

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA**

Título de la investigación:

“Análisis comparativo de la superposición de síntomas y similitudes en el diagnóstico diferencial entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia”

Nombre del estudiante:

Mariela Carvajal Coto

Tutor:

Dr. Kenneth Ramírez Salas

Sede: San José

Noviembre, 2025

I. Resumen

La siguiente investigación titulada “Análisis comparativo de la superposición de síntomas y similitudes en el diagnóstico diferencial entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia”, aborda una problemática clínica importante en el campo de la salud femenina, donde ambas condiciones, aunque son de etiología distinta, comparten manifestaciones clínicas que se pueden solapar y generar confusión diagnóstica en mujeres de edad mediana.

El Síndrome de Sjögren de naturaleza inmune, afecta principalmente las glándulas exocrinas, provocando sequedad ocular y oral, fatiga y artralgias, mientras que la menopausia es un proceso fisiológico del sistema endocrino, la cual se asocia a una disminución progresiva de estrógenos, lo cual va a provocar una sintomatología similar. Esta coincidencia clínica puede generar errores en la interpretación médica y provocar un retraso en el diagnóstico, causando repercusiones en la calidad de vida de las pacientes.

Esta investigación parte de la pregunta, ¿cómo coincide la superposición de síntomas entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia en el diagnóstico diferencial entre ambas condiciones? y para responderla, se plantearon tres objetivos específicos, el primero para identificar los signos y síntomas compartidos entre ambas entidades para diferenciar aquellos que pueden generar confusión clínica, el segundo para describir los criterios diagnósticos de ambas condiciones, el cual valora la sensibilidad y especificidad de las distintas pruebas y escalas, y por último, comparar los mecanismos fisiopatológicos de ambas para analizar las interacciones entre el sistema inmune y los cambios hormonales que contribuyen a la manifestación de los síntomas. Para alcanzar estos objetivos, se realizó una revisión bibliográfica actualizada, seleccionando estudios que aborden aspectos clínicos, inmunológicos y endocrinos de ambas entidades.

La superposición de los síntomas entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia, constituyen un desafío clínico significativo que requiere una visión integral por parte del personal de salud, que incluya tanto el sistema inmune como el endocrino para comprender la naturaleza de ambas entidades y contribuir a una mejor precisión diagnóstica para poder diseñar intervenciones que se orienten a la salud integral de la mujer, donde se reconozca la complejidad de los procesos que se entrelazan en esta etapa de la vida.

II. Agradecimientos

Al culminar esta etapa de mi vida en el ámbito académico, quiero expresar mi agradecimiento a quienes hicieron posible la realización de esta tesis. Este trabajo representa el fruto de años de estudio y dedicación. Gracias por el acompañamiento, apoyo y motivación de quienes creyeron en mí durante cada paso del camino.

En primer lugar, agradezco a Dios, por darme fortaleza, sabiduría y esperanza. Su presencia me brindó serenidad en los momentos de incertidumbre y me permitió mantener la perseverancia necesaria para concluir este proceso con determinación.

A mi compañero de vida, mi ángel de cuatro patitas en la tierra, mi Gaspar, quien ha estado conmigo cada día y noche con su amor incondicional y su lealtad. Su presencia es un apoyo invaluable en todo este proceso y en los momentos de cansancio y desvelo, donde su compañía me brinda alegría y motivación. Su ternura me recuerda cada día la importancia de los pequeños detalles de la vida y un recordatorio de que el amor más puro a veces se expresa con una mirada y no con palabras.

A mi familia, un pilar fundamental por su amor incondicional. A mis padres, quienes me enseñaron el valor de la perseverancia y el compromiso. A mis hermanos y cuñadas, por su apoyo constante y palabras de aliento. Cada logro académico es un reflejo de los valores y principios que me han inculcado con tanto cariño a lo largo de los años.

A mi tutor de tesis, el Dr. Ramírez por su guía y observaciones que contribuyeron al desarrollo de este trabajo. Su compromiso con la calidad académica ha sido una fuente de inspiración constante.

A mis compañeros y amigos, quienes con su apoyo hicieron de este proceso una experiencia amena. La amistad y el compañerismo compartido durante las jornadas de estudio contribuyeron a mantener la motivación por alcanzar nuestras metas en común.

Cada palabra de ánimo, cada gesto de apoyo y cada muestra de confianza dejaron una huella significativa en mi camino. Este trabajo representa un logro académico y una expresión de gratitud hacia todos aquellos que hicieron posible alcanzar esta meta.

III. Dedicatoria

A mis amados abuelitos que, aunque ya no están físicamente en este mundo, permanecen vivos en mi corazón y su presencia continua acompañándome cada día, guiando mis pasos y dándome fuerza para seguir adelante.

Esta tesis es un homenaje a su amor incondicional, a su ejemplo de vida y a la fe inquebrantable que siempre tuvieron en mí. Desde niña me enseñaron que la constancia, la humildad y el trabajo honesto son los pilares fundamentales para alcanzar cualquier meta. El recuerdo de sus palabras, siempre llenas de ternura y sabiduría, son la fuerza que me impulsan a continuar incluso cuando el camino se torna difícil.

Aunque sus manos ya no pueden sostener las mías, cada día siento su abrazo en mis logros y cada vez que se aparecen en mis sueños, me recuerdan que siguen acompañándome desde el cielo con el mismo amor y cercanía con que lo hicieron cuando estaban a mi lado.

Esta dedicatoria es para ellos que partieron al cielo creyendo en mí, confiando en mis capacidades mucho antes que yo misma lo hiciera. Ellos celebraban con orgullo cada uno de mis pequeños triunfos como grandes victorias y me enseñaron a mirar la vida con amor, gratitud y fe.

Gracias por haber sido mis guías, mi inspiración y el reflejo del amor más puro que pude conocer. Les extraño profundamente, perderlos es la experiencia más dolorosa de mi vida, siempre los voy a recordar como las mejores personas que marcaron mi camino. Esta meta también les pertenece, porque sin ustedes, mi historia no tendría el mismo sentido ni la misma fuerza para poder llegar hasta el final.

Con amor eterno, les dedico este logro y les agradezco por todo lo que me dieron y me enseñaron, aun cuando la distancia entre el cielo y la tierra nos separe. Les prometo que pronto seré la doctora Carvajal, tal como siempre me llamaban con orgullo. Ese día prometieron estar conmigo y sé que así será, cumplirán su promesa de acompañarme, aunque ahora lo harán desde el cielo, con el mismo amor, orgullo y alegría como si estuvieran físicamente a mi lado. Los voy a amar y honrar cada día de mi vida.

IV. Tabla de contenidos

Capítulo I: Introducción

1.1	Introducción.....	1
1.2	Planteamiento del problema.....	2
1.3	Objetivos.....	3
1.3.1	General.....	3
1.3.2	Específicos.....	3
1.4	Justificación.....	4
1.5	Antecedentes.....	8
1.5.1	Históricos.....	8
1.5.2	Internacionales.....	14
1.5.3	Nacionales.....	24

Capítulo II: Marco Teórico

2.1	Síndrome de Sjögren.....	26
2.1.1	Definición y clasificación.....	27
2.1.2	Factores de riesgo.....	27
2.1.3	Epidemiología.....	29
2.1.4	Fisiopatología.....	30
2.1.4.1	Inmunidad innata.....	30
2.1.4.2	Inmunidad adquirida.....	31
2.1.5	Clínica.....	32
2.1.5.1	Manifestaciones glandulares.....	32
2.1.5.2	Manifestaciones extraglandulares.....	34
2.1.6	Criterios y pruebas diagnósticas.....	37
2.1.7	Pronóstico.....	39
2.2	Menopausia.....	40
2.2.1	Definición.....	41
2.2.2	Epidemiología.....	42
2.2.3	Fisiología.....	43

2.2.4	Clínica.....	44
2.2.5	Pruebas diagnósticas.....	46
2.2.6	Tratamiento.....	50
2.2.6.1	Tratamiento farmacológico.....	50
2.2.6.2	Tratamiento no farmacológico.....	52

Capítulo III: Marco Metodológico

3.1	Enfoque metodológico.....	53
3.2	Tipo de investigación.....	53
3.3	Fuentes de información.....	53
3.4	Criterios de inclusión y exclusión.....	65
3.5	Análisis de la información.....	66
3.6	Clasificación según nivel de evidencia.....	67

Capítulo IV: Análisis de resultados

4.1	Análisis del primer objetivo específico.....	69
4.2	Análisis del segundo objetivo específico.....	81
4.3	Análisis del tercer objetivo específico.....	92

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1	Conclusiones.....	104
5.1.1	Conclusiones del primer objetivo específico.....	104
5.1.2	Conclusiones del segundo objetivo específico.....	105
5.1.3	Conclusiones del tercer objetivo específico.....	106
5.2	Recomendaciones.....	108
5.2.1	Recomendaciones del primer objetivo específico.....	109
5.2.2	Recomendaciones del segundo objetivo específico.....	110
5.2.3	Recomendaciones del tercer objetivo específico.....	110

Capítulo VI: Referencias bibliográficas.....112

Anexo A.....119

V. Lista de tablas

Tabla 1: Criterios de clasificación del grupo de Consenso Americano-Europeo 2012.....	39
Tabla 2: Criterios de clasificación del Síndrome de Sjögren primario según ACR/EULAR 2016.....	39
Tabla 3: Estudios de laboratorio y gabinete en la perimenopausia.....	47
Tabla 4: Transición de la vida reproductiva a la menopausia estadificación de STRAW.....	47
Tabla 5: Tratamiento farmacológico.....	50
Tabla 6: Tratamiento hormonal.....	50
Tabla 7: Criterios de búsqueda.....	54
Tabla 8: Criterios de inclusión y exclusión.....	65
Tabla 9: Cantidad de artículos según nivel de evidencia.....	67
Tabla 10: Resultados del objetivo 1.....	70
Tabla 11: Resultados del objetivo 2.....	83
Tabla 12: Resultados del objetivo 3.....	95
Tabla 13: Anexo A.....	120

VI. Lista de figuras

Figura 1: The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire.....49

Figura 2: Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda.....66

VII. Lista de abreviaturas

ACR/EULAR: Colegio Americano de Reumatología/Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología, antes llamada Liga Europea Contra el Reumatismo

AECG: Grupo de Consenso Americano-Europeo

ANA: Anticuerpos antinucleares

AR: artritis reumatoide

BAFF: factor de activación de células B

ES: Esclerosis sistémica

EULAR: Liga Europea Contra el Reumatismo

FSFI: Función Sexual Femenina

FSH: Hormona foliculoestimulante

GnRh: Hormona liberadora de gonadotropina

IFN: interferón

IMC: Índice de masa corporal

IOP: Insuficiencia ovárica prematura

LES: Lupus eritematoso sistémico

MALT: Linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa

MENQOL: Cuestionario de Calidad de Vida Específica para la Menopausia

MHC2: Complejo de histocompatibilidad clase 2

MRS: Menopause Rating Scale

NK: Células Natural Killer

PMM: Penfigoide de las membranas mucosas

RM: Resonancia magnética

SNC: Sistema Nervioso Central

SNP: Sistema Nervioso Periférico

SS: Síndrome de Sjögren

SSp: Síndrome de Sjögren primario

STRAW+10: Taller de Etapas del Envejecimiento Reproductivo +10

TRH: Terapia de reemplazo hormonal

VEB: Virus del Epstein Barr

VES: Velocidad de eritrosedimentación

VHC: Virus por Hepatitis C

VPH: Virus del papiloma humano

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

El diagnóstico diferencial es un pilar de suma importancia cuando se refiere a la práctica clínica en la medicina moderna, principalmente cuando se habla de distintas patologías que presentan una clínica que comparte características con sintomatología similares.

Dentro de este contexto, el Síndrome de Sjögren y la menopausia, son dos patologías de naturaleza distinta, siendo el primero una enfermedad autoinmune y el segundo un proceso fisiológico de las mujeres, donde ambas comparten manifestaciones clínicas donde se puede generar una confusión al momento de diagnosticarlas, llevando consigo retrasos en el abordaje apropiado de cada paciente.

Esta superposición en la presentación sintomática muestra un reto relevante en la práctica médica al momento del diagnóstico, principalmente en pacientes mujeres de mediana edad, donde ambas patologías pueden coincidir simultáneamente.

El SS, según Rozo-Ortiz, Vargas-Rodríguez, Ruiz-Muñoz, Medina-Nieto, Morales-Ríos y Sandoval-Laguado (2023)¹ lo describieron como un trastorno crónico autoinmune que afecta las glándulas exocrinas progresivamente, principalmente salivales y lagrimales, produciendo xerostomía y xeroftalmia respectivamente como síntomas principales. Sin embargo, en este síndrome también se pueden presentar manifestaciones sistémicas y orgánicas como fatiga crónica, artralgias, fenómeno de Raynaud, linfadenopatías, vasculitis, linfoma, además de compromiso neurológico y renal, debido a lesiones autoinmunitarias de distintos sistemas como el articular, vascular, cutáneo, nervioso y renal. Aunque su presentación puede ser en diferentes poblaciones, su prevalencia va a ser principalmente en mujeres de mediana edad, entre 40-60 años, siendo a esta edad donde se da la transición de la edad fértil a la menopausia.

Por su parte, la menopausia es una etapa fisiológica del ciclo femenino donde Fernández, Castedo y Alurralde (2023)² señalan que es un cambio hormonal en la vida de las mujeres, donde se da el cese permanente de la menstruación (amenorrea) por 12 meses consecutivos, donde hay cambios endocrinológicos por la pérdida de función folicular ovárica y disminución significativa en los niveles de estrógeno, donde la edad promedio de presentación es a los 51 años. La principal sintomatología según Talaulikar (2022)³ hace referencia a sofocos,

sudoración nocturna, fatiga, resequedad vaginal, confusión mental, artralgias, sequedad dérmica y xeroftalmia, entre otros.

El saber distinguir entre superposición de síntomas entre ambas patologías es de suma importancia, ya que las mujeres en edad perimenopáusicas o postmenopáusicas, muchas veces son diagnosticadas de primera entrada con modificaciones hormonales, cuando en realidad pueden estar presentando manifestaciones del SS, donde puede haber un retraso en el inicio del tratamiento apropiado y provocar complicaciones sistémicas que pueden ser prevenibles si se llega al diagnóstico más certero.

1.2 Planteamiento del problema

El proceso diagnóstico en la práctica médica en la actualidad debe incluir la identificación de signos y síntomas, además de tener una buena capacidad para crear una diferenciación entre patologías que presenten características clínicas similares. Este proceso se recalca en patologías que presenten condiciones que puedan llegar a afectar a una misma población, en este caso mujeres de edad media premenopáusicas y postmenopáusicas, donde este proceso fisiológico se puede llegar a confundir con enfermedades autoinmunes como es el caso del SS, donde el error diagnóstico de ambas patologías puede retrasar el tratamiento adecuado y comprometer el pronóstico de las pacientes.

En los entornos donde se da la atención primaria y clínicas ginecológicas, es donde la mayoría de las pacientes llegan a consultar principalmente y es en los lugares donde esta confusión clínica puede llegar a tener un infradiagnóstico del SS, dando como diagnóstico inicial el proceso fisiológico de menopausia.

Esta confusión se ve afectada por falta de criterios claros, donde el profesional en salud no puede hacer la diferenciación entre ambas patologías en fases iniciales de la enfermedad, ya que en muchos casos no siempre se tienen a mano los elementos diagnósticos en las clínicas de primer nivel de atención para la detección del SS por no ser un diagnóstico común en la población y por el contrario en el caso de la menopausia, esta no requiere pruebas de laboratorio para su confirmación, lo que provoca un aumento en los diagnósticos erróneos al no realizar una evaluación de otras posibles causas de los síntomas presentados en las pacientes, por lo que indagar sobre los determinantes clínicos de los síntomas glandulares como menciona Farenhorst

CA, de Wolff L, Arends S, van Nimwegen JF, Kroese FGM, Verstappen GM (2021)²¹ puede ayudar a tener un panorama más claro cuando las pacientes lleguen a consultar por esta sintomatología en la edad perimenopáusica.

El escenario se complica cuando ambas patologías se presentan a una edad similar y presentando una sintomatología similar como lo es la resequedad vaginal, xerostomía, xeroftalmia, artralgias y trastornos del sistema nervioso, donde se requiere un abordaje interdisciplinario para su adecuada evaluación.

Al dar un diagnóstico incorrecto, las consecuencias clínicas también pueden tener un impacto psicosocial en las pacientes que pueden presentar frustración, deterioro en la calidad de vida y efectos adversos por el uso incorrecto del tratamiento indicado.

Al presentar esta problemática, se da la necesidad de realizar una investigación que compare las manifestaciones del SS y la menopausia para tener una mayor precisión de la superposición para tener criterios que ayuden al diagnóstico diferencial en una etapa temprana.

Al presentar la problemática ya mencionada, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo incide la superposición de síntomas entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia en el diagnóstico diferencial entre ambas condiciones?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar la superposición de síntomas entre en Síndrome de Sjögren y la menopausia, considerando su impacto en el diagnóstico diferencial, la fisiopatología subyacente y las implicaciones clínicas en la detección temprana de estas condiciones.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar los signos y síntomas compartidos entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia, diferenciando aquellos que pueden generar confusión en el diagnóstico clínico.

Describir los criterios diagnósticos actuales de ambas condiciones, evaluando la sensibilidad y especificidad de los biomarcadores serológicos, pruebas de imagen y escalas clínicas utilizadas en la práctica médica.

Comparar los mecanismos fisiopatológicos del Síndrome de Sjögren y la menopausia, analizando las interacciones entre el sistema inmunológico, los procesos inflamatorios y las interacciones hormonales que contribuyen a la manifestación de síntomas similares.

1.4 Justificación

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad de origen reumático poco conocida, con una respuesta autoinmunitaria compleja que afecta principalmente a las glándulas exocrinas, el cual puede provocar sequedad bucal (xerostomía), oftálmica (xeroftalmia), cutánea, nasal y vaginal, además de otras manifestaciones extraglandulares como fatiga crónica, artralgias y afectación de diversos sistemas corporales. La triada clásica según Reyes, Pájaro, Vergara, Conquett, Echenique, Gutiérrez, Serna y Zapata (2023)⁴ es la que va a presentar la mayoría de los pacientes con SS y está constituida por dolor musculoesquelético, fatiga y sequedad, con una incidencia global que estima que aproximadamente de 7 casos por cada 100.000 personas al año.

Se presenta en cualquier sexo, aunque principalmente afecta al sexo femenino, pudiendo iniciar a cualquier edad, pero tiene su pico de incidencia entre la cuarta y sexta década de vida, por lo que puede llegar a ser infradiagnosticada o confundida con otro diagnóstico médico.

Desde la perspectiva de la salud pública, la superposición de síntomas, la cual es la coexistencia simultánea de signos y síntomas pertenecientes a dos o más patologías o estados fisiológicos, los cuales se presentan de forma concurrente y se solapan, lo que dificulta su atribución a una sola causa, en este caso se presenta entre el SS y la menopausia, la cual es una problemática mundial que afecta tanto la detección temprana como el tratamiento más adecuado para las enfermedades autoinmunes. Ya que ambas presentaciones comparten sintomatología en mujeres de mediana edad como xerostomía, fatiga y artralgias, se puede llegar a generar un diagnóstico tardío en las pacientes, lo que puede aumentar la morbilidad, deterioro funcional y en la calidad de vida de la población femenina.

Existen gran diversidad de artículos científicos que mencionan la presentación clínica del SS, lo que puede generar confusión en los profesionales de la salud, ya que, al tener una

presentación a una edad similar a la menopausia, este último es el primer diagnóstico que se le da a las pacientes, retardando el uso de los tratamientos adecuados. Entre ellos se puede mencionar:

Un artículo publicado por Fernández-Ávila, Rincón-Riaño, Bernal-Macías, Gutiérrez y Rosselli (2020)⁵ sobre la prevalencia del SS en Colombia, menciona que se identificaron 58.680 casos en mayores de 18 años, donde el 82% de los casos fueron en mujeres, con una relación 46:1 con los hombres, y una prevalencia en el grupo etario de 65 a 69 años.

