Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Cardiología

29 y 30 de mayo de 2026
Samil - Vigo

DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EXTRAVASCULAR: UNA ALTERNATIVA EMERGENTE EN LA PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA

Raquel Vázquez García, Pablo Fernández de Aspe, Jorge Luis Rodríguez Garrido, Edison Omar Boada Lincango, Ignacio Mosquera Pérez, Enrique Ricoy Martínez.

| *Complejo hospitalario universitario A Coruña*

Objetivo:

Nuestro objetivo fue describir la experiencia en nuestro centro en cuanto a seguridad y eficacia a corto y medio plazo de los desfibriladores automáticos implantables (DAI) extravasculares.

Métodos:

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de los datos clínicos de los pacientes a los que se implantó un DAI extravascular.

Resultados:

Entre marzo de 2024 y marzo 2026 se implantaron 16 DAI extravasculares. Fundamentalmente varones jóvenes con una mediana de edad de 45,8 años (IQR 39,2–51,6), pocos factores de riesgo cardiovascular y con función sistólica de ventrículo izquierdo conservada. El tiempo mediano de seguimiento fue de 213 días (IQR 70–381).

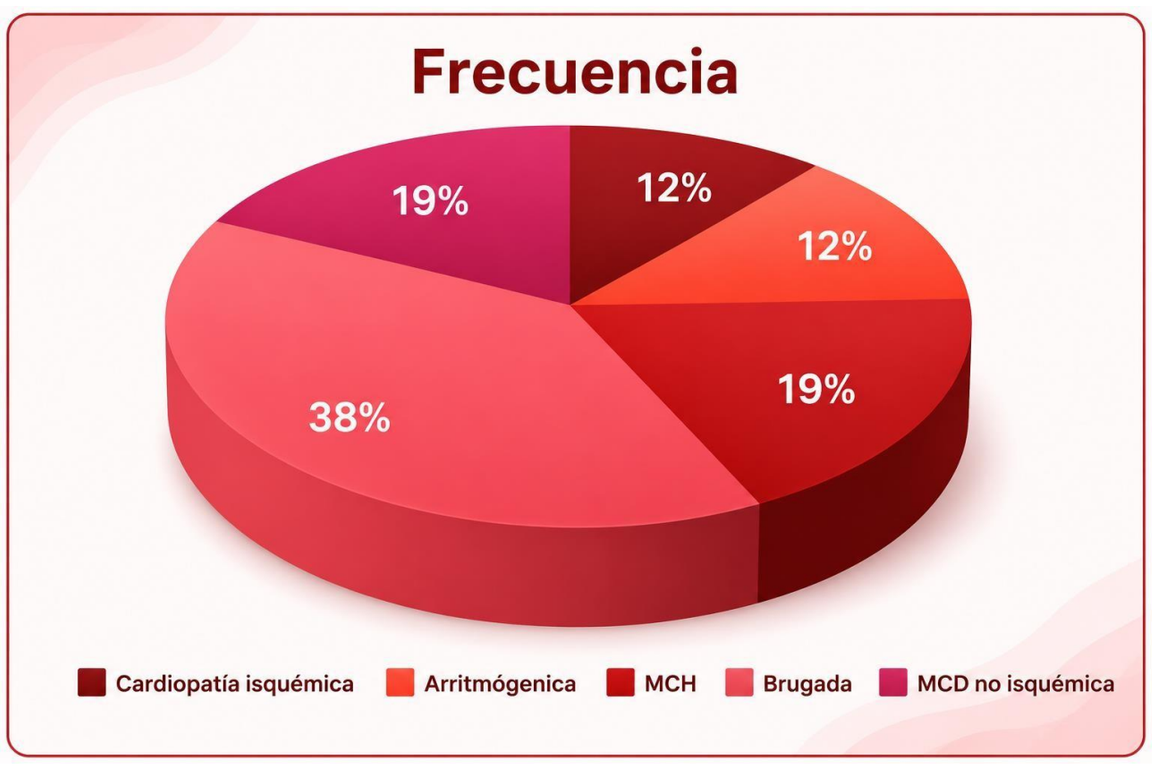
Fundamentalmente se implantaron en prevención primaria de muerte súbita (87,5%, n=14), siendo en su mayoría indicación directa y en 2 por un test de idoneidad negativo para DAI subcutáneo. Un 31,3% de los pacientes (n=5) presentaban antecedente de disfunción de electrodo endovenoso. La etiología más frecuente fue el síndrome de Brugada (37,5%, n=6), seguido de miocardiopatía hipertrófica (18,8%, n=3), miocardiopatía dilatada no isquémica (18,75%, n=3), cardiopatía isquémica (12,5%, n=2) y miocardiopatía arritmogénica (12,5%, n=2).

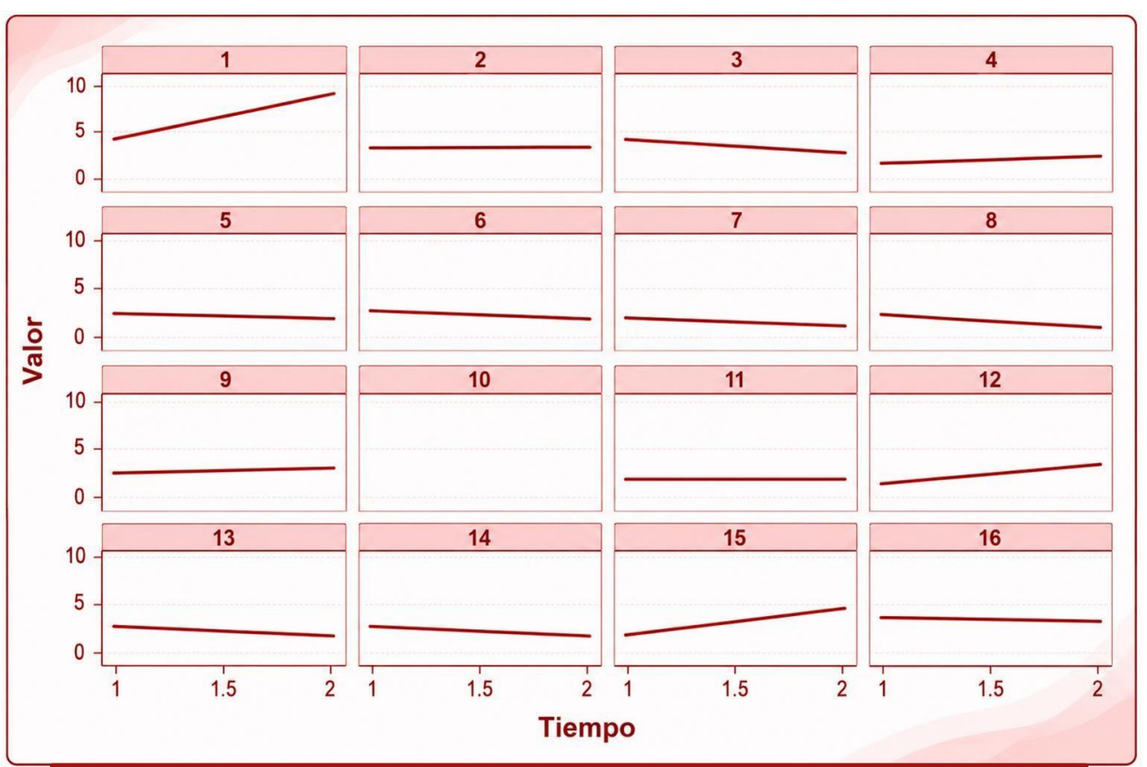
El éxito de desfibrilación en primer intento fue del 81,3% (n=13), en 3 se repitió el test y en otro se reposicionó el generador. La mediana de la onda R al implante fue de 2,6 mV (IQR 2,3–3,3), sin cambios en el seguimiento. En 13 pacientes no se sensó onda P al implante, en los otros tres P inferiores a 0,1 mV.

La impedancia mediana de desfibrilación fue de 72 ohmios (IQR 60–79) y las de anillo-bobina y anillo 1-anillo 2 fueron 256 y 418 ohm, respectivamente, estables en el seguimiento.

