

Hospitalizaciones por enfermedades reumatológicas pediátricas en Chile

Hospitalizations for rheumatological pediatric diseases in Chile

Barbara J. Cid T.^{1,2}, Emilia Escobedo D.³, Matías Aguilera M.³, Vicente González-Teuber², Sara Concha G.³, Arturo Borzutzky S.³

¹Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno. Osorno, Chile.

²Hospital Base San José Osorno. Osorno, Chile.

³Departamento Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción: En Chile, existe escasa información epidemiológica acerca de las enfermedades reumatológicas pediátricas (ERP). **Objetivos:** Analizar las hospitalizaciones por ERP en pacientes pediátricos en Chile entre los años 2001 y 2019. **Material y Métodos:** Análisis descriptivo de hospitalizaciones por ERP según código CIE-10 en < 18 años en la base de datos nacional de egresos hospitalarios. **Resultados:** Entre 2001 y 2019, hubo 29.854 hospitalizaciones por ERP en Chile (0,46% de hospitalizaciones pediátricas). La tasa de hospitalización nacional total del período por ERP fue de 3,18 cada 10.000 habitantes menores de 18 años. La edad promedio fue de $7,91 \pm 5$ años y 52% fueron mujeres. La duración de la estadía tuvo una mediana de 3 días. La ERP con mayor cantidad de hospitalizaciones fue la vasculitis IgA. Hubo 36 fallecimientos (letalidad 0,1%), donde 44% ($n = 16$) tenía diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES). El 63,4% de las hospitalizaciones ocurrieron en la Región Metropolitana y zona central del país. El 81,8% tenía previsión pública de salud. **Conclusiones:** La TH por ERP en Chile es baja, siendo la principal causa la vasculitis IgA. Pese a tener baja letalidad general, la principal causa de muerte en niños hospitalizados por alguna ERP fue el LES.

Palabras clave:

Enfermedades reumatológicas pediátricas, egresos hospitalarios, tasa de hospitalización.

ABSTRACT

Introduction: There is little epidemiological information on pediatric rheumatic diseases (PRD) in Chile. **Objectives:** To analyze hospitalizations due to PRD in pediatric patients in Chile between 2001 and 2019. **Material and Methods:** Using the national hospital discharge database we performed a descriptive analysis of hospitalizations of patients < 18 years with a PRD diagnosis according to ICD-10 codes. **Results:** Between 2001 and 2019, there were 29,854 hospitalizations due to PRD (0.46% of all pediatric hospitalizations). The national hospitalization rate for PRD was 3.18 per 10,000 inhabitants < 18 years of age. 52% were women. The average age was 7.91 ± 5 years. The length of stay had a median of 3 days. The PRD with the highest number of hospitalizations was IgA vasculitis. There were 36 deaths (0.1% lethality), where 44% ($n = 16$) had a diagnosis of systemic lupus erythematosus (SLE). 63.4% of hospitalizations occurred in the Metropolitan Region and central zone of the country and 81.8% had public health insurance. **Conclusions:** Hospitalization rates due to PRD in Chile are low and the main cause is IgA vasculitis. Despite having a low overall mortality, the main cause of death in children hospitalized for a PRD was SLE.

Key words:

Pediatric rheumatic diseases, hospital discharges, hospitalization rate.

Ética: Este trabajo cuenta con aprobación del comité de ética de investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Dado a tratarse de datos anónimos, se encuentra exento de consentimiento informado.

Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento.

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

Correspondencia:

Barbara J. Cid T.

Guillermo Bühler 2005, Oficina 708. Osorno, Chile.

dra.barbara.cid@hotmail.com

Introducción

Las enfermedades reumatológicas son un grupo diverso de enfermedades crónicas, unidas por la presencia de inflamación crónica, usualmente de causa desconocida, afectando a estructuras del sistema musculoesquelético, vasos sanguíneos y otros tejidos¹. La reumatología pediátrica es una especialidad dedicada al estudio de enfermedades reumatológicas en niños y adolescentes, teniendo sus orígenes en la primera mitad del siglo XX, orientada inicialmente al estudio de las artritis inflamatorias crónicas, siendo la artritis idiopática juvenil (AIJ) la entidad más frecuente de las enfermedades reumatológicas pediátricas (ERP)^{1,2}. La epidemiología de las ERP es difícil de precisar, principalmente dada su baja prevalencia, subdiagnóstico, escasez de especialistas en el área y las diferentes definiciones y clasificaciones disponibles en estas patologías³.

