



Tasa de egreso hospitalario y mortalidad de hepatitis autoinmune en Chile periodo 2018-2024

Hospital Discharge and Mortality Rates for Autoimmune Hepatitis in Chile (2018 - 2024)

Daniel Alvarado (1), Camila Albornoz (1),
Javiera Correa (1), María Rizzo (1),
Millaray Albornoz (1), Carolina Delgado (2)

Recibido el 24 de mayo de 2026.
Aceptado el 14 de septiembre de 2026.
Publicado el 29 de septiembre de 2026.
Correspondencia: Daniel Alvarado
Correo: dalvarado@medicina.ucsc.c

- (1) Estudiante de Medicina,
Universidad Católica de la
Santísima Concepción, Chile
- (2) Gastroenteróloga, Docente
Universidad Católica de la
Santísima Concepción, Chile

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este artículo. Sin fuentes de financiamiento.

REVISTA
ANACEM



Resumen

Introducción: La hepatitis autoinmune (HA) es una enfermedad hepática de curso agudo o crónico, de etiología desconocida, cuyo diagnóstico representa un desafío clínico por su similitud con otras hepatitis. Aunque su frecuencia es baja, el diagnóstico y tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, analítico y transversal basado en datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Results: Entre 2018 y 2024 se registraron 2317 egresos hospitalarios por HA. El 77,3 % de los casos correspondió a mujeres y el grupo de 20 a 59 años concentró el 57 % de los diagnósticos. La Región Metropolitana presentó la mayor cantidad de casos. Además, se observó una letalidad hospitalaria promedio de 3,3 % y una tendencia ascendente de la tasa de egresos hospitalarios (TEH) anual, alcanzando su punto máximo en 2024.

Conclusión: La hepatitis autoinmune en Chile presenta un patrón epidemiológico caracterizado por una mayor frecuencia en adultos de 20 a 59 años. Asimismo, se observó un marcado predominio en el sexo femenino, consistente con el comportamiento epidemiológico de la enfermedad a nivel internacional.

Palabras clave: Hepatitis; Autoinmunidad; Epidemiología; Mortalidad; Egreso Hospitalario.

Abstract

Introduction: Autoimmune hepatitis (AIH) is a liver disease with acute or chronic presentation and an unknown etiology, representing a clinical and diagnostic challenge due to its similarity to other forms of hepatitis. Although its incidence is low, early diagnosis and timely treatment are essential to improve patient outcomes.

Methods: Descriptive, observational, analytical, and cross-sectional study based on statistical data obtained from the Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Results: Between 2018 and 2024, a total of 2317 hospital discharges due to AIH were recorded. Women accounted for 77.3% of cases, while the 20–59-year age group represented 57% of all diagnoses. The Metropolitan Region concentrated the highest number of cases. In addition, an average hospital case fatality rate rate of 3.3% was observed, together with an upward trend in annual hospital discharge rate, reaching its highest value in 2024.

Conclusion: Autoimmune hepatitis in Chile presents an epidemiological pattern characterized by a higher frequency in adults aged 20 to 59 years. Likewise, a marked female predominance was observed, consistent with the epidemiological behavior of the disease internationally.

Keywords: Hepatitis; Autoimmunity; Epidemiology; Mortality; Patient Discharge.



Introducción

La hepatitis autoinmune (HA) es una enfermedad crónica del hígado caracterizada por autoanticuerpos circulantes, mayor concentración de IgG y características histológicas distintivas(2)(3)(18).

Según el conocimiento actual sobre HA, su patogenia se caracteriza por una pérdida de la tolerancia inmunológica por parte de los hepatocitos y tener una naturaleza recurrente-remitente de la actividad inflamatoria, a pesar de ser tratada con inmunosupresión. Estudios previos han descrito que el HA es tres veces más prevalente en mujeres que hombres, predomina entre los 45 y 70 años (4) y presenta antecedentes familiares de autoinmunidad en el 40 % de los casos (5). Entre los factores desencadenantes se ha descrito la aparición de HA tras infecciones por Hepatitis A, Coronavirus 2 asociado al síndrome respiratorio agudo severo, virus de Epstein-Barr, y después de la vacunación basada en ARN mensajero (ARNm) y adenoviral (4).

La tasa de egreso hospitalario por hepatitis autoinmune (HA) varía de acuerdo con el país y los criterios de codificación (CIE-10: K75.4), pero los estudios internacionales (EEUU) de referencia estiman una tasa de hospitalización primaria de aproximadamente 0,73 por cada 100.000 habitantes (1). La incidencia y prevalencia anuales a nivel mundial agrupadas son de 1,37 y 17,44 por 100.000 personas, respectivamente. Por otro lado, en Chile, no se han encontrado estudios recientes de los últimos cinco años que informen sobre la incidencia, ni Tasa de egreso hospitalario de HA.