Otro estudio realizado por Narváez, Sánchez-Fernández, Seoane-Mato, Díaz-González y Bustabad (2020)⁶ menciona la prevalencia del SS en la población adulta en España, donde de 4916 personas mayores de 20 años, los casos fueron en un 0.33% incluyendo la forma primaria y secundaria de presentación de la enfermedad, aunque extrapolando a la población total del país de más de 20 años, se estima que podría haber alrededor de 125.000 casos en España.

Un último caso por mencionar en esta sección respecto a la epidemiología del SS, donde Restrepo-Jiménez, Molano-González y Anaya (2019)⁷ hacen referencia a la presentación clínica del SS en América Latina, el cual busca comparar los síntomas en mujeres colombianas, de América Latina (2970 pacientes) y Europa, Norteamérica y Asia (18019 pacientes), donde la cohorte de 293 pacientes con SS, el 94.8% eran mujeres con una edad media de 53 años y una mediana de duración de la enfermedad de 7 años.

El estudio de esta patología es de gran importancia tanto a nivel de investigación como lo es a nivel clínico, porque puede permitir una mejora en el diagnóstico temprano de los signos y síntomas de esta enfermedad autoinmune, además de poder analizar los protocolos diagnósticos para tener un abordaje terapéutico más eficiente en la práctica clínica actualmente.

Desde la perspectiva tanto clínica, psicosocial y epidemiológica, el tener una revisión bibliográfica actualizada de esta enfermedad autoinmune ya sea por ser poco conocida, subdiagnosticada o infravalorada en mujeres de mediana edad, y la inexactitud de sus síntomas iniciales o superposición con otros trastornos autoinmunes o condiciones fisiológicas como en el caso de la menopausia, puede promover una atención médica más específica para cada paciente que se presenta con signos y síntomas de esta patología, para así, no retrasar el diagnóstico que puede extenderse por años y dar el tratamiento más adecuado para elevar la

calidad de vida emocional, sexual, reproductiva y general de quienes lo padecen y no contribuir por el contrario, a una evolución clínica desfavorable de la paciente.

Por su parte, el estudio relacionado a la menopausia es de suma relevancia, ya que al ser una condición fisiológica por la cual deben pasar todas las mujeres en algún momento de su vida, es importante también el tener la información de dicha condición actualizada para poder ayudar de manera oportuna a las pacientes para hacer más llevadero este cambio en su cuerpo.

La menopausia representa la etapa biológica, trascendental e inevitable más significativa en la vida de la mujer de edad media, que se caracteriza por una serie de cambios a nivel físico, endocrino, metabólico, psicosocial, sexual y emocional que puede llegar a afectar grandemente la salud integral y calidad de vida de las mujeres sino se trata de manera adecuada y oportuna.

Ocurre usualmente entre los 40 y 60 años y se define según Talaulikar (2022)³ como el inicio de menstruaciones irregulares hasta el cese permanente de la menstruación por 12 meses consecutivos sin otra explicación fisiológica o patológica, provocando consigo la disminución de la actividad de los folículos ováricos, además del descenso de los niveles de estrógenos y progesterona, lo que provoca cambios como sequedad glandular, fatiga, disfunción sexual, cambio de ánimo, osteoporosis, depresión, así como un incremento del riesgo cardiovascular, por lo que puede llegar a ser diagnosticada erróneamente al ser confundida por sus síntomas y edad de inicio, con diversas patologías como lo puede ser el SS sino se realizan las pruebas necesarias para la distinción de una u otra.

Pese a su relevancia, muchos médicos y personal de salud pueden estar desinformados o desactualizados del tema por no haber una revisión de literatura actualizada que maneje este cambio de forma integral ante la superposición de síntomas entre la menopausia y otras patologías, lo cual afecta directamente la calidad de vida de las mujeres en esta etapa.

La importancia de estudiar la menopausia y todo lo que esta conlleva, no solo radica en su alta prevalencia sino también en su impacto biopsicosocial, ya que la prolongación de la esperanza de vida actualmente lleva una proporción considerable en la vida de la salud femenina, ya que al aumentar los años de vida, las mujeres deben vivir gran parte de su vida en esta etapa, lo que representa un desafío significativo para los sistemas de salud pública a nivel

mundial, por lo que se debe tener estrategias clínicas actualizadas y específicas para su adecuada atención.

La experiencia de cada mujer en la transición de la vida premenopáusica a la postmenopáusica es única, ya que cada cuerpo reacciona de manera diferente a los cambios que pasen en su cuerpo y salud emocional, así que llegar a comprender la fisiopatología y síntomas relacionados, es fundamental para poder ayudar de manera individualizada a cada mujer, dependiendo de sus necesidades.

Comprendiendo la importancia de ambas presentaciones clínicas, una patológica y la otra fisiológica y la evidente interrelación que puede ocurrir entre ellas, hay poca evidencia en la literatura científica que relacione ambas superposiciones de síntomas para el diagnóstico diferencial de los dos temas, ya que abordar esta temática es importante desde el punto de vista médico y de salud tanto emocional como pública a nivel mundial, dado el aumento de la cantidad de población femenina y la importancia de ofrecer una atención oportuna ante las necesidades de este grupo de pacientes.

Desde el punto de vista de la salud pública, esta tesis de revisión bibliográfica cobra mayor sentido e interés, ya que las mujeres en etapa menopáusica y postmenopáusica representan una población en aumento y requieren enfoques especializados y multidisciplinarios para identificar patrones clínicos, inmunológicos y hormonales que permitan el diagnóstico oportuno y de esta manera, mejorar la calidad de vida de las mujeres postmenopáusicas. En muchos países de Latinoamérica y principalmente en países de ingresos bajos o medios, las enfermedades autoinmunes no son parte de los programas preventivos o prioritarios en la salud femenina, por lo que no se realizan abordajes integrales que contemple los cambios hormonales y padecimientos autoinmunes por los escasos diagnósticos certeros que se dan ante el SS a través de la historia y actualmente.

En el ámbito educativo, esta investigación puede colaborar con la formación de profesionales de la salud, principalmente médicos generales que, en la mayoría de los casos, son los que reciben a las pacientes por primera vez, para posteriormente ser referidas a médicos ginecólogos, reumatólogos o de medicina interna, que son los que podrían colaborar con la diferenciación de ambas presentaciones clínicas e incentivar a ser profesionales más empáticos

y capacitados para enfrentar esta y otras situaciones que pueden ocurrir en la vida diaria durante la práctica clínica.

Así mismo, el impacto emocional de tener que vivir con síntomas persistentes o incomprendidos, puede llegar a generar cuadros de ansiedad, depresión o aislamiento social, principalmente si las pacientes no viven en un entorno de atención primaria accesible con personal actualizado e informado.

El enfoque principal de esta investigación es buscar la visibilidad de una presentación clínica poco estudiada y prevalente en la actualidad a nivel mundial, para poder mejorar el conocimiento del personal de salud sobre esta interacción, para poder favorecer el abordaje clínico y tener un diagnóstico integral y oportuno adecuado para cada paciente. Así mismo contribuye a enfrentar la problemática de la desatención de la salud autoinmunitaria femenina durante la etapa de la menopausia o climaterio.

En síntesis, esta investigación lo que busca es justificar razones clínicas, de salud pública, educativa y psicosocial para poder abordar la superposición del SS y la menopausia, lo que puede ayudar con el diagnóstico y tratamiento adecuado ante una enfermedad autoinmune y poder mejorar la calidad de vida de las mujeres que pasan por la etapa de la menopausia, para crear personal de salud más humano y empático, que no solo busca diagnosticar y tratar enfermedades, sino también comprender a las pacientes de forma física, biológica, psicológica y social.

A nivel nacional, la información relacionada al SS y a la menopausia, es muy escasa, por lo que esta investigación de superposición de síntomas puede ser de alta relevancia para futuras investigaciones de esta presentación clínica.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Históricos

Como primer antecedente, Diez, Lemo, Álvarez, Atanes, De Toro, Pinto y Galdo (2010)⁸ realizaron un estudio en España, llamado “Aspectos actuales del Síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento”, cuyo propósito fue describir

los criterios del Síndrome de Sjögren, con especial énfasis en las manifestaciones clínicas extraglandulares.

Este artículo de tipo revisión bibliográfica, abordó de forma detallada las principales manifestaciones glandulares y extraglandulares, además de estudios diagnósticos y las opciones terapéuticas disponibles en ese momento, donde concluyó que además de los síntomas comunes como la xeroftalmia y xerostomía, pueden existir manifestaciones clínicas extraglandulares, como cutáneas, articulares, pulmonares, renales y gastrointestinales, donde para confirmar el diagnóstico, debe de realizarse una biopsia de glándula salival positiva o Ac anti-Ro/La positivos.

A pesar de que el estudio cuenta con una antigüedad de 15 años, su utilidad en la investigación actual radica en ofrecer una base de comparación con las guías clínicas contemporáneas. Esto permite analizar la evolución de los signos y síntomas del SS a lo largo del tiempo y verificar los cambios en la conceptualización y manejo de la enfermedad según las actualizaciones médicas más recientes.

En el siguiente antecedente histórico, Martínez y Reyes (2010)⁹ desde Cuba, realizaron un estudio llamado “Síndrome de Sjögren”, donde pretendían investigar los conceptos más actuales que se presentaban en el SS, así como el cuadro y las complicaciones clínicas que pudieran ser útiles para el personal médico en cualquier nivel de atención,

Este estudio de revisión sistemática concluye que el SS es un padecimiento crónico y presenta una prevalencia entre las mujeres entre la cuarta y sexta década de edad, presentando principalmente disminución de la secreción vaginal y síntomas generales, afectando así la calidad de vida de las pacientes y presenta un curso variable con periodos de exacerbación y remisión de los síntomas.

Este trabajo representa una fuente valiosa para identificar cómo se conceptualizaban y abordaban las manifestaciones clínicas del SS hace más de una década, permitiendo así contrastar los hallazgos con los enfoques actuales. Además, sirve para detectar posibles cambios en la presentación clínica o en las escalas diagnósticas que pudieran reflejar una actualización en la comprensión de la enfermedad.

Como tercer antecedente, González, Santos y Núñez (2011)¹⁰, expusieron un caso clínico en Cuba llamado “Síndrome de Sjögren”, en el cual se documentó a una paciente de 50 años con síntomas sistémicos variables, lo que motivó su ingreso al centro hospitalario Ezequiel Miranda, para la realización de diversos estudios para llegar a un diagnóstico.

En este artículo de revisión de caso se estudió a una mujer de 50 años que tenía una presentación clínica con distintas manifestaciones, que al realizar diversos exámenes complementarios llegaron a la conclusión diagnóstica del SS, a la que con el tratamiento brindado mejoró y pudo ser egresada del centro hospitalario, para un posterior seguimiento ambulatorio especializado.

Este estudio de caso aporta una visión concreta de cómo se abordaban clínicamente este tipo de presentaciones hace 14 años, desde la sintomatología hasta el manejo terapéutico. Compararlo con casos clínicos actuales puede revelar si las estrategias empleadas en ese entonces siguen siendo pertinentes o si han surgido nuevas terapias más eficaces y adaptadas al perfil del paciente.

En este antecedente histórico relacionado al SS, Stefanski, Tomiak, Pleyer, Dietrich, Rudiger y Dörner (2017)¹¹ en Alemania, realizaron una revisión titulada “Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Sjögren”, la cual estaba enfocada en los métodos diagnósticos y tratamientos más modernos disponibles para el SS en ese año.

Este estudio de revisión sistemática llegó a la conclusión principal, que, para una mejor atención, se deben realizar consultas interdisciplinarias para contribuir con la calidad de vida de los pacientes con SS, donde se debe incluir tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico para tener un mejor control de la enfermedad.

Este enfoque integral, orientado al control de la enfermedad y la prevención de patologías concomitantes, resulta particularmente relevante para realizar una comparación con las recomendaciones más actuales. A partir de ello, es posible determinar qué estrategias terapéuticas se han mantenido vigentes y cuáles han sido desplazadas por nuevas evidencias clínicas.

Como quinto antecedente, M Birlik, Akar, Oh, Gurler, Sari, B Birlik, Sarioglu, Oktem, Saglam, Kayahan, Akkoc y Onen (2009)¹² desarrollaron un estudio en Turquía llamado

“Prevalencia del Síndrome de Sjögren primario en Turquía: un estudio epidemiológico de base poblacional” con el objetivo de determinar la prevalencia del SS primario en la población general, basándose en los criterios del Grupo de Consenso Americano-Europeo y los criterios Europeo-1.

El estudio transversal involucró a 2835 personas mayores de 20 años y se desarrolló en tres etapas: la primera en domicilios seleccionados, la segunda en hospitales para quienes presentaban síntomas como xeroftalmia y xerostomía, y la tercera con biopsias de glándulas salivales cuando fue necesario. Se diagnosticó SS en 9 mujeres tras analizar a 1551. Este artículo concluye con que la tasa de prevalencia encontrada en la población turca fue menor a la tasa de prevalencia estimada en la población general.

Este trabajo permite identificar cuáles criterios diagnósticos se utilizaban en ese momento y ofrece la posibilidad de compararlos con los criterios actuales, observando si se ha producido una actualización que impacte en la detección temprana o en la precisión diagnóstica.

En el siguiente antecedente, Ambos, Dalm, van Hagen y van Daele (2017)¹³ realizaron una revisión titulada “Revisión del Síndrome de Sjögren primario: más allá de la sequedad: de la fisiopatología al diagnóstico y tratamiento”, en Países Bajos, el cual buscaba proporcionar a los médicos una visión general sobre la patogénesis, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con SS.

Este estudio de revisión bibliográfica concluye con un resumen de los aspectos clínicos del SS, dándole especial énfasis a las manifestaciones sistémicas, las cuales mencionan que los médicos deben estar alerta cuando un paciente presenta SS, ya que las manifestaciones pueden ser graves y se pueden asociar a morbilidad y mortalidad.

Este estudio resulta esencial para esta investigación, al destacar la complejidad en la identificación de síntomas sistémicos del SS que pueden enmascarse como manifestaciones típicas de la menopausia. Esta superposición obliga a realizar un análisis más profundo, reforzando la necesidad de un enfoque diagnóstico integral.

Como sétimo antecedente, García-Carrasco, Mendoza-Pinto, Jiménez-Hernández, C. Jiménez-Hernández, M, Nava Zavala y Riebeling (2012)¹⁴ crearon un artículo al que llamaron “Características serológicas del Síndrome de Sjögren primario: correlación clínica y

pronóstico”, el cual se centra en que el SS puede tener tanto manifestaciones sistémicas como extraglandulares, además de que se puede asociar a neoplasias malignas.

Esta revisión bibliográfica, concluye enfatizando que el diagnóstico del SS puede ser difícil en pacientes que tienen pruebas o manifestaciones inespecíficas, por lo que la identificación de ciertos hallazgos serológicos puede ayudar a identificar la enfermedad en una etapa temprana y así predecir el deterioro de los pacientes y prevenir la aparición de complicaciones.

Este trabajo aporta herramientas clínicas relevantes, pues enfatiza en la dificultad del diagnóstico cuando las manifestaciones serológicas son inespecíficas, escenario frecuente tanto en el SS como en mujeres en etapa perimenopáusica. La correlación entre marcadores serológicos y manifestaciones clínicas contribuye al objetivo de distinguir entre estos dos padecimientos.

En este antecedente, Torres Jiménez y Torres Rincón (2018)¹⁵ realizaron en México un estudio llamado “climaterio y menopausia”, que abordó la transición de la etapa premenopáusica a la postmenopáusica, analizando signos, síntomas y tratamientos adecuados según la clínica presentada.

Este trabajo de revisión bibliográfica concluyó que el tratamiento de elección para los síntomas clásicos de la menopausia era la terapia de reemplazo hormonal, en caso de optar por un enfoque farmacológico, así como cambios dietéticos y hábitos saludables en un enfoque no farmacológico.

Esta evidencia, con siete años de antigüedad, resulta relevante para establecer si el reemplazo hormonal continúa siendo el tratamiento estándar en mujeres con sintomatología típica de la menopausia —como bochornos, sequedad vaginal y alteraciones en el estado de ánimo—, o si han surgido nuevas alternativas que logren mejores resultados clínicos.

En el noveno antecedente histórico, Castro, Blumel y Chedraui (2006-2007)¹⁶ llevaron a cabo un estudio transversal, al cual llamaron “Frecuencia y severidad de síntomas menopáusicos en una población de mujeres afrodescendientes colombianas”, con el objetivo de examinar la frecuencia y severidad de los síntomas menopáusicos en mujeres con descendencia afrodescendiente, explorando la posibilidad de que existieran diferencias según el grupo étnico.

Se evaluó mujeres entre 40 y 59 años mediante un formulario estructurado, llegando a la conclusión de que los síntomas menopáusicos presentan variaciones significativas según la etnia, con mayor prevalencia de bochornos entre mujeres afrodescendientes.

Este estudio aporta una perspectiva interesante para el análisis actual, permitiendo considerar si dichas diferencias clínicas siguen siendo observadas y cómo pueden influir en el abordaje individualizado de la menopausia según el origen étnico.

En el siguiente antecedente, Monterrosa, Romero y Paternina (2010)¹⁷ realizaron una investigación en Colombia llamada “Manifestaciones músculo articulares, y no las oleadas de calor, es el síntoma más prevalente en mujeres climatéricas del Caribe colombiano”, la cual estuvo orientada a evaluar la frecuencia y severidad de los síntomas menopáusicos en mujeres saludables de mediana edad, residentes del Caribe colombiano, utilizando la Menopause Rating Scale (MRS). Se incluyeron mujeres pertenecientes a diversos grupos étnicos como afrodescendientes, indígenas e hispanas.

Este estudio transversal, que incluyó la aplicación de un formulario, concluyó que caracterizar adecuadamente los síntomas en cada población es fundamental para optimizar la atención médica, diseñar estrategias efectivas para el manejo de síntomas y promover estilos de vida saludables que mitiguen los efectos adversos de la menopausia.

En el contexto actual, esta investigación resulta útil para evaluar si la escala MRS sigue siendo una herramienta válida para la detección y seguimiento de la sintomatología menopáusica y cómo puede emplearse para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante esta etapa.

En este antecedente, Im, Lee y Chee (2011)¹⁸ desarrollaron el artículo titulado “Diferencias subétnicas en la experiencia de los síntomas de la menopausia: mujeres asiático-americanas de mediana edad”, cuyo objetivo fue comparar las experiencias de los síntomas de la menopausia entre los grupos subétnicos de mujeres asiáticas americanas de mediana edad.

Este estudio transversal incluyó 91 mujeres asiático-americanas, evidenció que los investigadores y los médicos deben considerar las diferencias subétnicas, ya que las mujeres asiáticas reportaron tasas más bajas en la presentación de síntomas físicos y psicológicos en comparación con las mujeres americanas.

El enfoque de este estudio sobre la transición hormonal y sus síntomas clínicos aporta datos fundamentales para diferenciar síntomas compartidos con el SS. Esto permite a esta investigación explorar cómo los cambios hormonales pueden simular cuadros autoinmunes, interfiriendo en el diagnóstico oportuno.

Como último antecedente histórico, Ahuja (2016)¹⁹ realizó un artículo titulado “Edad de la menopausia y determinantes de la edad de la menopausia: una encuesta de PAN India realizada por IMA”, el cual menciona que la menopausia afecta la pérdida de fertilidad y puede causar diversas enfermedades propias de la edad, las cuales se pueden prevenir de manera oportuna con cambios en el estilo de vida, terapia de reemplazo hormonal y otros suplementos.

Este estudio transversal incluyó una encuesta con la cual se pudo concluir que las mujeres de la India tienen una edad promedio de menopausia de 46.2 años comparada con las mujeres de occidente (51 años), además se pudo observar una diferencia entre las mujeres que viven en zonas rurales y urbanas y se correlacionó la edad de la menopausia y el estatus económico, el estado civil y la paridad.

La relevancia de este antecedente radica en su análisis étnico y clínico, lo cual permite ampliar la comprensión de cómo los síntomas menopáusicos pueden variar significativamente según el origen. Este elemento es importante para esta investigación, al considerar que el diagnóstico diferencial debe también incorporar el contexto sociodemográfico.

