

SÍNTESIS CIENTÍFICA · CAMPUS FORMACIÓN SANITARIA · JUNIO 2026

Segunda Definición Universal de Insuficiencia Cardíaca (2026)

Consenso AHA/ACC/ESC/WHF · Actualización del marco diagnóstico y de clasificación de la IC

01

ACTUALIZACIÓN 2026 · CONSENSO AHA/ACC/ESC/WHF

Qué cambia en la Segunda Definición Universal de Insuficiencia Cardíaca

Publicación conjunta en EHJ, Circulation, JACC y Global Heart

Cinco cambios clave respecto a la primera definición de 2021

Actualización del marco publicado en 2021 por la Heart Failure Society of America y sociedades afines

- ◆ **CLASIFICACIÓN POR FEVI:** se abandonan los cortes numéricos rígidos en favor de tres grupos clínicamente accionables: FE reducida, FE preservada y FE Mejorada.
- ◆ **CAUSAS DE IC:** se propone una clasificación universal de causas en 15 grupos patogénicos para estandarizar el registro clínico y de investigación.
- ◆ **TRAYECTORIAS:** se formaliza el continuo de mejoría, remisión y recuperación, distinto del concepto erróneo de «IC estable».
- ◆ **EMPEORAMIENTO FRENTE A DESCOMPENSACIÓN:** se diferencian de forma explícita como entidades relacionadas pero no equivalentes.
- ◆ **DETERMINANTES SOCIALES:** se incorpora el impacto de la variación geográfica y los determinantes sociales de salud sobre el riesgo y el acceso a tratamiento.

Primera definición (2021) frente a segunda definición (2026)

DEFINICIÓN 2021

- ◆ Clasificación de la IC anclada en cortes numéricos rígidos de la FEVI
- ◆ Estadificación en 4 estadios (A, B, C, D) sin marco explícito de trayectorias dinámicas
- ◆ Ausencia de una clasificación universal y estandarizada de las causas de la IC
- ◆ Menor atención explícita a la variación geográfica y a los determinantes sociales de salud

DEFINICIÓN 2026

- ◆ Clasificación simplificada en 3 grupos accionables: FE reducida, FE preservada y FE mejorada
- ◆ Se mantienen los 4 estadios y se añade un marco de trayectorias: mejoría, remisión y recuperación
- ◆ Clasificación universal de causas de IC en 15 grupos patogénicos (Tabla 3 del consenso)
- ◆ Sección dedicada a variación geográfica y determinantes sociales como factores de riesgo y pronóstico

Así queda la nueva clasificación de la IC por fracción de eyección

- ◆ **IC CON FE REDUCIDA:** agrupa los casos con función sistólica claramente disminuida.
- ◆ **IC CON FE PRESERVADA (HFpEF):** función sistólica dentro del rango considerado normal para el paciente.
- ◆ **IC CON FE MEJORADA:** antecedente de FE reducida con incremento posterior ≥ 10 puntos hasta FEVI $> 40\%$.
- ◆ **SIN CORTES RÍGIDOS:** se elimina la dependencia de cortes numéricos únicos, permitiendo ajustar por sexo, edad y origen étnico.

LÍMITE INFERIOR DE FEVI
NORMAL

52-53%

**Umbral aproximado de
normalidad de la FEVI**

El límite inferior de la normalidad se sitúa en torno al 53% en mujeres y al 52% en varones, con umbrales ligeramente superiores en personas de origen asiático. Una FEVI $< 50\%$ difícilmente refleja función normal.

Los cuatro estadios de la IC se mantienen, con énfasis en la prevención precoz

ESTADIO A · EN RIESGO: individuos con hipertensión, cardiopatía aterosclerótica, diabetes, obesidad, exposición a cardiotóxicos o antecedentes familiares de miocardiopatía.

ESTADIO B · PRE-IC: alteraciones estructurales o funcionales, o elevación de péptidos natriuréticos o troponina, sin síntomas actuales o previos de IC.

ESTADIO C · IC SINTOMÁTICA: síntomas o signos actuales o previos de IC causados por una anomalía cardíaca estructural o funcional.

ESTADIO D · IC AVANZADA: síntomas graves en reposo o con mínimo esfuerzo, hospitalizaciones recurrentes pese al tratamiento óptimo, candidatos a terapias avanzadas.

RECOMENDACIÓN DE GUÍAS

**Consenso
AHA/ACC/ESC/WHF, 2026**

Estadificación reafirmada

Este consenso reafirma el sistema de estadificación de la primera definición universal de 2021, que renombró el estadio B como «pre-IC» para enfatizar la detección precoz y el tratamiento proactivo

Walsh MN et al., Eur Heart J 2026

SECCIÓN 2 · CLASIFICACIÓN UNIVERSAL DE CAUSAS

Una nueva forma de clasificar las causas de la insuficiencia cardíaca

15 grupos patogénicos para estandarizar el registro clínico y de investigación

Tres sistemas previos de clasificación de causas de IC

Guías de IC de la ESC (2021)