La presentación clínica es muy variable incluyendo hepatitis asintomática, hepatitis aguda, insuficiencia hepática aguda, hepatitis crónica y cirrosis, además la HA no posee síntomas clínicos propios ni marcadores de diagnóstico específicos (6), por lo tanto, es un diagnóstico de exclusión y solo puede ser diagnosticado después de descartar todos los posibles diagnósticos diferenciales. Luego de excluir otras enfermedades el diagnóstico se basa en la detección de autoanticuerpos, la evaluación



histológica hepática y el aumento de los niveles de inmunoglobulina G (IgG)(7).

El tratamiento de la HA consiste en aliviar síntomas y controlar la inflamación hepática a partir de un tratamiento con inmunosupresión, su objetivo es inducir la remisión, definida como la normalización de las aminotransferasas y la IgG a los seis meses, y mantener la remisión a partir de entonces (7), la primera línea de tratamiento consiste en la utilización de prednisolona más azatioprina para inducir la remisión clínica y bioquímica (5).

HA puede progresar a cirrosis hepática e insuficiencia hepática terminal si se pasa por alto el diagnóstico y se retrasa el tratamiento, a pesar de ser una enfermedad de baja incidencia y con una baja frecuencia en egresos hospitalarios, la tardanza en su diagnóstico y tratamiento puede llevar a la necesidad de una trasplante hepático, el cual tiene una tasa de supervivencia a los 1 y 5 años de aproximadamente del 90 % y el 70 %, respectivamente y una recurrencia de la enfermedad que afecta a más de un tercio de los pacientes a los 10 años del trasplante. (8). Un estudio de cohorte realizado en un centro terciario de alto

volumen en Alemania encontró que el 31,59% de los pacientes ya presentaba cirrosis hepática cuando se realizó el diagnóstico inicial de HA y arrojó una mortalidad general del 9,16% (9).

Estudios internacionales indican que la mortalidad en hepatitis autoinmune se relaciona principalmente con cirrosis hepática avanzada y complicaciones asociadas, como la hipertensión portal, que incrementan significativamente el riesgo de la muerte (16). En pacientes con hepatitis autoinmune severa, la supervivencia tras el trasplante es relativamente buena, no obstante, la mortalidad antes y después del trasplante se asocia principalmente con complicaciones infecciosas y quirúrgicas, así como con recurrencia de la enfermedad y rechazo crónico (17), lo que refleja la vulnerabilidad de los pacientes con formas graves o diagnóstico tardío. En el contexto chileno, donde no existen registros nacionales que diferencien la mortalidad antes y después del trasplante, estos datos ponen de manifiesto la necesidad imperiosa de fortalecer la detección temprana, mejorar el acceso a tratamientos especializados y optimizar la vigilancia clínica, considerando además las



diferencias en mortalidad por sexo y edad, para diseñar estrategias de manejo adaptadas a la realidad local y la liberación de registros de trasplantes de órgano sólido.

Se realizó un estudio de carácter observacional, descriptivo, analítico y transversal sobre el número de egresos hospitalarios por hepatitis autoinmune entre 2018 y 2024.

Se utilizaron las bases de datos abiertas de defunciones y registros hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile. Para el denominador poblacional, se emplearon las estimaciones y proyecciones oficiales de población nacional a mitad de período (30 de Junio) del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) del año 2017; ya que las proyecciones 2024 están pendientes de actualización para el 2026 y era imposible disgregar todos los datos para el cálculo por sexo, edad y región.

Los registros del DEIS fueron importados y filtrados en Microsoft Excel utilizando la

Esta revisión tiene como objetivo analizar los registros nacionales de hepatitis autoinmune y su distribución epidemiológica en el país.

Materiales y Métodos

codificación CIE-10 correspondiente a Hepatitis Autoinmune (K75.4), identificando las defunciones por causa básica y el total de casos anuales.

Para el análisis de la tendencia se utilizó la regresión de Poisson a través de Python 3 VSC.

El periodo de estudio fue delimitado por conveniencia, porque datos previos al 2018 no consideran la región del ñuble.

Los datos en cuestión son de libre acceso, debido a esto no se requirió consentimiento informado o comité de ética para realizar la presente investigación.

