

3er Curs
D'ACTUALITZACIÓ EN
INSUFICIÈNCIA
CARDÍACA



Cuál será el manejo en el paciente IC "de novo"

Dra. Mónica Ruiz Pombo
Servicio Medicina Interna
Hospital de Viladecans
12 noviembre 2021

@ PRINCIPIOS GENERALES



@ Los pacientes con IC de de novo son aquellos que presentan síntomas de IC por primera vez.

@ Constituyen una porción significativa y muy variable (entre el 12 y el 63%) de los pacientes con IC aguda.

Senni M et al. *Int J Cardiol. Int J Cardiol.* 2014;173: 163-169.

@ De ellos, entre un 30-58% se presentan con ICfEr.

Franco J et al. *Eur J Intern Med.* 2015;26:357-362.

@ Escasa evidencia sobre la eficacia de los tratamientos en la IC de novo.

@ MANEJO DE LA IC DE NOVO



OPORTUNIDAD DEL MANEJO PRECOZ

Dynamic Trajectories of Left Ventricular Ejection Fraction in Heart Failure



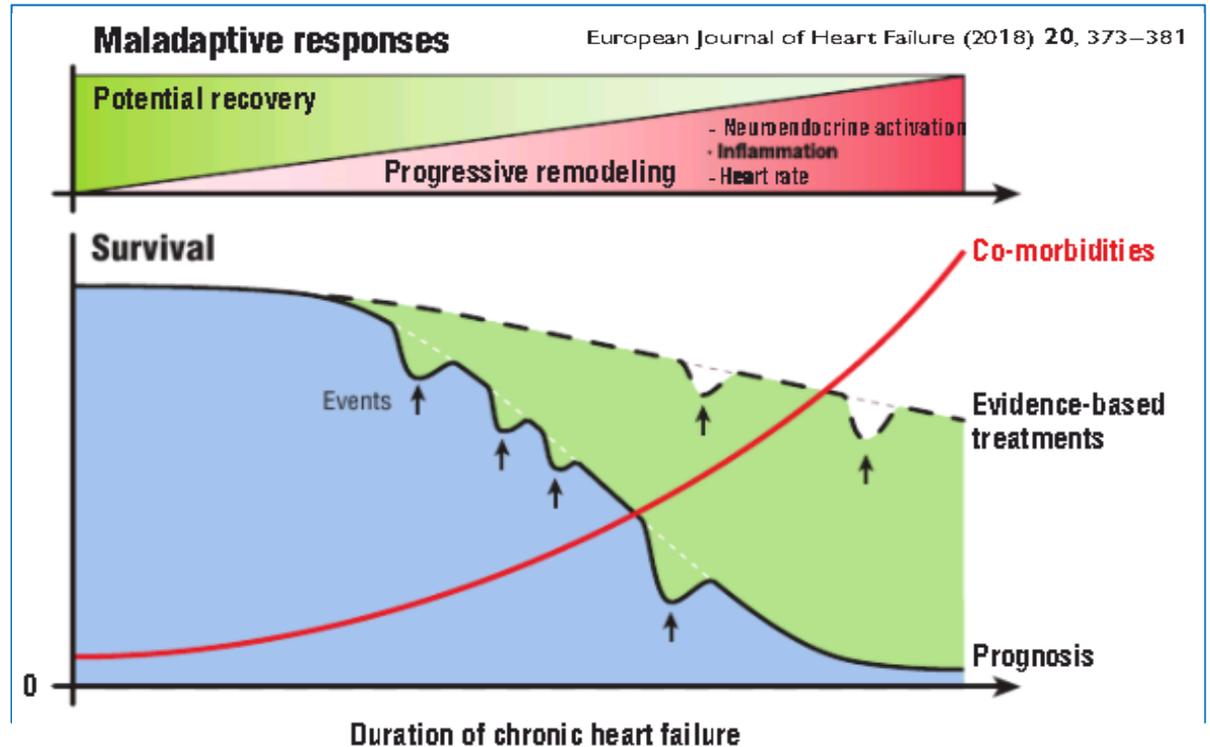
Josep Lupón, MD, PhD,^{a,b,c,d} Giovana Gavidia-Bovadilla, MSc,^{e,f} Elena Ferrer, MD,^b Marta de Antonio, MD, PhD,^{a,b} Alexandre Perera-Lluna, PhD,^{f,g,h} Jorge López-Ayerbe, MD,^b Mar Domingo, MD, PhD,^a Julio Núñez, MD, PhD,^{d,i,j} Elisabet Zamora, MD, PhD,^{a,b,c,d} Pedro Moliner, MD,^{a,b} Patricia Díaz-Ruata, MSc,^{f,g} Javier Santesmases, MD,^a Antoni Bayés-Genís, MD, PhD^{a,b,c,d}

Un manejo precoz en pacientes con IC *de novo*, tiene un mayor beneficio comparado con pacientes con IC previa

Mayor incremento de la FEVI el primer año respecto pacientes con trayectoria previa de IC.

