



5. VALIDACIÓN EXTERNA DEL TRI-SCORE PARA PREDECIR LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA TRAS LA CIRUGÍA TRICÚSPIDE AISLADA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS SEGÚN EL TIPO DE INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE?

María Anguita Gámez¹, María Alejandra Giraldo Molano², Manuel Carnero², Andrea Eixerés Esteve³, Gregorio Pablo Cuerpo Caballero⁴, José López Menéndez⁵, Juan Carlos Gómez Polo¹, Gabriela Tirado-Conte¹, Berenice Torres⁵, Álvaro Pedraz Prieto⁴, María Jesús López Gude³, Pilar Jiménez Quevedo¹, Isidre Vila Costa¹, Luis Maroto Castellanos² y Luis Nombela Franco¹

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

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia valvular tricuspídea (IT) tiene una prevalencia importante, siendo más frecuente la IT funcional que la orgánica. La cirugía aislada de la válvula tricúspide se realiza con escasa frecuencia debido, en parte, a la elevada mortalidad reportada. Recientemente se ha descrito el TRI-SCORE, una nueva escala de riesgo para predecir la mortalidad intrahospitalaria después de la cirugía aislada de la válvula tricúspide, 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, y analizar las diferencias según el mecanismo de insuficiencia tricúspide.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes adultos sometidos a intervención quirúrgica aislada de IT entre 2005 y 2022 en 4 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 3 escalas, mediante el análisis de las curvas ROC y la intersección de la mortalidad predicha y observada con los tres métodos, comparando los grupos de IT funcional y orgánica.

Resultados: Se incluyeron 252 casos, de los cuales el mecanismo de la IT fue funcional en 160 pacientes (64%) y orgánico en 89 pacientes (35%). No se encontraron diferencias en las puntuaciones de riesgo quirúrgico ni en los resultados entre las dos etiologías de la IT (tabla). El rendimiento de la discriminación para el TRI-SCORE fue bueno, con un área bajo la curva de 0,81 (0,73-0,86) para el grupo de etiología funcional y 0,96 (0,91-1,00) para la etiología orgánica, significativamente superior al mostrado por el ES logístico y el ES II (figura). La calibración del TRI-SCORE para ambas etiologías fue adecuada, demostrando una muy buena concordancia entre la mortalidad observada y la predicha, y superior a la del ES logístico y ES II.

Diferencias en las puntuaciones de las escalas de riesgo quirúrgico y mortalidad según la etiología de insuficiencia tricúspide

	Etiología funcional (n = 160)	Etiología orgánica (n = 89)	p
ES Log	8,87% (DE 7,47%)	8,45% (DE 7,11%)	0,67
ES 2	4,95% (DE 6,06%)	3,02% (DE 2,16%)	0,69
Triscore logístico	10,26% (DE 14,86%)	11,51% (DE 18,37%)	0,56
TriSCORE total	3,98 (DE 2,32)	3,73 (DE 2,51)	0,43
Mortalidad	15 (9,38%)	10 (11,24%)	0,64
AUC ES	0,61 (IC95% 0,48;0,76)	0,71 (IC95% 0,56;0,89)	
AUC ES2	0,67 (IC95% 0,52;0,82)	0,71 (IC95% 0,54;0,88)	
AUC TS log	0,81 (IC95% 0,73;0,86)	0,96 (IC95% 0,91;1)	

ES: EuroSCORE; TS: TriSCORE; AUC: área bajo la curva.



Análisis de discriminación de las puntuaciones de riesgo quirúrgico para la mortalidad intrahospitalaria según la etiología de insuficiencia tricúspide.

Conclusiones: Esta validación externa demuestra que el TRI-SCORE muestra una excelente discriminación y calibración para predecir la mortalidad intrahospitalaria entre los pacientes sometidos a cirugía aislada de válvula tricúspide con independencia de la etiología de IT, siendo significativamente superiores a las mostradas por el ES logístico y ES II, que infraestimaron la mortalidad real. La mortalidad perioperatoria fue similar en ambos tipos de IT.