



TENDENCIAS EN HOSPITALIZACIONES, MORTALIDAD Y LETALIDAD POR ÚLCERA PÉPTICA EN CHILE, DURANTE EL PERIODO 2001 A 2023

TRENDS IN HOSPITALIZATIONS, MORTALITY, AND LETHALITY DUE TO PEPTIC ULCER DISEASE IN CHILE, DURING THE PERIOD 2001 TO 2023

Camila Díaz Hermosilla^{a*}
Isidora Schorr Mujica^b
Pilar González Poblete^c
Montserrat Poisson Contreras^d

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina - Universidad de La Frontera, Temuco.
^bEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina - Universidad Católica del Maule, Talca.
^cEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina - Universidad de Chile, Santiago.
^dEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina - Universidad de Concepción, Concepción.
Artículo recibido el 28 de julio, 2025. Aceptado en versión corregida el 17 de septiembre, 2025.
DOI: 10.52611/confluencia.2025.1462

RESUMEN

Introducción: La enfermedad ulcerosa péptica continúa siendo un problema de salud relevante. **Objetivo:** Caracterizar la epidemiología, tendencias y factores asociados a egresos hospitalarios y mortalidad por enfermedad ulcerosa péptica en Chile durante las últimas dos décadas. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional de base poblacional utilizando los registros de egresos hospitalarios y defunciones del Departamento de Estadísticas e Información de Salud de Chile entre 2001 y 2023. Se calcularon las tasas de egreso, mortalidad y letalidad, específicas y ajustadas por edad. Se analizaron las tendencias y las diferencias por sexo, edad y distribución geográfica. **Resultados:** Se identificaron 69.097 egresos hospitalarios por enfermedad ulcerosa péptica (66,8% hombres). La tasa de egresos ajustada por edad bajó de 29,0 (2001) a 12,9 (2014) por 100.000 habitantes. La letalidad hospitalaria aumentó sostenidamente, siendo mayor en mujeres, con cambio porcentual anual promedio de 31,38% (2001-2004) y 5,98% (2004-2023). La mortalidad general decreció (porcentual anual promedio de -5,31% entre 2001 y 2011), con un repunte desde 2011 (porcentual anual promedio de 2,77%). La Región de Los Ríos mostró la mayor incidencia (razón de incidencia estandarizada de 1,55). **Discusión:** A pesar de una reducción en las hospitalizaciones, el aumento progresivo de la letalidad sugiere un cambio en el perfil de los pacientes, probablemente de mayor edad, con más comorbilidades y mayor exposición a antiinflamatorios no esteroideos. **Conclusión:** Estos hallazgos resaltan la importancia de la enfermedad ulcerosa péptica como causa de morbimortalidad y la necesidad de investigar las disparidades geográficas para optimizar las estrategias de prevención y manejo.

Palabras clave: Alta del paciente; Chile; Epidemiología; Tasa de mortalidad; Úlcera péptica.

ABSTRACT

Introduction: Peptic ulcer disease remains a significant public health issue. **Objective:** This study aimed to characterize the epidemiology, trends, and factors associated with hospital discharges and mortality due to peptic ulcer disease in Chile over the past two decades. **Methodology:** A population-based observational study was conducted using hospital discharge and death records from the Chilean Department of Health Statistics and Information between 2001 and 2023. Age-specific and age-adjusted rates of hospital discharges, mortality, and case fatality were calculated. Trends and differences by sex, age, and geographic distribution were analyzed. **Results:** A total of 69.097 hospital discharges due to peptic ulcer disease were identified (66,8% male). The age-adjusted discharge rate declined from 29,0 (2001) to 12,9 (2014) per 100.000 population. However, hospital case fatality rates increased steadily, particularly among women, with an average annual percentage change of 31,38% (2001-2004) and 5,98% (2004-2023). Overall mortality decreased (annual percentage change of -5,31% from 2001 to 2011), followed by an upward trend since 2011 (annual percentage change of 2,77%). The Los Ríos Region had the highest incidence (standardized incidence ratio of 1,55). **Discussion:** Despite the reduction in hospitalizations, the progressive rise in case fatality suggests a shift in the patient profile, likely older individuals with more comorbidities and greater exposure to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. **Conclusion:** These findings highlight the ongoing burden of peptic ulcer disease as a cause of morbidity and mortality and underscore the need to explore geographic disparities to optimize prevention and management strategies.

Key words: Chile; Epidemiology; Mortality rate; Patient discharge; Peptic ulcer.