Journal of the American College of Cardiology

Volume 72, Issue 6, 7 August 2018, Pages 591-601



@ PERFIL DE PACIENTE CON IC DE NOVO



Insuficiencia cardiaca aguda *de novo*: características clínicas y mortalidad al año en el Registro Español de Insuficiencia Cardiaca Aguda



Med Clin (Barc). 2019;152(4):127–134

Jonathan Franco^{a,*}, Francesc Formiga^b, Xavier Corbella^{b,c}, Alicia Conde-Martel^d, Pau Llácer^e, Pablo Álvarez Rocha^f, Gabriela Ormaechea Gorricho^f, José Satué^g, Llanos Soler Rangel^h, Luis Manzanoⁱ y Manuel Montero-Pérez-Barquero^j, en nombre del Grupo de investigadores RICA[◇]

	Total (n = 3550)	De novo (n = 1105)	Crónica descompensada (n = 2445)	p
Edad (años), media ± DE	79,3 (8,4)	78,8 (8,9)	79,6 (8,2)	0,011
Sexo masculino (%)	1669 (47%)	534 (48%)	1135 (46%)	0,293
IMC, kg/m ² , media ± DE	29,3 (10,1)	29,1 (5,4)	29,3 (11,6)	0,480
Etiología de IC (%)				
Isquémica	958 (27%)	265 (24%)	693 (29%)	0,003
Hipertensiva	1359 (39%)	465 (42%)	894 (37%)	0,006
Valvular	621 (18%)	132 (12%)	489 (20%)	<0,001
Otras	563 (16%)	240 (22%)	323 (13%)	<0,001
Factor precipitante de la ICA (%)				
SCA	235 (6,6%)	87 (7,9%)	148 (6,1%)	0,049
Urgencia hipertensiva	230 (6,5%)	68 (6,2%)	162 (6,6%)	0,659
Fibrilación auricular rápida	824 (23%)	348 (31%)	476 (19%)	<0,001
Transgresión	370 (10,4%)	84 (7,6%)	286 (12%)	<0,001
Infección respiratoria	1103 (31%)	292 (26%)	811 (33%)	<0,001
Otras	1251 (35%)	362 (33%)	889 (36%)	0,040
Diabetes mellitus (%)	1974 (56%)	541 (49%)	1433 (59%)	<0,001
Hipertensión arterial (%)	3065 (86%)	910 (82%)	2155 (88%)	<0,001
EPOC (%)	870 (25%)	217 (20%)	653 (27%)	<0,001
Fibrilación auricular (%)	1936 (55%)	574 (52%)	1362 (56%)	0,038
NHYA I-II (%)	2213 (63%)	823 (75%)	1390 (57%)	<0,001
NYHA III-IV (%)	1317 (37%)	279 (25%)	1038 (43%)	<0,001
FEVI < 40 (%)	823 (23%)	229 (21%)	594 (24%)	0,020
FEVI 40-49 (%)	530 (15%)	156 (14%)	374 (15%)	0,387
FEVI ≥ 50 (%)	2196 (62%)	720 (65%)	1476 (60%)	0,007

New onset heart failure — Clinical characteristics and short-term mortality. A RICA (Spanish registry of acute heart failure) study

Jonathan Franco ^a, Francesc Formiga ^a ✉, David Chivite ^a, Luis Manzano ^b, Margarita Carrera ^a, José Carlos Arévalo-Lorido ^d, Francisco Epelde ^a, Jose Manuel Cerqueiro ^f, Ana Serrado ^e, Manuel Montero Pérez-Barquero ^h, for the RICA investigators ¹

European Journal of Internal Medicine

Volume 26, Issue 5, June 2015, Pages 357-362

Características clínicas y mortalidad de la insuficiencia cardiaca de novo, según la fracción de eyección ventricular izquierda

	Total (n= 1105)	FEVI < 40 (n= 229)	FEVI 40-49 (n= 156)	FEVI ≥ 50 (n= 720)	p
Edad, años	78,8 (8,9)	75,5 (10,7)	79 (9,1)	79,7 (8)	0,001
Sexo femenino (%)	571 (52%)	84 (37%)	57 (37%)	430 (60%)	< 0,001
IMC, kg/m ²	29,1 (5,4)	28 (5,3)	28,6 (5,6)	29,6 (5,3)	0,001
<i>Etiología de IC (%)</i>					
Isquémica	265 (24%)	94 (41%)	66 (42%)	105 (15%)	< 0,001
Hipertensiva	465 (42%)	38 (17%)	39 (25%)	388 (54%)	< 0,001
Valvular	132 (12,0%)	14 (6,2%)	22 (14%)	96 (13%)	0,010
Otras	240 (22%)	81 (36%)	29 (19%)	130 (18%)	< 0,001
Diabetes mellitus (%)	541 (49%)	97 (42%)	75 (48%)	369 (51%)	0,062
Hipertensión arterial (%)	910 (82%)	168 (73%)	120 (77%)	622 (86%)	< 0,001
EPOC (%)	217 (20%)	44 (19%)	28 (18%)	145 (20%)	0,810
Fibrilación auricular (%)	574 (52%)	89 (39%)	83 (53%)	402 (56%)	< 0,001
NHYA I-II (%)	823 (75%)	156 (68%)	119 (76%)	548 (76%)	0,037
NYHA III-IV (%)	279 (25%)	73 (32%)	37 (24%)	169 (24%)	0,037

