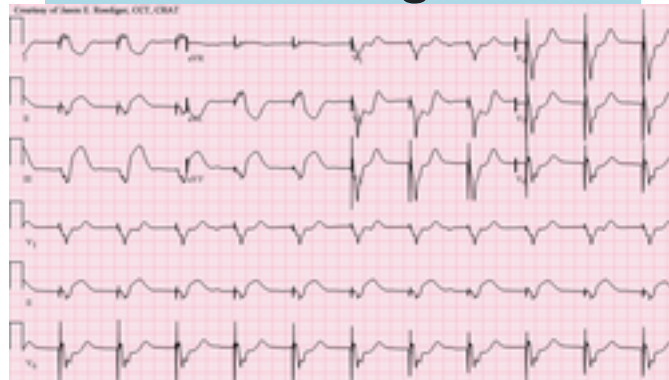


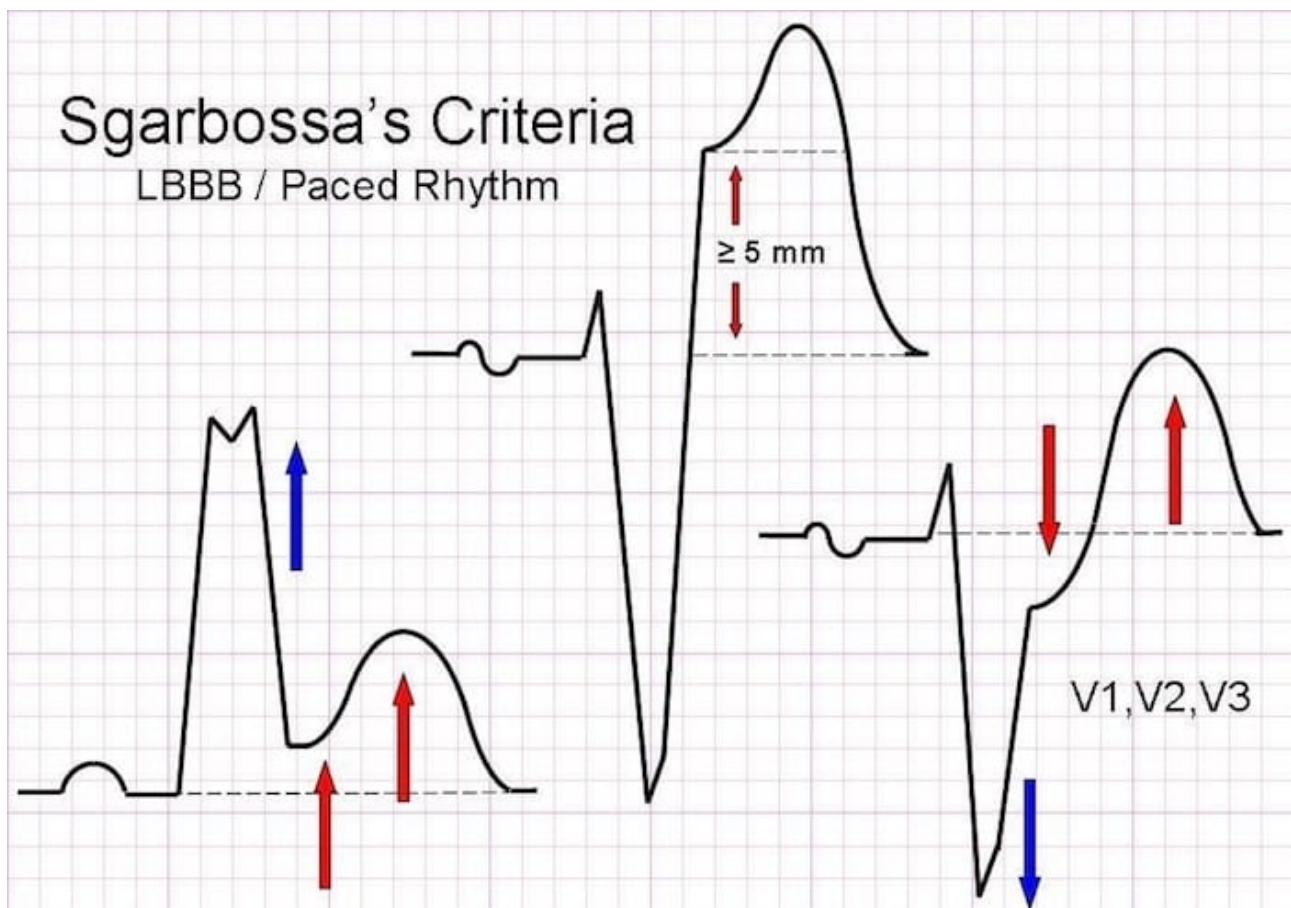
Criterios de Sgarbossa

Los criterios de Sgarbossa son un conjunto de hallazgos electrocardiográficos que se utilizan generalmente para identificar el **infarto agudo de miocardio** en presencia de un **bloqueo de rama izquierda (BRI)** o un **ritmo de marcapasos ventricular**.

Criterios de Sgarbossa



Estimulación ventricular con IM agudo.



El infarto de miocardio (IM) suele ser **difícil de detectar cuando hay bloqueo de rama izquierda (BRI)** en el ECG.

Un gran ensayo clínico de terapia trombolítica para el IM (**GUSTO-1**) evaluó el diagnóstico electrocardiográfico de IM en evolución en presencia de BRI.

La regla fue definida por la **Dra. Elena Sgarbossa**, cardióloga estadounidense nacida en Argentina.