Los participantes de esta investigación no declaran conflicto de interés ni financiación de ningún tipo.



Resultados

Durante el periodo de estudio 2018-2024, se registraron un total de $n=2326$ casos de hepatitis autoinmune a nivel nacional. La distribución detallada de estos casos se presenta en las Tablas 1-4.

Es importante destacar que existen 9 casos de los que se desconoce la edad, sexo y/o región. Por consiguiente, el análisis epidemiológico detallado por región, edad y sexo se realizó sobre los casos restantes ($n=2317$) en los que sí se disponía de esta información (**Tablas 1 a 4**).

En este subgrupo, se observó una mayor frecuencia en mujeres, representando el 77,3 % ($n=1793$) del total, en comparación con un 22,6 % ($n=524$) en hombres.

El grupo etario de 20 a 59 años (**Tabla 3**) contuvo la mayor concentración de casos, acumulando el 58 % ($n=1346$) de los diagnósticos, seguido por el grupo de 60 años o más (Tabla 4), que representó el 29,9 % ($n=693$).

Geográficamente, la Región Metropolitana presentó la frecuencia más alta de casos, concentrando aproximadamente el 45,8 %

($n=1062$) de los registros, seguida por la Región de Valparaíso con un 9,4 % ($n=218$) y la Región del BíoBío con un 9,3 % ($n=217$).

La distribución anual de los casos aumentó cada año consecutivo, alcanzando el mayor número de reportes en el año 2024 con el 17,7 % ($n = 411$) de los casos (Tabla 5).

Con respecto a la mortalidad por HA, se reportaron 83 egresos de pacientes fallecidos durante el período, concentrados en los grupos de 20 a 59 años y mayores de 60 años (correspondientes a las **Tablas 6 y 7**). A partir de estos datos se determinaron las tasas de mortalidad y letalidad.

En 2018, se registró una mortalidad nacional de 0,043 por 100.000 habitantes y una letalidad de 2,61%. Las mujeres concentraron la mayor carga, con una mortalidad de 3,17%, y los hombres una mortalidad de 1,22%. La Región Metropolitana presentó una letalidad de 0,72% y mortalidad (0,013 por 100.000 habitantes. En contraste, zonas de menor población como Magallanes y Atacama alcanzaron las tasas más elevadas (mortalidad de 0,576 y 0,325, y letalidad de 16,7% y 33,3%, respectivamente).



En 2019, la mortalidad nacional fue de 0,079 por 100.000 habitantes, con una letalidad del 4,85%. Las mujeres tuvieron una tasa de mortalidad poblacional de 0,103 en 100.000 habitantes y los hombres de 0,053 en 100.000 habitantes, la letalidad fue mayor en el sexo masculino 7,25%; en las mujeres fue de 4,17%. La Región Metropolitana tuvo una letalidad 2,16% y mortalidad 0,038. En contraste, Los Ríos y O'Higgins presentaron la mayor mortalidad poblacional (0,248 y 0,204 por 100.000 hab., respectivamente), mientras que Antofagasta registró la letalidad más alta (25,00%), seguida de O'Higgins (15,38%) y Coquimbo (14,29%).

En 2020 la mortalidad nacional fue de 0,041 por 100.000 habitantes y la letalidad de 2,94%. La mortalidad en mujeres fue de 0,061 en 100.000 hab. y en hombres 0,021 por 100.000 hab.; no obstante, los hombres presentaron una mayor tasa de letalidad (4,17% vs. 2,68%). La Región Metropolitana no registró defunciones intrahospitalarias. En contraposición, Antofagasta presentó los valores más altos del país tanto en letalidad (50,00%) como en mortalidad (0,289 por 100.000 hab.), seguida de Coquimbo (letalidad de 20,00% y mortalidad de 0,239)

y Los Ríos (letalidad de 12,50% y mortalidad de 0,246).

En 2021, la tasa de mortalidad nacional fue de 0,071 por 100.000 habitantes, con una letalidad global del 4,91%. Las mujeres tuvieron una tasa de mortalidad poblacional de 0,080 y los hombres de 0,062 por 100.000 habitantes, los hombres registraron una letalidad superior (9,52% frente al 3,60% en mujeres). La Región Metropolitana concentró el 46,3% de los casos nacionales, con baja letalidad (3,03%) y mortalidad (0,049). En contraste, las tasas de mortalidad poblacional más elevadas se observaron en Atacama (0,316), Maule (0,262), Tarapacá (0,256) y Coquimbo (0,236 por 100.000 hab.), mientras que las mayores letalidades se registraron en Tarapacá (33,33%), Coquimbo (28,57%), e igualmente en Atacama y O'Higgins (16,67% cada una).

