):2017-2033. doi: 10.1002/cam4.1119. Epub 2017 Aug 8. PMID: 28791798; PMCID: PMC5603843.			
Se consideró que la intervención incurriría en <b>costos moderados</b> frente al comparador.			

	<p>** Wu X, Heller M, Kwong A, Fidelman N, Mehta N. Cost-Effectiveness Analysis of Interventional Liver-Directed Therapies for a Single, Small Hepatocellular Carcinoma in Liver Transplant Candidates. J Vasc Interv Radiol. 2023 Jul;34(7):1237-1246.e3. doi: 10.1016/j.jvir.2023.02.016.</p> <p><b>Tipo de cambio:</b> 1 USD es igual a S/ 3.70</p>	
<b>Equidad:</b> Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?		
<u>Definiciones</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <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></li> <li>• <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></li> </ul>		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente incremente la equidad</b> <input type="radio"/> Incrementa la equidad  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que, el brindar resección quirúrgica en lugar de la TACE probablemente incremente la equidad en la población, puesto que, dicha intervención se puede realizar en la mayoría de las instituciones a diferencia de la TACE, para la cual, es necesario la inclusión de personal de salud (radiólogos intervencionistas) que se encuentran centralizado en Lima Metropolitana.
<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> <b>Sí</b>  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Personal de salud:</b> El GEG consideró que los profesionales de la salud si 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><b>Pacientes:</b> El GEG consideró que los pacientes si aceptarían la intervención, teniendo en cuenta las preferencias de los mismos.</p>
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> <b>Sí</b>  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que el realizar la resección quirúrgica si es factible de implementar en nuestra institución, tomando en cuenta que dicha actividad se viene realizando con regularidad en los establecimientos de salud de EsSalud.

**Sub-población 6.2: Pacientes con CHC estadio intermedio (BCLC B)**

Presentación:

<b>Pregunta 6. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio temprano o intermedio (BCLC A-B), ¿se debería brindar resección quirúrgica o TACE?</b>	
<b>Población:</b>	Adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B)
<b>Intervención:</b>	Resección quirúrgica
<b>Comparador:</b>	TACE
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrevida global</li> <li>• Mortalidad a los 30 días</li> <li>• Complicaciones postoperatorias</li> <li>• Tasa de supervivencia</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

<b>Beneficios:</b>					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input checked="" type="radio"/> <b>Pequeño</b> <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>  Sobrevida global (rango medio de seguimiento: NE)	<b>Número y Tipo de estudios</b>  5 EO** (n=2105)	<b>Efecto relativo / Diferencia (IC 95%)</b>  <b>aHR: 0.45</b> (0.34 a 0.59)	<b>Certeza</b>  ⊕⊕○○ BAJA	El GEG consideró que el beneficio fue pequeño (puesto que, los efectos sobre la sobrevida global fueron importantes, más no se pudo establecer el número de pacientes que podrían sobrevivir de utilizar la intervención).
En resumen, en <i>pacientes adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B)</i> , por cada <b>1000</b> personas a las que se le brinde resección quirúrgica en lugar de TACE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que mejoremos la sobrevida global.</li> </ul>					
<b>Daños:</b>					
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input checked="" type="radio"/> <b>Moderado</b> <input type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>  Mortalidad (rango medio de seguimiento: 30 días)	<b>Número y Tipo de estudios</b>  2 EO (n=300)	<b>Efecto relativo / Diferencia (IC 95%)</b>  <b>0.4 más por 100</b> (de -5 a +73)	<b>Certeza</b>  ⊕○○○ MUY BAJA	El GEG consideró que los daños fueron moderado (puesto que, el efecto sobre la tasa de supervivencia fue relevante, a pesar de que este desenlace se categorizó como subrogado).
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>  Complicaciones postoperatorias	<b>Número y Tipo de estudios</b>  1 EO (n=140)	<b>Efecto relativo / Diferencia (IC 95%)</b>  <b>4 menos por 100</b> (de -15 a +12)	<b>Certeza</b>  ⊕○○○ MUY BAJA	
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>  Tasa de supervivencia (rango de seguimiento: 5 años)	<b>Número y Tipo de estudios</b>  3 EO (n=744)	<b>Efecto relativo / Diferencia (IC 95%)</b>  <b>26 menos por 100</b> (de -37 a -13)	<b>Certeza</b>  ⊕⊕○○ BAJA	
En resumen, en <i>pacientes adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B)</i> , por cada <b>100</b> personas a las que se le brinde resección quirúrgica en lugar de TACE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría ser que disminuyamos 26 casos la tasa de supervivencia (-37 a -13).</li> </ul>					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podría ser que no modifiquemos la mortalidad a los 30 días, complicaciones postoperatorias, aunque la evidencia es incierta.</li> </ul>		
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"/> <b>Baja</b> <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Alta  <input type="radio"/> No se evaluaron estudios	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>	<b>Importancia</b>	<b>Certeza</b>
	Sobrevida global (rango medio de seguimiento: NE)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA
	Mortalidad (rango medio de seguimiento: 30 días)	CRÍTICO	⊕○○○ MUY BAJA
	Complicaciones postoperatorias	IMPORTANTE	⊕○○○ MUY BAJA
	Tasa de supervivencia (rango de seguimiento: 5 años)	SUBROGADO	⊕⊕○○ BAJA
Entre los desenlaces considerados para la toma de decisiones (sobrevida global y tasa de supervivencia), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).			
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"/> <b>Probablemente sí</b> <input type="radio"/> Sí	El GEG consideró que probablemente si se evaluaron los desenlaces importantes para la población de interés (sobrevida global), aunque hubiera sido de utilidad contar con los resultados para descompensación de la enfermedad.		
Balance 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"/> <b>Probablemente favorece al comparador</b> <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 evaluación de desenlaces importantes, el GEG consensuó que 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 checked="" type="radio"/> <b>Costos moderados</b> <input type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<b>Intervención: RQ*</b>	<b>Comparador: TACE**</b>
	<b>Costo unitario de procedimiento</b>  (incluidos los honorarios profesionales y técnicos cuando corresponda)	USD 119,032 S/ 440,418.4	USD 12,721.51 S/ 48,316.29
	<b>Diferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por persona tratada, RQ cuesta <b>S/ 392,102.11</b> más que el comparador.</li> <li>Por ello, se consideró que la intervención incurriría en <b>costos</b></li> </ul>	