Cómo citar:

Díaz-Hermosilla C, Schorr-Mujica I, González-Poblete P, Poisson-Contreras M. Tendencias en hospitalizaciones, mortalidad y letalidad por úlcera péptica en Chile, durante el periodo 2001 a 2023. Rev Conflu [Internet]. 2025 [citado 31 de octubre de 2025];8. Disponible en: <https://doi.org/10.52611/confluencia.2025.1462>

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Ulcerosa Péptica (EUP), es la presencia de una o más úlceras que comprometen todo el espesor de la mucosa gástrica o duodenal, exponiendo la submucosa^{1,2}. Una minoría de los pacientes desarrolla complicaciones, como Hemorragia Digestiva Alta (HDA), perforación u obstrucción¹.

El principal Factor de Riesgo (FR) es la infección por *Helicobacter pylori* (HP), presente en el 42% de los pacientes con EUP, aunque solo 10% de los infectados la desarrolla¹. La prevalencia global de HP es de 44,3%, siendo mayor en países en desarrollo. En Chile supera el 70%³. Otro FR relevante es el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), presente en hasta 36% de los casos a nivel mundial y en un 10% a 15% en Chile, siendo responsable de una proporción creciente de EUP⁴. Otros FR incluyen el uso de glucocorticoides en altas dosis, tabaquismo, edad avanzada, estrés psicológico, cáncer y estrés de estados críticos¹.

A pesar de la disminución de la prevalencia en las últimas décadas, no se ha observado una reducción proporcional de sus complicaciones⁵. La incidencia global se estima entre 0,1% y 0,3% anual⁶, con una caída sostenida en las tasas de hospitalización y mortalidad⁷. En Chile, la mortalidad promedio por EUP entre 2001 y 2017 fue de 2,0 por 100.000 habitantes, y la hospitalización mostró un cambio porcentual anual promedio de -3,90 entre 2001 y 2018⁷. No obstante, la EUP continúa representando un importante problema de salud pública. En Estados Unidos su costo anual es 5,65 mil millones de dólares, y en Países Bajos se estiman 19.000 euros por episodio complicado⁸. La HDA es la complicación más frecuente (73,2% de las hospitalizaciones por EUP)² con una incidencia de 0,02-0,06%⁹, siendo la principal causa de HDA no variceal⁶. La perforación, con una incidencia de hasta 14 por 100.000 personas/año, tiene una mortalidad de 23,5% a 30 días y representa el 40% de los fallecimientos por EUP⁹.

En 2019 la mortalidad ajustada por edad fue de 3 por 100.000 habitantes a nivel global⁸. Además, la carga de enfermedad medida en Años de Vida Ajustados por Discapacidad, fue de 74,4 por 100.000 a nivel mundial y de 22,7 en Chile, con mayor impacto en edades avanzadas⁸.

Chile tiene alta prevalencia de HP, resistencia antibiótica creciente¹⁰, y un marcado envejecimiento poblacional¹¹, pero no hay estudios locales recientes que caracterizan el comportamiento epidemiológico de la EUP ni su carga sanitaria. La presente investigación busca abordar esa brecha de conocimiento mediante la pregunta de investigación ¿qué ha ocurrido con las Tasas de Mortalidad (TM), de Letalidad (LET), y de Egreso Hospitalario (TEH) por EUP en Chile entre el 2001 y 2023? El objetivo general es caracterizar la carga epidemiológica de

EUP en Chile durante el periodo 2001-2023. Los objetivos específicos son calcular la TEH, TM y LET por EUP brutas y específicas, analizar sus tendencias temporales, e identificar las regiones con mayor riesgo de hospitalización y mortalidad por EUP, en Chile entre 2001 y 2023.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio poblacional analizando egresos hospitalarios y defunciones atribuibles a EUP como causa principal en el período, entre los años 2001 y 2023. Se utilizaron las bases de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) de Chile y de la Dirección Nacional del Servicio Médico Legal (SML)¹², incluyendo todos los registros cuya causa principal de egreso o defunción correspondiera a los códigos K25 (úlcera gástrica), K26 (úlcera duodenal), K27 (úlcera péptica de sitio no especificado) y K28 (úlcera gastroyeyunal), según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10). Los registros de defunciones son de carácter obligatorio y sistemático a nivel nacional. Para el cálculo de tasas, se utilizaron las proyecciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)¹³. Todos los registros disponibles fueron considerados en el análisis, aplicando un muestreo no probabilístico por conveniencia.

De cada caso se extrajeron las variables sexo, edad, región de residencia, diagnóstico y condición de egreso. La edad fue tratada como variable categórica, agrupada por décadas para evaluar variaciones temporales, geográficas y demográficas. Se excluyeron los pacientes que presentaban datos incompletos en alguna de estas variables.

