



4017-2. VALIDACIÓN EXTERNA DEL TRI-SCORE PARA PREDECIR LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA TRAS LA CIRUGÍA TRICUSPÍDEA AISLADA

María Anguita Gámez¹, María Alejandra Giraldo Molano², Manuel Carnero Alcázar², Gregorio Pablo Cuerpo Caballero³, Álvaro Pedraz Prieto³, Andrea Eixerés Esteve⁴, María Jesús López Gude⁴, José López Menéndez⁵, Berenice Torres⁶, Luis Maroto Castellanos² y Luis Nombela Franco¹

¹Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ³Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁴Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁵Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Madrid y ⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia valvular tricuspídea (IT) tiene una prevalencia importante, similar a la de la estenosis aórtica o insuficiencia mitral en población mayor de 75 años. Sin embargo, la cirugía aislada de la válvula tricúspide se realiza con menor frecuencia debido, en parte, a la elevada mortalidad reportada, pudiendo llegar a ser mayor del 10%. Recientemente se ha descrito el TRI-SCORE, una nueva escala de riesgo para predecir la mortalidad intrahospitalaria después de la cirugía aislada de la IT, que se ha mostrado superior a los clásicos EuroSCORE (ES) logístico y EuroSCORE (ES) II. El objetivo de nuestro estudio es llevar a cabo una validación externa del TRI-SCORE en una población sometida a intervención aislada de la válvula tricúspide.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes adultos sometidos a intervención quirúrgica aislada de IT entre 2005 y 2022 en cuatro centros terciarios españoles. En todos ellos se calculó el TRI-SCORE, el ES logístico y el ES II, evaluando la discriminación y la calibración de las tres escalas, mediante el análisis de las curvas ROC y la intersección de la mortalidad predicha y observada con los tres métodos.

Resultados: Se incluyeron 252 casos. La distribución de las características basales del TRIScore en nuestra población se resumen en la tabla. Las puntuaciones del ES logístico, ES II y TRI-SCORE fueron del $8,6 \pm 7,3\%$, $4,7 \pm 5,3\%$ y $3,9 \pm 2,4$ respectivamente. La mortalidad intrahospitalaria observada fue del 10,3%. La mortalidad estimada de acuerdo con la puntuación del TRI-SCORE fue del 10,9%, muy similar a la mortalidad real observada en nuestros pacientes. El rendimiento de la discriminación para el TRI-SCORE fue bueno, con un área bajo la curva de 0,86 (0,81-0,92), significativamente superior al mostrado por el ES logístico y el ES II, 0,65 (0,54-0,75) y 0,68 (0,58-0,79) respectivamente ($p < 0,001$) (fig.). La calibración del TRI-SCORE fue adecuada, demostrando una muy buena concordancia entre la mortalidad observada y la predicha, y superior a la del ES logístico y ES II.

Variables del TRI-SCORE observadas en nuestra muestra

Características

Frecuencia observada

Edad ? 70 años	81 (32,27%)
NYHA III-IV	122 (48,61%)
Insuficiencia cardiaca derecha	96 (36,70%)
Dosis de furosemida ? 125 mg/día	49 (19,44%)
Filtrado glomerular 30 ml/min	7 (2,79%)
Elevación de bilirrubina total	57 (22,71%)
FEVI 60%	56 (22,31%)
Disfunción ventrículo derecho moderada-grave	63 (25,10%)

NYHA: New York Heart Association, FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.



AUC de los scores de riesgo quirúrgico.

Conclusiones: Esta validación externa demuestra que el TRI-SCORE muestra una excelente discriminación y calibración para predecir la mortalidad hospitalaria entre los pacientes sometidos a cirugía aislada de válvula tricúspide, significativamente superiores a las mostradas por el ES logístico y ES II, que infraestimaron la mortalidad real.