	<b>moderados</b> frente al comparador.	
<p>* Thein HH, Isaranuwachai 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>** Wu X, Heller M, Kwong A, Fidelman N, Mehta N. Cost-Effectiveness Analysis of Interventional Liver-Directed Therapies for a Single, Small Hepatocellular Carcinoma in Liver Transplant Candidates. <i>J Vasc Interv Radiol.</i> 2023 Jul;34(7):1237-1246.e3. doi: 10.1016/j.jvir.2023.02.016.</p> <p><b>Tipo de cambio:</b> 1 USD es igual a S/ 3.70</p>		
<b>Equidad:</b>		
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?		
<u>Definiciones</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <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></li> <li>• <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></li> </ul>		
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>	<b>Consideraciones adicionales</b>
<input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente incremente la equidad</b> <input type="radio"/> Incrementa la equidad  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>El GEG consideró que, el brindar resección quirúrgica en lugar de la TACE probablemente incremente la equidad en la población, puesto que, dicha intervención se puede realizar en la mayoría de las instituciones a diferencia de la TACE, para la cual, es necesario la inclusión de personal de salud (radiólogos intervencionistas) que se encuentran centralizado en Lima Metropolitana.</p>
<b>Aceptabilidad:</b>		
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>	<b>Consideraciones adicionales</b>
<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente no</b> <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Personal de salud:</b> El GEG consideró que los profesionales de la salud probablemente no brindar la intervención en los pacientes adultos con hepatocarcinoma BCLC B, después de la explicación al paciente de los efectos las dos opciones de tratamiento.</p> <p><b>Pacientes:</b> El GEG consideró que los pacientes probablemente no aceptarían la intervención, teniendo en cuenta los potenciales efectos de la intervención.</p>
<b>Factibilidad:</b>		
¿La intervención es factible de implementar?		
<b>Juicio</b>	<b>Evidencia</b>	<b>Consideraciones adicionales</b>
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> <b>Sí</b>  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>El GEG consideró que el realizar la resección quirúrgica si es factible de implementar en nuestra institución, tomando en cuenta que dicha actividad se viene realizando con regularidad en los establecimientos de salud de EsSalud.</p>

**Resumen de los juicios:**
**Sub-población 6.1: Pacientes con CHC estadio temprano (BCLC A)**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO</b>	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
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	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	

**Sub-población 6.2: Pacientes con CHC estadio intermedio (BCLC B)**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO</b>	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
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	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><b>Dirección:</b> El beneficio del realizar resección quirúrgica en lugar de TACE se consideró moderado (puesto que, los efectos sobre la sobrevida global fueron importantes para los pacientes en este estadio) y los daños se consideraron triviales (puesto que, los efectos sobre la sobrevida libre de enfermedad provienen de un solo estudio, y la certeza de la evidencia fue incierta).</p> <p>Considerando los juicios emitidos para los beneficios y daños, además del probable incremento de la equidad de brindar la intervención, su aceptabilidad y factibilidad de implementación; por ello, se emitió una recomendación <b>a favor de la intervención</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> La certeza de la evidencia fue baja. Por ello, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En adultos de 18 años a más con diagnóstico de HCC estadio temprano (BLCL A), sugerimos brindar resección quirúrgica en lugar de TACE.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor de la intervención</b></p> <p><b>Certeza de la evidencia: baja</b> ⊕⊕○○</p>
<p><b>Dirección:</b> El beneficio del realizar resección quirúrgica en lugar de TACE se consideró pequeño (puesto que, los efectos sobre la sobrevida global fueron importantes, más no se pudo establecer el número de pacientes que podrían sobrevivir de utilizar la intervención) y los daños se consideraron moderados (puesto que, el efecto sobre la tasa de supervivencia fue relevante, a pesar de que este desenlace se categorizó como subrogado).</p> <p>Considerando los juicios emitidos para los beneficios y daños, además del incremento moderado del uso de recursos, y su probable no aceptabilidad después del balance de los efectos; por ello, se emitió una recomendación <b>a favor del comparador</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> La certeza de la evidencia fue baja. Por ello, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En adultos de 18 años a más con diagnóstico de HCC estadio intermedio (BLCL B), sugerimos brindar TACE en lugar de resección quirúrgica.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor del comparador</b></p> <p><b>Certeza de la evidencia: baja</b> ⊕⊕○○</p>

**Puntos de BPC:**

Justificación	BPC
<p>El GEG consideró necesario precisar en que casos los pacientes con CHC estadios intermedio podrían estar extentos de recibir TACE. Esto también sugerido por la guía de la AASLD 2023 (39).</p>	<p>En pacientes con CHC estadio intermedio considere no brindar TACE, en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad hepática descompuesta,</li> <li>- Disfunción renal avanzada,</li> <li>- Tumor multinodular bilobular.</li> </ul>