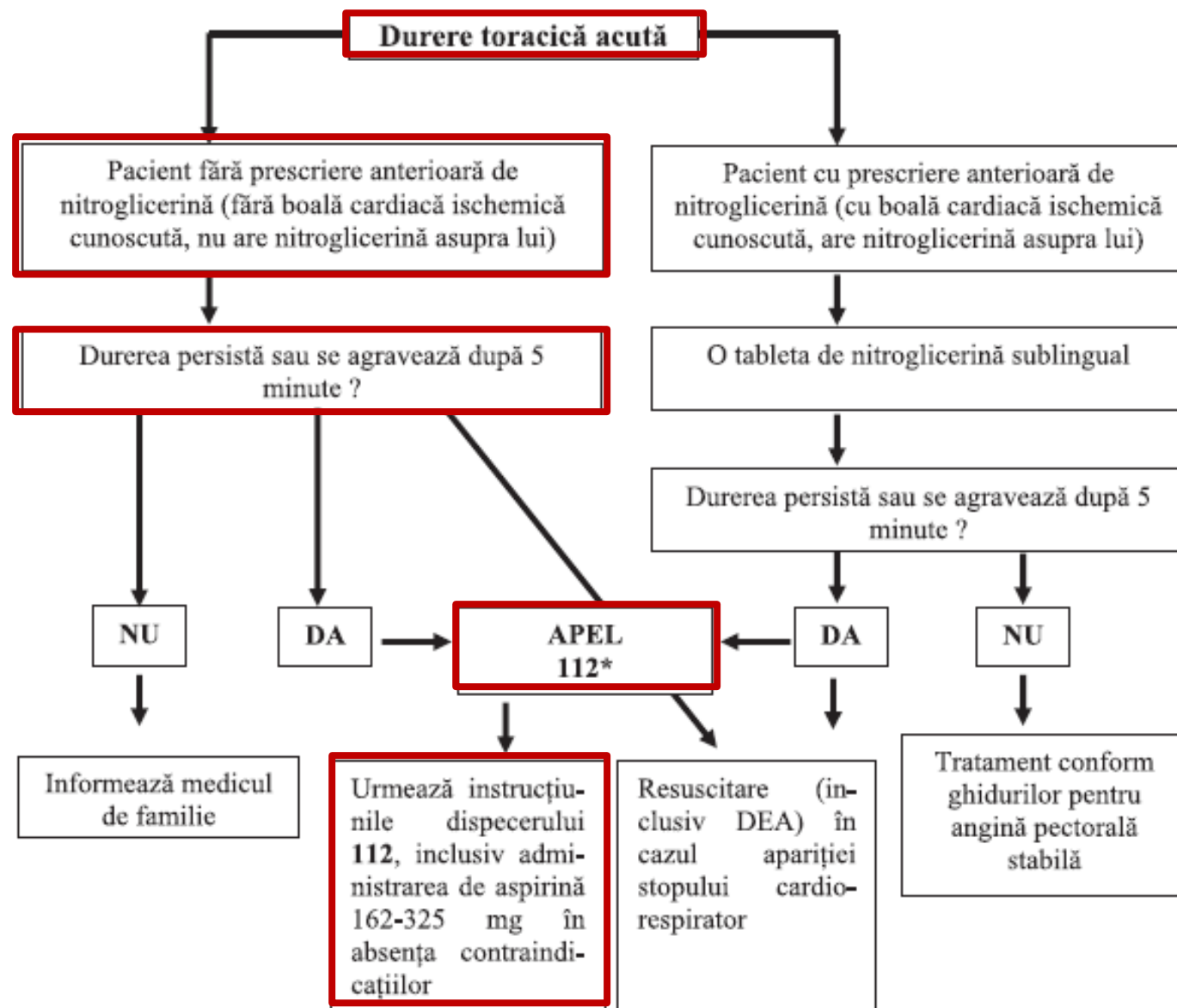


Prezentare de caz

- ✓ Pacienta D. E., 71 ani
- ✓ Pensionara
- ✓ Mediu rural
- ✓ FRCV:
 - ✓ varsta
 - ✓ HTA
 - ✓ hipercolesterolemie
- ✓ Fara tratament ambulator

Istoricul bolii

- ▶ 26.09.2015 – **durere retrosternala persistenta** cu iradiere in umarul, bratul si omoplatul stang aparuta in timpul efortului, urmata de sincopa
- ▶ IBCV – **IMA inferior** - PTCA cu implant de stent ACD, TACS
- ▶ 05.10.2015 – internare in CRCV – includere in programul de recuperare cardiologica



Antecedente heredocolaterale

- ▶ Fiul sau a decedat la varsta de 40 de ani, in urma unui infarct miocardic acut.

Antecedente personale patologice

- Datorita faptului ca pacienta este **la prima prezentare** la un consult medical, nu se cunoaste vechimea patologiei existente si nu are antecedente patologice documentate.

Conditii de viata si munca

- ▶ Locuieste la casa, singura, fara sprijinul familiei.
- ▶ Neaga consumul de alcool si tutun.
- ▶ Consuma intre 1-2 cafele pe zi.
- ▶ A lucrat in agricultura si 4 ani in constructii.
- ▶ Face frecvent miscari usoare (plimbatul cu bicicleta).

Examen clinic obiectiv

- ▶ **Stare generala** - buna, cooperanta
- ▶ **Stare de nutritie** - greutate= 60 kg, talie= 1,62 m, IMC= $22,8 \text{ kg/m}^2$ => normostenica
- ▶ **Stare de constienta** – pastrata
- ▶ **Tegumente**- normal colorate, uscate
- ▶ **Mucoase**- normale colorate
- ▶ **Fanere** – eutrofice
- ▶ **Tesut adipos** - normal reprezentat
- ▶ **Sistem ganglionar** - superficial nepalpabil
- ▶ **Sistem muscular** - normoton, normotrof, normokinetic
- ▶ **Sistem osto-articular** - integru din punct de vedere morfo-functional

Examen clinic obiectiv

- ▶ **Aparat respirator** - torace astenic, ampliatii respiratorii simetrice, murmur vezicular prezent bilateral, **raluri subcrepitante bazal bilateral**, FR= 14 resp/min
- ▶ **Aparat cardio-vascular** - arie precordiala de aspect normal, zgomote cardiace ritmice, bine batute, soc apexian prezent in spatiul V intercostal stang pe LMC, **suflu sistolic de regurgitare mitrala, suflu diastolic de regurgitare aortica**, TA= 115/60 mmHg, FC= 72 b/min
- ▶ **Aparat digestiv** - abdomen moale, mobil cu respiratia, nedureros spontan si la palpare, tranzit intestinal prezent, ficat la rebord, splina nepalpabila
- ▶ **Aparat uro-genital** - loje renale libere, Giordano negativ bilateral, mictiuni fiziologice
- ▶ **Neurologic** - ROT prezente; orientata temporo-spatial; fara deficite motorii