El espectro de las ERP varía considerablemente según etnias y países, por ejemplo, en Estados Unidos, el 33,1% de los pacientes que acudieron a centros de ERP tenían un diagnóstico compatible con AIJ, 7,1% lupus eritematoso sistémico (LES) y 5,2% dermatomiositis juvenil (DMJ)^{1,4}. Por otro lado, en una serie de Reino Unido, la frecuencia de AIJ correspondió al 61,7% de los pacientes, LES en 1,3% y DMJ correspondió a 2,3% de los casos atendidos en centros de reumatología pediátrica^{1,5}.

En Chile, la información epidemiológica de las ERP es escasa. De la información disponible, destaca un estudio realizado el año 1996, donde participaron diferentes centros de atención ambulatoria de pacientes reumatológicos pediátricos atendidos en Santiago. Se determinó una incidencia estimada de enfermedades del tejido conectivo pediátricas de 8,6 casos por año por 100.000 niños, donde las frecuencias relativas por patología fueron de 62,5% para AIJ, 5,2% para DMJ y 3,7% para LES⁶. Sin embargo, a la fecha, se desconocen datos epidemiológicos de pacientes que hayan cursado con hospitalizaciones por ERP, información relevante para conocer el panorama a nivel país de estas patologías.

En Chile, existe el sistema de registro de grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) que permite tener una estadística a nivel nacional de los egresos hospitalarios. Este sistema entrega datos demográficos y diagnósticos según clasificación CIE-10 de cada hospitalización ocurrida en el país, y es una herramienta útil para fines de investigación⁷. El objetivo de este trabajo fue analizar las características demográficas de pacientes que cursaron una hospitalización debido a un diagnóstico de ERP, con la finalidad de conocer mejor las características epidemiológicas a nivel nacional de este grupo de patologías.

Material y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo de la base de datos nacional de egresos hospitalarios disponibles en la Superintendencia de

Salud y el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, entre los años 2001 y 2019. Se incluyeron a los pacientes pediátricos, definidos como aquellos menores de 18 años, que tuvieran un diagnóstico de egreso compatible con una ERP según el código CIE-10. Se incluyeron los siguientes códigos: L95 púrpura alérgica y otras afecciones hemorrágicas (incluye las vasculitis IgA), L93 lupus cutáneo, L94 esclerodermia localizada, L95 vasculitis limitada a la piel, M02 artritis reactivas, M05-M06 artritis reumatoide, M08-M09 artritis idiopática juvenil, M12 artropatía no especificada, M13 otras artritis no especificadas, M15 a M19 artrosis, no especificadas. M112 artritis por cristales, M30 poliarteritis nodosa, M301 poliarteritis con compromiso pulmonar (Churg Strauss), M303 enfermedad de Kawasaki, M313 granulomatosis de Wegener (hoy granulomatosis con poliangeítis), M314 arteritis de Takayasu, M317 poliangeítis microscópica, M32 lupus eritematoso sistémico M332 polimiositis, M33 dermatomiositis juvenil, M34 esclerosis sistémica, M350 síndrome de Sjögren, M351 síndromes de sobreposición, M352 enfermedad de Behcet, M357 síndromes de hiper movilidad, M358. Otras enfermedades sistémicas del tejido conectivo, M45 espondilitis anquilosante, M46 otras espondiloartropatías inflamatorias, M461 sacroileitis no especificada, M65 sinovitis y tenosinovitis, M67 sinovitis transitoria, D86 sarcoidosis, H20 uveítis e iridociclitis, I00 fiebre reumática y L52 eritema nodoso. Se analizaron las características demográficas de las ERP incluyendo edad, género, días de estadía hospitalaria, previsión de salud pública (FONASA, DIPRECA, CAPREDENA, SISA) o privada (ISAPRE), total de fallecidos y el diagnóstico de ERP atribuido al deceso. Además, se evaluó la distribución geográfica de las ERP según su distribución en la zona norte (I, II, III, IV y XV región), zona central (V, VI, VII y región Metropolitana) y zona sur del país (VIII, IX, X, XI, XII, XIV región). Para el cálculo de las tasas de hospitalización (TH), se utilizó la proyección poblacional anual disponible en el Instituto Nacional de Estadísticas. Se calculó TH general y anual por ERP por cada 10.000 habitantes menores de 18 años. En el caso de ERP específicas, se calcularon TH por cada 100.000 habitantes menores de 18 años.