Episodios en pacientes con IC de novo vs IC previa

	Total (n= 3550)	De novo (n= 1105)	Crónica descompensada (n= 2445)	P valor
<i>Mortalidad por todas las causas (%)</i>				
A los 3 meses	331 (9,3%)	63 (5,7%)	268 (11%)	< 0,001
A los 12 meses	818 (23%)	168 (15%)	650 (27%)	< 0,001
<i>Mortalidad cardiovascular (%)</i>				
A los 3 meses	168 (4,7%)	29 (2,6%)	139 (5,7%)	< 0,001
A los 12 meses	354 (10%)	55 (5%)	299 (12%)	< 0,001
<i>Reingreso hospitalario por todas las causas (%)</i>				
A los 3 meses	712 (20%)	161 (15%)	551 (23%)	< 0,001
A los 12 meses	1465 (41%)	363 (33%)	1102 (45%)	< 0,001
<i>Reingreso hospitalario cardiovascular (%)</i>				
A los 3 meses	409 (11,5%)	74 (6,7%)	335 (14%)	< 0,001
A los 12 meses	844 (24%)	173 (16%)	671 (27%)	< 0,001
<i>Días de estancia hospitalaria, media ± DE</i>				
	10,5 (5,7)	9,4 (3,2)	11 (6)	< 0,001

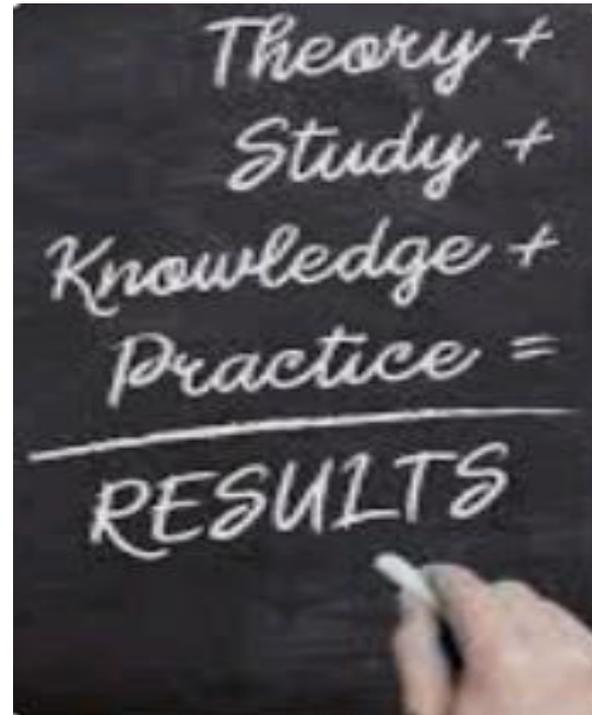
X 2

European Journal of Internal Medicine
Volume 26, Issue 5, June 2015, Pages 357-362

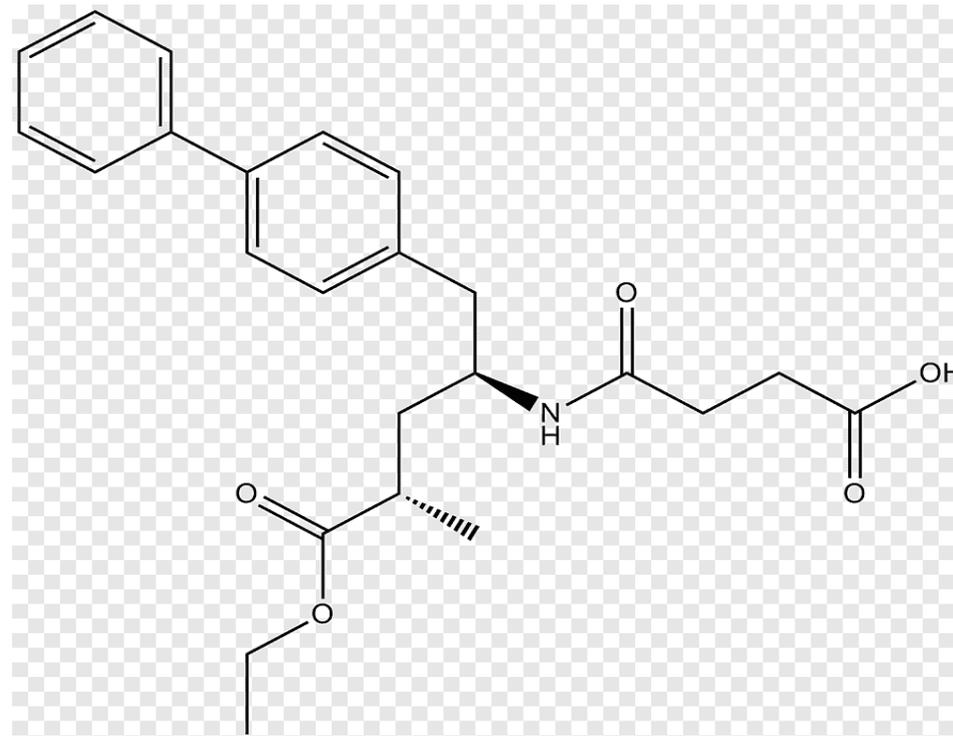
Factores asociados a la mortalidad en IC de novo

