

## Material Suplementario

### Material suplementario 1. Búsquedas sistemáticas para cada pregunta clínica

**Pregunta 1. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de carcinoma hepatocelular (CHC) estadios tempranos (BCLC 0-A), ¿se debería brindar resección quirúrgica o trasplante hepático?**

#### Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas, ECA y EO.
- **Tipo de participantes:** En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A).
- **Tipo de intervención / comparador:** Resección quirúrgica vs Trasplante hepático.
- **Tipo de desenlaces:** Sobrevida global, mortalidad general, mortalidad intra-hospitalaria, complicaciones, calidad de vida, sobrevida libre de enfermedad, tasa de recurrencia.

#### Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

##### Revisiones sistemáticas

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: mayo del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Carcinoma, Hepatocellular"[Mesh] OR "Carcinoma, Hepatocellular"[Tiab] OR HCC[Tiab] OR ((liver[TIAB] OR hepatocellular[TIAB] OR hepatoma*[TIAB] OR hepatic[tiab]) AND (cancer[TIAB] OR neoplas*[TIAB] OR oncolog*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR tumor*[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR adenocarcinoma*[TIAB]))
#2	Intervención / Comparador	"Liver Transplantation"[Mesh] OR "Liver transplantation"[tiab] OR ((liver[tiab] OR hepatic[tiab]) AND (transplant*[tiab] OR gRFAting[tiab])) AND ("liver resection"[tiab] OR "Hepatectomy"[Mesh] OR "Hepatectomy"[tiab])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
Base de datos: CENTRAL		
Fecha de búsqueda: mayo del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
ID	Search	Hits

#1	MeSH descriptor: [Carcinoma, Hepatocellular] explode all trees	2728
#2	("hepatocellular carcinoma"):ti,ab,kw	5835
#3	(HCC):ti,ab,kw	4417
#4	(liver):ti,ab,kw	65978
#5	(hepatocellular):ti,ab,kw	6811
#6	(hepatoma*):ti,ab,kw	150
#7	(hepatic):ti,ab,kw	21408
#8	#4 OR #5 OR #6 OR #7	75462
#9	("Cancer"):ti,ab,kw	207646
#10	(neoplas*):ti,ab,kw	124319
#11	(oncolog*):ti,ab,kw	33623
#12	(malignan*):ti,ab,kw	34292
#13	(tumor*):ti,ab,kw	85157
#14	(carcinoma*):ti,ab,kw	52478
#15	(adenocarcinoma*):ti,ab,kw	13737
#16	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15	279989
#17	#8 AND #16	23762
#18	#1 OR #2 OR #3 OR #17	24121
#19	MeSH descriptor: [Liver Transplantation] explode all trees	1688
#20	("liver transplantation"):ti,ab,kw	4498
#21	#4 OR #7	74360
#22	(transplant*):ti,ab,kw	47248
#23	(gRFAting):ti,ab,kw	8857
#24	#22 OR #23	54510
#25	#21 AND #24	7740
#26	MeSH descriptor: [Hepatectomy] explode all trees	955
#27	(hepatectomy):ti,ab,kw	2374
#28	(liver resection):ti,ab,kw	3984
#29	#26 OR #27 OR #28	4966
#30	#19 OR #20 OR #25	7740
#31	#29 AND #30	476
#32	#18 AND #31	282

### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	99
Artículos evaluados a texto completo	16
Estudios incluidos en la revisión	8

### Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 1:</b>		
Lin S, Hoffmann K, Schemmer P. Treatment of hepatocellular carcinoma: a systematic review.	RS	Estudio no explica su metodología, y parece ser una

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Liver Cancer. 2012 Nov;1(3-4):144-58. doi: 10.1159/000343828.		revisión de la literatura.
Chan SC. Section 2. Small-for-size liver gRFAt and hepatocellular carcinoma recurrence. Transplantation. 2014 Apr 27;97 Suppl 8:S7-S10. doi: 10.1097/01.tp.0000446266.42019.28.	RS	Estudio plantea la evaluación de una diferente intervención.
Qi X, Zhao Y, Li H, Guo X, Han G. Management of hepatocellular carcinoma: an overview of major findings from meta-analyses. Oncotarget. 2016 Jun 7;7(23):34703-51. doi: 10.18632/oncotarget.9157.	RS	Estudio busca RS con meta-análisis, lo cual nos servirá para mapear los existentes hasta su fecha de publicación.
Sobnach S, Kotze U, Spearman CW, Sonderup M, Nashidengo PR, Ede C, Keli E, Chihaka O, Zerbini LF, Li YJ, Gandhi K, Krige J, Jonas E. The management and outcomes of hepatocellular carcinoma in sub-Saharan Africa: a systematic review. HPB (Oxford). 2024 Jan;26(1):21-33. doi: 10.1016/j.hpb.2023.09.015.	RS	Estudio no deja claro cuáles son las intervenciones y comparadores presentados. Además, solo se enfoca en estudios realizados en el África.
Taefi A, Abrishami A, Nasseri-Moghaddam S, Eghtesad B, Sherman M. Surgical resection versus liver transplant for patients with hepatocellular carcinoma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD006935. DOI: 10.1002/14651858.CD006935.pub2. Accessed 27 May 2024.	RS	Estudio incluye población en diferentes estadios clínicos.
Xu XS, Liu C, Qu K, Song YZ, Zhang P, Zhang YL. Liver transplantation versus liver resection for hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2014 Jun;13(3):234-41. doi: 10.1016/s1499-3872(14)60037-0.	RS	Estudio incluye población en diferentes estadios clínicos.
Li W, Li L, Han J, Wu H. Liver transplantation vs liver resection in patients with HBV-related hepatocellular carcinoma beyond Milan criterion: A meta-analysis. Clin Transplant. 2018 Mar;32(3):e13193. doi: 10.1111/ctr.13193.	RS	Estudio incluye población en diferentes estadios clínicos.
Koh JH, Tan DJH, Ong Y, Lim WH, Ng CH, Tay PWL, Yong JN, Muthiah MD, Tan EX, Pang NQ, Kim BK, Syn N, Kow A, Goh BKP, Huang DQ. Liver resection versus liver transplantation for hepatocellular carcinoma within Milan criteria: a meta-analysis of 18,421 patients. Hepatobiliary Surg Nutr. 2022 Feb;11(1):78-93. doi: 10.21037/hbsn-21-350.	RS	Estudio incluye población en diferentes estadios clínicos.

**Artículos evaluados a texto completo e incluidos:**

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 1:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Martinino A, Bucaro A, Cardella F, Wazir I, Frongillo F, Ardito F, Giovinazzo F. Liver transplantation vs liver resection in HCC: promoting extensive collaborative research through a survival meta-analysis of meta-analyses. <i>Front Oncol.</i> 2024 Mar 18;14:1366607. doi: 10.3389/fonc.2024.1366607.</li> </ul>	Umbrella review
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drefs M, Schoenberg MB, Börner N, Koliogiannis D, Koch DT, Schirren MJ, Andrassy J, Bazhin AV, Werner J, Guba MO. Changes of long-term survival of resection and liver transplantation in hepatocellular carcinoma throughout the years: A meta-analysis. <i>Eur J Surg Oncol.</i> 2024 Mar;50(3):107952. doi: 10.1016/j.ejso.2024.107952.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schoenberg MB, Bucher JN, Vater A, Bazhin AV, Hao J, Guba MO, Angele MK, Werner J, Rentsch M. Resection or Transplant in Early Hepatocellular Carcinoma. <i>Dtsch Arztebl Int.</i> 2017 Aug 7;114(31-32):519-526. doi: 10.3238/arztebl.2017.0519.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menahem B, Lubrano J, Duvoux C, Mulliri A, Alves A, Costentin C, Mallat A, Launoy G, Laurent A. Liver transplantation versus liver resection for hepatocellular carcinoma in intention to treat: An attempt to perform an ideal meta-analysis. <i>Liver Transpl.</i> 2017 Jun;23(6):836-844. doi: 10.1002/lt.24758.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zheng Z, Liang W, Milgrom DP, Zheng Z, Schroder PM, Kong NS, Yang C, Guo Z, He X. Liver transplantation versus liver resection in the treatment of hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of observational studies. <i>Transplantation.</i> 2014 Jan 27;97(2):227-34. doi: 10.1097/TP.0b013e3182a89383.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proneth A, Zeman F, Schlitt HJ, Schnitzbauer AA. Is resection or transplantation the ideal treatment in patients with hepatocellular carcinoma in cirrhosis if both are possible? A systematic review and metaanalysis. <i>Ann Surg Oncol.</i> 2014 Sep;21(9):3096-107. doi: 10.1245/s10434-014-3808-1.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dhir M, Lyden ER, Smith LM, Are C. Comparison of outcomes of transplantation and resection in patients with early hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. <i>HPB (Oxford).</i> 2012 Sep;14(9):635-45. doi: 10.1111/j.1477-2574.2012.00500.x.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahman A, Assifi MM, Pedroso FE, Maley WR, Sola JE, Lavu H, Winter JM, Yeo CJ, Koniaris LG. Is resection equivalent to transplantation for early cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma? A meta-analysis. <i>J Gastrointest Surg.</i> 2012 Oct;16(10):1897-909. doi: 10.1007/s11605-012-1973-8.</li> </ul>	RS

**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)?**

**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas, ECA, EO.
- **Tipo de participantes:** En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A)
- **Tipo de intervención / comparador:** Ablación por radiofrecuencia (RFA) vs Trasplante hepático.
- **Tipo de desenlaces:** Sobrevida global, sobrevida específica de enfermedad, complicaciones, calidad de vida, sobrevida libre de enfermedad.

**Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**

**Revisiones sistemáticas**

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: junio del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Carcinoma, Hepatocellular"[Mesh] OR "Carcinoma, Hepatocellular"[Tiab] OR HCC[Tiab] OR ((liver[TIAB] OR hepatocellular[TIAB] OR hepatoma*[TIAB] OR hepatic[tiab]) AND (cancer[TIAB] OR neoplas*[TIAB] OR oncolog*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR tumor*[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR adenocarcinoma*[TIAB]))
#2	Intervención / Comparador	"Liver Transplantation"[Mesh] OR "Liver transplantation"[tiab] OR ((liver[tiab] OR hepatic[tiab]) AND (transplant*[tiab] OR gRFating[tiab])) AND ("Catheter Ablation"[Mesh] OR "radiofrequency catheter ablation"[tiab] OR "radiofrequency ablation"[tiab] OR "RFA"[tiab] OR "Catheter Ablation"[tiab])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: junio del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Carcinoma, Hepatocellular] explode all trees	2730
#2	("hepatocellular carcinoma"):ti,ab,kw	5863
#3	(HCC):ti,ab,kw	4433
#4	(liver):ti,ab,kw	66120
#5	(hepatocellular):ti,ab,kw	6840

#6	(hepatoma*):ti,ab,kw	151
#7	(hepatic):ti,ab,kw	21676
#8	#4 OR #5 OR #6 OR #7	75617
#9	("Cancer"):ti,ab,kw	208149
#10	(neoplas*):ti,ab,kw	124450
#11	(oncolog*):ti,ab,kw	33736
#12	(malignan*):ti,ab,kw	34392
#13	(tumor*):ti,ab,kw	85755
#14	(carcinoma*):ti,ab,kw	52538
#15	(adenocarcinoma*):ti,ab,kw	13753
#16	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 280650	
#17	#8 AND #16	23813
#18	#1 OR #2 OR #3 OR #17	24172
#19	MeSH descriptor: [Liver Transplantation] explode all trees	1692
#20	("liver transplantation"):ti,ab,kw	4502
#21	#4 OR #7	74520
#22	(transplant*):ti,ab,kw	47346
#23	(gRFating):ti,ab,kw	8877
#24	#22 OR #23	54624
#25	#21 AND #24	7756
#26	MeSH descriptor: [Catheter Ablation] explode all trees	2333
#27	(catheter ablation):ti,ab,kw	4370
#28	(radiofrequency catheter ablation):ti,ab,kw	1951
#29	(radiofrequency ablation):ti,ab,kw	3962
#30	(RFA):ti,ab,kw	1409
#31	#26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30	6770
#32	#19 OR #20 OR #25	7756
#33	#31 AND #32	89
#34	#18 AND #33	88

### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	35
Artículos evaluados a texto completo	3
Estudios incluidos en la revisión	0

### Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 2:</b>		
Majumdar A, Roccarina D, Thorburn D, Davidson BR, Tsochatzis E, Gurusamy KS. Management of people with early- or very early-stage hepatocellular carcinoma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD011650. DOI:	RS	Estudio plantea la evaluación de una diferente intervención.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
10.1002/14651858.CD011650.pub2. Accessed 13 June 2024.		
Weis S, Franke A, Mössner J, Jakobsen JC, Schoppmeyer K. Radiofrequency (thermal) ablation versus no intervention or other interventions for hepatocellular carcinoma. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 19;(12):CD003046. doi: 10.1002/14651858.CD003046.pub3.	RS	Estudio plantea la evaluación de una diferente intervención.
Qi X, Zhao Y, Li H, Guo X, Han G. Management of hepatocellular carcinoma: an overview of major findings from meta-analyses. Oncotarget. 2016 Jun 7;7(23):34703-51. doi: 10.18632/oncotarget.9157.	RS	Estudio plantea la evaluación de una diferente intervención.

#### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Tipo de estudio
<b>PICO N° 2:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se incluyó ningún estudio.</li> </ul>	-

#### Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) o Estudios observacionales (EO)

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: junio del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Carcinoma, Hepatocellular"[Mesh] OR "Carcinoma, Hepatocellular"[Tiab] OR HCC[Tiab] OR ((liver[TIAB] OR hepatocellular[TIAB] OR hepatoma*[TIAB] OR hepatic[tiab]) AND (cancer[TIAB] OR neoplas*[TIAB] OR oncolog*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR tumor*[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR adenocarcinoma*[TIAB]))
#2	Intervención / Comparador	"Liver Transplantation"[Mesh] OR "Liver transplantation"[tiab] OR ((liver[tiab] OR hepatic[tiab]) AND (transplant*[tiab] OR gRFating[tiab])) AND ("Catheter Ablation"[Mesh] OR "radiofrequency catheter ablation"[tiab] OR "radiofrequency ablation"[tiab] OR "RFA"[tiab] OR "Catheter Ablation"[tiab])
#4	Término final	#1 AND #2

#### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	889
Artículos evaluados a texto completo	6

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Estudios incluidos en la revisión	3

#### Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 2:</b>		
N'Kontchou G, Aout M, Laurent A, Nahon P, Ganne-Carrié N, Grando V, Baghdad I, Roulot D, Trinchet JC, Sellier N, Cherqui D, Vicaut E, Beaugrand M, Seror O. Survival after radiofrequency ablation and salvage transplantation in patients with hepatocellular carcinoma and Child-Pugh A cirrhosis. <i>J Hepatol.</i> 2012 Jan;56(1):160-6. doi: 10.1016/j.jhep.2011.03.026.	EO	Estudio no evaluó los componentes de la pregunta clínica planteada.
Pompili M, Mirante VG, Rondinara G, Fassati LR, Piscaglia F, Agnes S, Covino M, Ravaioli M, Fagiuoli S, Gasbarrini G, Rapaccini GL. Percutaneous ablation procedures in cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma submitted to liver transplantation: Assessment of efficacy at explant analysis and of safety for tumor recurrence. <i>Liver Transpl.</i> 2005 Sep;11(9):1117-26. doi: 10.1002/lt.20469.	EO	Estudio no evaluó los componentes de la pregunta clínica planteada.
Arch-Ferrer JE, Smith JK, Bynon S, Eckhoff DE, Sellers MT, Bland KI, Heslin MJ. Radio-frequency ablation in cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma. <i>Am Surg.</i> 2003 Dec;69(12):1067-71.	EO	Artículo no disponible a texto completo.

#### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 2:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ivanics T, Rajendran L, Abreu PA, Claasen MPAW, Shwaartz C, Patel MS, Choi WJ, Doyle A, Muaddi H, McGilvray ID, Selzner M, Beecroft R, Kachura J, Bhat M, Selzner N, Ghanekar A, Cattral M, Sayed B, Reichman T, Lilly L, Sapisochin G. Long-term outcomes of ablation, liver resection, and liver transplant as first-line treatment for solitary HCC of 3 cm or less using an intention-to-treat analysis: A retrospective cohort study. <i>Ann Med Surg (Lond).</i> 2022 Apr 20;77:103645. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103645.</li> </ul>	EO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zhuang BW, Li W, Wang W, Li B, Lu MD, Kuang M, Xie XH, Xie XY. Treatment effect of radiofrequency ablation versus liver transplantation and surgical resection for hepatocellular carcinoma within Milan criteria: a population-based study. <i>Eur Radiol.</i> 2021 Jul;31(7):5379-5389. doi: 10.1007/s00330-020-07551-9.</li> </ul>	EO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kutlu OC, Chan JA, Aloia TA, Chun YS, Kaseb AO, Passot G, Yamashita S, Vauthey JN, Conrad C. Comparative effectiveness of first-line radiofrequency ablation versus surgical resection and</li> </ul>	EO



Estudios	Diseño
transplantation for patients with early hepatocellular carcinoma. Cancer. 2017 May 15;123(10):1817-1827. doi: 10.1002/cncr.30531.	

**Pregunta 3. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A), ¿se debería brindar RFA o resección quirúrgica?**

**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas, ECA.
- **Tipo de participantes:** En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A).
- **Tipo de intervención / comparador:** RFAvs Resección quirúrgica.
- **Tipo de desenlaces:** Sobrevida global, complicaciones mayores, eventos adversos serios, sobrevida libre de enfermedad, tasa de recurrencia, tasa de recurrencia intrahepática, tasa de recurrencia extrahepática.

**Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**

**Revisiones sistemáticas**

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: julio del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Carcinoma, Hepatocellular"[Mesh] OR "Carcinoma, Hepatocellular"[Tiab] OR "Hepatocarcinoma"[TIAB] OR HCC[Tiab] OR ((liver[TIAB] OR hepatocellular[TIAB] OR hepatoma*[TIAB] OR hepatic[tiab]) AND (cancer[TIAB] OR neoplas*[TIAB] OR oncolog*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR tumor*[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR adenocarcinoma*[TIAB]))
#2	Intervención / Comparador	("liver resection"[tiab] OR "Hepatectomy"[Mesh] OR hepatectom*[tiab]) AND ("Catheter Ablation"[Mesh] OR "Radiofrequency Ablation"[Mesh] OR "radiofrequency catheter ablation"[tiab] OR "radiofrequency ablation"[tiab] OR RFA[tiab] OR "Catheter Ablation"[tiab])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: julio del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Carcinoma, Hepatocellular] explode all trees	2737

#2	("hepatocellular carcinoma"):ti,ab,kw	5905
#3	(hepatocarcinoma):ti,ab,kw	78
#4	(HCC):ti,ab,kw	4467
#5	(liver):ti,ab,kw	66812
#6	(hepatocellular):ti,ab,kw	6888
#7	(hepatoma*):ti,ab,kw	151
#8	(hepatic):ti,ab,kw	21657
#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8	76428
#10	("Cancer"):ti,ab,kw	210100
#11	(neoplas*):ti,ab,kw	124949
#12	(oncolog*):ti,ab,kw	34085
#13	(malignan*):ti,ab,kw	34793
#14	(tumor*):ti,ab,kw	86339
#15	(carcinoma*):ti,ab,kw	53000
#16	(adenocarcinoma*):ti,ab,kw	13903
#17	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	283149
#18	#9 AND #17	24078
#19	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #18	24462
#20	MeSH descriptor: [Hepatectomy] explode all trees	964
#21	(hepatectom*):ti,ab,kw	2433
#22	(liver resection):ti,ab,kw	4055
#23	#20 OR # 21 OR #22	250738
#24	MeSH descriptor: [Catheter Ablation] explode all trees	2339
#25	MeSH descriptor: [Radiofrequency Ablation] explode all trees	2495
#26	(catheter ablation):ti,ab,kw	4422
#27	(radiofrequency catheter ablation):ti,ab,kw	1964
#28	(radiofrequency ablation):ti,ab,kw	4005
#29	(RFA):ti,ab,kw	1442
#30	#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29	6861
#31	#23 AND #30	1307
#32	#19 AND #31	348

### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	125
Artículos evaluados a texto completo	43
Estudios incluidos en la revisión	4

### Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 3:</b>		
Romano P, Busti M, Billato I, D'Amico F, Marchegiani G, Pelizzaro F, Vitale A, Cillo U. Liver resection versus radiofrequency ablation or trans-	RS	La revisión sistemática incluyó

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
arterial chemoembolization for early-stage (BCLC A) oligo-nodular hepatocellular carcinoma: meta-analysis. <i>BJS Open</i> . 2024 Jan 3;8(1):zrad158. doi: 10.1093/bjsopen/zrad158.		estudios observacionales.
Chen W, Lin X, Wu Z, Pan W, Ke Q, Chen Y. Laparoscopic liver resection is superior to radiofrequency ablation for small hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis of propensity score-matched studies. <i>Hepatol Int</i> . 2024 Jun;18(3):998-1010. doi: 10.1007/s12072-024-10645-x.	RS	Artículo no disponible a texto completo.
Liu F, Tan L, Luo L, Pan JJ. Comparison of laparoscopic hepatectomy and percutaneous radiofrequency ablation for the treatment of small hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. <i>BMC Surg</i> . 2024 Mar 5;24(1):83. doi: 10.1186/s12893-024-02376-5.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Shaaban Abdelgalil M, Amer BE, Yasen N, El-Samahy M, Awad AK, Elfakharany B, Saeed O, Abd-ElGawad M. Efficacy and safety of laparoscopic liver resection versus radiofrequency ablation in patients with early and small hepatocellular carcinoma: an updated meta-analysis and meta-regression of observational studies. <i>World J Surg Oncol</i> . 2024 Feb 7;22(1):47. doi: 10.1186/s12957-023-03292-3.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Xu Z, Hu Y, Huang L. Effectiveness and Safety of Radiofrequency Ablation versus Liver Resection in the Treatment of Early-stage Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Ann Ital Chir</i> . 2024;95(2):109-118. doi: 10.62713/aic.3155.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Zhang T, Hu H, Jia Y, Gao Y, Hao F, Wu J, Yang Z, Ren J, Li Z, Liu A, Wu H. Efficacy and safety of radiofrequency ablation and surgery for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: A meta-analysis. <i>Medicine (Baltimore)</i> . 2022 Dec 30;101(52):e32470. doi: 10.1097/MD.00000000000032470.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales, y no necesariamente incluyó a los estadios 0-A de la pregunta clínica.
Zhang Y, Qin Y, Dong P, Ning H, Wang G. Liver resection, radiofrequency ablation, and radiofrequency ablation combined with transcatheter arterial chemoembolization for very-early- and early-stage hepatocellular carcinoma: A systematic review and Bayesian network meta-analysis for comparison of efficacy. <i>Front Oncol</i> . 2022 Oct 28;12:991944. doi: 10.3389/fonc.2022.991944.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales y no reportó resultados por subgrupo de estudio.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Li Z, Yu Q, Lu X, Liu Y, Ji B. Efficacy of radiofrequency ablation versus laparoscopic liver resection for hepatocellular carcinoma in China: a comprehensive meta-analysis. <i>Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.</i> 2021 Sep;16(3):455-471. doi: 10.5114/wiitm.2021.105377.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Shin SW, Ahn KS, Kim SW, Kim TS, Kim YH, Kang KJ. Liver Resection Versus Local Ablation Therapies for Hepatocellular Carcinoma Within the Milan Criteria: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Ann Surg.</i> 2021 Apr 1;273(4):656-666. doi: 10.1097/SLA.0000000000004350.	RS	Artículo no disponible a texto completo.
Xuan D, Wen W, Xu D, Jin T. Survival comparison between radiofrequency ablation and surgical resection for patients with small hepatocellular carcinoma: A systematic review and meta-analysis. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2021 Feb 19;100(7):e24585. doi: 10.1097/MD.00000000000024585.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Fan H, Zhou C, Yan J, Meng W, Zhang W. Treatment of solitary hepatocellular carcinoma up to 2 cm: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2020 Jun 5;99(23):e20321. doi: 10.1097/MD.00000000000020321.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Jin S, Tan S, Peng W, Jiang Y, Luo C. Radiofrequency ablation versus laparoscopic hepatectomy for treatment of hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. <i>World J Surg Oncol.</i> 2020 Aug 12;18(1):199. doi: 10.1186/s12957-020-01966-w.	RS	El estudio se centra en comparar RFA versus hepatectomía laparoscópica.
Li X, Wu YS, Chen D, Lin H. Laparoscopic hepatectomy versus radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. <i>Cancer Manag Res.</i> 2019 Jun 24;11:5711-5724. doi: 10.2147/CMAR.S189777.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Si MB, Yan PJ, Hao XY, Du ZY, Tian HW, Yang J, Han CW, Yang KH, Guo TK. Efficacy and safety of radiofrequency ablation versus minimally invasive liver surgery for small hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. <i>Surg Endosc.</i> 2019 Aug;33(8):2419-2429. doi: 10.1007/s00464-019-06784-0.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Tan HY, Gong JF, Yu F, Tang WH, Yang K. Long-Term Efficacy of Laparoscopic Radiofrequency Ablation in Early Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Laparoendosc Adv Surg Tech A.</i> 2019 Jun;29(6):770-779. doi: 10.1089/lap.2018.0642.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Tian G, Yang S, Yuan J, Threapleton D, Zhao Q, Chen F, Cao H, Jiang T, Li L. Comparative efficacy of treatment strategies for hepatocellular carcinoma: systematic review and network meta-analysis. <i>BMJ Open</i> . 2018 Oct 18;8(10):e021269. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021269.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años.
Zhu GQ, Sun M, Liao WT, Yu WH, Zhou SL, Zhou ZJ, Shi YH, Fan J, Zhou J, Qiu LX, Dai Z. Comparative efficacy and safety between ablative therapies or surgery for small hepatocellular carcinoma: a network meta-analysis. <i>Expert Rev Gastroenterol Hepatol</i> . 2018 Sep;12(9):935-945. doi: 10.1080/17474124.2018.1503531.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años.
Yin Z, Jin H, Ma T, Zhou Y, Yu M, Jian Z. A meta-analysis of long-term survival outcomes between surgical resection and radiofrequency ablation in patients with single hepatocellular carcinoma $\leq 2$ cm (BCLC very early stage). <i>Int J Surg</i> . 2018 Aug;56:61-67. doi: 10.1016/j.ijssu.2018.04.048.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años.
Xu XL, Liu XD, Liang M, Luo BM. Radiofrequency Ablation versus Hepatic Resection for Small Hepatocellular Carcinoma: Systematic Review of Randomized Controlled Trials with Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. <i>Radiology</i> . 2018 May;287(2):461-472. doi: 10.1148/radiol.2017162756.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años.
Changyong E, Wang D, Yu Y, Liu H, Ren H, Jiang T. Efficacy comparison of radiofrequency ablation and hepatic resection for hepatocellular carcinoma: A meta-analysis. <i>J Cancer Res Ther</i> . 2017;13(4):625-630. doi: 10.4103/jcrt.JCRT 406 17.	RS	Artículo no disponible a texto completo.
Majumdar A, Roccarina D, Thorburn D, Davidson BR, Tsochatzis E, Gurusamy KS. Management of people with early- or very early-stage hepatocellular carcinoma. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2017, Issue 3. Art. No.: CD011650. DOI: 10.1002/14651858.CD011650.pub2.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años.
He ZX, Xiang P, Gong JP, Cheng NS, Zhang W. Radiofrequency ablation versus resection for Barcelona clinic liver cancer very early/early stage hepatocellular carcinoma: a systematic review. <i>Ther Clin Risk Manag</i> . 2016 Feb 23;12:295-303. doi: 10.2147/TCRM.S96760.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Feng Q, Chi Y, Liu Y, Zhang L, Liu Q. Efficacy and safety of percutaneous radiofrequency ablation versus surgical resection for small hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of 23 studies. <i>J Cancer Res Clin</i>	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Oncol. 2015 Jan;141(1):1-9. doi: 10.1007/s00432-014-1708-1.		
Dong W, Zhang T, Wang ZG, Liu H. Clinical outcome of small hepatocellular carcinoma after different treatments: a meta-analysis. World J Gastroenterol. 2014 Aug 7;20(29):10174-82. doi: 10.3748/wjg.v20.i29.10174.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Xu Q, Kobayashi S, Ye X, Meng X. Comparison of hepatic resection and radiofrequency ablation for small hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of 16,103 patients. Sci Rep. 2014 Nov 28;4:7252. doi: 10.1038/srep07252.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Wu SS, Shen MH, Ruan SM, Qi YM. [Surgical resection versus radiofrequency ablation for primary hepatocellular carcinoma of 3-5 cm in diameter: a meta-analysis]. Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2014 Nov;43(6):695-705. Chinese. doi: 10.3785/j.issn.1008-9292.2014.11.010.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Fu C, Liu N, Deng Q, Li X, Ma K, Bie P. Radiofrequency ablation vs. surgical resection on the treatment of patients with small hepatocellular carcinoma: a system review and meta-analysis of five randomized controlled trials. Hepatogastroenterology. 2014 Sep;61(134):1722-9.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años. Artículo no disponible a texto completo.
Wang Y, Luo Q, Li Y, Deng S, Wei S, Li X. Radiofrequency ablation versus hepatic resection for small hepatocellular carcinomas: a meta-analysis of randomized and nonrandomized controlled trials. PLoS One. 2014 Jan 3;9(1):e84484. doi: 10.1371/journal.pone.0084484.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años.
Qi X, Tang Y, An D, Bai M, Shi X, Wang J, Han G, Fan D. Radiofrequency ablation versus hepatic resection for small hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Gastroenterol. 2014 May-Jun;48(5):450-7. doi: 10.1097/MCG.0000000000000008.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años.
Ni JY, Xu LF, Sun HL, Zhou JX, Chen YT, Luo JH. Percutaneous ablation therapy versus surgical resection in the treatment for early-stage hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of 21,494 patients. J Cancer Res Clin Oncol. 2013 Dec;139(12):2021-33. doi: 10.1007/s00432-013-1530-1.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Duan C, Liu M, Zhang Z, Ma K, Bie P. Radiofrequency ablation versus hepatic resection for the treatment of early-stage hepatocellular carcinoma	RS	La revisión sistemática incluyó