Resultados

Entre los años 2001 y 2019, hubo un total de 31.101.696 hospitalizaciones, de los cuales 6.340.881 correspondieron a menores de 18 años (hospitalizaciones pediátricas). De estos egresos, 29.854 tuvieron un diagnóstico por código CIE-10 compatible con una ERP, correspondiendo al 0,47% del total de las hospitalizaciones pediátricas. La TH nacional por una ERP fue de 3,18 cada 10.000 habitantes menores de 18 años. En la Figura 1 se observa el número total de hospitalizaciones y tasas de hospitalización por ERP por año. Se observó una disminución significativa del número total de hospitalizaciones

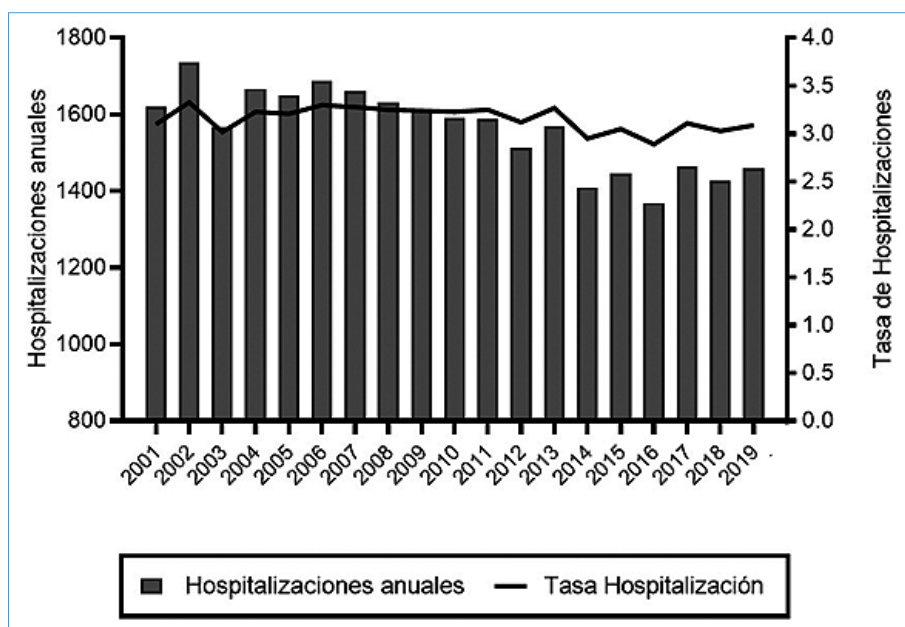


Figura 1. Número total de admisiones por ERP por año. Tasa de hospitalización por año por cada 10.000 habitantes menores de 18 años.

Mujeres, n (%)	15.473 (51,8%)
Edad (años), promedio (DE)	7,91 ± 5
0-2 años, n (%)	5.240 (17,6%)
3-5 años, n (%)	6.072 (20,3%)
6-9 años, n (%)	6.920 (23,2%)
9-13 años, n (%)	6.179 (20,7%)
14-17 años, n (%)	5.443 (20,7%)
Días de estadía, mediana (Rango)	3 (1-366)
Sistema de salud	
Público, n (%)	2.4418 (81,8%)
Privado, n (%)	4.303 (14,4%)
Distribución geográfica	
Zona norte, n (%)	3.049 (10,2%)
Zona central, n (%)	18.879 (63,4%)
Zona sur, n (%)	7.860 (26,4%)

por ERP a través de los años (β :-15,918, $P < 0,001$). Las tasas de hospitalizaciones por 10.000 habitantes menores de 18 años disminuyeron levemente a través de los años, con una variación también estadísticamente significativa (β :-0,011, $P:0,03$). Las características demográficas de los pacientes hospitalizados por ERP se especifican en la Tabla 1. La edad promedio fue de $7,91 \pm 5$ años y el 51,8% fueron mujeres ($n = 15.473$). Respecto a la duración de las hospitalizaciones por ERP, tuvieron una mediana

de 3 días, con un rango amplio; entre 1-365 días.

