



Tasa de egreso hospitalario por Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Chile, 2021–2024: estudio transversal basado en registros administrativos DEIS

Hospital discharge rates for Inflammatory Bowel Disease in Chile, 2021–2024: a cross-sectional study based on DEIS administrative records

Paloma Carreño E. (1), Antonia Álvarez L. (1), Isidora Fernández Z. (1), Vania Miranda D. (1), Fernanda Cantillana A. (1), Scarlett Burgos H. (2)

(1) Interna de Medicina de la Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

(2) Médico Cirujano de la Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

Recibido el 24 de 05 de 2026.

Aceptado el 14 de septiembre de 2026.

Publicado el 29 de septiembre de 2026.

Correspondencia: Paloma Carreño E.

Correo: pcarrenoe@uft.edu

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



Resumen

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) son las principales formas de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En Chile existe información nacional limitada sobre egresos hospitalarios según sexo, edad y estadía.

Objetivo: Establecer la tasa de egreso hospitalario (TEH) por CU y EC en Chile entre 2021 y 2024, según año, sexo y grupo etario, y describir la distribución de los egresos y de su estadía.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de cortes transversales repetidos con los CSV públicos de egresos hospitalarios DEIS 2021–2024 y diagnóstico principal CIE-10 K50 (EC) o K51 (CU). La unidad de análisis fue el egreso. Se calcularon frecuencias, porcentajes, medias, medianas y cuartiles de estadía, y tasas crudas con IC95% Poisson exactos y denominadores INE base Censo 2017. Se armonizaron edades en intervalos decenales; los datos no disponibles se conservaron en los totales.

Resultados: Se incluyeron 10.023 egresos: 6.933 por CU y 3.090 por EC. La TEH aumentó entre 2021 y 2024 para CU (7,24 a 10,36/100.000) y EC (2,90 a 5,11/100.000). Hubo 512 egresos (5,1%) sin sexo ni edad disponibles. Con la información disponible, las tasas fueron mayores en mujeres: CU 9,16 frente a 7,32 y EC 3,87 frente a 3,53 en hombres. La mayor tasa por edad correspondió a 10–19 años en CU y 30–39 años en EC. Las medianas de estadía fueron 5 y 2 días, respectivamente.

Discusión y conclusión: Predominaron los egresos por CU y aumentaron las TEH crudas anuales de ambas enfermedades. Las comparaciones por sexo y edad están limitadas por los datos no disponibles y la ausencia de estandarización etaria. Los resultados describen utilización hospitalaria registrada; no permiten inferir incidencia, prevalencia ni riesgo individual de hospitalización.

Palabras clave: Colitis Ulcerosa; Enfermedad de Crohn; Egresos hospitalarios; Chile; Enfermedad Inflamatoria Intestinal.



Abstract

Introduction: Ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD) are the main forms of inflammatory bowel disease (IBD). In Chile, recent national data on hospital discharges according to sex, age, and length of stay remain limited.

Objective: To determine hospital discharge rates (HDRs) for UC and CD in Chile between 2021 and 2024 by year, sex, and age group, and to describe discharge characteristics and length of stay.

Materials and Methods: A descriptive study of repeated cross-sections used public DEIS hospital discharge CSV files for 2021–2024, selecting primary ICD-10 diagnoses K50 (CD) or K51 (UC). The unit of analysis was the discharge. Frequencies, percentages, means, medians, and quartiles of length of stay were calculated, along with crude rates and exact Poisson 95% confidence intervals using INE population projections based on the 2017 Census. Age was harmonized into ten-year intervals; unavailable data were retained in overall counts.

Results: There were 10,023 discharges: 6,933 for UC and 3,090 for CD. HDRs increased from 7.24 to 10.36/100,000 for UC and from 2.90 to 5.11/100,000 for CD. Sex and age were unavailable for 512 discharges (5.1%). Based on available information, rates were higher in women: UC 9.16 versus 7.32 and CD 3.87 versus 3.53 in men. The highest age-specific rates occurred at 10–19 years for UC and 30–39 years for CD. Median stays were 5 and 2 days, respectively.

Discussion and Conclusion: UC discharges predominated, and annual crude HDRs increased for both diseases. Sex and age comparisons are limited by unavailable data and the absence of age standardization. These findings describe recorded hospital utilization and do not allow inference of incidence, prevalence, or individual hospitalization risk.

Keywords: Ulcerative Colitis; Crohn's disease; Hospital discharge; Chile; Inflammatory Bowel disease.



Introducción

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) comprende principalmente la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC). Ambas son enfermedades inflamatorias crónicas del tracto gastrointestinal, con diferencias en distribución anatómica y profundidad del compromiso inflamatorio; su diagnóstico integra antecedentes clínicos, endoscópicos, histológicos y de imagen (1,2).

La carga de EII ha aumentado a nivel mundial durante las últimas décadas. El análisis del Global Burden of Disease 2019 estimó alrededor de 4,9 millones de personas viviendo con EII, lo que corresponde a prevalencia y no a incidencia (3). Paralelamente, los patrones de hospitalización muestran heterogeneidad geográfica: países de altos ingresos como Estados Unidos y Canadá han presentado estabilización o descenso de hospitalizaciones, mientras que en Latinoamérica la tendencia es al aumento (4-7).

En Chile, el Registro Nacional II ha aportado información clínica sobre EII que muestra una presencia importante de CU y EC en el país (8). Sin embargo, persiste una brecha de información epidemiológica nacional reciente sobre egresos hospitalarios

desagregados por año, sexo y grupo etario, junto con la duración de la estadía. Caracterizar estos egresos permite describir la carga hospitalaria asociada a EII, sin equipararla a incidencia o prevalencia de enfermedad.