1.5.2 Antecedentes internacionales

Como primer antecedente internacional, McCoy, Sampene y Baer (2020)²⁰ buscan comprobar en el artículo “Asociación del Síndrome de Sjögren con una exposición reducida a hormonas sexuales a lo largo de la vida: un estudio de casos y controles”, si la exposición acumulada a estrógenos, determinada por la edad de la menarquia, edad menopáusica, uso de hormonas femeninas, histerectomía y paridad tiene un efecto sobre el desarrollo del SSp.

Este estudio de casos y controles donde la población estaba conformada por 2680 mujeres, donde 1320 presentaban SSp y 1360 con síntomas de sequedad sin características de presentar SSp y llegó a la conclusión de que las mujeres presentan una menor exposición a estrógenos en comparación con SS seco, donde el aumento de la exposición a estrógenos se

asoció negativamente con el desarrollo de SSp, además concluyeron que se requieren más estudios sobre la exposición a hormonas sexuales en SSp para confirmar los hallazgos.

Este antecedente refuerza la necesidad de adaptar las herramientas diagnósticas como la escala MRS al contexto de sintomatología compartida con el SS. Al comparar síntomas musculoesqueléticos comunes en ambas condiciones, se abre la posibilidad de reevaluar escalas clínicas bajo nuevos enfoques diferenciales.

Por otra parte, en el segundo antecedente internacional, Farenhorst, Wolff, Arend, van Nimwegen, Kroese, Verstappen y Bootsma (2021)²¹ buscaron investigar la relación entre la sequedad vaginal y otros parámetros clínicos asociados al SSp en el artículo llamado “Determinantes clínicos de la sequedad vaginal en pacientes con Síndrome de Sjögren primario”.

En este estudio trasversal donde se incluyeron 199 mujeres con SSp, con una edad de 52 años, donde el 53% eran pacientes menopáusicas, y se llegó a la conclusión de que la sequedad vaginal, oral y ocular pueden presentar una etiología de síntomas compartida y de las características extraglandulares, solo la neuropatía se asoció de forma independiente con la sequedad vaginal, lo que hace parte importante en la sequedad vaginal.

Este estudio evidencia cómo las variaciones subétnicas en la percepción de síntomas pueden afectar la presentación clínica, algo que podría influir en el diagnóstico del SS en mujeres menopáusicas. Esto contribuye a esta investigación al considerar las diferencias culturales como un factor adicional de complejidad diagnóstica.

Como tercer antecedente, Gözükucuk, Turkyilmaz, Kucuksahin, Erten, Ustun, Filiz (2021)²² buscaban mencionar en los “Efectos del Síndrome de Sjögren primario sobre los genitales femeninos y las funciones sexuales”, cómo las disfunciones sexuales en pacientes con enfermedades reumatológicas pueden afectar negativamente la vida sexual humana y conducir un deterioro en la calidad de vida, buscó también determinar los efectos del SSp en los órganos sexuales femeninos y las funciones sexuales.

Esta investigación trasversal donde incluyeron 68 mujeres con SSp y 135 mujeres sanas, donde todas fueron evaluadas ginecológicamente, registrando los hallazgos genitales y variables relacionadas con el SSp. La función sexual se evaluó mediante el índice de Función

Sexual Femenina (FSFI) y la calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario del Estado de Salud. Donde se concluyó que el SSp provocaba disfunción sexual al causar atrofia genital y sequedad vaginal en mujeres, además de cambios de humos asociados a la enfermedad.

La información presentada aquí es de alto valor para este estudio, ya que establece una relación directa entre la edad de la menopausia y los factores sociodemográficos. Esto permite analizar si ciertos factores predisponentes en mujeres menopáusicas también podrían estar presentes en pacientes con SS, sugiriendo una intersección entre ambas condiciones.

En el siguiente antecedente, Xuan, Zhang y Wu (2023)²³ crearon un artículo titulado “Impacto de las diferencias de sexo en la presentación clínica, patogénesis, tratamiento y pronóstico del Síndrome de Sjögren”, donde buscan identificar las diferencias de sexo en la presentación clínica, así como la patogénesis, tratamiento y pronóstico del SS.

Este artículo de revisión bibliográfica, que buscaba comparar el sexo en la presentación del SS, llegó a la conclusión que el sexo femenino tiene una alta susceptibilidad que sugiere que puede desempeñar un papel crucial en la aparición, progresión y tratamiento de la enfermedad.

La relación entre baja exposición a estrógenos y mayor prevalencia de SS discutida en este estudio se alinea directamente con los objetivos de nuestra investigación. Esta perspectiva hormonal apoya la hipótesis de que los cambios endocrinos podrían desempeñar un papel más relevante en el diagnóstico del SS del que actualmente se reconoce.

En el quinto antecedente internacional, Zhu, Zhong y Dong (2023)²⁴ realizaron una investigación en China, titulada “Características menstruales y reproductivas de pacientes con Síndrome de Sjögren primario: un estudio retrospectivo de 7 años en un solo centro” donde el objetivo principal era examinar las características clínicas de pacientes con SSp de inicio premenopáusico y postmenopáusico.

Este estudio transversal donde 449 pacientes con SSp ingresadas en un hospital de China, se les analizó su información menstrual y reproductiva, llegando a la conclusión de que las pacientes con inicio de este síndrome, ya fuese antes o después de la menopausia, pueden tener diferentes riesgos de compromiso pulmonar y manifestaciones de laboratorio.

Este estudio permite explorar la posibilidad de que la sequedad vaginal no sea solamente un signo menopáusico, sino una manifestación multisistémica asociada al SS. Esto fortalece

nuestra línea de investigación al demostrar que algunos síntomas comúnmente atribuidos al climaterio deben ser reevaluados en mujeres con factores de riesgo autoinmune.

Como sexto antecedente, van Nimwegen, van der Tuuk, Liefers, Verstappen, Visser, Wijnsma, Vissink, Hollema, Mourits, Bootsma y Krose (2020)²⁵ en Inglaterra, buscaron estudiar los cambios clínicos, histopatológicos e inmunológicos en la vagina y el cuello uterino en mujeres con SSp, que podrían estar relacionados con la sequedad vaginal, esto a través del artículo al cual titularon como “Sequedad vaginal en el Síndrome de Sjögren primario: un estudio histopatológico de casos y controles”.

Este estudio transversal de 10 pacientes premenopáusicas con SSp y sequedad vaginal sometidas a procedimiento laparoscópico, donde realizaron diversos inmunoensayos y citometrías de flujo para evaluar marcadores celulares, concluyeron que las mujeres con SSp presentan un deterioro de la salud vaginal y mayor infiltración linfocítica vaginal, donde la sequedad vaginal en el SSp podría deberse a una disfunción vascular.

Los hallazgos sobre disfunción sexual y cambios genitales vinculados al SS permiten a nuestra investigación considerar estos aspectos como elementos diagnósticos que trascienden el ámbito ginecológico. Este enfoque multidisciplinario es clave para diferenciar entre una menopausia fisiológica y un proceso patológico autoinmune.

En este antecedente internacional, Caban, Omulecki y Latecka-Krajewska (2022)²⁶ pretendían describir en el artículo “Ojo seco en el Síndrome de Sjögren: características y tratamiento” donde pretendían enfatizar las diferencias entre el ojo seco relacionado con el SS y el ojo seco no relacionado con este, junto con la determinación de nuevas opciones terapéuticas relacionadas con este síntoma.

Se realizó una revisión sistemática, que describe las características del ojo seco relacionado con el SS y su tratamiento, esto con evidencia preclínica y clínica. Llegando a la conclusión de que puede existir confusión de primera entrada entre los dos tipos de ojo seco, sin embargo, el que se asocia al SS presenta características específicas.

Este trabajo enfatiza la alta susceptibilidad femenina al SS, lo cual contribuye para comprender por qué los síntomas menopáusicos pueden ser un terreno fértil para diagnósticos

erróneos. Entender la influencia del sexo en la presentación clínica es crucial para refinar los criterios diferenciales.

En este artículo, Ramos-Casals, Brito-Zerón, Bombardieri, Bootsma, De Vita, Döner, Fisher, Gottenberg, Hernández-Molina, Kocher, Kostov, Kruize, Mandl, Retamozo, Seror, Shoenfeld, Almirall, Tzioufas, Vitali, Bowman y Mariette (2019)²⁷ crearon la revisión titulada “Recomendaciones de EULAR para el tratamiento del Síndrome de Sjögren con terapias tópicas y sistémicas, donde pretendían desarrollar un enfoque terapéutico para pacientes con SS, útil para profesionales del sector salud.

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se invitaron expertos en el SS para formar un Comité Directivo, los cuales recomiendan el uso de medicamentos orales y oculares, para los cuales se proporciona suficiente evidencia que respalde las recomendaciones según EULAR 2019.

Los datos de este estudio ayudan a esta investigación al evidenciar que el inicio del SS antes o después de la menopausia puede condicionar el perfil clínico. Esta observación impulsa una reflexión sobre si los síntomas menopáusicos deben analizarse como posibles indicadores de enfermedades autoinmunes subyacentes.

En el noveno antecedente, Negrini, Emmi, Greco, Borro, Sardellini, Murdaca, Indiveri y Puppo (2022)²⁸ titularon su investigación como “Síndrome de Sjögren: una enfermedad autoinmune sistémica”, la cual se centraba en buscar la información más actualizada sobre el SS, mencionando desde su patogenia, hasta las opciones terapéuticas actuales.

Esta revisión bibliográfica, se concluye con que la gravedad de los síntomas puede variar de un paciente a otro, ya que se relaciona con factores genéticos y ambientales. Para un diagnóstico más certero, se deben realizar distintas pruebas que incluyen la histopatología de las glándulas salivales y la detección de anticuerpos.

Este análisis histopatológico refuerza el argumento de que la sequedad vaginal puede tener orígenes inmunológicos distintos a los hormonales. Tal distinción es fundamental para los objetivos de esta tesis, que pretende ofrecer herramientas para una diferenciación clínica más precisa.

En este antecedente, Moreno-Useche, Rangel-Rivera D, Rangel-Rivera K, Palmezano-Díaz y Salazar-Florez (2021)²⁹ realizaron un estudio en México al que llamaron “Perfil clínico y sociodemográfico del Síndrome de Sjögren en un hospital universitario de Colombia, cuyo objetivo es analizar las manifestaciones clínicas y sociodemográficas en pacientes con SS atendidos en el Hospital Universitario de Santander, Colombia.

En este estudio transversal retrospectivo observacional, se llegó a la conclusión de que la prevalencia del SS en el estudio fue menor a la reportada en la bibliografía disponible, aunque los parámetros como el sexo se mantuvieron de acuerdo con lo descrito.

Este estudio es de particular relevancia para nuestra investigación, ya que permite observar cómo las manifestaciones clínicas del SS pueden variar según factores sociodemográficos, lo cual es clave para el diagnóstico diferencial con la menopausia. La identificación de síntomas como la sequedad ocular, comunes a ambos cuadros, plantea la necesidad de valorar cuidadosamente los contextos clínicos para evitar subdiagnósticos o confusiones en mujeres en edad perimenopáusicas.

En el onceavo antecedente internacional, He, Feng, Shi, Ren, Liu, Kang, Tian y Jie (2025)³⁰ realizaron un artículo llamado “Correlación entre los cambios de la superficie ocular y los índices hematológicos sistémicos y la actividad de la enfermedad en el Síndrome de Sjögren primario: un estudio transversal”, donde el objetivo principal es explorar la relación entre los cambios de la superficie ocular, los índices hematológicos sistémicos y la actividad de la enfermedad en pacientes con SSp.

En este estudio transversal se incluyeron 33 pacientes con SS y 36 pacientes sanos, donde a todos se les sometió a pruebas de superficie ocular, índices hematológicos y el índice EULAR, y se llegó a la conclusión que los pacientes con SS además de la xeroftalmia tenían una disminución de la densidad de células caliciformes y epitelio escamoso grave en la superficie ocular.

Este estudio permite profundizar en cómo los cambios oculares asociados al SS podrían confundirse con alteraciones propias de la menopausia, como la sequedad ocular. El hallazgo de una disminución de células caliciformes en pacientes con SS ofrece una base fisiopatológica

útil para diferenciar ambos cuadros clínicos, lo cual es importante en el abordaje diagnóstico de mujeres en edad media.

En este antecedente internacional respecto a la menopausia, Motta, Di Simone y Selmi (2025)³¹ realizaron un estudio que llamaron “El impacto de la menopausia en las enfermedades autoinmunes y reumáticas”, donde mencionan que la prevalencia de este tipo de enfermedades es mayor en mujeres por el efecto de las hormonas sexuales en el desarrollo, por lo que el objetivo principal de este artículo, es proporcionar una comprensión integral de cómo la menopausia incluye en la aparición, progresión y características de las enfermedades autoinmunes.

Este estudio de revisión bibliográfica concluye con que muchos estudios han hecho especial énfasis en el sexo femenino, ya que los estrógenos desempeñan un papel significativo en la autoinmunidad, aunque hay datos limitados sobre el impacto de la menopausia y las enfermedades autoinmunes y las condiciones reumáticas.

Este artículo es especialmente valioso para esta investigación, ya que plantea que los estrógenos pueden modular la respuesta inmune, generando una mayor predisposición a enfermedades autoinmunes como el SS. Esta interrelación hormonal refuerza la necesidad de considerar la menopausia no solo como una condición fisiológica, sino también como un posible punto de inflexión patológico.

En el treceavo antecedente, Mortazavi, Asghari, Hakimi, Nourizadeh, Mehrabi y Bafrani (2025)³² realizaron un estudio titulado “El efecto de la toma de decisiones compartidas sobre el conflicto y el arrepentimiento en el manejo de los síntomas de la menopausia: un estudio intervencionista”, donde el principal objetivo es evaluar el efecto de la toma de decisiones compartidas en el conflicto y el arrepentimiento en el manejo de los síntomas de la menopausia.

En este estudio transversal de intervención, se estudiaron 44 pacientes menopáusicas de más de 45 años, donde se tomaron en cuenta varios aspectos como métodos de planificación familiar, características sociodemográficas y obstétricas. Se llegó a la conclusión que las mujeres con una mejor planificación familiar tuvieron mejor manejo de los síntomas en la menopausia y la reducción del conflicto de decisiones y el arrepentimiento.

El enfoque sobre la toma de decisiones compartidas permite reflexionar sobre cómo el conocimiento médico y la percepción de síntomas por parte de las pacientes influyen en el

tratamiento. En el contexto de síntomas superpuestos entre menopausia y SS, esta participación de la paciente podría ayudar a evitar tratamientos inadecuados y favorecer un diagnóstico más certero.

En este siguiente antecedente, Hemachandra, Taylor, Islam, Fooladi, Davis (2024)³³ realizaron un estudio llamado “Una revisión sistemática y una evaluación crítica de las directrices sobre la menopausia”, el cual busca identificar y evaluar los documentos de orientación clínica sobre la menopausia y extraer y comparar las recomendaciones de los ejemplos más sólidos.

Este estudio de revisión sistemática incluyó 26 documentos, donde se concluyó que los trastornos del estado de ánimo asociados a la menopausia si requerían medicación, mientras que la depresión o signos cognitivos, así como la prevención de enfermedades cardiometabólicas y demencia no fueron indicativas para tratamiento.

La evaluación de guías clínicas en este estudio deja en evidencia vacíos importantes en el abordaje de síntomas menopáusicos que podrían corresponder a enfermedades autoinmunes. Esta omisión puede traducirse en un subdiagnóstico de SS, especialmente en mujeres que manifiestan síntomas inespecíficos como fatiga o alteraciones del estado de ánimo.

En este antecedente, realizado por Magraith y Stuckey (2019)³⁴ llamado “Tomar decisiones en la menopausia” en el cual buscan revisar los componentes de las evaluaciones de las mujeres menopáusicas para analizar los beneficios y riesgos de los tratamientos hormonales y no hormonales, para que los médicos ayuden a tratar adecuadamente a estas mujeres.

Este estudio de revisión bibliográfica concluyó con que la mayoría de las mujeres sintomáticas se les puede ofrecer terapia de reemplazo hormonal para tratar la menopausia, para que esto pueda garantizar que las mujeres puedan tomar la decisión sobre el uso de estos fármacos, además de que reciban información precisa y equilibrada sobre los beneficios y riesgos de estos.

Este antecedente permite cuestionar si la elección de tratamientos hormonales se realiza siempre con un diagnóstico diferencial adecuado. En mujeres que presentan síntomas comunes al SS, como bochornos o sequedad vaginal, este análisis favorece una visión más crítica antes de indicar terapias que podrían enmascarar un cuadro autoinmune subyacente.

En el décimo sexto antecedente internacional, Money, MacKenzie, Norman, East-Telling, Harris, McDermott y Todd (2024)³⁵ realizaron un estudio el cual llamaron “El impacto de la actividad física y las intervenciones del ejercicio sobre los síntomas de las mujeres que experimentan la menopausia: descripción general de las revisiones”, el cual como objetivo tenían evaluar la efectividad de las intervenciones de la actividad física y el ejercicio dirigidas a mujeres que experimentan síntomas de la menopausia.

Este estudio de revisión sistemática concluye en que existe evidencia de que la realización de ejercicio de tipo yoga o aeróbico, puede ser beneficioso para algunos de los síntomas de la menopausia, aunque no existe suficiente evidencia para recomendar un ejercicio en específico. Se debe tomar en cuenta la etnia, nivel de ingresos, el empleo y otros factores de cada paciente para poder comprender mejor el contexto para unas intervenciones exitosas.

Este artículo aporta una perspectiva interesante sobre la actividad física como alternativa terapéutica para la menopausia, lo cual puede interferir en la expresión clínica de síntomas autoinmunes. Para nuestro análisis, esto plantea la necesidad de estudiar si el alivio sintomático podría ocultar manifestaciones propias del SS, retrasando su diagnóstico.

En el siguiente antecedente, Kingsberg, Nappi, Scott, Schoof, Möller, Lee, Janssenswillen, Caerano y Banks (2024)³⁶ crearon este artículo llamado “Alineación médico-paciente en la carga de síntomas asociados a la menopausia: evidencia del mundo real de EE. UU y Europa”, el cual tiene como objetivo evaluar la alineación médico-paciente en la carga de síntomas menopáusicos y el impacto para las mujeres que experimentan síntomas vasomotores naturales o inducidos por terapia endocrina.

Este artículo transversal cuantitativo, concluyó con que los médicos suelen subestimar la gravedad de los síntomas vasomotores y la presencia de otros síntomas menopáusicos, lo que resalta la necesidad de mejorar la comunicación médico-paciente.

La subestimación médica de los síntomas reportados por mujeres menopáusicas, evidenciada en este estudio, resalta un obstáculo frecuente en el reconocimiento de enfermedades como el SS. Este hallazgo permite reforzar la importancia del enfoque centrado en el paciente y de una evaluación clínica más detallada ante síntomas aparentemente comunes.

En el siguiente antecedente, Schultz, Morga, Siddiqui y Rhoten (2024)³⁷ realizaron este artículo titulado “Evaluación psicométrica del instrumento MENQOL en mujeres con síntomas vasomotores asociados a la menopausia” el cual tenía como objetivo evaluar las propiedades psicométricas, la sensibilidad al cambio y la variación clínicamente significativa intrapaciente del MENQOL utilizando datos de estudios en personas con síntomas vasomotores.

Es artículo de tipo transversal cualitativa incluyó 1022 personas entre 40 y 65 años con síntomas moderados y graves y concluye con que las propiedades psicométricas de las puntuaciones generales y por dominio del MENQOL respaldan el uso de este instrumento para capturar experiencias entre personas con síntomas vasomotores moderados-severos asociados con la menopausia para evaluar puntos relacionados con ensayos clínicos.

La validación psicométrica del instrumento MENQOL muestra su utilidad para caracterizar síntomas menopáusicos con precisión. En el contexto de esta investigación, dicha herramienta podría ser útil para diferenciar entre sintomatología típicamente hormonal y manifestaciones clínicas del SS que afectan la calidad de vida.

En el décimo noveno antecedente internacional, Matzumura-Kasano, Gutiérrez-Crespo y Ruiz-Arias (2024)³⁸ realizaron este artículo en Perú, el cual titularon “Síntomas de la menopausia y necesidades de atención en mujeres de mediana edad”, donde el principal objetivo es determinar la prevalencia de los síntomas de la menopausia y las necesidades de atención en mujeres residentes de la zona urbana de Lima, Perú.