CLASIFICAREA KILLIP a IMA

CLASA KILLIP	RALURI DE STAZĂ	GALOP PROTO - DIASTOLIC	SEMNE DE ȘOC
I	-	-	-
II	< 50%	±	-
III	> 50%	+	-
IV	>50%	+	+++

STEMI

PROFIL HEMODINAMIC

	DISPNEE	TAS	FC	TEGUMENTE	CIANOZA	JUGULARE	RALURI	DIUREZĂ
NORMO-DINAMIC	-	N	N	N	-	N	-	N
HIPER-DINAMIC	-	> 140	> 100	N	-	N	-	N
HIPO TA-BRADI.	-	< 95	<60	N	-	N	-	N
HIPO-VOLEMIE	-	< 95	> 100	N	-	N	-	N/OLIG
INSUFIC.POMPĂ	+ /++ / +++	< 95	N/> 100	N	-	N/TURG	+ /++ / +++	N/OLIG
IMA VD	- /+	< 95	> 100	RECI	++	TURG	- /+	N/OLIG
ȘOC CARDIOG.	+++	< 95	> 100	RECI	+++	TURG	+++	OLIG

Investigatii de laborator in evolutie

	26.09.2015	05.10.2015
Hematocrit	33,6%	31,2 %
Hemoglobina	11,1 g/dl	10,3 g/dl
Leucocite	15 810/ul	9 820/ul
Trombocite	267 000/ul	331 000/ul
VSH	50 mm/h	84 mm/h
Glicemie	152 mg/dl	113 mg/dl
Colesterol total	214 mg/dl	158 mg/dl
LDL	116 mg/dl	89 mg/dl
Uree	70 mg/dl	90 mg/dl
Creatinina	1,30 mg/dl	1,98 mg/dl
Acid Uric	7,2 mg/dl	9,1 mg/dl

Investigatii de laborator in evolutie

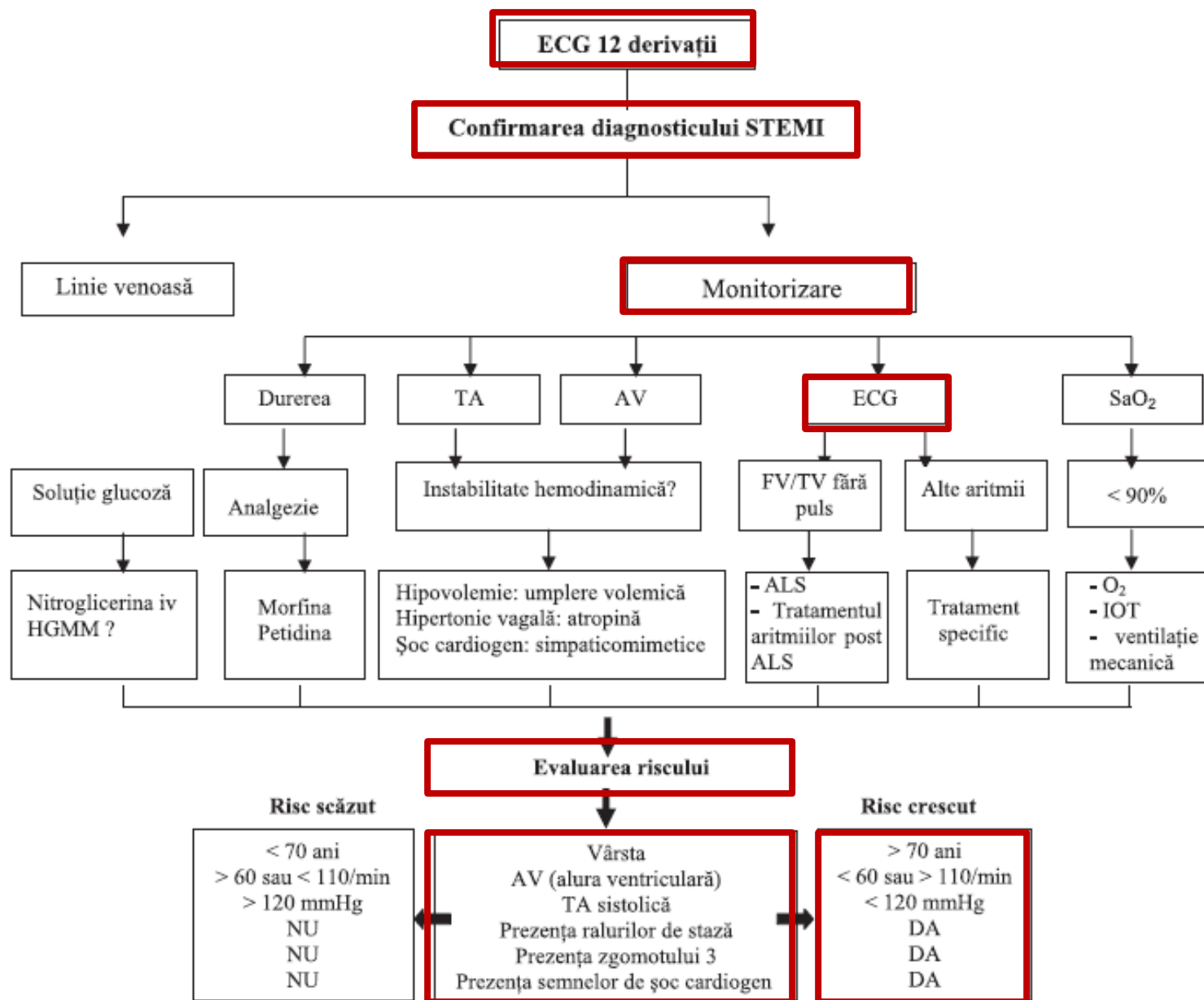
	26.09.2015	05.10.2015
RFG	40 ml/min/1,73 m ²	35 ml/min/1,73 m ²
CK	4062 u/L	N
CK-MB	617 u/L	N
LDH	2055 u/L	N
ASAT	456 u/L	22
ALAT	73u/L	23
APTT	134,3 sec.	

