

Recursos para la Epilepsia en la Salud Pública de Chile

Marcelo Devilat, Lilian Cuadra, Maritza Carvajal, Gilda Gnecco, Verónica Gómez, Gelma Lemp, Jorge Lasso, Osvaldo Olivares, Darío Ramírez, Juan Salinas.

Grupo Normativo del Plan y Programa para la Epilepsia en Chile, Ministerio de Salud, Santiago, Chile.

madevi@ctcreuna.cl

RESUMEN

Objetivo

Informar y evaluar los recursos en la Salud Pública para la Epilepsia en Chile Método: El Grupo Normativo para la Epilepsia, del Ministerio de Salud, distribuyó una encuesta a los 28 Servicios de Salud del país en 2000. Veintitrés respondieron, y representan al 80.6 % de la población beneficiaria del país.

Resultados

Catorce Servicios trabajan según la Norma de 1990. La derivación de pacientes se realiza adecuadamente en el 45%. El 68.7% de ellos no tiene médicos generales en el nivel primario para la epilepsia. En el nivel secundario la disponibilidad de especialistas es suficiente en el 26% de los Servicios Camas y CT scan están disponibles en el 76 y 74% de los Servicios respectivamente. El 43% dispone de EEG digital de 18 canales. Ningún Servicio posee MRI. La titulación de niveles séricos antiepilépticos es posible en todos los Servicios, un tercio de ellos puede efectuar estudios metabólicos y neuropatológicos. La disponibilidad de fenobarbital, primidona, fenitoína y carbamazepina es del 100%. El valproato está presente en el 47% de los Servicios. No existe disponibilidad de antiepilépticos de tercera generación. El 12% de los Servicios capacitan a su personal y las acciones de apoyo social son escasas.

Conclusiones

La encuesta reveló algunos hechos positivos en relación a los recursos para la epilepsia. Sin embargo, existen marcadores centinela que deben ser corregidos: insuficiente calidad de la Red Asistencial, escasa dotación de médicos, baja capacidad tecnológica, e insuficiente desarrollo de actividades de apoyo social.

INTRODUCCION

La epilepsia es la enfermedad neurológica más prevalente después de la cefalea común (1) en Chile. De acuerdo a la tasa de 16.5 por 1.000 (1), en este país existirían 255.000 personas con epilepsia para el año 2000, lo que unido al impacto de la enfermedad sobre las personas y su familia justifican la formulación de planes y programas nacionales para enfrentar a la enfermedad. A solicitud de la Sociedad de Epileptología de Chile, Capítulo Chileno de la ILAE, el Ministerio de Salud del país inició en el año 2000 los estudios para la formulación de un Plan y Programa para la Epilepsia en Chile (2). En América Latina, que tiene al menos 5 millones de personas con epilepsia (3), existen 5 países que poseen planes y programas para la epilepsia en funcionamiento (4, 5)

La formulación de planes y programas permiten poseer un catastro acerca de los recursos actuales disponibles para la epilepsia con el objeto de proporcionar asignaciones económicas para la enfermedad. Al respecto, existe para Chile una parcial información acerca de técnicas de diagnóstico, costo de antiepilépticos y cirugía (6, 7) Jallon 1999. Sin embargo, la metodología para la obtención de esos datos no está especificada y se refiere a los recursos globales del país. Lo mismo ocurre con la información proporcionada para el país en el año 2000 (4, 8, 9).

El Sistema de Salud Pública en Chile proporciona cobertura al 85% de la población, ofreciendo atención de urgencia, consulta médica, exámenes para diagnóstico, hospitalización y medicamentos, sin costo o a muy bajo precio a sus cotizantes. A pesar de lo anterior, no existe en el país ni en la literatura internacional (4) una información adecuada acerca

de los recursos a disposición de la Salud Pública para la epilepsia, excepto el trabajo de PAHO, que proporciona una información muy general acerca del problema (10).

El objetivo de esta presentación es informar acerca de los recursos de los Servicios de la Salud Pública en Chile destinados a la epilepsia y evaluar los resultados obtenidos.