Esta revisión de tipo transversal descriptiva no experimental, incluyó 850 mujeres entre 40-70 años atendidas en el primer nivel de atención. Este concluye con que el 76,9% de las mujeres manifestaron fatiga, sudoración y sofocos y el 8.4% de las pacientes en estudio, presentaron síntomas intensos.

Este estudio revela una alta prevalencia de síntomas menopáusicos intensos, como fatiga o sudoración, los cuales también pueden presentarse en pacientes con SS. Este traslape sintomático es clave para esta investigación, ya que exige una exploración diagnóstica más minuciosa en el primer nivel de atención.

En el último antecedente internacional, Leona, Brown y Gemmill (2023)³⁹ desarrollaron este artículo titulado “Tendencias seculares en la menopausia prematura y temprana en países de ingresos bajos y medios”, el cual tenía como objetivo evaluar los sistemas de salud de países de bajos y medianos ingresos ya que se ha visto obstaculizada por idoneidad, calidad y comparabilidad de los datos de esos países.

Esta revisión de tipo transversal cualitativa utilizó 302 encuestas realizadas en hogares estandarizadas, concluye que los hallazgos muestran un aumento en la prevalencia en la menopausia prematura y temprana en regiones de mayor fertilidad con posibles consecuencias para la salud en la edad adulta.

El análisis de tendencias en menopausia prematura resalta la importancia de considerar factores sociales y económicos en el desarrollo de esta condición. En relación con esta investigación, estas variables podrían estar relacionadas con una mayor exposición a condiciones inflamatorias, como el SS, que comparten síntomas con la menopausia.

1.5.3 Antecedentes Nacionales

Al investigar sobre los antecedentes nacionales, Boza-Oreamuno, Evans-Tinoco, Guillén Colombari y Torres-Labardini (2019)⁴⁰ realizaron un estudio que titularon “Síndrome de Sjögren y penfigoide de las membranas mucosas (PMM) en pacientes con antecedente de timoma: reporte de caso y revisión de la literatura”, donde el objetivo es presentar el primer caso de una paciente con antecedente de timoma, que además presentó Síndrome de Sjögren y PMM, para evidenciar el manejo multidisciplinario para el diagnóstico preciso y temprano, para mejorar la eficacia de la estrategia del tratamiento.

Con esta investigación de revisión de un caso clínico de una paciente de 36 años, pensionada por invalidez, con diversos antecedentes sistémicos como lo es un timoma el cual fue tratado mediante una cirugía en el año 2010, concluye con que el timoma puede recidivar después de un largo tiempo, por lo que se recomienda una vigilancia estricta del mismo, además que además de los médicos, otros especialistas como los odontólogos, también deben de conocer de este síndrome, ya que en este caso la paciente presentaba lesiones en la cavidad oral, tanto como médicos reumatólogos, dermatólogos, oncólogos, odontólogos, entre otros, deben trabajar de manejar interdisciplinaria para tratar un caso como el presentado en este artículo.

Este caso clínico es especialmente útil para ilustrar cómo el SS puede manifestarse de forma multisistémica y ser confundido con otras enfermedades. En el contexto de la menopausia, este tipo de solapamiento puede dificultar el diagnóstico, por lo que se refuerza la necesidad de un abordaje interdisciplinario integral.

En el segundo antecedente nacional, Locklear, Doyle, Pérez, Wicks y Mahady (2017)⁴¹ crearon un estudio titulado “La menopausia en Latinoamérica: síntomas, actitudes, tratamientos y perspectivas futuras en Costa Rica”, donde el principal objetivo es analizar a las mujeres de Monteverde, ya que existe un bajo conocimiento sobre el tema de la transición a la menopausia en las habitantes de esta zona, por lo que las mujeres de la zona recurren a terapias alternativas como masajes, cambios en la dieta y el consumo de medicina herbal.

Este artículo de revisión bibliográfica concluye con que las mujeres de Costa Rica desean obtener más información antes, durante y después de la menopausia para prepararse mejor para manejar los síntomas relacionados a este tema, por lo que los profesionales de la salud deben estar adecuadamente educados y capacitados para tratar con estas pacientes y el manejo de la menopausia.

El hallazgo de un conocimiento limitado sobre la menopausia en la población costarricense plantea un riesgo claro de subdiagnóstico de enfermedades como el SS. Este antecedente nacional apoya la importancia de programas de educación en salud para mejorar el reconocimiento temprano de síntomas compartidos.

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune crónica, cuya principal afectación es en las glándulas exocrinas como las salivales y lacrimales, provocando xerostomía y xeroftalmia respectivamente. Esta patología se presenta principalmente en mujeres con edad entre 40-60 años. El SSp se diferencia del secundario por su aparición, sin asociarse a otras enfermedades autoinmunes, aunque puede existir junto con el lupus eritematoso sistémico o la artritis reumatoide.

Por su parte, la menopausia es un cambio fisiológico en la vida de la mujer, la cual tiene como principal característica fisiológica el cese permanente de la menstruación por la disminución de la función de los ovarios, ocurriendo alrededor de los 50 años, lo que puede provocar sequedad vaginal. Todo este cambio hormonal influye en los diversos sistemas, incluyendo el inmunológico, lo que puede modificar la expresión de las enfermedades autoinmunes, como en el caso del SS, el cual puede exacerbar sus síntomas cuando se presenta en conjunto con la menopausia.

Al existir una similitud entre la sintomatología de ambas patologías, el diagnóstico y tratamiento pueden llegar a ser un desafío, ya que puede existir riesgo de solapar la identificación de cada entidad. Además, existe el riesgo de que la menopausia influya en la sintomatología del SS, complicando aún más el manejo clínico. Por lo tanto, es de suma importancia comprender los dos procesos para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

El marco teórico de este trabajo de investigación tiene como propósito revisar aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos y clínicos del SS y la menopausia, para así analizar su interrelación, con base en información científica, para optimizar la atención médica en la población femenina.

2.1 Síndrome de Sjögren

Las primeras descripciones de pacientes con sequedad de mucosas se realizaron a finales del siglo XIX y se denominó Síndrome de Mikulicz, por el cirujano Johann Mikulicz en 1888, el cual presentó el caso de un hombre con un agrandamiento bilateral de las glándulas parótidas en relación con un infiltrado linfocítico, aunque fue hasta 1933 que el oftalmólogo Henrik Samuel Conrad Sjögren (1899-1986) quien refirió la tríada de xeroftalmia, xerostomía y poliartritis en 19 mujeres, siendo el primer autor que describió los hallazgos de esta enfermedad,

pero no fue hasta en el año 1960, que se descubrieron los primeros autoanticuerpos implicados en el SS^{1,8,9,10,28}.

2.1.1 Definición y clasificación

El síndrome de Sjögren es un trastorno reumático de causa desconocida, autoinmunitario, multisistémico y crónico que ataca a las glándulas exocrinas, principalmente las lagrimales y salivales, causando xerofthalmia y xerostomía, respectivamente los cuales se confirman mediante una biopsia, además de sequedad cutánea, nasal y vaginal con una alta producción de autoanticuerpos y mediadores inflamatorios, causando un síndrome seco, lo que resulta en disfunción glandular en general, el cual se puede presentar entre los 50-60 años, aunque los primeros síntomas pueden aparecer años antes del diagnóstico. Los pacientes también pueden presentar una serie de manifestaciones extraglandulares como artralgias, fatiga, fenómeno de Raynaud, linfadenopatías, afección pulmonar y renal, vasculitis, linfomas, esplenomegalia, neuropatía periférica y miositis, las cuales pueden agravar el pronóstico de la enfermedad a largo plazo.^{1,4,7,8,28}

El SS tiene dos presentaciones, primario (SSp), donde no se asocia a otras enfermedades y se caracteriza por tener una progresión lenta, además de una infiltración linfocitaria y mayor riesgo de presentar Linfoma no Hodgkin como la complicación más grave; o secundario, el cual se asocia a otras enfermedades, pudiendo complicar otras enfermedades autoinmunitarias como el trastorno subyacente del tejido conectivo, la artritis reumatoide (AR), el lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES) o enfermedad mixta del tejido conjuntivo. Al igual que otras enfermedades crónicas, el paciente puede presentar dolor crónico, artralgias, mialgias, rigidez matutina, fatiga, depresión, ansiedad y disminución del rendimiento físico, afectando su calidad de vida^{1,4,28,50,59}.

2.1.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son ciertas condiciones o características que aumentan la probabilidad de llegar a desarrollar una enfermedad o que esta pueda evolucionar de manera desfavorable para el paciente. En el caso de las enfermedades autoinmunes, como es el caso del SS, los factores de riesgo no solo van a incluir aspectos biológicos como lo son el sexo, la edad, las hormonas y la genética, sino que también van a incluir elementos externos como el ambiente

y el estilo de vida, y comprenderlos en conjunto es de suma importancia, ya que van a ayudar a identificar las poblaciones más vulnerables, para tener estrategias de prevención y favorecer un diagnóstico oportuno y temprano.

Los pacientes que padecen SS pueden presentar hiperactividad de células B, monoclonalidad, crioglobulinemia, niveles bajos de C4, agrandamiento, vasculitis y púrpura cutánea, lo que se asocia al desarrollo de linfoma no Hodgkin. Se observó una menor tasa de hinchazón de la glándula parótida e hipergammaglobulinemia en pacientes latinoamericanos en comparación con los de Europa, lo que puede explicar la menor prevalencia de linfoma en pacientes latinoamericanos⁸.

Un estudio que se llevó a cabo en la población del área metropolitana de París reveló que los pacientes americanos tenían una prevalencia dos veces mayor de presentar SS en comparación con las personas con antecedentes europeos²⁸.

Se ha reportado que la autoinmunidad de la enfermedad se da por la presencia de anticuerpos como los antinucleares, anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B, así como la presencia del factor reumatoide, el anticentrómero y el receptor anti-muscarínico⁴.

Las alteraciones genéticas en las regiones HLA I, y III se asocian con la producción de autoanticuerpos de esta enfermedad, sin embargo, hay alteraciones en los genes que codifican moléculas relacionadas con la señalización del interferón (IFN) I y II y procesos diana. El interferón es una proteína del sistema inmunológico que se produce en respuesta a infecciones, especialmente virales. Su función es inhibir la replicación de patógenos y regular la respuesta inmune. La señalización de factores, el tráfico de linfocitos, la activación y diferenciación de células productoras de anticuerpos, están asociados al desarrollo del SS. Un estudio relacionado con el genoma encontró polimorfismos en el gen KLRG1 asociados con el SS en asiáticos, mientras que en los europeos no, mientras que el TNF AIP3 sí estaba en ambas poblaciones^{1,7}.

Por su parte, Roza-Ortiz et al¹ y Restrepo-Jiménez et al⁷ mencionan que se han encontrado factores hormonales relacionados, como en las glándulas salivales, que tienen un receptor de estrógeno. Dado que en las mujeres postmenopáusicas hay una deficiencia de estrógenos, se induce la sobreexpresión de la transcripción de la proteína 48, la cual provoca apoptosis en las células epiteliales, infiltrados linfocitarios en glándulas exocrinas, la cual

favorece a la formación de autoanticuerpos. Un estudio evaluó la influencia de la etnia y lugar de residencia de los pacientes con SS y encontró diferencias en los síntomas de sequedad glandular en Europa, Asia y América.

Por otro lado, como en todas las enfermedades autoinmunes, las manifestaciones clínicas se dan por interacción de los factores desencadenantes, ya sean hormonales o medioambientales en una persona genéticamente predispuesta que puede estimular la expresión de los genes del IFN I y II relacionados con infecciones víricas, que pueden ser prolongadas por inmunocomplejos como anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B unidos a ARN humano y citoplasmático^{1,50}.

2.1.3 Epidemiología

La incidencia global del SS se estima que es aproximadamente 7 por cada 100.000 personas al año; sin embargo, varían en incidencia y prevalencia según los criterios de clasificación, el diseño del estudio y la población en estudio. Las tasas de incidencia más altas se registraron en Europa y Asia. Estos datos podrían ser infraestimados, ya que muchos pacientes asintomáticos nunca llegarán a ser diagnosticados⁴.

Un estudio informó que el SS se diagnosticó con una media de 7 años antes en pacientes negros/afroamericanos en comparación con pacientes blancos y el predominio femenino es característico en el SS, 10:1 en relación con los hombres, sin embargo, hay una diferencia significativa en la tasa de pacientes femeninas en América Latina en comparación con Europa y América del Norte. Existen otras diferencias respecto al sexo, ya que en los hombres predomina la afectación ocular severa, mientras que las manifestaciones y el compromiso sistémico es mucho mayor en las mujeres^{4,8, 28}.

Las tasas de prevalencia en Colombia según Reyes-Jaraba⁴ van desde 0,12% hasta 0,5%, según el género, grupo etario y lugar de residencia. Una revisión sistemática informó una incidencia anual de 6,92 por cada 100 000 personas. Así mismo, un estudio transversal durante el 2012-2016, tomó los datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social del Ministerio de Salud, donde se identificaron 58.680 (0.12%) casos a nivel nacional en mayores de 18 años y fue más prevalente en mujeres (82%) en el grupo etario de los 65 a 69 años, con una relación mujer:hombre 4,6:1.

En un estudio realizado en Francia, se documentó que la incidencia era 2 veces mayor en población sin ascendencia europea que en aquella la cual no. En poblaciones asiáticas se documentó una mayor prevalencia, en comparación con sujetos caucásicos⁴.

Por su parte en España, la prevalencia estimada del SS en la población adulta fue del 0,33% para el 2020. Si se analizara a toda la población del país de 20 años o más, habría aproximadamente 125 000 casos de SS en España⁶.

2.1.4 Fisiopatología

La fisiopatología del SS no se ha comprendido completamente; sin embargo, se sabe que el sistema inmunológico juega un papel primordial para su desarrollo. Existen dos tipos de inmunidad, cada una con sus tipos de células implicadas en el proceso inflamatorio característico de la enfermedad, las cuales son fundamentales para entender tanto las manifestaciones locales como en las glándulas salivales o lagrimales, como las implicaciones sistémicas que se pueden presentar en algunos pacientes.

2.1.4.1 Inmunidad innata: inmunidad que actúa de forma inmediata y no específica desde el nacimiento

a) IFN tipo I

Los pacientes con SS pueden tener una sobreexpresión de genes inducibles por el IFN tanto en glándulas salivales como en sangre periférica. Se ha propuesto una interacción entre la vía del IFN y la activación de los linfocitos B, la que las células B podrían inducir la producción de IFN que, a su vez, puede favorecer la producción de anticuerpos²⁸.

b) Células NK

Las células Natural Killer (NK) han tenido implicación en la patogénesis del SS. Se ha demostrado que los subgrupos de células NK no convencionales pueden producir citocinas inflamatorias en las glándulas salivales, lo que puede provocar la producción de BAFF. Los pacientes que padecen SS con bajo número de células NK en las glándulas salivales tienen una mejor respuesta al tratamiento anticuerpo monoclonal contra BAFF (belimumab), en comparación con los pacientes con niveles más altos de células NK²⁸.

2.1.4.2 Inmunidad adquirida: inmunidad que se desarrolla tras la exposición a antígenos y se caracteriza por su especificidad y memoria inmunológica.

a) Células T en el Síndrome de Sjögren

La presencia de células T CD4+ en los infiltrados de glándulas salivales, acentúa su carga a la patogénesis del SS. Un metaanálisis mostró la relación entre el SS y diversos alelos del complejo de histocompatibilidad clase 2 (MHC2), lo que sugiere que los anticuerpos son un dato importante en la patogénesis de esta enfermedad. Además, hay un aumento significativo en las citoquinas relacionadas con las células Th1, que son un subtipo que contribuye a la patogénesis, y que se adhieren a las moléculas de MHC2 que inician una respuesta inmune. También se han estudiado las células Th17 por su papel en la autoinmunidad, se ha demostrado la presencia de estas células a nivel de la glándula salival junto con niveles altos de IL-17 tanto en el suero como en el tejido salival^{1,28}.

Se sabe que las células T reguladoras, se han identificado dentro las glándulas salivales de estos pacientes y que gran cantidad se ha asociado con un mayor grado de inflamación en lesiones locales. Estas células tienen efectos supresores sobre la proliferación y función de las células T efectoras¹.

b) Células B en el Síndrome de Sjögren

Son células inmunes adaptativas producidas por células dendríticas plasmacitoides que causan secreción de anticuerpos y la presentación del antígeno. El factor de activación de células B (BAFF) es una citocina inducida por INF I y II, que promueven la proliferación, maduración y supervivencia de las células B, lo cual produce autoanticuerpos crónicamente como resultado y se relacionan con niveles de anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB en sangre y en las glándulas salivales^{1,28}.

Los linfocitos B se consideran primordiales en la patogénesis del SS y su principal complicación, el linfoma. El Virus del Epstein Barr (VEB) se relaciona con la patogénesis de este síndrome, ya que produce proteínas como la IL-10 que puede desencadenar la producción de IL-6, que interfiere en la respuesta celular y contribuir con la inmortalización de las células B²⁸.

2.1.5 Clínica

La clínica del SS se caracteriza por una gran cantidad de manifestaciones, las cuales se pueden dividir en glandulares y extraglandulares, siendo las primeras las más típicas y se relacionan con la afectación de las glándulas exocrinas, principalmente las lagrimales y las salivales, causando xeroftalmia y xerostomía respectivamente. También se pueden ver afectadas otras glándulas como las respiratorias, digestivas o vaginales, provocando de la misma manera sequedad de mucosas.

Las manifestaciones extraglandulares pueden afectar múltiples órganos y sistemas y provocar artralgias, artritis, fatiga crónica, compromiso cutáneo, pulmonar y renal, entre otros. Estas manifestaciones además de complicar la clínica de la enfermedad impactan de manera significativa la calidad de vida de los pacientes y se puede relacionar con complicaciones a largo plazo^{4,50}.

El manejo de las enfermedades autoinmunes se dirige a modificar el curso de estas, controlar la actividad inflamatoria, frenar la progresión y evitar las secuelas que se puedan presentar. Hoy en día, los tratamientos empleados en el SS están enfocados a tratar los síntomas, ya que aún no se conoce un tratamiento específico que haya demostrado ser efectivo en la modificación del curso de la enfermedad.

2.1.5.1 Manifestaciones glandulares

La principal afectación en pacientes con SS es principalmente hiposecreción glandular, mediada por trastornos glandulares involucrados en la fisiopatología de la enfermedad. Estos síntomas representan el punto importante para llegar al diagnóstico⁴.

a) Manifestaciones oculares

La xeroftalmia es la manifestación ocular más común en el SS (90% de los pacientes), se presenta como disminución del lagrimeo, prurito, sensación de cuerpo extraño, hiperemia y fotofobia, lo cual puede provocar alteraciones en la composición y flujo lagrimal, causando casos más avanzados donde puede haber rotura de la capa lagrimal, queratitis filiforme, lesiones en el epitelio ocular, úlceras corneales, uveítis y escleritis^{4,59}.

La primera línea de tratamiento son las lágrimas artificiales, cuya función principal es lubricar el ojo, las más utilizadas son las que contienen celulosa y hialuronato sódico. Otros tratamientos incluyen la ciclosporina al 0,05%. Los secretagogos son otra alternativa para tratar la afección ocular, el clorhidrato de pilocarpina es un agonista de los receptores muscarínicos de las glándulas exocrinas con funciones parasimpaticomiméticas colinérgicas que actúa sobre los receptores M3 de las glándulas salivales. Está contraindicado en pacientes con asma bronquial mal controlada y glaucoma.^{1,8,50}.

b) Manifestaciones bucales

La xerostomía es una manifestación descrita por los pacientes con SS. La saliva es una secreción que proviene 93% de las glándulas salivales mayores (parótida, sublinguales y submandibulares) y 7% de las glándulas menores (labiales, palatinas, genianas y linguales), distribuidas por toda la cavidad bucal. Estos pacientes pueden presentar en un 30-50% una hipertrofia de las glándulas salivales, principalmente la parótida, ya sea de forma esporádica o volverse crónica. El belimumab, anticuerpo monoclonal contra BAFF, podría ser usado en la hipertrofia de glándulas salivales^{1,4,59}.