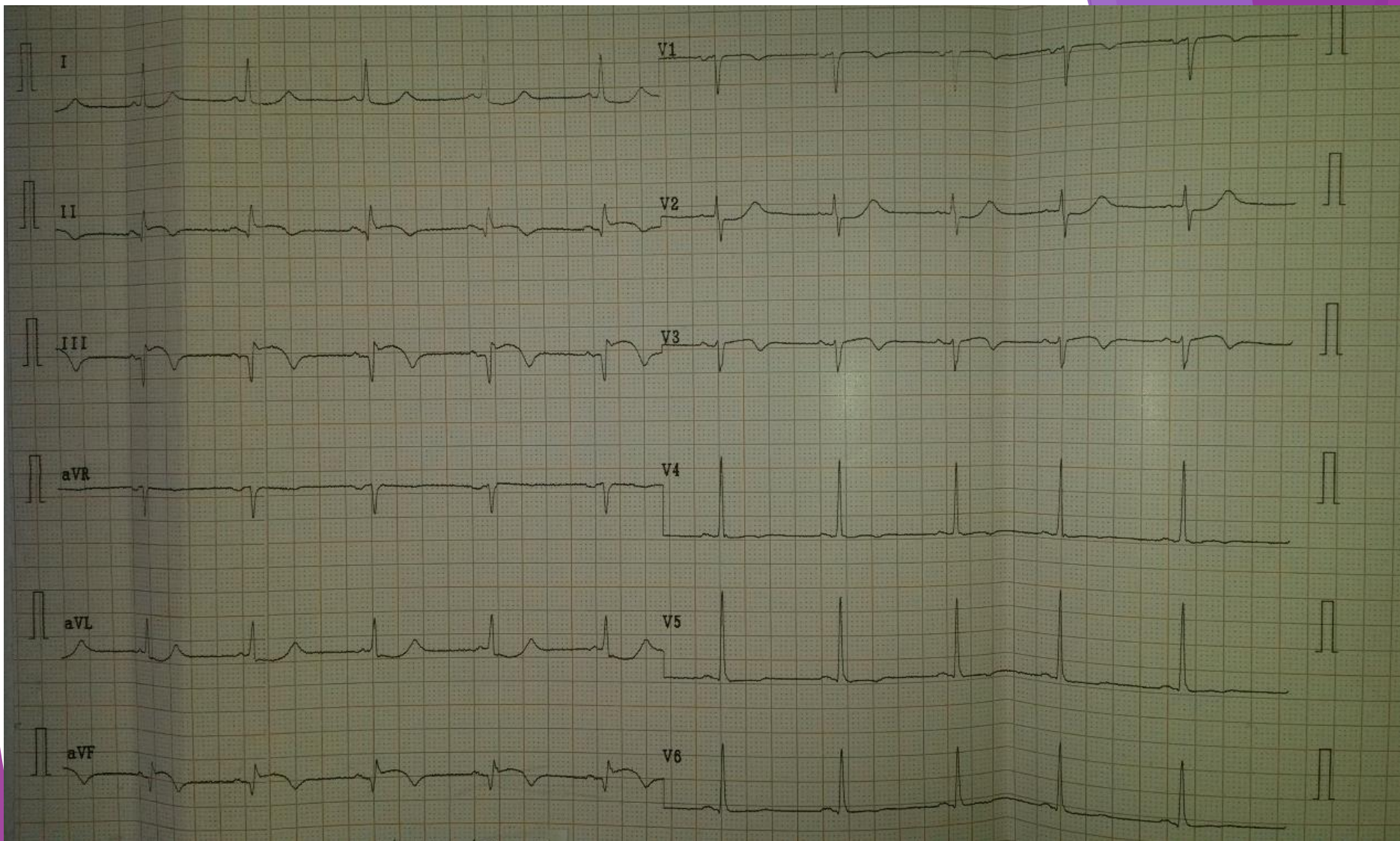
Ce investigatii paraclinice sunt necesare la momentul aparitiei durerii toracice pentru un diagnostic complet si corect?

- A. ECG
- B. Ecocardiografie transtoracica Doppler
- C. CT de torace
- D. Angiocoronarografie

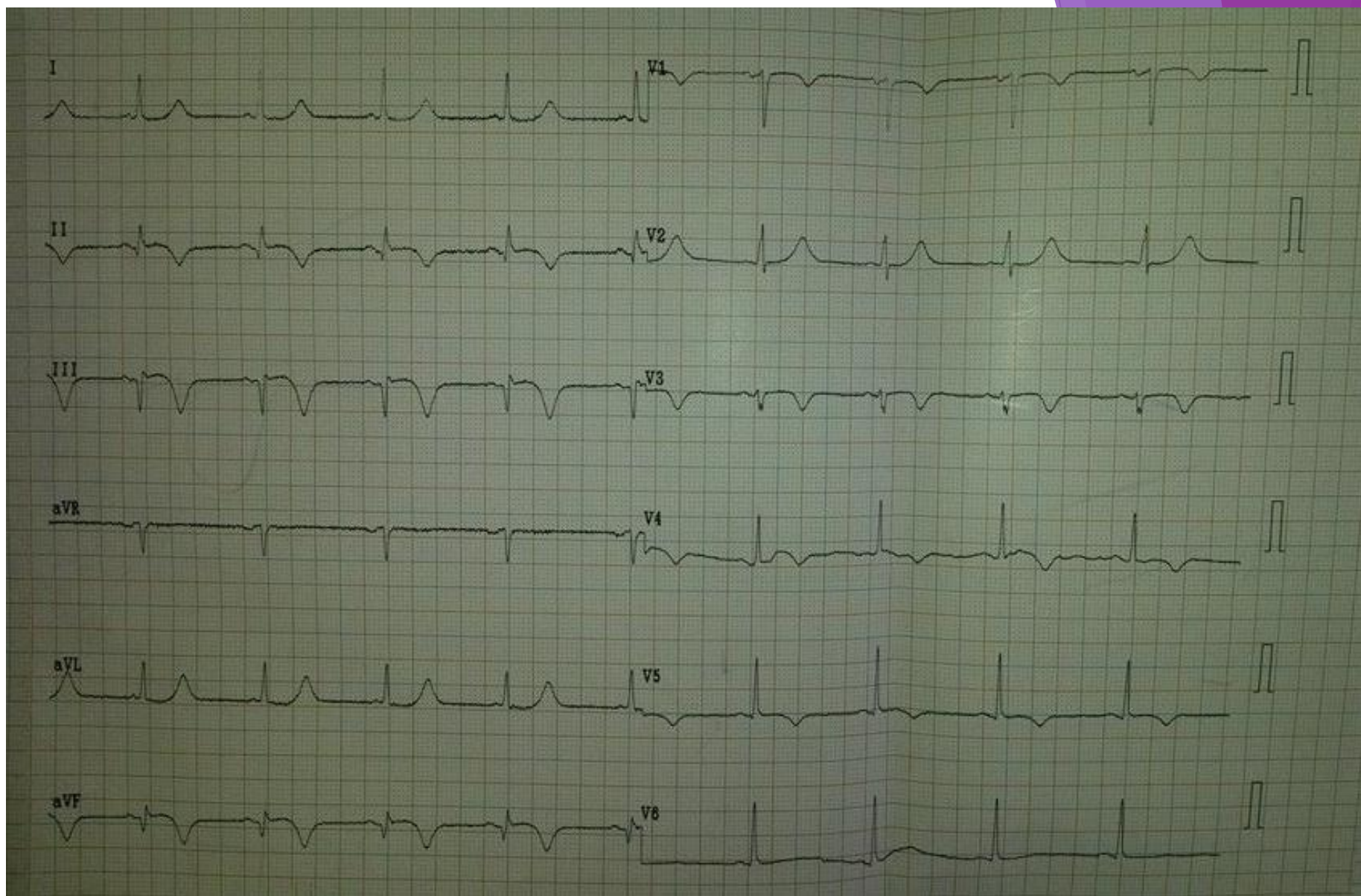
Ce alte investigatii paraclinice sunt necesare la momentul aparitiei durerii toracice pentru un diagnostic complet si corect?