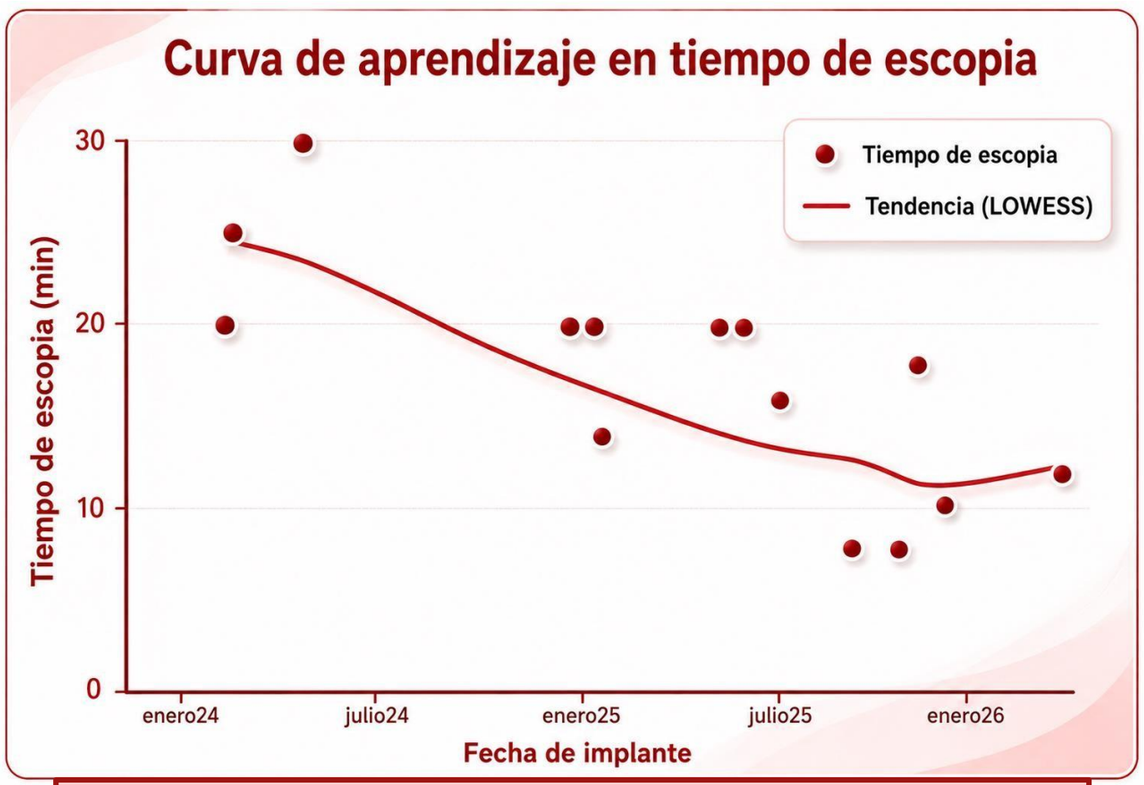
No se registraron terapias apropiadas ni inapropiadas, detectándose 10 sobresensados por miopotenciales, 2 sobresensados de onda T y ningún sobresensado de onda P. Se documentaron 3 TV no sostenidas. Como única complicación, hubo una dislocación precoz (<24h) del electrodo por posicionamiento pleural, resuelto mediante recolocación sin incidencias.

El tiempo mediano de escopia fue de 18 minutos (IQR 11–20), observándose una relación inversa con la fecha de implante, en probable relación con la curva de aprendizaje del operador.





Evolución onda R en el seguimiento



Evolución escopia en implantes consecutivos

Conclusiones:

El implante de DAI extravascular en nuestra serie se muestra como una **estrategia factible y segura** para la prevención de la muerte súbita en pacientes seleccionados, con alta tasa de éxito en la desfibrilación y un perfil de complicaciones bajo.

Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Cardiología

29 y 30 de mayo de 2026
Samil - Vigo

USO DEL INTERVALO HV COMO VARIABLE PREDICTORA DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN POSTIMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER

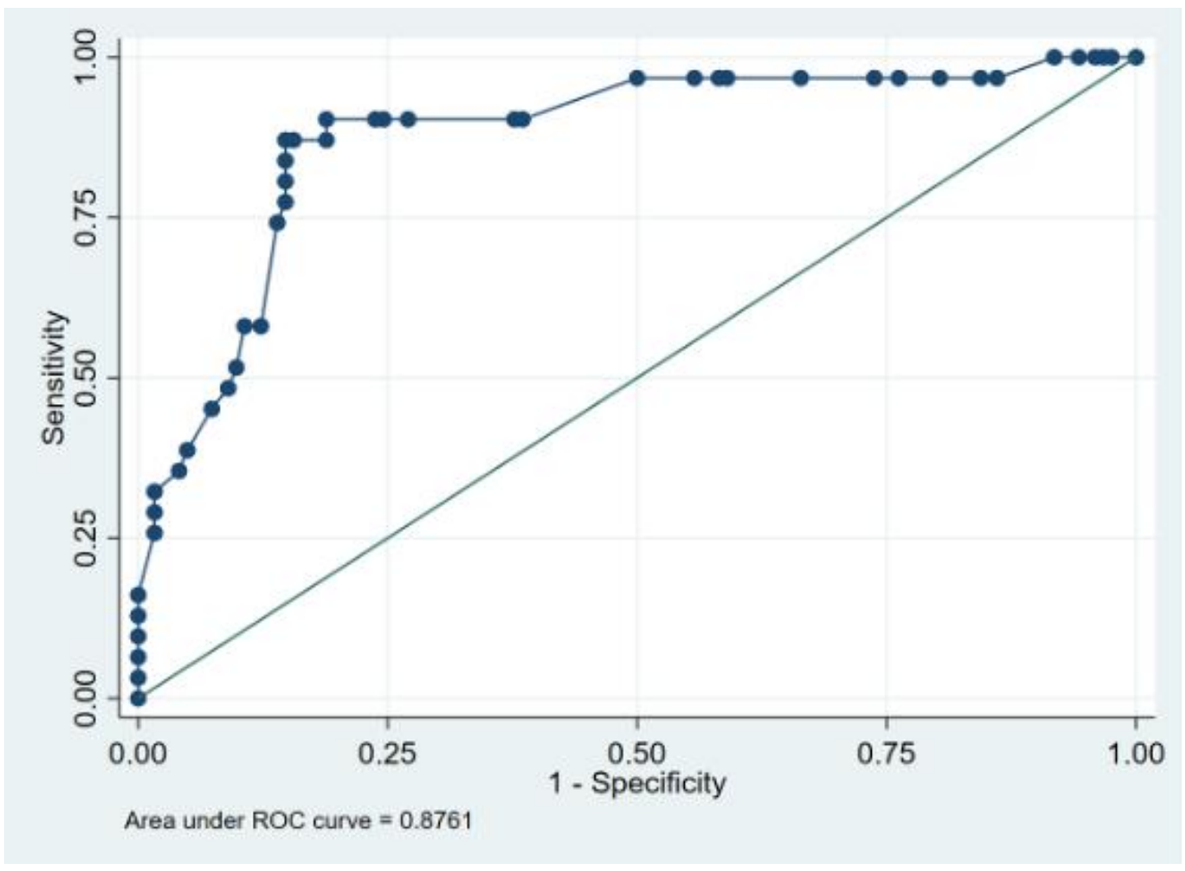
González Montes M, Vázquez García R, López Vázquez DJ, Fernández de Aspe P, Rodríguez Garrido JL, Boada Lincango EO, Mosquera Pérez I, Ricoy Martínez E. | *Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

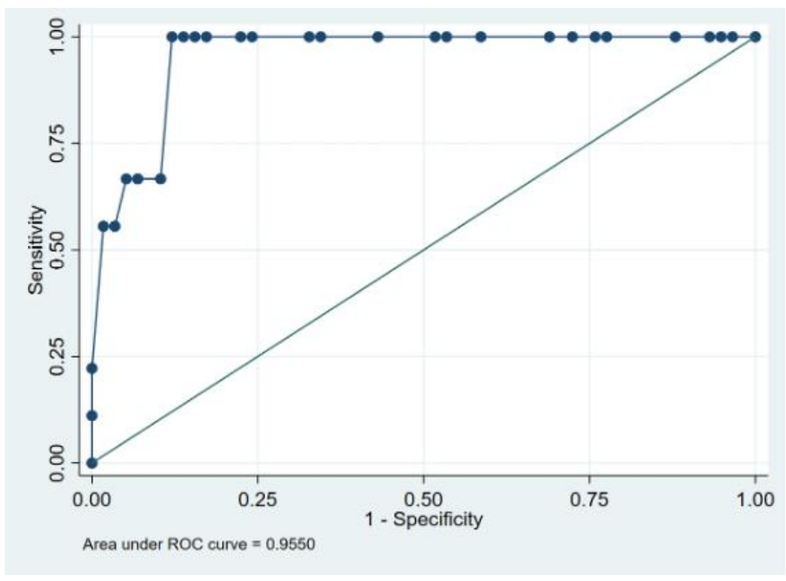
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