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
meeting Milan criteria: a systematic review and meta-analysis. <i>World J Surg Oncol</i> . 2013 Aug 13;11(1):190. doi: 10.1186/1477-7819-11-190.		estudios observacionales.
Cucchetti A, Piscaglia F, Cescon M, Ercolani G, Pinna AD. Systematic review of surgical resection vs radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma. <i>World J Gastroenterol</i> . 2013 Jul 14;19(26):4106-18. doi: 10.3748/wjg.v19.i26.4106.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años.
Li L, Zhang J, Liu X, Li X, Jiao B, Kang T. Clinical outcomes of radiofrequency ablation and surgical resection for small hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. <i>J Gastroenterol Hepatol</i> . 2012 Jan;27(1):51-8. doi: 10.1111/j.1440-1746.2011.06947.x.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Zhou DC, Geng XP, Zhu LX, Zhao HC, Liu FB, Zhao YJ. [Percutaneous radiofrequency ablation versus hepatic resection for small hepatocellular carcinoma: a meta analysis]. <i>Zhonghua Wai Ke Za Zhi</i> . 2011 Dec;49(12):1132-6. Chinese.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años. Artículo no disponible a texto completo.
Cho YK, Rhim H, Noh S. Radiofrequency ablation versus surgical resection as primary treatment of hepatocellular carcinoma meeting the Milan criteria: a systematic review. <i>J Gastroenterol Hepatol</i> . 2011 Sep;26(9):1354-60. doi: 10.1111/j.1440-1746.2011.06812.x.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Liu JG, Wang YJ, Du Z. Radiofrequency ablation in the treatment of small hepatocellular carcinoma: a meta analysis. <i>World J Gastroenterol</i> . 2010 Jul 21;16(27):3450-6. doi: 10.3748/wjg.v16.i27.3450.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Liu Z, Zhou Y, Zhang P, Qin H. Meta-analysis of the therapeutic effect of hepatectomy versus radiofrequency ablation for the treatment of hepatocellular carcinoma. <i>Surg Laparosc Endosc Percutan Tech</i> . 2010 Jun;20(3):130-40. doi: 10.1097/SLE.0b013e3181d823df.	RS	A la luz de la actual evidencia, se excluye el estudio por no estar entre los últimos 5 años.
Zhou Y, Zhao Y, Li B, Xu D, Yin Z, Xie F, Yang J. Meta-analysis of radiofrequency ablation versus hepatic resection for small hepatocellular carcinoma. <i>BMC Gastroenterol</i> . 2010 Jul 9;10:78. doi: 10.1186/1471-230X-10-78.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.
Chen RF, Xiao TH, Zhou QB. [Therapeutic clinical effect of radiofrequency ablation for small hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients: a meta-analysis]. <i>Zhonghua Wai Ke Za Zhi</i> . 2008 Sep 15;46(18):1413-8. Chinese.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios observacionales.

**Artículos evaluados a texto completo e incluidos:**

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 3:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="288 331 1166 542">• Hu L, Lin J, Wang A, Shi X, Qiao Y. Comparison of liver resection and radiofrequency ablation in long-term survival among patients with early-stage hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of randomized trials and high-quality propensity score-matched studies. <i>World J Surg Oncol.</i> 2024 Feb 19;22(1):56. doi: 10.1186/s12957-024-03330-8.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="288 555 1166 766">• Jia Z, Zhang H, Li N. Evaluation of clinical outcomes of radiofrequency ablation and surgical resection for hepatocellular carcinoma conforming to the Milan criteria: A systematic review and meta-analysis of recent randomized controlled trials. <i>J Gastroenterol Hepatol.</i> 2021 Jul;36(7):1769-1777. doi: 10.1111/jgh.15440.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="288 779 1166 913">• Wang Q, Tang M, Zhang S. Comparison of radiofrequency ablation and surgical resection for hepatocellular carcinoma conforming to the Milan criteria: a meta-analysis. <i>ANZ J Surg.</i> 2021 Jul;91(7-8):E432-E438. doi: 10.1111/ans.16560.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="288 929 1166 1169">• Yu C, Wu S, Zhao J, Lu J, Zhao T, Wei Y, Long C, Lin T, He D, Wei G. Evaluation of efficacy, safety and treatment-related outcomes of percutaneous radiofrequency ablation versus partial hepatectomy for small primary liver cancer meeting the Milan criteria: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Clin Res Hepatol Gastroenterol.</i> 2020 Oct;44(5):718-732. doi: 10.1016/j.clinre.2019.12.012.</li> </ul>	RS



**Pregunta 4. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A) no resecales, ¿se debería brindar quimioembolización transarterial (TACE) o RFA?**

**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BLCL 0-A) no resecales
- **Tipo de intervención / comparador:** TACE vs RFA
- **Tipo de desenlaces:** Sobrevida global, mortalidad por todas las causas, complicaciones mayores, calidad de vida, tasa de recurrencia, sobrevida libre de recurrencia.

**Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**

**Revisiones sistemáticas**

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: junio del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	"carcinoma, hepatocellular"[Mesh] OR "carcinoma hepatocellular"[TIAB] OR "Hepatocarcinoma"[TIAB] OR "HCC"[TIAB] OR (("liver"[TIAB] OR "hepatocellular"[TIAB] OR "hepatoma*"[TIAB] OR "hepatic"[TIAB] OR "hepato"[TIAB]) AND ("cancer"[TIAB] OR "neoplas*"[TIAB] OR "oncolog*"[TIAB] OR "malignan*"[TIAB] OR "tumor*"[TIAB] OR "carcinoma*"[TIAB] OR "adenocarcinoma*"[TIAB]))
#2	Intervención / Comparador	("Chemoembolization, Therapeutic"[Mesh] OR "Embolization, Therapeutic"[Mesh] OR "TACE"[TIAB] OR ((transarterial[TIAB] OR arterial[TIAB] OR artery[TIAB] OR transcathet*[TIAB]) AND (chemoembolization [TIAB] OR embolization*[TIAB] OR chemoembolisation[TIAB]))) AND ("Catheter Ablation"[Mesh] OR "radiofrequency catheter ablation"[TIAB] OR "radiofrequency ablation"[TIAB] OR "radiofrequency ablation"[TIAB] OR "ablation radiofrequency"[TIAB:~3] OR "RFA"[TIAB] OR "Catheter Ablation"[TIAB:~3])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: mayo del 2024		

Filtros:		
• Ninguno		
#1	Población	"carcinoma hepatocellular" OR "Hepatocarcinoma" OR "HCC" OR ("liver" OR "hepatocellular" OR hepatoma* OR "hepatic" OR "hepato") AND ("cancer" OR neoplas* OR oncolog* OR malignan* OR tumor* OR carcinoma* OR adenocarcinoma*)
#2	Intervención / Comparador	("TACE" OR ("transarterial" OR "arterial" OR "artery" OR transcathet*) AND (chemoembolization OR embolization* OR chemoembolisation)) AND ("Catheter Ablation" OR "radiofrequency catheter ablation" OR "radiofrequency ablation" OR "radio-frequency ablation" OR (ablation AND radiofrequency) OR (Catheter AND Ablation))
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review" OR "Meta-Analysis" OR "Network Meta-Analysis" OR Metanalysis OR Metaanalysis OR "Meta Analyses")
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

#### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	127
Artículos evaluados a texto completo	28
Estudios incluidos en la revisión	6

#### Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 4:</b>		
Abdel-Rahman O, Elsayed Z. External beam radiotherapy for unresectable hepatocellular carcinoma. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2017;3(3):CD011314. Published 2017 Mar 7. doi:10.1002/14651858.CD011314.pub2	RS	La revisión evalúa la intervención equivocada (No evalúa RFA)
Medical Advisory Secretariat. Radio frequency ablation for primary liver cancer: an evidence-based analysis. <i>Ont Health Technol Assess Ser.</i> 2004;4(8):1-50.	Revisión general	Estudio no explica su metodología, y parece ser una revisión de la literatura.
Das A, Gabr A, O'Brian DP, et al. Contemporary Systematic Review of Health-Related Quality of Life Outcomes in Locoregional Therapies for Hepatocellular Carcinoma. <i>J Vasc Interv Radiol.</i> 2019;30(12):1924-1933.e2. doi:10.1016/j.jvir.2019.07.020	RS	Estudio sin meta-análisis, no hay medidas de efecto sobre desenlace (calidad de vida) para la intervención y comparador de interés.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Majumdar A, Roccarina D, Thorburn D, Davidson BR, Tsochatzis E, Gurusamy KS. Management of people with early- or very early-stage hepatocellular carcinoma: an attempted network meta-analysis. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2017;3(3):CD011650. Published 2017 Mar 28. doi:10.1002/14651858.CD011650.pub2	RS	La revisión evalúa el comparador equivocado (No evalúa TACE como monoterapia)
Jiang C, Cheng G, Liao M, Huang J. Individual or combined transcatheter arterial chemoembolization and radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma: a time-to-event meta-analysis. <i>World J Surg Oncol.</i> 2021;19(1):81. Published 2021 Mar 19. doi:10.1186/s12957-021-02188-4	RS	La revisión evalúa la intervención equivocada (No evalúa RFA como monoterapia)
Tian G, Yang S, Yuan J, et al. Comparative efficacy of treatment strategies for hepatocellular carcinoma: systematic review and network meta-analysis. <i>BMJ Open.</i> 2018;8(10):e021269. Published 2018 Oct 18. doi:10.1136/bmjopen-2017-021269	RS	La revisión evalúa el comparador equivocado (No evalúa TACE como monoterapia)
Gou H, Liu S, Zhu G, et al. Effectiveness of radiofrequency ablation versus transarterial chemoembolization for recurrent hepatocellular carcinoma: A meta-analysis. <i>Acta Radiol Open.</i> 2022;11(3):20584601221085514. Published 2022 Mar 29. doi:10.1177/20584601221085514	RS	Estudio evalúa la intervención y comparación de interés en población equivocada (HCC recurrente)
Kostakis ID, Dimitrokallis N, Iype S. Bridging locoregional treatment prior to liver transplantation for cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma within the Milan criteria: a systematic review and meta-analysis. <i>Ann Gastroenterol.</i> 2023;36(4):449-458. doi:10.20524/aog.2023.0812	RS	La revisión evalúa la intervención equivocada (Cualquier tratamiento loco-regional vs otros)
Li L, Tian J, Liu P, Wang X, Zhu Z. Transarterial chemoembolization combination therapy vs monotherapy in unresectable hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. <i>Tumori.</i> 2016;2016(3):301-310. doi:10.5301/tj.5000491	RS	La revisión evalúa la intervención equivocada (TACE + PRFA)
Ni JY, Liu SS, Xu LF, Sun HL, Chen YT. Transarterial chemoembolization combined with percutaneous radiofrequency ablation versus TACE and PRFA monotherapy in the treatment for hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. <i>J Cancer Res Clin Oncol.</i> 2013;139(4):653-659. doi:10.1007/s00432-012-1369-x	RS	La revisión evalúa la intervención equivocada (TACE + PRFA)
Zhao J, Wu J, He M, et al. Comparison of transcatheter arterial chemoembolization combined with radiofrequency ablation or microwave ablation for the treatment of unresectable hepatocellular carcinoma: a systemic review and meta-analysis. <i>Int J</i>	RS	La revisión evalúa la intervención equivocada (TACE + PRFA)

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<i>Hyperthermia</i> . 2020;37(1):624-633. doi:10.1080/02656736.2020.1774667		
Salhab M, Canelo R. An overview of evidence-based management of hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. <i>J Cancer Res Ther</i> . 2011;7(4):463-475. doi:10.4103/0973-1482.92023	RS	La revisión evalúa el comparador equivocado (comparadores diferentes de TACE)
Oliveri RS, Wetterslev J, Gluud C. Transarterial (chemo)embolisation for unresectable hepatocellular carcinoma. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2011, Issue 3. Art. No.: CD004787. DOI: 10.1002/14651858.CD004787.pub2	RS	La revisión evalúa la intervención equivocada (TACE vs placebo)
Zheng RN, You ZJ, Lin SH, et al. Efficacy of percutaneous radiofrequency ablation for the treatment of hepatocellular carcinoma. <i>Genet Mol Res</i> . 2015;14(4):17982-17994. Published 2015 Dec 22. doi:10.4238/2015.December.22.24	RS	La revisión evalúa el comparador equivocado (comparadores diferentes de TACE)
Roccarina D, Majumdar A, Thorburn D, Davidson BR, Tsochatzis E, Gurusamy KS. Management of people with intermediate-stage hepatocellular carcinoma. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2017, Issue 3. Art. No.: CD011649. DOI: 10.1002/14651858.CD011649.pub2	RS	La revisión evalúa la población equivocada (BCLC estadio B)
Yan S, Xu D, Sun B. Combination of radiofrequency ablation with transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. <i>Dig Dis Sci</i> . 2013;58(7):2107-2113. doi:10.1007/s10620-013-2570-8	RS	La revisión evalúa la intervención equivocada (TACE + PRFA)
Weis S, Franke A, Mössner J, Jakobsen JC, Schoppmeyer K. Radiofrequency (thermal) ablation versus no intervention or other interventions for hepatocellular carcinoma. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2013, Issue 12. Art. No.: CD003046. DOI: 10.1002/14651858.CD003046.pub3	RS	La revisión evalúa el comparador equivocado (comparadores diferentes de TACE)
Qi X, Zhao Y, Li H, Guo X, Han G. Management of hepatocellular carcinoma: an overview of major findings from meta-analyses. <i>Oncotarget</i> . 2016;7(23):34703-34751. doi:10.18632/oncotarget.9157	RS	La revisión evalúa el comparador equivocado (comparadores diferentes de TACE)
Yu Y, Fu J, Xia P, Chu C. A systematic review and meta-analysis on the efficacy and safety of transcatheter arterial chemoembolization combined with radiofrequency ablation in the treatment of primary liver cancer. <i>Transl Cancer Res</i> . 2022;11(5):1297-1308. doi:10.21037/tcr-22-816	RS	La revisión evalúa la intervención equivocada (TACE + PRFA)
Zhang Y, Qin Y, Dong P, Ning H, Wang G. Liver resection, radiofrequency ablation, and	RS	La revisión evalúa el comparador

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
radiofrequency ablation combined with transcatheter arterial chemoembolization for very-early- and early-stage hepatocellular carcinoma: A systematic review and Bayesian network meta-analysis for comparison of efficacy. <i>Front Oncol.</i> 2022;12:991944. Published 2022 Oct 28. doi:10.3389/fonc.2022.991944		equivocado (comparadores diferentes de TACE)
Yang Z, Tong Y, Yang L, He X, Bao G, Du X. Identifying optimal therapies in patients with advanced hepatocellular carcinoma: a systematic review and network meta-analysis. <i>Transl Gastroenterol Hepatol.</i> 2022;7:38. Published 2022 Oct 25. doi:10.21037/tgh-20-318	RS	La revisión evalúa la población equivocada (HCC avanzados)

#### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 4:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kim HI, An J, Han S, Shim JH. Loco-regional therapies competing with radiofrequency ablation in potential indications for hepatocellular carcinoma: a network meta-analysis. <i>Clin Mol Hepatol.</i> 2023;29(4):1013-1028. doi:10.3350/cmh.2023.0131</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zhao J, Zhang H, Wei L, Xie S, Suo Z. Comparing the long-term efficacy of standard and combined minimally invasive procedures for unresectable HCC: a mixed treatment comparison. <i>Oncotarget.</i> 2017;8(9):15101-15113. doi:10.18632/oncotarget.13145</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chow R, Simone CB 2nd, Jairam MP, Swaminath A, Boldt G, Lock M. Radiofrequency ablation vs radiation therapy vs transarterial chemoembolization vs yttrium 90 for local treatment of liver cancer - a systematic review and network meta-analysis of survival data. <i>Acta Oncol.</i> 2022;61(4):484-494. doi:10.1080/0284186X.2021.2009563</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lan T, Chang L, Mn R, Wu L, Yuan YF. Comparative Efficacy of Interventional Therapies for Early-stage Hepatocellular Carcinoma: A PRISMA-compliant Systematic Review and Network Meta-analysis. <i>Medicine (Baltimore).</i> 2016;95(15):e3185. doi:10.1097/MD.00000000000003185</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yang S, Lin H, Song J. Efficacy and safety of various primary treatment strategies for very early and early hepatocellular carcinoma: a network meta-analysis. <i>Cancer Cell Int.</i> 2021;21(1):681. Published 2021 Dec 19. doi:10.1186/s12935-021-02365-1</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wang Y, Deng T, Zeng L, Chen W. Efficacy and safety of radiofrequency ablation and transcatheter arterial chemoembolization for treatment of hepatocellular carcinoma: A meta-analysis. <i>Hepatol Res.</i> 2016;46(1):58-71. doi:10.1111/hepr.12568</li> </ul>	RS

**Pregunta 5. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A), ¿se debería brindar inyección percutánea con etanol (IPE) o RFA?**

**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A)
- **Tipo de intervención / comparador:** IPE vs RFA
- **Tipo de desenlaces:** Sobrevida global, mortalidad por cáncer, eventos adversos serios, estancia hospitalaria, recurrencia – local o distal, recurrencia en hígado.

**Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**

**Revisiones sistemáticas**

<b>Base de datos: PubMed</b>		
Fecha de búsqueda: julio del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	<b>Descripción</b>	<b>Término</b>
#1	Población	"Carcinoma, Hepatocellular"[Mesh] OR "Carcinoma, Hepatocellular"[Tiab] OR "Hepatocarcinoma"[TIAB] OR HCC[Tiab] OR ((liver[TIAB] OR hepatocellular[TIAB] OR hepatoma*[TIAB] OR hepatic[tiab]) AND (cancer[TIAB] OR neoplas*[TIAB] OR oncolog*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR tumor*[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR adenocarcinoma*[TIAB]))
#2	Intervención / Comparador	(PEI[tiab] OR "percutaneous ethanol injection"[tiab] OR "alcohol ablation"[tiab] OR "ethanol ablation"[tiab]) AND ("Catheter Ablation"[Mesh] OR "Radiofrequency Ablation"[Mesh] OR "radiofrequency catheter ablation"[tiab] OR "radiofrequency ablation"[tiab] OR RFA[tiab] OR "Catheter Ablation"[tiab])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
<b>Base de datos: Biblioteca Cochrane</b>		
Fecha de búsqueda: julio del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
<b>ID</b>	<b>Search</b>	<b>Hits</b>
#1	MeSH descriptor: [Carcinoma, Hepatocellular] explode all trees	2737
#2	("hepatocellular carcinoma"):ti,ab,kw	5905
#3	(hepatocarcinoma):ti,ab,kw	78
#4	(HCC):ti,ab,kw	4467
#5	(liver):ti,ab,kw	66813
#6	(hepatocellular):ti,ab,kw	6888

#7	(hepatoma*):ti,ab,kw	151
#8	(hepatic):ti,ab,kw	21658
#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8	76429
#10	("Cancer"):ti,ab,kw	210103
#11	(neoplas*):ti,ab,kw	124949
#12	(oncolog*):ti,ab,kw	34085
#13	(malignan*):ti,ab,kw	34794
#14	(tumor*):ti,ab,kw	86339
#15	(carcinoma*):ti,ab,kw	53000
#16	(adenocarcinoma*):ti,ab,kw	13903
#17	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 283153	
#18	#9 AND #17	24078
#19	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #18	24462
#20	(PEI):ti,ab,kw	380
#21	(percutaneous ethanol injection):ti,ab,kw	190
#22	(alcohol ablation):ti,ab,kw	190
#23	(ethanol ablation):ti,ab,kw	234
#24	# 20 OR #21 OR #22 OR #23 411099	
#25	MeSH descriptor: [Catheter Ablation] explode all trees	2339
#26	MeSH descriptor: [Radiofrequency Ablation] explode all trees	2495
#27	(catheter ablation):ti,ab,kw	4422
#28	(radiofrequency catheter ablation):ti,ab,kw	1964
#29	(radiofrequency ablation):ti,ab,kw	4005
#30	(RFA):ti,ab,kw	1442
#31	#25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 6861	
#32	#24 AND #31	1712
#33	#19 AND #32	318

### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de RS	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	45
Artículos evaluados a texto completo	19
Estudios incluidos en la revisión	5

### Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 5:</b>		
Wade R, South E, Anwer S, Sharif-Hurst S, Harden M, Fulbright H, Hodgson R, Dias S, Simmonds M, Rowe I, Thornton P, Eastwood A. Ablative and non-surgical therapies for early and very early hepatocellular carcinoma: a systematic review and	ETS	El documento es la versión extensa, y su versión artículo científico ya fue incluida previamente.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
network meta-analysis. Health Technol Assess. 2023 Dec;27(29):1-172. doi: 10.3310/GK5221.		
Yang S, Lin H, Song J. Efficacy and safety of various primary treatment strategies for very early and early hepatocellular carcinoma: a network meta-analysis. Cancer Cell Int. 2021 Dec 19;21(1):681. doi: 10.1186/s12935-021-02365-1. PMID: 34923980; PMCID: PMC8684647.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios no ECA.
Tian G, Yang S, Yuan J, Threapleton D, Zhao Q, Chen F, Cao H, Jiang T, Li L. Comparative efficacy of treatment strategies for hepatocellular carcinoma: systematic review and network meta-analysis. BMJ Open. 2018 Oct 18;8(10):e021269. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021269.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios no ECA.
Bertot LC, Sato M, Tateishi R, Yoshida H, Koike K. Mortality and complication rates of percutaneous ablation techniques for the treatment of liver tumors: a systematic review. Eur Radiol. 2011 Dec;21(12):2584-96. doi: 10.1007/s00330-011-2222-3.	RS	La revisión sistemática incluyó estudios no ECA.
Lan T, Chang L, Mn R, Wu L, Yuan YF. Comparative Efficacy of Interventional Therapies for Early-stage Hepatocellular Carcinoma: A PRISMA-compliant Systematic Review and Network Meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2016 Apr;95(15):e3185. doi: 10.1097/MD.0000000000003185.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Yang B, Zan RY, Wang SY, Li XL, Wei ML, Guo WH, You X, Li J, Liao ZY. Radiofrequency ablation versus percutaneous ethanol injection for hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of randomized controlled trials. World J Surg Oncol. 2015 Mar 8;13:96. doi: 10.1186/s12957-015-0516-7.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Dong W, Zhang T, Wang ZG, Liu H. Clinical outcome of small hepatocellular carcinoma after different treatments: a meta-analysis. World J Gastroenterol. 2014 Aug 7;20(29):10174-82. doi: 10.3748/wjg.v20.i29.10174. PMID: 25110446; PMCID: PMC4123348.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Shen A, Zhang H, Tang C, Chen Y, Wang Y, Zhang C, Wu Z. Systematic review of radiofrequency ablation versus percutaneous ethanol injection for small hepatocellular carcinoma up to 3 cm. J Gastroenterol Hepatol. 2013 May;28(5):793-800. doi: 10.1111/jgh.12162.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Salhab M, Canelo R. An overview of evidence-based management of hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. J Cancer Res Ther. 2011 Oct-Dec;7(4):463-75. doi: 10.4103/0973-1482.92023. PMID: 22269411.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.



Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Tiong L, Maddern GJ. Systematic review and meta-analysis of survival and disease recurrence after radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma. <i>Br J Surg.</i> 2011 Sep;98(9):1210-24. doi: 10.1002/bjs.7669.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Germani G, Pleguezuelo M, Gurusamy K, Meyer T, Isgrò G, Burroughs AK. Clinical outcomes of radiofrequency ablation, percutaneous alcohol and acetic acid injection for hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. <i>J Hepatol.</i> 2010 Mar;52(3):380-8. doi: 10.1016/j.jhep.2009.12.004. Epub 2010 Jan 17. PMID: 20149473.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
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. <i>Am J Gastroenterol.</i> 2009 Feb;104(2):514-24. doi: 10.1038/ajg.2008.80.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Cho YK, Kim JK, Kim MY, Rhim H, Han JK. Systematic review of randomized trials for hepatocellular carcinoma treated with percutaneous ablation therapies. <i>Hepatology.</i> 2009 Feb;49(2):453-9. doi: 10.1002/hep.22648.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Bouza C, López-Cuadrado T, Alcázar R, Saz-Parkinson Z, Amate JM. Meta-analysis of percutaneous radiofrequency ablation versus ethanol injection in hepatocellular carcinoma. <i>BMC Gastroenterol.</i> 2009 May 11;9:31. doi: 10.1186/1471-230X-9-31. PMID: 19432967; PMCID: PMC3224700.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.

#### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 5:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>South E, Wade R, Anwer S, Sharif-Hurst S, Harden M, Fulbright H, Dias S, Simmonds M, Rowe I, Thornton P, Wah TM, Eastwood A. The effectiveness of ablative and non-surgical therapies for early hepatocellular carcinoma: Systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. <i>Cancer Med.</i> 2023 Nov;12(22):20759-20772. doi: 10.1002/cam4.6643. Epub 2023 Oct 30. PMID: 37902128; PMCID: PMC10709740.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zhu GQ, Sun M, Liao WT, Yu WH, Zhou SL, Zhou ZJ, Shi YH, Fan J, Zhou J, Qiu LX, Dai Z. Comparative efficacy and safety between ablative therapies or surgery for small hepatocellular carcinoma: a network meta-analysis. <i>Expert Rev Gastroenterol Hepatol.</i> 2018 Sep;12(9):935-945. doi: 10.1080/17474124.2018.1503531.</li> </ul>	RS

Estudios	Diseño
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Majumdar A, Roccarina D, Thorburn D, Davidson BR, Tsochatzis E, Gurusamy KS. Management of people with early- or very early-stage hepatocellular carcinoma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD011650. DOI: 10.1002/14651858.CD011650.pub2. Accessed 31 July 2024.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luo W, Zhang Y, He G, Yu M, Zheng M, Liu L, Zhou X. Effects of radiofrequency ablation versus other ablating techniques on hepatocellular carcinomas: a systematic review and meta-analysis. World J Surg Oncol. 2017 Jul 10;15(1):126. doi: 10.1186/s12957-017-1196-2.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Li Z, Zhang K, Lin SM, Mi DH, Cao N, Wen ZZ, Li ZX. Radiofrequency ablation combined with percutaneous ethanol injection for hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. Int J Hyperthermia. 2017 May;33(3):237-246. doi: 10.1080/02656736.2016.1237681.</li> </ul>	RS

**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?**

**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio temprano (BCLC A) / estadio intermedio (BCLC B)
- **Tipo de intervención / comparador:** Resección quirúrgica vs TACE
- **Tipo de desenlaces:** Sobrevida global, mortalidad, supervivencia, complicaciones postoperatorias, sobrevida libre de enfermedad.

**Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**

**Revisiones sistemáticas**

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: agosto del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Carcinoma, Hepatocellular"[Mesh] OR "Carcinoma, Hepatocellular"[Tiab] OR "Hepatocarcinoma"[TIAB] OR HCC[Tiab] OR ((liver[TIAB] OR hepatocellular[TIAB] OR hepatoma*[TIAB] OR hepatic[tiab]) AND (cancer[TIAB] OR neoplas*[TIAB] OR oncolog*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR tumor*[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR adenocarcinoma*[TIAB]))
#2	Intervención / Comparador	("Chemoembolization, Therapeutic"[Mesh] OR "Embolization, Therapeutic"[Mesh] OR "TACE"[TIAB] OR ((transarterial[TIAB] OR arterial[TIAB] OR artery[TIAB] OR transcathet*[TIAB]) AND (chemoembolization[TIAB] OR embolization*[TIAB] OR chemoembolisation[TIAB]))) AND ("liver resection"[tiab] OR "Hepatectomy"[Mesh] OR hepatectom*[tiab])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: agosto del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Carcinoma, Hepatocellular] explode all trees	2740
#2	("hepatocellular carcinoma"):ti,ab,kw	5922
#3	(hepatocarcinoma):ti,ab,kw	78
#4	(HCC):ti,ab,kw	4485
#5	(liver):ti,ab,kw	67084

#6	(hepatocellular):ti,ab,kw	6907
#7	(hepatoma*):ti,ab,kw	151
#8	(hepatic):ti,ab,kw	21751
#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8	76741
#10	("Cancer"):ti,ab,kw	210938
#11	(neoplas*):ti,ab,kw	125351
#12	(oncolog*):ti,ab,kw	34280
#13	(malignan*):ti,ab,kw	34949
#14	(tumor*):ti,ab,kw	86699
#15	(carcinoma*):ti,ab,kw	53159
#16	(adenocarcinoma*):ti,ab,kw	13954
#17	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16	284273
#18	#9 AND #17	24167
#19	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #18	24553
#20	MeSH descriptor: [Chemoembolization, Therapeutic] explode all trees	481
#21	MeSH descriptor: [Embolization, Therapeutic] explode all trees	1271
#22	("TACE"):ti,ab,kw	1501
#23	(transarterial):ti,ab,kw	968
#24	(arterial):ti,ab,kw	61043
#25	(artery):ti,ab,kw	69375
#26	(transcathet*):ti,ab,kw	2632
#27	#23 OR #24 OR #25 OR #26	116999
#28	(chemoembolization):ti,ab,kw	1591
#29	(embolization*):ti,ab,kw	2979
#30	(chemoembolisation):ti,ab,kw	129
#31	#28 OR #29 OR #30	4305
#32	#27 AND #31	3031
#33	#20 OR #21 OR #22 OR #32	3847
#34	MeSH descriptor: [Hepatectomy] explode all trees	967
#35	(liver resection):ti,ab,kw	4074
#36	(hepatectom*):ti,ab,kw	2448
#37	#34 OR #35 OR #36	5086
#38	#33 AND #37	452
#39	#19 AND #38	441

#### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de Estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	134
Artículos evaluados a texto completo	6 (BCLC A)
	18 (BCLC B)
Estudios incluidos en la revisión	1 (BCLC A)
	3 (BCLC B)

#### Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 6.1: (BCLC A)</b>		
Zhou L, Zhang M, Chen S. Comparison of surgical resection and transcatheter arterial chemoembolization for large hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. <i>Ann Hepatol.</i> 2023 Mar-Apr;28(2):100890. doi: 10.1016/j.aohp.2022.100890.	RS	El estudio incluyó a pacientes que no pertenecían a los estadios A o B.
Pandrowala S, Patkar S, Goel M, Mirza D, Mathur SK. Surgical resection for large hepatocellular carcinoma and those beyond BCLC: systematic review with proposed management algorithm. <i>Langenbecks Arch Surg.</i> 2023 Apr 12;408(1):144. doi: 10.1007/s00423-023-02881-w.	RS	El artículo no está disponible a texto completo.
Stevens CL, Awad A, Abbas SM, Watters DAK. Systematic review and meta-analysis of hepatic resection versus transarterial chemoembolization for solitary large hepatocellular carcinoma. <i>HPB (Oxford).</i> 2017 Aug;19(8):653-658. doi: 10.1016/j.hpb.2017.03.009.	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC estadio BCLC 0.
Kapitanov T, Neumann UP, Schmeding M. Hepatocellular Carcinoma in Liver Cirrhosis: Surgical Resection versus Transarterial Chemoembolization-A Meta-Analysis. <i>Gastroenterol Res Pract.</i> 2015;2015:696120. doi: 10.1155/2015/696120.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Qi X, Wang D, Su C, Li H, Guo X. Hepatic resection versus transarterial chemoembolization for the initial treatment of hepatocellular carcinoma: A systematic review and meta-analysis. <i>Oncotarget.</i> 2015 Jul 30;6(21):18715-33. doi: 10.18632/oncotarget.4134.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
<b>PICO N° 6.2: (BCLC B)</b>		
Tustumi F, Coelho FF, de Paiva Magalhães D, Júnior SS, Jeismann VB, Fonseca GM, Kruger JAP, D'Albuquerque LAC, Herman P. Treatment of hepatocellular carcinoma with macroscopic vascular invasion: A systematic review and network meta-analysis. <i>Transplant Rev (Orlando).</i> 2023 Jul;37(3):100763. doi: 10.1016/j.trre.2023.100763.	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con invasión vascular macroscópica.
Kang K, Song SK, Chung CW, Park Y. Value of surgical resection compared to transarterial chemoembolization in the treatment of hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus: A meta-analysis of hazard ratios from five observational studies. <i>Ann Hepatobiliary Pancreat Surg.</i> 2020 Aug 31;24(3):243-251. doi: 10.14701/ahbps.2020.24.3.243.	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con trombo tumoral en la vena porta.
Ibrahim C, Parra N, Macedo FI, Yakoub D. Is hepatic resection better than transarterial chemoembolization in hepatocellular carcinoma with portal vein tumor	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
thrombosis? J Gastrointest Oncol. 2019 Dec;10(6):1064-1072. doi: 10.21037/jgo.2019.09.07.		con trombo tumoral en la vena porta.
Zhang ZY, Dong KS, Zhang EL, Zhang LW, Chen XP, Dong HH. Resection might be a meaningful choice for hepatocellular carcinoma with portal vein thrombosis: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2019 Dec;98(50):e18362. doi: 10.1097/MD.00000000000018362.	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con trombo tumoral en la vena porta.
Chen ZH, Zhang XP, Zhou TF, Wang K, Wang H, Chai ZT, Shi J, Guo WX, Cheng SQ. Adjuvant transarterial chemoembolization improves survival outcomes in hepatocellular carcinoma with microvascular invasion: A systematic review and meta-analysis. Eur J Surg Oncol. 2019 Nov;45(11):2188-2196. doi: 10.1016/j.ejso.2019.06.031. Epub 2019 Jun 25. PMID: 31256949.	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con invasión microvascular.
Chen S, Jin H, Dai Z, Wei M, Xiao H, Su T, Li B, Liu X, Wang Y, Li J, Shen S, Zhou Q, Peng B, Peng Z, Peng S. Liver resection versus transarterial chemoembolization for the treatment of intermediate-stage hepatocellular carcinoma. Cancer Med. 2019 Apr;8(4):1530-1539. doi: 10.1002/cam4.2038.	RS	El estudio no realizó la comparación estadística esperada en la evaluación de cada desenlace.
Solaini L, Cucchetti A, Piccino M, Gardini A, La Barba G, Serenari M, Cescon M, Ercolani G. Critical systematic review on hepatic resection and transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma. Future Oncol. 2019 Feb;15(4):439-449. doi: 10.2217/fon-2018-0269. Epub 2019 Jan 8. PMID: 30620230.	RS	El estudio no realiza meta-análisis.
Liang L, Chen TH, Li C, Xing H, Han J, Wang MD, Zhang H, Lau WY, Wu MC, Shen F, Yang T. A systematic review comparing outcomes of surgical resection and non-surgical treatments for patients with hepatocellular carcinoma and portal vein tumor thrombus. HPB (Oxford). 2018 Dec;20(12):1119-1129. doi: 10.1016/j.hpb.2018.06.1804. Epub 2018 Jul 25. PMID: 30056066.	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con trombo tumoral en la vena porta.
Hyun MH, Lee YS, Kim JH, Lee CU, Jung YK, Seo YS, Yim HJ, Yeon JE, Byun KS. Hepatic resection compared to chemoembolization in intermediate- to advanced-stage hepatocellular carcinoma: A meta-analysis of high-quality studies. Hepatology. 2018 Sep;68(3):977-993. doi: 10.1002/hep.29883.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Liang L, Xing H, Zhang H, Zhong J, Li C, Lau WY, Wu M, Shen F, Yang T. Surgical resection versus transarterial chemoembolization for BCLC intermediate stage hepatocellular carcinoma: a	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
systematic review and meta-analysis. HPB (Oxford). 2018 Feb;20(2):110-119. doi: 10.1016/j.hpb.2017.10.004.		
Yang B, Zheng B, Yang M, Zeng Z, Yang F, Pu J, Li C, Liao Z. Liver resection versus transarterial chemoembolization for the initial treatment of Barcelona Clinic Liver Cancer stage B hepatocellular carcinoma. Hepatol Int. 2018 Sep;12(5):417-428. doi: 10.1007/s12072-018-9888-4.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Chen J, Huang J, Chen M, Yang K, Chen J, Wang J, Xu L, Zhou Z, Zhang Y. Transcatheter arterial chemoembolization (TACE) versus hepatectomy in hepatocellular carcinoma with macrovascular invasion: a meta-analysis of 1683 patients. J Cancer. 2017 Aug 25;8(15):2984-2991. doi: 10.7150/jca.20978.	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con invasión vascular macroscópica.
Zhang XP, Wang K, Li N, Zhong CQ, Wei XB, Cheng YQ, Gao YZ, Wang H, Cheng SQ. Survival benefit of hepatic resection versus transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2017 Dec 28;17(1):902. doi: 10.1186/s12885-017-3895-z.	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con trombo tumoral en la vena porta.
Liu W, Zhou JG, Sun Y, Zhang L, Xing BC. Hepatic Resection Improved the Long-Term Survival of Patients with BCLC Stage B Hepatocellular Carcinoma in Asia: a Systematic Review and Meta-Analysis. J Gastrointest Surg. 2015 Jul;19(7):1271-80. doi: 10.1007/s11605-015-2811-6.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.
Tian X, Dai Y, Wang DQ, Zhang L, Sui CG, Meng FD, Jiang SY, Liu YP, Jiang YH. Transarterial chemoembolization versus hepatic resection in hepatocellular carcinoma treatment: a meta-analysis. Drug Des Devel Ther. 2015 Aug 10;9:4431-40. doi: 10.2147/DDDT.S86629.	RS	Existen RS con estrategias de búsqueda más recientes.

#### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 6.1: (BCLC A)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Romano P, Busti M, Billato I, D'Amico F, Marchegiani G, Pelizzaro F, Vitale A, Cillo U. Liver resection versus radiofrequency ablation or trans-arterial chemoembolization for early-stage (BCLC A) oligonodular hepatocellular carcinoma: meta-analysis. BJS Open. 2024 Jan 3;8(1):zrad158. doi: 10.1093/bjsopen/zrad158.</li> </ul>	RS
<b>PICO N° 6.2: (BCLC B)</b>	

Estudios	Diseño
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bogdanovic A, Djokic Kovac J, Zdujic P, Djindjic U, Dugalic V. Liver resection versus transarterial chemoembolisation for the treatment of intermediate hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. <i>Int J Surg.</i> 2023 May 1;109(5):1439-1446. doi: 10.1097/JS9.0000000000000344.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wang P, Zhang D, Fang C, Gan Y, Luo B, Yang XL, Peng FY, Li B, Su S. Partial hepatectomy vs. transcatheter arterial chemoembolization for multiple hepatocellular carcinomas of BCLC-B stage: A meta-analysis of high-quality studies. <i>Eur J Surg Oncol.</i> 2022 Aug;48(8):1685-1691. doi: 10.1016/j.ejso.2022.04.017.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Labgaa I, Taffé P, Martin D, Clerc D, Schwartz M, Kokudo N, Denys A, Halkic N, Demartines N, Melloul E. Comparison of Partial Hepatectomy and Transarterial Chemoembolization in Intermediate-Stage Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Liver Cancer.</i> 2020 Apr;9(2):138-147. doi: 10.1159/000505093.</li> </ul>	RS



**Pregunta 7. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B) no elegible para resección o tratamiento ablativo, ¿se debería brindar TACE más radioterapia (RT) o TACE sola?**

**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B) no elegible para resección o tratamiento ablativo
- **Tipo de intervención / comparador:** TACE más RT vs TACE
- **Tipo de desenlaces:** Mortalidad por todas las causas, calidad de vida, leucopenia, elevación de bilirrubina total, AFP sérica sin disminución o normalización, respuesta tumoral (CR+PR), elevación de transaminasas séricas.

**Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**

**Revisiones sistemáticas**

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: setiembre del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Carcinoma, Hepatocellular"[Mesh] OR "Carcinoma, Hepatocellular"[Tiab] OR "Hepatocarcinoma"[TIAB] OR HCC[Tiab] OR ((liver[TIAB] OR hepatocellular[TIAB] OR hepatoma*[TIAB] OR hepatic[tiab]) AND (cancer[TIAB] OR neoplas*[TIAB] OR oncolog*[TIAB] OR malignan*[TIAB] OR tumor*[TIAB] OR carcinoma*[TIAB] OR adenocarcinoma*[TIAB]))
#2	Intervención / Comparador	("Chemoembolization, Therapeutic"[Mesh] OR "Embolization, Therapeutic"[Mesh] OR "TACE"[TIAB] OR ((transarterial[TIAB] OR arterial[TIAB] OR artery[TIAB] OR transcathet*[TIAB]) AND (chemoembolization[TIAB] OR embolization*[TIAB] OR chemoembolisation[TIAB]))) AND (radiotherap*[tiab] OR "Radiotherapy"[Mesh] OR "radiation therap*" [tiab] OR "radiation treatment*" [tiab] OR RT[tiab])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: setiembre del 2024		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Carcinoma, Hepatocellular] explode all trees	2750
#2	("hepatocellular carcinoma"):ti,ab,kw	5954

#3	(hepatocarcinoma):ti,ab,kw	78	
#4	(HCC):ti,ab,kw		4516
#5	(liver):ti,ab,kw		67492
#6	(hepatocellular):ti,ab,kw		6947
#7	(hepatoma*):ti,ab,kw	152	
#8	(hepatic):ti,ab,kw	21877	
#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8		77216
#10	("Cancer"):ti,ab,kw	212232	
#11	(neoplas*):ti,ab,kw	126192	
#12	(oncolog*):ti,ab,kw	34539	
#13	(malignan*):ti,ab,kw	35186	
#14	(tumor*):ti,ab,kw	87327	
#15	(carcinoma*):ti,ab,kw	53448	
#16	(adenocarcinoma*):ti,ab,kw	14050	
#17	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16		285981
#18	#9 AND #17	24310	
#19	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #18		24696
#20	MeSH descriptor: [Chemoembolization, Therapeutic] explode all trees	483	
#21	MeSH descriptor: [Embolization, Therapeutic] explode all trees	1275	
#22	("TACE"):ti,ab,kw	1507	
#23	(transarterial):ti,ab,kw	970	
#24	(arterial):ti,ab,kw	61332	
#25	(artery):ti,ab,kw	69630	
#26	(transcathet*):ti,ab,kw	2645	
#27	#23 OR #24 OR #25 OR #26	117490	
#28	(chemoembolization):ti,ab,kw	1598	
#29	(embolization*):ti,ab,kw	2989	
#30	(chemoembolisation):ti,ab,kw	129	
#31	#28 OR #29 OR #30	4320	
#32	#27 AND #31	3041	
#33	#20 OR #21 OR #22 OR #32	3860	
#34	(radiotherap*):ti,ab,kw	42761	
#35	MeSH descriptor: [Radiotherapy] explode all trees	10096	
#36	(radiation therap*):ti,ab,kw	25535	
#37	(radiation treatment*):ti,ab,kw	23653	
#38	(RT):ti,ab,kw	18669	
#39	#34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38		65803
#40	#33 AND #39	423	
#41	#19 AND #40	324	

### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de Estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	90
Artículos evaluados a texto completo	13
Estudios incluidos en la revisión	5

**Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:**

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 7:</b>		
Liu B, Grindrod N, Meyers BM, et al. Treatment modalities to manage hepatocellular carcinoma patients with portal vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. <i>Ann Palliat Med.</i> 2023;12(6):1165-1174. doi:10.21037/apm-23-463	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con trombosis tumoral de la vena porta.
Dumago MP, Agas RAF, Jainar CJE, Yap ET, Co LBA, Ortin TTS. Stereotactic Body Radiation Therapy With or Without Transarterial Chemoembolization Versus Transarterial Chemoembolization Alone in Early-Stage Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J Gastrointest Cancer.</i> 2023;54(4):1058-1070. doi:10.1007/s12029-023-00940-5	RS	El estudio incluyó a pacientes con HCC con estadio BCLC A.
Zhang XF, Lai L, Zhou H, et al. Stereotactic body radiotherapy plus transcatheter arterial chemoembolization for inoperable hepatocellular carcinoma patients with portal vein tumour thrombus: A meta-analysis. <i>PLoS One.</i> 2022;17(5):e0268779. Published 2022 May 20. doi:10.1371/journal.pone.0268779	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con trombosis tumoral de la vena porta.
Li MF, Leung HW, Chan AL, Wang SY. Network meta-analysis of treatment regimens for inoperable advanced hepatocellular carcinoma with portal vein invasion. <i>Ther Clin Risk Manag.</i> 2018;14:1157-1168. Published 2018 Jul 4. doi:10.2147/TCRM.S162898	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con invasión de la vena porta
Zhao J, Zhang H, Wei L, Xie S, Suo Z. Comparing the long-term efficacy of standard and combined minimally invasive procedures for unresectable HCC: a mixed treatment comparison. <i>Oncotarget.</i> 2017;8(9):15101-15113. doi:10.18632/oncotarget.13145	RS	El estudio evaluó la intervención en cuestión, pero utilizando otra técnica de radioterapia.
Zhao Q, Zhu K, Yue J, et al. Comparison of intra-arterial chemoembolization with and without radiotherapy for advanced hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombosis: a meta-analysis. <i>Ther Clin Risk Manag.</i> 2016;13:21-31. Published 2016 Dec 22. doi:10.2147/TCRM.S126181	RS	El estudio incluyó pacientes con HCC con trombosis tumoral de la vena porta.
Bai H, Gao P, Gao H, et al. Improvement of Survival Rate for Patients with Hepatocellular Carcinoma Using Transarterial Chemoembolization in Combination with Three-Dimensional Conformal Radiation Therapy: A Meta-Analysis. <i>Med Sci Monit.</i> 2016;22:1773-1781. Published 2016 May 26. doi:10.12659/msm.895548	RS	El estudio solo incluyó estudios observacionales en su meta-análisis.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Zou LQ, Zhang BL, Chang Q, et al. 3D conformal radiotherapy combined with transcatheter arterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma. <i>World J Gastroenterol.</i> 2014;20(45):17227-17234. doi:10.3748/wjg.v20.i45.17227	RS	El estudio incluyó estudios observacionales en su meta-análisis.

#### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 7:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lu L, Zeng J, Wen Z, Tang C, Xu N. Transcatheter arterial chemoembolisation followed by three-dimensional conformal radiotherapy versus transcatheter arterial chemoembolisation alone for primary hepatocellular carcinoma in adults. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2019;2(2):CD012244. Published 2019 Feb 16. doi:10.1002/14651858.CD012244.pub2</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Xie H, Yu H, Tian S, et al. What is the best combination treatment with transarterial chemoembolization of unresectable hepatocellular carcinoma? a systematic review and network meta-analysis. <i>Oncotarget.</i> 2017;8(59):100508-100523. Published 2017 Aug 10. doi:10.18632/oncotarget.20119</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Katsanos K, Kitrou P, Spiliopoulos S, Maroulis I, Petsas T, Karnabatidis D. Comparative effectiveness of different transarterial embolization therapies alone or in combination with local ablative or adjuvant systemic treatments for unresectable hepatocellular carcinoma: A network meta-analysis of randomized controlled trials. <i>PLoS One.</i> 2017;12(9):e0184597. Published 2017 Sep 21. doi:10.1371/journal.pone.0184597</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Huo YR, Eslick GD. Transcatheter Arterial Chemoembolization Plus Radiotherapy Compared With Chemoembolization Alone for Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA Oncol.</i> 2015;1(6):756-765. doi:10.1001/jamaoncol.2015.2189</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Meng MB, Cui YL, Lu Y, et al. Transcatheter arterial chemoembolization in combination with radiotherapy for unresectable hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. <i>Radiother Oncol.</i> 2009;92(2):184-194. doi:10.1016/j.radonc.2008.11.002</li> </ul>	RS

## Material suplementario 2. Tablas SoF y resumen de EtD

### Pregunta 1. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de carcinoma hepatocelular (CHC) estadios tempranos (BCLC 0-A), ¿se debería brindar resección quirúrgica o trasplante hepático?