- A. ECG
- B. Ecocardiografie transtoracica Doppler
- C. CT de torace
- D. Angiocoronarografie





- Ritm sinus
- Unda Q in DII, DIII, aVF
- Supradenivelarea segmentului ST de 3 mm in DII, DIII, aVF
- Unde T negative



- Unda T inversata in DII,DIII, aVF, V3
- ST s-a normalizat

STEMI

CORELAȚII CLINICO - ECG

► IM anterior întins

CLASA I = ocluzie proximală ADA

ECG = bloc ramură nou apărut

CLASA II = ocluzie segment mijlociu ADA

ECG = supranivelare ST în D1, aVL, V1-V6

► IM antero-septal /antero-lateral

CLASA III = ocluzie distală ADA sau
ocluzia primei diagonale

ECG = supranivelare ST în V1 - V4 sau
în D1, aVL, V5 – V6

STEMI

CORELAȚII CLINICO - ECG

► IM inferior, complicat cu infarct de VD

CLASA IV = ocluzie ACD (proximal) sau
= ocluzie ACx

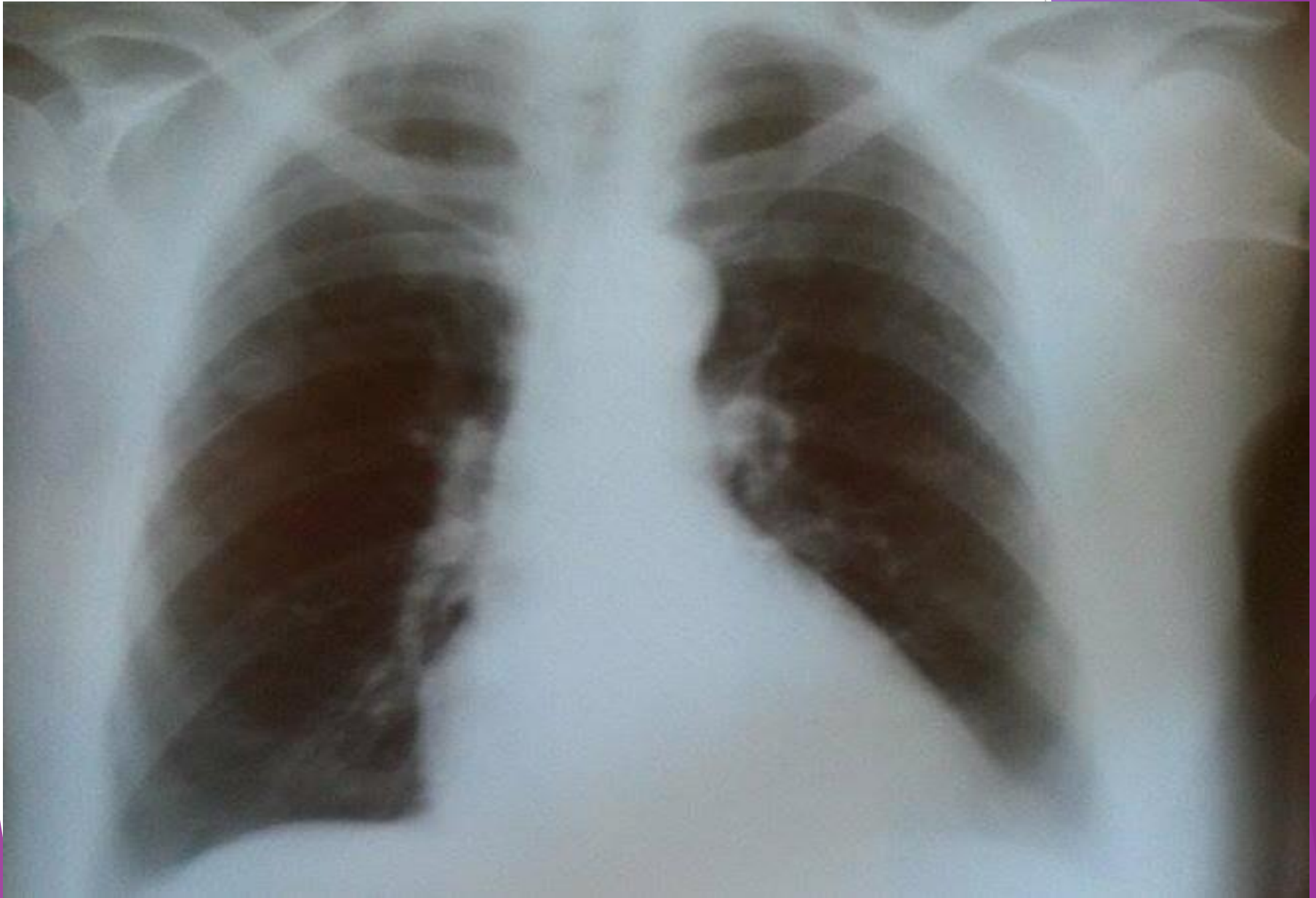
ECG: supranivelare ST în D2-3, aVF, V1
în D2-3, aVF, V5-V6