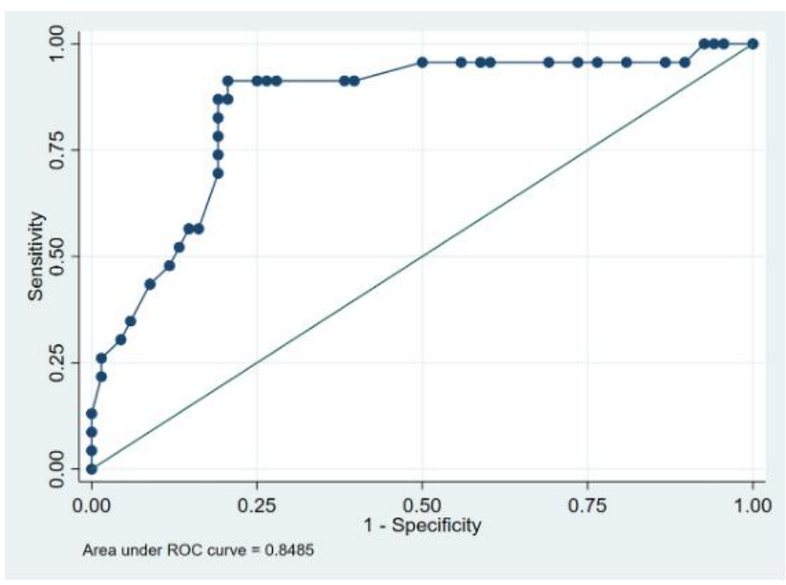
En los últimos años se han desarrollado estrategias basadas en la estratificación de riesgo de bloqueo auriculoventricular para establecer actuaciones diferenciadas por subgrupos así como definir las indicaciones de las terapias de estimulación en pacientes sometidos a implante de prótesis valvular aórtica transcatéter (TAVI).
El protocolo local del Hospital de A Coruña utiliza un algoritmo de trabajo que prevé la realización de un estudio electrofisiológico (EEF) en aquellos pacientes que presentan prolongación del PR y/o QRS post-TAVI ≥20ms, utilizando la medición del intervalo HV con el punto de corte de ≥70ms para definir la indicación de estimulación. Nuestro objetivo principal es evaluar la capacidad predictiva de bloqueo auriculoventricular del intervalo HV en este contexto clínico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y unicéntrico a través del análisis de datos de los pacientes tratados con TAVI en nuestro centro entre enero de 2023 y agosto de 2025 que fueron sometidos posteriormente a estudios electrofisiológicos para medición del intervalo HV.







Imágenes: **Curvas ROC** del intervalo HV como variable predictora de bloqueo auriculoventricular en población total (izquierda), en el subgrupo de pacientes con prolongación del PR (arriba derecha) y en aquellos con desarrollo de BRIHH (abajo derecha).

RESULTADOS

El análisis de nuestra cohorte retrospectiva de 153 pacientes mostró una buena capacidad discriminativa del intervalo HV como variable predictora en este contexto con un AUC 0,876 (IC 95%: 0,81–0,95), siendo mejores los resultados para su aplicación en el subgrupo de pacientes con prolongación del intervalo PR (AUC 0,955) y ligeramente peores en aquellos que desarrollaron BRIHH (AUC 0,8485). Se identificó como mejor punto de corte global un HV ≥71ms, muy similar al dispuesto en nuestro protocolo para el que se evidenció un valor predictivo negativo (VPN) del 95'4% y un valor predictivo positivo (VPP) del 60%, siendo la sensibilidad del 84'4% y la especificidad del 86%. Utilizamos para estos cálculos el porcentaje de estimulación en seguimiento como subrogado de bloqueo AV completo con un punto de corte de >0,2%.
El análisis de regresión multivariable identificó el intervalo PR ≥200ms a las 24 horas y el tamaño valvular como predictores independientes del intervalo HV; no se evidenció asociación con el intervalo de tiempo hasta realización del EEF, con el tipo de prótesis empleada ni con el incremento relativo del intervalo PR. El BRDHH se identificó como predictor independiente de una mayor carga de estimulación en pacientes portadores de dispositivo.
Durante el tiempo de seguimiento, con mediana de 283 días (IQR 189-358), no se registraron muertes súbitas o atribuibles a trastornos de la conducción en el subgrupo de HV negativo.

CONCLUSIONES

El uso de la medición del intervalo HV con el punto de corte de ≥70ms ha mostrado no sólo un buen equilibrio estadístico sino también un perfil discriminativo adecuado para la toma de decisiones en este escenario clínico. No obstante, persisten dudas sobre los beneficios clínicos de las terapias de estimulación en estos pacientes y necesitamos una mayor evidencia científica que respalde la toma de decisiones y dote de fundamentos sólidos a nuestros protocolos de actuación.

Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Cardiología

29 y 30 de mayo de 2026
Samil - Vigo

ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNA (A) Y LA PRESENCIA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ANGIOGRÁFICA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Alejandro Manuel López Pena, Eva María Pereira López, Gonzalo De Urbano Seara, Carmen Cristina Álvarez Suárez, Gema Rois González, Paula Saá Tourón, Saúl Corredoira Rodríguez, Tania Seoane García, Jeremías Bayón Lorenzo, Ramón Ríos Vázquez y Carlos González Juanatey

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción y objetivo

La lipoproteína (a) [Lp(a)] es una lipoproteína de baja densidad que incorpora una apolipoproteína (a) altamente polimórfica, cuya concentración está mayoritariamente determinada por factores genéticos y apenas influida por factores ambientales. Su elevación se ha asociado a un mayor riesgo cardiovascular, especialmente enfermedad aterosclerótica y estenosis aórtica. Sin embargo, su relación con la carga anatómica de la enfermedad arterial coronaria (EAC) y con el perfil clínico de los pacientes no está completamente definida.

El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre los niveles de Lp(a) y la presencia, extensión anatómica y características clínicas de la EAC.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó 646 pacientes consecutivos incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca entre septiembre de 2018 y septiembre de 2025.

La Lp(a) se analizó como variable continua y se categorizó según puntos de corte clínicamente relevantes, con evaluación adicional de su capacidad discriminativa. Los pacientes se clasificaron según la presencia de EAC angiográfica (0 vasos vs ≥1 vaso) y según su extensión en función del número de vasos afectados. Se realizaron modelos de regresión logística multivariable para evaluar la asociación independiente con enfermedad multivaso

Resultados

La Lp(a) presentó una distribución asimétrica (media 47,3 ± 46,3 mg/dL; mediana 30,1; Q1 11,3; Q3 74,4). Como variable continua, se correlacionó con colesterol LDL (p=0,028) y colesterol total (p=0,045) y se asoció al tratamiento con estatinas (p=0,022).

Los pacientes con Lp(a) >30 mg/dL presentaron mayor prevalencia de EAC angiográfica (53% vs 47%; p=0,003). No se observó asociación significativa entre los niveles de Lp(a), ni como variable continua ni categórica, y la extensión anatómica de la EAC. En el análisis multivariable, la Lp(a) no se asoció de forma independiente con enfermedad multivaso.

Desde el punto de vista clínico, los pacientes con Lp(a) >30 mg/dL presentaron con mayor frecuencia fracción de eyección preservada, antecedentes de revascularización y mayor uso de antiagregantes y estatinas. Por el contrario, aquellos con Lp(a) ≤30 mg/dL mostraron mayor prevalencia de disfunción ventricular izquierda y tratamiento para insuficiencia cardiaca (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil clínico basal y tratamiento estratificado por Lp(a) >30 vs ≤30 mg/dL.

Variables	Global		Lp(a)<30 mg/dL		Lp(a)>30 mg/dL		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Pacientes	646		324	50.2	322	49.8	
Sexo masculino	525	81.3	263	81.7	262	80.9	0.791
FEVI reducida (≤49%)	195	30.2	115	35.7	80	24.7	0.002
Enfermedad arterial coronaria	547	89.4	257	85.7	290	92.9	0.003
Revascularización	515	88.2	238	83.5	277	92.6	0.001
Tratamiento basal							
Antiagregantes (inhibidores P2Y12)	557	86.2	257	79.8	300	92.6	0.000
Estatinas	599	92.7	288	89.4	311	96.0	0.001
Diureticos	88	13.6	57	17.7	31	9.6	0.003
Antagonistas receptor mineralocorticoide	103	15.9	62	19.3	41	12.7	0.022

Conclusiones

En esta cohorte de práctica clínica real, la Lp(a) se asoció con la presencia, pero no con la extensión anatómica, de la enfermedad arterial coronaria. Un punto de corte de 30 mg/dL mostró buena capacidad discriminativa para identificar EAC. La Lp(a) no se asoció de forma independiente con enfermedad multivaso.

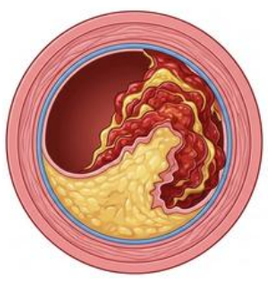
Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Cardiología

29 y 30 de mayo de 2026
Samil - Vigo

Lp(a): EL RIESGO OCULTO TRAS EL SCA

María Gracia García Romero1, Isaac Martínez Bendayán1, Elena Díez Lobo1, Javier Rey Carbón2, Ramón Calviño Santos3, Olatz Sagastagoia Epelde1, Fernando Bayona Gracia1, Alfredo Puy Núñez1, Ester Suárez Castro1, Raquel Marzoa Rivas1. | *Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol1. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela2. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña3.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

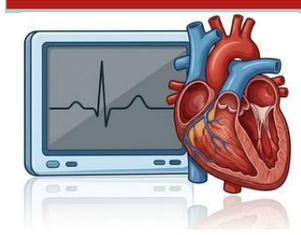


Investigaciones previas (PROSPECT II) asocian la lipoproteína (a) (Lp(a)) elevada con placas vulnerables post-síndrome coronario agudo (SCA), sin relación con extensión de enfermedad coronaria aterosclerótica (eECA).



Este estudio tiene como objetivos evaluar la asociación entre Lp(a) y la eECA; y explorar la relación entre Lp(a) y eventos recurrentes (coronarios, neurológicos o vasculares).