En 2022 la mortalidad nacional descendió a 0,030 por 100.000 habitantes y la letalidad general cayó a 1,62%. El sexo femenino continuó concentrando la mayor tasa de mortalidad poblacional (0,050 vs. 0,010 por 100.000 hab. en hombres) y una letalidad ligeramente superior (1,72% vs. 1,25%). Se



observó que únicamente dos regiones reportaron muertes, las cuales fueron la Región Metropolitana (letalidad de 2,89% y mortalidad de 0,060 por 100.000 hab.) y la Región de Valparaíso (letalidad de 3,12% y mortalidad de 0,050 por 100.000 hab.).

En 2023, la mortalidad nacional aumentó a 0,075 por 100.000 habitantes y la letalidad se elevó al 4,04% (15 fallecidos de 371 casos). El impacto fue marcadamente superior en la población femenina, presentando una mortalidad más de seis veces mayor que la masculina (0,129 vs. 0,020 por 100.000 hab.) y el doble de letalidad (4,61% frente al 2,25% en hombres). La Región Metropolitana concentró el 49,3% de los casos y el 60% de los fallecimientos del país (letalidad de 4,92% y mortalidad de 0,108). No obstante, la mayor mortalidad poblacional correspondió a Magallanes (0,549 por 100.000 hab.; letalidad de 14,29%) y Los Lagos (0,220 por 100.000 hab.; letalidad de 12,50%), mientras que diez regiones no registraron defunciones.

En 2024 se registraron los valores máximos de toda la serie temporal analizada, con una mortalidad nacional de 0,090 por 100.000

habitantes y una letalidad de 4,38%. Las mujeres concentraron la mayor carga de la enfermedad, registrando una mortalidad poblacional más de tres veces superior a la de los hombres (0,138 vs. 0,040 por 100.000 hab.), con niveles de letalidad similares entre ambos sexos (4,43% en mujeres y 4,21% en hombres). La Región Metropolitana acumuló la mayor casuística (188 casos) y la mitad de las defunciones del país (9 muertes; letalidad de 4,79% y mortalidad de 0,107 por 100.000 hab.). Sin embargo, Los Lagos registró la mortalidad poblacional más alta (0,329 por 100.000 hab.) y la mayor letalidad (10,71%), seguida de Antofagasta (0,139 de mortalidad; 6,67% de letalidad) y Valparaíso (0,099 de mortalidad; 8,00% de letalidad), mientras que ocho regiones no registraron fallecimientos.

Con el fin de modelar adecuadamente la tasa y ajustar por el crecimiento demográfico, se incorporó como denominador el logaritmo natural de la población total anual extraída de las estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, base 2017). El análisis reveló un aumento estadísticamente significativo en las tasas



de hospitalización a lo largo del periodo evaluado ($p < 0.001$). Específicamente, el modelo estimó un cambio anual del 4,95%, con un IC del 95% entre los 2,82% - 7,12%, lo que demuestra una tendencia al alza en la

Discusión

Entre 2018 y 2024, los registros nacionales de Chile muestran un aumento progresivo en los egresos hospitalarios por hepatitis autoinmune, con fluctuaciones interanuales atribuibles a variaciones en la notificación, acceso a especialistas o factores locales no identificados.

La patología predomina en mujeres (77,3 %) y en adultos de 20 a 59 años, con una cifra relevante en mayores de 60 años que cobra peso frente al envejecimiento demográfico en Chile. La concentración de casos en la Región Metropolitana sugiere que la densidad poblacional y el mejor acceso a centros terciarios para pruebas serológicas (ANA y anti-SMA) condicionan su detección (10), por lo que este incremento podría reflejar tanto una mayor incidencia real como una mayor capacidad diagnóstica. El análisis de los registros nacionales evidencia que, si bien el grupo de 20 a 59 años concentra la mayor cantidad de casos

tasa poblacional de egresos por esta patología durante los últimos siete años estadísticamente significativa (**Figura 1**).

de hepatitis autoinmune (58%), los adultos mayores de 60 años representan un porcentaje significativo (29,9%) y concentran la mayor parte de la mortalidad hospitalaria. Este fenómeno adquiere relevancia en el contexto del envejecimiento demográfico de la población chilena. En los pacientes de tercera edad, el manejo clínico de la patología se vuelve más complejo debido a la inmunosenescencia, la presencia de múltiples comorbilidades y los riesgos inherentes al uso prolongado de terapias inmunosupresoras (19). Por lo tanto, es fundamental considerar este grupo etario en el diseño de estrategias sanitarias preventivas y en la optimización del diagnóstico temprano, buscando mitigar la alta vulnerabilidad y la progresión acelerada hacia complicaciones graves o desenlaces fatales en esta población.

