



Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original breve

## Prevalencia y características demográficas del síndrome de Sjögren en Colombia, según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social

Daniel G. Fernández-Ávila<sup>a,\*</sup>, Diana N. Rincón-Riaño<sup>b</sup>, Santiago Bernal-Macías<sup>c</sup>,  
Juan M. Gutiérrez Dávila<sup>a</sup> y Diego Rosselli<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio-Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Militar Central-Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia

<sup>c</sup> Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio-Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>d</sup> Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 10 de febrero de 2018

Aceptado el 13 de septiembre de 2018

On-line el 3 de diciembre de 2018

#### Palabras clave:

Síndrome de Sjögren  
Prevalencia  
Epidemiología

### R E S U M E N

**Objetivo:** Calcular la prevalencia y describir las principales características demográficas del síndrome de Sjögren en Colombia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal en el que se tomaron los datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social del Ministerio de Salud de Colombia, durante los años 2012 a 2016.

**Resultados:** Se identificaron 58.680 casos, calculándose una prevalencia en mayores de 18 años de 0,12%. El 82% son mujeres, con una relación mujer:hombre de 4,6:1, con prevalencia mayor entre el grupo etario de 65 a 69 años. Los departamentos con mayor número de casos son Bogotá DC (24.885), Antioquia (9.040) y Valle del Cauca (5.277), sin embargo, los departamentos con mayor prevalencia fueron Caldas (0,42%), Bogotá DC (0,32%) y Antioquia (0,14%).

**Conclusiones:** Se presenta información demográfica y epidemiológica del síndrome de Sjögren en Colombia. Existen muy pocos estudios epidemiológicos de esta enfermedad, sin embargo, se documentó una prevalencia similar a la reportada a países de la región como Brasil (0,17%) y Argentina (0,17%).

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

## Prevalence and Demographic Characteristics of Sjögren's Syndrome in Colombia, Based on Information from the Official Ministry of Health Registry

### A B S T R A C T

**Objective:** To calculate the prevalence and describe the main demographic characteristics of Sjögren's syndrome in adults in Colombia.

**Material and methods:** Descriptive cross-sectional study which utilized data from the Integral Information System of Social Protection of the Ministry of Health of the Republic of Colombia during the years 2012 to 2016.

**Results:** 58,680 cases of Sjögren's syndrome were identified, with a prevalence in those over 18 years of age of 0.12%; 82% were women, with a female:male ratio of 4.6:1, with a higher prevalence in the age group of 65 to 69 years. The departments with the highest numbers of cases were Bogotá DC (24,885), Antioquia (9,040) and Valle del Cauca (5,277); however, the departments with the highest prevalences were Caldas (0.42%), Bogotá DC (0.32%) and Antioquia (0.14%).

#### Keywords:

Sjögren's syndrome  
Prevalence  
Epidemiology

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [daniel.fernandez@javeriana.edu.co](mailto:daniel.fernandez@javeriana.edu.co) (D.G. Fernández-Ávila).

**Conclusions:** We present demographic and epidemiological information on Sjögren's syndrome in Colombia. There are very few epidemiological studies of this disorder. However, a prevalence similar to that reported in countries of the region such as Brazil (0.17%) and Argentina (0.17%) was documented.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

## Introducción

El síndrome de Sjögren (SS) es una epitelitis autoinmune crónica caracterizada por infiltración linfocítica de las glándulas salivales, lagrimales y otras glándulas exocrinas, causando sequedad de piel y mucosas, en especial en los ojos y la boca, así como la circulación de anticuerpos antinucleares contra antígenos extractables del núcleo en una gran proporción de pacientes, específicamente SS-A (anti Ro) y SS-B (anti La)<sup>1</sup>. La enfermedad implica mecanismos que guían a la inflamación de glándulas lagrimales y salivales y a la hiperactividad del linfocito B, resultado de una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales que conducen a una alteración de la tolerancia inmune e inflamación de glándulas exocrinas. El SS es heterogéneo en términos de expresión clínica y gravedad, lo que implica distintas vías patogénicas en subconjuntos de pacientes<sup>2</sup>. Los estudios epidemiológicos constituyen el enlace entre el ejercicio clínico de la reumatología y la sociedad, permitiendo establecer un panorama de la frecuencia y características clínicas y demográficas de la enfermedad para enfocar esfuerzos preventivos, terapéuticos o de rehabilitación. El presente trabajo busca establecer la prevalencia del SS en Colombia y describir las características demográficas básicas de los pacientes con esta enfermedad.