Se realizó una exploración inicial con los datos en bruto. Posteriormente, se calcularon las tasas específicas de egresos hospitalarios, de mortalidad y la letalidad por sexo, grupo etario y región, además de Tasas Ajustadas por Edad (TAE) mediante el método de estandarización directa, utilizando como referencia la población estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el período 2000-2025¹⁴. Estos cálculos se realizaron de forma anual para cada subgrupo.

La tendencia temporal de las tasas se analizó mediante modelos de regresión Joinpoint¹⁵, permitiendo hasta cuatro puntos de inflexión. A partir de ello, se estimaron el Cambio Porcentual (CP) y el Cambio Porcentual Anual Promedio (APC), junto a sus intervalos de confianza del 95% (IC95%).

En el análisis geográfico, se estimó la Razón de Incidencia Estandarizada (RIE) para cada región del país mediante estandarización indirecta, comparando los casos observados con los esperados según la tasa nacional. Se calcularon los IC95% para identificar regiones con riesgos significativamente diferentes al promedio nacional (RIE = 1,00).

El análisis estadístico se realizó con los programas STATA-16, Joinpoint 5.3.0 y Microsoft Excel. Dado que los datos utilizados son públicos, anonimizados y resguardados conforme a la Ley N°17.374, artículo 29, y N° 19.628, no fue necesaria la aprobación por comité de ética.

RESULTADO

Descripción epidemiológica de la mortalidad Egresos hospitalarios

Se identificaron 69.097 egresos hospitalarios atribuidos a EUP entre 2001 y 2023. Hubo diferencias en la distribución por sexo, 46.176 de ellos fueron varones (66,83%). La TEH por EUP promedio en Chile en el período fue 17,37. Los años con TEH más altas fueron 2001, 2003 y 2004 (28,99; 27,05 y 25,22 respectivamente). Los años con TEH más bajas fueron 2020, 2014 y 2015 (12,65; 12,87 y 12,88 respectivamente) (Figura 1).

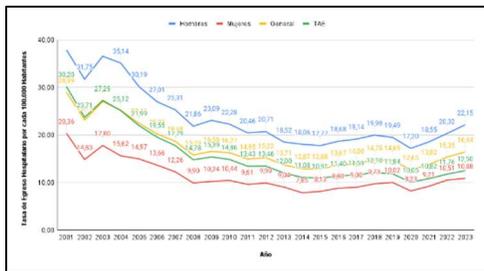


Figura 1. TEH por cada 100.000 habitantes asociado a EUP en el periodo 2001 a 2023 en Chile, disgregado por sexo.

La TEH mostró una clara variación por edad. Las tasas más altas se registraron en el grupo de 90 y más años, alcanzando 126,64 por 100.000 habitantes para los hombres y 95,77 por 100.000 habitantes para las mujeres. Se observó que la incidencia de egresos por EUP aumentó progresivamente con la edad en ambos sexos. Las tasas específicas por década de edad y año se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Tasa específica por grupo etario de egresos hospitalarios por EUP en Chile durante el periodo 2001 a 2023.

Año	Grupo Etario (años)										
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más	
2001	0,99	6,37	16,87	25,18	33,52	57,83	76,08	119,99	202,89	118,84	
2002	1,16	6,39	13,28	20,16	27,11	40,83	64,28	93,61	137,48	91,53	
2003	1,41	6,51	18,01	22,81	30,85	48,05	68,98	105,31	155,40	185,23	
2004	1,32	6,59	15,23	18,62	28,45	44,82	68,53	97,74	147,01	159,53	
2005	1,03	5,68	13,32	16,74	25,45	37,65	56,81	92,92	127,98	144,79	
2006	1,40	5,58	12,38	15,88	21,85	32,29	50,84	78,29	102,61	176,65	
2007	1,26	4,92	11,32	13,11	20,27	30,36	45,84	73,66	100,35	118,46	
2008	0,49	4,57	9,09	11,28	17,80	23,67	36,31	63,04	89,12	104,20	
2009	1,07	5,93	10,04	12,51	17,71	24,75	37,19	58,86	84,14	108,86	
2010	0,78	4,44	10,44	11,43	17,05	23,14	36,59	60,87	91,77	95,73	
2011	0,86	3,61	9,59	9,51	15,90	20,85	33,33	54,90	84,42	112,89	
2012	0,74	3,90	8,84	10,11	15,11	20,71	33,01	56,93	96,05	81,64	
2013	1,02	3,74	8,50	8,78	13,84	19,16	28,39	46,62	74,30	117,82	
2014	0,57	2,88	6,97	8,26	13,27	19,48	26,73	43,42	72,89	74,55	
2015	0,53	2,58	6,22	8,58	13,06	19,17	25,33	46,36	74,15	69,97	
2016	0,52	3,02	5,79	9,52	13,09	18,16	30,38	46,57	77,97	92,96	
2017	0,36	2,60	6,89	10,58	13,12	19,86	27,15	47,40	76,88	82,86	
2018	0,85	2,64	5,76	11,12	14,65	21,30	28,09	50,24	76,33	97,03	
2019	0,77	2,67	6,02	11,13	12,52	18,23	29,22	52,62	87,35	79,31	
2020	0,53	2,26	4,43	7,19	12,03	19,03	26,72	41,82	67,12	71,82	
2021	0,69	1,98	4,10	9,04	12,68	20,94	27,50	44,54	79,07	62,05	
2022	0,45	2,17	5,38	9,31	13,58	20,42	32,89	49,14	84,06	83,89	
2023	0,70	2,17	4,80	10,89	15,28	23,13	33,53	51,21	81,23	76,75	