Edad, años	1,05 (1,03-1,07)	< 0,001		
Sexo masculino	1,37 (1,01-1,86)	0,043		
IMC (kg/m ²)	0,93 (0,90-0,96)	< 0,001	0,94 (0,91-0,97)	< 0,001
Etiología valvular	1,48 (0,98-2,24)	0,060		
SCA como precipitante de ICA	1,68 (1,05-2,68)	0,030		
Índice de Charlson	1,19 (1,13-1,26)	< 0,001	1,11 (1,04-1,18)	0,002
Índice de Barthel	0,98 (0,97-0,98)	< 0,001	0,98 (0,97-0,99)	< 0,001
Hemoglobina	0,90 (0,84-0,97)	0,005		
MDRD < 60ml/min	2,02 (1,66-2,45)	< 0,001	1,73 (1,38-2,16)	< 0,001
Urato (mg/dl)	1,06 (1,03-1,09)	< 0,001		
NYHA III-IV	1,65 (1,20-2,27)	0,002		
<i>Tratamiento al alta</i>				
IECA v/o ARA II	0,60 (0,44-0,82)	0,001	0,70 (0,50-0,98)	0,038
Bloqueadores beta	0,60 (0,45-0,82)	0,001	0,57 (0,41-0,79)	< 0,001
Antialdosterónicos	1,58 (1,14-2,19)	0,006	2,13 (1,52-2,99)	< 0,001
Antiagregantes	1,67 (1,23-2,27)	< 0,001	1,87 (1,33-2,63)	< 0,001
Estatinas (%)	0,81 (0,59-0,90)	0,005	0,62 (0,44-0,87)	0,006

@ EVIDENCIA DISPONIBLE



ANTAGONISTAS RECEPTORES ANGIOTENSINA NEPRILISINA(ARNI)



ESC 2021: Aparece la recomendación en el paciente de novo

American College of Cardiology

“Because of this totality of data, a direct-to-ARNI approach is now recommended.”

Canadian Cardiovascular Society

“Because of the superiority of ARNI over ACEIs or ARBs in the setting of HFrEF, prescribing ARNI as first-line therapy or before full titration of ACEIs/ARBs might facilitate more rapid optimization of GDMT.”

European Society of Cardiology

“As such, initiation of sacubitril/valsartan in ACE-I naïve (i.e. de novo) patients with HFrEF may be considered (class of recommendation IIb, level of evidence B).”

Maddox TM et al. J Am Coll Cardiol. 2021; 77(6): 772-810
McDonald M et al. Can J Cardiol. 2021; 37(4): 531-546.
McDonagh TA et al. European Heart Journal 2021; 00, 1128

ORIGINAL ARTICLE

Angiotensin–Neprilysin Inhibition in Acute Decompensated Heart Failure

Eric J. Velazquez, M.D., David A. Morrow, M.D., M.P.H., Adam D. DeVore, M.D., M.H.S., Carol I. Duffy, D.O., Andrew P. Ambrosy, M.D., Kevin McCague, M.A., Ricardo Rocha, M.D., and Eugene Braunwald, M.D., for the PIONEER-HF Investigators*

Pacientes hospitalizados por ICA FEr (881 pac)
Aleatorización S/V vs Enalapril

“ 34% de los pacientes IC de novo”

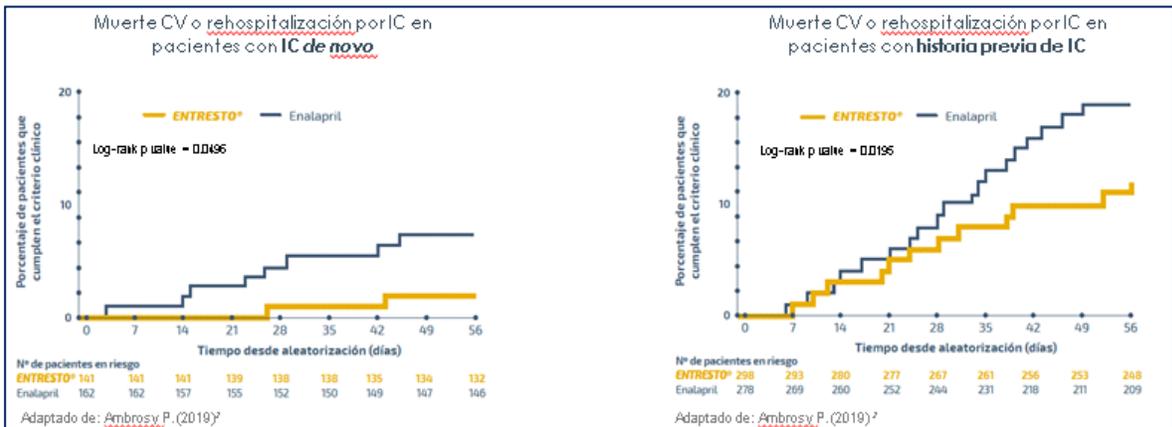
Mejorías significativas en todos los grupos en la IC