► IM strict inferior

CLASA V = ocluzie ACD (distal) sau
= ocluzie ACx

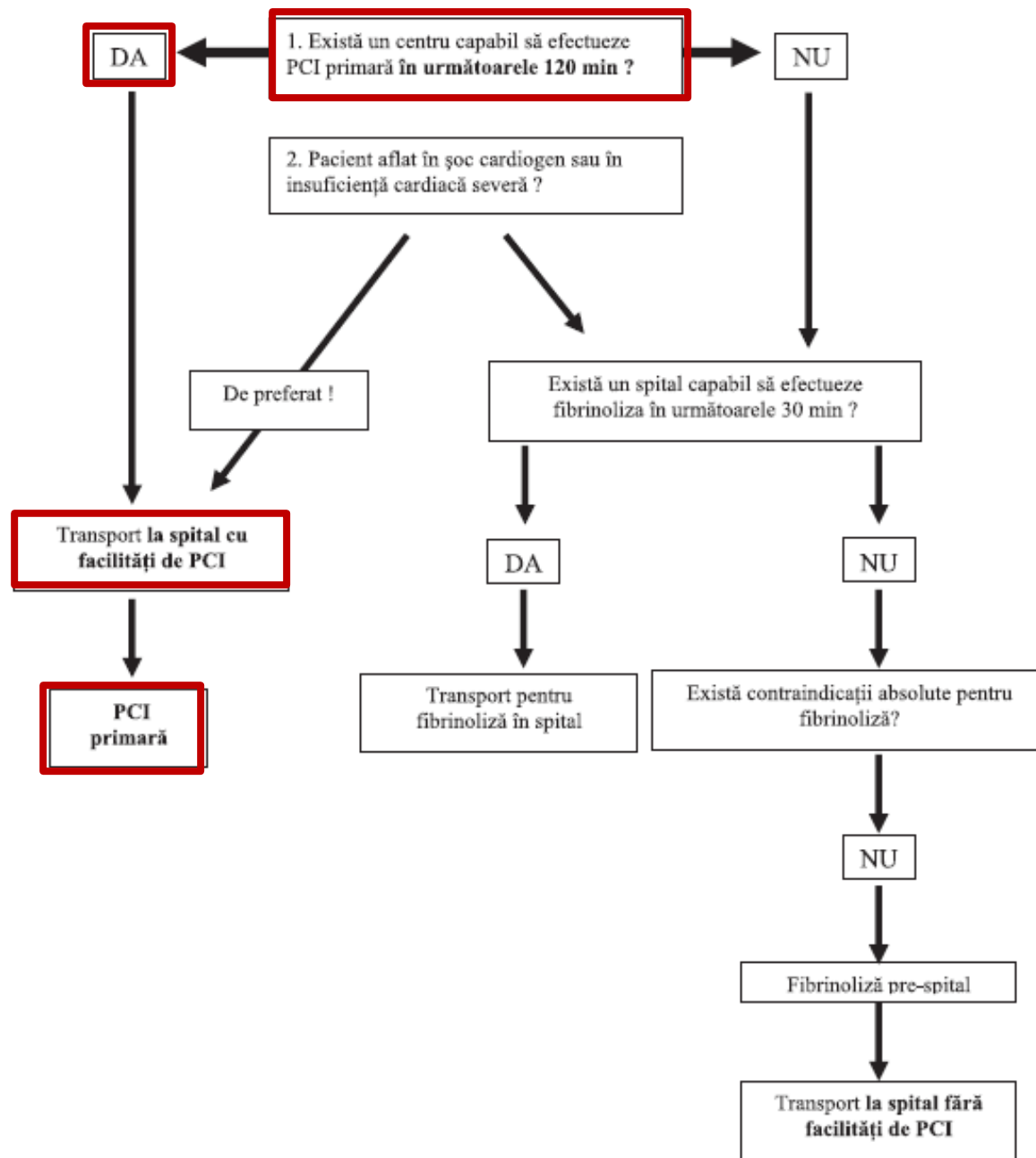
ECG: supranivelare ST în D2-3, aVF

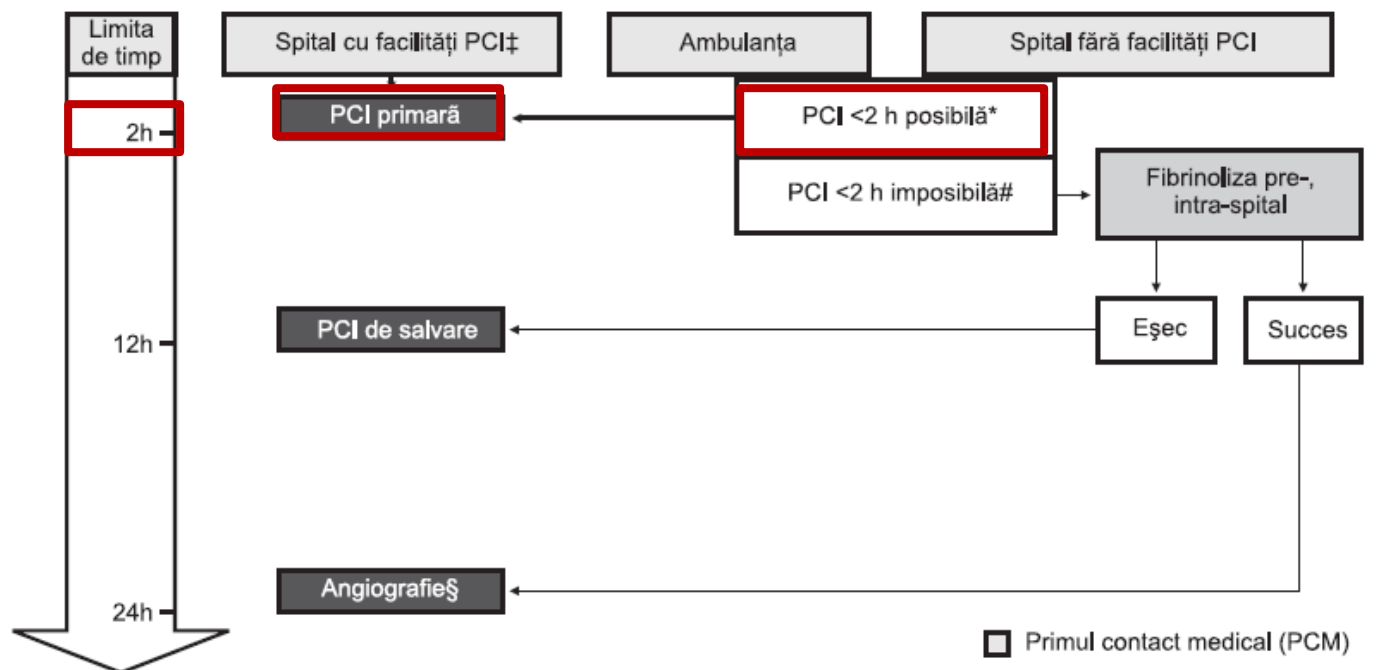
RADIOGRAFIE TORACICA



Ecocardiografie Doppler

- ▶ VS cu hipertrofie concentrica usoara (PPVS: 1,25 cm, SIV: 1,25 cm)
- ▶ FE= 35-40%
- ▶ Disfunctie diastolica tip I cu akinezie postero-inferioara, apex, bazala si SIV mediu
- ▶ Regurgitare mitrala gradul II degenerativa
- ▶ Regurgitare aortica gradul I/II degenerativa
- ▶ Regurgitare tricuspидiana gradul III functionala
- ▶ Hipertensiune pulmonara secundara usoara





* Timpul de la PCM la prima inflație a balonului trebuie să fie <90 min la pacienții prezentați precoce (sub 2 h de la debut), cu cantitate mare de miocard viabil și risc scăzut de sângerare

Dacă PCI nu este posibil sub 2 h de la PCM, începe terapia fibrinolică cât mai repede

§ Nu mai devreme de 3h de la începutul fibrinolizei

† Serviciu 24/7

a. Coronarografie la pacienți la care se planifică PCI primară ca strategie de revascularizare