En la Tabla 2 se detalla la frecuencia, porcentaje y tasa de hospitalización según patología reumatológica específica. Las ERP con mayor cantidad de hospitalizaciones fueron: vasculitis IgA (previamente denominada púrpura de Schönlein-Henoch) con un total de 6.517 egresos (21,8% del total); AIJ con 4.145 hospitalizaciones (13,9% del total); sinovitis y tenosinovitis no especificadas con un total de 3.554 casos (11,9%); enfermedad de Kawasaki con 2.698 casos (9% del total) y LES con un total de 2.659 hospitalizaciones totales (8,9% del total de ERP).

Las características epidemiológicas específicas según diferentes patologías reumatológicas características de la especialidad se encuentra en la Tabla 3. Respecto a las hospitalizaciones por vasculitis IgA, la mediana de edad fue de 6 años, la razón hombre mujer (H:M) fue de 1,1:1, la mediana de días de estadía fue de 3 días (Rango de 1-366 días), con una TH de 6,93 cada 100.000 habitantes menores de 18 años. En relación a las hospitalizaciones por AIJ, fueron un total de 4.145 casos, con una mediana de edad de 10 años, la razón H:M fue de 1:1,5, y la mediana de días de estadía fue de 1 día (Rango 1-90), con una TH de 4,41 cada 100.000 habitantes menores de 18 años. Las hospitalizaciones por LES pediátrico correspondieron a un total de 2.659 casos, con una mediana de edad de 14 años, relación H:M de 1:3,3 y una TH de 2,83 cada 100.000 habitantes menores de 18 años. Los pacientes con DMJ fueron un total de 846 casos, con una edad mediana de 12 años, relación H:M fue de 1:2,6, y una mediana de días de estadía de 2 días.

Respecto a los fallecimientos (Figura 2), durante el período estudiado, hubo un total de 36 fallecidos con un diagnóstico de egreso de una ERP, correspondiendo a una letalidad total del

Tabla 2. Distribución de los egresos hospitalarios según ERP en Chile, 2001-2019 (n = 29.854)

ERP según código CIE-10	Hospitalizaciones totales (n)	Porcentaje (%)	Tasa de hospitalización ^a
Vasculitis IgA	6.517	21,8	6,93
Artritis idiopática juvenil	4.145	13,9	4,41
Sinovitis y tenosinovitis	3.554	11,9	3,78
Enfermedad de Kawasaki	2.698	9,0	2,87
Lupus eritematoso sistémico	2.659	8,9	2,83
Artritis no especificada	2.123	7,1	2,26
Artrosis no especificada	1.959	6,6	2,08
Sinovitis transitoria	1.167	3,9	1,24
Eritema nodoso	956	3,2	1,02
Dermatomiositis juvenil	846	2,8	0,90
Sacroileitis no especificada	772	2,6	0,82
Lupus cutáneo	464	1,6	0,49
Uveítis	405	1,4	0,43
Vasculitis limitada a piel	376	1,3	0,40
Otras enfermedades sistémicas del tejido conectivo	186	0,6	0,20
Fiebre reumática	151	0,5	0,16
Arteritis Takayasu	116	0,4	0,12
Esclerodermia sistémica	106	0,4	0,11
Poliarteritis nodosa	94	0,3	0,10
Esclerodermia localizada	83	0,3	0,09
Vasculitis ANCA	79	0,3	0,08
Enfermedad de Behcet	75	0,3	0,08
Polimiositis	62	0,2	0,07
Artritis reactiva	59	0,2	0,06
Sarcoidosis	57	0,2	0,06
Artritis por cristales	40	0,1	0,04
Síndrome de sobreposición	45	0,2	0,05
Síndrome de Sjögren	29	0,1	0,03
Artropatías no especificadas	20	0,1	0,02
Síndrome de hipermovilidad	11	0,04	0,01

^aTasa de hospitalización expresada cada 100.000 habitantes menores de 18 años.