Durante el periodo 2018-2024, en Chile se registraron 83 muertes asociadas a hepatitis autoinmune, de los cuales 37



corresponden a adultos de 20 a 59 años y 45 a mayores de 60 años, sumado a 1 fallecimiento entre los 10 y 19 años (**Tabla 7**), alcanzando para el año 2024 una Tasa de Mortalidad General de 0,090 por 100.000 habitantes a nivel poblacional. Cabe destacar que las elevadas tasas de letalidad registradas en regiones de menor población (como Atacama con 33,3% en 2018 o Antofagasta con 50% en 2020) muy probablemente se deba al bajo número de casos asociado. Estos datos podrían indicar que la mortalidad se concentra principalmente en mujeres y en pacientes de edad avanzada, lo que podría estar vinculado a un diagnóstico tardío o a una evolución más acelerada hacia la insuficiencia hepática, fenómeno que aún requiere una mayor investigación. Identificar la hepatitis autoinmune en menores de un año es particularmente complejo, lo que genera vacíos de registro y limitaciones en los datos, como la falta de desagregación por sexo, que podrían subestimar su magnitud real. Su presentación clínica en lactantes suele ser atípica o variable (11), cursando con signos inespecíficos como ictericia prolongada o retraso del crecimiento; esto entorpece la sospecha

precoz y exige estrategias diagnósticas adaptadas a este grupo.

Estas características clínicas y diagnósticas, junto con los datos epidemiológicos disponibles, sugieren que la hepatitis autoinmune en Chile presenta un patrón definido, con grupos de riesgo y zonas geográficas prioritarias, al comparar los datos con el escenario internacional se evidencia la variabilidad regional y la importancia de considerar factores locales y demográficos (12)(13)(14)(15). Esto resalta la necesidad de fortalecer la vigilancia y la pesquisa precoz, así como de optimizar la asignación de recursos sanitarios para mejorar su detección y manejo clínico.

Por último, estos resultados reflejan la urgencia de repensar las políticas públicas para descentralizar la atención especializada en el país. Resulta clave mejorar los registros de trasplantes y fijar guías claras para detectar el problema a tiempo. De esta forma, se puede frenar el retraso en el diagnóstico y disminuir el impacto en la mortalidad.

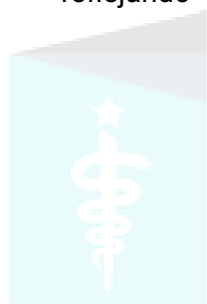
Conclusión



El análisis de los registros nacionales del DEIS (2018 - 2024) evidencia que la HA en Chile presenta una TEH con tendencia ascendente, caracterizada por un predominio en mujeres de 20 a 59 años y un impacto relevante en adultos mayores. La mortalidad se concentró en las edades más avanzadas, mientras que la distribución geográfica mostró la mayor concentración de egresos en la Región Metropolitana, reflejando la influencia de la densidad

poblacional y el acceso a centros especializados.

Estos hallazgos permiten caracterizar por primera vez el perfil epidemiológico de la patología a nivel nacional, demostrando la necesidad de descentralizar la atención hepatológica, fortalecer la vigilancia continua y promover la pesquisa precoz para reducir la morbilidad asociada.



REVISTA
ANACEM



Anexos (Figuras, gráficos y tablas)

0 a 9 años																
Año de egreso	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
Región / Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	Total	
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
De Arica y Parinacota	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
De Atacama	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
De Coquimbo	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
De La Araucanía	1	1	0	0	0	0	1	0	2	3	3	0	0	0	11	
De Los Lagos	0	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1	2	8	
De Los Ríos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
De Ñuble	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	
De Valparaíso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
Del Libertador B. O'Higgins	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Metropolitana de Santiago	7	1	5	3	1	2		4	3		4	7	3	3	43	
Total general	8	5	5	3	5	5	1	7	6	3	7	7	4	9	75	

Tabla 1: Casos de hepatitis autoinmune en pacientes de 0 a 9 años, por regiones y sexo, 2018 - 2024. H: Hombre M: Mujer