↓ NT-proBNP/mortalidad CV/reingresos IC

No diferencias en perfil de tolerancia /seguridad

S/V reduce 66% riesgo de mortalidad CV/reingreso por IC comparado con Enalapril en pacientes con IC de novo

S/V reduce 40% riesgo de mortalidad CV/reingreso por IC comparado con Enalapril en pacientes con IC previa

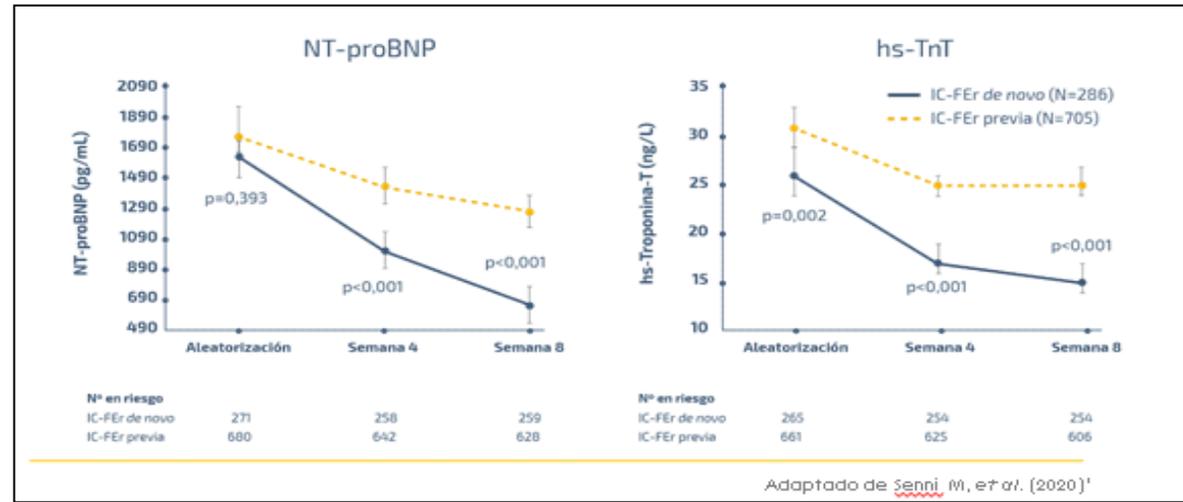


Conclusión

“Sacubitrilo/valsartán es recomendable independientemente de la condición clínica en ese momento y el tiempo desde el diagnóstico”

Initiation of sacubitril/valsartan shortly after hospitalisation for acutely decompensated heart failure in patients with newly diagnosed (*de novo*) heart failure: a subgroup analysis of the TRANSITION study

Michele Senni^{1*}, Rolf Wachter^{2,3}, Klaus K. Witte⁴, Ewa Straburzynska-Migaj⁵, Jan Belohlavek⁶, Candida Fonseca⁷, Christian Mueller⁸, Eva Lonn⁹, Arhit Chakrabarti¹⁰, Weibin Bao¹¹, Adele Noe¹², Heike Schwende¹², Dmytro Butylin¹², and Domingo Pascual-Figal¹³, on behalf of the TRANSITION Investigators



Subanálisis 286 pacientes IC de novo (28.8%) vs 705 IC previa (71%)

- Consecución dosis objetivo 97/103: 56% vs 45% (p< 0.001)
- Tasa interrupción permanente del S/V : 3,2 vs 7.3%
- Reingresos por IC: 16% vs 21% Muerte CV/reingresos por IC: 16% vs 22% (p=0.003)
- Mayor descenso de BM (NTproBNP/hs-TnT) en IC de novo, menor riesgo de progresión de la IC

Conclusión

“Mayor reversibilidad de la IC y mejor respuesta al S/V en estadio inicial (IC de novo) ”

Trial Design

Rationale and methods of the Prospective Study of Biomarkers, Symptom Improvement, and Ventricular Remodeling During Sacubitril/Valsartan Therapy for Heart Failure (PROVE-HF)



James L. Januzzi, MD, FACC, FESC^{a,b,*}, Javed Butler, MD^c, Emmanuel Fombu, MD^d, Alan Maisel, MD^e, Kevin McCague, MA^d, Ileana L. Piña, MD^f, Margaret F. Prescott, PhD^d, Jerome B. Riebman, MD^d, Scott Solomon, MD^g