MÉTODOS



Cohorte: Estudio observacional y unicéntrico realizado en 597 pacientes con SCA.

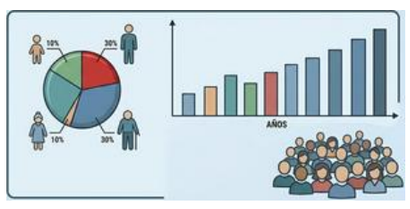


Definición de eECA: Se determinó según el número de vasos con estenosis significativa (≥70% en CX/CD/DA/RM o ≥50% en el TCI).



Análisis multivariado: Los datos se ajustaron por edad, sexo, diabetes mellitus, LDL-c y tabaquismo.

RESULTADOS



Perfil de la muestra:
Edad media 66,5 años.
74,3% Dislipidemia
58,4% Hipertensión
38,8% Tabaquismo
25,9% Diabetes Mellitus

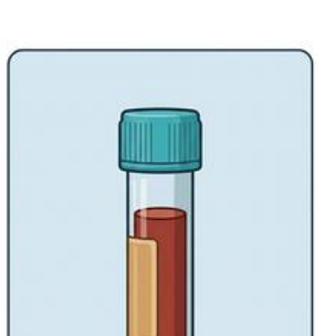
Distribución de niveles de Lp(a)

53,2 %
con valores > 50 mg/dl

< 50 mg/dl

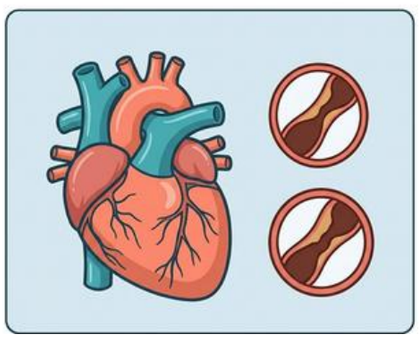
25,7%
presentan valores superiores a > 125 mg/dl

Uno de cada cuatro pacientes alcanza el nivel donde la asociación con la eECA se vuelve más robusta.



Lp(a)

Asociación significativa (r=0,094; p=0,023).
Punto de corte de Lp(a) ≥125 mg/dl más determinante (p=0,003).



Número de vasos afectados

No se observó asociación significativa con eventos recurrentes neurológicos o vasculares.

RESULTADOS CLAVE



Los niveles de Lp(a) ≥125 mg/dl se asocian a un Odds Ratio (OR) de 1,68 para enfermedad coronaria recurrente (IC 95% 1,06 – 2,65; p=0,026).

CONCLUSIONES

- Lp(a) ≥125mg/dl identifican un subgrupo con riesgo residual muy elevado e independiente de los factores de riesgo tradicionales.
- Lp(a) debería considerarse de forma sistemática en la estratificación pronóstica/planificación del seguimiento tras un SCA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Erlinge D, Tsimikas S, Maeng M, Maehara A, Larsen AI, Engstrøm T, Kjøller-Hansen L, Matsumura M, Ben-Yehuda O, Bøtker HE, Fröbert O, Persson J, Wiseth R, Jensen LO, Nordrehaug JE, Trovik T, Jensen U, Bleie Ø, Omerovic E, James SK, Rylance R, Sharma T, Ali ZA, Stone GW. Lipoprotein(a), Cholesterol, Triglyceride Levels, and Vulnerable Coronary Plaques: A PROSPECT II Substudy. J Am Coll Cardiol. 2025 Jun 3;85(21):2011-2024. doi: 10.1016/j.jacc.2025.04.013. PMID: 40436465.

#SOGACAR2026

Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Cardiología

29 y 30 de mayo de 2026
Samil - Vigo

MÁS ALLÁ DE LA CORONARIA: LA IMPORTANCIA DE IDENTIFICAR OBESIDAD EN EL SCA

Elena Díez Lobo, Candela Muñiz Miguel, María Gracia García Romero, Javier Rey Carbón, Isaac Martínez Bendayán, Raquel Marzoa Rivas.|
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obesidad como factor crítico en el SCA, esencial para la prevención secundaria personalizada.

- Identificación del riesgo metabólico residual.
- Detectar riesgos según edad y sexo

MÉTODOS

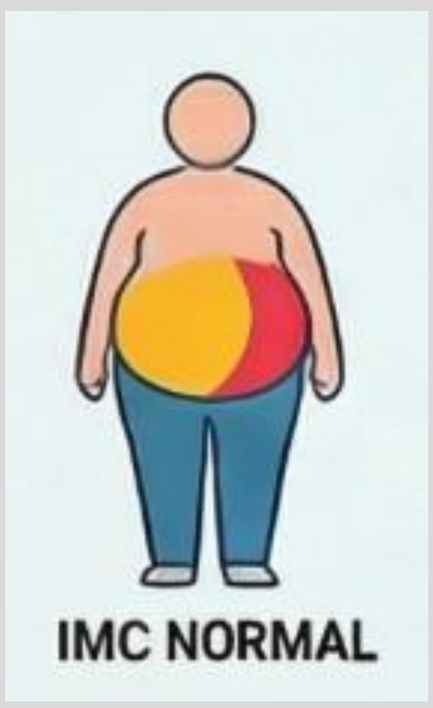
Observacional Y unidireccional
597 pacientes con SCA

IMC según OMS
Perimetro abdominal (>88cm mujeres, >102cm varones)

COMPARATIVA DE PREVALENCIA DE ADIPOSIDAD

INDICADOR	Prevalencia Total	Diferencia clave
Obesidad (IMC)	36.8%	Sin diferencias significativas entre sexos
Obesidad Abdominal	67.8%	Siignificativamente mayor en mujeres (p<0.001)
Sobrepeso	38.2%	Alta prevalencia

Alta prevalencia de obesidad especialmente abdominal, que a menudo permanece oculta en pacientes con un peso aparentemente normal.



21.4%

CON RIESGO METABÓLICO OCULTO

#SOGACAR2026

Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Cardiología

29 y 30 de mayo de 2026
Samil - Vigo

IMPACTO PRONÓSTICO DEL SEXO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Gabriel González Barbeito, Lucas Calvo Dios, Javier Vilasánchez Vilar, Antonio Fuentes Vivero, Diego Pérez Ortiz, Rodrigo Aranībar Martínez, Vicente Piñero Maciá, Miguel González Montes, Carmen Vidau Getán y Guillermo Aldama López | *Hospital Universitario de A Coruña*

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

- Se han descrito diferencias pronósticas en función del sexo en pacientes con SCASEST.
- Existe controversia sobre si estas diferencias radican en el perfil clínico basal o en disparidades en el manejo terapéutico.
- Objetivo: evaluar el impacto pronóstico del sexo en una cohorte contemporánea de SCASEST tras ajuste por características basales.