10 a 19 años																
Año de Egreso	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
Región / Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	Total	
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
De Antofagasta	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	0	1	0	0	7	
De Arica y Parinacota	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
De Atacama	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
De Coquimbo	0	0	1	0	0	0	3	0	2	0	2	1	2	0	11	
De La Araucanía	2	1	2	1	0	9	1	0	0	0	0	1	0	0	17	
De Los Lagos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3	
De Los Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	1	1	0	6	
De Magallanes y de La Antártica Chilena	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
De Ñuble	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4	
De Tarapacá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
De Valparaíso	0	5	0	1	1	1	1	5	0	3	2	1	0	3	23	
Del BíoBío	1	0	1	3	0	0	0	1	4	4	1	2	4	3	24	
Del Libertador B. O'Higgins	2	0	2	2	0	2	0	1	2	0	0	1	0	4	16	
Del Maule	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	0	3	1	10	
Metropolitana de Santiago	7	5	3	7	1	6	2	8	4	11	2	4	5	12	77	
Total general	13	12	9	14	5	20	8	18	14	24	11	14	17	24	203	

Tabla 2: Casos de hepatitis autoinmune en pacientes de 10 a 19 años, por regiones y sexo, 2018 - 2024. H: Hombre M: Mujer



20 a 59 años																
Año de egreso	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
Región / Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	Total	
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0	1	1	1	0	0	0	2	0	2	0	1	0	1	9	
De Antofagasta	1	4	0	3	1	3	1	3	1	5	0	4	4	7	37	
De Arica y Parinacota	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	
De Atacama	0	1	0	0	0	2	0	6	1	1	0	0	0	0	11	
De Coquimbo	2	3	0	5	0	4	0	2	2	5	0	6	0	6	35	
De La Araucanía	9	8	5	8	4	5	3	4	4	6	6	8	7	10	87	
De Los Lagos	1	6	0	16	0	11	0	3	2	8	5	9	5	11	77	
De Los Ríos	0	2	1	6	0	5	1	2	0	2	0	2	0	3	24	
De Magallanes y de La Antártica Chilena	0	5	0	4	2	1	0	1	1	0	2	3	0	0	19	
De Ñuble	2	4	1	4	0	8	1	8	0	8	1	8	0	8	53	
De Tarapacá	0	0	1	0	0	2	0	1	2	1	1	3	1	3	15	
De Valparaíso	3	21	5	13	5	11	3	13	4	14	4	13	4	8	121	
Del BíoBío	5	14	1	10	3	12	0	9	9	17	3	19	4	25	131	
Del Libertador B. O'Higgins	2	2	1	5	0	6	0	4	0	4	2	6	4	8	44	
Del Maule	2	13	4	12	1	9	4	8	1	10	4	7	3	12	90	
Metropolitana de Santiago	21	59	20	62	8	48	21	58	14	81	20	81	16	81	590	
Total general	48	143	40	149	24	88	34	42	42	165	48	170	48	183	1346	

Tabla 3: Casos de hepatitis autoinmune en pacientes de 20 a 59 años, por regiones y sexo, 2018 - 2024. H: Hombre M: Mujer



Mayores de 60																
Año de egreso	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024			
Región / sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	Total	
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	
De Antofagasta	0	1	0	1	0	0	0	3	1	2	0	3	0	4	15	
De Arica y Parinacota	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	4	
De Atacama	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
De Coquimbo	0	2	0	1	1	2	2	0	0	2	0	0	0	1	11	
De La Araucanía	0	2	0	4	1	3	1	8	1	4	0	5	3	3	35	
De Los Lagos	1	3	0	7	1	4	0	5	0	4	0	2	0	7	34	
De Los Ríos	0	2	1	1	0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	13	
De Magallanes y de La Antártica Chilena	0	1	0	3	0	2	1	1	1	4	1	1	0	1	16	
De Ñuble	1	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	1	0	2	9	
De Tarapacá	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	5	
De Valparaíso	0	5	5	10	4	6	4	8	3	8	7	4	1	8	73	
Del BíoBío	0	5	2	5	4	4	1	1		10		12	7	11	62	
Del Libertador B. O'Higgins	0	4	1	2	1	3	0	1	0	5	0	4	0	1	22	
Del Maule	1	5	0	2	0	6	1	6	1	3	0	5	2	5	37	
Metropolitana de Santiago	9	30	5	34	2	40	7	32	8	52	13	52	13	55	352	
Total general	13	61	15	74	14	71	18	70	18	99	23	91	26	100	693	

Tabla 4: Casos de hepatitis autoinmune en pacientes mayores de 60 años, por regiones y sexo, 2018 - 2024. H: Hombre M: Mujer



Año / Sexo	HOMBRE	MUJER	Total general
2018	82	221	303
2019	69	240	309
2020	48	224	272
2021	61	219	280
2022	80	291	371
2023	89	282	371
2024	95	316	411
Total general	524	1793	2317

Tabla 5: Distribución por sexo y año de los egresos de hepatitis autoinmune

Condición / Año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total general
Fallecido	8	15	8	13	6	15	18	83
Vivo	295	294	264	267	365	356	393	2234
Total general	303	309	272	280	371	371	411	2317

Tabla 6: Condición de egreso de los pacientes, 2018 - 2024.