Según Rozo-Ortiz et al¹ y Reyes-Jaraba et al⁴ los pacientes con SS suelen presentarse 10 veces más frecuentes ciertas complicaciones relacionadas con el déficit en la producción salival como lesiones en la mucosa, enfermedad periodontal, fisuras linguales, atrofia de papilas filiformes, caries, pérdidas dentales tempranas e infecciones orales recurrentes por *Cándida albicans*.

Para tratar la xerostomía, las recomendaciones son: tomar alimentos ácidos, no azucarados, que incrementen la secreción salival, usar goma de mascar sin azúcar, mantener una buena higiene oral, evitar sustancias como el tabaco, café y bebidas alcohólicas. Se pueden emplear secretagogos como tratamiento de primera línea. Se recomienda una visita regular al odontólogo^{1,50,59}.

c) Manifestaciones nasales

El 30% de los pacientes presentan sequedad nasal, manifestada por costras nasales que causan epistaxis, alteraciones del olfato y de la mecánica respiratoria, lo que aumenta la xerostomía al respirar con la boca abierta al momento de dormir⁴.

d) Manifestaciones cutáneas

La xerosis es una condición encontrada en el 66% de los pacientes con SS. Aunque los síntomas son inespecíficos, se pueden presentar como piel inelástica, áspera y descamativa, asociados con la hiposecreción de las glándulas sudoríparas⁴.

e) Manifestaciones vaginales

Por otro lado, se puede encontrar sequedad vaginal en la población femenina con SS, lo que puede provocar dispareunia y predisposición de infecciones vulvovaginales⁴.

2.1.5.2 Manifestaciones extraglandulares

Al ser una enfermedad de naturaleza multifacética, el compromiso sistémico también puede verse afectado y variar desde casos leves como artralgias, fatiga o exantemas cutáneos, hasta formas más severas como lesiones renales, neuropatías, gastrointestinales o pulmonares. Por esta razón, es fundamental tener un abordaje terapéutico que no se limite únicamente a tratar las afecciones glandulares, sino abordar de manera integral ambas sintomatologías para mejorar la calidad de vida del paciente, ya que las manifestaciones extraglandulares representan una queja importante en los pacientes.

a) Sistema musculoesquelético

La manifestación extraglandular más común es la artralgia y se puede presentar junto con una poliartritis en el 50% de los casos. Una prueba del factor reumatoide es característica de la artritis reumatoide y está presente en torno al 75% de los casos⁴.

Otras manifestaciones incluyen rigidez matutina, fibromialgia, fatiga en el 70% de los casos y la principal afectación muscular son las mialgias y debilidad muscular proximal. El fenómeno de Raynaud se ha relacionado con la presencia de artritis, vasculitis, fibrosis pulmonar, glomerulonefritis, miositis y neuropatía periférica⁴. La hidroxiclороquina, el metotrexato y los AINES se pueden utilizar en pacientes con afectación articular^{1,9,28}.

b) Sistema respiratorio

El SS puede afectar todo el sistema respiratorio, la saliva actúa como buffer del reflujo gástrico y su deficiencia puede provocar tos y ronquera. El tratamiento de primera línea en estos casos es el uso de corticoides^{1,4}.

El 25% de los pacientes pueden presentar enfermedad pulmonar intersticial, manifestándose como neumonitis intersticial específica o linfocítica y neumonía criptogénica, aunque en la mayoría de los casos es asintomático, la clínica se puede presentar con disnea de manera progresiva, tos seca, dolor pleurítico e incluso hipertensión pulmonar⁴.

c) Afectación cutánea

Se presenta con manifestaciones vasculíticas y no vasculíticas, dentro de las vasculitis están la púrpura hipergammaglobulinémica, vasculitis leucocitoclástica, urticaria vasculítica, depósitos intraepidérmicos de IgG, eritema anular y linfoma cutáneo de células B. Entre las no vasculíticas están la xerosis como la más frecuente, amiloidosis nodular, alopecia, anetodermia, vitíligo, síndrome de Sweet y liquen plano. El principal tratamiento que se utiliza en estos casos son los corticoides^{1,4}.

d) Sistema gastrointestinal

Dentro de la sintomatología se puede encontrar disfagia, náusea, dispepsia, gastritis atrófica, aclorhidria, diarrea, enfermedad celiaca y disfunción pancreática. En estos pacientes es obligatorio analizar la presencia de *Helicobacter pylori*, ya que se puede asociar con linfoma de tejido linfoide asociado a mucosa (MALT)^{4,59}.

A nivel hepático, se relaciona con hepatomegalia y elevación de las enzimas en un 10-40% de los pacientes. También se debe analizar si existe la presencia del Virus por Hepatitis C (VHC), ya que estos pacientes pueden presentar síndrome seco, aunque tienen una menor prevalencia de anticuerpos anti-Ro/SS-A y anti-La/SS-B e hipertrofia parotídea y una mayor prevalencia de hipocomplementemia, crioglobulinemia y enfermedad hepática⁴.

e) Sistema urinario

Las formas más frecuentes de enfermedad renal son nefritis túbulo intersticial y acidosis tubular renal, las cuales en la mayoría de los casos inician de forma sutil o de manera asintomática. Se puede observar también glomerulonefritis, por lo que se debe excluir la posibilidad de LES subyacente. Los principales síntomas son disuria, polaquiuria, nicturia y urgencia. El tratamiento de primera elección en estas manifestaciones, son los corticoides^{1,4}.

f) Sistema nervioso central y periférico

La prevalencia de la afectación neurológica es de aproximadamente el 20%, afectando principalmente el Sistema Nervioso Periférico (SNP). Los principales síntomas son cefalea y disfunción cognitiva y afectiva hasta en un 70% de los pacientes⁴.

Reyes-Jaraba et al⁴ menciona que normalmente, la neuropatía precede al diagnóstico de SS hasta en un 81% de los pacientes y puede presentarse clínicamente como polineuropatía simétrica axonal sensitivo-motora, siendo la principal afectación del SNP, iniciando con síntomas sensitivos puros o periféricos en el 10% de los casos. Esto genera parestesias en las extremidades inferiores e involucrar las superiores en un 20% de los casos. Esta condición no provoca denervación en los estudios electrofisiológicos⁴.

En caso de que afecte el Sistema Nervioso Central (SNC), las principales manifestaciones clínicas son hemiparesia transitoria, neuritis óptica, convulsiones, ataxia, parkinsonismo, meningoencefalitis aséptica, distintas presentaciones de mielopatía, vasculitis, linfomas, alteraciones afectivas y demencia⁴.

g) Afectación de la glándula tiroides

En los pacientes con SS también se ve afectada la función endocrina de la tiroides, provocando casos de tiroiditis autoinmune con anticuerpos contra la tiroglobulina, la antiperoxidasa y las hormonas tiroideas en el 15% de los pacientes. Además, se han documentado casos de hipotiroidismo e hipertiroidismo no autoinmunes, así como también hiperplasia tiroidea.⁴

2.1.6 Criterios y pruebas diagnósticas

El diagnóstico del Síndrome de Sjögren, al igual que en otras enfermedades autoinmunes, se fundamenta en una historia clínica detallada y un examen físico completo que permitan reconocer signos y síntomas asociados tanto a manifestaciones exocrinas como sistémicas. Posteriormente, se recurre a pruebas serológicas y, en algunos casos, a estudios histopatológicos, los cuales se interpretan de acuerdo con criterios internacionales de clasificación, como los propuestos por el Grupo de Consenso Americano-Europeo (AECG) y por el Colegio Americano de Reumatología/ Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología, antes llamada Liga Europea Contra el Reumatismo (ACR/EULAR). Para optimizar la precisión diagnóstica y el abordaje integral de la enfermedad, se recomienda la participación de un equipo multidisciplinario, principalmente conformado por reumatólogos y oftalmólogos

El estudio más utilizado para conocer de la función lagrimal es la prueba de Schirmer para evaluar la cantidad de producción lagrimal, que consiste en colocar un papel estéril en el tercio lateral del párpado inferior y se considera positiva si a los 5min la lágrima ha empapado el papel ≤ 5 mm. Otra prueba es realizar una tinción, la cual consiste en aplicar un colorante en el fórnix conjuntival inferior y visualizar las posibles alteraciones en el epitelio conjuntival o corneal observadas con una lámpara de hendidura. Una tinción ≥ 5 en al menos en un ojo, se considera positiva^{8,28,59}.

Para el estudio anatómico y funcional de las glándulas salivares mayores, se pueden utilizar técnicas gammagráficas, sialográficas, ecográficas y la resonancia magnética (RM)^{1,8}.

La biopsia de la glándula salival labial es primordial para confirmar el diagnóstico del SS, ya que proporciona un pronóstico de alto grado de infiltración linfoide, los que aumenta el riesgo de padecer linfoma. También se le puede realizar biopsia a la glándula salival menor y glándula parótida^{28,59}.

La gammagrafía salival es una técnica que permite la evaluación funcional de las glándulas salivales y mide la asimetría entre las 2 glándulas parótidas. La sialografía parotídea permite ver las alteraciones en los conductos de la parótida y el aumento de sialectasias. Estas técnicas están en controversia, ya que el paciente puede recibir una cantidad de radiación y

dificultades en el procedimiento, por lo que no se incluyen en los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología/Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología^{8,47}.

La ecografía parotídea proporciona una imagen anatómica y muestra áreas hipoecoicas y diversos grados de desestructuración que se podrían corresponder con focos de infiltración linfocitaria. La RM parotídea es una técnica no invasiva con la que se pueden obtener imágenes anatómicas mejores que con la ecografía, ya que se visualizan de mejor manera las glándulas, el conducto de Stenon y permite diferenciar los linfomas. A pesar de no haber sido adaptados como elementos diagnósticos en los criterios de clasificación del 2016, permiten la detección temprana y la clasificación del daño causado por el SS en las glándulas salivales mayores. El ultrasonido es una técnica de diagnóstico por imagen no invasivo, sin causar radiación y tiene el potencial de dar un diagnóstico del síndrome^{9,47}.

La sialometría es una técnica que mide cuantitativamente el flujo salival sin estimulación, recolectando la saliva en un tubo calibrado durante 15min y esta debe ser mayor a 1,5ml o $\leq 0,1$ ml / min. Se debe tomar en cuenta la edad, sexo, fármacos y hora de la toma de la muestra^{8,28,59}.

Los principales exámenes de laboratorio que se pueden realizar están: los anticuerpos antinucleares (ANA), anti-Ro/SS-A, anti-La/SS-B, los cuales tienen una positividad en el 50-70% de los pacientes. El factor reumatoideo está presente en más del 70% de los pacientes y la velocidad de eritrosedimentación (VES) está elevada en el 70% de los casos. También se puede solicitar la hipergammaglobulinemia policlonal^{1,59}.

Los criterios de clasificación propuestos por el Grupo de Consenso Americano y Europeo, revisados en el 2002 y publicados en el año 2012, utilizados clínicos y de investigación, los cuales mencionan que, si se cumplen 3 criterios, se considera que el paciente probablemente tiene SS, un valor por debajo de este, se descarta el diagnóstico. Es necesario cumplir con 4-6 criterios, incluidos el 5 o el 6, para diagnosticar SS con una sensibilidad del 93,5% y una especificidad del 94%^{1,28}.

Tabla 1: Criterios de clasificación del grupo de Consenso Americano-Europeo 2012

1. Síntomas orales (1 positivo): sensación de boca seca por un periodo superior a 3 meses, parotidomegalia recurrente, necesidad de ingesta de líquidos constante.
2. Síntomas oculares (1 positivo): ojos secos durante más de 3 meses, sensación de arenilla ocular recurrente, necesidad de utilizar lágrimas artificiales más de 3 veces al día.
3. Signos oculares (1 positivo): prueba de Schirmer menor o igual a 5 mm a los 5 minutos. Puntuación mayor o igual a 4 en tinción de rosa de Bengala (escala de Bisterveld).
4. Alteración de glándulas salivales (1 positiva): gammagrafía parotídea con déficit difuso de captación (grado III: marcado entecimiento con disminución tanto de concentración como de excreción del trazador; grado IV: ausencia de actividad glandular), sialografía con alteración difusa ductal y flujo salival sin estimular de 1,5 ml o menos en 15 minutos.
5. Histopatología: biopsia salival grados III-IV (clasificación Chisholm y Mason); sialoadenitis linfocítica crónica.
6. Inmunología (1 positiva): anti-Ro, anti-La

Fuente: tomado de Rozo-Ortiz et al. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192022000300009¹.

La falta de un consenso internacional sobre los criterios de clasificación del SS impulsó a los científicos a desarrollar una serie de criterios para el diagnóstico del SS y desarrollaron los criterios de clasificación que combina elementos del del Colegio Americano de Reumatología/Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología. Estos se centran en el SSP y cuales fueron publicados en el 2016 y tienen una sensibilidad del 96% y una especificidad del 95%^{1,28,50}.

Estos criterios se aplican a cualquier paciente que presente algún síntoma de sequedad oral u ocular o se sospeche de la presencia del SS. Un resultado positivo es cuando arroja ≥ 4 puntos, sugiriendo que el paciente tiene SS^{1,28,59}.

Tabla 2: Criterios de clasificación del síndrome de Sjögren primario según ACR/EULAR, 2016

Criterios	Puntuación
Focos de inflamación con infiltración linfocítica en la glándula salival labial y ≥ 1 foco en 4 mm ²	3
Presencia de anticuerpos anti-Ro positivos	3
Tinción conjuntival y corneal ≥ 5 en escala de Whitcher y cols. o ≥ 4 en escala de van Bijsterveld, por lo menos en un ojo	1
Prueba de Schirmer ≤ 5 mm pasados 5 min, por lo menos en un ojo	1
Secreción salival no estimulada valorada con el método de Navazesh y Kumar $\leq 0,1$ ml/min	1
Casos excluyentes: irradiación anterior de cabeza y cuello, infección activa por VHC (confirmada mediante PCR), SIDA, sarcoidosis, amiloidosis, reacción de injerto contra huésped, enfermedad sistémica asociada a IgG4.	

Fuente: tomado de Rozo-Ortiz et al. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192022000300009¹.

2.1.7 Pronóstico

El SS es una enfermedad crónica que presenta una sintomatología principal debido a la disfunción glandular. Por lo general, el pronóstico es benigno en la mayoría de los casos, excepto en los pacientes en los que existe afectación sistémica por presentar un SS secundario, en estos

casos, el pronóstico estará dado en relación con la enfermedad a la cual se encuentre asociada, por lo que la evolución clínica no es dada exclusivamente por el SS, aunque en la mayoría de los casos, la enfermedad se mantiene estable durante varios años^{1,59}.

Los principales factores de riesgo asociados a una mayor mortalidad son la edad al momento del diagnóstico, el sexo masculino, hipertrofia de la glándula parótida, gammagrafía anormal de la parótida, afectación extraglandular, vasculitis, hipocomplementemia y crioglobulinemia. Las principales causas de muerte son infecciones, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares y neoplasias malignas hematológicas y de vísceras sólidas, pero no existe una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad entre las personas con SS y aquellas que no lo padecen^{28,59}.

2.2 Menopausia

La menopausia forma parte de la etapa natural e inevitable en la vida de la mujer, la cual se caracteriza por el cese progresivo de la función ovárica lo que provoca la interrupción de la menstruación. Este proceso forma parte del envejecimiento fisiológico que implica una serie de cambios hormonales que afectan a la esfera reproductiva y múltiples sistemas del organismo. A medida que disminuyen los niveles de los estrógenos y las demás hormonas sexuales, se puede presentar una serie de alteraciones en el metabolismo, principalmente a nivel cardiovascular, la piel y las mucosas. Si bien la menopausia no es una enfermedad, su transición puede estar acompañada de manifestaciones tanto físicas como emocionales que pueden afectar la calidad de vida de las pacientes.

Este cambio fisiológico, representa un proceso de adaptación, en el que pueden influir factores personales, sociales y culturales que llegan a determinar cómo cada mujer va a experimentar esta etapa y su comprensión resulta fundamental para promover un abordaje integral de la salud femenina, especialmente si existen condiciones médicas que pueden agravar o modificar las manifestaciones más frecuentes.

El analizar el proceso de la menopausia desde una perspectiva diferente permite reconocer la clínica y entender la necesidad de estrategias preventivas y terapéuticas que estén orientadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres durante este periodo de transición.

2.2.1 Definición

La menopausia es un cambio hormonal importante en la vida de la mujer, la cual la Organización Mundial de la Salud la define como la ausencia de la menstruación (amenorrea) por 12 meses consecutivos sin una causa patológica, donde inicialmente va a haber ciclos menstruales con periodos de amenorrea que va a durar 60 días o más, lo que refleja la pérdida de la función folicular de los ovarios, donde ocurre una disminución del estrógeno y un aumento de hormona foliculoestimulante (FSH) de 40UI/L, que ocurre naturalmente a una edad entre los 45-55 años, con promedio de 51 años +/- 1.5 años. La menopausia precoz afecta a un 5% de las mujeres y ocurre antes de los 45 años y se debe diferenciar de la insuficiencia ovárica prematura (IOP) que es un síndrome clínico definido por la pérdida de la función ovárica antes de los 40 años, con presencia de oligomenorrea o amenorrea por un tiempo de 4 meses con gonadotrofinas elevadas y estradiol bajo^{2, 3,15,34,44}.

El periodo de transición en el cual la mujer empieza a experimentar cambios previos a la menopausia se le conoce como perimenopausia o climaterio, en la cual ocurren cambios en el patrón del sangrado menstrual ya que este se vuelve irregular y hay cambios hormonales importantes. Este periodo puede tardar 1 año previo y 1 año posterior a la menopausia^{2,15}.

La edad de inicio de la menopausia puede variar considerablemente entre las mujeres y está influenciada por una combinación de factores biológicos, de salud y ambientales. Entre los principales factores de salud se encuentran el estado nutricional, el índice de masa corporal (IMC), la paridad, enfermedades crónicas o autoinmunes, el tabaquismo o el consumo de alcohol. Entre los factores ambientales se encuentran la exposición a contaminantes o modificadores del sistema endocrino que puedan afectar la función ovárica y acelerar el envejecimiento reproductivo. Así mismo, las condiciones socioeconómicas, el nivel de actividad física y el acceso a servicios de salud influyen en la edad de la menopausia. Todos estos factores en conjunto reflejan la interacción del entorno y la biología para determinar el momento en que ocurre la transición de la edad reproductiva a la menopausia³.

Diversos estudios indican que el IMC es determinante en los niveles de estrógeno, por lo que una mujer con IMC bajo se asocia a una menopausia más temprana, mientras que una mujer con IMC más alto, presentan mayor nivel de estradiol y estrona, lo que conlleva a una menopausia tardía¹⁹.

Ahuja¹⁹ menciona que la clase social y el nivel educativo tienen una gran relación con la edad en la que se presenta la menopausia, ya que una mujer con un nivel educativo mayor y mejores ingresos económicos tendrá un mejor estado nutricional, opciones reproductivas, mejores recursos de salud y atención médica que se asocia positivamente con la salud lo que provoca una edad menopáusica mayor, comparado con las mujeres que viven en entornos de menor nivel social e ingresos económicos bajos, que tienen una mayor morbilidad y mortalidad.

2.2.2 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud indica que aproximadamente el 10% de la población mundial femenina está en la etapa postmenopáusica y alrededor de 25 millones de mujeres entran anualmente en este período, por lo que para el año 2030, cerca de un billón de mujeres estarán en este ciclo fisiológico⁴⁴.

Las mujeres asiáticas reportan tasas bajas de síntomas físicos y psicológicos relacionados con la menopausia; comparadas con las mujeres de países occidentales. Por ejemplo, las mujeres posmenopáusicas de países asiáticos reportaron lumbalgias, mialgias, dolor de hombro o articular, pero sufrieron con menos frecuencia trastornos vasomotores que las mujeres occidentales. Las mujeres japonesas son menos propensas a experimentar sofocos¹⁸.

