



INFARTO
SONORO

62 años

Tabaquismo activo (20 cig/día) y Dislipemia

Seguimiento en Urología por elevación de PSA

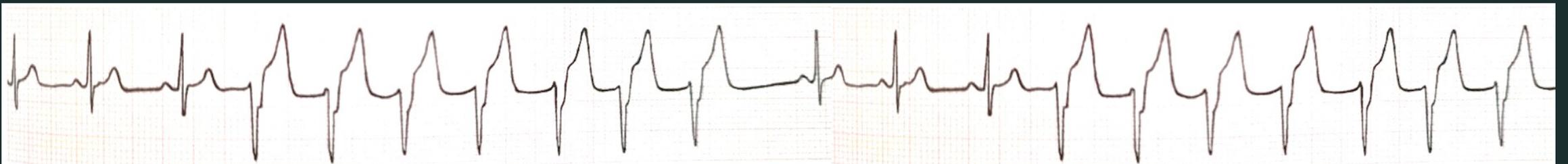
Parálisis a Frígore en 2019

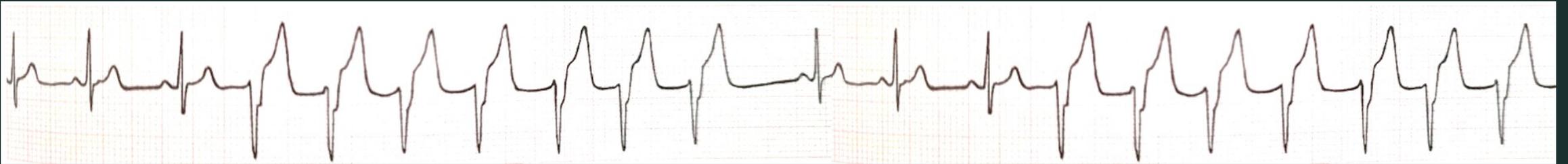
Tratamiento: Simvastatina 10 mg

Ingreso por IAM inferior Killip I. Se realiza Angioplastia Primaria observando enfermedad monovaso (oclusión CD proximal). Se implanta stent farmacoactivo con buen resultado.

Ecocardiograma: FEVI preservada. Hipocinesia leve en segmentos basal-medio inferior. IM trivial. No derrame pericárdico.

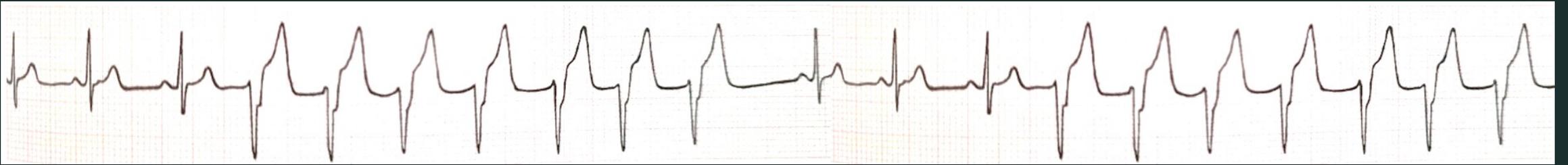
En monitorización presenta múltiples alarmas en relación con el siguiente registro:





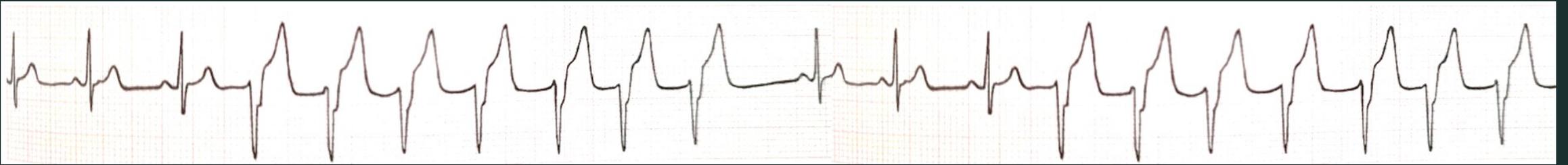
¿Qué te sugiere?

1. Taquicardia ventricular no sostenida. Aumento BB y asocio amiodarona
2. Sugiere complicación en relación con la revascularización. Contacto con el Hemodinamista para revisar resultado
3. Taquicardia supraventricular. Si sostenida, administro adenosina.
4. Ritmo idioventricular acelerado. No requiere tratamiento específico.



¿Qué te sugiere?

1. Taquicardia ventricular no sostenida. Aumento BB y asocio amiodarona
2. Sugiere complicación en relación con la revascularización. Contacto con el Hemodinamista para revisar resultado
3. Taquicardia supraventricular. Si sostenida, administro adenosina.
4. Ritmo idioventricular acelerado. No requiere tratamiento específico.



¿Qué te sugiere?

Ritmo idioventricular acelerado. No requiere tratamiento específico.

El ritmo idioventricular acelerado (RIVA) se caracteriza por ser un ritmo cardíaco entre 60 y 100 latidos/min cuyo origen se sitúa por debajo del Haz de His. Este ritmo ventricular se suele observar en el contexto de un infarto de miocardio, coincidiendo con la reperfusión de la arteria ocluida (arritmias de reperfusión), confiriendo un pronóstico favorable en la evolución del infarto. A diferencia de la TVNS, la FC del RIVA es más baja. Además su inicio y finalización es gradual, a diferencia de la TV que suele iniciarse después de una extrasístole ventricular.