Por lo anterior, este estudio analiza los registros administrativos de egresos hospitalarios disponibles para Chile entre 2021 y 2024 y utiliza proyecciones poblacionales anuales del INE como denominador, con el propósito de actualizar descriptivamente las tasas crudas de egreso hospitalario por CU y EC.

Objetivos

Objetivo general

Establecer la tasa de egreso hospitalario por Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn durante el período 2021–2024 en Chile.

Objetivos específicos

Describir la tasa de egreso hospitalario según sexo y diagnóstico principal.

Determinar la tasa de egreso hospitalario según grupo etario y diagnóstico principal.

Describir la distribución de los egresos por sexo, grupo etario, año, región de residencia, pertenencia del establecimiento al SNSS y condición al egreso, y la estadía mediante media, mediana y cuartiles según diagnóstico y año.

transversales repetidos, basado en registros administrativos de egresos hospitalarios de Chile correspondientes al período comprendido entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2024. La unidad de

Materiales y métodos

Diseño, ámbito y unidad de análisis

Se realizó un estudio observacional, cuantitativo y descriptivo de cortes



análisis fue cada egreso hospitalario registrado, no cada persona. Un mismo paciente pudo contribuir con más de un egreso durante el período.

Se utilizó el universo de registros que cumplió los criterios de selección en los archivos analizados; no se realizó muestreo ni cálculo de tamaño muestral. Los CSV públicos contienen registros individuales disociados, sin un identificador estable de paciente. No se efectuó vinculación de personas entre archivos ni entre DEIS e INE.

Fuentes de datos y cobertura

Los numeradores y los días de estadía procedieron de los cuatro archivos públicos EGRESOS_2021.zip, EGRESOS_2022.zip, EGRESOS_2023.zip y EGRESOS_2024.zip del DEIS, descargados el 13 de septiembre de 2026. Se utilizaron los CSV y sus diccionarios de variables (9). Los archivos incluyen establecimientos pertenecientes y no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Esta variable describe pertenencia al SNSS y no permite una clasificación directa equivalente a público o privado.

Los denominadores fueron las estimaciones y proyecciones de población del INE, base Censo 2017, al 30 de junio de 2021, 2022, 2023 y 2024, desagregadas por sexo y edad simple (10). Se mantuvo esta base poblacional para todos los cálculos. Los denominadores etarios se obtuvieron sumando las edades correspondientes a cada intervalo utilizado en los egresos.

Criterios de selección y codificación

Se incluyeron todos los registros de los archivos anuales 2021–2024 cuyo diagnóstico principal (DIAG1) comenzara

con K50 (EC) o K51 (CU). Las subcategorías observadas fueron K50.0, K50.1, K50.8 y K50.9 para EC, y K51.0, K51.2, K51.3, K51.4, K51.5, K51.8 y K51.9 para CU. No se seleccionaron registros por diagnósticos secundarios ni se aplicaron exclusiones por sexo, residencia, país de origen, pertenencia al SNSS o condición al egreso. Los valores demográficos no disponibles se conservaron en los totales.

No se aplicó como criterio de exclusión el tratamiento ambulatorio, dado que una base de egresos hospitalarios contiene por definición hospitalizaciones finalizadas. El diagnóstico principal se entendió según DEIS como la afección identificada al final del proceso de atención como causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación (9). (Figura 1).

Variables

Se analizaron el diagnóstico principal, año de egreso, sexo registrado, grupo etario, región de residencia, pertenencia del establecimiento al SNSS, condición al egreso y días de estadía. Para asegurar comparabilidad entre años se agruparon las edades en 0–9, 10–19, 20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70–79 y ≥80 años. Los intervalos de 2021 son más detallados que los de 2022–2024; la armonización se realizó sumando intervalos completos, sin dividirlos ni imputar edades.

La región corresponde a residencia y no a ubicación del establecimiento. La pertenencia al SNSS se presentó según la codificación publicada. Para la tabla descriptiva, alta se definió operativamente como egreso vivo (código 1 de CONDICIÓN EGRESO), y fallecimiento como egreso



fallecido (código 2) (9). Los días de estadía se analizaron tal como aparecen en “DÍAS ESTADÍA”, sin recalcular fechas ni excluir estadías de un día.

Control de calidad, datos faltantes y sesgos

Se conciliaron los conteos por diagnóstico, año y cada característica con los 10.023 egresos incluidos. Los 512 registros (5,1%) con asterisco (*) en sexo, edad, región, pertenencia al SNSS y año se mantuvieron como no disponibles en las variables descriptivas; el año se recuperó de la procedencia del archivo anual, concordante con todos los años explícitos. Se conservaron por separado 97 registros con región ignorada (9). No se imputaron características ni se eliminaron filas coincidentes, pues no existe un identificador de paciente que permita distinguir reingresos de duplicados.

Se consideraron como fuentes potenciales de sesgo la clasificación diagnóstica, la información demográfica no disponible, cambios en la completitud del reporte, variaciones en los criterios de ingreso y egreso y efectos de la pandemia sobre la utilización hospitalaria. No se realizó validación clínica externa de los códigos ni se pudo cuantificar la cobertura del reporte de los establecimientos.

Análisis estadístico

Las características de los egresos se resumieron mediante frecuencias y porcentajes dentro de cada diagnóstico y del total, incluidos los valores no disponibles en los denominadores. Para cada año, la TEH cruda fue el número de egresos dividido por la población proyectada de ese año, multiplicado por

100.000. Las tasas por sexo y edad utilizaron únicamente egresos con la característica disponible y la población completa del estrato correspondiente. Los 512 egresos sin sexo o edad se incluyeron en las tasas nacionales, pero no se redistribuyeron entre estratos; por ello, las tasas específicas pueden subestimar las tasas que se obtendrían con información completa.