De su biografía, son de destacar los siguientes

- 1978-1983 Médico, Facultad de Medicina de Rosario, Argentina
- Cardiología – Fundación Favaloro y Ministerio de Salud Pública; Buenos Aires, Argentina
- 1989 – Universidad de Bolonia
- 1991-1997 Investigación en cardiología clínica, Fundación Cleveland Clinic
- 1991-1997 Investigación en cardiología clínica, Centro Médico Rush-Presbyterian, Chicago.
- Miembro del consejo editorial de la revista Journal of Electrocardiology.
- Editora adjunta de Caduceus (boletín médico de la ATA)

En el ensayo GUSTO-1 entre **26 003 pacientes** norteamericanos que tuvieron un infarto de

miocardio confirmado por estudios enzimáticos, **131 (0,5 %) tuvieron BRI.**

Se desarrolló un sistema de puntuación, ahora comúnmente llamado **criterios de Sgarbossa**, a partir de los coeficientes asignados por un **modelo logístico para cada criterio independiente, en una escala de 0 a 5.**

Se requirió una **puntuación mínima de 3 para una especificidad del 90 %.**

Los criterios de Sgarbossa incluyen **tres criterios:**

- Elevación del segmento ST ≥ 1 mm en una derivación con complejo QRS positivo (es decir, concordancia) - 5 puntos
- Depresión del segmento ST concordante ≥ 1 mm en la derivación V1, V2 o V3 - 3 puntos
- Elevación del segmento ST ≥ 5 mm en una derivación con un complejo QRS negativo (discordante) - 2 puntos

≥ 3 puntos = 90% de especificidad de STEMI (sensibilidad del 36%)

Un despegue alto del segmento ST en las derivaciones V1 a V3 está bien descrito en el

bloqueo de rama izquierda no complicado, como en el contexto de la hipertrofia ventricular izquierda .

En un subestudio de los ensayos ASSENT 2 y 3, **el tercer criterio aportó poco valor diagnóstico o pronóstico.**

Una puntuación de Sgarbossa ≥ 3 fue **específica pero no sensible (36%)** en la muestra de validación del informe original.

Un metaanálisis posterior de 10 estudios que comprendían **1614 pacientes** mostró que una puntuación de Sgarbossa ≥ 3 **tenía una especificidad del 98% y una sensibilidad del 20%.**

La sensibilidad puede aumentar si se dispone de ECG seriados o previos.

Otros estudios han evaluado la utilidad de diferentes hallazgos electrocardiográficos en el diagnóstico de infarto de miocardio cuando hay bloqueo de rama izquierda.

Smith et al. modificaron los criterios originales de Sgarbossa.

- al menos una derivación con STE concordante (criterio 1 de Sgarbossa) o

- al menos una derivación de V1-V3 con depresión del segmento ST concordante (criterio 2 de Sgarbossa) o
- Elevación del segmento ST excesivamente discordante en V1-V4, definida por una relación ST/S igual o superior a 0,20 y al menos 2 mm de STE. (Esto reemplaza el criterio 3 de Sgarbossa, que utiliza un valor absoluto de 5 mm).

Wackers et al. correlacionaron los cambios en el ECG en el bloqueo de rama izquierda con la **localización del infarto mediante gammagrafía con talio.**

Los **criterios de ECG más útiles fueron:**

- Cambios seriados en el ECG: 67 por ciento de sensibilidad
- Elevación del segmento ST: sensibilidad del 54 por ciento
- Ondas Q anormales: 31 por ciento de sensibilidad
- Signo de Cabrera: 27 por ciento de sensibilidad, 47 por ciento para infarto de miocardio anteroseptal.
- Positividad inicial en V1 con onda Q en V6: sensibilidad del 20% pero especificidad del 100% para infarto de miocardio anteroseptal.

En síntesis, en presencia de un BRI se presenta un IAMCEST cuando hay:

1) un pico del segmento ST de al menos 1 mm en la misma dirección que el QRS en por lo menos una derivación;

2) una caída del segmento ST de al menos 1 mm en la misma dirección que el QRS en una de las derivaciones de V1 a V3;

3) una subida del segmento ST en la dirección opuesta del QRS, que este sea al menos un 25 % del tamaño de la onda S en una derivación.

En la **RVP** (resistencia vascular pulmonar) el **segundo criterio se puede aplicar a las derivaciones de V1 a V6.**

Se recomienda realizar **tratamientos de reperfusión** —como una intervención coronaria percutánea (ICP) o fibrinólisis— si la persona: **tiene sospecha de infarto de miocardio basado en los síntomas y está hemodinámicamente inestable; tiene criterios de Sgarbossa positivos; o tiene un ecocardiograma que muestra un IAMCEST.**

Si uno de los tres criterios de Sgarbossa está presente, en general indica un infarto agudo de miocardio; **su ausencia, que el riesgo es bajo.**

La cardióloga Elena Sgarbossa redactó por primera vez estos criterios en **1996** y Smith propuso modificar el tercer criterio en **2012**.

Si bien históricamente un supuesto BRI nuevo se consideraba equivalente a un IAMCEST, **esto ya no se asume desde el 2013**.

" [https://en-wikipedia-org.translate.goog/wiki/Sgarbossa's_criteria?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc#/media/File:V-paced with acute IWMI.png](https://en-wikipedia-org.translate.goog/wiki/Sgarbossa's_criteria?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc#/media/File:V-paced_with_acute_IWMI.png)

* * https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.rccc.eu/calculadoras/sgarbossa.html&ved=2ahUKEwisu_nLvLOTaxXKrpUCHRLRBoUQFnoECDMFAQ&usg=AOvVaw00SVMvN9R1doV0H5vH4h4a

*** https://litfl-com.translate.goog/elena-sgarbossa/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=wa