0,1%. Del total de los fallecidos, 44% (n = 16) tenía diagnóstico de LES, 8% enfermedad de Kawasaki (n = 3), 8% DMJ (n = 3) y 8% AIJ (n = 3). Seis pacientes fallecidos (16,6%) tuvieron códigos de egreso poco específicos de ERP; sinovitis y tenosinovitis no especificada n = 2, artrosis no especificada n = 2, artritis no especificada n = 1, otras enfermedades sistémicas del tejido conectivo n = 1. La edad promedio de los casos de fallecimientos fue de 9,67 (\pm 6,3 años), con una estadía promedio de hospitalización de 15 días (Rango de 1 a 53 días).

En relación a la previsión los pacientes hospitalizados por ERP, 81,82% de los pacientes corresponden al sistema de pre-

visión pública de salud (n = 24.418) y 14,42% tenían previsión privada (n = 4.303).

La distribución geográfica de los ingresos por ERP en el país fue del 63,4% para la zona centro del país, 26,4% en la zona sur y 10,2% en la zona norte de Chile. Al evaluar la distribución regional (Tabla 4), se observa que la Región Metropolitana concentró la mayor cantidad de hospitalizaciones por ERP, con un total de 11.923 egresos durante el período estudiado, representando 39,94% del total, seguido por la región de Valparaíso con 3.355 egresos, correspondiendo al 11,24% de las hospitalizaciones por ERP.

Tabla 3. Características demográficas de hospitalizaciones según enfermedad reumatológica específica, Chile, 2001 al 2019

Diagnóstico de ERP específica	Total (n)	Edad (Mediana, rango)	Razón H:M	Días estadia (Mediana, Rango)	Fallecidos	Letalidad (%)
Vasculitis IgA	6.517	6 (0-17)	1,1 : 1	3 (1-366)	1	0,02
AIJ	4.145	10 (0-17)	1 : 1,5	1 (1-90)	3	0,07
LES	2.659	14 (0-17)	1 : 3,3	2 (1-293)	16	0,6
Enf. Kawasaki	2.698	2 (0-17)	1,5 : 1	5 (1-152)	3	0,11
DMJ	846	12 (0-17)	1 : 2,6	2 (1-169)	3	0,36
Uveítis	405	11 (0-17)	1 : 1,1	1 (1-57)	0	0
Esclerodermia sistémica	106	8 (0-17)	1 : 2,5	2 (1-77)	1	0,9
Esclerodermia localizada	83	10 (1-17)	1 : 1,8	2 (1-31)	0	0
Vasculitis ANCA	79	11 (0-17)	1 : 1,7	1 (1-48)	0	0

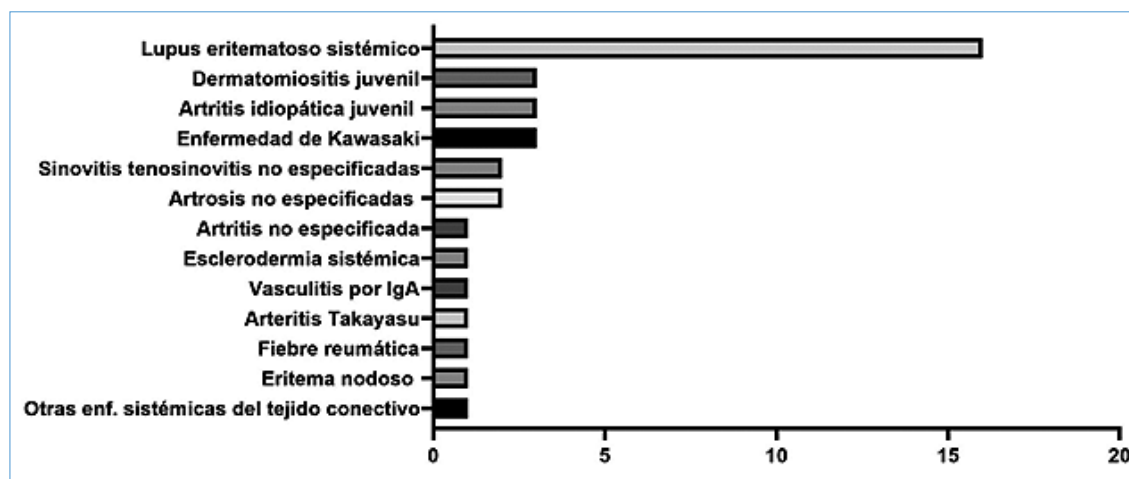


Figura 2. Fallecimientos totales por enfermedad reumatológica pediátrica específica entre 2001-2019 (n = 36).