#### Tabla *Summary of Findings* (SoF):

<b>Población:</b> En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A) <b>Intervención:</b> Resección quirúrgica (RQ) <b>Comparador:</b> Trasplante hepático (TH) <b>Autor:</b> Carolina Delgado Flores <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad global:</b> RS de Drefs 2024 (22).</li> <li>• <b>Mortalidad intra-hospitalaria:</b> RS de Schoenberg 2017 (23).</li> <li>• <b>Complicaciones:</b> RS de Schoenberg 2017 (23).</li> <li>• <b>Calidad de vida:</b> Ningún estudio reportó este desenlace.</li> <li>• <b>Tasa de recurrencia de enfermedad:</b> RS de Drefs 2024 (22).</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: RQ	Comparación: TH	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad global – después del 2005 (5 años)	CRÍTICO	8 EO (n=1228)	480/742 (84.8%)	358/486 (73.7%)	<b>OR: 2.00</b> (1.19 a 3.37)	<b>112 más por 1000</b> (de 32 más a 167 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos resección quirúrgica en lugar de trasplante hepático, <b>podríamos aumentar 112 casos de mortalidad global</b> (+32 a +167), aunque la evidencia es incierta.
Mortalidad intra-hospitalaria	CRÍTICO	5 EO (n=756)	15/483 (3.3%)	9/273 (3.3%)	<b>OR: 0.99</b> (0.29 a 3.43)	<b>0 menos por 1000</b> (de 23 menos a 72 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Al brindar resección quirúrgica en lugar de trasplante hepático, podría ser que <b>no modifiquemos la mortalidad intra-hospitalaria</b> , aunque la evidencia es incierta.

Complicaciones	CRÍTICO	2 EO (n=184)	10/133 (8.9%)	6/51 (11.8%)	<b>OR: 0.73</b> (0.07 a 7.18)	<b>29 menos por 1000</b> (de 108 menos a 371 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Al brindar resección quirúrgica en lugar de trasplante hepático, podría ser que <b>no modifiquemos las complicaciones</b> , aunque la evidencia es incierta.
Calidad de vida	IMPORTANTE	Ningún estudio reportó este desenlace.						
Tasa de recurrencia de enfermedad – después del 2005 (5 años)	SUBROGADO	8 EO (n=1228)	305/742 (91.8%)	337/486 (69.3%)	<b>OR: 4.94</b> (2.82 a 8.64)	<b>224 más por 1000</b> (de 171 más a 258 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos resección quirúrgica en lugar de trasplante hepático, <b>podríamos aumentar 224 casos de recurrencia de enfermedad</b> (+171 a +258), aunque la evidencia es incierta.
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>RS:</b> Revisión sistemática; <b>EO:</b> Estudios observacionales; <b>NR:</b> No reporta; <b>OR:</b> Razón de odds.  *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> <p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: no se especificaron si los efectos relativos fueron ajustados por potenciales confusores.  b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> entre 40 y 80%.  c. Se disminuyó dos niveles por imprecisión: debido a que el número de eventos fue &lt; 50.</p>								

## Resumen de los juicios de EtD:

BENEFICIO	JUICIOS						
	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

		JUICIOS						
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	

**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)?**

**Tabla Summary of Findings (SoF):**

<b>Población:</b> En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A) <b>Intervención:</b> Ablación por radiofrecuencia (RFA) <b>Comparador:</b> Trasplante hepático (TH) <b>Autor:</b> Carolina Delgado Flores <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sobrevida global:</b> EO de Ivanics 2022 (48), Zhuang 2021 (49), y Kutlu 2017 (50).</li> <li>• <b>Sobrevida específica de enfermedad:</b> EO de Kutlu 2017 (50).</li> <li>• <b>Complicaciones:</b> Ningún estudio reportó este desenlace</li> <li>• <b>Calidad de vida:</b> Ningún estudio reportó este desenlace.</li> <li>• <b>Sobrevida libre de enfermedad:</b> EO de Ivanics 2022 (48).</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: RFA	Comparación: 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, <b>podríamos empeorar la sobrevida global.</b>
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, <b>podríamos empeorar la sobrevida específica de enfermedad.</b>
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, <b>podríamos empeorar la sobrevida libre de enfermedad.</b>



**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.

### Resumen de los juicios de EtD:

	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	

### Pregunta 3. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A), ¿se debería brindar RFA o resección quirúrgica?

**Tabla Summary of Findings (SoF):**

<p><b>Población:</b> En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A)  <b>Intervención:</b> Ablación por radiofrecuencia (RFA)  <b>Comparador:</b> Resección quirúrgica (RQ)  <b>Autor:</b> Carolina Delgado Flores  <b>Bibliografía por desenlace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sobrevida global:</b> RS de Hu 2024 (52).</li> <li>• <b>Complicaciones mayores:</b> RS de Hu 2024 (52).</li> <li>• <b>Eventos adversos serios:</b> RS de Yu 2020 (55).</li> <li>• <b>Sobrevida libre de enfermedad:</b> RS de Hu 2024 (52).</li> <li>• <b>Tasa de recurrencia:</b> RS de Yu 2020 (55).</li> <li>• <b>Tasa de recurrencia intrahepática:</b> RS de Yu 2020 (55).</li> <li>• <b>Tasa de recurrencia extrahepática:</b> RS de Yu 2020 (55).</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: RFA	Comparación: RQ	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (rango de seguimiento: 3.87 a 7.75 años)	CRÍTICO	3 ECA (n=568)	-/284	-/284	<b>HR: 1.10</b> (0.85 a 1.43)	-	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Al brindar RFA en lugar de resección quirúrgica, probablemente <b>no modifiquemos la sobrevida global.</b>
Complicaciones mayores	CRÍTICO	2 ECA (n=338)	6/169 (3.5%)	18/169 (10.7%)	<b>RR: 0.33</b> (0.02 a 6.48)	<b>71 menos por 1000</b> (de 104 menos a 584 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>b,c,d</sup>	Al brindar RFA en lugar de resección quirúrgica, podría ser que <b>no modifiquemos las complicaciones mayores</b> , aunque la evidencia es incierta.
Eventos adversos serios	IMPORTANTE	2 ECA (n=350)	6/175 (3.5%)	41/175 (23.4%)	<b>RR: 0.15</b> (0.06 a 0.34)	<b>199 menos por 1000</b> (de 220 menos a 155 menos)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>b,c</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos RFA en lugar de resección quirúrgica, <b>podría ser que disminuyamos 199 casos de eventos adversos serios</b> (-220 a -155), aunque la evidencia es incierta.

Sobrevida libre de enfermedad (rango de seguimiento: 5 a 93 meses)	SUBROGADO	4 ECA (n=869)	-/434	-/435	<b>HR: 1.10</b> (0.86 a 1.40)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>e</sup>	Al brindar RFA en lugar de resección quirúrgica, probablemente <b>no modifiquemos la sobrevida libre de enfermedad.</b>
Tasa de recurrencia (5 años)	SUBROGADO	1 ECA (n=230)	73/115 (63.4%)	48/115 (41.7%)	<b>RR: 1.52</b> (1.18 a 1.97)	<b>217 más por 1000</b> (de 75 más a 405 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>f</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos RFA en lugar de resección quirúrgica, <b>probablemente incrementemos 217 casos de recurrencia</b> (+75 a +405).
Tasa de recurrencia intrahepática	SUBROGADO	2 ECA (n=350)	71/175 (40.6%)	49/175 (28.0%)	<b>RR: 1.45</b> (1.08 a 1.94)	<b>126 más por 1000</b> (de 22 más a 263 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>b,f</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos RFA en lugar de resección quirúrgica, <b>podría ser que incrementemos 126 casos de recurrencia intrahepática</b> (+22 a +263), aunque la evidencia es incierta.
Tasa de recurrencia extrahepática	SUBROGADO	2 ECA (n=350)	14/175 (8.0%)	15/175 (8.6%)	<b>RR: 0.93</b> (0.47 a 1.86)	<b>6 menos por 1000</b> (de 45 menos a 74 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>b,c</sup>	Al brindar RFA en lugar de resección quirúrgica, <b>podría ser que no modifiquemos la tasa de recurrencia extrahepática</b> , aunque la evidencia es incierta.
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>RS:</b> Revisión sistemática; <b>ECA:</b> Ensayo clínico aleatorizado; <b>HR:</b> Hazard ratio; <b>RR:</b> Riesgo relativo; <b>NE:</b> No estimable.</p> <p>*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> <p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: 50 a 70% del peso del MA está compuesto por estudios de bajo riesgo de sesgo.</p> <p>b. Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: &lt; 50% del peso del MA está compuesto por estudios de bajo riesgo de sesgo.</p> <p>c. Se disminuyó dos niveles por imprecisión: debido a que el número de eventos total fue &lt;50.</p> <p>d. Se disminuyó dos niveles por inconsistencia: <math>I^2 &gt; 80\%</math>.</p> <p>e. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: <math>I^2</math> de 40 a 80%.</p> <p>f. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que el número de eventos total oscila entre 50 a &lt;300.</p>								

## Resumen de los juicios de EtD:

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	

**Pregunta 4. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A) no resecales, ¿se debería brindar quimioembolización transarterial (TACE) o RFA?**

**Tabla Summary of Findings (SoF):**

<b>Población:</b> En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A) <b>Intervención:</b> quimioembolización transarterial (TACE) <b>Comparador:</b> Ablación por radiofrecuencia (RFA) <b>Autor:</b> Daniel Fernández Guzmán <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad:</b> EO de Chu 2019 (81), Hsu 2011 (77), Ishikawa 2018 (64), Liu 2014 (78), Yun 2020 (84), Yang HJ 2014 (80), Oh JH 2020 (83).</li> <li>• <b>Recurrencia global:</b> EO de Hsu 2011 (77), Yun 2020 (84), Ishikawa 2018 (64), Martin AN 2019 (82).</li> <li>• <b>Recurrence local:</b> EO de Ishikawa 2018 (64), Murakami 2007 (74), Yang W 2009.</li> <li>• <b>Sobrevida libre de recurrencia:</b> EO de Chu 2019 (81), Ishikawa 2018 (64), Martin AN 2019 (82), Oh JH 2020 (83), Yun 2020 (84).</li> <li>• <b>Complicaciones mayores:</b> EO de Chok 2006 (75), Chu 2019 (81), Kim 2014 (79), Murakami 2007 (74), Oh JH 2020 (83), Yang HJ 2014 (80), Yang W 2009 (85).</li> <li>• <b>Calidad de vida:</b> Ningún estudio reportó este desenlace.</li> </ul>									
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: TACE	Comparación: RFA	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*	
Mortalidad	CRÍTICO	1 año	6 EO	83/519 (16.0)	55/596 (9.2%)	RR: 1.39 (0.69 a 2.79)	36 más por 1000 (de 29 menos a 165 más)	⊕○○○ ○ Muy <sub>a,b</sub> baja	Al brindar TACE en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos la mortalidad</b> al año de seguimiento, aunque la evidencia es incierta.
		3 años	6 EO	187/519 (36.0%)	136/596 (22.8%)	RR: 1.49 (0.86 a 2.57)	112 más por 1000 (de 32 menos a 358 más)	⊕○○○ ○ Muy <sub>b,c</sub> baja	Al brindar TACE en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos la mortalidad</b> a los 3 años, aunque la evidencia es incierta.
		5 años	7 EO	433/833 (52.0%)	338/711 (47.5%)	RR: 1.12 (0.86 a 2.57)	57 más por 1000 (de 67 menos a 746 más)	⊕○○○ ○ Muy <sub>b,c</sub> baja	Al brindar TACE en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos la mortalidad</b> a los 5 años, aunque la evidencia es incierta.
Complicaciones mayores	CRÍTICO	7 EO	22/752 (2.9%)	32/572 (5.6%)	RR: 0.52 (0.17 a 1.56)	27 menos por 1000 (de 46 menos a 31 más)	⊕○○○ ○ Muy <sub>a,b</sub> baja	Al brindar TACE en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos el número de personas con complicaciones</b> , aunque la evidencia es incierta.	
Calidad de vida	IMPORTANTE	Ningún estudio reportó este desenlace.							
Recurrencia global	SUBROGADO	2 EO	139/223 (62.3%)	104/223 (46.6%)	RR: 1.44 (0.81 a 2.58)	205 más por 1000 (de 89 menos a 737 más)	⊕○○○ ○ Muy <sub>c</sub> baja	Al brindar TACE en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos la recurrencia general</b> al año de seguimiento, aunque la evidencia es incierta.	

