

## Sobre el consenso colombiano para el manejo de las crisis epilépticas urgentes y el estado epiléptico

### Remarks on the Colombian consensus for the management of urgent epileptic seizures and status epilepticus

Daniela Varela Pareja<sup>1,2</sup> , Natalia Gómez Salazar<sup>1,2</sup> , Carlos Calderón Ospina<sup>3,4</sup>   
Jesús Hernán Rodríguez<sup>1,5</sup> 

Señor editor:

Hemos recibido con agrado el nuevo consenso colombiano sobre las “recomendaciones para el manejo de las crisis epilépticas urgentes y el estado epiléptico” (1). Consideramos que los conceptos expuestos son claros y resultan aplicables a nuestra práctica clínica diaria; no obstante, quisiéramos señalar algunas observaciones sobre el uso de la terapia anticrisis endovenosa (EV), que en nuestra experiencia aún plantea retos importantes y deja necesidades insatisfechas para los clínicos que enfrentamos estos casos a diario.

Como bien se menciona en el artículo, ciertas condiciones requieren el uso de fármacos anticrisis por vía EV. La elección del agente y la duración del tratamiento dependen de la evolución clínica, la tolerancia del paciente y la aparición de complicaciones. Esto dificulta establecer consensos en equipos multidisciplinares, especialmente en cuidados intensivos, y ha generado conflictos administrativos, como glosas por su uso prolongado.

En casos de salvas de crisis o estado epiléptico refractario (EER), es necesario administrar fármacos EV de segunda línea, como levetiracetam, valproato, fenitoína, fenobarbital, lacosamida o brivaracetam. La transición a vía oral depende de varios factores: resolución del estado epiléptico (EE), tolerancia a la vía oral, ausencia de contraindicaciones para la absorción entérica y función hepática y renal conservadas. En pacientes con disfagia o alto riesgo de recurrencia, puede considerarse el uso de sonda nasogástrica para garantizar la continuidad del tratamiento una vez resuelto el EE (2).

La literatura reciente respalda que el cambio puede realizarse de forma temprana (0–24 horas tras alcanzar la libertad de crisis), sin aumentar el riesgo de recurrencia a corto plazo, en comparación con un cambio más tardío (24–48 horas). Además, el cambio temprano se asocia con una menor incidencia de complicaciones relacionadas con la vía EV (como tromboflebitis) y con una reducción en los costos de adquisición de medicamentos (3). En anticrisis como levetiracetam y valproato, la formulación oral permite una conversión directa con la misma dosis intravenosa, lo que facilita la transición (2).

Desde la farmacología clínica, se estima que deben transcurrir entre cuatro y cinco vidas medias plasmáticas para que un fármaco reduzca sus niveles en un 90–95% tras una dosis única, y el mismo tiempo para alcanzar el estado estacionario (C<sub>ss</sub> o concentración en estado estacionario) en esquemas de dosis múltiples, lo cual es relevante en fármacos de vida media larga (4). Por ello, se recomienda mantener la terapia EV al menos durante ese periodo para preser-

- 1 Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia
- 2 Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia
- 3 Research Group in Applied Biomedical Sciences (UR Biomed), School of Medicine and Health Sciences, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia
- 4 Center for Research in Genetics and Genomics (CIGGUR), Institute of Translational Medicine (IMT), School of Medicine and Health Sciences, Universidad del Rosario, Bogotá Colombia
- 5 Hospital Universitario Mayor Méderi, Bogotá, Colombia

#### Correspondencia/Correspondence:

Daniela Varela Pareja, calle 163A #13B-60, Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia.  
Correo-e: [danielal.varela@urosario.edu.co](mailto:danielal.varela@urosario.edu.co)

#### Historia del artículo/ Article info

Recibido/Received: 20 de agosto, 2025  
Revisado/Revised: 22 de octubre, 2025  
Aceptado/Accepted: 20 de noviembre, 2025  
Publicado/Published online: 23 de enero, 2026

**Citation/Citación:** Varela Pareja D, Rodríguez JH, Gómez Salazar N, Calderón Ospina C. Sobre el consenso colombiano para el manejo de las crisis epilépticas urgentes y el estado epiléptico. *Acta Neurol Colomb*. 2026;42(1):e2016.  
<https://doi.org/10.22379/anc.v42i1.2016>



var su eficacia, sin embargo, la decisión debe individualizarse según el fármaco, la condición clínica y la farmacocinética del paciente.

Entre los factores a considerar para la transición de vía EV a oral, se incluyen:

1. Requerimiento de ayuno, ya que suspender fármacos aumenta el riesgo de EE, con posibles lesiones cerebrales y malos desenlaces funcionales a largo plazo.
2. Polifarmacia, que eleva el riesgo de interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, favoreciendo nuevos EE (5).
3. Uso prolongado de vasopresores, que puede reducir la absorción de anticrisis por vasoconstricción en el sitio de absorción.