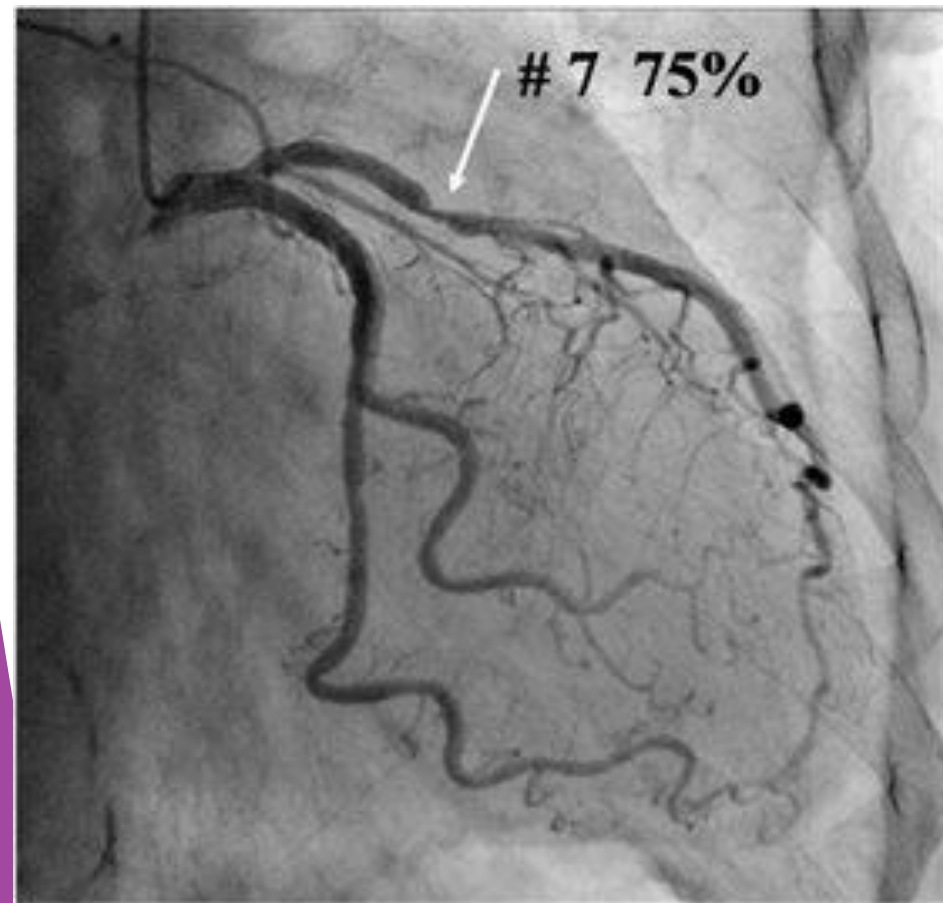
Indicația	Clasa
Ca tratament de elecție în primele 12 ore de la debutul simptomelor dacă se poate realiza în < 90-120 minute de la primul contact medical, într-un laborator dotat tehnic și cu personal antrenat	I
La pacienți în șoc cardiogen cu vârstă < 75 ani	I
La pacienți cu contraindicații pentru tromboliză	I

Tabelul 9. Recomandări de angioplastie coronariană în pacienții cu infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (adaptat după [2])

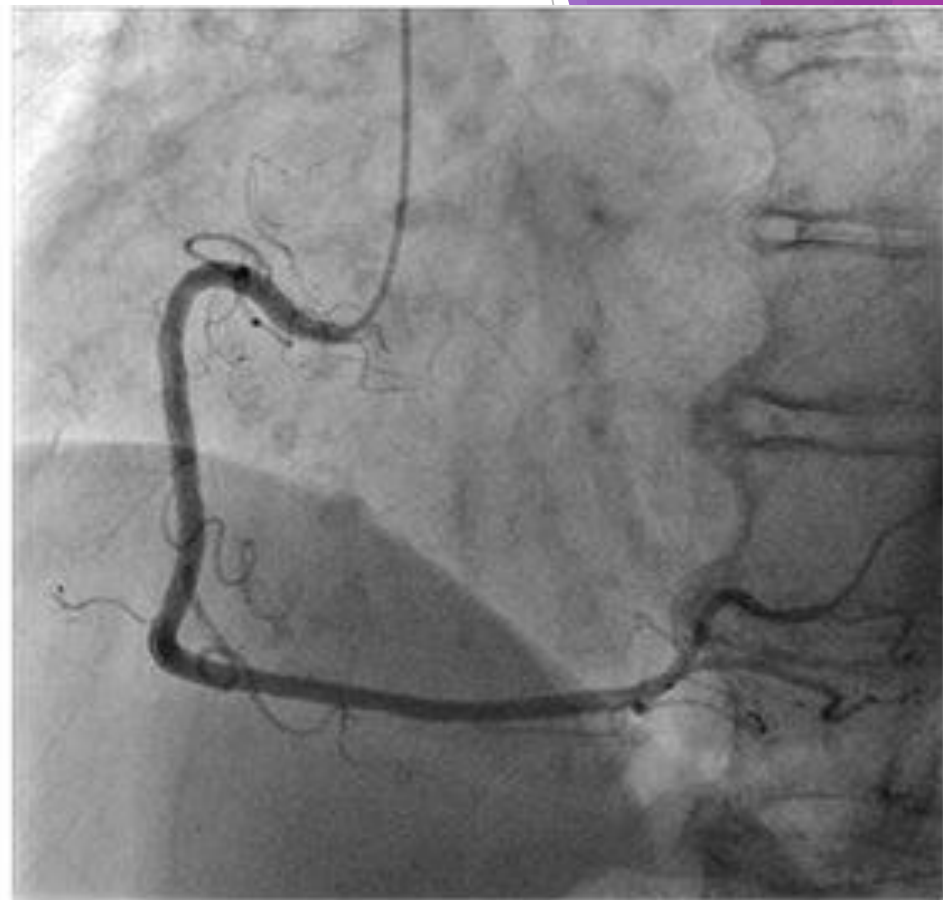
Recomandare	Clasă de recomandare	Nivel de evidență
<p>Angioplastia primară ca terapie de reperfuzie preferată dacă poate fi efectuată de o echipă cu experiență cât mai devreme după primul contact medical (< 2h):</p> <ul style="list-style-type: none"> – tuturor pacienților cu istoric de durere/disconfort toracic cu durată <12 ore care se prezintă cu supradenivelare persistentă de ST sau BRS (presupus) nou 	I	A
Angioplastia primară este indicată tuturor pacienților în șoc cardiogen și celor care au contraindicații de fibrinoliză	I	B
Angioplastia de salvare este indicată după eșecul fibrinolizei pacienților cu infarct întins dacă poate fi efectuată în primele 12 ore de la debutul STEMI	IIa	A
Angioplastia coronariană trebuie luată în considerare dacă există dovezi clinice și/sau ECG de ischemie în desfășurare, chiar dacă, anamnestice, simptomatologia a început cu mai mult de 12 ore anterior	IIa	C
Angioplastia coronariană poate fi luată în considerare la pacienții stabili care se prezintă la >12 ore până la 24 de ore de la debutul simptomatologiei	IIb	B
Angioplastia pentru dezobstrucția arterei responsabile de infarct la peste 24 de ore de la debutul simptomelor la pacienții stabili fără semne de ischemie	III	B

Angiocardonarografie

- ▶ **Artera coronara dreapta:** ocluzie trombotica la nivelul segmentului vertical
- ▶ **Trunchiul arterei coronare stangi:** leziune calcificata subocluziva ce afecteaza ostiul arterei circumflexe, cu o stenoza de 75%



LCA



RCA

Ghidurile ESC pentru **managementul infarctului miocardic acut** la pacientii cu supradenivelare persistenta de segment ST

- ▶ Diagnosticul initial si stratificarea precoce a riscului la pacientii cu suspiciune de IMA
- ▶ **Istoric de durere toracica**/disconfort
- ▶ **Supradenivelare de segment ST persistenta** sau bloc major de ramura stanga nou aparut (presupus). Adesea sunt necesare inregistrari ECG repetate.
- ▶ **Cresterea markerilor de necroza miocardica** (CK-MB, troponina). Nu trebuie asteptat rezultatul pentru a initia tratamentul de reperfuzie.
- ▶ **Ecocardiografia 2D** pentru a exclude ischemia miocardica majora sau alte cauze de durere/disconfort toracic