En India, la edad de la menopausia es menor que en el mundo occidental. Esto significa, que la edad fértil de las mujeres indias se ve comprometida precozmente, por lo que se debe iniciar medidas preventivas mucho antes. Se ha demostrado que las mujeres afroamericanas presentan una transición menopáusica más prolongada que las mujeres caucásicas^{3,19}.

Las mujeres en Costa Rica entran en la menopausia alrededor de los 50 años, presentan síntomas como sofocos y sudores nocturnos, además de una actitud negativa hacia la transición a la menopausia. El uso de reemplazo hormonal es bajo y, en su lugar, acuden al uso de terapias alternativas, como lo son los masajes, cambios en la dieta y el uso de la medicina natural. Se ha reportado un importante aumento en la incidencia de infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) en mujeres menopáusicas en Costa Rica, debido en parte a una mayor libertad sexual postmenopáusica⁴¹.

Locklear et al⁴¹ mencionan que en segundo estudio realizado que involucró a 108 mujeres y 68 hombres, entre los 35-65 años, analizó la menopausia y la andropausia en Costa

Rica, dando como resultado que los síntomas en la mayoría de las mujeres fueron sensación de vergüenza, insomnio, disminución del deseo sexual, cambios emocionales, aumento de la transpiración, reducción de la lubricación vaginal y escalofríos. Entre los cambios físicos y emocionales se incluyeron problemas en la reducción de la calidad de vida, aumento en las enfermedades, dolores generalizados, arrugas en la piel, disminución del apetito, incapacidad para trabajar normalmente y disminución del deseo sexual.

2.2.3 Fisiología

Al momento del climaterio se produce una disminución de los niveles de inhibina que es la hormona que regula la síntesis de FSH, puede haber niveles de estradiol normales o ligeramente bajos. Estos cambios hormonales provocan un acortamiento de la fase folicular dependientes de estrógenos lo que va a provocar ciclos menstruales más cortos y anovulatorios hasta en algún momento de la etapa ocurre la menopausia^{3,15}.

Los niveles de FSH van a aumentar en la etapa folicular temprana por la atresia de los folículos ováricos, por lo que va a disminuir la producción de estrógenos. Esto es una retroalimentación negativa ya que al haber menos estrógenos en sangre (estradiol principalmente), el hipotálamo va a liberar hormona liberadora de gonadotropina (GnRh) para que la adenohipófisis reciba la señal de liberar más FSH, pero ya no va a haber suficiente cantidad de folículos para su producción. Estos cambios hormonales causan ciclos menstruales irregulares con periodos cortos de sangrado durante las etapas tempranas, seguido de intervalos progresivamente largos entre períodos^{3,15,44}.

En una mujer en edad reproductiva el estrógeno que va a predominar es el 17 beta estradiol E2, y en la mujer menopáusica predomina la estrona, esto por deficiencia de células de la granulosa capaces de producir aromatasa para transformar la testosterona en estradiol y al aumento de adipocitos de la androstenediona que lo va a transformar en estrona. Los niveles circulantes de testosterona no cambian significativamente durante el climaterio temprano, lo que cambia la proporción entre los andrógenos y los estrógenos, lo que conlleva a síntomas de exceso de andrógenos en algunas mujeres^{3,15}.

Talaulikar³ y Torres-Jiménez et al¹⁵ mencionan que al haber una disminución de los niveles de estradiol se va a producir una maduración folicular irregular con ciclos ovulatorios y

anovulatorios, cuando se presentan estos últimos no se producirá progesterona, por lo que hay un estado de hiperestrogenismo relativo que puede ocasionar hipermenorrea^{3,15}.

2.2.4 Clínica

Conforme aumenta la longevidad y la esperanza de vida de la población a nivel mundial, cada vez más mujeres experimentarán la transición a la menopausia y pasará gran cantidad de tiempo en la etapa postmenopáusica. Esto adquiere una relevancia en el campo de la salud pública, ya que la prolongación de la vida conlleva a la necesidad de garantizarle a las mujeres una buena calidad de vida durante este periodo.

Esta transición representa un proceso natural que se caracteriza por medicaciones fisiológicas, endocrinas y psicológicas que representan el agotamiento de la función ovárica, por lo que estos cambios no solo afectan la reproducción, sino también repercuten en los diversos sistemas corporales, como el cardiovascular, óseo, metabólico y neuropsicológico.

El cáncer de mama suele ser la principal preocupación de las mujeres en la etapa de la menopausia, pero se les debe informar que el uso de un tratamiento combinado de estrógenos y progestágenos no aumenta el riesgo de padecerlo. Se sabe que las mujeres que solo toman estrógeno tienen una disminución en la incidencia del cáncer de mama. En mujeres con alto riesgo de cáncer de mama, incluidas las que tienen mutaciones BRCA, no hay evidencia de que exista un aumento en el riesgo con el uso del reemplazo hormonal si se compara con la población general³⁴.

Las manifestaciones, duración e intensidad pueden variar entre las mujeres, ya que no es una experiencia igual en todas las personas, en esto influyen diversos factores genéticos, étnicos, psicológicos, ambientales y socioculturales. La interacción de estos elementos puede modificar la percepción, expresión y manejo de los síntomas. Se requiere un enfoque terapéutico y una atención individualizada que contemple la diversidad de las experiencias femeninas que promuevan el bienestar físico y emocional durante esta etapa natural.

Los síntomas vasomotores incluyen sofocos y sudores nocturnos, los cuales son los más comunes y afectan a más del 80% de las mujeres durante el climaterio con una frecuencia variable. Ocurren con mayor frecuencia en las fases perimenopáusicas tardías y posmenopáusicas tempranas debido a cambios en la termorregulación del sistema nervioso

central mediados por neurotransmisores hipotalámicos en respuesta a la falta de esteroides sexuales, lo que puede afectar la calidad de vida³.

Talaulikar³ menciona que, si bien se sabe que las mujeres asiáticas se ven menos afectadas por los síntomas vasomotores, las mujeres que tienen menopausia quirúrgica tienden a experimentar una mayor severidad de los síntomas. Además de las variaciones en la raza y la etnia, la frecuencia y la gravedad de los sofocos pueden verse afectadas por diferencias fisiológicas, genética, dietas ricas en productos de soja y diferencias socioculturales. Estos factores se pueden ver exacerbados por el tabaquismo, la obesidad y la inactividad física.

Este mismo autor comenta que otros síntomas comunes por disminución de la serotonina incluyen alteración del sueño, cambios de humor, depresión y ansiedad, además de presentar cansancio, confusión mental, palpitaciones, xerostomía, xeroftalmia, dispareunia, disminución de la libido, dificultad para la excitación y alcanzar el orgasmo. Se cree que la aparición temprana de síntomas durante la transición indica una mayor duración de los síntomas molestos.

También, se pueden presentar síntomas de atrofia urogenital como sequedad vaginal, ardor, irritación, reducción del tejido y dispareunia y síntomas de vejiga como urgencia y frecuencia y prolapso de órganos pélvicos. Esto por la deficiencia de estrógenos que causa que la mucosa vaginal se adelgace y haya una reducción en las células superficiales, colágeno, glucógeno, lactobacilos y vascularización por lo que se puede presentar fragilidad de la mucosa vaginal, alcalinización del pH y lubricación deficiente. Puede haber además una reducción en la cantidad de colágeno y elastina causando una función alterada del músculo liso vaginal. Si esto no se revierte, aumenta las probabilidades de infecciones del tracto urinario. Todos estos síntomas se pueden presentar en el 50% de las mujeres menopáusicas^{3,15}.

La deficiencia de estrógenos también tiene un efecto negativo en el tejido conectivo, las articulaciones, la piel y la matriz ósea ya que los estrógenos inhiben la resorción ósea y favorecen el crecimiento de los osteoblastos, además de la regulación del calcio sérico. El envejecimiento y la disminución hormonal parecen tener un efecto negativo en el envejecimiento muscular, causando una pérdida progresiva de masa muscular. Un estilo de vida saludable que incluya ejercicio regular es vital para mantener la masa muscular y la salud ósea^{3,15,34}.

La función fisiológica principal de la vitamina D está relacionada con la homeostasis ósea. Estudios actuales mencionan que hay una interacción entre la vitamina D y el sistema inmunitario, ya que el receptor de vitamina D se expresa en las células inmunitarias como las células T, B, dendritas, macrófagos y monocitos ya que son necesarios para la conversión de 25-hidroxivitamina D a su forma activa. También se ha demostrado que la vitamina D produce péptidos antibacterianos y estimula la actividad de autofagia de los macrófagos, lo que promueve una respuesta antibacteriana⁴³.

El riesgo de una trombosis venosa aumenta con el uso del tabaco, edad avanzada, obesidad y terapia hormonal sustitutiva vía oral ya que el uso de terapia hormonal vía transdérmica no se asocia con un mayor riesgo de padecer trombosis y es la vía de administración indicada en mujeres con factores de riesgo de padecerla³⁴.

Al estrógeno se le atribuye un papel protector en el endotelio vascular ya que puede aumentar la vasodilatación e inhibir la respuesta a la formación de aterosclerosis. En el momento en que la mujer ya tiene la menopausia como tal, existe un mayor riesgo de presentar afecciones de distintos sistemas cuando se reducen los niveles de estrógeno. La incidencia de una cardiopatía isquémica aumenta en un 50% por alteraciones en el metabolismo de los lípidos que provocan una elevación del colesterol LDL y descenso del colesterol HDL, mayor resistencia a la insulina, osteoporosis y predominio androgénico.^{2,19,34}

Las mujeres tienden a desarrollar enfermedades autoinmunes, lo que indica que hay enfermedades que están mediadas por hormonas sexuales. Hay estudios que mencionan que hay un aumento en los niveles de marcadores proinflamatorios y la respuesta de las células a estas citocinas, además de una disminución en los niveles de linfocitos T, B, CD4 y en la actividad de las células NK en mujeres posmenopáusicas. Estas condiciones inflamatorias se afectan por el ambiente inmunitario por la falta de estrógeno, el cual es un potenciador de la inmunidad humoral, mientras que los andrógenos y la progesterona funcionan como inmunosupresores naturales⁴³.

2.2.5 Pruebas diagnósticas

La menopausia se puede diagnosticar clínicamente en una mujer mayor de 45 años con síntomas menopáusicos y con 12 meses o más de amenorrea sin una causa patológica que la

explique. Es importante que durante la menopausia se les brinde información sobre las implicaciones a corto y largo plazo de no tratar los síntomas de la menopausia y los síntomas vasomotores. No se requieren pruebas adicionales para establecer el diagnóstico, pero se le podría enviar una serie de pruebas de laboratorio y gabinete de control a la mujer con el objetivo de identificar factores de riesgo para patologías que se pueden sobre expresar en esta etapa por la disminución de los estrógenos^{2,3}.

Tabla 3 Estudios de laboratorio y gabinete en la perimenopausia

Estudio	Justificación
Citología cervical	Para la detección oportuna de cáncer cervicouterino
Perfil de lípidos	Para la detección oportuna de riesgo elevado de enfermedad cardiovascular, además de poder evaluar la presencia de síndrome metabólico
Glucosa sérica	Por el aumento de la resistencia a la insulina, además de evaluar la presencia de síndrome metabólico
Mastografía basal	En caso de iniciar terapia hormonal aumenta el riesgo de cáncer de mama, por lo que en caso de ser necesario se usará de forma comparativa
Ultrasonido pélvico	Patología uterina, ovárica y endometrial, miomatosis uterina, cáncer de ovario, cáncer de endometrio. El inicio de la terapia hormonal con estrógenos aumenta la probabilidad de hiperplasia endometrial
Examen general de orina (EGO)	Infección de vías urinarias
TSH sérica	Ante la presencia de amenorrea secundaria, siempre se deberá descartar hipotiroidismo
Densitometría ósea	Aumenta el riesgo de presentar osteoporosis en mayores de 60 años

Fuente: Tomado de Torres Jiménez y Torres Rincón. Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051¹⁵.

Para tener una terminología estandarizada, se han creado los criterios del Taller de Etapas del Envejecimiento Reproductivo +10 (STRAW+10), que se basa en los patrones de sangrado menstrual. Este se creó con base en varios estudios internacionales referentes a la transición menopáusica y tiene aspectos clínicamente aplicables que abarcan la etapa reproductiva, la transición menopáusica y la posmenopausia³.

Tabla 4: Transición de la vida reproductiva a la menopausia: estadificación de STRAW^a

	-5			-4		-3		-2		-1		1		2	
Nombre	Reproductiva			Transición menopáusica						Posmenopausia					
Duración	Variable			Media		Tardía		Inicial		Avanzada		Temprana		Tardía	
Ciclo menstrual	Regular			Regular		Regular		Variable (> 7 días de diferencia a lo normal)		Falta de > 2 ciclos + intervalo de amenorrea de 60 días o más		Amenorrea por 12 meses			
Fase folicular	FSH normal <10			FSH normal <10		FSH >10		FSH >10				FSH 10-30		FSH >40	

Fuente: Tomado de Torres Jiménez y Torres Rincón. Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051¹⁵.

Existe también el cuestionario de Calidad de Vida Específica para la Menopausia (MENQOL) el cual se ha desarrollado para evaluar la calidad de vida de las mujeres durante la menopausia. Este incluye un total de 29 ítems donde se le pregunta a la paciente si ha presentado ciertos síntomas en la última semana y los califica en una puntuación de 0 a 6, donde 0 significa que no los presenta o no son molestos y 6 que es algo extremadamente molesto. Los 29 ítems incluyen cuatro dominios, donde el vasomotor incluye 3 ítems, el psicosocial incluye 7 ítems, el físico incluye 16 ítems y el sexual incluye 3 ítems³⁷.

Figura 1

The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire

For each of the following items, indicate whether you have experienced the problem in the **PAST MONTH**. If you have, rate how much you have been **bothered** by the problem.

				Not at all	_____						Extremely	
				bothered	0	1	2	3	4	5	6	bothered
1.	HOT FLUSHES OR FLASHES	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
2.	NIGHT SWEATS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
3.	SWEATING	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
4.	BEING DISSATISFIED WITH MY PERSONAL LIFE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
5.	FEELING ANXIOUS OR NERVOUS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
6.	EXPERIENCING POOR MEMORY	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
7.	ACCOMPLISHING LESS THAN I USED TO	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
8.	FEELING DEPRESSED, DOWN OR BLUE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
9.	BEING IMPATIENT WITH OTHER PEOPLE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
10.	FEELINGS OF WANTING TO BE ALONE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
11.	FLATULENCE (WIND) OR GAS PAINS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
12.	ACHING IN MUSCLES AND JOINTS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
13.	FEELING TIRED OR WORN OUT	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
14.	DIFFICULTY SLEEPING	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
15.	ACHES IN BACK OF NECK OR HEAD	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
16.	DECREASE IN PHYSICAL STRENGTH	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
17.	DECREASE IN STAMINA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
18.	FEELING A LACK OF ENERGY	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
19.	DRYING SKIN	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
20.	WEIGHT GAIN	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
21.	INCREASED FACIAL HAIR	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
22.	CHANGES IN APPEARANCE, TEXTURE, OR TONE OF YOUR SKIN	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
23.	FEELING BLOATED	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
24.	LOW BACKACHE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
25.	FREQUENT URINATION	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
26.	INVOLUNTARY URINATION WHEN LAUGHING OR COUGHING	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
27.	CHANGE IN YOUR SEXUAL DESIRE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
28.	VAGINAL DRYNESS DURING INTERCOURSE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	
29.	AVOIDING INTIMACY	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	→	0	1	2	3	4	5	6	

Fuente: Tomado de Elsevier. Disponible en chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://cdn-links.lww.com/permalink/meno/a/meno_21_8_2013_10_30_bushmakin_meno-d-13-00245_sdc1.pdf

2.2.6 Tratamiento

La terapia de reemplazo hormonal (TRH) sigue siendo el tratamiento más efectivo para tratar los síntomas vasomotores que se presentan en la menopausia y así mejorar la calidad de vida de las mujeres, pero las decisiones sobre el tratamiento se basan en la gravedad, la naturaleza de los síntomas y las preferencias de los pacientes por lo que es individualizado en cada caso. Lo más recomendable es usarlo en pacientes menores de 60 años^{3,34}.

El tratamiento se puede dividir en farmacológico y no farmacológico, que a su vez el farmacológico se divide en tratamiento hormonal y no hormonal. Se le debe indicar a las pacientes que el reemplazo hormonal no está indicado para la prevención de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la osteoporosis ni los síntomas neuroemocionales^{3,15}.

2.2.6.1 Tratamiento farmacológico: Tratamiento hormonal y no hormonal

Tabla 5

Hormonal			No hormonal
Estrógenos	Progestágenos	Estrógenos + progestágenos	Inhibidores de la recaptura de serotonina

Fuente: Tomado de Torres Jiménez y Torres Rincón. Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051¹⁵.

a) Tratamiento hormonal

Tabla 6

Estrógenos				Progestágenos			
<i>Naturales</i>	Estradiol	Estriol	<i>Sintéticos</i> Etinilestradiol	<i>Natural</i>	Progesterona	<i>Sintético</i>	Relacionados con la progesterona
Dietilestilbestrol	Mestranol	<i>Estrógenos conjugados</i>		Medroxiprogesterona	Ciproterona	Relacionados con la testosterona:	Hidroxiprogesterona
				derivados		Noretindrona	Levonogestrel y

Fuente: Tomado de Torres Jiménez y Torres Rincón. Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051¹⁵.

La terapia hormonal consiste en darle a la paciente estrógeno continuo para el control de los síntomas junto con un progestágeno para la protección endometrial en mujeres que no se han sometido a una histerectomía; pero a las mujeres que tuvieron su última menstruación hace menos de 12 meses, se les recomienda el uso de estrógeno continuo con progestágeno cíclico, ya que el uso continuo combinado puede provocar sangrado intermenstrual irregular³⁴.

Se recomienda utilizarlos dentro de los primeros 10 años de la menopausia o en mujeres menores de 60 años que no tengan contraindicaciones. No se aconseja que se utilicen por un periodo prolongado. Se ha visto que existe bajo riesgo de presentar efectos adversos en pacientes con menopausia tempranas con el uso de terapia de reemplazo por 5 años¹⁵.

Torres-Jiménez et al¹⁵ dice que las vías de administración de estrógenos son oral, transdérmica, tópica (gel o cremas) y se deberá ajustar a las necesidades de la paciente. La terapia combinada de estrógenos y progestágenos se debe indicar a las pacientes que tengan el útero intacto, para disminuir el riesgo de hiperplasia endometrial con alto riesgo de enfermedad cardiovascular y trombosis venosa.

Ellas también mencionan que las contraindicaciones para iniciar este tipo de terapia son cáncer de mama, condiciones malignas dependientes de estrógenos, cardiopatía isquémica, sangrado uterino anormal de causa desconocida, hiperplasia endometrial no tratada, tromboembolismo venoso, enfermedad tromboembólica arterial, HTA no controlada, enfermedad hepática aguda e hipersensibilidad de los compuestos.

Una vez establecida la dosis y vía de administración, se debe realizar revisiones mínimo una vez al año para comprobar el control de los síntomas y detectar la aparición de contraindicaciones³⁴.

b) Tratamiento no hormonal

Los inhibidores de la recaptura de serotonina como la paroxetina, venlafaxina y fluoxetina han demostrado ser eficaces en reducir la intensidad y frecuencia de los síntomas vasomotores como los bochornos. Además de que mejoran los síntomas relacionada con eventos de labilidad emocional. La gabapentina es un agonista del ácido γ -aminobutírico, y también ha demostrado su eficiencia en disminuir la intensidad de los bochornos¹⁵.

Este tipo de medicamentos generalmente no mejoran todos los síntomas de la menopausia, solo los vasomotores y no ofrecen los beneficios potenciales para la salud ósea y cardiovascular que sí ofrece la terapia de reemplazo hormonal.³⁴

2.2.6.2 Tratamiento no farmacológico

Consiste en cambiar el estilo de vida y se basa en dietoterapia, disminuir el consumo de grasas saturadas, evitar el consumo de azúcares refinados, aumentar la ingesta de fibra y agua, consumir una adecuada cantidad de calcio y vitamina D, realizar ejercicio aeróbico o yoga para controlar el peso y el IMC, evitar el alcohol y las bebidas que contengan cafeína, evitar el tabaco y fitoestrógenos¹⁵.