## Material y métodos

Estudio descriptivo de corte transversal para el cual se tomó información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud de Colombia. Se obtuvo la información demográfica disponible en el Registro Individual de Prestación de Servicios de los pacientes con diagnóstico de SS (código CIE 10 M350) entre los años 2012 a 2016. Para el cálculo de prevalencia en Colombia se hizo un análisis por grupos quinquenales, así como un análisis de cada uno de los 32 departamentos durante el quinquenio analizado, evaluando la población de acuerdo con proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, a partir de los datos del último censo nacional del año 2005<sup>3</sup>. Posteriormente se realizó una descripción de los datos obtenidos en frecuencias y porcentaje para variables cualitativas. El trabajo fue aprobado por el comité de investigación clínica y ética de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia.

## Resultados

En el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2016 se identificaron 58.680 casos para una prevalencia global de 0,12%, con una relación mujer:hombre de 4,63:1 respectivamente. La prevalencia de SS entre mujeres fue de 0,31% y entre hombres de 0,07%. El grupo etario de mayor prevalencia fue el de 65 a 69 años (0,5%) (tabla 1). En el análisis por departamentos la mayor cantidad de casos se registraron en Bogotá DC (24.885), Antioquia (9.040) y Valle del Cauca (5.277). Así mismo, los departamentos con mayor prevalencia fueron Caldas (0,42%), Bogotá DC (0,32%) y Antioquia (0,14%).

**Tabla 1**

Prevalencia del síndrome de Sjögren por grupo etario en Colombia entre los años 2012 a 2016

Grupo etario	Total pacientes	Prevalencia
0 a 4	513	0,012
5 a 9	550	0,013
10 a 14	627	0,015
15 a 19	877	0,020
20 a 24	1.470	0,035
25 a 29	2.053	0,053
30 a 34	3.054	0,088
35 a 39	3.654	0,116
40 a 44	4.438	0,154
45 a 49	6.214	0,217
50 a 54	8.232	0,316
55 a 59	8.707	0,408
60 a 64	7.751	0,466
65 a 69	6.280	0,502
70 a 74	4.183	0,465
75 a 79	2.834	0,422
80 o más	2.136	0,319
Total	58.680	0,12

La prevalencia se calcula dividiendo el total de pacientes por grupo etario entre la población media del periodo por grupo etario como denominador  $\times 100$  habitantes

## Discusión

Los estudios epidemiológicos son cruciales para describir la carga de la enfermedad en la sociedad y para el esclarecimiento de posibles factores asociados a su etiología. El SS es uno de los padecimientos autoinmunes más prevalentes, estimándose a nivel mundial en un rango que va desde 0,05% hasta 4,6%<sup>4,5</sup>. Los resultados de los estudios de prevalencia del SS son heterogéneos debido a los diferentes criterios clasificatorios empleados en cada uno de los estudios y las áreas geográficas y poblaciones étnicas donde han sido realizados<sup>6,7</sup>. La enfermedad tiene una mayor frecuencia de presentación entre mujeres, con una ratio hasta de 1:10 al comparar con hombres, y se manifiesta principalmente entre las décadas de los 40 a 60 años, correspondiendo a mujeres en etapas peri y posmenopáusicas<sup>8</sup>. La prevalencia del SS en pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica se ha estimado en 17,1%, 8% a 20% y 14% respectivamente<sup>9</sup>. La prevalencia de poliautoinmunidad entre pacientes con SS fue evaluada en una población colombiana de 410 pacientes, entre los cuales se documentó la coexistencia con artritis reumatoide (8,3%), lupus eritematoso sistémico (7,6%), síndrome antifosfolípido (2,6%), esclerosis sistémica (1,4%) y vasculitis (1,1%)<sup>10</sup>.