McDonagh TA et al., Eur Heart J 2021

- 1** Enfermedad coronaria, hipertensión, valvulopatías, arritmias
- 2** Miocardiopatías, cardiopatía congénita, causas infecciosas/farmacológicas
- 3** Enfermedades infiltrativas, de depósito, pericárdicas, metabólicas
- 4** Enfermedad neuromuscular

Guías AHA/ACC/ HFSA (2022)

Heidenreich PA et al., Circulation 2022

- 1** Cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, hipertensión, valvulopatías
- 2** Miocardiopatías familiares/genéticas y amiloidosis
- 3** Cardiotoxicidad, taquimiocardiopatía, miocardiopatía periparto
- 4** Miocarditis, autoinmunes, sarcoidosis, endocrino-metabólicas

Global Burden of Disease

Agarwal A et al., Circ Heart Fail 2024

- 1** Miocardiopatía isquémica y sobrecarga de presión izquierda
- 2** Cardiopatía pulmonar y miocardiopatía valvular/congénita
- 3** Enfermedad miocárdica primaria, tóxica o infecciosa
- 4** Sobrecarga de volumen y miocardiopatía por taquicardia/alto gasto

La IC es un síndrome dinámico, no un estado fijo

Mejoría

**Incremento de la FEVI
pese a persistir
anomalías**

Aumento de la FEVI a pesar de que persisten anomalías estructurales o clínicas. No implica, por sí sola, resolución de la enfermedad.

Remisión

**FEVI normalizada con
síntomas mínimos**

FEVI normalizada con síntomas mínimos y biomarcadores estables, reconociendo que persiste vulnerabilidad a la recaída.

Recuperación

**Normalización sostenida
en el tiempo**

Normalización sostenida de la estructura, función, biomarcadores y síntomas tras un seguimiento prolongado. Solo una minoría la alcanza.

Hitos clave

1980

Primera clasificación de miocardiopatías

Clasificación inicial de las enfermedades del músculo cardíaco en dilatada, hipertrófica, restrictiva, arritmogénica del ventrículo derecho y no clasificada

1996

Clasificación de la OMS/ISFC

La OMS amplía la clasificación reconociendo las miocardiopatías inflamatoria y vírica como entidades diferenciadas

2006

Clasificación de la American Heart Association

Categorización en miocardiopatías primarias (afectan solo al corazón) y secundarias (asociadas a enfermedad sistémica, como amiloidosis o diabetes)

2013

Sistema MOGE(S)

Nomenclatura fenotipo-genotipo que incorpora fenotipo morfofuncional, afectación de órganos, patrón de herencia, etiología y estado funcional

2026



Segunda Definición Universal de IC

Consenso AHA/ACC/ESC/WHF que simplifica la clasificación por FEVI, propone 15 grupos causales universales y formaliza el marco de trayectorias de la IC

SECCIÓN 3 · VARIACIÓN GEOGRÁFICA Y DETERMINANTES SOCIALES

La insuficiencia cardíaca no se presenta igual en todo el mundo

Las causas y el acceso al tratamiento varían de forma sustancial según la región y el nivel socioeconómico

Las causas de la IC varían de forma marcada entre regiones

>50%

de la IC en regiones occidentales de renta alta se atribuye a cardiopatía isquémica

Incluye Europa occidental, central y oriental, donde la cardiopatía isquémica es el principal factor de riesgo identificado.

<10%

de la IC en el África subsahariana se atribuye a cardiopatía isquémica

En estas regiones predominan otras causas, como la hipertensión (32,6%) y la enfermedad reumática cardíaca (14%).

3%

de los inmigrantes que llegan a Europa presentan cardiopatía subyacente

Incluye patologías poco familiares para el clínico del norte global, como la enfermedad reumática cardíaca o la enfermedad de Chagas.

La mayoría de los casos de IC tienen al menos un factor de riesgo prevenible identificable

85%

de los individuos con IC presentaban al menos un factor de riesgo patogénico identificable y potencialmente tratable en los 5 años previos al diagnóstico

Banerjee A et al., Eur J Heart Fail 2022 · Revisión de 92 factores de riesgo patogénicos de guías de EE. UU. y Europa

Refuerza el papel de la detección precoz en el estadio A («en riesgo») y en el estadio B («pre-IC») antes de la progresión a IC sintomática

Cinco mensajes que definen la Segunda Definición Universal de IC (2026)

1

PREVALENCIA E IMPACTO

Se abandonan los cortes numéricos rígidos en favor de tres grupos accionables: FE reducida, FE preservada y FE mejorada.

2

RIESGO RESIDUAL

Un nuevo sistema de 15 grupos patogénicos busca estandarizar el registro de las causas de la IC en la práctica clínica y en la investigación.

3

MEDIR / DIAGNOSTICAR PRIMERO

El marco de mejoría, remisión y recuperación sustituye al concepto erróneo de «IC estable», que no refleja el riesgo residual persistente.

4

TRATAMIENTO PRÓXIMO

El empeoramiento de la IC y la IC descompensada se definen ahora como entidades relacionadas pero clínicamente distintas.

5

PREPARARSE AHORA

Las causas de la IC y el acceso al tratamiento varían de forma sustancial según la región y los determinantes sociales de salud del paciente.