El análisis geográfico mostró variabilidad regional en la incidencia de egresos por EUP (Tabla 2 y Figura 2). Se calculó la RIE para cada región, comparando los casos observados con los esperados según la tasa nacional.

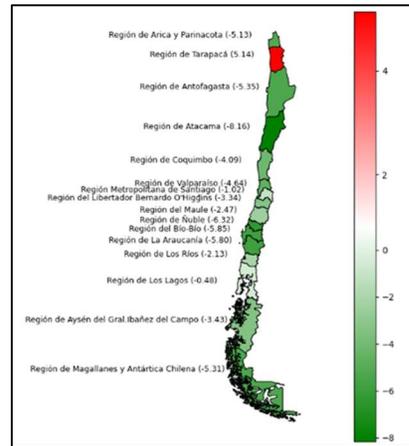


Figura 2. Variabilidad regional de incidencia atribuida a EUP en Chile para ambos sexos (2001-2023). Cambio porcentual anual por región obtenida por análisis de Joinpoint.

De acuerdo con la Figura 3, solo la Región de Los Ríos tuvo valores significativamente diferentes al promedio nacional. Las tasas promedio por región se presentan en la Figura 4.

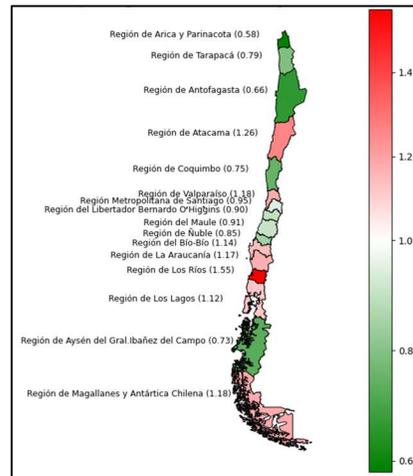


Figura 3. Variabilidad regional de incidencia atribuida a EUP en Chile para ambos sexos (2001-2023). RIE. Solo la Región de Los Ríos tiene valores significativos con p < 0,05.

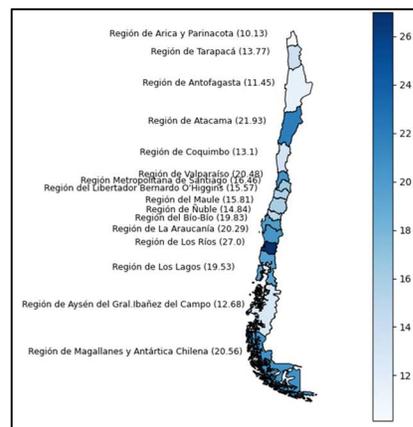


Figura 4. Variabilidad regional de incidencia atribuida a EUP en Chile para ambos sexos (2001-2023). Tasa promedio por región.

Tabla 2. Tasa específica por región de egresos hospitalarios por EUP, en Chile durante el periodo 2001 a 2023.