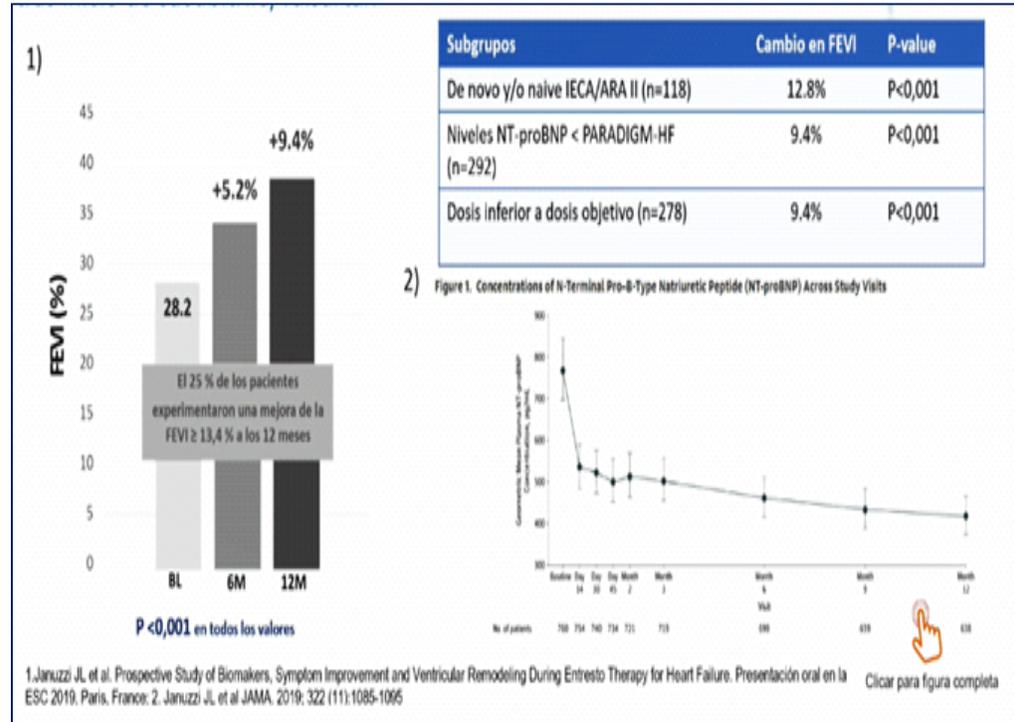
Subgrupo de pacientes con IC de novo (9.8%), se confirmó la correlación entre el NT-proBNP y parámetros ecocardiográficos, destacando la mejoría de hasta un 12,8% de la FEVI desde el inicio

Conclusión

“El S/V contribuye en el frenado del remodelado cardiaco, con mejoría de la FEVI y con mayor respuesta en la IC de novo”

PROHE-HF

Asociación entre el cambio del NT-proBNP y remodelado cardiaco tras inicio de S/V



En la IC “de novo” puede considerarse el inicio de ARNI puesto que es seguro y podría reducir la mortalidad e ingresos por insuficiencia cardiaca.



INHIBIDORES DEL SODIO GLUCOSA COTRANSPORTADOR 2 (iSGLT2)



Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction

J.J.V. McMurray, S.D. Solomon, S.E. Inzucchi, L. Køber, M.N. Kosiborod, F.A. Martinez, P. Ponikowski, M.S. Sabatine, I.S. Anand, J. Bělohávek, M. Böhm, C.-E. Chiang, V.K. Chopra, R.A. de Boer, A.S. Desai, M. Diez, J. Drozd, A. Dukát, J. Ge, J.G. Howlett, T. Katova, M. Kitakaze, C.E.A. Ljungman, B. Merkely, J.C. Nicolau, E. O'Meara, M.C. Petrie, P.N. Vinh, M. Schou, S. Tereshchenko, S. Verma, C. Held, D.L. DeMets, K.F. Docherty, P.S. Jhund, O. Bengtsson, M. Sjöstrand, and A.-M. Langkilde, for the DAPA-HF Trial Committees and Investigators*

The New England Journal of Medicine
Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure

M. Packer, S.D. Anker, J. Butler, G. Filippatos, S.J. Pocock, P. Carson, J. Januzzi, S. Verma, H. Tsutsui, M. Brueckmann, W. Jamal, K. Kimura, J. Schnee, C. Zeller, D. Cotton, E. Bocchi, M. Böhm, D.-J. Choi, V. Chopra, E. Chuquiure, N. Giannetti, S. Janssens, J. Zhang, J.R. Gonzalez Juanatey, S. Kaul, H.-P. Brunner-La Rocca, B. Merkely, S.J. Nicholls, S. Perrone, I. Pina, P. Ponikowski, N. Sattar, M. Senni, M.-F. Seronde, J. Spinar, I. Squire, S. Taddei, C. Wanner, and F. Zannad, for the EMPEROR-Reduced Trial Investigators*

Dapa y Empa reducen el riesgo de hospitalización por IC y de muerte cardiovascular en pacientes con IC estable FEr

Eur J Heart Fail. 2020 Apr;22(4):713-722.

Randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre pilot study on the effects of empagliflozin on clinical outcomes in patients with acute decompensated heart failure (EMPA-RESPONSE-AHF)

Kevin Damman¹, Joost C. Beuselkamp¹, Eva M. Boorsma¹, Henk P. Swart², Tom D.J. Smilde³, Arif Elvan⁴, J.W. Martijn van Eck⁵, Hidde J.L. Heerspink^{1,6}, and Adriaan A. Voors^{1*}

80 pac.; IC aguda; 47% IC de novo; FEVI 36%

Administración segura y redujo el end-point combinado de empeoramiento por IC intra-hospitalario, rehospitalización por IC y muerte a los 60 días comparado con placebo [4 (10%) vs. 13 (33%); $P=0.014$]

Conclusión: "EMPA-RESPONSE-AHF, estudio piloto, cuyos resultados han de interpretarse con cautela, pero nos aporta evidencia científica acerca de la seguridad del uso de la Empagliflozina en pac con IC aguda"