Es fundamental que la transición se realice con estricta monitorización clínica y, cuando sea posible, control de niveles séricos de fármacos anticrisis para evitar subdosificación o toxicidad. Debe mantenerse la equivalencia de dosis y, si es posible, solapar la vía oral con la EV para evitar fluctuaciones plasmáticas, especialmente en fármacos de vida media corta o en pacientes con alto riesgo de recurrencia. En pacientes con EER, se recomienda mantener terapia combinada con antiepilépticos de acción prolongada, para reducir el riesgo de recurrencia.

Por último, en relación con la figura 4 del artículo, observamos que fue tomada del trabajo de Claassen *et al.* (6), sin embargo, en su adaptación se omitieron los porcentajes, lo que dificulta una interpretación precisa de los hallazgos. Tampoco se aclara la diferencia entre estado epiléptico convulsivo y no convulsivo, pese a que en el artículo original la figura resume el tiempo hasta la primera crisis en 110 de 570 pacientes críticamente enfermos monitorizados con video-electroencefalograma continuo, predominando las crisis no convulsivas. Consideramos que esta omisión podría limitar la adecuada interpretación de los datos por parte del lector.

Agradecemos la publicación de este valioso consenso, que sin duda representa un paso adelante en el manejo de estas urgencias neurológicas. Esperamos que nuestras observaciones sean útiles para futuras actualizaciones o discusiones sobre el tema.

**Contribuciones de los autores.** Daniela Varela Pareja: investigación, revisión de la literatura, escritura (borrador original); Natalia Gómez Salazar: investigación, revisión de la literatura, escritura (borrador original); Carlos Calderón Ospina: validación, supervisión, revisión, edición y escritura; Jesús Hernán Rodríguez: conceptualización, supervisión, revisión, edición y escritura.

**Implicaciones éticas.** La presente carta al editor no involucra experimentación con seres humanos ni animales, no contiene datos personales identificables y no requiere aprobación por parte de un comité de ética en investigación. Su contenido se limita a la discusión académica y crítica científica basada en información pública o previamente publicada. Los autores declaran que no existen conflictos éticos asociados a la elaboración de esta carta.

**Financiamiento.** Los autores declaran que para la realización de la presente carta al editor no recibieron ningún tipo de financiación externa. Todo el contenido fue desarrollado de manera independiente, sin apoyo económico de instituciones, organizaciones o entidades públicas o privadas.

**Conflictos de interés.** Los autores declaran que no existen conflictos de interés de carácter financiero, personal, académico o institucional que puedan influir en la preparación, elaboración, contenido o publicación de la presente carta al editor.

**Uso de inteligencia artificial (IA).** Los autores declaran que no usaron inteligencia artificial en la elaboración o escritura de esta carta al editor.

**Declaración de datos.** Los autores declaran que no han publicado previamente datos en acceso abierto, relacionados con esta carta al editor. Para cualquier consulta o solicitud relacionada con sus contenidos, se debe contactar al autor de correspondencia.

## Referencias

1. Espinosa-Jovel C, Lizcano A, Vergara JP, Angarita J, Arzuza J, Calle-López Y, et al. Recomendaciones para el manejo de las crisis epilépticas urgentes y el estado epiléptico: consenso colombiano de expertos. *Acta Neurol Colomb.* 2025;41(3):e1951. <https://doi.org/10.22379/anc.v41i3.1951>
2. Gettings JV, Alizadeh Chafjiri FM, Patel AA, Shorvon S, Goodkin HP, Loddenkemper T. Diagnosis and management of status epilepticus: improving the status quo. *Lancet Neurol.* 2025;24(1):65–76. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(24\)00430-7](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(24)00430-7)
3. Panda PK, Bhardwaj S, Murugan VK, Elwadhi A, Dhamija P, Tiwari L, et al. Early versus late switch over of antiseizure medications from intravenous to the oral route in children with seizures: Single-blinded, randomized controlled trial (ELAIO trial). *Epilepsy Res.* 2024;202:107360. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2024.107360>
4. Hallare J, Gerriets V. Elimination half-life of drugs [internet]. Florida, Estados Unidos: StatPearls Publishing; 2025.
5. Almohaish S, Cook AM, Brophy GM, Rhoney DH. Personalized antiseizure medication therapy in critically ill adult patients. *Pharmacotherapy.* 2023;43(11):1166–81. <https://doi.org/10.1002/phar.2797>
6. Claassen J, Mayer SA, Kowalski RG, Emerson RG, Hirsch LJ. Detection of electrographic seizures with continuous EEG monitoring in critically ill patients. *Neurology.* 2004;62(10):1743–8. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000125184.88797.62>