

Comentarios sobre la transición de vía endovenosa a vía oral: precisiones al consenso colombiano para el manejo de crisis epilépticas urgentes

Comments on the transition from intravenous to oral route: Clarifications to the Colombian Consensus for the management of urgent epileptic seizures

Camilo Espinosa Jovel¹  

Agradecemos los comentarios realizados en relación con el consenso Recomendaciones para el manejo de las crisis epilépticas urgentes y el estado epiléptico (1) y valoramos el interés de los colegas en enriquecer esta discusión, lo cual refleja la relevancia clínica y académica del tema.

Reconocemos la importancia de la transición de la vía endovenosa a la vía oral en el tratamiento de pacientes con estado epiléptico o crisis recurrentes. Tal como mencionan los autores de la carta, uno de los estudios citados mostró que el cambio temprano de vía endovenosa a vía oral fue seguro y no se asoció con un incremento significativo en la recurrencia de crisis (2). Asimismo, los autores de la carta destacan que, tras alcanzar entre 4 y 5 vidas medias plasmáticas, un fármaco llega al “estado estable”, lo cual podría hacer razonable el cambio a la vía oral. En este sentido, compartimos la relevancia de este punto, aunque consideramos necesario precisar varios aspectos:

1. El ensayo clínico mencionado, del cual se fundamenta gran parte de las recomendaciones o sugerencias de los colegas autores de la carta, fue realizado en población pediátrica (1 mes–18 años), por lo que sus resultados no son extrapolables a población adulta, que fue la incluida en nuestro consenso. En una búsqueda no sistemática no identificamos estudios equivalentes en adultos. Existen antecedentes de cambios tempranos (de vía endovenosa a vía oral) en otras áreas, como antibióticos (3) o inhibidores de bomba de protones (4), pero no en crisis epilépticas urgentes. Por lo tanto, aún se requiere mayor evidencia antes de emitir recomendaciones sólidas. Asimismo, el objetivo del consenso se orientó exclusivamente a formular recomendaciones sobre el abordaje terapéutico inicial y se enfatiza la relevancia de instaurar, de manera oportuna, un tratamiento rápido en las crisis epilépticas urgentes. No se contempló el manejo posterior o subagudo, como la transición de la vía endovenosa a la vía oral.
2. Aunque los resultados del ensayo clínico descrito son prometedores, no se realizaron mediciones séricas de los medicamentos que confirmaran la estabilidad de niveles terapéuticos tras la transición. Esto cobra relevancia, ya que no todos los fármacos mantienen la misma biodisponibilidad endovenosa y por vía oral. Hay unos que sí son equivalentes: levetiracetam, lacosamida, brivaracetam y ácido valproico, sin embargo, hay otros que no. Ejemplos claros son fenitoína, fenobarbital y benzodiacepinas, que pueden ser muy relevantes en el tratamiento del estado epiléptico, especialmente en formas establecidas o refractarias (5). Además, la variabilidad farmacocinética, las diferentes presentaciones farmacéuticas (cápsulas, tabletas de liberación

¹ Programa de Epilepsia, Hospital de Kennedy, Subred de Servicios de Salud Sur Occidente, Bogotá, Colombia

Correspondencia/Correspondence:

Camilo Espinosa Jovel, avenida 1 de mayo #40B-54, Hospital de Kennedy, Programa de Epilepsia, Bogotá, Colombia. Correo-e: camiloespinosajovel@gmail.com

Historia del artículo/ Article info

Recibido/Received: 30 de septiembre, 2025

Revisado/Revised: 22 de octubre, 2025

Aceptado/Accepted: 26 de marzo, 2026

Publicado/Published online: 20 de abril, 2026

Citation/Citación: Espinosa Jovel C. Comentarios sobre la transición de vía endovenosa a vía oral: precisiones al consenso colombiano para el manejo de crisis epilépticas urgentes. *Acta Neurol Colomb.* 2026;42(1):e2119. <https://doi.org/10.22379/anc.v42i1.2119>



inmediata o extendida, soluciones orales, etc.) y múltiples factores clínicos individuales dificultan aún más la estandarización del cambio (5).

3. Solo alrededor del 20–25% de los pacientes incluidos en el estudio presentaron un estado epiléptico al ingreso, el resto correspondía aparentemente a crisis aisladas o clústeres, aunque no se especifica claramente. El estado epiléptico es un escenario clínico y fisiopatológico muy distinto, con pacientes críticamente enfermos y múltiples variables adicionales. Por ello, extrapolar la recomendación a este contexto no resulta prudente.
4. Finalmente, la pertinencia del cambio endovenoso a vía oral no fue contemplada dentro de la metodología Delphi ni dentro del alcance inicial del consenso, motivo por el cual no es posible incorporar modificaciones al respecto.

En relación con la observación sobre la figura 4, queremos aclarar que los porcentajes sí están incluidos y corresponden a los valores numéricos expresados en cada barra. La figura buscaba únicamente ilustrar la relación entre mayor tiempo de registro EEG y mayor probabilidad de detectar crisis epilépticas, sin diferenciar en detalle entre estado epiléptico convulsivo y no convulsivo. En consecuencia, consideramos que la interpretación de la tendencia principal no se ve limitada y reiteramos que la monitorización EEG no fue un eje central de este consenso.

En conclusión, celebramos que este documento haya generado un intercambio académico constructivo. Nuestro objetivo fue establecer lineamientos prácticos y actualizados para el manejo inicial de las crisis

epilépticas en el contexto de urgencias, resaltando que la rapidez en la instauración del tratamiento es un factor pronóstico clave. Coincidimos en que el conocimiento en este campo continúa evolucionando y confiamos en que futuras iniciativas podrán abordar en mayor profundidad los aspectos señalados por los colegas.

Implicaciones éticas. El autor no tiene asuntos éticos por declarar en la escritura o publicación de esta carta al editor.

Financiamiento. El autor no recibió recursos para la escritura o publicación de esta carta al editor.

Conflictos de interés. Camilo Espinosa Jovel es el autor de correspondencia del consenso Recomendaciones para el manejo de las crisis epilépticas urgentes y el estado epiléptico, al que se refiere esta carta. Además de eso, no tiene otros conflictos por declarar.

Uso de inteligencia artificial (IA). El autor no utilizó herramientas de IA en la preparación, escritura o publicación de esta carta.

Declaración de datos. Esta carta es una respuesta a la carta al editor que se titula Sobre el consenso colombiano para el manejo de las crisis epilépticas urgentes y el estado epiléptico, publicada por Acta Neurológica Colombiana en su volumen 42, No. 1 de 2026: <https://doi.org/10.22379/anc.v42i1.2016>. Aparte de esto, no hay datos adicionales disponibles, publicados en acceso abierto.

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. Panda PK, Bhardwaj S, Murugan VK, Elwadh 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>
3. Rodríguez-Pardo D, Pigrau C, Company D, Díaz-Brito V, Morata L, de Diego IC, et al. Effectiveness of sequential intravenous-to-oral antibiotic switch therapy in hospitalized patients with gram-positive infection: the SEQUENCE cohort study. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2016;35(8):1269–76. <https://doi.org/10.1007/s10096-016-2661-5>
4. Csiki E, Szabó H, Hanák L, Szakács Z, Kiss S, Vörhendi N, et al. Oral proton pump inhibitors may be as effective as intravenous in peptic ulcer bleeding: a systematic review and meta-analysis. Clin Transl Gastroenterol. 2021;12(4):e00341. <https://doi.org/10.14309/ctg.000000000000341>
5. Shorvon S. The treatment of epilepsy. 4.a ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.