Para 2021–2024, la tasa cruda del período se calculó como la suma de egresos dividida por la suma de las poblaciones anuales proyectadas, multiplicada por 100.000, y se expresó por 100.000 personas-año. Se calcularon IC95% exactos de Poisson mediante el método de Garwood. Estos intervalos reflejan la variación del conteo bajo el modelo y no incorporan la incertidumbre por datos no disponibles, errores de registro o población proyectada. No se realizó estandarización por edad ni pruebas de comparación entre grupos; las diferencias son descriptivas.

La estadía se resumió con media, desviación estándar (DE), mediana, primer y tercer cuartil (Q1 y Q3) y mínimo–máximo, por diagnóstico y año y para el período completo. La media se obtuvo de la suma exacta de “DÍAS ESTADÍA” dividida por el número de egresos, sin ponderar promedios redondeados. Los cuartiles se calcularon por interpolación lineal, equivalente al tipo 7 de R. Se reporta el intervalo Q1–Q3; la amplitud del rango intercuartílico es Q3–Q1. Los 10.023 registros tenían días de estadía numéricos y positivos. Se conservaron todos los valores, incluidos los extremos.

Consideraciones éticas



Se utilizaron datos secundarios, anonimizados y de acceso público, sin intervención ni contacto con personas. El tratamiento de la información se realizó de

acuerdo con la normativa chilena sobre derechos en atención de salud y protección de la vida privada (11,12). No se trabajó con identificadores personales.

Resultados

Se incluyeron 10.023 egresos: 6.933 (69,2%) por CU y 3.090 (30,8%) por EC. Los totales anuales fueron 1.995 en 2021, 2.221 en 2022, 2.700 en 2023, 3.107 en 2024. Las mujeres representaron 5.250 egresos (52,4%), los hombres 4.261 (42,5%) y 512 (5,1%) no tenían sexo disponible. El grupo de 30–39 años concentró 1.868 egresos (18,6%); la edad no estaba disponible en 512 registros. La Región Metropolitana de Santiago registró 4.123 egresos (41,1%) y Valparaíso 1.511 (15,1%). Hubo 4.905 egresos en establecimientos pertenecientes al SNSS (48,9%), 4.606 en no pertenecientes (46,0%) y 512 sin información. Se registraron 51 fallecimientos al egreso (0,5%); la distribución completa se presenta en la Tabla 1.

Las TEH crudas anuales aumentaron de forma descriptiva. En CU pasaron de 7,24 por 100.000 habitantes en 2021 a 10,36 en 2024; en EC, de 2,90 a 5,11. Las tasas del período fueron 8,71 (8,51–8,92) para CU y 3,88 (3,75–4,02) para EC, por 100.000 personas-año (IC95%; Tabla 2 y Figura 2).

Con los egresos de sexo disponible, las mujeres presentaron tasas crudas del Este estudio describe 10.023 egresos hospitalarios por EII registrados entre 2021 y 2024, con mayor número de egresos por CU que por EC. Tras corregir los denominadores poblacionales, las tasas

período de 9,16 por 100.000 personas-año para CU y 3,87 para EC; en hombres fueron 7,32 y 3,53, respectivamente. Estos cálculos excluyen del numerador específico 368 egresos de CU y 144 de EC sin sexo disponible (Tabla 3).

Con la edad disponible, la mayor TEH cruda de CU correspondió a 10–19 años: 11,38 (10,74–12,06) por 100.000 personas-año (IC95%). En EC, la mayor tasa se observó en 30–39 años: 4,75 (4,38–5,14). El grupo de 0–9 años presentó las menores tasas de ambos diagnósticos. Los egresos sin edad disponible se excluyeron únicamente de las tasas etarias (Tabla 4 y Figura 3).

La media de estadía del período fue 7,22 días en CU y 6,80 en EC. Las medianas [Q1–Q3] fueron 5 [1–9] y 2 [1–7] días, respectivamente; para el total, 4 [1–8] días. El mayor promedio anual se observó en 2022 para ambos diagnósticos: 7,70 días en CU y 8,19 en EC. Las estadías de un día representaron 28,4% de CU y 48,9% de EC. Los máximos fueron 296 y 691 días, respectivamente (Tabla 5 y Figura 4).

Discusión

crudas anuales observadas fueron mayores en 2024 que en 2021 para ambos diagnósticos. Este patrón descriptivo es concordante con publicaciones que han documentado una expansión de la carga de



EII y heterogeneidad de las hospitalizaciones a nivel global y latinoamericano (3–7). En Chile, el predominio de egresos por CU también es consistente con la mayor representación de CU descrita en el Registro Nacional Chile II (8).

La diferencia entre CU y EC debe interpretarse con cautela. El presente diseño no permite atribuir la mayor TEH de CU a reingresos, gravedad, fenotipo clínico ni respuesta terapéutica, porque la unidad de análisis es el egreso y no existe un identificador que permita reconocer hospitalizaciones repetidas de una misma persona. Estudios poblacionales han mostrado que el riesgo de hospitalización y readmisión en EII depende de múltiples factores clínicos y contextuales (13).

Entre los egresos con sexo disponible, las tasas crudas fueron mayores en mujeres para ambos diagnósticos. La literatura ha descrito diferencias por sexo en trayectoria diagnóstica y retraso del diagnóstico de EII (14), pero estas no constituyen una explicación demostrada de los resultados. La ausencia de estandarización por edad y los registros sin sexo disponible limitan la comparación; no se conoce cómo se distribuirían estos últimos entre hombres y mujeres.

La mayor tasa de CU se observó en 10–19 años y la de EC en 30–39 años. Los grupos decenales permiten comparar los cuatro archivos sin subdividir intervalos publicados, aunque ocultan diferencias dentro de cada grupo. La EII puede presentarse a distintas edades (15,16), pero el presente análisis de egresos no permite

inferir edad de inicio ni incidencia. Las menores tasas en 0–9 años y los máximos observados deben interpretarse considerando la edad no disponible y la probabilidad de hospitalización.