MÉTODOS

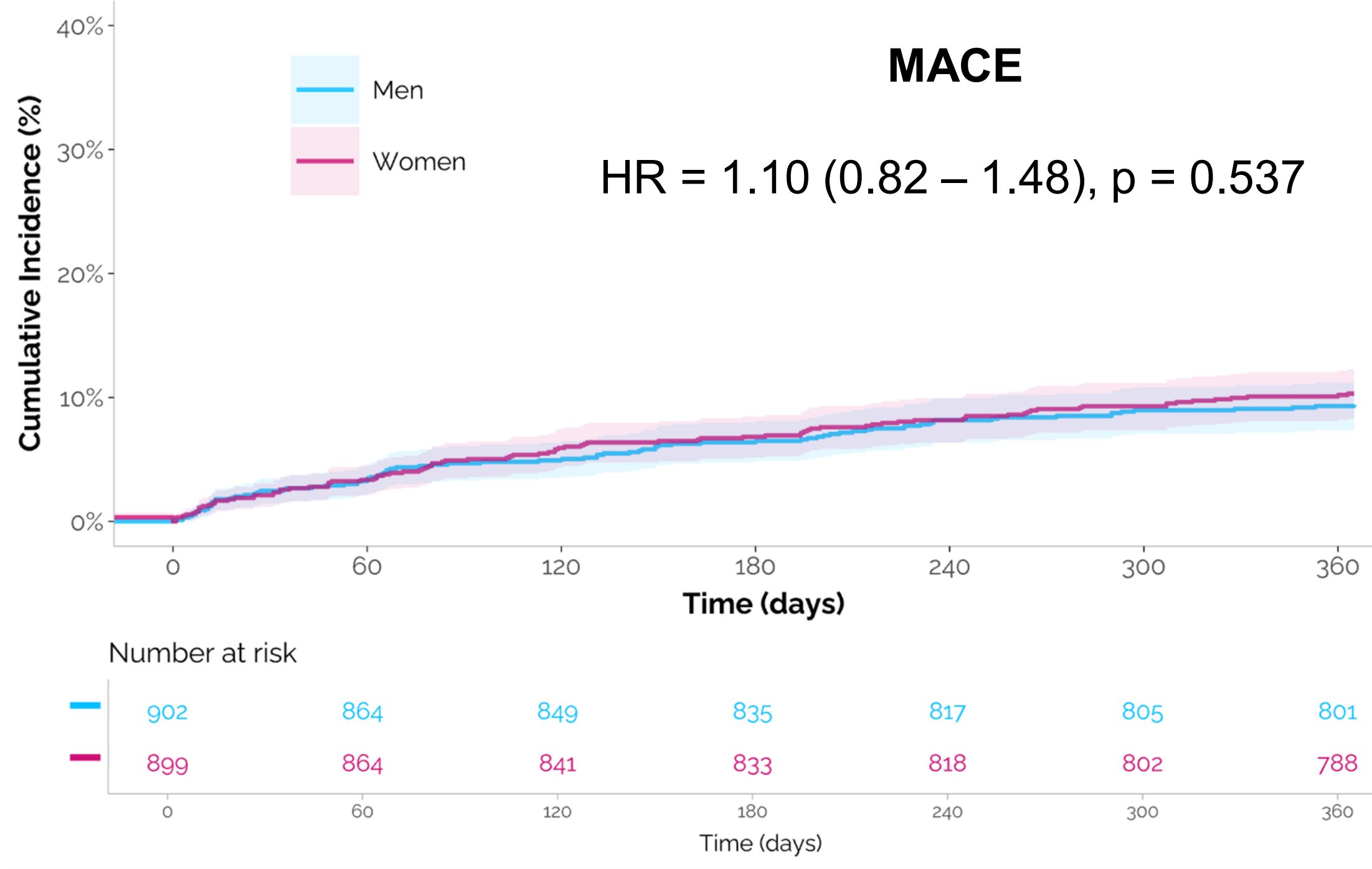
- Se incluyeron 3380 pacientes ingresados por SCASEST (enero 2018 – diciembre 2022).
- Se recogieron variables clínicas, comorbilidades y datos del episodio.
- Se realizó un Propensity Score Matching 1:1 por sexo para minimizar sesgos de selección (903 hombres y 903 mujeres).
- Se evaluó la incidencia de MACE (muerte por cualquier causa, hospitalización por insuficiencia cardiaca o SCA recurrente) y de cada uno de sus componentes al año, en función del sexo.
- Análisis de supervivencia: curvas de Kaplan-Meier + modelos de regresión de Cox + análisis de riesgos competitivos (para hospitalización por IC y SCA recurrente).

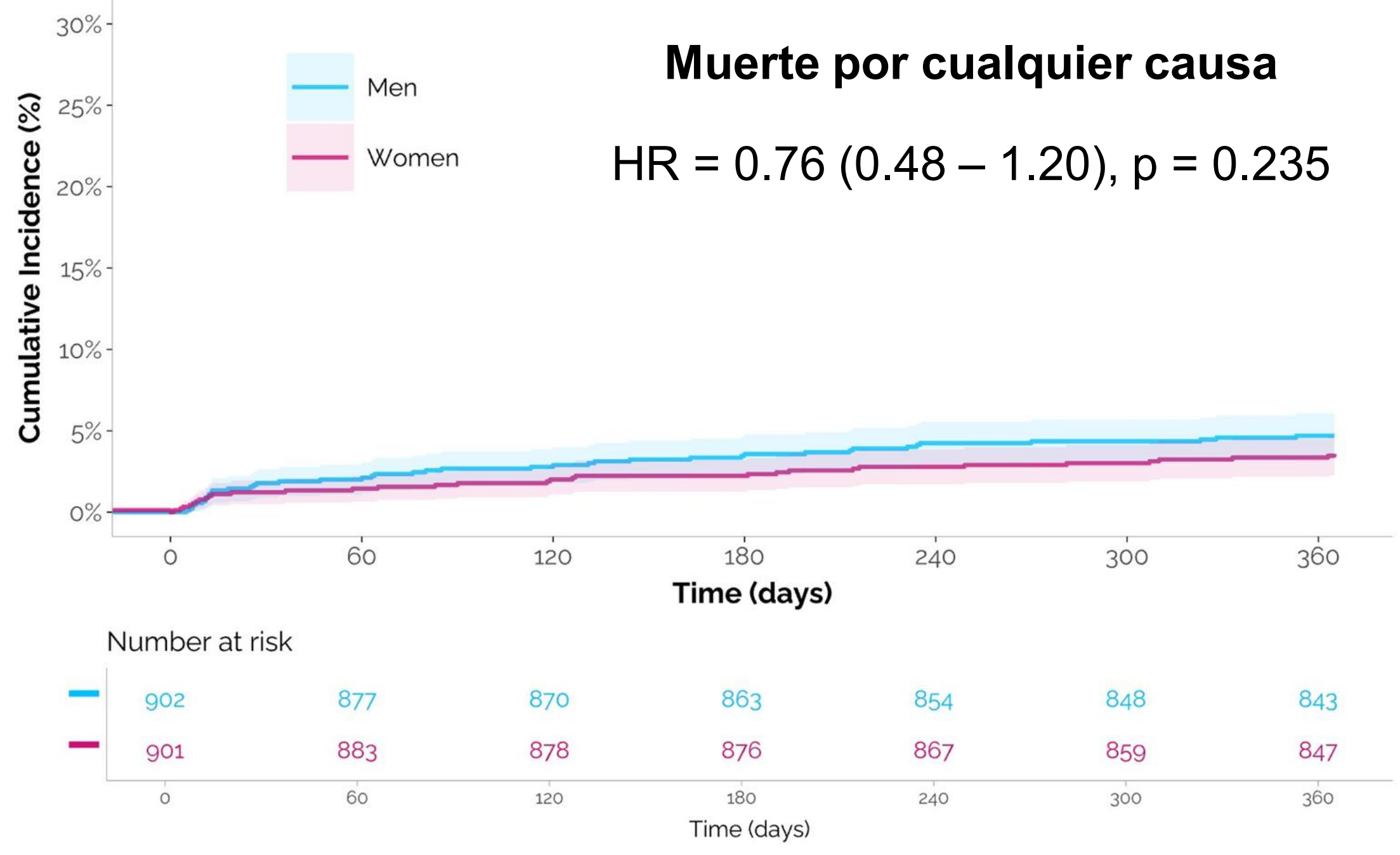
RESULTADOS

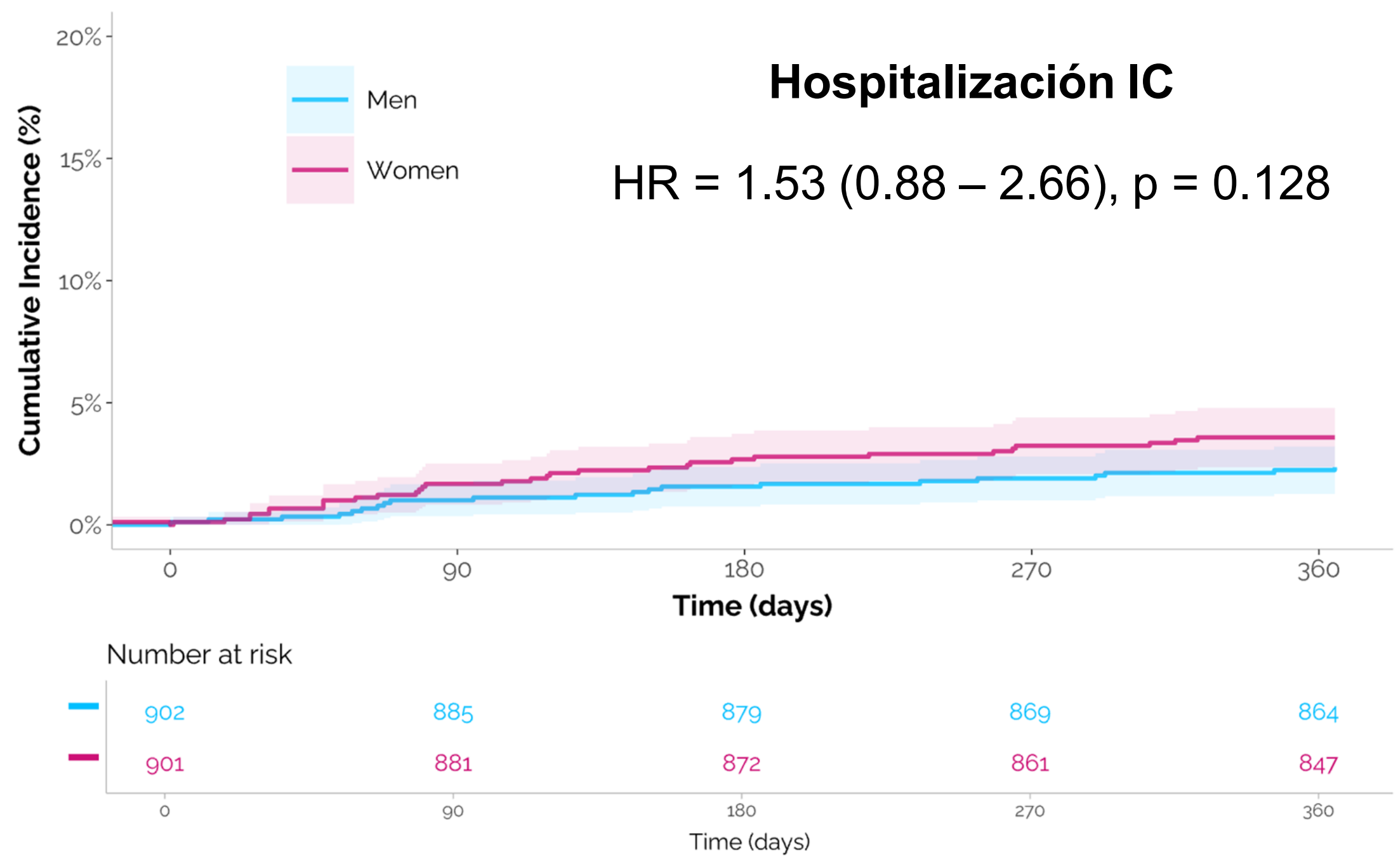
Propensity Score Matching (1:1)