ORIGINAL ARTICLE

Sotagliflozin in Patients with Diabetes and Recent Worsening Heart Failure

D.L. Bhatt, M. Szarek, P.G. Steg, C.P. Cannon, L.A. Leiter, D.K. McGuire, J.B. Lewis, M.C. Riddle, A.A. Voors, M. Metra, L.H. Lund, M. Komajda, J.M. Testani, C.S. Wilcox, P. Ponikowski, R.D. Lopes, S. Verma, P. Lapuerta, and B. Pitt, for the SOLOIST-WHF Trial Investigators*

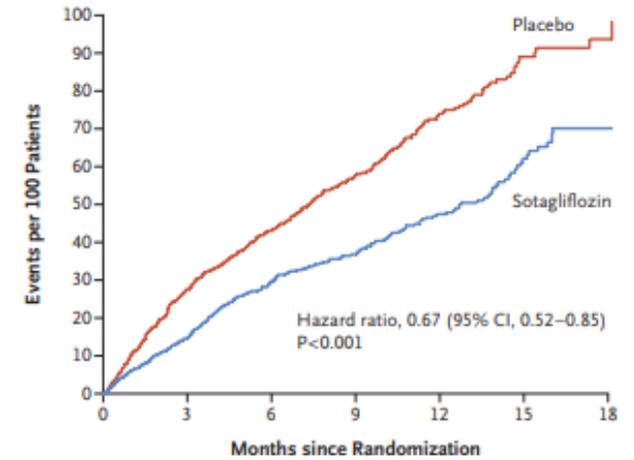
Criterios de inclusión: Pacientes con DM tipo 2 y hospitalizados por IC aguda, FEVI r/p
Aleatorización durante el ingreso: 608 Sotagliflozina vs 614 placebo. Duración: 9 meses.
Objetivo primario: número total de muertes por causas cardiovasculares, hospitalizaciones y visitas urgentes por IC

N ENGL J MED 384;2 NEJM.ORG JANUARY 14, 2021

CONCLUSIÓN

“La terapia con sotagliflozina, iniciado antes o poco después del alta, resultó en un número total significativamente menor que placebo en endpoint primario, por lo tanto el inicio temprano de la terapia representa una importante oportunidad de mejorar los resultados”

Terminación anticipada del ensayo y el pequeño tamaño de la muestra de este subgrupo dificultó la elaboración de una conclusión firme al respecto.



No. at Risk	0	3	6	9	12	15	18
Placebo	614	524	416	305	195	100	25
Sotagliflozin	608	540	430	310	209	97	29

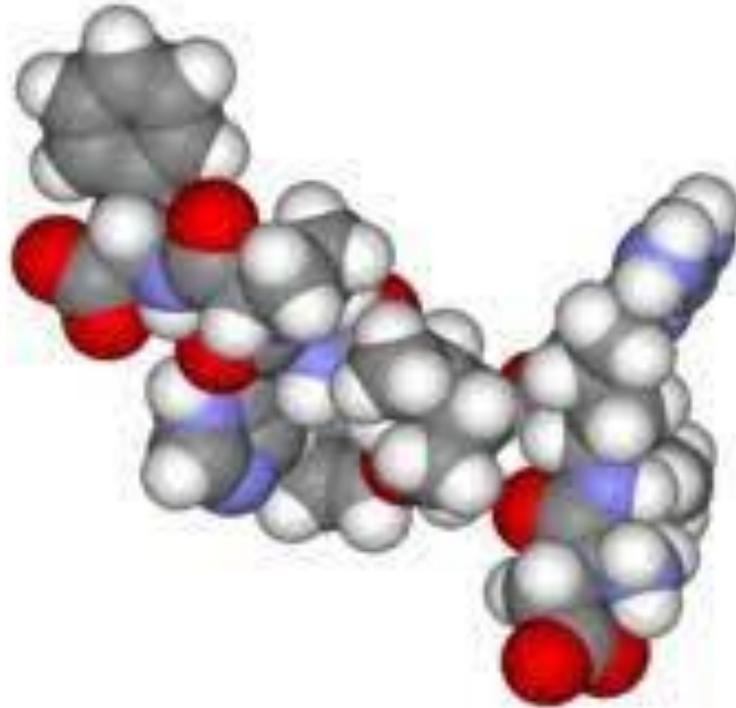
Figure 1. Primary Efficacy End-Point Events.

Shown are the rates of primary efficacy end-point events (deaths from cardiovascular causes and hospitalizations and urgent visits for heart failure) in the sotagliflozin group and the placebo group. Total events after randomization are shown as estimated cumulative events per 100 patients instead of events per 100 patient-years to graphically show the time course of event accrual during follow-up. Competing deaths from noncardiovascular causes occurred in 14 patients in the sotagliflozin group and in 18 patients in the placebo group.

En la IC “de novo” podría considerarse el inicio de iSGLT2 puesto que es seguro y podría reducir la mortalidad e ingresos por insuficiencia cardiaca.