La actividad física puede ayudar a tratar algunos síntomas de la menopausia y ayudar a prevenir enfermedades con mayor riesgo durante la menopausia como enfermedades coronarias, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y problemas de salud mental. La actividad física se puede clasificar en ocupacional, deportiva, de acondicionamiento y otras actividades³⁵.

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque metodológico

Para poder desarrollar el presente estudio que se basa en la importancia de diferenciar de manera oportuna la clínica que puede manifestarse de forma simultánea en mujeres que están iniciando el proceso de la menopausia y aquellas que podrían estar cursando con el SS, se ha diseñado una metodología de tipo revisión bibliográfica cualitativa. Este enfoque permite analizar la superposición de los síntomas entre ambas entidades con el objetivo de llegar a un diagnóstico oportuno y preciso. Según Piña-Ferrer (2023)⁴² el conocimiento científico permite a las personas jóvenes innovar, explicar, describir, comprender y predecir aspectos para adquirir herramientas que permitan comprender y explicar cuáles son los fenómenos observados en la recopilación y análisis de datos objetivos durante la investigación.

Para poder lograrlo, se seleccionó una serie de artículos que permitieron responder a los objetivos específicos propuestos, garantizando la utilidad de los resultados y su contexto en la práctica médica en la actualidad, así como en futuras investigaciones relacionadas a las áreas de ginecología y reumatología.

3.2. Tipo de investigación

La realización de este trabajo se basó en una revisión bibliográfica de tipo descriptiva, que obedece a la necesidad de puntualizar las características de presentación clínica para lograr una visión más acertada de la situación clínica cuando se presentan ambas etiologías de manera simultánea, con el fin de aportar elementos que sean útiles para el diagnóstico diferencial entre el SS y la menopausia en mujeres en la etapa de perimenopausia.

3.3 Fuentes de información

Para respaldar el marco teórico de este estudio, se realizó una revisión de la literatura actualizada mediante la consulta en diversas fuentes de información, siendo estas principalmente artículos científicos indexados bases de datos que cumplen con los criterios de inclusión de este trabajo y son reconocidas como fuentes de datos académicas como lo son PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Natural Link, Access Medicine, entre otras, las cuales aportan información científica de calidad, publicadas en revistas con información sólida, fiable y de credibilidad médica.

Tabla 7: Criterios de búsqueda

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
1. Identificar los signos y síntomas compartidos entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia, diferenciando aquellos que pueden generar confusión en el diagnóstico clínico.	Principales manifestaciones clínicas del SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Síntomas del SS al tener exposición reducida a hormonas sexuales	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Efectos del SS sobre los genitales femeninos	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer	2020-2025	Español Inglés Portugués

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
		Nature Link, Access Medicine		
	Características menstruales y reproductivas en pacientes con SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Características del ojo seco en el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	SS: enfermedad autoinmune sistémica	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Perfil clínico del SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
	Impacto de la menopausia en enfermedades reumáticas	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Impacto de la actividad física durante la menopausia	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Síntomas asociados a la menopausia en la relación médico-paciente	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Síntomas de la menopausia y la necesidad de atención médica	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	La menopausia y el reemplazo	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia,	2020-2025	Español Inglés

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
	hormonal	Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine		Portugués
2. Describir los criterios diagnósticos actuales de ambas condiciones, evaluando la sensibilidad y especificidad de los biomarcadores serológicos, pruebas de imagen y escalas clínicas utilizadas en la práctica médica.	Clasificación y diagnóstico de la menopausia	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Determinantes clínicos en la sequedad vaginal	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer	2020-2025	Español Inglés

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
	en el SS	Nature Link, Access Medicine		Portugués
	Recomendaciones de la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) para el uso de terapias en el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Correlación de los cambios en la superficie ocular y los índices hematológicos en el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Evaluación de las directrices sobre la menopausia	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Evaluación del instrumento MENQOL en mujeres con menopausia	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer	2020-2025	Español Inglés Portugués

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
		Nature Link, Access Medicine		
	Posibles biomarcadores tisulares en las glándulas salivales en el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Impacto del SS y la presencia de los anticuerpos anti-Ro/SS-A	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Avances recientes en el diagnóstico del SS por medio de imágenes	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Evaluación de un cuestionario sobre la menopausia en el primer nivel de atención	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
	Evaluación y diagnóstico de las manifestaciones extraglandulares en el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Evaluación de la calidad de vida en pacientes con el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Preguntas sobre el reconocimiento del SS en edad avanzada	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Diagnóstico diferencial dentro del espectro del SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Validación de la Escala de Cervantes para la	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia,	2020-2025	Español Inglés

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
	evaluación de los síntomas de la menopausia	Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine		Portugués
3. Comparar los mecanismos fisiopatológicos del Síndrome de Sjögren y la menopausia, analizando las interacciones entre el sistema inmunológico, los procesos inflamatorios y las interacciones hormonales que contribuyen a la manifestación de	Revisión de la literatura sobre el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
síntomas similares.				
	Fisiología y síntomas en la transición a la menopausia	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Patogénesis y pronóstico del SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Sequedad vaginal en el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Secuelas de la menopausia prematura	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
	El sistema inmune y la vitamina D en la menopausia	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Transición a la menopausia	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Patogenia y tratamiento en el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Factores asociados a la osteoporosis y fracturas en pacientes con SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Fisiopatología de la menopausia	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia,	2020-2025	Español Inglés

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
		Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine		Portugués
	Revisión actualizada de la patogenicidad sobre el SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Fisiopatología del SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués
	Patogenicidad del SS	PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link, Access Medicine	2020-2025	Español Inglés Portugués

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

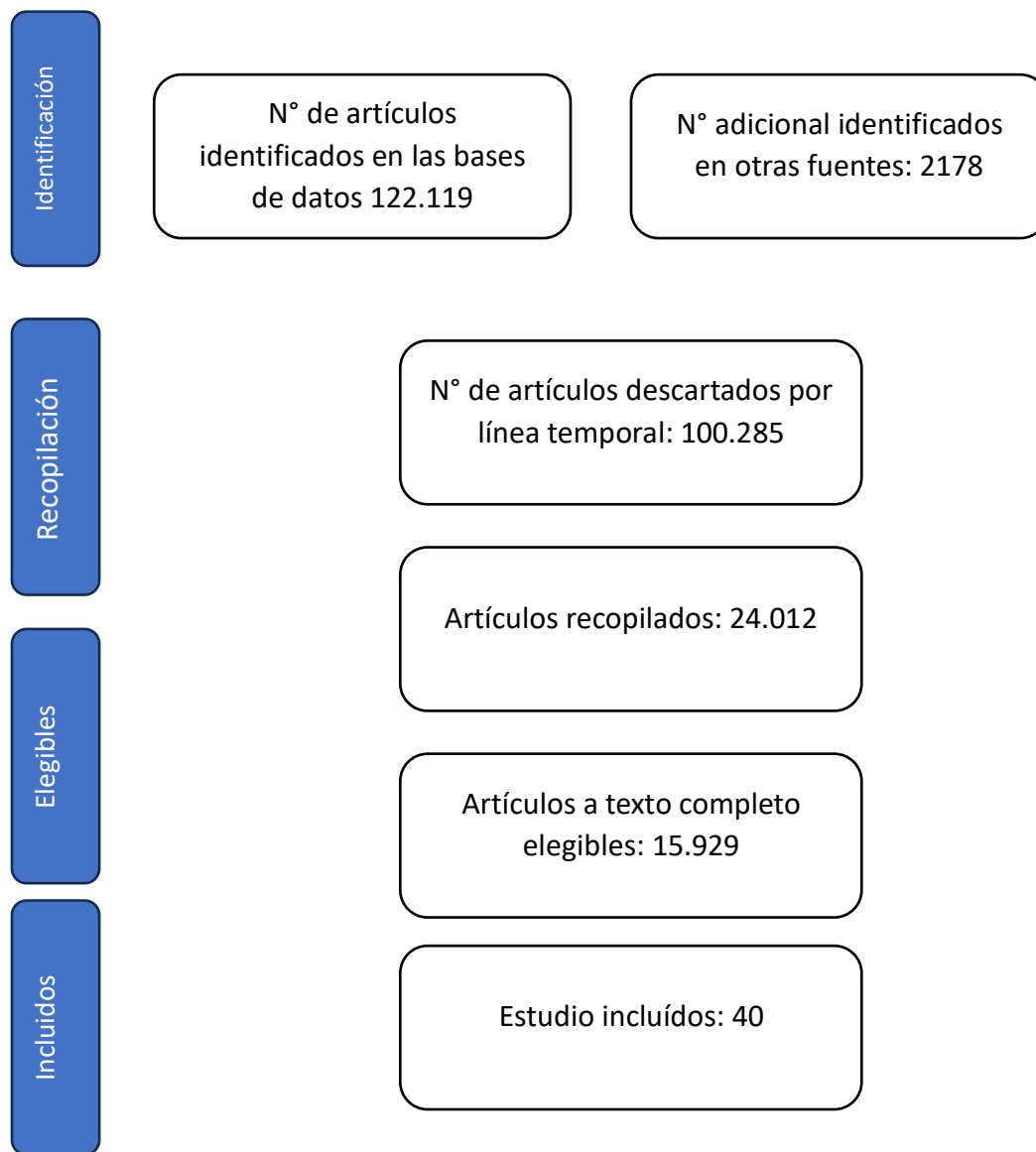
Tabla 8: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Artículos con una vigencia no mayor a 5 años	Artículos con más de 5 años de publicación
Artículos en idioma español, inglés y portugués	Artículos en otro idioma distinto al español, inglés y portugués
Artículos de revisión sistemática, estudios de casos o revisiones bibliográficas	Artículos sin respaldo científico ni indexado
Artículos cuya población sea comprendida en mujeres con sintomatología / diagnóstico de Síndrome de Sjögren	Artículos relacionados al Síndrome de Sjögren en el sexo masculino
Artículos cuya población sea comprendida en mujeres en etapa menopáusica	Artículos que hablen de mujeres jóvenes no menopáusicas
Tipos de estudios basado en revisiones de artículos de acceso completo	Artículos que no estén disponibles en texto completo
Artículos científicos con el manejo interdisciplinario referente al objeto de estudio “Superposición de síntomas entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia” o relacionado con estos	Artículos que hablen solamente de tratamientos o terapias de ambas etiologías

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.5 Análisis de la información

Figura 2: Diagrama de flujo o algoritmo de búsqueda



Fuente: Elaboración propia, 2025

3.6 Clasificación según niveles de evidencia

Tabla 9: Cantidad de artículos según nivel de evidencia

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	Porcentaje
1	Revisión sistémica	22	22	55%
2	Cohorte longitudinal	2	2	5%
3	Descriptivo	2	16	40%
	Correlacional	5		
	Transversal	8		
	Cualitativo	1		
4	-	0	0	0%
5	-	0	0	0%
Total		40	40	100%

Fuente: Elaboración propia, 2025

CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este capítulo tiene como propósito principal examinar de forma detallada los resultados obtenidos durante la investigación sobre de la superposición de síntomas entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia. A partir de la información recolectada en diversas fuentes bibliográficas, se pretende establecer una interpretación amplia que permita comprender cómo interactúan los cambios hormonales del climaterio con los mecanismos inmunológicos característicos de esta enfermedad autoinmune.

Los resultados que se expondrán en este documento constituyen la base para cumplir los objetivos específicos planteados y comprobar la hipótesis propuesta. Con esto se busca generar nuevos conocimientos acerca de una condición que, a pesar de su importancia clínica, ha recibido poca atención en la literatura, especialmente en relación con la etapa reproductiva femenina.

El análisis de resultados se basa en el conocimiento de que el Síndrome de Sjögren y la menopausia son entidades que comparten manifestaciones clínicas y fisiológicas similares entre sí, mencionando como principales síntomas la sequedad de mucosas, la fatiga, mialgias y las alteraciones emocionales. Aunque en el Síndrome de Sjögren sea por una presentación fisiopatológica y en la menopausia por algo fisiológico en la vida de toda mujer, los estrógenos son los responsables de muchos de los síntomas que se presentan, ya que pueden afectar la transición a la menopausia, la respuesta inmunitaria y la actividad inflamatoria sistémica, pudiendo afectar la severidad de los síntomas y el avance en la progresión del síndrome.

También, se busca analizar los resultados relacionados a la sintomatología, tomando en cuenta las manifestaciones asociadas al síndrome como la xerostomía, xeroftalmia, artralgias y fatiga, como aquellos que se relacionan al climaterio como los sofocos, alteraciones del sueño, disminución de la libido y cambios emocionales. Todo este abordaje facilita la identificación de los síntomas, lo que puede aportar evidencia sobre la dificultad en el diagnóstico que enfrentan las mujeres en esta etapa de su vida.

Finalmente se busca analizar si hay una intensidad mayor de los síntomas cuando ambas condiciones coinciden y si pueden llegar a tener implicaciones de importancia en la calidad de vida, por lo que este capítulo pretende ofrecer un análisis integral, donde resalte la importancia del diagnóstico oportuno, la atención multidisciplinaria y el abordaje

terapéutico en las mujeres que están viviendo la etapa de la menopausia y presenten el Síndrome de Sjögren.

La interpretación de los resultados se basa en la evidencia del marco teórico, lo que permite apoyar otras investigaciones orientadas a analizar los mecanismos hormonales e inmunológicos relacionados y las estrategias clínicas que mejoren la calidad de vida de las mujeres en las etapas de su vida.

4.1 Análisis del primer objetivo específico titulado: Identificar los signos y síntomas compartidos entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia, diferenciando aquellos que pueden generar confusión en el diagnóstico clínico.

Este primer objetivo específico busca identificar los signos y síntomas entre ambas condiciones con el fin de distinguir aquellos que puedan generar alguna confusión en el diagnóstico clínico. Esto resulta fundamental, ya que ambas condiciones afectan a mujeres en edades similares y presentan manifestaciones comunes. Sin embargo, aunque ambas tengan una presentación clínica similar, los mecanismos fisiopatológicos son distintos, lo que plantea un reto al momento del diagnóstico.

Un análisis entre las similitudes y las diferencias es lo que permitirá establecer criterios exactos para una valoración clínica que ayude a evitar diagnósticos erróneos o retrasados, logrando mejorar la atención completa de las pacientes.

Para el análisis de este objetivo, se utilizaron diversos artículos de revisión bibliografía tomados de PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link y Access Medicine en idioma inglés, español y portugués en un periodo entre el 2010 y el 2025, ya que se tomaron en cuenta algunos artículos de los antecedentes históricos.

Se utilizó un total de 60 artículos para la realización completa de este trabajo de investigación, de los cuales los que mejor responden a los resultados de este objetivo son:

Tabla 10

Referencia	Autores	Año	Título del artículo	Aporte al objetivo
3	Talailikar	2022	Transición a la menopausia: fisiología y síntomas	Menciona los síntomas más comunes en la etapa de la menopausia, incluyendo síntomas vasomotores como sofocos y sudores nocturnos y sistémicos como xerostomía, xeroftalmia, dificultad para dormir, fatiga, cambios de humor, ansiedad, sequedad vaginal, dispareunia, síntomas vesicales, artralgias, sequedad cutánea.
4	Reyes Jaraba et al	2022	Síndrome de Sjögren: epidemiología y manifestaciones clínicas	Habla de que las principales glándulas exocrinas afectadas son las salivales y las glandulares que causan xerostomía y xeroftalmia respectivamente, además de depresión y ansiedad. Menciona que la triada característica es dolor muscular, fatiga y sequedad.
8	Diez Morrondo et al	2010	Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento	Menciona que los principales síntomas de este síndrome son sequedad bucal y ocular. Se pueden presentar manifestaciones glandulares como xerostomía, xeroftalmia, tumefacción de glándulas salivales mayores y afectar otras glándulas exocrinas

				y provocar sequedad vaginal, además de manifestaciones extraglandulares y presentar afectación musculoesquelética, neuropsiquiátrica, cutánea, gastrointestinal, renal, pulmonar, tiroides y se puede asociar a linfoma.
9	Martínez Larrarte et al	2010	Síndrome de Sjögren	Las principales manifestaciones clínicas del síndrome son sequedad bucal y ocular, aunque puede presentar manifestaciones respiratorias, dermatológicas, digestivas, musculoesqueléticas, hematológicas, cardiovasculares, renales, neuropsiquiátricas y del sistema nervioso periférico.
13	Ambos et al	2017	Revisión del síndrome de Sjögren primario: más allá de la sequedad: de la fisiopatología al diagnóstico y tratamiento	Lo principal que se va a presentar es síndrome de ojo seco y síntomas generales sistémicos como fatiga, depresión, ansiedad y afectación de diversos componentes como glandular, articular, piel, pulmones, riñones, músculos, sistema nervioso periférico, sistema nervioso central y hematológico.
26	Caban et al	2022	Ojo seco en el síndrome de Sjögren: características y tratamiento	En este artículo se habla principalmente de la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas como las lagrimales, causando el síndrome de ojo seco.

28	Negrini et al	2022	Síndrome de Sjögren: una enfermedad autoinmune sistémica	Menciona que el síndrome se caracteriza por causar daño autoinmune en las glándulas salivales y lagrimales, además de afectar otras mucosas como las vías respiratorias, tracto gastrointestinal y la vagina, causando un síndrome seco, además de presentar también fatiga, depresión, ansiedad y disminución del rendimiento físico.
35	Money et al	2024	El impacto de la actividad física y las intervenciones de ejercicio sobre los síntomas de las mujeres que experimentan la menopausia: descripción general de las revisiones	Este artículo busca evaluar la eficiencia de la actividad física y el ejercicio dirigido específicamente a pacientes en etapa de climaterio o postmenopáusicas, ya que existe evidencia de que el yoga y la actividad aeróbica pueden ser beneficiosos para estas mujeres.
36	Kingsberg et al	2024	Alineación médico-paciente en la carga de síntomas asociados a la menopausia: evidencia del mundo real de EE. UU. y Europa	Menciona que los síntomas de la menopausia pueden presentarse de forma natural o inducidos por tratamientos que disminuyen los estrógenos, dichos síntomas pueden ser vasomotores o sistémicos.

38	Matzumura et al	2025	Síntomas de la menopausia y necesidades de atención en mujeres de mediana edad	Los principales síntomas informados durante la transición a la menopausia son los vasomotores como los sofocos y sudores nocturnos, además de molestias musculares y articulares, agotamiento físico y mental, y afectación del estado de ánimo.
44	Guerrero et al	2023	Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal	Durante la menopausia se presentan cambios físicos y clínicos, los cuales pueden afectar el sistema urinario, cardiovascular, puede haber osteoporosis y presentarse síntomas vasomotores.
59	Yaseen et al	2024	Síndrome de Sjögren	El Síndrome de Sjögren se puede presentar con manifestaciones glandulares afectando principalmente los ojos y la boca, además de piel, mucosas de nariz garganta, laringe, bronquios, vulva y vagina, causando un síndrome seco. Puede presentar además manifestaciones extraglandulares como agrandamiento de glándulas parótidas, linfadenopatías, síndrome de Raynaud, insuficiencia pancreática y vasculitis de pequeños vasos, piel y nervios de fibras grandes o sistema nervioso central.

Fuente: Elaboración propia 2025.

De acuerdo con las tablas anteriores, se puede observar cómo los distintos autores de los artículos relacionados al Síndrome de Sjögren coinciden en que las principales manifestaciones son las glandulares, siendo la xerostomía y la xeroftalmia la manifestación principal de esta patología, ya que se presentan en casi todos los casos, mientras que los síntomas sistémicos como la fatiga, el dolor muscular y articular, la depresión y la ansiedad, aparecen con menor frecuencia pero afectando de igual manera la vida de las pacientes, por lo que se debe dar a la paciente un manejo multidisciplinario ya que la enfermedad va más allá del compromiso glandular.

Es importante saber que la afectación también se da en las glándulas de los distintos sistemas corporales como el respiratorio, gastrointestinal, genitourinario. Esto puede ocasionar manifestaciones que van más allá de la sequedad, provocando molestias como tos seca, sensación de irritación en las vías respiratorias, sensación de cuerpo extraño en los ojos, disfagia o malestar gastrointestinal, irritación y sequedad vaginal causando mayor predisposición a infecciones por la afectación de las mucosas y la sequedad generalizada de la piel. La inflamación crónica y la infiltración linfocítica de las glándulas destacan el compromiso autoinmune de la enfermedad y explican la disfunción progresiva de las glándulas en las pacientes.