La media global de estadía fue levemente mayor en CU; EC mostró medias superiores en 2021 y 2022. Las medianas de 5 días para CU y 2 para EC fueron inferiores a las medias, en una distribución con numerosas estadías de un día y valores extremos conservados. Las medianas y los cuartiles complementan, por tanto, la descripción del promedio. Las diferencias temporales podrían relacionarse con criterios de ingreso y egreso, disponibilidad de atención o cambios organizacionales descritos en otros estudios (17,18,19); no pueden atribuirse a gravedad, tratamiento o cirugía con las variables comunes analizadas.

Las fortalezas incluyen el uso de archivos públicos nacionales, denominadores oficiales específicos por año, sexo y edad, y cálculos verificables de conteos, porcentajes e IC95%. El análisis de “días de estadía” permitió describir directamente medianas, cuartiles y extremos. La tabla descriptiva incorpora además región de residencia, pertenencia al SNSS y condición al egreso, con categorías explícitas para información no disponible.

Las principales limitaciones son la imposibilidad de identificar personas únicas o reingresos, la ausencia de estandarización etaria y el riesgo de clasificación diagnóstica o reporte incompleto. Los 512 egresos sin sexo ni edad disponibles limitan las tasas específicas; la región ignorada en otros 97



registros limita la descripción territorial. No se pudo cuantificar la cobertura por establecimiento ni validar clínicamente las estadías extremas. La pertenencia al SNSS no equivale a público/privado y no se contó con información clínica y quirúrgica comparable para los cuatro años. Además, los denominadores INE corresponden a población residente, mientras que la residencia no pudo comprobarse en todos los egresos incluidos. Los intervalos etarios Entre 2021 y 2024 se incluyeron 6.933 egresos por CU y 3.090 por EC. Las TEH crudas anuales aumentaron para ambos diagnósticos. Con la información disponible, las tasas del período fueron mayores en mujeres y alcanzaron su máximo en 10–19 años para CU y 30–39 años para EC. Las medias de estadía fueron 7,22 y 6,80 días, y las medianas 5 y 2 días, respectivamente. Estos resultados describen utilización hospitalaria registrada y deben interpretarse considerando la unidad de análisis, los datos no disponibles y la ausencia de estandarización por edad. En futuros estudios el trabajar con registros individuales anonimizados permitiría identificar reingresos, incorporar variables clínicas y quirúrgicas, y explorar tendencias mediante métodos estadísticos específicos.

publicados impiden recuperar de forma uniforme categorías más detalladas.

Por estas razones, los resultados son generalizables a los egresos hospitalarios registrados en DEIS que cumplieron los criterios de selección y no deben interpretarse como incidencia, prevalencia de EII ni riesgo individual de hospitalización.

Conclusión

Declaración

Conflictos de interés: Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Disponibilidad de datos: Las fuentes utilizadas son de acceso público a través de DEIS e INE.

Guías de reporte

El manuscrito fue revisado utilizando las recomendaciones STROBE para estudios transversales y la extensión RECORD para estudios observacionales basados en datos de salud recopilados rutinariamente (20,21). Los checklists completados se adjuntan como documento separado.


Anexos (Figuras, gráficos y tablas)

Característica	CU n (%)	EC n (%)	Total n (%)
Total	6.933 (100)	3.090 (100)	10.023 (100)
Sexo			
Mujeres	3.690 (53,2)	1.560 (50,5)	5.250 (52,4)
Hombres	2.875 (41,5)	1.386 (44,9)	4.261 (42,5)
No disponible (*)	368 (5,3)	144 (4,7)	512 (5,1)
Grupo etario (años)			
0-9	441 (6,4)	80 (2,6)	521 (5,2)
10-19	1.154 (16,6)	390 (12,6)	1.544 (15,4)
20-29	1.219 (17,6)	422 (13,7)	1.641 (16,4)
30-39	1.261 (18,2)	607 (19,6)	1.868 (18,6)
40-49	931 (13,4)	492 (15,9)	1.423 (14,2)
50-59	641 (9,2)	394 (12,8)	1.035 (10,3)
60-69	481 (6,9)	342 (11,1)	823 (8,2)
70-79	287 (4,1)	167 (5,4)	454 (4,5)
≥80	150 (2,2)	52 (1,7)	202 (2,0)
No disponible (*)	368 (5,3)	144 (4,7)	512 (5,1)
Año			
2021	1.425 (20,6)	570 (18,4)	1.995 (19,9)
2022	1.591 (22,9)	630 (20,4)	2.221 (22,2)
2023	1.837 (26,5)	863 (27,9)	2.700 (26,9)
2024	2.080 (30,0)	1.027 (33,2)	3.107 (31,0)

Tabla 1. Características de los egresos hospitalarios por enfermedad inflamatoria intestinal, Chile, 2021-2024.Nota: CU: colitis ulcerosa; EC: enfermedad de Crohn. Porcentajes por columna, sobre 6.933, 3.090 y 10.023 egresos, respectivamente, incluidos los datos no disponibles. Las diferencias respecto de 100% se deben al redondeo. *: valor no disponible en el CSV. Edades armonizadas mediante la suma de intervalos completos. El año se recuperó del archivo anual cuando figuraba como *.