METODOS

En el marco de los trabajos del Grupo Normativo para la Epilepsia, del Ministerio de Salud, que elabora un Plan y Programa para la Epilepsia en Chile, fue distribuida una Encuesta Nacional de Epilepsia a los 28 Servicios de Salud del país el 14 de Junio de 2000, mediante el Ordinario 4 A 1328 de ese Ministerio. Cinco Servicios de Salud no la respondieron. Los 23 Servicios de Salud que sí lo hicieron, representan a 35 Centros de Salud pertenecientes al Sistema Público del país, que acogen al 80.6% de la población chilena beneficiaria según estimaciones censales para 1998 de 14.821.714 habitantes. El instructivo de la Encuesta ordenó que ella fuera contestada por el Encargado del Programa de Epilepsia local. Diez y nueve neurólogos (54.2%), 5 médicos generales (14.2), 1 psiquiatra (2.8%) y 4 enfermeras 8 (11,4%) fueron los responsables de responder la Encuesta, en tanto que 6 profesionales (17%) no identificaron su cargo.

En Diciembre de 2000 se cerró la recepción de las Encuestas que fueron dirigidas por correo institucional a la Subsecretaría de Salud, donde el Grupo Normativo para la Epilepsia procedió a evaluarlas y efectuar la tabulación.

La encuesta estaba compuesta de 5 ítems: Utilización y evaluación del recurso de la Norma vigente de 1990, situación del recurso Red Asistencial, recursos humanos y técnicos y terapéuticos disponibles y recursos para actividades de Capacitación y Educación.

RESULTADOS

La evaluación del Programa de Epilepsia según la Norma de 1990 (11), realizada por el Grupo Normativo destacó que 14 Servicios de Salud (60.8%) trabajan de acuerdo a ese instructivo y que 9 (39.2%) lo hacen sin él. De los 14

primeros, 13 (92%) evalúan sus acciones, 1 (8%) no lo hace. Ninguno de los 9 Servicios que no aplican la Norma, practican evaluaciones de sus actividades.

La situación de la Red Asistencial actual informó que 15 (45.4%) Centros de Salud de atención primaria derivan a sus pacientes al Hospital Base correspondiente, que 4 (12.2%) lo hacen directamente a hospitales metropolitanos de Santiago, 3 (9.1%) lo hacen a los 2 anteriores. Once (33.3%) Centros de Salud no derivan a sus pacientes, en tanto que 2 de ellos informan acerca de este ítem.

La disponibilidad de recursos médicos en la atención primaria para las personas con epilepsia se destaca en la Tabla 1, en la que se observa una insuficiente cobertura a lo largo del país y que 3 Centros de Salud prefieren no responder a la pregunta. Lo anterior se corrobora en la Tabla 2, que informa una escasa cantidad de horas disponibles y un bajo número de respuestas.

La atención secundaria es servida por neurólogos de adultos y neuropediatras, algunos de ellos con especialización en epilepsia. Cuando se pregunta a los 23 Servicios de Salud su apreciación acerca de la suficiencia de recursos humanos, 6 (26%) expresan que ella es suficiente y 16(69.5%) informan que es insuficiente. Un Servicio de Salud no responde (4.3%)

La atención terciaria se ocupa del estudio prequirúrgico y de la cirugía de la epilepsia. El único Centro que realiza esta acción es el Instituto de Neurocirugía y manifiesta tener recursos humanos insuficientes para cumplir con sus objetivos. Veinte y dos Servicios no respondieron.

El recurso cama está disponible en la mayoría de los Servicios de Salud, como se aprecia en la Tabla 3, en tanto que la mitad de ellos tienen EEG digitales para realizar exámenes de al menos 8 horas. Un número apreciable de Servicios de Salud disponen de CT scan, un número muy escaso tiene SPECT y ninguno de ellos tiene acceso monitoreos de EEG prolongados, a MRI y a implantar electrodos cerebrales.

Los recursos de antiépilépticos (AE) que se observan en la Tabla 5, permiten destacar la buena disponibilidad de fenobarbital, fenitoína, primidona y carbamazepina, a pesar que en ésta la calidad de su

distribución falla en un tercio de los Servicios de Salud. El resto de los AE presenta insuficiente disponibilidad y se ignora la calidad de su distribución. El valproato se ubica en una situación intermedia. Los medicamentos de tercera generación, como oxcarbazepina, lamotrina, gabapentina, vigabatrina y topiramato no están a disposición en los Servicios de Salud.