Año	Arica	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	Metropolitana	O'Higgins	Maule	Nuble	Biobío	La Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes
2001	21,49	14,21	22,68	21,22	16,23	28,86	25,29	27,47	22,05	43,27	48,01	35,15	41,42	28,68	25,80	31,50
2002	1,54	0,81	17,50	30,31	13,37	28,55	21,57	23,63	19,40	21,97	32,91	35,81	25,99	18,85	8,60	19,69
2003	31,41	10,73	19,02	54,40	22,28	34,22	23,20	29,74	20,92	25,79	37,84	38,82	28,06	19,01	19,18	26,10
2004	23,05	13,21	19,91	47,21	18,72	33,48	20,84	24,46	22,20	26,52	31,47	37,62	33,10	23,38	17,95	29,85
2005	18,84	15,96	17,16	38,32	20,45	31,18	16,83	22,05	17,36	25,73	34,32	30,35	27,35	24,27	9,42	30,32
2006	15,19	14,50	16,93	51,08	17,75	27,37	16,26	16,49	17,32	23,00	25,36	26,82	23,77	21,94	15,56	22,43
2007	10,17	9,09	16,70	48,04	18,39	21,15	15,53	14,43	19,80	12,39	23,89	24,51	27,66	19,92	20,56	31,18
2008	11,95	10,31	8,04	24,66	15,19	19,15	13,01	11,02	16,60	18,47	18,60	22,11	35,46	17,55	13,23	20,20
2009	11,78	9,38	13,70	21,22	14,23	21,89	13,85	14,45	17,13	15,60	18,86	23,33	26,58	16,22	13,09	34,44
2010	11,15	6,46	9,43	20,29	14,15	22,62	13,95	14,29	17,15	10,47	18,98	20,54	27,73	17,14	21,94	33,54
2011	12,35	10,96	11,40	11,76	12,52	22,30	13,24	14,68	15,22	10,40	13,45	17,88	30,67	15,62	12,84	19,08
2012	4,50	15,90	9,34	19,87	11,77	20,65	14,13	12,30	16,23	10,33	13,35	6,33	55,01	20,85	9,80	19,53
2013	5,33	17,47	7,84	11,20	12,52	17,44	12,80	12,06	11,96	11,29	12,08	18,98	29,28	15,92	2,92	17,56
2014	2,63	13,99	7,38	10,42	11,78	15,12	12,75	10,09	10,03	8,36	14,81	15,99	20,94	14,96	7,73	18,02
2015	3,90	15,83	6,45	14,00	7,81	14,15	14,45	9,66	11,05	8,92	11,69	14,56	17,01	13,43	5,76	16,08
2016	6,84	15,83	7,01	13,56	8,59	15,61	13,92	12,84	12,41	8,05	15,24	13,76	20,95	16,91	10,51	15,93
2017	2,53	15,78	8,82	16,42	9,46	18,13	15,09	10,06	13,82	8,39	13,51	9,65	17,57	16,20	12,34	19,27
2018	7,03	16,06	7,91	6,50	9,79	16,02	16,55	11,17	12,75	9,32	13,13	12,38	20,20	23,48	16,03	15,56
2019	6,48	14,37	6,28	8,67	12,29	15,14	16,55	9,91	17,96	8,66	11,12	12,90	19,83	20,69	16,87	15,91
2020	3,57	13,59	6,65	9,53	9,81	11,63	13,92	9,89	13,52	7,43	10,28	11,63	21,93	20,75	9,32	12,33
2021	6,27	18,41	7,82	8,52	8,84	11,27	16,39	11,59	11,81	7,77	12,45	12,55	18,15	20,06	4,64	7,78
2022	7,37	22,44	8,60	11,01	8,38	12,13	18,69	18,13	12,23	8,32	12,11	11,62	22,46	18,73	10,18	6,62
2023	7,70	21,41	6,72	6,27	7,02	12,88	19,78	17,69	14,71	10,97	12,73	13,32	29,91	24,57	7,39	9,88

Mortalidad y letalidad

La TM por EUP en Chile durante el periodo 2001-2023 se presenta en la Figura 5. Se observó una tendencia general a la baja en la TM, aunque con fluctuaciones anuales. Las TM fueron consistentemente más altas en hombres que en mujeres a lo largo del periodo estudiado.

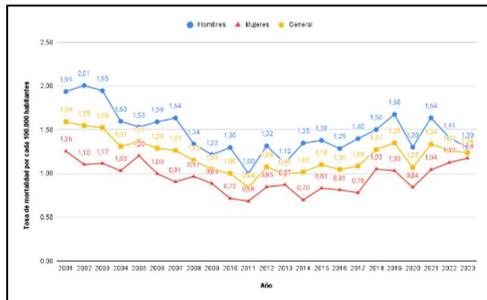


Figura 5. TM por cada 100.000 habitantes asociado a EUP en el periodo 2001 a 2023, en Chile, disgregado por sexo.

($p < 0,05$). A partir de 2014, la tendencia se estabilizó, con un APC de 0,68%, sin una variación estadísticamente significativa. En cuanto a la mortalidad, se evidenció una reducción significativa entre 2001 y 2011, con un APC de -5,31% ($p < 0,05$). No obstante, a partir de 2011 la tendencia se invirtió, mostrando un aumento con un APC de 2,77% hasta 2023 ($p < 0,05$). Se observó un incremento sostenido de la letalidad. Entre 2001 y 2004, la letalidad presentó un aumento abrupto con un APC de 31,38% ($p < 0,05$). Posteriormente, entre 2004 y 2023, la tendencia continuó al alza, aunque de forma más moderada, con un APC de 5,98% ($p < 0,05$), información disponible en el [Anexo 1](#).

