

Ritmo idioventricular acelerado (RIVA) en el ECG: criterios, diferencia con la taquicardia ventricular y qué hacer

Si no encaja con un RIVA, se trata como una TV

Más de 120 lpm, un inicio brusco con acoplamiento corto, un ritmo irregular o un contexto que no lo explique apartan el diagnóstico de RIVA. Ante una taquicardia de QRS ancho sin diagnóstico establecido y con inestabilidad hemodinámica, cardioversión eléctrica sincronizada.

Tras la fibrinólisis, el RIVA no sustituye a la resolución del ST

La guía ESC 2023 juzga la fibrinólisis por la resolución del ST: si no ha bajado al menos un 50% a los 60-90 minutos, o si hay inestabilidad hemodinámica o eléctrica, empeoramiento de la isquemia o dolor persistente, indica la angioplastia de rescate.

QUÉ HACER EN URGENCIAS

1. Confirmar que es un RIVA · Tira larga de ritmo:

50-120 lpm, ritmo regular, inicio con acoplamiento largo, fusiones y capturas, y un contexto que lo explique
| Terkelsen; Bonnemeier; Gildea y Levis

2. Si no encaja con un RIVA · Se trata como una

taquicardia de QRS ancho: cardioversión eléctrica sincronizada si hay inestabilidad hemodinámica
| ESC 2019 de taquicardias supraventriculares: I, B

3. RIVA bien tolerado · Monitorización, sin antiarrítmicos

ni cardioversión: cede solo cuando el sinusal se acelera
| ESC 2023: sin intervención; antiarrítmicos en arritmias ventriculares sin repercusión, III, C; Higuera

4. RIVA lento con hipotensión o bajo gasto · Recuperar

la sincronía AV: atropina para acelerar el sinusal; la estimulación auricular, rara vez
| Gildea y Levis; StatPearls

5. Buscar la causa · Isquemia (ECG y troponina), potasio,

digoxinemia si toma digoxina, fármacos y tóxicos; ecocardiograma
| Gildea y Levis; StatPearls; ESC 2022: I, C

6. Vigilar arritmias graves · En la reperfusión, monitor y

desfibrilador a mano: puede haber TV sostenida o fibrilación ventricular
| Terkelsen; Higuera

CRITERIOS DEL RIVA EN EL ECG

Elaborada con el documento EHRA, ACCA y EAPCI de 2014, los estudios de Terkelsen y de Bonnemeier y la revisión de Gildea y Levis

Rasgo	Qué se ve en el RIVA	Fuente
Frecuencia	De 50 a 120 lpm (de 50 a 110 en otras fuentes), parecida a la del ritmo sinusal	EHRA, ACCA y EAPCI 2014; Gildea y Levis
QRS	Ancho (más de 120 ms) y distinto del QRS conducido, en tres o más latidos seguidos	Gildea y Levis
Ritmo	Regular	Terkelsen; Gildea y Levis
Cómo empieza	Con un intervalo de acoplamiento largo, cuando el sinusal se enlentece por debajo del foco o el foco se acelera	Terkelsen; Bonnemeier; Gildea y Levis
Relación con las ondas P	Disociación AV isorrítica, con latidos de fusión y de captura cuando las dos frecuencias se igualan	Bonnemeier; Gildea y Levis
Cómo termina	De forma gradual, cuando el sinusal se acelera o el foco ventricular se frena	Terkelsen; Bonnemeier
Tolerancia	Buena en la mayoría	Bonnemeier; Gildea y Levis

RIVA, TV LENTA, ESCAPE VENTRICULAR Y RITMO DE LA UNIÓN

Elaborada con el estudio de Terkelsen (tabla 1), las guías ESC 2019 de taquicardias supraventriculares y ESC 2022 de arritmias ventriculares, el estudio de Grimm, el capítulo de StatPearls sobre el ritmo idioventricular y los casos del Aula ECG

Ritmo	Frecuencia	Qué lo distingue en el ECG	Contexto
RIVA	50-120 lpm	Acoplamiento largo, ritmo regular y final gradual; disociación isorrítica con fusiones y capturas	Reperusión del infarto; fármacos, tóxicos, miocardiopatías y corazón sano
TV lenta	Más de 100 lpm según la ESC 2022; más de 120 en los estudios del RIVA	Acoplamiento a menudo corto, ritmo a menudo irregular y final brusco; más QRS que ondas P, con capturas y fusiones	Cicatriz o miocardiopatía; antiarrítmicos que la enlentece; desfibrilador programado a más frecuencia
Escape ventricular	30-40 lpm	Aparece porque falla el ritmo de arriba: más ondas P que QRS en el bloqueo AV completo, ninguna en la parada sinusal	Bloqueo AV completo, parada sinusal
Ritmo de la unión con bloqueo de rama	Menos de 50 lpm o, si es más rápido, de 50 a 100	QRS idéntico al del bloqueo de rama que ya tenía el paciente: se compara con un ECG previo	Bloqueo de rama previo o aberrancia

La píldora completa: <https://www.cardioteca.com/arritmias/8936-ritmo-idioventricular-acelerado-riva-ecg.html>

Fuente principal: Byrne RA, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-3826. doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.