Para el uso endovenoso el diazepam está disponible en los 23 Servicios de Salud, el fenobarbital y la fenitoína lo está en 22 y 15 Servicios respectivamente y disponen de lorazepam 11 Servicios de Salud. En todos ellos su distribución es adecuada y permanente.

De los 23 Servicios de Salud, 12 (52.2%), realizan capacitación en epilepsia para sus funcionarios. Sólo en la mitad ellos, ésta es adecuada y sistemática. El resto de los Servicios de Salud no realizan estas actividades. Cinco (21.7%) de ellos efectúan, a través de los equipos de salud, labores de educación a los pacientes con epilepsia y sus familias. Ella es adecuada y asistemática. El resto de los Servicios no se proyecta a la Comunidad

En la Tabla 6 se destaca la presencia de Grupos de Autoayuda relacionados con los Servicios de Salud. Ella es muy escasa, existiendo en el país sólo uno de ellos con estructura formal y trabajo adecuado y sistemático

COMENTARIO

El presente trabajo constituye el primer esfuerzo realizado en Chile, mediante una encuesta liderada por el Ministerio de Salud, a objeto de conocer los recursos disponibles en el ámbito de la Salud Pública para la epilepsia. No conocemos estudios similares con esta metodología en la literatura internacional aunque en Latinoamérica (4, 6, 7) se ofrecen algunos datos sobre recursos para la epilepsia en diferentes países de la región y en Chile, (8, 9) utilizando una metodología basada en la opinión de los colaboradores. Por otra parte, el énfasis de la presente investigación está dada en la Salud Pública del país, que acoge a la enorme mayoría de la población, y no pretende representar totalidad de los recursos existentes, puesto que nuestra información excluye a la Salud Privada.

Aunque 5 de los 28 Servicios de Salud no respondieron la encuesta, la muestra es representativa del país pues

corresponde al 80.6% de sus habitantes. Sin embargo, los resultados se basaron sólo en respuestas enviadas por correo, por lo que la información proporcionada no se comprobó en terreno. Lo anterior origina un sesgo que debería ser corregido en futuras investigaciones.

La mayoría de los Servicios de Salud dice trabajar de acuerdo a la Norma de 1990 (11), pero llama la atención que habiendo ordenado dicho documento que el valproato y la carbamazepina son fármacos de primera elección, no estén disponibles de manera adecuada y permanente en todos los Servicios de Salud que expresan seguir la citada Norma (tabla 1). Lo anterior podría sugerir una contradicción en los resultados, sin embargo es posible que factores económicos hayan impedido cumplir con la Norma en este aspecto. Es muy relevante que sólo 13 de los 23 Servicios de Salud evalúen sus acciones. Si bien es cierto que la Norma de 1990 no contemplaba labores de evaluación, el buen desempeño administrativo(12) exige acciones de evaluación como una forma de optimizar la calidad del trabajo realizado.

El funcionamiento de una red asistencial para las personas con epilepsia no parece ser muy expedita puesto que no existe una conducta uniforme en la derivación de pacientes desde centros de menor a otros de mayor complejidad. En efecto, 33 de los 35 Centros de Salud de los 23 Servicios de Salud que respondieron a este ítem, ejercen la derivación de manera diversa. Lo más destacable es que 11 de ellos no derivan a sus pacientes, lo que sugiere que practican una independencia en el manejo de sus pacientes que puede ser riesgosa.

La atención primaria de los pacientes con epilepsia está a cargo de médicos generales. Pero no existe información acerca del número, suficiencia y modalidad de atención en la literatura (4-9). La Encuesta Nacional de Chile informó que un 66.7% de los 32 Centros de Salud que respondieron al ítem, no tienen médico general destinado a los pacientes con epilepsia. Lo anterior sugiere que esos enfermos son manejados a nivel primario dentro del "pool" general de pacientes y por médicos sin capacitación especial. Cuando esta información se centraliza en los 23 Servicios de Salud que participan en la encuesta, el 70% de ellos prefiere no responder a la pregunta acerca de la tenencia de horas médicas disponibles y su apreciación acerca del problema, lo