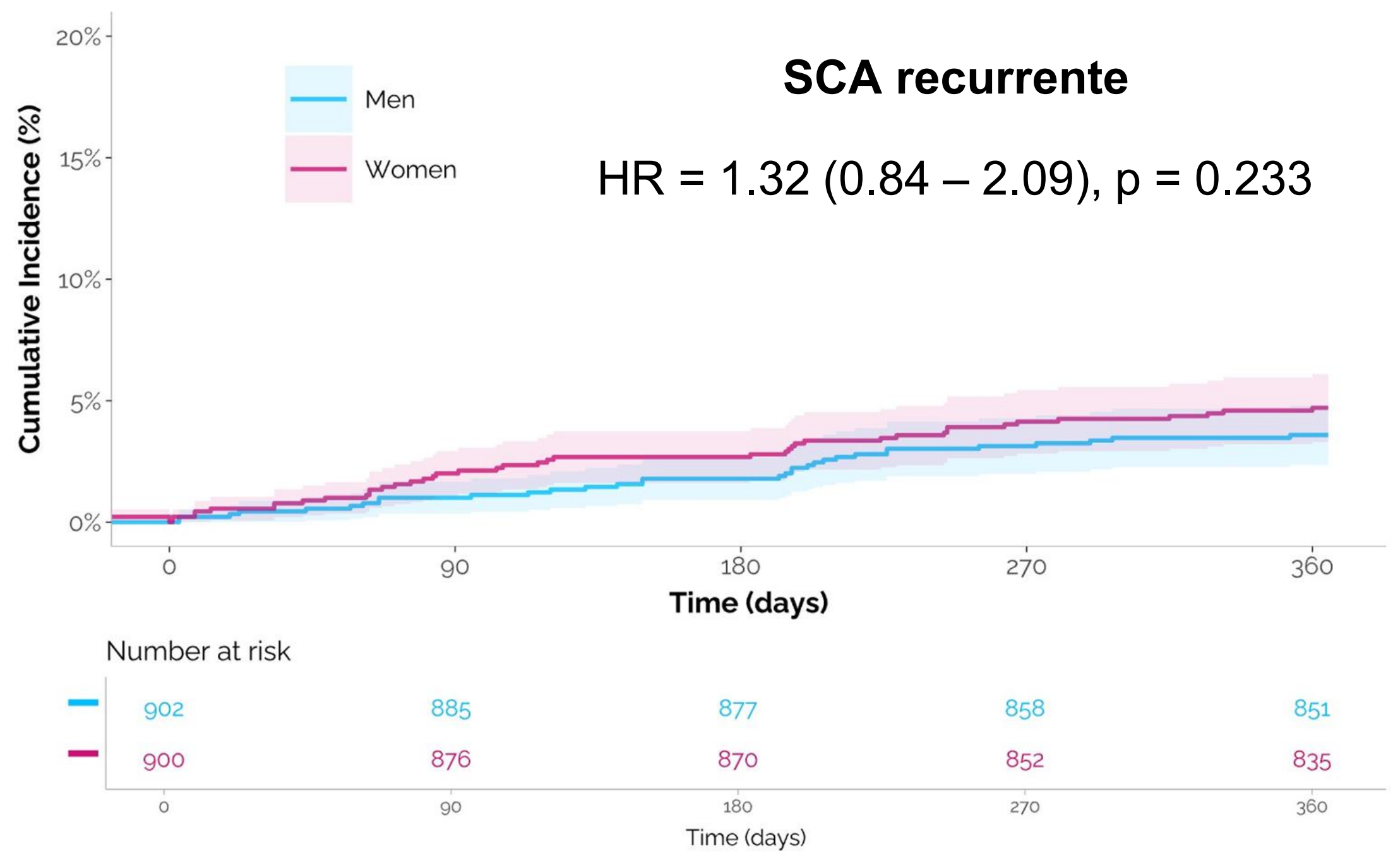
Variable	Hombres (n = 903)	Mujeres (n = 903)	IC 95%	p-valor
Edad (años)	68.8 (12.0)	68.9 (11.7)	-0.10, 0.09	0.9
IMC (kg/m²)	31.9 (32.0)	32.7 (34.4)	-0.12, 0.07	>0.9
Hipertensión	570 (63.1%)	605 (67.0%)	-0.17, 0.01	0.084
Diabetes Mellitus	269 (29.8%)	262 (29.0%)	-0.08, 0.11	0.7
Dislipemia	578 (64.0%)	572 (63.3%)	-0.08, 0.11	0.8
Tabaco			-0.06, 0.12	0.8
No	564 (62.5%)	571 (63.2%)		
Exfumador	154 (17.1%)	144 (15.9%)		
Fumador	185 (20.5%)	188 (20.8%)		
Historia familiar EAC	101 (11.2%)	102 (11.3%)	-0.10, 0.09	>0.9
Dependencia	9 (1.0%)	14 (1.6%)	-0.14, 0.04	0.3
Deterioro cognitivo	7 (0.8%)	9 (1.0%)	-0.12, 0.07	0.6
EAC previa	215 (23.8%)	226 (25.0%)	-0.12, 0.06	0.5
Infarto previo	211 (23.4%)	221 (24.5%)	-0.12, 0.07	0.6
ICP previa	170 (18.8%)	174 (19.3%)	-0.10, 0.08	0.8
Bypass previo	34 (3.8%)	36 (4.0%)	-0.10, 0.08	0.8
DAI/MP previo	25 (2.8%)	25 (2.8%)	-0.09, 0.09	>0.9
ICC previa	38 (4.2%)	41 (4.5%)	-0.11, 0.08	0.7
FA/Flutter previo	86 (9.5%)	99 (11.0%)	-0.14, 0.04	0.3
Ictus/AIT previo	66 (7.3%)	61 (6.8%)	-0.07, 0.11	0.6
ERC previa	110 (12.2%)	108 (12.0%)	-0.09, 0.10	0.9
Enfermedad arterial periférica	74 (8.2%)	74 (8.2%)	-0.09, 0.09	>0.9
EPOC	111 (12.3%)	119 (13.2%)	-0.12, 0.07	0.6

__AIT__: Accidente Isquémico Transitorio; __DAI__: Desfibrilador Automático Implantable; __EAC__: Enfermedad Arterial Coronaria; __EPOC__: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; __ERC__: Enfermedad Renal Crónica; __IC__: Intervalo de confianza; __ICC__: Insuficiencia Cardiaca Congestiva; __ICP__: Intervención Coronaria Percutánea; __IMC__: Índice de Masa Corporal; __FA__: Fibrilación auricular; __MP__: Marcapasos.





