

Nueva clasificación de crisis epilépticas: ¿progreso, complejidad o fatiga en la práctica asistencial?

New Classification of Epileptic Seizures: Progress, Complexity, or Fatigue in Healthcare Practice?

Juan Enrique Bender del Busto^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3922-834X>

¹Centro Internacional de Restauración Neurológica.

*Autor para la correspondencia: tighina1950@gmail.com

La historia de las clasificaciones de las crisis epilépticas, es un campo en constante evolución y en relación con la constante necesidad de actualización a medida que avanza el conocimiento. Desde el antiguo Libro de todas las enfermedades o *Sakikku*, hasta las propuestas más recientes de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), la búsqueda de un lenguaje común ha sido una constante.⁽¹⁻³⁾

Más recientemente, en el 2023, el Comité Ejecutivo de la ILAE designó un grupo de trabajo para recomendar ajustes de la clasificación de 2017 y se presentó la posición actualizada.⁽⁴⁾

Ante esta nueva clasificación de crisis epilépticas de 2025, nos planteamos: ¿Estamos alineados para su implementación efectiva, o enfrentamos desafíos inherentes que inducen un debate?"

La actualización,⁽⁴⁾ que se basa en el marco del 2017, introduce cambios significativos con el objetivo de intentar lograr un lenguaje común y una mayor precisión diagnóstica. Sin embargo, como toda nueva propuesta, ha generado diversas opiniones y críticas, como en las precedentes.⁽⁵⁾

La clasificación muestra seis cambios clave, que buscan abordar limitaciones de versiones anteriores y mejorar la aplicabilidad clínica:⁽⁴⁾

Se elimina el término "inicio" en los nombres de las clases principales, lo cual simplifica la terminología, pero podría generar un período de adaptación para los acostumbrados a la nomenclatura previa.

Distinción entre clasificadores y descriptores

Clasificadores: Reflejan clases biológicas y tienen un impacto directo en el manejo clínico.

Descriptores: Caracterizan características específicas dentro de un tipo de crisis. La crítica podría surgir si la implementación resulta compleja en la práctica diaria, o si los descriptores no son lo suficientemente exhaustivos para abarcar todas las presentaciones clínicas.

Conciencia se introduce como clasificador y se define operativamente por la conciencia y la capacidad de respuesta. Se intenta buscar mayor claridad en la evaluación de ésta durante una crisis, la cual puede ser subjetiva y variar entre observadores, lo que podría generar inconsistencias.

Dicotomía motora vs. no motor reemplazada por manifestaciones observables vs. no observables: Esto pretende reflejar mejor la semiología de las crisis, pero podría dificultar la diferencia clara entre "observable" y "no observable" en todas las situaciones clínicas.

Descripción de las crisis por la secuencia cronológica de signos y síntomas, buscando una descripción más completa y precisa de la evolución de la crisis. Se requiere una observación aún más detallada y un registro exhaustivo, lo que puede ser un desafío en entornos clínicos con limitaciones de tiempo y recursos.

Reconocimiento de la mioclonía negativa epiléptica como un tipo de crisis: Esta inclusión específica aborda un tipo de crisis previamente menos definido.

La clasificación no incluye las crisis neonatales, la nosología del estado epiléptico y las crisis sintomáticas agudas.

Se destaca, también, que se incluye específicamente las crisis clínicas, omitiendo aquellos eventos identificados únicamente por la actividad electrográfica.

Este comentario genera ambigüedad, ya que el concepto tradicional de crisis epiléptica se basa en el aspecto clínico. La omisión plantea la pregunta de si los hallazgos puramente electrográficos deberían ser considerados o no dentro del espectro de 'eventos epilépticos' a clasificar.

En este momento es posible preguntarnos: En un contexto donde cada minuto cuenta y la formación continua compite con una carga asistencial creciente, ¿Se traduce esta complejidad en una mejora palpable para nuestros pacientes en el día a día?

Podemos al respecto hacer las algunas consideraciones.

Cada nueva clasificación, por más que busque simplificar, añade un nivel de complejidad que requiere tiempo y esfuerzo para que los profesionales de la salud la dominen y la apliquen de manera consistente.⁽⁶⁾

Aunque la ILAE se esfuerza por establecer un lenguaje común, algunos términos pueden seguir siendo objeto de debate o interpretación. Por ejemplo, en algunos comentarios se ha señalado la ambigüedad entre "*awareness*" and "*consciousness*" en la traducción al español, y la necesidad de ajustar la terminología para ciertos tipos de crisis.⁽⁴⁾

La realidad en el manejo del paciente con recursos limitados puede dificultar la obtención de toda la información necesaria para una clasificación óptima. La falta de información clara sobre la semiología de una crisis puede llevar a clasificarla como "no clasificada", lo cual, si bien es una categoría necesaria, refleja una limitación diagnóstica en la práctica.⁽⁷⁾

Es muy válido decir que esta clasificación, podría no ser lo suficientemente práctica o simple para el uso diario de todos los profesionales de la salud, pudiendo complejizar la curva de aprendizaje, al requerirse un esfuerzo considerable para que se domine y aplique de manera consistente,⁽⁸⁾ lo cual es especialmente cierto para médicos de atención primaria y especialistas no epileptólogos.