Diagnostic

- ▶ Boala coronariana trivasculara. Infarct miocardic acut inferior cu supradenivelare de segment ST. Revascularizare miocardica prin angioplastie percutana cu stent farmacologic la niv ACD si TACS
- ▶ Hipertensiune arteriala esentiala gradul II cu risc cardiovascular foarte inalt
- ▶ Regurgitare mitrala degenerativa gradul II
- ▶ Regurgitare aortica degenerativa gradul I
- ▶ Regurgitare tricuspидiana gradul III functionala
- ▶ Hipertensiune pulmonara secundara usoara
- ▶ Insuficienta cardiaca NYHA III
- ▶ Diabet zaharat tip II nou diagnosticat
- ▶ Hipercolesterolemie esentiala
- ▶ Boala cronica de rinichi stadiul IIIB (RFG=35ml/min)
- ▶ Hiperuricemie

Cu ce se face diagnostic diferential in acest caz de IMA?

- A. Pericardita
- B. Disectie acuta de aorta
- C. Sindrom X coronarian
- D. Embolie pulmonara
- E. Ischemie miocardica silentioasa

Cu ce se face diagnostic diferential in acest caz de IMA?

- A. Pericardita
- B. Disectie acuta de aorta
- C. Sindrom X coronarian
- D. Embolie pulmonara
- E. Ischemie miocardica silentioasa

Diagnostic diferencial

► Alte cauze cardiovasculare:

- ✓ stenoza aortica stransa/insuficienta aortica semnificativa;
- ✓ cardiomiopatie hipertrofica;
- ✓ pericardita;
- ✓ miocardita;
- ✓ disectie de aorta;
- ✓ hipertensiune pulmonara;
- ✓ prolaps de valva mitrala;
- ✓ sindrom X coronarian.

► Afectiuni digestive:

- ✓ esofagiene (esofagita de reflux, hernie hiatala, achalazie);
- ✓ gastro-duodenale (ulcer gastric, gastrita);
- ✓ colica biliara;
- ✓ colecistita;
- ✓ pancreatita.

► **Afectiuni respiratorii:**

- ✓ pneumonie;
- ✓ pneumotorax;
- ✓ mediastinite;
- ✓ tumori intratoracice;
- ✓ trombembolism pulmonar.

► **Afectiuni neuro-musculare:**

- ✓ costochondrita (sindromul Tietze);
- ✓ radiculopatie cervicala/toracica;
- ✓ fibromialgie;
- ✓ durere de perete toracic.

► **Conditii psihogene:**

- ✓ stare anxioasa;
- ✓ nevroze;
- ✓ hiperventilatie;
- ✓ atac de panica.

In acest caz...

► Pericardita

- Durere care se accentueaza in clinostatism si se amelioreaza in ortostatism sau cand pacientul este usor aplecat inainte;
- Supradenivelari difuze de ST cu caracter concav, in IM este convex!

► Miocardita

- Istoricul bolii: debut insidios;
- Asocierea unui sindrom viral cu miocardita.

► Disectie acuta aortica

- Durere intense, transfixianta care iradiaza dinspre anterior spre posterior si spatiul interscapulo-vertebral;
- Rx: mediastin largit
- Ecografie transtoracica, ecografie transesofagiana, CT sau RMN

► Embolie pulmonara

- Durere toracica cu caracter pleuritic, asociata cu dispnee, dar fara elemente de edem pulmonar acut;
- Ecocardiografia exclude tulburari de cinetica parietala a ventriculului stang, dar poate evidientia prezenta trombilor in ventriculul drept.

Care sunt factori de risc cardiovasculari prezenti la aceasta pacienta?

- A. Hipercolesterolemia
- B. Varsta
- C. Diabetul zaharat tip II
- D. Hipertensiunea arteriala
- E. Hipertensiunea pulmonara

Care sunt factori de risc cardiovasculari prezenti la aceasta pacienta?

- A. Hipercolesterolemia
- B. Varsta
- C. Diabetul zaharat tip II
- D. Hipertensiunea arteriala
- E. Hipertensiunea pulmonara

- A. Riscul cardiovascular creste **cu 2-3%** pentru fiecare procent de crestere a concentratiei **colesterolului total**.
- B. La ambele sexe, **riscul de BCI creste cu varsta**. Se considera ca limita de varsta pentru aparitia riscului de BCI este de peste 45 ani la barbati si peste 55 ani la femei. Odata cu avansarea in varsta, avantajul femeilor privind RCV scazut inainte de menopauza este pierdut. La varste mai inaintate, femeile cu infarct miocardic au o supravietuire mai mica decat barbatii.
- C. O analiza a studiului populational *Copenhagen Heart Study* (care a inclus peste 13.000 participanti) a aratat ca **diabeticii** au un risc de IMA sau AVC **de 2-3 ori crescut**, independent de alti factori.
- D. Mortalitatea CV se dubleaza pentru fiecare crestere **cu 10 mmHg a TA diastolice**, respectiv **cu 20 mmHg a TA sistolice**.

Complicatiile IMA

A. Complicatii imediate

1. Insuficienta ventriculara stanga
2. Socul cardiogen
3. Ruptura de perete liber ventricular
4. Ruptura de sept interventricular
5. Regurgitarea mitrala
 - dilatarea inelului mitral datorita dilatarii VS si a disfunctiei ventriculare;
 - disfunctia muschiului papilar secundar IM inferior sau ruptura muschiului papilar.
6. Tulburari de ritm si de conducere
 - Aritmii ventriculare
 - Extrasistole ventriculare
 - Tahicardia ventriculara
 - Fibrilatia ventriculara
 - Aritmii supraventriculare
 - Fibrilatia atriala
 - Bradicardia sinusala si blocurile atrioventriculare - gradul I
 - gradul II Mobitz 1
 - gradul II Mobitz 2
 - bloc atrioventricular total

B. Complicatii tardive

1. Tromboza venoasa profunda si embolia pulmonara
2. Tromboza intraventriculara si embolia sistemica
3. Anevrismul de VS
4. Pericardita
 - acuta
 - tardiva (sindromul Dressler)
5. Aritmii ventriculare tardive
6. Angina post-infarct si ischemia miocardica recurenta

Evaluarea riscului

- ▶ Identificarea pacienților cu risc de a dezvolta evenimente ulterioare (reinfarctizare sau deces) și prevenirea acestora.
- ▶ Se evaluează ecocardiografic dimensiunea zonei de infarct și funcția VS în repaus în primele 24-48 ore.
- ▶ Dacă există îndoieli legate de prezenta unei posibile ischemii inductibile în zona infarctată sau neinfarctată, un test de efort sau evaluare imagistică de stres (folosind scintigrafie, ecocardiografie, RMN) este recomandată în următoarele 46 săptămâni.
- ▶ Se utilizează tehnici diagnostice pentru a detecta miocardul viabil.
- ▶ Pentru evaluarea riscului aritmic, se pot face studii electrofiziologice suplimentare.
- ▶ Toți pacienții necesită un bilanț al markerilor de risc metabolic incluzând:
 - colesterolul total, LDL colesterolul, HDL colesterolul;
 - trigliceridele;
 - glicemie plasmatică;
 - funcția renală.