Discusión

En este estudio reportamos un análisis a nivel nacional de los pacientes que fueron hospitalizados por una ERP entre los años 2001 al 2019. Durante el período estudiado, se detectó una tasa de hospitalización total de 3,18 cada 10.000 habitantes menores de 18 años. Se observó una disminución del número total de hospitalizaciones anuales por ERP a lo largo de los años estudiados, junto a una leve disminución de las tasas de hospitalización.

Para evitar factores confundentes debido al COVID-19, en éste estudio se prefirió incluir los egresos hospitalarios hasta el año 2019. Sin embargo, sería de particular interés a futuro evaluar los cambios en las hospitalizaciones por ERP posteriores al año 2020, principalmente debido al incremento de hospitalizaciones por síndrome inflamatorio multisistémico asociado a COVID-19 (MIS-COVID-19) y a la posible asociación de COVID-19 con el

aumento de patologías autoinmunes⁸, donde se incluyen reportes de aumento de los casos de enfermedad de Kawasaki⁹, mayor aparición de debut de DMJ¹⁰ y LES pediátrico¹¹, y aumento de las exacerbaciones en pacientes con AIJ¹².

La ERP con mayor cantidad de hospitalizaciones fue la vasculitis IgA, correspondiendo al 21,83% de los egresos hospitalarios totales por ERP, con hospitalizaciones principalmente en edad escolar (Mediana de edad de 6 años), con un leve predominio en hombres (Relación H:M de 1,2:1), y estadías hospitalarias breves, con una mediana de 3 días. Dichas características son compatibles con lo descrito en la literatura de vasculitis IgA pediátrica, donde se observa un peak entre los 4 a 7 años de edad y leve predominio en hombres, con una relación H:M cercana a 1,5:1¹³. Las estadías hospitalarias breves en vasculitis IgA se podrían explicar a que habitualmente es una patología autolimitada, de buen pronóstico, donde habitualmente no se requiere de una hospitalización, y en caso de requerirla, posterior a la etapa

Tabla 4. Distribución de hospitalizaciones por ERP según regiones de Chile, 2001-2019 (n = 29.854)

Región	Total de ingresos (n)	Porcentaje (%)
I Tarapacá	424	1,42
II Antofagasta	931	3,12
III Atacama	389	1,30
IV Coquimbo	962	3,22
V Valparaíso	3.355	11,24
VI Libertador B. O'Higgins	1.381	4,63
VII Del Maule	1.349	4,52
VIII Biobío	2.779	9,31
IX De La Araucanía	1.903	6,37
X Los Lagos	1.761	5,90
XI Aysén	260	0,87
XII Magallanes	372	1,25
XIII Metropolitana de Santiago	11.923	39,94
XIV De Los Ríos	785	2,63
XV Arica y Parinacota	343	1,15
XVI Ñuble	871	2,92
No especificada	66	0,22

diagnóstica inicial predomina el seguimiento ambulatorio con monitorización de complicaciones a largo plazo¹⁴.

Respecto a la AIJ, la patología más prevalente en atenciones ambulatorias de reumatología pediátrica⁶, se observó un total de 4.145 hospitalizaciones, correspondientes solo al 13,9% del total de egresos. Cursaron con una mediana de 1 día de hospitalización, lo que podría deberse a ingresos programados abreviados para administración de fármacos biológicos endovenosos, como infliximab, disponibles desde 2010 en la canasta GES de AIJ¹⁵. Además, es probable que los casos de AIJ que tuvieron hospitalizaciones más prolongadas (rango de estadía de 1 a 90 días) correspondieran a cuadros más graves, particularmente de AIJ sistémica, la cual puede tener cursos severos con complicaciones como el síndrome de activación macrofágica¹⁶.

Los casos de LES en esta serie fueron responsables del 8,9% del total de las hospitalizaciones por ERP. También tuvieron características demográficas compatibles a lo descrito en la literatura¹⁷, con mayor prevalencia en adolescentes, en nuestro caso con una edad media de 14 años y notorio predominio en mujeres, con relación H:M de 1:3,3. Igual a otras ERP evaluadas en esta serie, destaca una mediana de días de estadía corta de 2 días, pero con rango amplio (1-293).