Quizás el desafío futuro será desarrollar herramientas o guías que puedan traducir la complejidad de la clasificación a un formato más accesible y rápido para el uso general, reservando los detalles más finos para los especialistas en epileptología o los centros de referencia.⁽⁹⁾

Pudiera pensarse en la introducción de una clasificación dual —una esencial para la práctica general y una extendida para los especialistas— la cual podría ser el camino para conciliar estos intereses. ¿Sería la estrategia más viable para Cuba?

La idea de una clasificación dual parece ser una solución lógica y pragmática. Esto permitiría que los especialistas sigan profundizando en la complejidad de las crisis epilépticas, mientras que el resto del personal médico puede aplicar los principios esenciales de forma rápida y efectiva.^(3,4)

La frecuencia de cambios en las clasificaciones también es un aspecto a analizar.

No debe obviarse que la trayectoria profesional de un neurólogo o de cualquier médico que atienda pacientes con epilepsia se convierte en una "curva de aprendizaje perpetua" en lo que respecta a las clasificaciones. El Costo de la Constante Actualización implica una Carga de Trabajo Silenciosa.⁽¹⁰⁾

También hay que considerar que la sucesión de clasificaciones puede tener un impacto en la homogeneidad del diagnóstico y tratamiento entre diferentes generaciones de médicos o incluso entre colegas que se formaron en distintos momentos.⁽²⁾

Si una clasificación, por muy precisa que sea, se convierte en un laberinto conceptual para aquellos que deben aplicarla a diario en el diagnóstico y manejo inicial, ¿estamos realmente sirviendo al paciente de la mejor manera? La búsqueda de exhaustividad no debería eclipsar la necesidad de practicidad y accesibilidad en el amplio espectro clínico.⁽²⁾

Debemos expresar al igual que otros autores, que, en esta era moderna de armonización, es sorprendente la cantidad de desarmonización que existe en relación con la clasificación de esta enfermedad, por lo cual se puede considerar un tema no concluido.

Este editorial no busca dictar respuestas, sino plantear preguntas cruciales. Invitamos a cada profesional de la salud cubano a sumarse a este debate. ¿Cómo podemos, colectivamente, moldear la implementación de estas clasificaciones

para que sirvan mejor a nuestra realidad y, en última instancia, beneficien a cada paciente con epilepsia en nuestro país? Sus opiniones son fundamentales para construir el camino a seguir. Les esperamos en las páginas de esta revista, y en nuestras próximas discusiones clínicas.

Referencias bibliográficas

1. Santos-Fabelo MC. Capítulo I Antecedentes históricos. En: Bender del Busto JE, Santos-Fabelo MC, Hernández-Toledo L. La atención integral en el paciente con epilepsia [Internet]. Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México; 2021. p: 17-30. Disponible en:
<https://elibros.uacj.mx/omp/index.php/publicaciones/catalog/view/192/171/1052-1>
2. Bender JE. Challenges and Debates Regarding the New Classification of Epileptic Seizures of 2025. *EC Neurology* 2025; 17.8: 01-09.
3. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, et. al. Clasificación operacional de los tipos de crisis por la Liga Internacional contra la Epilepsia: Documento-Posición de la Comisión para Clasificación y Terminología de la ILAE. *Epilepsia*, 2017: 522-530.
4. Beniczky S, Trinka E, Wirrell E, Abdulla F, Al Baradie R, Alonso Vanegas M, et al. Updated classification of epileptic seizures: Position paper of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 2025;00:1–20. doi:
<https://doi.org/10.1111/epi.18338>

5. Lüders H, Akamatsu N, Amina S, Baumgartner C, Benbadis S, Bermeo- Ovalle A, et al. Critique of the 2017 epileptic seizure and epilepsy classifications. *Epilepsia*. 2019; 60:1032–9. doi: <https://doi.org/10.1111/epi.14699>
6. Picardo O, Ábrego AM. La curva del aprendizaje: un enfoque neuroevolutivo y neurocientífico (2da ed.). UFG Editores. 2021.
7. Rosenow F, Akamatsu N, Bast T, Bauer S, et al. Could the 2017 ILAE and the four-dimensional epilepsy classifications be merged to a new "Integrated Epilepsy Classification"? *Seizure* 2020; 78: 31-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.02.018>
8. Palmini A, Akamatsu N, Bast T, Bauer S, et al. From theory to practice: Critical points in the 2017 ILAE classification of epileptic seizures and epilepsies. *Epilepsia* 2020; 61: 350-353. doi: <https://doi.org/10.1111/epi.16426>.
9. Sarmast ST, Abdullahi AM, Jahan N. Current Classification of Seizures and Epilepsies: Scope, Limitations and Recommendations for Future Action. *Cureus* 2020; 12: e10549. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.10549>.
10. Gillings MR, Hilbert M, Kemp DJ. Technological progress and the perpetual learning curve [Spectral Lines]. *IEEE Spectrum*, 2016; 53(11): 8-8.