que podría sugerir una nula oferta del recurso. La atención secundaria y terciaria en epilepsia es atendida por neurólogos, a pesar de lo cual la encuesta revela que la mayoría de los centros tiene insuficiencia de recursos médicos. Especial importancia tiene el hecho que el único nivel terciario, destinado a la Cirugía de la epilepsia, estima insuficiente sus recursos médicos. En suma, la atención para las personas con epilepsia en el nivel primario parece ser muy precaria. Para este nivel, una alternativa recomendable y bajo costo podría ser la utilización de enfermeras universitarias. En los niveles secundario y terciario, la oferta de servicios es suficiente en un tercio de los Centros y Servicios de Salud encuestados y en el resto hay falencias, que el Grupo Normativo del Ministerio de Salud tendrá que tener presente para ser revertidas.

El recurso cama para diagnóstico y tratamiento, con exclusión de aquellas destinadas a urgencias epilépticas, parece ser medianamente aceptable, por cuanto dos tercios de los Servicios de Salud que responden al ítem, tienen disponibilidad para ello. Sin embargo, no hay referencias, puesto que no se interrogó, acerca del número de ellas, del grado de ocupamiento, ni los días-camas que se utilizan para los fines indicados. Este conocimiento podría ser de relevancia a objeto de comparar nuestros resultados con los ofrecidos en otros países, donde incluso existen Centros de Epilepsia. En todo caso, es necesario tener presente que la hospitalización de pacientes con epilepsia resulta muy poco atractiva para los hospitales por cuanto estos enfermos requieren estadías más prolongadas que los enfermos agudos.

El estándar mínimo recomendado por la Comisión de Asuntos Europeos de la ILAE señala que un EEG de 12 canales es suficiente para atender a las personas con epilepsia (12). El Grupo Normativo que confeccionó la Encuesta, sabedor por experiencia que todos los Servicios de Salud tienen al menos un equipo de EEG de 12 canales (4), quiso conocer cuántos Servicios ofrecen EEG análogos con 18 canales. El resultado indica que cerca de la mitad de los Servicios de Salud poseen al menos uno de ellos, lo que sugiere un estándar superior. Sin embargo, sólo 4 Centros poseen técnicas de EEG-video para monitoreos de corta duración y ninguno tiene equipos para evaluaciones prolongadas. A pesar de ser técnicas importantes para precisar el diagnóstico en casos de duda y para la evaluación prequirúrgica, nuestro

Sistema de Salud presenta aquí una falencia de relevancia que debería ser corregida, así como también la ausencia de disponibilidad para trabajar con electrodos implantados para la cirugía de la epilepsia (12).

La Encuesta Latinoamericana de 1998-2000 (4), única información disponible y comparable con los datos de nuestra Encuesta Nacional, revela que en la región, la mayoría de los países tienen disponibles equipos de EEG en los Servicios Públicos de Salud, aunque no se especificó el número de canales. Sin embargo, el número de equipos de EEG es insuficiente y salvo en Cuba, la tenencia de ellos es, al menos duplicada por la Salud Privada. Cuando se examina la posesión de equipos de EEG para estudios prolongados, la situación chilena parece haber mejorado, elevándose de 0 a 4, pero notables falencias se observan en Latinoamérica donde la Salud pública sólo tiene estos equipos en Costa Rica, Cuba, México, Perú y Uruguay.

El CT scan está disponible en una alta proporción de Servicios de Salud, sin embargo 6 de 23 de ellos no tienen posibilidad de recurrir a este examen y ninguno posee equipos de MRI. El CT scan es un examen de utilidad especialmente en situaciones agudas, en la detección de calcificaciones cerebrales y en pacientes con infecciones congénitas y adquiridas, cuando el MRI no está disponible(12). Lo anterior sugiere que a pesar de la presencia de CT scan en la mayoría de los Servicios de Salud, su baja sensibilidad y especificidad en la detección de lesiones pequeñas y anomalías de la corteza, dejan sin diagnóstico radiológico de MRI, en una consideración de estándar mínimo, a todos los pacientes con crisis parciales y aparentes crisis generalizadas que no remiten con los antiepilépticos, que presentan enfermedades neurológicas progresivas o déficits neuropsicológicos,(12, 13). En Chile la cifra de los pacientes con esas características son un tercio de la prevalencia, los resistentes a antiepilépticos, es decir, 85.000 personas, a los que se deben agregar 5.700 al año de acuerdo a nuestras cifras de incidencia (14).