Característica	CU n (%)	EC n (%)	Total n (%)
Región de residencia			
Arica y Parinacota	24 (0,3)	6 (0,2)	30 (0,3)
Tarapacá	75 (1,1)	23 (0,7)	98 (1,0)
Antofagasta	115 (1,7)	31 (1,0)	146 (1,5)
Atacama	95 (1,4)	27 (0,9)	122 (1,2)
Coquimbo	239 (3,4)	59 (1,9)	298 (3,0)
Valparaíso	815 (11,8)	696 (22,5)	1.511 (15,1)
Metropolitana de Santiago	2.804 (40,4)	1.319 (42,7)	4.123 (41,1)
O'Higgins	219 (3,2)	70 (2,3)	289 (2,9)
Maule	277 (4,0)	65 (2,1)	342 (3,4)
Ñuble	156 (2,3)	59 (1,9)	215 (2,1)
Biobío	658 (9,5)	151 (4,9)	809 (8,1)
La Araucanía	427 (6,2)	148 (4,8)	575 (5,7)
Los Ríos	193 (2,8)	72 (2,3)	265 (2,6)
Los Lagos	288 (4,2)	131 (4,2)	419 (4,2)
Aysén	46 (0,7)	53 (1,7)	99 (1,0)
Magallanes y de la Antártica Chilena	62 (0,9)	11 (0,4)	73 (0,7)
Ignorada (99)	72 (1,0)	25 (0,8)	97 (1,0)
No disponible (*)	368 (5,3)	144 (4,7)	512 (5,1)
Pertenencia del establecimiento al SNSS			
Perteneciente al SNSS	3.688 (53,2)	1.217 (39,4)	4.905 (48,9)
No perteneciente al SNSS	2.877 (41,5)	1.729 (56,0)	4.606 (46,0)
No disponible (*)	368 (5,3)	144 (4,7)	512 (5,1)
Condición al egreso			
Alta (egreso vivo)	6.897 (99,5)	3.075 (99,5)	9.972 (99,5)
Fallecimiento	36 (0,5)	15 (0,5)	51 (0,5)



Tabla 1 (continuación). Región de residencia, establecimiento y condición al egreso. Nota: porcentajes por columna sobre todos los egresos de CU, EC y total. Región ignorada (99) y no disponible (*) se presentan por separado. SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud; pertenecer o no al SNSS no equivale a público o privado. Alta se define como egreso vivo (código 1); fallecimiento corresponde al código 2 de CONDICION_EGRESO. Fuente: CSV públicos DEIS 2021–2024.

Año	Población INE	CU n	CU TEH (IC95%)	EC n	EC TEH (IC95%)
2021	19.678.363	1.425	7,24 (6,87–7,63)	570	2,90 (2,66–3,14)
2022	19.828.563	1.591	8,02 (7,63–8,43)	630	3,18 (2,93–3,44)
2023	19.960.889	1.837	9,20 (8,79–9,63)	863	4,32 (4,04–4,62)
2024	20.086.377	2.080	10,36 (9,91–10,81)	1.027	5,11 (4,80–5,44)
Período	79.554.192	6.933	8,71 (8,51–8,92)	3.090	3,88 (3,75–4,02)

Tabla 2. Tasas crudas anuales y del período por diagnóstico, Chile, 2021–2024. Nota: tasas anuales por 100.000 habitantes; tasa del período por 100.000 personas-año, usando la suma de las poblaciones anuales como denominador. IC95% exactos de Poisson (Garwood). TEH: tasa de egreso hospitalario; INE: Instituto Nacional de Estadísticas. Se incluyen los egresos con información demográfica no disponible. Fuentes: DEIS e INE, base Censo 2017.

Sexo	Denominador ¹	CU n	CU TEH (IC95%)	EC n	EC TEH (IC95%)
Mujer	40.303.736	3.690	9,16 (8,86–9,46)	1.560	3,87 (3,68–4,07)
Hombre	39.250.456	2.875	7,32 (7,06–7,60)	1.386	3,53 (3,35–3,72)
No disponible (*)	—	368	—	144	—



Tabla 3. Tasas crudas por sexo, con información disponible, Chile, 2021–2024. ¹ Suma de las poblaciones anuales específicas por sexo. Tasas por 100.000 personas-año, sin estandarización etaria. Los 512 egresos sin sexo disponible permanecen en los totales nacionales, pero no se asignan a mujeres u hombres. Los numeradores específicos incompletos pueden subestimar las tasas; los IC95% no incorporan esta incertidumbre. Fuentes: DEIS e INE, base Censo 2017.

Edad (años)	Denominador ¹	CU n	CU TEH (IC95%)	EC n	EC TEH (IC95%)
0–9	9.729.551	441	4,53 (4,12–4,98)	80	0,82 (0,65–1,02)
10–19	10.136.705	1.154	11,38 (10,74–12,06)	390	3,85 (3,47–4,25)
20–29	11.732.952	1.219	10,39 (9,81–10,99)	422	3,60 (3,26–3,96)
30–39	12.786.477	1.261	9,86 (9,33–10,42)	607	4,75 (4,38–5,14)
40–49	10.842.322	931	8,59 (8,04–9,16)	492	4,54 (4,15–4,96)
50–59	9.670.401	641	6,63 (6,13–7,16)	394	4,07 (3,68–4,50)
60–69	7.735.120	481	6,22 (5,68–6,80)	342	4,42 (3,97–4,92)
70–79	4.509.718	287	6,36 (5,65–7,14)	167	3,70 (3,16–4,31)
≥80	2.410.946	150	6,22 (5,27–7,30)	52	2,16 (1,61–2,83)
No disponible (*)	—	368	—	144	—

Tabla 4. Tasas crudas por grupo etario, con información disponible, Chile, 2021–2024. ¹ Suma de las poblaciones anuales del intervalo. Tasas por 100.000 personas-año; IC95% exactos de Poisson. Grupos armonizados sumando intervalos completos de los CSV y edades simples INE. Los 512 egresos sin edad disponible no se distribuyeron entre grupos; las tasas pueden subestimar las que se obtendrían con información completa. Fuentes: DEIS e INE, base Censo 2017.



