



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Pruebas cardíacas de arteriopatía coronaria para los receptores potenciales de un trasplante renal (Revisión)

Wang LW, Fahim MA, Hayen A, Mitchell RL, Baines L, Lord S, Craig JC, Webster AC

Wang LW, Fahim MA, Hayen A, Mitchell RL, Baines L, Lord S, Craig JC, Webster AC.
Cardiac testing for coronary artery disease in potential kidney transplant recipients
(Pruebas cardíacas de arteriopatía coronaria para los receptores potenciales de un trasplante renal).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD008691.
DOI: [10.1002/14651858.CD008691.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008691.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de la exactitud de pruebas diagnósticas]

Pruebas cardíacas de arteriopatía coronaria para los receptores potenciales de un trasplante renal

Louis W Wang^{1,2}, Magid A Fahim³, Andrew Hayen⁴, Ruth L Mitchell⁵, Laura Baines⁶, Stephen Lord⁷, Jonathan C Craig^{2,5}, Angela C Webster^{2,5,8}

¹Department of Cardiology, St Vincent's Hospital, Darlinghurst, Australia. ²Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia. ³Department of Nephrology, Princess Alexandra Hospital, Brisbane, Australia. ⁴Screening and Test Evaluation Program (STEP), Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia. ⁵Cochrane Renal Group, Centre for Kidney Research, The Children's Hospital at Westmead, Westmead, Australia. ⁶Renal Services, Newcastle upon Tyne Hospitals NHS, Newcastle upon Tyne, UK. ⁷Cardiology Services, Newcastle upon Tyne Hospitals NHS, Newcastle upon Tyne, UK. ⁸Centre for Transplant and Renal Research, Westmead Millennium Institute, University of Sydney at Westmead, Westmead, Australia

Dirección de contacto: Louis W Wang, Department of Cardiology, St Vincent's Hospital, Darlinghurst, NSW, 2010, Australia.
louis.w.wang@gmail.com.

Grupo Editorial: Grupo de Riñón y Trasplante.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 12, 2011.

Referencia: Wang LW, Fahim MA, Hayen A, Mitchell RL, Baines L, Lord S, Craig JC, Webster AC. Cardiac testing for coronary artery disease in potential kidney transplant recipients (Pruebas cardíacas de arteriopatía coronaria para los receptores potenciales de un trasplante renal). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD008691. DOI: [10.1002/14651858.CD008691.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008691.pub2).

Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Los pacientes con nefropatía crónica tienen un alto riesgo de presentar arteriopatía coronaria y de eventos cardíacos adversos. Por lo tanto, las pruebas de detección de arteriopatía coronaria constituyen una parte importante de la evaluación preoperatoria para los candidatos a un trasplante renal. Existe un interés significativo en el papel de los estudios cardíacos no invasivos y su capacidad para identificar a los pacientes con alto riesgo de arteriopatía coronaria.

Objetivos

Se investigó la precisión de las pruebas de detección cardíacas no invasivas en comparación con la angiografía coronaria para detectar la arteriopatía coronaria en los pacientes que son receptores potenciales de un trasplante renal.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en MEDLINE y EMBASE (inicio a noviembre de 2010) para identificar los estudios que evaluaron la precisión de diagnóstico de las pruebas de detección no invasivas, con angiografía coronaria como el estándar de referencia. También se realizó un rastreo de citas a través de la Web of Science y se realizaron búsquedas manuales en las listas de referencias de estudios primarios identificados y los artículos de revisión.

Criterios de selección

En esta revisión, se incluyeron todos los estudios aleatorizados de cohortes, transversales y de diagnóstico sobre la precisión de las pruebas que compararon los resultados de cualquier prueba cardíaca con angiografía coronaria (el estándar de referencia), en relación con los pacientes considerados como potenciales candidatos a un trasplante renal o a un trasplante de riñón y páncreas en el momento en que se realizaron las pruebas de diagnóstico.

Obtención y análisis de los datos

Se usó una estrategia de modelo jerárquico para producir curvas de resumen de rendimiento diagnóstico, y se agruparon las estimaciones de sensibilidad y especificidad. Se realizaron análisis de sensibilidad para determinar la precisión de las pruebas si solo se incluyeron los estudios que tenían verificación total o que aplicaron un umbral de estenosis de 70% en la angiografía coronaria para el diagnóstico de arteriopatía coronaria significativa.

Resultados principales

Las siguientes investigaciones de detección incluidas en el metanálisis fueron: ecocardiografía de estrés con dobutamina (EED) (13 estudios), escintigrafía de perfusión miocárdica (EPM) (nueve estudios), ecocardiografía (tres estudios), electrocardiograma de estrés con ejercicio (dos estudios), electrocardiograma en reposo (tres estudios), un estudio de tomografía computarizada por haz de electrones (TCHE), un estudio de ventriculografía de ejercicio, grosor de las capas íntima y media de la carótida (GCIMC) y fluorografía de sustracción digital (FSD). Hubo estudios suficientes para permitir un análisis jerárquico de la curva de resumen de rendimiento diagnóstico (HSROC) de los receptores para la EED y la EPM. Al incluir todos los estudios disponibles, tanto la EED como la EPM tuvieron sensibilidad y especificidad moderada para detectar estenosis de la arteria coronaria en los pacientes que son candidatos al trasplante renal (EED [13 estudios] - sensibilidad agrupada 0,79 [IC del 95%: 0,67 a 0,88], especificidad agrupada 0,89 [IC del 95%: 0,81 a 0,94]; EPM [nueve estudios] - sensibilidad agrupada 0,74 [IC del 95%: 0,54 a 0,87], especificidad agrupada 0,70 [IC del 95%: 0,51 a 0,84]). Al incluir solo los estudios que definieron la estenosis de la arteria coronaria con un umbral de referencia $\geq 70\%$ de estenosis en la angiografía coronaria, hubo un pequeño cambio en estas estimaciones agrupadas (EED [nueve estudios] - sensibilidad compartida 0,76 [IC del 95%: 0,60 a 0,87], especificidad 0,88 [IC del 95%: 0,78 a 0,94]; EPM [siete estudios] - sensibilidad agrupada 0,67 [IC del 95%: 0,48 a 0,82], especificidad agrupada 0,77 [IC del 95%: 0,61 a 0,88]). Hubo evidencia de que la EED mejoró la precisión en comparación con la EPM ($P = 0,02$) cuando se incluyeron todos los estudios en el análisis, pero este resultado no fue significativo cuando se excluyeron los estudios que no evitaron la verificación parcial o usaron un umbral del estándar de referencia de $\geq 70\%$ de estenosis ($P = 0,09$).

Conclusiones de los autores

La EED puede ser más eficaz que la EPM, pero se necesitan estudios adicionales que comparen directamente estas pruebas cardíacas de detección. La ausencia de arteriopatía coronaria grave no necesariamente puede relacionarse con la supervivencia libre de eventos cardíacos después de un trasplante. Los estudios de investigación adicionales deben centrarse en evaluar la capacidad de las pruebas funcionales para predecir el resultado postoperatorio.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

[Título del resumen]

[Resumen]