La situación chilena no difiere grandemente de la latinoamericana puesto que de acuerdo a la información disponible (4) sólo 3 países, Ecuador, El Salvador y México tienen MRI para la Salud Pública, en tanto que su oferta en la Salud Privada es enorme en todos los países de Latinoamérica (4, 9).

El SPECT, está disponible 2 de los 23 Servicios de Salud. Aunque el examen no es útil para estudios estructurales del cerebro (12) es recomendable, realizado en forma ictal, en pacientes candidatos a cirugía en los que el EEG y la RNM no aseguran una localización definitiva (12). En consideración a la enorme oferta de candidatos a cirugía, actualmente no satisfecha, pareciera no relevante que escasos Servicios de Salud lo tengan, por lo que no constituye una prioridad.

Una buena cobertura tienen todos los Servicios de Salud de disponibilidad para realizar niveles de AE, lo que sugiere un monitoreo terapéutico adecuado. Sin embargo, alrededor de un tercio de los Servicios son capaces de realizar exámenes metabólicos y de neuropatología. Lo anterior no parece ser relevante, por cuanto estos análisis pueden ser realizados si una buena red asistencial lo permitiera.

Los AE constituyen el fundamento terapéutico de la epilepsia. Efectividad óptima y nulos efectos colaterales son las ideales características de todo AE. La oferta de AE se ha incrementado en los últimos años, que ofrecen mejores posibilidades que los tradicionales. A pesar de ello, la Encuesta Nacional revela que en Chile sólo están disponibles de manera adecuada y permanente, el fenobarbital y la fenitoína y la primidona. Ellos son efectivos y baratos, pero en muchos pacientes a originan serios efectos colaterales. Por otra parte, su efectividad en síndro-mes mioclónicos y de ausencias es prácticamente nula, lo que deja fuera de posibilidades terapéuticas a un grupo importante de epilepsias, dado que la disponibilidad de valproato, de acuerdo a la Encuesta, es reducida. Su provisión es irregular en un tercio de los de los 11 Servicios de Salud que lo tienen, originando un serio riesgo a los pacientes que lo deben ingerir regularmente. Con respecto a la carbamazepina, la situación no es mejor ya que si bien está presente en todos los Servicios de Salud, su oferta es irregular en un tercio de ellos. En suma, estos AE, carbamazepina y valproato, de "2ª generación" no están actualmente disponibles para todos los beneficiarios de la Salud Pública.

Todo lo anterior, es una característica común de los países en desarrollo y en Latinoamérica (6), donde además los precios del valproato y carbamazepina pueden ser varias veces superiores a los del fenobarbital y fenitoína. En Latinoamérica la mayoría de los AE de

tercera generación están disponibles (6, 4), pero no sabemos si pueden tener acceso a ellos los beneficiarios de la Salud Pública. En Chile, de acuerdo a nuestros resultados no es así. Esta situación deja fuera de posibilidades a cerca del 10% de los enfermos (6) y a un número mayor les disminuye su calidad de vida por los efectos colaterales de la fenitoína y fenobarbital. A pesar de su alto costo(15) los AE de tercera generación deberían ser considerados en los programas de Epilepsia para un grupo seleccionado de enfermos.

Cada país debe resolver el problema del costo de los AE de acuerdo a su realidad. Chile está avanzando un paso más, puesto que la Norma Terapéutica en trabajo por el Grupo Normativo (Norma técnica y Administrativa 2001) ha establecido sustituir fenobarbital y fenitoína por valproato y carbamazepina, como AE de primera elección y proveer los recursos necesarios para ello.

La Encuesta Nacional revela una aceptable disponibilidad de AE para el tratamiento del status epiléptico. En efecto, todos los Servicios de Salud tienen diazepam y la inmensa mayoría disponen de fenobarbital. fenitoína y lorazepam están presentes y según informa la tabla 3 la disponibilidad es adecuada y permanente. Lo anterior, es de relevancia puesto que estos medicamentos aseguran el correcto tratamiento de los status epilépticos.