Diagnóstico / año	n	Media (DE)	Mediana [Q1–Q3]	Mín–máx
Colitis ulcerosa				
2021	1.425	6,96 (11,32)	5 [1–9]	1–296
2022	1.591	7,70 (11,62)	5 [1–9]	1–268
2023	1.837	7,30 (9,77)	5 [1–9]	1–134
2024	2.080	6,95 (11,23)	4 [1–8]	1–258
Período	6.933	7,22 (10,98)	5 [1–9]	1–296
Enfermedad de Crohn				
2021	570	8,03 (30,99)	3 [1–7]	1–691
2022	630	8,19 (23,26)	3 [1–8]	1–398
2023	863	5,97 (9,97)	1 [1–7]	1–105
2024	1.027	5,95 (12,71)	1 [1–6]	1–242
Período	3.090	6,80 (19,23)	2 [1–7]	1–691
Total EII				
2021	1.995	7,27 (19,13)	4 [1–8]	1–691
2022	2.221	7,84 (15,82)	4 [1–9]	1–398
2023	2.700	6,88 (9,85)	4 [1–9]	1–134
2024	3.107	6,62 (11,75)	3 [1–8]	1–258
Período	10.023	7,09 (14,05)	4 [1–8]	1–691



Tabla 5. Distribución de los días de estadía por diagnóstico y año, Chile, 2021–2024. Nota: todas las medidas de estadía se expresan en días. DE: desviación estándar muestral; Q1 y Q3: primer y tercer cuartil, por interpolación lineal (tipo 7). Q1–Q3 representa los límites del 50% central; la amplitud del RIQ es Q3–Q1. No hubo días ausentes o no numéricos. Se conservaron las estadías de un día y los valores extremos. Fuente: DÍAS ESTADÍA de los CSV DEIS, sin utilizar promedios previamente redondeados.

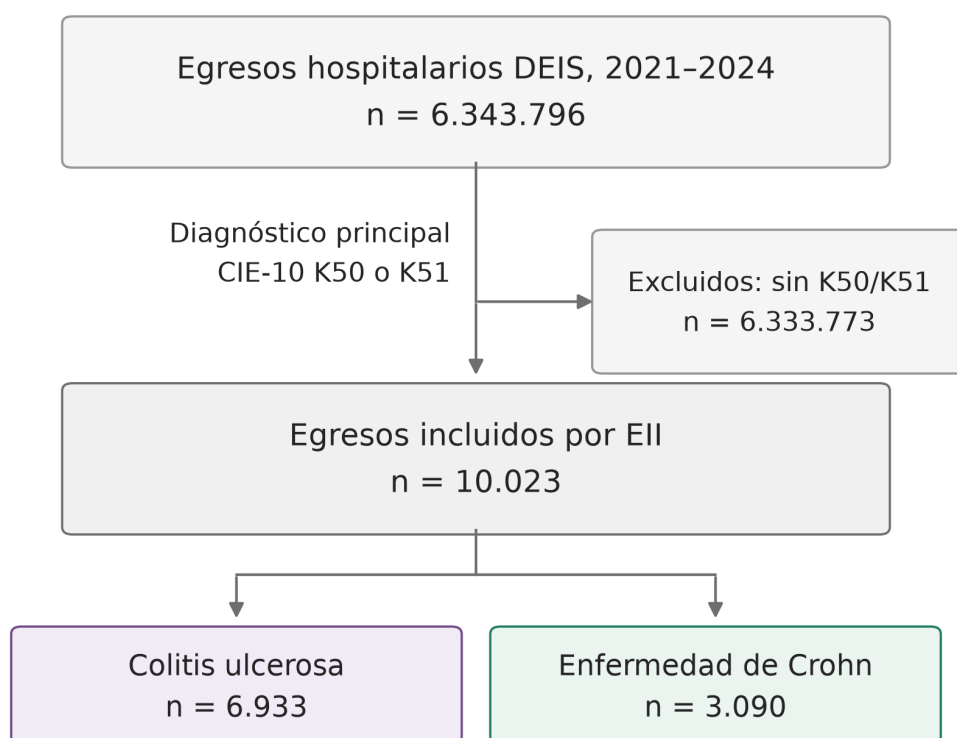
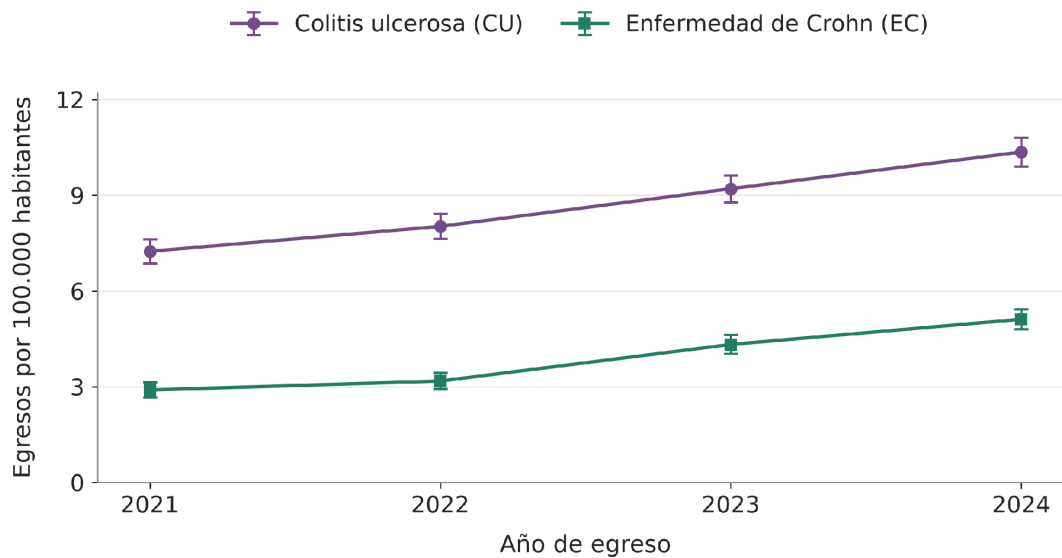
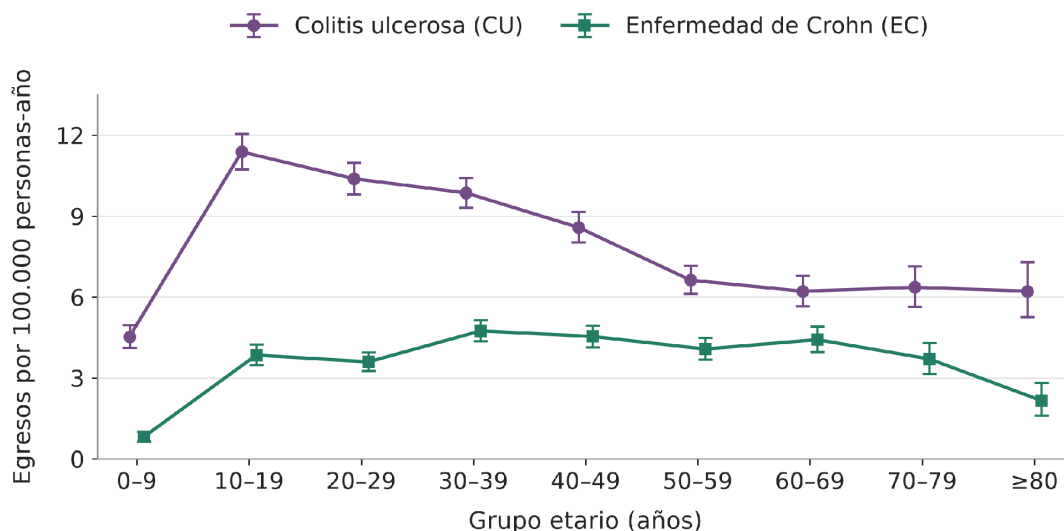