Año	10 a 19 M	20 a 59 H	20 a 59 M	> 60 H	> 60 M	Total general
2018	0	1	1	0	6	8
2019	0	2	6	3	4	15
2020	0	1	6	1	0	8
2021	1	2	2	3	5	13
2022	0	0	1	1	4	6
2023	0	1	6	1	7	15
2024	0	2	6	2	8	18
Total general	1	9	28	11	34	83

Tabla 7. Distribución anual de egresos hospitalarios por fallecimiento debido a hepatitis autoinmune, según grupo etario y sexo, Chile 2018–2024.

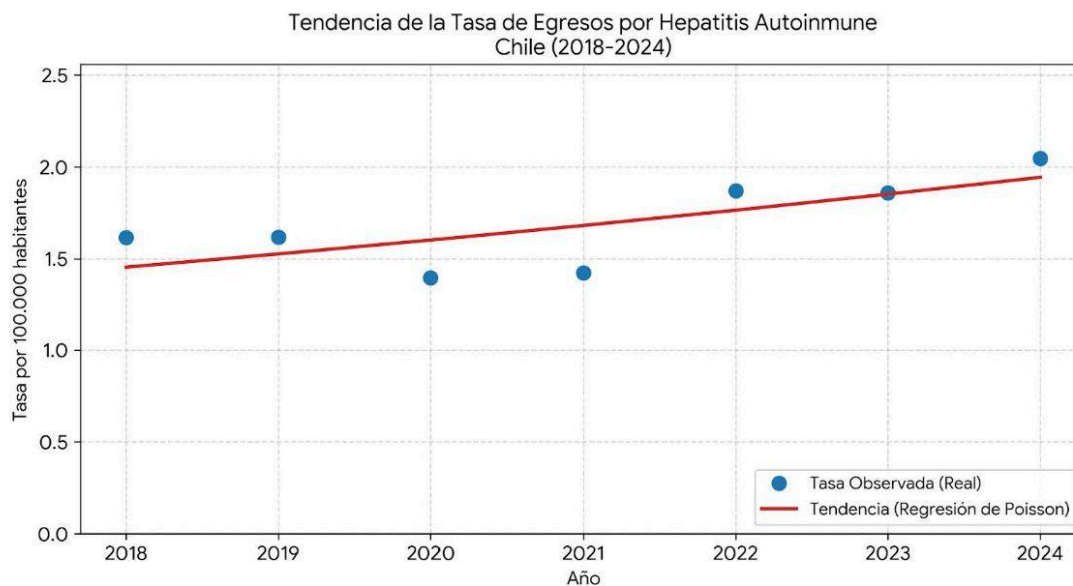


Figura 1: Evolución anual de la tasa de egresos hospitalarios por hepatitis autoinmune en Chile
Periodo y tendencia por regresión de Poisson 2018 – 2024.



Referencias

1. Wen, J. W., Kohn, M. A., Wong, R., Somsouk, M., Khalili, M., Maher, J., & Tana, M. M. (2018). Hospitalizations for Autoimmune Hepatitis Disproportionately Affect Black and Latino Americans. *The American journal of gastroenterology*, 113(2), 243–253.
<https://doi.org/10.1038/ajg.2017.456>
2. Mroskowiak A, Suleja A, Stec M, Kuczmik W, Migacz M, Holecki M. Autoimmune Hepatitis—Challenging Diagnosis. *Medicina*. 2022;58(7):896.
doi:10.3390/medicina58070896
3. Tan CK, Ho D, Wang LM, Kumar R. Drug-induced autoimmune hepatitis: a minireview. *World Journal of Gastroenterology*. 2022;28(24):2654–2666.
doi:10.3748/wjg.v28.i24.2654
4. Trivedi PJ, Hirschfield GM, Adams DH, Vierling JM. Immunopathogenesis of primary biliary cholangitis, primary sclerosing cholangitis and autoimmune hepatitis: Themes and concepts. *Gastroenterology* [Internet]. 2024;166(6):995–1019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2024.01.049>
5. Sirbe C, Simu G, Szabo I, Grama A, Pop TL. Pathogenesis of Autoimmune Hepatitis—Cellular and Molecular Mechanisms. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021;22(24):13578.
doi:10.3390/ijms222413578
6. Kim JH. Diagnosis of autoimmune hepatitis. *Korean J Gastroenterol* [Internet]. 2023;81(2):66–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4166/kjg.2023.001>
7. Muratori L. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. *BMJ*.