Si bien los casos de fallecimientos fueron escasos, con un total de 36 muertes en los años estudiados, casi la mitad de los casos se debieron a un LES (n = 16). El diseño de este estudio no nos permite conocer los motivos exactos de este desenlace letal, sin embargo, está descrito que el debut de LES en la edad pediátrica se asocia a mayor severidad de la enfermedad

y mayor daño de órgano blanco comparado con adultos¹⁸. Por lo anterior, resulta importante mejorar la educación respecto a LES en la edad pediátrica, y de esta forma poder obtener un diagnóstico precoz, mejorando el acceso al tratamiento de estos pacientes. Además, es posible que los casos de fallecimiento por ERP se encuentren subestimados en esta serie, debido a que frecuentemente el código de egreso CIE-10 en casos de fatalidad es reemplazado por algún código más general o predominante asociado a la causa de mortalidad, como por ejemplo, insuficiencia renal aguda. Además, seis de los casos de fallecimientos presentaron códigos inespecíficos de ERP (como por ejemplo; otras enfermedades sistémicas del tejido conectivo, artritis no especificada, sinovitis y tenosinovitis no especificada). Es probable que dichos pacientes cursaron con una ERP específica, la cual no fue bien registrada en su código de egreso GRD. Por lo mismo, es probable que nuestra letalidad calculada por ERP de 0,1% se encuentre subestimada, dado que es inferior a la reportada en otros países como Estados Unidos, con letalidad por ERP de 0,23%¹⁹.

De particular interés es la distribución geográfica de las hospitalizaciones, con un predominio de los egresos en la zona central del país, concentrando el 63,4% de las hospitalizaciones en la zona central de Chile, principalmente en la Región Metropolitana, con 39,9% de las hospitalizaciones por ERP. Si bien esto se podría explicar por la mayor cantidad de población de dicha región, también es la región donde se concentra la mayor cantidad de subespecialistas en reumatología pediátrica. En la actualidad nacional, aún hay un déficit importante de especia-

listas en diferentes zonas del país, en particular en el norte de Chile²⁰, y es probable que por este motivo existan aún menor cantidad de hospitalizaciones por ERP en ésta zona del país, con solo el 10,2% de los ingresos por ERP. Finalmente, el 81,8% de las hospitalizaciones por ERP fueron en pacientes con previsión pública de salud (FONASA y otros). Lo anterior enfatiza la necesidad de disponer de mayor cantidad de especialistas en reumatología pediátrica que se desempeñen en los servicios públicos de salud, y en distintas zonas geográficas del país.

Si bien el sistema de codificación de egresos hospitalarios es una herramienta útil que nos permite tener un análisis a nivel nacional, éste tiene limitaciones. Se debe considerar que dicho registro habitualmente es codificado por no clínicos, lo que puede llevar a errores de registro. Además, existen muchos códigos CIE-10 muy amplios, siendo difícil interpretar cuál era la ERP específica del paciente hospitalizado. Esto explicaría la importante frecuencia de egresos de ERP con códigos poco específicos como el código M13. Otras artritis no especificadas y M65 sinovitis y tenosinovitis, los cuales tuvieron frecuencias elevadas en este trabajo. Se requiere mejorar el registro GRD para generar datos más confiables, y así poder optimizar esta importante herramienta a nivel nacional.

Conclusiones

La TH por ERP en Chile es baja, siendo la principal causa de hospitalizaciones la vasculitis IgA. En su mayoría fueron estadias hospitalarias breves. Las características demográficas por ERP específicas se correlacionaron a las descritas en la literatura. Pese a tener baja letalidad general, la principal causa de muerte en niños hospitalizados por alguna ERP fue el LES. La mayoría de las hospitalizaciones se concentraron en la zona central de Chile y en pacientes del sector público de salud. Esto último apoya la necesidad de contar con más especialistas en reumatología pediátrica en otras regiones geográficas del país y en el sistema público de salud. Es fundamental optimizar el registro de GRD para poder tener un diagnóstico más específico en los casos de ERP.

