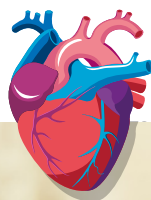


*E se potessi valutare
il rischio di scompenso cardiaco
nei tuoi pazienti?*

Con **NT-proBNP** puoi.



Lo scompenso cardiaco nel paziente diabetico

Può essere causa di:



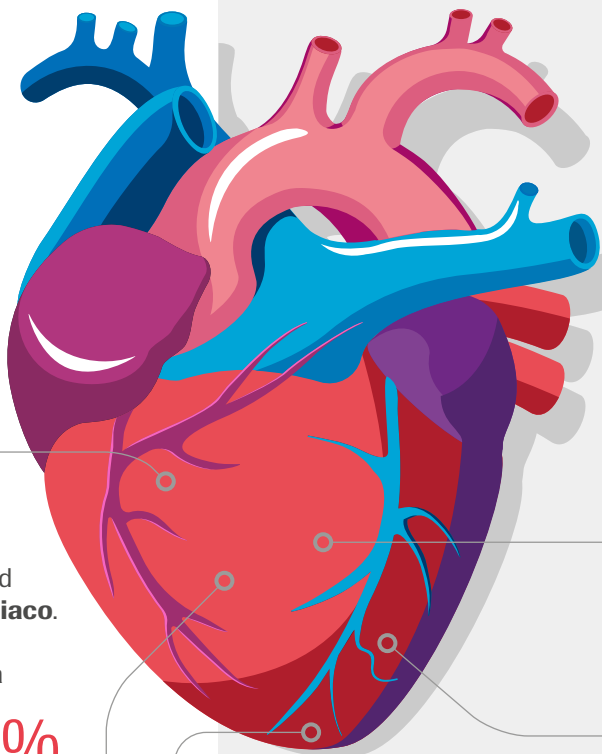
Peggioramento delle condizioni cliniche



Ricovero ospedaliero

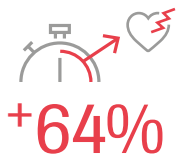
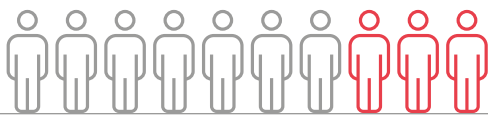


Ingenti costi per il Sistema Sanitario



Si stima che il **30%** dei pazienti con diabete mellito di tipo 2 (T2DM) sia ad **elevato rischio di scompenso cardiaco**. L'alta eterogeneità di questi pazienti ne rende di fondamentale importanza l'individuazione corretta.^{1,2,3,4}

30%



Tra i pazienti diabetici di tipo 2 senza una storia di problemi cardiovascolari, un ritardo nell'intensificazione del trattamento di un anno era associato a un **aumento del rischio di scompenso cardiaco del 64%**.⁵

*“I metodi attuali per valutare il rischio di malattie cardiovascolari in pazienti T2DM hanno performance che **NT-proBNP** potrebbe migliorare.”⁶*

NT-proBNP

il biomarcatore d'elezione

Da oggi il marcatore NT-proBNP potrà essere di supporto nella valutazione del rischio con un semplice prelievo di sangue.



NT-proBNP è il marcatore Gold Standard nella gestione dello Scompenso Cardiaco per diagnosi, prognosi e monitoraggio⁷



Adatto per tutti i pazienti con scompenso cardiaco e ad ogni terapia



Permette di attivare una cura cardiovascolare preventiva e protettiva



NT-proBNP Roche: esperienza pluridecennale



Pazienti con NT-proBNP >125 pg/mL presentano un **rischio significativamente più alto di ospedalizzazione o morte** rispetto a pazienti con NT-proBNP basso.²

NT-proBNP <125 pg/mL



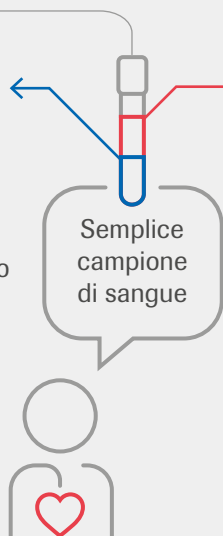
Basso Rischio di scompenso cardiaco



Nessuna azione rischiesta per un anno



Ripetere il test dopo 12 mesi



NT-proBNP >125 pg/mL



Aumento del rischio di scompenso cardiaco



Valutazione avanzata del rischio cardiovascolare



Precoce intensificazione della terapia cardiovascolare protettiva



Un migliore outcome nei pazienti trattati precocemente^{3, 8}

Bibliografia

1. Scirica BM, et al. Circulation. (2014); doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010389.
2. Huelsmann M, et al. Eur Heart J. 2008;29(18):2259-2264. doi:10.1093/eurheartj/ehn334.
3. Huelsmann M, et al. J Am Coll Cardiol. 2013;62(15):1365-1372. doi:10.1016/j.jacc.2013.05.069.
4. Einarson TR et al. Cardiovasc Diabetol. (2018); doi:10.1186/s12933-018-0728-6.
5. Paul SK et al. Cardiovasc Diabetol. 2015;14:100. Published 2015 Aug 7. doi:10.1186/s12933-015-0260-x.
6. Prausmüller et al. Cardiovasc. Diabetol. 2021 Feb 2;20(1):34'.
7. McKie PM and Burnett JC. J Am Coll Cardiol. (2016); doi: 10.1016/j.jacc.2016.10.001.
8. Ledwidge M et al. JAMA. (2013); 310(1):66-74. doi:10.1001/jama.2013.7588.

Per saperne di più, visita il nostro sito dedicato ai marcatori cardiaci.



#CarDiaLogue

© 2021 Roche



Roche Diagnostics SpA
Viale G.B. Stucchi, 110
20900 Monza (MB)