



Revista Española de Cardiología



9. VALIDACIÓN EXTERNA DE SCORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE GRAVE

Consuelo Fernández-Avilés Irache, Martín Ruiz Ortiz, Ana Fernández Ruiz, Gloria María Heredia Campos, Adriana Resúa Collazo, Mónica Delgado Ortega, Dolores Mesa Rubio, Ana Rodríguez Almodóvar, Fátima Esteban Martínez, Luis Carlos Maestre Luque, Andrea Nistor, Alberto Torres Zamudio, Javier Herrera Flores, Manuel Díaz Andrade y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: En 2022 se han propuesto 3 *scores* para evaluar el pronóstico de paciente con insuficiencia tricúspide (IT): el TRI-SCORE y los propuestos por Hochstadt y Wang. Nuestro objetivo fue llevar a cabo una validación externa de dichos *scores* para predecir la mortalidad y el evento combinado de mortalidad e ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) durante el seguimiento en una cohorte de pacientes con IT grave y comparar su capacidad discriminativa para dichos eventos.

Métodos: Para ello, se incluyó retrospectivamente en la cohorte de validación a todos los pacientes > 18 años con IT grave estudiados con ecocardiografía en un hospital de tercer nivel de nuestro medio del 1.01.2008 al 31.12.2017, con seguimiento hasta el 01.01.2022. Los *scores* se calcularon para cada paciente con las variables (tabla) de la visita basal y su capacidad discriminativa se determinó a través de curvas de características operativas del receptor (ROC).

Resultados: Se incluyeron 661 pacientes (69 ± 13 años, 72% mujeres) con IT grave con un seguimiento de hasta 14 años (mediana de 5 años, p25-75 2-7 años), se registraron 384 muertes y 268 pacientes presentaron 636 ingresos por IC. La capacidad discriminativa para predecir la mortalidad (AUC 0,72, IC95% 0,68-0,76, p 0,0005 para el TRI-SCORE; 0,75, IC95% 0,71-0,78, p 0,0005 para el *score* de Hochstadt y 0,72, IC95% 0,68-0,76, p 0,0005 para el *score* de Wang; figura 1A) o el evento combinado (AUC 0,74, IC95% 0,70-0,78, p 0,0005; 0,74, IC95% 0,70-0,78, p 0,0005 y 0,73, IC95% 0,69-0,77, p 0,0005, respectivamente; figura 1B) durante el seguimiento fue estadísticamente significativa para todos ellos. La comparación pareada entre ellos para la predicción del evento combinado no fue significativamente distinta. Sin embargo, el *score* de Hochstadt fue superior a los otros dos para la predicción de mortalidad en el seguimiento (p 0,005).