Referencias

- Petty RE. Chapter 1 - Pediatric Rheumatology: The Study of Rheumatic Diseases in Childhood and Adolescence [Internet]. Seventh Edition. Textbook of Pediatric Rheumatology. Elsevier Inc.; 2016. 1-4. e1 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-24145-8.00001-6>
- Schaller JG. The history of pediatric rheumatology. *Pediatr Res*. 2005;58(5):997-1007.
- Prudence J. Manners. Epidemiology of Pediatric Rheumatic Diseases. *Pediatric Rheumatology: A Clinical Viewpoint*. 2016. 37-46 p.
- Bowyer S, Roettcher P. Pediatric rheumatology clinic populations in the United States: results of a 3 year survey. *Pediatric Rheumatology Database Research Group. J Rheumatol*. 1996 Nov;23(11):1968-74.
- Symmons DP, Jones M, Osborne J, Sills J, Southwood TR, Woo P. Pediatric rheumatology in the United Kingdom: data from the British Pediatric Rheumatology Group National Diagnostic Register. *J Rheumatol*. 1996 Nov;23(11):1975-80.
- Marta Miranda A, Eduardo Talesnik G, Benito González M, Arnoldo Quezada M, Patricio Antúguiz Z, Carmen Luz Navarrete S, et al. Enfermedades reumáticas y del tejido conectivo en niños de Santiago, Chile. *Rev Chil Pediatr*. 1996;67(5):200-5.
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Egresos hospitalarios [Internet]. Available from: <https://deis.minsal.cl/?#datosabierto>
- Sharma C, Bayry J. High risk of autoimmune diseases after COVID-19. *Nat Rev Rheumatol*. 2023;19(7):399-400.
- Batu ED, Lamot L, Sag E, Ozen S, Uziel Y. How the COVID-19 pandemic has influenced pediatric rheumatology practice: Results of a global, cross-sectional, online survey. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2020;50(6):1262-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.09.008>
- Liquidano-Pérez E, García-Romero MT, Yamazaki-Nakashimada M, Maza-Morales M, Rivas-Calderón MK, Bayardo-Gutiérrez B, et al. Juvenile Dermatomyositis Triggered by SARS-CoV-2. Vol. 121, *Pediatric neurology*. United States; 2021. p. 26-7.
- Dou X, Kaelber DBH. Increased Incidence of Pediatric SLE and Other Interferon Activated Diseases During COVID-19 Pandemic [abstract].
- Hügler B, Krumrey-Langkammerer M, Haas JP. Infection with SARS-CoV-2 causes flares in patients with juvenile idiopathic arthritis in remission or inactive disease on medication. *Pediatr Rheumatol*. 2021;19(1):1-5.
- Xu L, Li Y, Wu X. IgA vasculitis update: Epidemiology, pathogenesis, and biomarkers. *Front Immunol*. 2022;13(October):1-17.
- Oni L, Sampath S. Childhood IgA vasculitis (Henoch Schonlein Purpura)-advances and knowledge gaps. *Front Pediatr*. 2019;7(JUN):1-10.
- Aird A, Aránguiz P, Barría R, Borzutzky A, De La Puente L, Díaz MM, et al. Guía clínica GES de artritis idiopática juvenil 2014. *Rev Chil Reumatol* [Internet]. 2014;30(1):98-118. Available from: <http://www.sochire.cl/bases/r-677-1-1415181299.pdf>
- Davies R, Southwood T, Kearsley-Fleet L, Lunt M, Baildam E, Beresford MW, et al. Mortality rates are increased in patients with systemic juvenile idiopathic arthritis. *Arch Dis Child*. 2017;102(2):206-7.
- Valenzuela-Almada MO, Hocaoglu M, Dabit JY, Osei-Onomah SA, Basiaga ML, Orandi AB, et al. Epidemiology of Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus: A Population-Based Study. *Arthritis Care Res*. 2022;74(5):728-32.
- Kamphuis S, Silverman ED. Prevalence and burden of pediatric-onset systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol* [Internet].

- 2010;6(9):538-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2010.121>
19. Hashkes PJ, Wright BM, Lauer MS, Worley SE, Tang AS, Roettcher PA, et al. Mortality outcomes in pediatric rheumatology in the US. *Arthritis Rheum.* 2010;62(2):599-608.
20. Ladino RM, Lira WL, Talesnik GE. Reumatología Pediátrica en Chile. Subespecialidad de la Pediatría con aprobación de CONACEM. *Reumatol Pediátrica en Chile.* 2019;35(2):59-60.