2023;380:bmj-2022-070201.

doi:10.1136/bmj-2022-070201.

Disponible en:

[https://www.bmj.com/content/380/
bmj-2022-070201](https://www.bmj.com/content/380/bmj-2022-070201)

8. Montano-Loza AJ, Ronca V, Ebadi M, Hansen BE, Hirschfield G, Elwir S, et al. Risk factors and outcomes associated with recurrent autoimmune hepatitis following liver transplantation. J Hepatol [Internet]. 2022;77(1):84–97. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2022.01.022>

9. Buechter M, Dorn D, Möhlendick B, Siffert W, Baba HA, Gerken G, et al. Characteristics and long-term outcome of 535 patients with autoimmune hepatitis-the 20-year experience of a high-volume tertiary center. J Clin Med [Internet]. 2023;12(13). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12134192>

10. Delgado de la Poza JF, Palomino Díaz MP, Rodríguez Hernández C. Hepatopatías autoinmunes: cirrosis biliar primaria, hepatitis autoinmune

y colangitis esclerosante primaria.

En: Protocolos de diagnóstico inmunológico en enfermedades autoinmunes. Elsevier; 2014. p. 50–5.

11. Altamimi E, Al Omari D, Obeidat H, Barham K. Retrospective, single-center analysis of autoimmune hepatitis in Jordanian children: clinical features, treatments, and outcomes. BMC Pediatr [Internet]. 2024;24(1):102. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1186/s12887-024-04590-9>

12. Hahn JW, Yang HR, Moon JS, Chang JY, Lee K, Kim GA, et al. Global incidence and prevalence of autoimmune hepatitis, 1970-2022: a systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine [Internet]. 2023;65(102280):102280. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102280>

13. Tunio NA, Mansoor E, Sheriff MZ, Cooper GS, Sclair SN, Cohen SM. Epidemiology of autoimmune



hepatitis (AIH) in the United States between 2014 and 2019: A population-based national study: A population-based national study. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2021;55(10):903–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000001449>

14. Bittermann T, Lewis JD, Levy C, Goldberg DS. Sociodemographic and geographic differences in the US epidemiology of autoimmune hepatitis with and without cirrhosis. *Hepatology* [Internet]. 2023;77(2):367–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/hep.32653>

15. Yolacan R, Yildirim C, Kaya M. General Characteristics of Our Patients Diagnosed with Autoimmune Hepatitis: Single Center Experience. *International Archives of Medical Research*. 2024;16(2):13–23. doi:10.56484/iamr.1454580.

16. Sharma, R., Verna, E. C., Söderling, J., Roelstraete, B., Hagström, H., & Ludvigsson, J. F. (2021). Increased Mortality Risk in Autoimmune

Hepatitis: A Nationwide Population-Based Cohort Study With Histopathology. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 19(12), 2636–2647.e13. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.10.006>

17. Contreras, G. V. (2022). Trasplante hepático en las enfermedades hepáticas de origen autoinmune y estudio de sus manifestaciones extrahepáticas. *REPOSITORIO UAM*. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/706197/vazquez_contreras_gema.pdf?sequence=1

18. Rahim, M. N., Liberal, R., Miquel, R., Heaton, N. D., & Heneghan, M. A. (2019). Acute severe autoimmune hepatitis: Corticosteroids or liver transplantation? *Liver Transplantation: Official Publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*, 25(6), 946–959. <https://doi.org/10.1002/lt.25451>



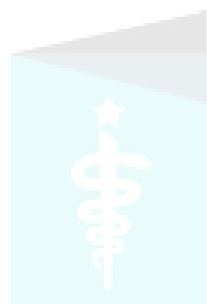
<https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N1-2026112>

Artículo de Investigación | Research Article

Volumen 20 Número 1

19. Goyani, P., Christodoulou, R., &
Vassiliou, E. (2024).
Immunosenescence: Aging and

Immune System Decline. *Vaccines*,
12(12), 1314.
<https://doi.org/10.3390/vaccines12>
121314



REVISTA
ANACEM