Figura 1. Selección de los egresos hospitalarios incluidos, Chile, 2021–2024. Fuente: los cuatro CSV anuales DEIS. Se seleccionó el diagnóstico principal K50 o K51. No se excluyeron egresos por información demográfica no disponible; el año se obtuvo de la procedencia del archivo anual.



Tasas crudas anuales. Barras verticales: IC95% Poisson exacto.

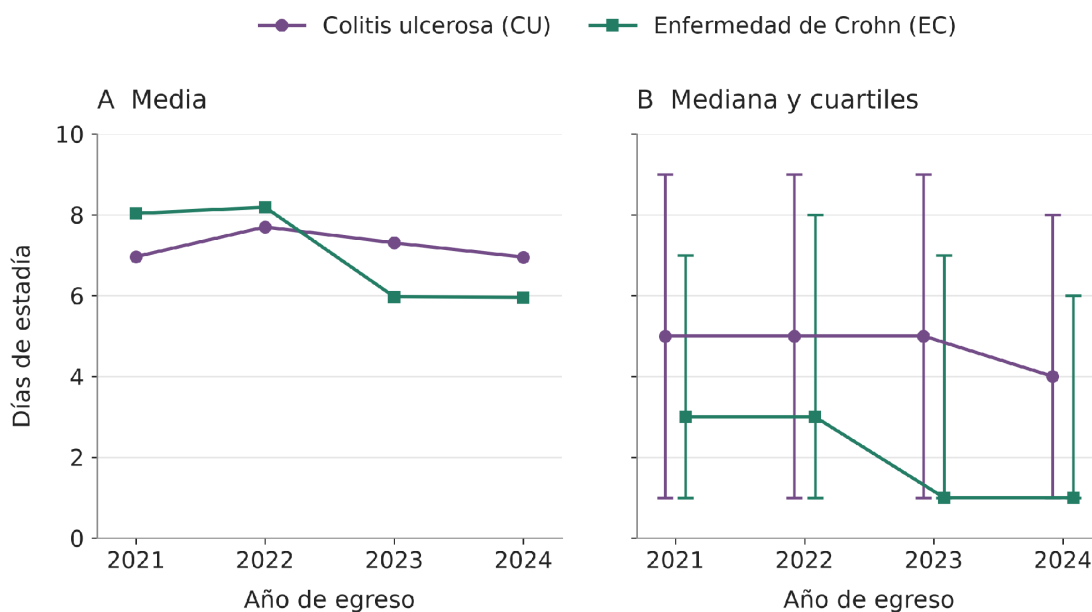
Figura 2. Tasas crudas anuales de egreso hospitalario por diagnóstico, Chile, 2021–2024. Tasas por 100.000 habitantes. Barras de error: IC95% exactos de Poisson. Se incluyen todos los egresos seleccionados. Fuentes: DEIS e INE, base Censo 2017.



Período 2021-2024. Barras verticales: IC95% Poisson exacto.

Solo edad disponible; sin edad: 368 egresos por CU y 144 por EC.

Figura 3. Tasas crudas por grupo etario y diagnóstico, con edad disponible, Chile, 2021-2024. Tasas del período por 100.000 personas-año. Barras de error: IC95% exactos de Poisson. Los 512 egresos sin edad disponible se excluyen de los numeradores etarios y se mantienen en los totales nacionales. Fuentes: DEIS e INE, base Censo 2017.

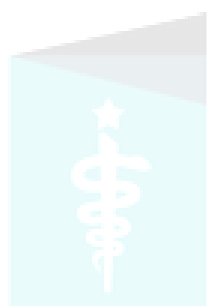


En B, los puntos representan la mediana y las barras abarcan Q1-Q3.