DISCUSIÓN

Este estudio describe las características epidemiológicas de los egresos hospitalarios por EUP en Chile durante un periodo de 23 años entre 2001-2023. La tendencia de la TEH fue a la baja, con un APC de -7,12% entre 2001 y 2014 y posteriormente, se estabilizó. Estos hallazgos son consistentes con la literatura: Azhari⁷ reportó un APC promedio de -3,9% en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) entre 2000 y 2019, aunque este descenso fue más pronunciado que en Chile. Además, describieron una tasa de hospitalización promedio de 42,4,7 siendo superior a la TEH promedio de 17,37 descrita para Chile en el presente estudio.

La TM presentó una tendencia a la baja, lo cual es concordante con estudios internacionales^{2,7,8}. Esto puede atribuirse a una menor incidencia de EUP asociada a factores como los avances en el tratamiento del HP incluyendo Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP)² y la disminución de su prevalencia⁷.

La TM y TEH fueron mayores en hombres, fenómeno que también se ha observado a nivel

La LET por EUP (porcentaje de defunciones entre los egresos) también fue calculada (Figura 6). La LET mostró variaciones anuales, con tendencias diferenciadas por sexo. A diferencia de la mortalidad, la LET fue generalmente mayor en mujeres.

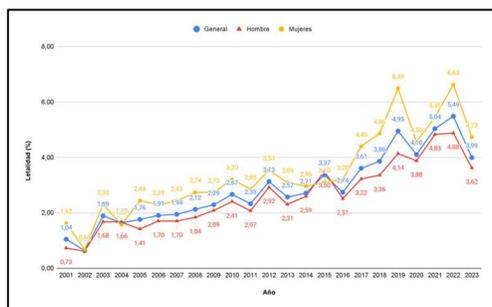


Figura 6. Letalidad por enfermedad ulcerativa péptica en el periodo 2001 a 2023, en Chile, disgregado por sexo.

Tendencias temporales

La incidencia de EUP mostró una disminución marcada entre 2001 y 2014, con un APC de -7,12%

mundial⁸ y es consistente con la mayor exposición del sexo masculino a FR como infección por HP¹⁶ y tabaquismo¹⁷. Esto se alinea con el panorama nacional chileno donde ambos son más prevalentes en hombres^{18,19}.

La TEH por EUP aumenta significativamente a mayor edad, especialmente sobre los 60 años, lo cual también ha sido descrito por otros autores^{8,20}. Una explicación es la mayor prescripción de AINEs en este grupo etario⁵, donde la polifarmacia creciente juega un rol importante, aumentando progresivamente con la edad¹⁹. Por otro lado, una mayor edad se asocia también a una mayor tasa de complicaciones²¹, al igual que la EUP causada por AINEs⁵. Sumado a esto, el envejecimiento poblacional podría estar contribuyendo a la mantención de la incidencia de complicaciones a pesar de los avances en el tratamiento²⁰.

La única región donde se destaca una RIE significativamente mayor corresponde a la Región de Los Ríos, con 1,55. Además, cuenta con la mayor incidencia de cáncer gástrico en Chile, cuyo principal factor de riesgo también es la HP. Sin embargo, la prevalencia de HP en la ciudad de Valdivia no es mayor que en regiones de bajo riesgo²², al igual que la prevalencia de otros FR como tabaquismo¹⁹ y edad avanzada²³, sugiriendo la existencia de otros factores no descritos o identificados.

Por otro lado, la LET de la EUP ha mostrado un aumento significativo, con un APC abrupto entre 2001 y 2004, y luego con un alza moderada de 5,98% hasta 2023. Este aumento se correlaciona con un cambio en el perfil de los pacientes, de jóvenes con HP a personas mayores, con más comorbilidades y uso de AINEs. Este patrón es común en países desarrollados^{6,7} y se proyecta que también podría emerger en países en vías de desarrollo como Chile. En este contexto, se ha descrito una asociación entre el uso de AINEs y la presentación de EUP complicada²⁴, lo que contribuiría al aumento de la LET observado en los últimos años.

Respecto a la mayor LET en el sexo femenino, se puede asociar por un lado a un mayor uso de AINEs sin prescripción²⁵ y un mayor riesgo de efectos adversos asociados a estos²⁶. Diversos estudios han evidenciado que las mujeres suelen presentar síntomas más inespecíficos²⁷. Esta presentación atípica puede ser fácilmente confundida con cuadros funcionales o causas psicogénicas, causando un retraso en su diagnóstico y tratamiento oportuno, evidenciando la persistencia de los sesgos de género en contextos clínicos.