Variables incluidas en los *scores* pronósticos

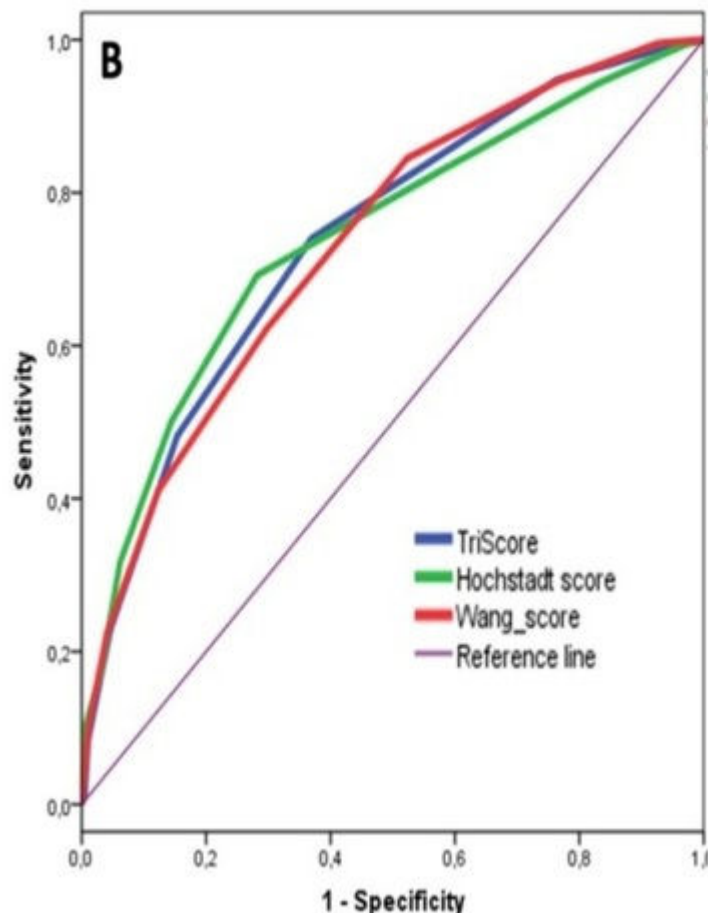
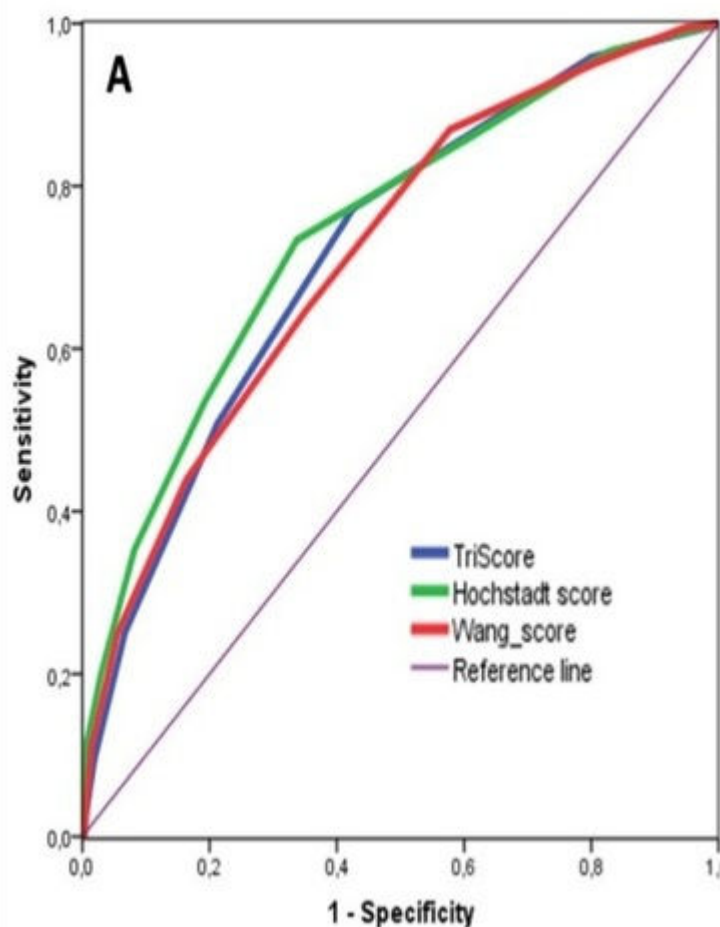
Score	Variables
-------	-----------

TriScore Edad ≥ 70 años (+1), CF NYHA III-IV (+1), signos IC derecha (+1), furosemida ≥ 125 mg/d (+1), TFG 30 ml/min (+1), bilirrubina alta (+1), FEVI 60% (+1), y disfunción VD mod/grave (TAPSE o S'TDI 9,5 cm/s o disfunción VD visual (+1).

Hochstadt Edad 65-79 años (+1), 80-84 años (+2), ≥ 85 años (+3), IMC menor o igual a 25 (+1), enfermedad hepática (+2), enfermedad pulmonar crónica (+2), TFG 31-50 (+1), 21-30 (+3), ≥ 20 (+5), Hb 8,1-12,5 g/dl (+1), Hb menor o igual a 8 g/dl (+2), FEVI ≥ 5 ≥ 15 mmHg (+2), VSI ≥ 30 (+1), DTDVI ≥ 45 mm (+1), disfunción VD (+1).

Wang Edad 65-74 años (+1), ≥ 75 años (+2), IAM (+1), EAP (+1), enfermedad pulmonar crónica (+1), Cr $> 1,4$ (+1), diuréticos de asa (+1), Hb 10 mg/dl (+1), plaquetas 1,5 (+1), albúmina 50 mmHg (+1).

CF: clase funcional; IC: insuficiencia cardiaca; TFG: tasa de filtrado glomerular; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho; TAPSE: *tricuspid annulus plane systolic excursion*; TDI: *tissue doppler imaging*; Hb: hemoglobina; IMC: índice de masa corporal; PAD: presión aurícula derecha; VSI: volumen sistólico indexado; DTDVI: diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; EAP: enfermedad arterial periférica; Cr: creatinina; PSVD: presión sistólica de ventrículo derecho.



Curvas ROC de capacidad discriminativa de los scores para mortalidad (1A) y el evento combinado de mortalidad e ingreso por IC (1B).

Conclusiones: En esta validación independiente en pacientes con IT grave, todos los scores analizados mostraron una capacidad discriminativa significativa y similar para la predicción del evento combinado de mortalidad o ingreso por IC. No obstante, el *score* de Hochstadt obtuvo mejor capacidad predictiva de mortalidad durante el seguimiento.