Los cuartiles describen la distribución de estadía; no son intervalos de confianza.



Figura 4. Media y mediana de los días de estadía por diagnóstico y año, Chile, 2021–2024.
Panel A: media de días de estadía. Panel B: mediana y barras desde Q1 hasta Q3; estas barras describen dispersión, no intervalos de confianza. Se incluyen todos los días publicados, sin recorte de extremos. Fuente: CSV DEIS.



REVISTA
ANACEM



Referencias

1. M'Koma AE. Inflammatory Bowel Disease: Clinical Diagnosis and Pharmaceutical Management. *Medical Research Archives*. 2023;11(1). doi:10.18103/mra.v11i1.3135.
2. M'Koma AE. Inflammatory Bowel Disease: Clinical Diagnosis and Surgical Treatment—Overview. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(5):567. doi:10.3390/medicina58050567.
3. Wang R, Li Z, Liu S, Zhang D. Global, regional and national burden of inflammatory bowel disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ Open*. 2023;13(3):e065186. doi:10.1136/bmjopen-2022-065186.
4. Buie MJ, Quan J, Windsor JW, Coward S, Hansen TM, King JA, et al. Global Hospitalization Trends for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in the 21st Century: A Systematic Review With Temporal Analyses. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023;21(9):2211–2221. doi:10.1016/j.cgh.2022.06.030.
5. Lin D, Jin Y, Shao X, Xu Y, Ma G, Jiang Y, et al. Global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease, 1990–2021: Insights from the global burden of disease 2021. *Int J Colorectal Dis*. 2024;39(1):139. doi:10.1007/s00384-024-04711-x.
6. Kaplan GG, Windsor JW. The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021;18(1):56–66. doi:10.1038/s41575-020-00360-x.
7. Hrats L, Windsor JW, Gorospe J, Cummings M, Coward S, Buie MJ, et al. Global evolution of inflammatory bowel disease across epidemiologic stages. *Nature*. 2025;642(8067):458–466. doi:10.1038/s41586-025-08940-0.
8. Núñez P, Pavez C, Simian D, Pizarro G, Pérez de Arce E, Figueroa C, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal en Chile: datos del Registro Nacional Chile II. *L Congreso Chileno de Gastroenterología*. 2024. Disponible en: <https://congresos.gastrolat.org/files/10.46613/congastro2024-109.pdf>
9. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de Chile. Preguntas frecuentes y sistemas de información: egresos hospitalarios [Internet]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/faqs/> y <https://deis.minsal.cl/sistemas/> [consultado 12 septiembre 2026].
10. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Estimaciones y proyecciones de población, base Censo 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion> [consultado 12 septiembre 2026].
11. Chile. Ley N° 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2012 [citado el 13 de septiembre de 2026]. Disponible en:



<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>.

12. Chile. Ley N° 19.628. Sobre protección de la vida privada. 1999. Chile. Ley N° 19.628. Sobre protección de la vida privada. 1999. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>

13. Tsai L, Nguyen NH, Ma C, Prokop LJ, Sandborn WJ, Singh S. Systematic Review and Meta-Analysis: Risk of Hospitalization in Patients with Ulcerative Colitis and Crohn's Disease in Population-Based Cohort Studies. *Dig Dis Sci*. 2022;67(6):2451–2461. doi:10.1007/s10620-021-07200-1.

14. Sempere L, Bernabeu P, Cameo J, Gutiérrez A, García MG, García MF, et al. Gender Biases and Diagnostic Delay in Inflammatory Bowel Disease: Multicenter Observational Study. *Inflamm Bowel Dis*. 2023;29(12):1886–1894. doi:10.1093/ibd/izad001.

15. Kontola K, Oksanen P, Huhtala H, Jussila A. Increasing Incidence of Inflammatory Bowel Disease, with Greatest Change Among the Elderly: A Nationwide Study in Finland, 2000–2020. *J Crohns Colitis*. 2023;17(5):706–711. doi:10.1093/ecco-jcc/jjac177.

16. Jayasooriya N, Baillie S, Blackwell J, Bottle A, Petersen I, Creese H, et al. Systematic review with meta-analysis: Time to diagnosis and the impact of delayed diagnosis on clinical outcomes in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2023;57(6):635–652. doi:10.1111/apt.17370.

17. Guedes ALV, Lorentz AL, Rios LF de AR, Freitas BC, Dias AGN, Uhlein ALE, et al. Hospitalizations and in-hospital mortality

for inflammatory bowel disease in Brazil. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2022;13(1):1–10.

doi:10.4292/wjgpt.v13.i1.1.

18. Palacio FGM, De Souza LMP, Moreira JPDL, Luiz RR, De Souza HSP, Zaltman C. Hospitalization and surgery rates in patients with inflammatory bowel disease in Brazil: a time-trend analysis. *BMC Gastroenterol*. 2021;21(1):192.

doi:10.1186/s12876-021-01781-x.

19. Derks MEW, van Lierop LMA, te Groen M, Kuijpers CCHJ, Nagtegaal ID, Hoentjen F. Long-Term Impact of the COVID-19 Pandemic on Inflammatory Bowel Disease Healthcare Utilization: A 2-Year Nationwide Update. *Inflamm Bowel Dis*. 2024;30(1):146–149.

doi:10.1093/ibd/izad055.

20. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*. 2007;4(10):e296. <https://www.strobe-statement.org/>

21. Benchimol EI, Smeeth L, Guttman A, Harron K, Moher D, Petersen I, et al.; RECORD Working Committee. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement. *PLoS Med*. 2015;12(10):e1001885.

doi:10.1371/journal.pmed.1001885.