	3 años		2 EO	186/223 (83.4%)	159/223 (71.3%)	<b>RR: 1.19</b> (0.82 a 1.70)	<b>135 más por 1000</b> (de 128 menos a 499 más)	⊕○○ ○ Muy baja <sup>c</sup>	Al brindar TACE en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos la recurrencia general</b> a los 3 años, aunque la evidencia es incierta.
	5 años		2 EO	198/223 (88.8%)	178/223 (79.8%)	<b>RR: 1.10</b> (0.90 a 1.35)	<b>80 más por 1000</b> (de 80 menos a 279 más)	⊕○○ ○ Muy baja <sup>b,c</sup>	Al brindar TACE en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos la recurrencia general</b> a los 5 años, aunque la evidencia es incierta.
Recurrencia local	1 año	SUBROGADO	2 EO	57/165 (34.5%)	35/201 (17.4%)	<b>RR: 1.23</b> (0.81 a 6.11)	<b>40 más por 1000</b> (de 33 menos a 890 más)	⊕○○ ○ Muy baja <sup>b,c</sup>	Al brindar TACE en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos la recurrencia local</b> al año de seguimiento, aunque la evidencia es incierta.
	5 años	SUBROGADO	2 EO	42/67 (62.7%)	52/133 (39.1%)	<b>RR: 1.62</b> (1.18 a 2.21)	<b>242 más por 1000</b> (de 70 más a 473 más)	⊕⊕○ ○ Baja	Por cada 1000 personas a las que brindemos TACE en lugar de RFA, <b>podría incrementar la recurrencia local a 242 personas</b> (+70 a +473), a 5 años de seguimiento
Supervivencia libre de recurrencia a 5 años		SUBROGADO	4 EO	82/499 (16.4%)	74/364 (20.3%)	<b>RR: 0.86</b> (0.44 a 1.67)	<b>28 menos por 1000</b> (de 114 menos a 136 más)	⊕○○ ○ Muy baja <sup>a,b</sup>	Al brindar TACE en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos la supervivencia libre de recurrencia</b> a los 5 años, aunque la evidencia es incierta.

**IC95%:** Intervalo de confianza al 95%; **RR:** Razón de riesgo.

\*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 de certeza debido a que existe evidencia estadística de inconsistencia (I2 entre 40% a 80%).
- Se disminuyó un nivel de certeza debido a imprecisión (IC 95% incluye el valor de no efecto o el número de eventos fue menor de 300).
- Se disminuyó dos niveles de certeza debido a que existe evidencia estadística de gran inconsistencia (I2 > 80%).

## Resumen de los juicios de EtD:

	JUICIOS							
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande		Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial		Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta		Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí			
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</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

JUICIOS							
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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	

**Pregunta 5. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A), ¿se debería brindar inyección percutánea con etanol (IPE) o RFA?**

**Tabla Summary of Findings (SoF):**

<b>Población:</b> En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadios tempranos (BCLC 0-A) <b>Intervención:</b> Inyección percutánea con etanol (IPE) <b>Comparador:</b> Ablación por radiofrecuencia (RFA) <b>Autor:</b> Carolina Delgado Flores <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sobrevida global:</b> RS de Majumdar 2017 (88).</li> <li>• <b>Mortalidad por cáncer:</b> RS de Majumdar 2017 (88).</li> <li>• <b>Eventos adversos serios:</b> RS de Majumdar 2017 (88).</li> <li>• <b>Estancia hospitalaria:</b> RS de Majumdar 2017 (88).</li> <li>• <b>Recurrencia – local o distal:</b> RS de Majumdar 2017 (88).</li> <li>• <b>Recurrencia en hígado:</b> RS de Majumdar 2017 (88).</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: IPE	Comparación: RFA	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Sobrevida global (rango medio de seguimiento: 22 a 37 meses)	CRÍTICO	5 ECA (n=882)	NR/438	NR/444	<b>HR: 1.49</b> (1.18 a 1.88)	-	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos PEI en lugar de RFA, podría ser que <b>empeoremos la sobrevida global</b> , aunque la evidencia es incierta.
Mortalidad por cáncer (rango medio de seguimiento: 22 a 37 meses)	CRÍTICO	3 ECA (n=458)	38/226 (17.1%)	20/232 (8.6%)	<b>OR: 2.18</b> (1.22 a 3.89)	<b>8 más por 100</b> (de +2 a +18)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos PEI en lugar de RFA, podría ser que <b> aumentemos 8 casos de muerte por cáncer</b> (+2 a +18), aunque la evidencia es incierta.
Eventos adversos serios (tiempo de seguimiento: NR)	IMPORTANTE	3 ECA (n=365)	3/181 (1.8%)	5/184 (2.7%)	<b>OR: 0.67</b> (0.19 a 2.40)	<b>1 menos por 100</b> (-2 a +4)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,d</sup>	Al brindar PEI en lugar de RFA, podría ser que <b>no modifiquemos los eventos adversos serios</b> , aunque la evidencia es incierta.
Estancia hospitalaria	IMPORTANTE	1 ECA (n=232)	26.1 (9.9)~	10.8 (5.5)~	<b>DM: +15 días</b> (+13 a +17)	-	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos PEI en lugar de RFA, podría ser que <b> aumentemos 15 días la estancia hospitalaria</b> (+13 a +17), aunque la evidencia es incierta.
Recurrencia - local o distal (rango medio de seguimiento: 25 a 37 meses)	SUBROGADO	2 ECA (n=371)	125/183 (69.0%)	110/188 (58.5%)	<b>OR: 1.58</b> (1.02 a 2.45)	<b>10 más por 100</b> (+0.5 a +19)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos PEI en lugar de RFA, podría ser que <b> aumentemos 10 casos de recurrencia local o distal</b> (+0.5 a +19), aunque la evidencia es incierta.



Recurrencia en hígado (rango medio de seguimiento: 35 a 37 meses)	SUBROGADO	1 ECA (n=232)	86/114 (75.5%)	76/118 (64.4%)	<b>OR: 1.70</b> (0.96 a 3.00)	<b>11 más por 1000</b> (-1 a +20)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Al brindar PEI en lugar de RFA, podría ser que no modifiquemos la recurrencia en hígado, aunque la evidencia es incierta.
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>RS:</b> Revisión sistemática; <b>ECA:</b> Ensayo clínico aleatorizado; <b>HR:</b> Hazard ratio; <b>OR:</b> Odds ratio; <b>DM:</b> Diferencia de medias, <b>NR:</b> No reporta.</p> <p>*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> <p>~Media (desviación estándar).</p> <p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: &lt; 50% del peso del MA está compuesto por estudios de bajo riesgo de sesgo.</li> <li>Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40 a 80%.</li> <li>Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que el número de eventos total oscila entre 50 a &lt;300.</li> <li>Se disminuyó dos niveles por imprecisión: debido a que el número de eventos total es &lt;50.</li> </ol>								

## Resumen de los juicios de EtD:

	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	

## 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?

### Tabla *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.
<b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>RS:</b> Revisión sistemática; <b>ECA:</b> Ensayo clínico aleatorizado; <b>aHR:</b> Hazard ratio ajustado; <b>cRR:</b> 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.  <b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: limitaciones en los estudios.</li> <li>Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40 a 80%.</li> <li>Se disminuyó dos niveles por imprecisión: debido a que el número de eventos total es &lt;50.</li> </ol>								

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

<b>Población:</b> En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B) <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 Bogdanovic 2023 (97).</li> <li>• <b>Mortalidad a los 30 días:</b> RS de Wang 2022 (98).</li> <li>• <b>Complicaciones postoperatorias:</b> RS de Wang 2022 (98).</li> <li>• <b>Tasa de supervivencia:</b> RS de Wang 2022 (98).</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: NE)	CRÍTICO	5 EO** (n=2105)	13.7%	27.9%♣	<b>aHR: 0.45</b> (0.34 a 0.59)	<b>14 menos por 100</b> (-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%)	<b>aOR: 1.68</b> (0.22 a 12.85)	<b>0.4 más por 100</b> (-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%)	<b>aOR: 0.79</b> (0.36 a 1.72)	<b>4 menos por 100</b> (-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%)	<b>aOR: 0.34</b> (0.21 a 0.56)	<b>26 menos por 100</b> (-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.  
 ♣ 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.

## Resumen de los juicios de EtD:

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

JUICIOS							
BENEFICIO	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑO	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce

JUICIOS							
<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

JUICIOS							
<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	

**Pregunta 7. En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B) no elegible para resección o tratamiento ablativo, ¿se debería brindar TACE más radioterapia (RT) o TACE sola?**

**Tabla Summary of Findings (SoF):**

<b>Población:</b> En adultos de 18 años a más con diagnóstico de CHC estadio intermedio (BCLC B) no elegible para resección o tratamiento ablativo <b>Intervención:</b> Quimioembolización transarterial (TACE) + radioterapia (3-DCRT) <b>Comparador:</b> Quimioembolización transarterial (TACE) sola <b>Autor:</b> Carolina Delgado Flores <b>Bibliografía por desenlace:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad por todas las causas:</b> RS de Lu 2019 (106).</li> <li>• <b>Calidad de vida:</b> RS de Lu 2019 (106).</li> <li>• <b>Leucopenia:</b> RS de Lu 2019 (106).</li> <li>• <b>Elevación de bilirrubina total:</b> RS de Lu 2019 (106).</li> <li>• <b>AFP sérica sin disminución o normalización:</b> RS de Lu 2019 (106).</li> <li>• <b>Respuesta tumoral (CR+PR):</b> RS de Lu 2019 (106).</li> <li>• <b>Elevación de transaminasas séricas:</b> RS de Lu 2019 (106).</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: TACE + 3-DCRT	Comparación: TACE	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por todas las causas (rango de seguimiento: 3 años)	CRÍTICO	7 ECA (n=552)	191/279 (68.3%)	233/273 (85.3%)	<b>RR: 0.80</b> (0.73 a 0.88)	<b>17 menos por 100</b> (-23 a -10)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos TACE + 3-DCRT en lugar de TACE, podría ser que <b>disminuyamos 17 casos de mortalidad por todas las causas</b> (-23 a -10), aunque la evidencia es incierta.
Calidad de vida	CRÍTICO	1 ECA (n=66)	La calidad de vida relacionada con la salud fue significativamente mejor en el TACE + 3-DCRT que en el grupo TACE solo ( <b>p = 0.034</b> ).				⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Al brindar TACE + 3-DCRT en lugar de TACE, podría ser que <b>mejoremos la calidad de vida</b> , aunque la evidencia es incierta.
Leucopenia (rango de seguimiento: 13.2 meses)	IMPORTANTE	5 ECA (n=438)	126/221 (53.2%)	103/217 (47.5%)	<b>RR: 1.12</b> (0.92 a 1.34)	<b>6 más por 100</b> (-4 a +16)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Al brindar TACE + 3-DCRT en lugar de TACE, podría ser <b>no modifiquemos la leucopenia</b> , aunque la evidencia es incierta.
Elevación de bilirrubina total (rango de seguimiento: 6 meses)	IMPORTANTE	2 ECA (n=172)	26/89 (29.2%)	9/83 (10.8%)	<b>RR: 2.69</b> (1.34 a 5.40)	<b>18 más por 100</b> (+4 a +48)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos TACE + 3-DCRT en lugar de TACE, podría ser que <b>aumentemos 18 casos de elevación de bilirrubina total</b> (+4 a +48), aunque la evidencia es incierta.
AFP sérica sin disminución o normalización	IMPORTANTE	1 ECA (n=96)	La tasa de participantes con AFP sérica sin disminución o normalización fue significativamente menor en el TACE + 3-DCRT que en el grupo TACE solo ( <b>p = 0.007</b> ).				⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Al brindar TACE + 3-DCRT en lugar de TACE, podría ser <b>menor la tasa de AFP sérica sin disminución o normalización</b> , aunque la evidencia es incierta.

Proporción sin respuesta tumoral (CR+PR) de seguimiento: 18 meses)	SUBROGADO	8 ECA (n=632)	77/319 (24.3%)	155/313 (49.5%)	<b>RR: 0.49</b> (0.39 a 0.61)	<b>25 menos por 100</b> (-30 a -19)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Por cada 100 personas a las que brindemos TACE + 3-DCRT en lugar de TACE, podría ser que <b>disminuyamos 25 casos sin respuesta tumoral</b> (-30 a -19), aunque la evidencia es incierta.
Elevación de transaminasas séricas (rango de seguimiento: 7.5 meses)	SUBROGADO	4 ECA (n=280)	63/143 (54.9%)	45/137 (32.8%)	<b>RR: 1.67</b> (0.66 a 4.27)	<b>22 más por 100</b> (-11 a +100)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Al brindar TACE + 3-DCRT en lugar de TACE, podría ser que <b>no modifiquemos la elevación de transaminasas séricas</b> , aunque la evidencia es incierta.

**IC:** Intervalo de confianza; **RS:** Revisión sistemática; **ECA:** Ensayo clínico aleatorizado; **HR:** Hazard ratio; **OR:** Odds ratio; **RR:** Riesgo relativo, **NE:** No específica, **AFP:** alfa fetoproteína.

\*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 dos niveles por riesgo de sesgo: riesgo de sesgo poco claro en la generación de la secuencia aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento de los participantes y personal, cegamiento de la evaluación del desenlace; y riesgo de sesgo alto en el reporte selectivo.
- Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: la población corresponde a pacientes con CHC en estadio intermedio y avanzado.
- Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que el número de eventos/pacientes total es <300.

## Resumen de los juicios de EtD:

	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

JUICIOS						
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación <b>fuerte a favor</b> del control	Recomendación <b>condicional a favor</b> del control	Recomendación <b>condicional a favor</b> de la intervención o del control	Recomendación <b>condicional a favor</b> de la intervención	Recomendación <b>fuerte a favor</b> de la intervención	No emitir recomendación