Por otro lado, la mortalidad por EUP tuvo un comportamiento bifásico con una disminución entre 2001 y 2011, y posteriormente un aumento que se mantuvo hasta 2023, con TM persistentemente mayores en el sexo masculino. Esta disminución inicial de la TM se puede atribuir a la disminución de la incidencia de EUP, y el posterior aumento puede

asociarse a la estabilización de la incidencia con un aumento sostenido de la letalidad descrito anteriormente.

En el diseño de este estudio se utilizaron una totalidad de 69.097 egresos hospitalarios obtenidos de bases de datos de organismos gubernamentales, lo cual es una fortaleza. El gran número de egresos permite mitigar el efecto de errores de registro y codificación inherentes. El periodo de estudio largo permite un análisis longitudinal robusto para determinar patrones. Asimismo, la desagregación y análisis de los eventos por sexo, edad y región permite una descripción más detallada y específica. Este estudio se sitúa en el contexto nacional chileno de una alta prevalencia de HP y creciente envejecimiento poblacional, y estos resultados aportan evidencia actualizada sobre el comportamiento de la EUP para contribuir al desarrollo de políticas públicas.

A pesar de sus fortalezas, es necesario reconocer las limitaciones del presente estudio. Primero, existen sesgos inherentes a la codificación de los datos, como errores de diagnóstico y de registro. Segundo, no se cuenta con datos individuales específicos como la exposición a factores de riesgo, por lo que no es posible realizar asociaciones del riesgo individual. Se debe tener cautela al interpretar datos agregados.

CONCLUSIÓN

En este estudio se realizó un análisis de las tendencias epidemiológicas de la EUP en Chile entre los años 2001 y 2023, utilizando una amplia base de datos nacionales, permitiendo observar patrones a largo plazo. De este se concluye que la TEH disminuyó hasta 2014 y luego se estabilizó, siendo siempre mayor en hombres y adultos mayores. A pesar de esto, la mortalidad, tras un descenso inicial hasta 2011, invirtió su tendencia y comenzó a aumentar. Notablemente, la letalidad creció de forma sostenida durante todo el periodo. Aunque la mortalidad fue mayor en hombres, la letalidad fue superior en mujeres, lo que sugiere un desafío persistente en el manejo de los casos graves de EUP. La Región de Los Ríos fue la única con una RIE significativamente superior.

Para las autoras de la presente investigación, este estudio constituyó un aporte a su formación como futuras médicas y permitió abordar una brecha existente sobre la EUP en Chile. Se sugieren futuras líneas de investigación que expliquen las causas de la mayor incidencia en la Región de los Ríos, así como también realizar análisis con inclusión de datos individuales y de severidad, para poder establecer factores de riesgo y protectores individuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vakil N. Peptic ulcer disease. JAMA [Internet]. 2024 [citado el 2 de mayo 2025];332(21). Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2024.19094>