Masuri generale

- **Dieta** reprezinta o parte esentiala in tratamentul pacientului cu afectare coronariana, recomandarile privind alimentatia trebuie individualizate in functie de prezenta celorlalti factori de risc.
- **Regim alimentar hipocaloric, hiposodat, hipolipidic, hipoglucidic**
 - ▶ alimentatie variata, scaderea aportului caloric pentru a evita greutatea excesiva
 - ▶ consum crescut de: legume, cereale integrale, lactate degresate, peste, carne alba
 - ▶ consumul de peste si acizi grasi omega 3 - reducerea riscului de evenimente cardiovasculare fatale (**peste: 1-2 ori/săptămână**);
 - ▶ reducerea grasimilor la **< 30%** din aportul caloric total, din care **< 1/3** sa fie saturate
 - ▶ inlocuirea grasimilor saturate si a acizilor grasi trans saturati cu grasimi mono / polinesaturate (ulei de masline sau rapita (**>30 g/zi**);
 - ▶ ajustarea aportului caloric – **IMC<25 kg/m²**
 - ▶ reducerea consumului de sare la aproximativ **< 5g/zi**
- Vaccinare antigripala

Masuri generale

- ▶ Controlul optim al tensiunii arteriale și al constantelor metabolice: ***diabetul zaharat*** și elementele componente ale sindromului metabolic, care cresc riscul progresiei bolii coronariene.
- ▶ Activitatea fizica: exercitiul fizic de intensitate medie timp de **30 de minute** in majoritatea zilelor saptamanii, in limita tolerantei: mers in ritm alert pe jos, mers cu bicicleta, jogging.
 - reduce riscul de eveniment coronarian acut;
 - creste capacitatea de efort,
 - reduce simptomele;
 - are efect benefic asupra greutatii corporale, tensiunii arteriale, tolerantei la glucoza si a sensibilitatii la insulina.

Tinte terapeutice

▶ TA < 140/80 mmHg la pacientii:

- cu infarct miocardic;
- diabetici;
- cu boala renala cronica;
- cu AVC.

▶ Controlul diabetului

La pacientii diabetici obiectivul este o HbA1c < 6,5%.

▶ Controlul profilului lipidic

- colesterol total= 175 mg/dl, ideal 155 mg/dl daca este realizabil;
- LDL colesterol= 100 mg/dl , ideal 70 mg/dl, daca este realizabil

Tabelul 14. Recomandări de tratament antitrombotic la pacienții cu STEMI la care se efectuează PCI (conform [44])

	Clasă de recomandare	Nivel de evidență
Tratament antiagregant		
Aspirină	I	B
Clopidogrel (doză de încărcare de 600 mg cât mai precoce)	I	C
Prasugrel	I	B
Ticagrelor	I	B
Inhibitori de GP IIb-IIIa la pacienții cu dovadă de tromb masiv intracoronarian		
Abciximab	IIa	A
Eptifibatidă	IIa	B
Tirofiban	IIb	B
Inhibitori de GP IIb-IIIa înainte de PCI	III	B
Tratament anticoagulant		
Bivalirudină (monoterapie)	I	B
Heparină nefracționată	I	C
Fondaparinux	III	B

Tabelul 20. Tratatamentul medical pe termen lung după infarctul miocardic acut cu supradenivelare de ST (conform [2])

Recomandări	Clasă
Antiagregante/anticoagulante	
Aspirină tot restul vieții (75-100 mg zilnic) pentru toți pacienții fără alergie	I A
Clopidogrel (75 mg zilnic) timp de 12 luni pentru toți pacienții, indiferent de tratamentul fazei acute	IIa C
Clopidogrel (75 mg zilnic) la toți pacienții cu contraindicație la aspirină	I B
Anticoagulant oral cu INR între 2 și 3 la pacienții cu intoleranță la aspirină și clopidogrel	IIa B
Anticoagulant oral la valoarea recomandată a INR-ului în funcție de indicația clinică (FA, tromboză de VS, valvă mecanică)	I A
Anticoagulant oral (cu INR între 2 și 3) în plus de aspirină în doze mici (75-100 mg) pacienților cu risc înalt de accident tromboembolic	IIa B
Anticoagulant oral în plus de aspirină și clopidogrel (implantare recentă de stent pe lângă indicația anticoagulării orale)	IIb C
Anticoagulant oral în plus de aspirină sau clopidogrel (implantare recentă de stent pe lângă indicația anticoagulării orale și risc hemoragic crescut)	IIb C

Beta-blocante

Beta-blocante orale tuturor pacienților care tolerează medicația și fără contraindicații, indiferent de valorile TA sau a funcției VS

I A

IECA și BRA

IECA ar trebui administrați tuturor pacienților fără contraindicație, indiferent de valorile TA sau a funcției VS

IIa A

BRA ar trebui administrați tuturor pacienților fără contraindicație, care nu tolerează IECA, indiferent de valorile TA sau a funcției VS

IIa C

Statine

Statinele trebuie administrate cât mai precoce tuturor pacienților fără contraindicații, indiferent de valorile colesterolului, cu scopul de a obține un LDL colesterol sub 100 mg/dl

I A

Medicatie - individualizare

MEDICAMENT	Dimineata	Pranz	Seara
Trombex 75mg	1	-	-
Aspirin Cardio 100mg	-	1	-
Atorvastatina 80	-	-	1
Ramipril 10mg	½	-	½
Metoprolol 100mg	½	-	½
Furosemid 40mg	-	1	-
Controloc 20mg	1	-	-
Nitroglicerina cp slg la nevoie			

- ▶ Utilizarea **Aspirinei** in doze de 75mg- 325 mg zilnic a aratat o reducere de 25% a reinfarctizarii si decesului la pacientii post-infarct.
- ▶ **Clopidogrelul** poate fi administrat suplimentar aspirinei 3-12 luni, in medie 9 luni

- ▶ **Atorvastatina 80mg** - reduce evenimentele ischemice si scade mortalitatea la pacientii cu boala cardiaca ischemica; indicate tuturor pacientilor cu STEMI indiferent de nivelul colesterolului

Valori tinta: *CT= 155 mg/dl, LDL= 70 mg/dl*

- ▶ **Ramipril 10 mg** - reduc mortalitatea si incidenta AVC dupa STEMI complicat cu disfunctie sistolica

Valori tinta: *TA < 140/80mmHg*

- ▶ **Metoprolol succinat 100 mg** – scade riscul de aritmii

Clase de recomandare	Definiție
Clasa I	Dovezi și/sau acordul unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament
Clasa II	Dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/eficacitatea tratamentului
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente
Clasa III	Dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunator

Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate sau metaanalize
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu randomizat sau mai multe studii mari, nerandomizate
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retropec-tive, registre