La capacitación para aquellos profesionales que atienden a las personas con epilepsia es una labor de importancia, toda vez que estamos en presencia de rápidos adelantos técnicos y terapéuticos en epilepsia. No obstante lo anterior, ella no es una actividad de relevancia entre nosotros, puesto que sólo la mitad de los Servicios de Salud la realizan y sólo el 50% de ellos lo hacen adecuada y permanentemente. La educación a pacientes con epilepsia de parte del equipo de salud es también descuidada: escasos 5 Servicios de Salud la realizan de forma asistemática. Unido a lo anterior, como se observa en la tabla 4, la preocupación para formar grupos de autoayuda es muy baja. Dichos grupos tienen dos objetivos fundamentales como es optimizar el cumplimiento del tratamiento y la calidad de vida del paciente y su familia. Para que esos grupos tengan un funcionamiento eficiente y regular, deben tener ciertas formalidades, como lo es la personería jurídica otorgada por algún organismo responsable, Municipalidad, Ministerios etc. La encuesta reveló que existen 3 grupos con organización informal y

funcionamiento asistemático. Sólo un grupo, la Agrupación de Padres de Niños con Epilepsia de un Hospital Público, que es además Miembro Amigo del IBE, tiene una organización formal desde 1997 y un funcionamiento regular (16).

En conclusión, la Encuesta Nacional revela algunos hechos positivos en relación a los recursos de la Salud Pública para la epilepsia en Chile, sin embargo, los siguientes marcadores centinela deben destacarse, a fin de asegurar en el futuro una mejor atención a los pacientes con epilepsia. Ellos son: insuficiente evaluación de las acciones realizadas; red asistencial débil y carente de objetivos; insuficientes recursos de profesionales médicos en los 3 niveles de atención; inadecuados recursos de equipos de EEG de 18 canales; carencia de video EEG para monitoreos prolongados y de RNM; falta de disponibilidad de medicamentos de 2ª y 3ª generación; escasas acciones de educación y capacitación, así como también falta de participación de las personas con epilepsia en organizaciones auto ayuda.

Los autores agradecen a los Encargados del Programa de Epilepsia, que respondieron a la Encuesta Nacional, su inestimable colaboración. Ellos son: Dr. Arturo Escobar, Dr. Percy Born, Dra. Leticia Huerta, Dr. Juan Eurolo, EU. Carmen Garrido, Dr. Héctor Camerati, Dra. Noelia Espinosa, Dra. María Elisa Otto, Dr. Enrique Díaz, Dra. Gretel Muller, Dr. Eduardo López, Dra. Mónica Fopiano, Dra. Pamela Navarrete, Dra. Paola Fuentes, Dr. Asmed El Salug, Dra. Katty Mora,

Dra. Andrea Gómez, Dr. Juan de Dios Polanco, EM. Marcos Acuña, Dra. Paola Amaro, Dr. Juan Enrique González, Dr. Arturo Salazar, Dra. Nora Vergara, Dr. Claudio Ruiz, Dra. Lilian Cuadra, Dr. Andrés Stuardo, EU. Verónica Gómez, Dr. Marcos Manríquez, Dra. Ledia Troncoso, Dr. Luis Schlack y Dr. Baldwin Lauson.

Tabla 1.

Disponibilidad de médico general en nivel primario para atender personas con epilepsia en 32 Centros de Salud*

Disponibilidad	N	%	
Sin disponibilidad	22	68.7	Al
menos 1	4	12.5	
8 o más	3	9.4	
Con disponibilidad	3	9.4	
Total	32	100	

* 3 Centros de Salud no responden

Tabla 2.