2. Almadi MA, Lu Y, Alali AA, Barkun AN. Peptic ulcer disease. *Lancet* [Internet]. 2024 [citado el 2 de mayo 2025];404(10447). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00155-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00155-7)
3. Zamani M, Ebrahimitabar F, Zamani V, Miller WH, Alizadeh-Navaei R, Shokri-Shirvani J, et al. Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther* [Internet]. 2018 [citado el 2 de mayo 2025];47(7):868-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/apt.14561>
4. Silva F, Rollan R. Infección por *Helicobacter pylori*. En: González R, Cortés P, Sáenz R, Rollan A, Riquelme A, editores. *Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Digestivas*. 1ª ed. Santiago de Chile: Iku Editorial; 2022. p. 131-132.
5. Abbasi-Kangevari M, Ahmadi N, Fattahi N, Rezaei N, Malekpour MR, Ghamari SH, et al. Quality of care of peptic ulcer disease worldwide: a systematic analysis for the global burden of disease study 1990–2019. *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado el 2 de mayo 2025];17(8):e0271284. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271284>
6. Lanas A, Dumonceau JM, Hunt RH, Fujishiro M, Scheiman JM, Gralnek IM, et al. Non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Dis* [Internet]. 2018 [citado el 2 de mayo 2025];4(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.20>
7. Azhari H, King JA, Coward S, Windsor JW, Ma C, Shah SC, et al. The global incidence of peptic ulcer disease is decreasing since the turn of the 21st century: A study of the organisation for economic co-operation and development (OECD). *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2022 [citado el 2 de mayo 2025];119(9). Disponible en: <https://doi.org/10.14309/ajg.000000000001843>
8. Ren J, Jin X, Li J, Li R, Gao Y, Zhang J, et al. The global burden of peptic ulcer disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2022 [citado el 2 de mayo 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyac033>
9. Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2020 [citado el 2 de mayo 2025];15(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0283-9>
10. Parra-Sepúlveda C, Merino JS, Sáez-Carrillo K, González C, García-Cancino A. Antibiotic resistance surveillance of *Helicobacter pylori* at the biobío region (Chile) in a decade. *Arq Gastroenterol* [Internet]. 2019 [citado el 12 de mayo 2025];56(4):361-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0004-2803.201900000-72>
11. Albala C. El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Rev Medica Clin Condes* [Internet]. 2020 [citado el 12 de mayo 2025];31(1):7-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.12.001>
12. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud [Internet]. Santiago: MINSAL; 2025 [citado el 28 de julio 2025]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl>
13. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Estimaciones y proyecciones de población 1992-2050, base 2017 [archivo Excel]. Santiago: INE; 2018. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>
14. Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Ginebra: World Health Organization; 2001. (GPE Discussion Paper Series, No. 31). Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gpe-documents/global-health-estimates/gpe_discussion_paper_series_paper31_2001_age_standardization_rates.pdf
15. Surveillance Research Program, National Cancer Institute. Joinpoint Regression Software. Version 5.4.0. 2025. Disponible en: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint>
16. Ibrahim A, Morais S, Ferro A, Lunet N, Peleteiro B. Sex-differences in the prevalence of *Helicobacter pylori* infection in pediatric and adult populations: systematic review and meta-analysis of 244 studies. *Dig Liver Dis* [Internet]. 2017 [citado el 20 de junio 2025];49(7):742-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.dld.2017.03.019>
17. Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Instituto Nacional de Estadística de Uruguay, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) Uruguay 2017. Montevideo: MSP; 2017 [citado el 20 de junio 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2021-10/GATS-PRINT-bleed%2Bcropmarks.pdf>
18. Silva F, Latorre G, Medel P, Bustamante M, Montero I, Robles C, et al. Reducción de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes derivados a endoscopia digestiva alta en Santiago de Chile entre 2010-2020. *Rev Gastroenterol Peru* [Internet]. 2024 [citado el 20 de junio 2025];44(1):14-20. Disponible en: <https://doi.org/10.47892/rgp.2024.441.1624>
19. Ministerio de Salud de Chile. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Consumo de tabaco [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018 [citado el 20 de junio de 2025] Disponible en: <https://gcoo.gl/oe21v/>
20. Bai Z, Wang H, Shen C, An J, Yang Z, Mo X. The global, regional, and national patterns of change in the burden of nonmalignant upper gastrointestinal diseases from 1990 to 2019 and the forecast for the next decade. *Int J Surg* [Internet]. 2025 [citado el 24 de junio 2025];111(1):80-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/JIS9.0000000000001902>
21. Al-Taei AM, Ghoulam E, Lee P, Edwards M, Mohammed KA, Hachem CY. Underutilization of peptic ulcer disease prophylaxis among elderly users of antiplatelets and anticoagulants. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2021 [citado el 25 de junio 2025];66:3476-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06665-w>
22. Herrero R, Heise K, Acevedo J, Cook P, Gonzalez C, Gahona J, et al. Regional variations in *Helicobacter pylori* infection, gastric atrophy and gastric cancer risk: the ENIGMA study in Chile. *PLoS One* [Internet]. 2020 [citado el 1 de julio 2025];15(9):e0237515. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237515>
23. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2024 [Internet]. Chile: INE; 2025 [citado el 1 de julio 2025]. Disponible en: <https://censo2024.ine.gob.cl/resultados/>
24. Wang X, Ma L, Qian Y, Zhong Y, Wang Y, Li Y. Time trends in the prevalence of *Helicobacter pylori* infection in patients with peptic ulcer disease: a single-center retrospective study in Shanghai. *J Int Med Res* [Internet]. 2021 [citado el 5 de julio 2025];49(10):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/03000605211051167>
25. Packiasabapathy S, Sadhasivam S. Gender, genetics, and analgesia: understanding the differences in response to pain relief. *J Pain Res* [Internet]. 2018 [citado el 5 de julio 2025];11:2729-39. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JPR.S94650>
26. Farkouh A, Baumgärtel C, Gottardi R, Hemetsberger M, Czejka M, Kautzky-Willer A. Sex-related differences in drugs with anti-inflammatory properties. *J Clin Med* [Internet]. 2021 [citado el 5 de julio 2025];10(7):1441. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm10071441>
27. Tan R, Zhao D, Zhang X, Liu T, Han C, Li Z, et al. Gender and age differences in the global burden of peptic ulcers: an analysis based on GBD data from 1990 to 2021. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2025 [citado el 5 de julio 2025];12:1586270. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2025.1586270>