BETABLOQUEANTES, IECAS/ARA-II, ANTAGONISTAS RECEPTORES MINERALOCORTICOIDES



Non-withdrawal of beta blockers in acute decompensated chronic and de novo heart failure with reduced ejection fraction in a prospective multicentre study of patients with acute heart failure in the Middle East

Charbel Abi Khalil,^{1,2,3} Kadhim Sulaiman,⁴ Ziyad Mahfoud,⁵ Rajvir Singh,³ Nidal Asaad,³ Khalid F AlHabib,⁶ Alawi Alsheikh-Ali,⁷ Mohammed Al-Jarallah,⁸ Bassam Bulbanat,⁹ Wael AlMahmeed,¹⁰ Mustafa Ridha,¹¹ Nooshin Bazargani,¹² Haitham Amin,¹³ Ahmed Al-Motarreb,¹⁴ Husam Al Faleh,⁶ Abdelfatah Elasar,¹⁵ Prashanth Panduranga,⁴ Jassim Al Suwaidi,³ on behalf of the GULF-CARE group

Abi Khalil C, et al. *BMJ Open* 2017;7:e014915. doi:10.1136/bmjopen-2016-014915

ORIGINAL RESEARCH



Characteristics, Outcomes, and Treatment of Heart Failure With Improved Ejection Fraction

Chan Soon Park, MD,* Jin Joo Park, MD,* Alexandre Mebazaa, MD; Il-Young Oh, MD; Hyun-Ah Park, MD; Hyun-Jai Cho, MD Hae-Young Lee, MD; Kye Hun Kim, MD; Byung-Su Yoo, MD; Seok-Min Kang, MD; Sang Hong Baek, MD; Eun-Seok Jeon, MD; Jae-Joong Kim, MD; Myeong-Chan Cho, MD; Shung Chull Chae, MD; Byung-Hee Oh, MD; Dong-Ju Choi, MD, PhD

J Am Heart Assoc. 2019;8: e011077. DOI: 10.1161/JAHA.118.011077.)

Estudio 7 países Oriente Medio. 5005 pac. ingresados IC aguda
Incluyó **20,4% pacientes con IC-FEr *de novo***.

Edad 59 años; Hombres 68%;

Mantener tto BB vs suspenderlos durante episodio agudo:

- redujo riesgo de **mortalidad hospitalaria** (OR=0,05; IC95%, 0,022-0,112).
- no diferencias significativas en **mortalidad** a 12 meses, las **rehospitalizaciones** a los 3 y 12 meses.

Estudio coreano. Analizó 5.625 pac. Ingresados por IC aguda
Subanálisis específico **IC-FEr *de novo* 55%**.

- Grupo tratado con BB tuvo una **menor mortalidad por todas las causas** (HR = 0,73; IC95%, 0,54-1,00)
- Esta mejora en la mortalidad no se pudo demostrar con los **IECA, los ARA-II y los ARM**

Prognostic Effect of Guideline-Directed Therapy Is More Noticeable Early in the Course of Heart Failure

Min-Soo Ahn ¹, Byung-Su Yoo ¹, Junghan Yoon ¹, Seung-Hwan Lee ¹,
Jang-Young Kim ¹, Sung Gyun Ahn ¹, Young Jin Youn ¹, Jun-Won Lee ¹,
Jung-Woo Son ¹, Hye Sim Kim ², Dae Ryong Kang ², Sang Eun Lee ²,
Hyun-Jai Cho ², Hae-Young Lee ², Eun-Seok Jeon ⁴, Seok-Min Kang ²,
Dong-Ju Choi ⁴ and Myeong-Chan Cho ²

J Korean Med Sci. 2019 May 6;34(17):e133

Estudio coreano. Relación entre **cumplimiento del tratamiento demostrado eficaz** y resultados clínicos en pacientes con IC aguda descompensada con FEr (60 días)

Pacientes con IC *de novo* (n = 1.417) Hombres 62% Edad media 64 años

En el momento del ingreso : 13,3% bloqueadores beta; 26,1% IECA; 17,0% ARA-II; 7,8% ARM.

RESULTADOS:

IECA o ARA-II: menor riesgo de rehospitalización (HR = 0,57; IC95%, 0,34-0,95) y mortalidad (HR = 0,41; IC95%, 0,24-0,69)

BB: menor riesgo de rehospitalización (HR = 0,62; IC95%,0,41-0,95)

ARM: ninguna asociación significativa

“No existen estudios clínicos aleatorizados y controlados en pacientes con **IC de novo** que demuestren la eficacia de los BB, IECA/ARA-II o ARMI, pero si que hay estudios que sugieren mejoría en episodios concretos”



@ TAKE MESSAGE HOME



1. El paciente que presenta ***IC de novo*** requiere un abordaje diagnóstico/ etiológico intensivo buscando identificar y corregir sus causas y factores agravantes o precipitantes.
2. El paciente con ***IC de novo*** representa un momento de **oportunidad terapéutica**.
3. La **fase inicial** de la enfermedad es la **más susceptible** de mejoría y mayor reversibilidad.
4. Consenso de expertos recomiendan iniciar **sacubitrilo/valsartan en la *IC de novo*** para reducir el riesgo a corto plazo de eventos.
5. En las Guías Europeas 2021 aparecen **recomendaciones en IC de novo: instaurar los tratamientos con demostrada eficacia tan pronto como sea posible**

Muchas gracias