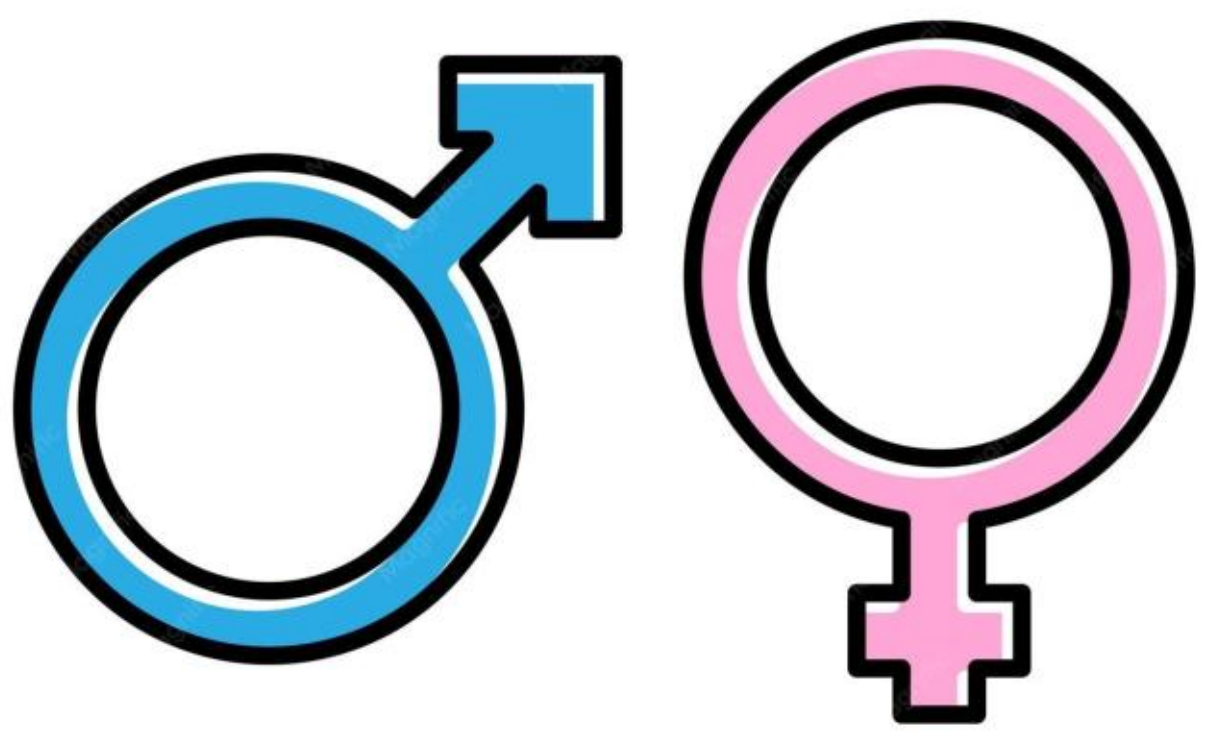




CONCLUSIONES

En esta cohorte de pacientes con SCASEST, el sexo no se asoció a un peor pronóstico tras ajustar por las características basales.

Estos hallazgos sugieren que las diferencias pronósticas podrían estar más relacionadas con el perfil de riesgo y edad de las mujeres al ingreso que con el sexo biológico per se.



#SOGACAR2026

Reunión Anual de la Sociedad Gallega de Cardiología

29 y 30 de mayo de 2026
Samil - Vigo

MODELO DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO PARA LA PREDICCIÓN DEL IMPLANTE DE MARCAPASOS TRAS TAVI EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

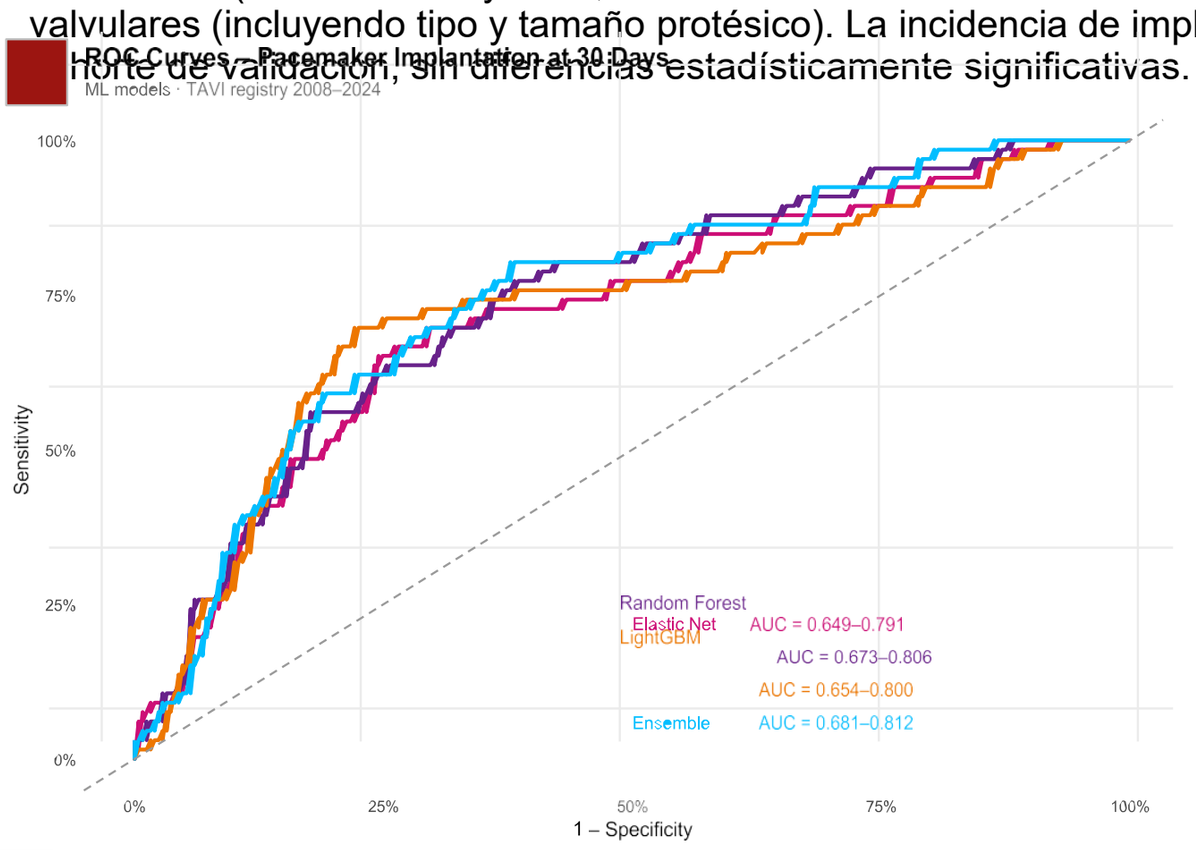
A. Fuentes Vivero, G. Aldama López, D. J. López Vázquez, M. Louro Freire, M. González Montes, G. González Barbeito, D. Pérez Ortiz, V. Piñero Maciá, R. Vázquez García, J. M. Vázquez Rodríguez. | *Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña*

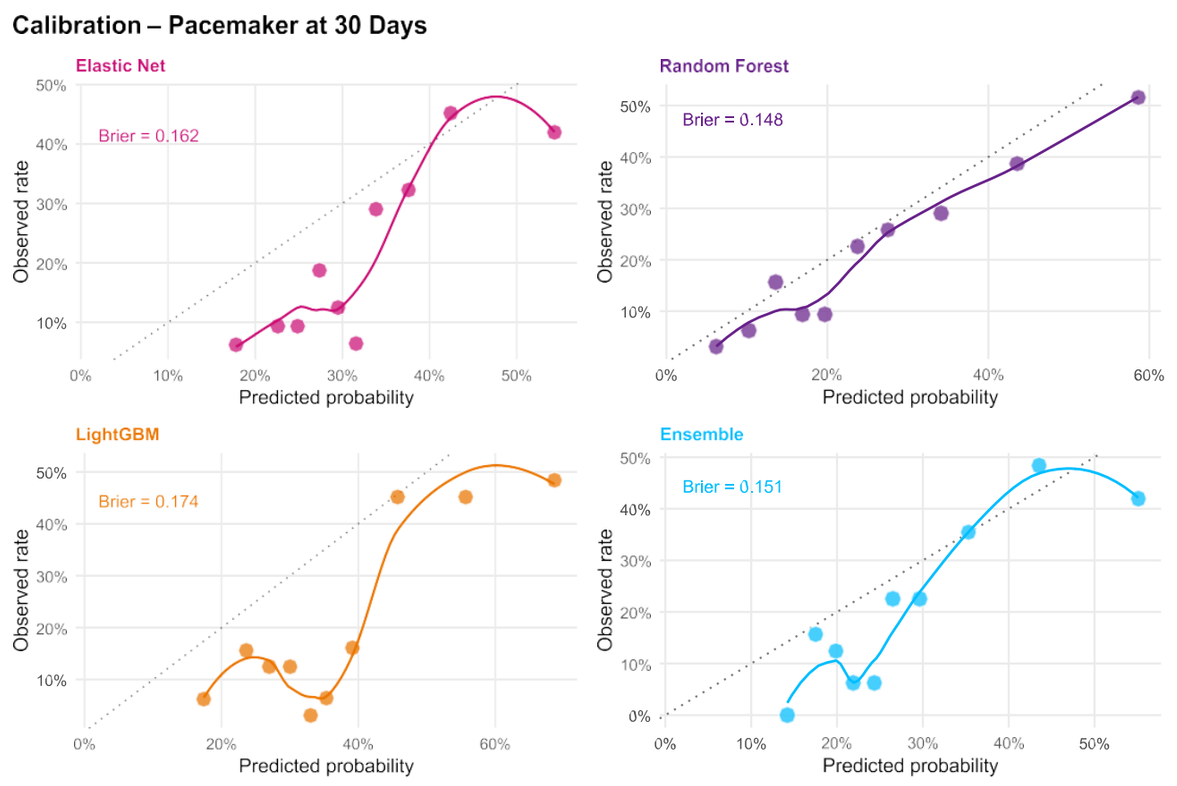
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