En la tabla 2 se resume por regiones datos de prevalencia en todo el mundo<sup>8,11-13</sup>. En Latinoamérica existen muy pocos estudios epidemiológicos y de prevalencia del SS. En 2013 se realiza el primer estudio de prevalencia en Brasil reportando una prevalencia de 0,17%<sup>14</sup>. Tres años después, en Argentina, se obtiene el mismo porcentaje de prevalencia en un estudio realizado mediante metodología COPCORD en una población indígena de la provincia de Rosario<sup>15</sup>. En Colombia, con esta misma metodología, se encuestaron 3.146 hombres y 3.547 mujeres mayores de 18 años, documentándose una prevalencia de SS de 0,08% en el primer reporte preliminar de este estudio<sup>16</sup>. El mayor compromiso del sexo femenino es similar a lo reportado en otros estudios, y así

**Tabla 2**  
Prevalencia de síndrome de Sjögren en diferentes países del mundo

Autor	País	Criterios	Prevalencia
Bjerrum (1989)	Suiza	Copenhagen	2,7%
Thomas (1998)	Reino Unido	Europeo	2,1%
Kabasalak (2006)	Turquía	Europeo	1,56%
		AECG	0,72%
Zhang et al. (1995)	China	Copenhagen	0,77%
		San Francisco	0,34%
Bjerrum (1997)	Dinamarca	Europeo	0,6%
		Copenhagen	0,2%
Dafni (1997)	Grecia	Europeo	0,6%
Bowman (2004)	Reino Unido	AECG	0,4%
Birlik (2009)	Turquía	Europeo	0,35%
		AECG	0,21%
Miyasaka (1995)	Japón		0,33%
Anagnosopoulos (2010)	Grecia	AECG	0,23%
Haugen (2008)	Noruega	Europeo	0,22%
Valim (2013)	Brasil	AECG	0,17%
Quintana (2016)	Argentina	AECG	0,17%
Andrianakos (2005)	Grecia	AECG	0,15%
Maciel (2015)	Estados Unidos	AECG	0,13%
Alamamos (2006)	Grecia	AECG	0,09%
Santos (2016)	Colombia	AECG	0,08%
Sardu (2012)	Italia	Europeo	0,03%
Maldini (2013)	Francia	AECG	0,01%

AECG: American-European Consensus Group Criteria.

Datos tomados de Gabriel y Michaud<sup>4</sup> a Helmick et al.<sup>17</sup> (de las referencias 4 a la 17).