Disponibilidad de horas de medicina general en nivel primario para atender personas con epilepsia en 7 Servicios de Salud*

	Horas semanales	N	%
	22	1	14.2
11 o menos	6	85.8	

*16 Servicios de Salud no responden

Tabla 3.
Recursos técnicos disponibles en 23 Servicios de Salud

Recurso	Presente		Ausente		Total
	N	%	N	%	
Hospitalización	16	76.1	5	23.8	21*
EEG digital, 18 canales	10	43.3	13	56.7	23
EEG video para 8 horas	4	17.4	19	82.6	23
CT scan	17	74.0	6	26.0	23
SPECT	2	8.6	21	91.4	23
MRI	0	0			
Implante de electrodos	0	0			

*2 Servicios de Salud no responden

Tabla 4.
Recursos de laboratorio disponibles en 23 Servicios de Salud

Recurso	Presente		Ausente		Total
	N	%	N	%	
Niveles séricos de AED	23	100.0	0	0	23
Estudios metabólicos	7	31.8	15	68.2	22*
Neuropatología	6	27.2	16	72.8	22*

AED = antiepileptic drug

*1 Servicio de Salud no responde

Tabla 5.
Calidad y disponibilidad de AEDs en 23 Servicios de Salud

Medicamento	N	%	Adecuada y permanente		irregular	
			N	%	N	%
Fenobarbital	23	100	23	100	0	0
	23	100	23	100	0	0
Carbamazepina	23	100	15	65.2	8	34.7
Valproato	11	47.8	3	13	8	34.7
Primidona	22	95.6		*		*
Etosuximida	5	21.7		*		*
Clobazam	4	17		*		*
ACTH	4	17		*		*
De tercera generación	0					

AEDs = antiepileptic drugs

*No responde

+Apreciación de quien responde la encuesta

Tabla 6.
Grupos de autoayuda en los 23 Servicios de Salud

Grupo	N	%	Funcionamiento
Autoayuda formal	1	4.3	adecuado y sistemático
Autoayuda informal	3	13.0	inadecuado y asistemático
No tienen	19	82.7	-
Total	23		

REFERENCIAS

- Chiofalo N, Kirschbaum A, Schoenberg B, et al. Estudio epidemiológico de las enfermedades neurológicas en Santiago Metropolitano, Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1992;30:335-41.
- Carvajal M, Cuadra L, Devilat M, et al. Política y Plan Nacional de Epilepsia en Chile. *Rev Chil Epilepsia* 1;54-6.
- LA-OMS-IBE. Latin American Declaration on Epilepsy. 9 September 2000.
- Devilat M. La Epilepsia en Latinoamérica. Santiago. Chile: Editorial Iku, 2000.
- Caraballo R, Miranda C. Epilepsia fuera de las Sombras: la iniciativa en epilepsia de la Organización Panamericana de la Salud. En: Devilat M, ed. La Epilepsia en Latinoamérica. Santiago. Chile: Editorial Iku, 2000:36-1.
- Fandiño-Franky J, Silfvenius H. World-Wide disparities in epilepsy care: a latinamerican outlook. *Epilepsia* 1999;39(suppl 8): 48-4.
- Jallon P. Epilepsy in developing countries. *Epilepsia* 1997;38:1143-51.
- Devilat M. El perfil de la Epilepsia en Chile. En: Devilat M, ed. La Epilepsia en Latino-américa. Santiago. Chile: Editorial Iku, 2000: 59-7.
- Devilat M. Epilepsy in Chile. *Epigraph* 2000; 1:6-7
- Levak I, Stephenson C, Theodore W. Epilepsy in Latin American and the Caribbean: A survey on needs and resources. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am/Public Health* 1999; 6(5): 342-5.
- Escobar MC, Medina E. Epilepsia. Diagnóstico y tratamiento. Normas técnicas. Santiago. Chile. Ministerio de Salud, 1990
- Brodie MJ, Shorvon SD, Canger R, et al. Commission on European Affairs: Appropriate Standards of Epilepsy Care Across Europe. ILAE Commission Report. *Epilepsia* 1997; 38:1245-4.
- Semah F, Picot MC, Adam C, et al. Is the underlying cause of epilepsy a major prognostic factor for recurrence? *Neurology* 1998;51:1256-2.
- Lavados J, Germain L, Morales A, Campero M, Lavados P. A descriptive study of epilepsy in district of El Salvador, Chile. *Acta Neurol Scand* 1992;85:249-6.
- Heaney D. The pharmacoeconomics of the new antiepileptic drugs. *Epilepsia* 1999;40 (suppl 8): 25-1.
- Cabrapan E. Epilepsy seen by parents. En: Devilat M, ed. La Epilepsia en Latinoamérica. Santiago. Chile: Editorial Iku, 2000:59-7.