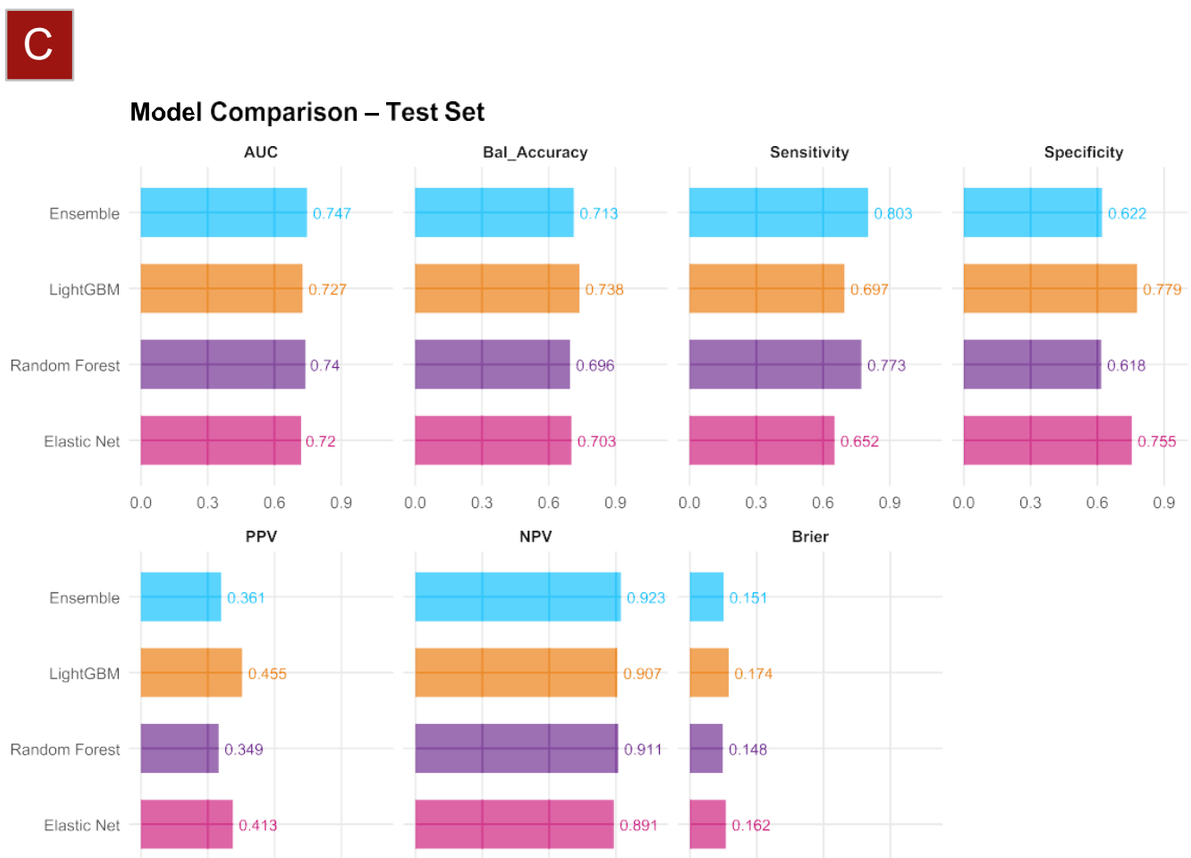
El implante de marcapasos (MP) tras el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) continúa siendo una complicación frecuente con relevantes implicaciones clínicas. La evidencia reciente muestra resultados discordantes respecto a la capacidad predictiva de los modelos de aprendizaje automático frente a la regresión logística convencional, persistiendo limitaciones en la identificación de predictores robustos, especialmente en el contexto del implante tardío. El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar un modelo de aprendizaje automático para la predicción del implante de MP a 30 días tras TAVI en una cohorte de práctica clínica real.

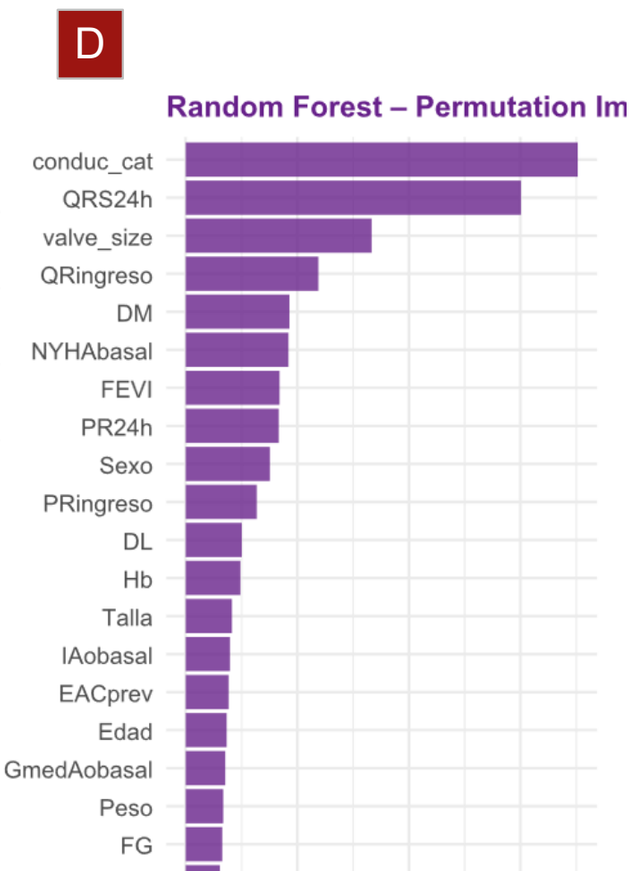
MÉTODOS

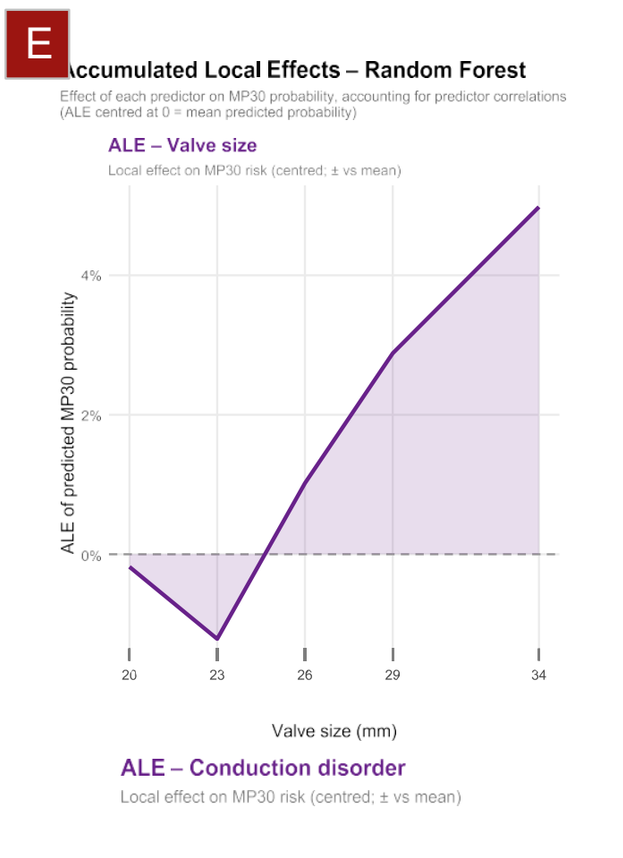
Se analizaron los datos de 1.047 pacientes sometidos a TAVI en un centro terciario entre 2008 y 2024. Se desarrollaron distin tos modelos de aprendizaje automático, seleccionándose el algoritmo ***Random Forest*** en función de su rendimiento global. La cohorte se dividió en un conjunto de derivación (n=732) para el entrenamiento del modelo y un conjunto independiente de validación (n=315) para evaluar su rendimiento. Se incluyeron variables clínicas, electrocardiográficas y procedimentales, tales como comorbilidades, parámetros de conducción (intervalos PR y QRS, así como trastornos de conducción basales), función ventricular izquierda y características protésicas valvulares (incluyendo tipo y tamaño protésico). La incidencia de implante de MP fue del 20,6% en la cohorte de derivación y del 21% en la cohorte de validación, sin diferencias estadísticamente significativas.











A) Curvas ROC para implantación de marcapasos a 30 días. **B)** Curvas de calibración de los modelos predictivos. **C)** Rendimiento comparativo de modelos de machine learning. **D)** Importancia relativa de variables en Random Forest. **E)** Gráficos ALE (*Accumulated Local Effects*) del modelo Random Forest.

RESULTADOS

El modelo Random Forest mostró una adecuada capacidad discriminativa (AUC: 0,74), junto con un elevado valor predictivo negativo (0,91) y una adecuada calibración (Brier score: 0,148). Las variables con mayor importancia predictiva incluyeron las alteraciones basales de la conducción —especialmente el bloqueo de rama derecha—, el mayor tamaño protésico y parámetros electrocardiográficos como la duración del QRS a las 24 horas del procedimiento. Se observó una relación no lineal entre el tamaño valvular y el riesgo de implante de MP, identificándose un menor riesgo en prótesis de 23 mm.

CONCLUSIONES

Un modelo de aprendizaje automático basado en Random Forest permite predecir el implante de MP tras TAVI con adecuada capacid ad discriminativa, buen valor predictivo negativo y correcta calibración. Su implementación podría mejorar la estratificación del riesgo y optimizar la toma de decisiones clínicas, particularmente en la identificación de pacientes con mayor probabilidad de desarrollar trast ornos de conducción que requieran estimulación cardíaca permanente.