mismo se comunica una concentración de pacientes en grupos de mayor edad (65 a 69 años). En las prevalencias reportadas más recientemente las tasas generalmente han tendido a ser más bajas que las de publicaciones anteriores, lo cual podría ser resultado de un mayor rigor de los últimos estudios epidemiológicos, sesgos de selección y pequeños tamaños de muestra en estudios anteriores<sup>17</sup>. Existen datos de prevalencia del SS en Latinoamérica en centros de alto nivel de complejidad, como es el caso de México, donde de una población de 300 pacientes de las clínicas de atención de reumatología y medicina interna del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, se estimó una prevalencia de SS de 13,3% (IC 95%: 9,5-17,1%)<sup>18</sup>. Es importante tener estudios de prevalencia del SS en Latinoamérica, puesto que los pacientes de nuestra región pueden tener diferencias en su presentación y en subfenotipos cuando se comparan con pacientes de otras latitudes o etnias, como se demostró en una investigación que incluyó 8.310 pacientes con SS en 20 países de los 5 continentes. En este estudio se encontró que los pacientes de Suramérica presentan más frecuentemente alteraciones en los test de evaluación ocular (test de Schirmer, Rosa de Bengala) y positividad en los resultados de la biopsia de glándula salival cuando se comparan con pacientes norteamericanos, pero tienen menor positividad para factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti Ro y anti La, así como menor consumo de C4<sup>19</sup>. De la misma forma se pueden tener diferentes respuestas a los tratamientos, así como el daño acumulado a lo largo del tiempo, como se evidenció en una cohorte de 377 pacientes con SS en 3 países de Latinoamérica, en los que se encontró que el uso de antimaláricos podría ser un factor protector contra el daño acumulado por la enfermedad, en especial en el dominio de compromiso pleuropulmonar<sup>20</sup>.

El presente trabajo tiene como limitación el subregistro o el registro equivocado que se pueda presentar por parte de los médicos en el momento de ingresar el código CIE 10 en las historias clínicas, sin embargo, este es el dato que se registra legalmente en la atención de pacientes en Colombia y amerita un análisis como el que se realizó en el presente estudio. Otra deficiencia de nuestro estudio es, dada la naturaleza de la información disponible, la imposibilidad de establecer el tiempo de evolución de la enfermedad,

así como estimar incidencia, severidad de la enfermedad, demanda de servicios especializados relacionados con la enfermedad y mortalidad. Dado el diligenciamiento de solo un código CIE 10 por cada consulta en la mayoría de atenciones registradas en SISPRO, nuestro estudio no puede determinar la prevalencia de síndrome de Sjögren secundario, así como tampoco las enfermedades autoinmunes con las que más se encuentra asociado el SS. Finalmente, cabe aclarar que el código CIE 10: M350, se refiere a síndrome seco, y entre paréntesis se resalta el SS, por lo cual diferentes especialidades como cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología, endocrinología, entre otras, podrían utilizar ese mismo código cuando evalúan pacientes con síntomas secos de otras causas, y no es necesariamente «equivocado», sino que el código es muy amplio, lo cual podría explicar la mayor prevalencia reportada en nuestro estudio, comparado con el realizado en nuestro país con metodología COPCORD<sup>16</sup>.

El presente estudio muestra la prevalencia del SS desde la perspectiva del reporte y registro disponible en el SISPRO del Ministerio de Salud de Colombia, lo cual constituye una de las diferentes formas de calcular prevalencia y evaluar epidemiológicamente una enfermedad, aportando información complementaria a otros abordajes metodológicos, como el que fue realizado en nuestro país mediante metodología COPCORD<sup>16</sup>. Estos diferentes acercamientos al dato de prevalencia pueden ser útiles al entorno científico.

## Conclusión

El presente estudio muestra información demográfica y epidemiológica de SS en Colombia. Los datos son concordantes con lo reportado en la literatura mundial. Nuestro estudio muestra información tomada de la base de datos del Ministerio de Salud del gobierno colombiano, información con la cual se hacen análisis demográficos y epidemiológicos de la población y proyecciones para la atención de los pacientes con SS en nuestro país.

## Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Al programa doctoral (PhD) en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, en el cual el doctor Daniel G. Fernández-Ávila se encuentra inscrito como candidato al título de Doctor en Epidemiología Clínica.

