

## **ÁREA NO INVASIVA (UNIDAD DE SÍNCOPE, SAECG, SYNCROMAX, HOLTER DE 7 DÍAS)**

### **UNIDAD DE SÍNCOPE:**

El objetivo de la Unidad de Síncope es, mediante un algoritmo diagnóstico, prevenir las internaciones innecesarias de los pacientes que concurren al servicio de emergencia con síncope y lograr un rendimiento diagnóstico adecuado sin afectar el pronóstico de los pacientes.

Los pacientes con síncope evaluados en la sala de emergencias se clasifican en alto, intermedio y bajo. El riesgo bajo (RB) corresponde a los pacientes que presentan un primer episodio, edad < 40 años, ECG normal, sin cardiopatía, riesgo ocupacional ni lesiones físicas, sin relación con el ejercicio o con claro origen neurocardiogénico. Estos pacientes con RB no deben permanecer internados. Corresponden a riesgo intermedio (RI) los que presentan síncope recurrentes, edad > 40 años, riesgo ocupacional, tengan un marcapasos implantado sin evidencia de disfunción, padezcan una cardiopatía, presenten un trauma menor o historia familiar de muerte súbita. El riesgo alto (RA) corresponde a los pacientes que se presentan con arritmias, con historia de arritmias graves, BCRI o BCRD agudos, están recibiendo antiarrítmicos con cambios agudos en el ECG, presentan un QTc  $\geq 0,50$  seg o hubieran padecido un traumatismo mayor. Los pacientes con RA deben ser internados. El paciente con RI requiere una reevaluación. Si tiene marcapasos, se controla: si es anormal se interna, en tanto que si es normal y en aquellos que no tienen un marcapasos se efectúa un ecocardiograma. En este punto, el resultado del ecocardiograma define si se realiza un tilt test si es normal o se interna en caso de que sea anormal. Si el tilt test es positivo, se indica el egreso y si es negativo se le realiza un registro ECG Holter previo al egreso.

### **SEÑAL PROMEDIADA:**

(ADJUNTAR ESCRITO)

HOLTER DE 7 DIAS:(ADJUNTAR ESCRITO)

## INDICACIONES PRINCIPALES DEL MONITOREO DE 7 DÍAS

- 1) Síncope de origen desconocido. Síncope y sospecha de riesgo arrítmico. Taquiarritmias y Bradiarritmias.
- 2) Palpitaciones de origen desconocido luego de estudios normales incluso holter de 3 canales de 24 hs, con alta probabilidad de recurrencia en un corto plazo, con intervalo entre episodios de menos de 4 semanas(Guía SAC Síncope 2021).
- 3) Evaluar carga de fibrilación auricular en pacientes candidatos a ablación de venas pulmonares.
- 4) Síndromes genéticos arritmogénicos (diagnóstico y ritmo circadiano).
- 5) Evaluar pacientes con extrasístoles ventriculares para identificar densidad, variabilidad espontánea y pasibilidad para tratamiento farmacológico o ablación.
- 6) Seguimiento de pacientes con extrasístoles ventriculares frecuentes post ablación.
- 7) Pacientes con cardiopatías congénitas para detectar carga arrítmica (Ej. Tetralogía de Fallot).
- 8) Seguimiento de pacientes con fibrilación auricular post ablación de venas pulmonares.
- 9) Evaluar dispositivos implantables luego de que todos los recursos diagnósticos sean negativos o no concluyentes.
- 10) **MISCELÁNEAS:** Todo paciente con signo-sintomatología compatible susceptible de beneficiarse con éste cuando los otros métodos diagnósticos no arrojan resultados concluyentes.

## SYNCROMAX:

Synchromax® es un monitor portátil de ECG que permite comprobar de manera no invasiva y en pocos minutos el grado de sincronía interventricular antes, durante y después del implante de un marcapasos, CDI o TRC. El médico o el técnico pueden ahora definir si un paciente se beneficiará o no con un implante, pueden localizar sitios óptimos durante el mismo y ajustar con precisión los parámetros programables durante el seguimiento. El software genera todos los informes necesarios y almacena toda la información

Ofrece al médico un método simple no invasivo para confirmar la presencia de asincronía cardíaca antes de prescribir un resincronizador. Le informa sobre el efecto sobre la asincronía del sitio de estimulación elegido. Informa al médico o al técnico que da el alta al paciente sobre el efecto sobre la asincronía de las programaciones de los intervalos AV y VV. Ofrece al médico de cabecera del paciente la confirmación de que el dispositivo ha mejorado la asincronía que motivó su prescripción. Ayuda al implantador al elegir el sitio óptimo durante la estimulación septal o a evitar empeorar la asincronía durante un implante en apex.

TILT TEST: ADJUNTAR ESCRITO