## Bibliografía

- Barrera MJ, Bahamondes V, Sepúlveda D, Quest AFG, Castro I, Cortés J, et al. Sjögren's syndrome and the epithelial target: A comprehensive review. *J Autoimmun.* 2013;42:7–18.
- Fox RI. Sjögren's syndrome. *Lancet.* 2005;366:321–31.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de población [Internet]. 2014. [consultado 28 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.
- Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther.* 2009;11:229.
- Alani H, Henty J, Thompson N, Jury E, Ciurtin C. Systematic review and meta-analysis of the epidemiology of polyautoimmunity in Sjögren's syndrome (secondary Sjögren's syndrome) focusing on autoimmune rheumatic diseases. *Scand J Rheumatol.* 2018;47:141–54.
- Bowman S, Ibrahim G, Holmes G, Hamburger J, Ainsworth J. Estimating the prevalence among Caucasian women of primary Sjögren's syndrome in two general practices in Birmingham, UK. *Scand J Rheumatol.* 2004;33:39–43.
- Alamanos Y, Tsifetaki N, Voulgari PV, Venetsanopoulou AI, Siozos C, Drosos AA. Epidemiology of primary Sjögren's syndrome in north-west Greece, 1982–2003. *Rheumatology.* 2006;45:187–91.

8. Qin B, Wang J, Yang Z, Yang M, Ma N, Huang F, et al. Epidemiology of primary Sjögren's syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2015;74:1983–9.
9. Petri M, Baer AN, Maynard JW, Shaikh F, Magder LS. Distinct disease subset secondary Sjögren's syndrome in systemic lupus erythematosus defines a. *J Rheumatol.* 2010;3737:1143–9.
10. Amador-Patarroyo MJ, Arbelaez JG, Mantilla RD, Rodriguez-Rodriguez A, Cárdenas-Roldán J, Pineda-Tamayo R, et al. Sjögren's syndrome at the crossroad of polyautoimmunity. *J Autoimmun.* 2012;39:199–205.
11. Patel R, Shahane A. The epidemiology of Sjögren's syndrome. *Clin Epidemiol.* 2014;6:247–55.
12. Maciel G, Crowson CS, Matteson EL, Cornec D. Prevalence of primary Sjögren's syndrome in a US population-based cohort. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017;69:1612–6.
13. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: A revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:554–8.
14. Valim V, Zandonade E, Maria Pereira A, de Brito Filho OH, Vieira Serrano E, Musso C, et al. Prevalência da síndrome de Sjögren primária em importante área metropolitana no Brasil. *Rev Bras Reumatol.* 2013;53:29–34.
15. Quintana R, Silvestre AMR, Goñi M, García V, Mathern N, Jorfen M, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and rheumatic diseases in the indigenous Qom population of Rosario, Argentina. *Clin Rheumatol.* 2016;35 Suppl 1: 5–14.
16. Santos A, Rueda J, Angarita J-I, Giraldo R, Forero E, Pelaez-Ballestas I, et al. FRI0694 Prevalence of rheumatic disease in an adult population from Colombia. A copcord methodology study. In: Poster Presentations. BMJ Publishing Group Ltd and European League Against Rheumatism;; 2017. p. 752. 3–3.
17. Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh CK, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part I. *Arthritis Rheum.* 2008;58: 15–25.
18. Sanchez-Guerrero J, Perez-Dosal MR, Cardenas-Velazquez F, Perez-Reguera A, Celis-Aguilar E, Soto-Rojas AE, et al. Prevalence of Sjogren's syndrome in ambulatory patients according to the American-European Consensus Group criteria. *Rheumatology.* 2005;44:235–40.
19. Brito-Zerón P, Acar-Denizli N, Zeher M, Rasmussen A, Seror R, Theander E, et al. Influence of geolocation and ethnicity on the phenotypic expression of primary Sjögren's syndrome at diagnosis in 8310 patients: A cross-sectional study from the Big Data Sjögren Project Consortium. *Ann Rheum Dis.* 2017;76: 1042–50.
20. Hernández-Molina G, Valim V, Secco A, Atisha-Fregoso Y, Guerra E, Adrover M, et al. Do antimalarials protect against damage accrual in primary Sjögren's syndrome? Results from a Latin-American retrospective cohort. *Clin Exp Rheumatol.* 2018, 36 Suppl 112:182–5.