A nivel musculoesquelético, las artralgias y mialgias son las manifestaciones extraglandulares más comunes del Síndrome de Sjögren, ya que afectan la capacidad funcional y el bienestar general de las pacientes, lo que dificulta el diagnóstico diferencial de otras patologías reumáticas. Las artralgias se presentan con un dolor crónico, que puede involucrar cualquier articulación, presentando inflamación persistente y rigidez matutina, disminuyendo las actividades cotidianas, por lo que puede llegar a confundirse con artritis reumatoide debido a la similitud clínica. Las mialgias suelen asociarse a fatiga y debilidad, lo que provoca un impacto físico y psicológico en las pacientes.

Las manifestaciones neuropsiquiátricas en el Síndrome de Sjögren se encuentran poco estudiadas, pero afectan de manera importante la calidad de vida de las pacientes. Se han observado alteraciones en el estado de ánimo, irritabilidad, ansiedad, depresión e insomnio, que se pueden asociar erróneamente a procesos que puede estar presentando la mujer como lo es la menopausia. Estas alteraciones pueden tener distinto origen e involucrar procesos

autoinmunes que afectan el sistema nervioso y pueden causar un impacto emocional por la fatiga persistente y las limitaciones funcionales que puede estar presentando en ese momento. Estas manifestaciones pueden mejorar por medio del apoyo de psicología y estrategias de acompañamiento multidisciplinario que ayuden a la estabilidad mental de la paciente.

La organización de los datos resumidos en las tablas evidencia un patrón clínico que ayuda a comprender la naturaleza del Síndrome de Sjögren, destacando la triada característica compuesta por dolor muscular, fatiga y sequedad, la cual es en una guía para orientar la sospecha clínica y valorar la evolución de las pacientes. Esta combinación de síntomas demuestra que es una enfermedad multifactorial, la cual no se limita únicamente al compromiso glandular, sino que abarca una amplia variedad de síntomas sistémicos que deben ser valorados integralmente para un diagnóstico y manejo adecuados para brindar una atención completa a las pacientes que presentan esta condición.

Después de abordar los hallazgos que se relacionan al Síndrome de Sjögren, a continuación, se abordará un análisis del proceso trascendental en la vida de la mujer como lo es la menopausia, un proceso fisiológico que representa una transición que se caracteriza por una serie de cambios endocrinos, metabólicos y emocionales que influyen en los diversos sistemas del organismo. La revisión de los artículos permite conocer las principales manifestaciones de etapa, demostrando como los cambios hormonales influyen en el bienestar físico y psicológico de las mujeres.

Al analizar los artículos relacionados con la menopausia, se conoce que es un proceso biológico complejo que marca el cese de la función ovárica, la cual es una transición significativa en la vida de la mujer, ya que hay cambios endocrinos, metabólicos, físicos y emocionales que se relacionan con el bienestar y la calidad de vida de la paciente.

Las manifestaciones más frecuentes son sofocos, sudores nocturnos, sequedad de mucosas, fatiga, molestias osteomusculares y alteraciones del estado de ánimo, donde forman un cuadro clínico variable entre las mujeres ya que en todas se presenta de distinta manera y son parte del envejecimiento natural o inducidos por tratamientos supresores de los niveles de estrógeno.

Los síntomas vasomotores son considerados los más característicos y uno de los principales motivos de consulta durante el climaterio o la perimenopausia. Se manifiestan como episodios súbitos de calor en el pecho o rostro y se irradian por el cuerpo acompañados de sudoración, palpitaciones, ansiedad, escalofríos y enrojecimiento cutáneo. Son consecuencia de la inestabilidad del centro termorregulador en el hipotálamo y se da por el descenso progresivo de los niveles de estrógenos, lo que causa una respuesta exagerada causando una vasodilatación ante variaciones mínimas de temperatura corporal.

En algunas mujeres estos síntomas se pueden presentar de forma transitoria y leve, mientras que en otras son persistentes e intensos, pudiendo interferir con actividades diarias como el sueño, generando un impacto negativo en el descanso, ya que pueden provocar que la persona se despierte frecuentemente, causar insomnio y un posterior agotamiento matutino lo que conlleva a un rendimiento físico y cognitivo menor.

Existe evidencia de que las mujeres que experimentan sofocos intensos presentan mayores niveles de irritabilidad, cansancio y ansiedad, por lo que hay una estrecha relación entre los síntomas vasomotores y el bienestar psicológico y mental. La frecuencia e intensidad de los sofocos se relacionan con factores ambientales, étnicos, genéticos y estilos de vida, por lo que pueden ser más intensos en mujeres con sobrepeso, que consuman alcohol o tabaco y manejen niveles elevados de estrés, por lo que hay una gran variabilidad en la forma de presentación, ya que la respuesta fisiológica al descenso hormonal es individual y el impacto de los síntomas es subjetivo al depender de distintos factores biológicos y emocionales.

A nivel sistémico, la disminución progresiva de estrógenos durante la menopausia afecta múltiples funciones corporales que pueden generar síntomas que se puede confundir con otras patologías. Por ejemplo, muchas mujeres refieren experimentar xerostomía y xeroftalmia, manifestaciones que antes se asociaban exclusivamente a enfermedades autoinmunes al pensar que solo eran causadas por una disfunción de las glándulas exocrinas. Actualmente se sabe que, durante la transición a la menopausia, estos síntomas son el reflejo de una disminución de la actividad secretora causada por el hipoestrogenismo, afectando la hidratación y protección de las mucosas y tejidos corporales.

Puede haber también sequedad vaginal y dispareunia, que son manifestaciones que comprometen el estado físico, emocional y la intimidad de las mujeres que lo padecen. La caída de los niveles de estrógeno se relaciona con adelgazamiento de la mucosa, reducción de la lubricación natural y pérdida de la elasticidad de la mucosa vaginal, lo que afecta la vida íntima y emocional, ya que causa sentimientos de ansiedad y disminución de la autoestima.

La repercusión sistémica por la reducción estrogénica no afecta solo las mucosas, sino que también puede afectar la piel, causándole sequedad y pérdida de la elasticidad por disminución de colágeno y en el cabello provoca adelgazamiento de la hebra capilar.

A nivel del sistema osteomuscular, causa mialgias y artralgias por la alteración del metabolismo óseo y muscular, así como una reducción de la densidad mineral ósea, pudiendo provocar osteoporosis, la cual es una de las complicaciones que las mujeres más temen en el periodo de la menopausia, ya que existe el riesgo de fracturas y limitación en la movilidad.

En el sistema genitourinario, la disminución hormonal puede provocar alteraciones como incontinencia por esfuerzo o urgencia urinaria, manifestaciones que afectan directamente la vida diaria de las pacientes, ya que pueden causar incomodidad y limitar las relaciones sociales o laborales al sentirse una persona vulnerable y causarle vergüenza, baja autoestima y ansiedad, afectando las relaciones interpersonales.

Los cambios metabólicos también se afectan junto a la menopausia, ya que pueden aparecer otras complicaciones como síndrome metabólico, dislipidemia o hipertensión arterial y causar mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, ya que afecta el metabolismo de los estrógenos sobre los lípidos y los vasos sanguíneos, predisponiendo a enfermedades crónicas y la salud en general.

En el ámbito psicoemocional, la menopausia puede ir acompañada de una serie de cambios que incluyen alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, irritabilidad y episodios de depresión, los cuales indican que la disminución de los estrógenos también afecta el sistema nervioso y se refleja en cambios psicosociales y personales. La fatiga y la falta de concentración son síntomas comunes que afectan la vida diaria y generan frustración, lo que afecta el desempeño personal y laboral. Todo esto afecta las relaciones interpersonales,

familiares y sociales, aumentando el riesgo de alistamiento y disminución en la participación de las actividades cotidianas.

La terapia de reemplazo hormonal se considera la opción más eficaz para el manejo de los síntomas de la menopausia, destacando principalmente los sofocos, sudores nocturnos y sequedad de mucosas. Su acción se basa en la restitución controlada de los niveles de estrógenos que permite aliviar las molestias y mejorar la calidad del sueño, favoreciendo el estado de ánimo. Además, contribuye a mantener la densidad ósea, reduciendo el riesgo de osteoporosis y fracturas ejerciendo un efecto positivo en la salud cardiovascular, siempre y cuando se utilice de manera adecuada y dentro del período oportuno.

Es importante destacar que esta terapia se aplica de manera individualizada y bajo vigilancia médica, con el fin de garantizar un bienestar físico y emocional, ya que su finalidad se enfoca en el alivio de los síntomas vasomotores y se considera una herramienta que al darlo junto con hábitos de vida saludables y estrategias de autocuidado, mejoran la calidad de vida de las mujeres durante esta transición.

Existen diversos estudios que señalan los beneficios de las terapias no farmacológicas en el manejo de los síntomas de la menopausia, ya que contribuyen a mejorar la calidad de vida durante esta etapa. Entre ellas se destaca el cambio en la alimentación y estilos de vida como la implementación de la actividad física. Se ha demostrado que el ejercicio aeróbico y el yoga favorecen la reducción de los sofocos y los sudores nocturnos, además de mejorar la calidad del sueño y mantener la salud muscular y ósea. La realización constante de actividad física también fortalece el sistema cardiovascular y contribuye a la reducción de la ansiedad y los síntomas depresivos al actuar como un modulador natural del estado de ánimo mediante la liberación de endorfinas. El yoga ofrece beneficios adicionales al integrar movimiento, meditación y respiración, lo que permite reducir los niveles de estrés, mejorar la flexibilidad y promover una sensación de bienestar físico y emocional.

En síntesis, la menopausia es una etapa trascendental de cambios biológicos y emocionales en la vida de la mujer, influenciada por importantes cambios hormonales, físicos y psicológicos. La amplia variedad de los síntomas que la acompañan evidencia la complejidad del proceso y la necesidad de abordarlo desde una perspectiva integral. Tanto la terapia de reemplazo hormonal como las estrategias no farmacológicas están orientadas a

promover el autocuidado, y la práctica regular de actividad física es un pilar fundamental para el bienestar y la mejora en la calidad de vida durante esta transición.

Al analizar los signos y síntomas compartidos entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia, se observa un panorama clínico complejo, en el que la superposición de las manifestaciones puede generar una confusión diagnóstica y retrasos en la identificación precisa de cada condición. Ambas entidades afectan a las mujeres en etapas medias, lo que incrementa la posibilidad de coincidencia temporal y sintomatológica. Aunque el Síndrome de Sjögren corresponde a un proceso fisiopatológico autoinmune y la menopausia a un fenómeno fisiológico del sistema endocrino, ambas entidades tienen manifestaciones en común y son una alteración del equilibrio homeostático que regulan la función glandular, metabólica y psicoemocional.

En ambos casos, la sequedad de mucosas constituye el síntoma principal, aunque tienen distinto origen, en el Síndrome de Sjögren, la xerostomía y la xeroftalmia son consecuencia del daño en las glándulas exocrinas, donde la infiltración de los linfocitos causa una inflamación crónica y destrucción progresiva del tejido glandular, mientras que, en la menopausia son consecuencia de la disminución de los niveles de estrógeno que genera alteraciones funcionales en las glándulas sin que exista un componente inflamatorio de base.

De manera similar, la sequedad vaginal y la dispareunia son síntomas que pueden estar presentes en ambas condiciones, aunque los mecanismos que las originan son distintos, en el Síndrome de Sjögren se dan por la afectación de las glándulas mucosas y la inflamación local por el proceso autoinmune, mientras que en la menopausia son consecuencia del adelgazamiento del epitelio vaginal y la pérdida de la elasticidad de los tejidos al hipoestrogenismo. En ambos casos, estas alteraciones afectan la vida íntima, emocional y social de las mujeres, generando un impacto que va más allá de lo físico.

En cuanto a los dolores musculoesqueléticos, tanto las mialgias como las artralgias forman parte de un problema en ambas condiciones, aunque con mecanismos fisiopatológicos sean distintos. En el síndrome, el dolor tiene un origen inflamatorio y puede estar asociado a fenómenos autoinmunes sistémicos o coexistir con alguna comorbilidad como la artritis reumatoide, mientras que, en la menopausia se asocian principalmente a cambios metabólicos y hormonales propios de la deficiencia estrogénica que influyen

directamente en la masa ósea y la elasticidad de los tejidos. Aunque ambas condiciones tienen origen diferente, la similitud de la presentación clínica puede conducir a confusiones diagnósticas, especialmente si no se realiza una valoración integral que incluya estudios complementarios y una historia clínica orientada a distinguir la naturaleza de los síntomas.

En el ámbito neuropsiquiátrico, tanto el Síndrome de Sjögren como la menopausia comparten manifestaciones como alteraciones del sueño, cambios de humor, ansiedad, irritabilidad y episodios depresivos, que repercuten en la calidad de vida y el bienestar emocional de las pacientes ya que se afecta el sistema nervioso, endocrino e inmunitario. En el caso del Síndrome de Sjögren, estos síntomas se asocian a procesos de neuroinflamación y afectación del sistema nervioso, mientras que en la menopausia se relacionan con cambios hormonales y factores psicosociales propios de la transición.

A nivel sistémico, tanto el sistema cardiovascular como el metabólico se ven comprometidos por distintos mecanismos. En el Síndrome de Sjögren se asocia a la inflamación crónica y el estrés oxidativo que favorecen la disfunción endotelial y el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica, especialmente si coexiste otra enfermedad autoinmune sistémica. En la menopausia, la disminución de los niveles de estrógenos contribuye a un mayor riesgo de síndrome metabólico, caracterizado por hipertensión arterial, resistencia a la insulina, dislipidemia y aumento del tejido adiposo abdominal. En ambos casos se destaca la importancia de mantener una visión integral que permita diferenciar los mecanismos subyacentes y abordar de manera adecuada los factores de riesgo que comparten, evitando la subestimación de los síntomas y causar confusión diagnóstica.

Las manifestaciones cutáneas también son comunes en ambas condiciones y se caracterizan principalmente por la sequedad y la fragilidad de la piel, aunque igual que en los casos anteriores, la causa es de distinto origen. En el Síndrome de Sjögren, estos cambios cutáneos se relacionan con la hipoperfusión y el compromiso de las glándulas sudoríparas y sebáceas por la infiltración linfocítica y la disfunción glandular. En la menopausia, la sequedad y pérdida de elasticidad se asocian con la disminución de colágeno, elastina e hidratación cutánea, procesos que son dependientes de estrógeno. En ambos casos, las alteraciones cutáneas reflejan la repercusión sistémica de los cambios hormonales y

glandulares que provocan la sensación de disconfort y pueden impactar en la imagen corporal de las pacientes.

El análisis comparativo entre ambas condiciones permite evidenciar cómo dos procesos de distinta etiología comparten signos y síntomas que en la práctica clínica se pueden confundir con facilidad. Esta similitud debe impulsar la importancia de realizar una valoración integral de la mujer menopáusica, que contemple aspectos biológicos, emocionales y sociales. Comprender las particularidades de cada condición, resulta fundamental para establecer un diagnóstico diferencial preciso y diseñar una planificación terapéutica individualizada que combine el conocimiento científico con una atención humana, empática y centrada en solventar las necesidades de cada paciente.

4.2 Análisis del segundo objetivo específico titulado: Describir los criterios diagnósticos actuales de ambas condiciones, evaluando la sensibilidad y especificidad de los biomarcadores serológicos, pruebas de imagen y escalas clínicas utilizadas en la práctica médica.

El diagnóstico del Síndrome de Sjögren y la menopausia constituye un desafío clínico relevante debido a la superposición de signos y síntomas que pueden confundirse o enmascarse entre sí. Ambos procesos comparten manifestaciones sistémicas como la fatiga, la sequedad de mucosas y las alteraciones del estado de ánimo, lo que dificulta su diferenciación si no se aplican criterios diagnósticos específicos para cada entidad.

En la actualidad, la práctica médica se apoya en un conjunto de herramientas complementarias que incluyen biomarcadores serológicos, pruebas de imagen y distintas escalas clínicas, cuyo análisis permite determinar la presencia, repercusión y severidad de cada condición.

La utilidad de estos métodos depende de la sensibilidad y especificidad para valorar la precisión y su aplicabilidad en la práctica clínica. La capacidad diagnóstica del Síndrome de Sjögren ha mejorado gracias a la identificación de anticuerpos como el anti-Ro/SSA y el anti-La/SSB junto con estudios de imagen como la sialografía de las glándulas salivales. En el caso de la menopausia, las mediciones hormonales y las escalas de síntomas del climaterio ofrecen un diagnóstico complementario. Analizar los criterios diagnósticos de ambas

condiciones resulta esencial para lograr una identificación temprana, reducir errores diagnósticos y favorecer un manejo integral de las mujeres con posible superposición entre ambas entidades.

La revisión de los criterios diagnósticos de ambas condiciones resulta indispensable para comprender las limitaciones que pueden tenerse a lo largo de la práctica clínica. La coincidencia temporal puede generar un panorama clínico complicado, donde los síntomas inespecíficos pueden atribuirse erróneamente a una sola de las entidades. Resulta esencial que el personal médico posea una visión integral que contemple la posibilidad de una superposición entre procesos endocrinos y autoinmunes y que favorezcan una evaluación personalizada para cada mujer.

El estudio de los biomarcadores y pruebas diagnósticas permite establecer la identificación de casos atípicos o con solapamiento clínico. La utilización de pruebas de imagen junto con el desarrollo de nuevos marcadores serológicos ha contribuido significativamente al mejoramiento en el diagnóstico diferencial.

Profundizar en los criterios diagnósticos y en la efectividad de las herramientas clínicas, es fundamental para mejorar la atención médica a las mujeres que presentan manifestaciones compatibles con ambas entidades para la identificación temprana de los casos de superposición, además de favorecer la implementación de estrategias diagnósticas personalizadas basadas en la evidencia científica.

Para el análisis de este objetivo, se utilizaron diversos artículos de revisión bibliografía tomados de PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link y Access Medicine en idioma inglés, español y portugués en un periodo entre el 2010 y el 2025, ya que se tomaron en cuenta algunos artículos de los antecedentes históricos.

Se utilizó un total de 60 artículos para la realización completa de este trabajo de investigación, de los cuales los que mejor responden a los resultados de este objetivo son:

Tabla 11

Referencia	Autores	Año	Título del artículo	Aporte al objetivo
1	Rozo-Ortiz et al	2023	Síndrome de Sjögren: una revisión de la literatura	Hay distintas pruebas serológicas que se pueden realizar al paciente para diagnosticar o descartar el SS. Entre ellas se puede mencionar el AECG y el ACR/EULAR.
8	Diez Morrondo et al	2010	Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento	Existen diversas pruebas de laboratorio que se pueden realizar para confirmar la presencia de autoanticuerpos Ro/La positivos, los cuales están relacionados con el Síndrome de Sjögren. Existen también alteraciones hematológicas presentes en estos pacientes.
9	Martínez Larrarte et al	2010	Síndrome de Sjögren	El diagnóstico del SS se hace mediante el examen físico e interpretación de estudios complementarios. El cuadro 5 de este artículo menciona los criterios europeos para la clasificación del SS, los cuales incluyen síntomas oculares, orales, de glándulas salivales y ciertos autoanticuerpos.
11	Stefanski et al	2017	Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Sjögren	Se han establecido y evaluado varios criterios de clasificación como los que plantea el Colegio Americano de Reumatología y la Liga Europea Contra

				el Reumatismo, lo cuales tienen distintos criterios que incluyen sintomatología, autoanticuerpos y otros ítems que evalúan la calidad de vida de las pacientes.
13	Ambos et al	2017	Revisión del síndrome de Sjögren primario: más allá de la sequedad: de la fisiopatología al diagnóstico y tratamiento	Este artículo habla acerca de distintos criterios de clasificación los cuales incluye síntomas objetivos y subjetivos, para que, en conjunto con pruebas físicas y autoanticuerpos, llegar a un diagnóstico oportuno del Síndrome de Sjögren.
14	García-Carrasco et al	2013	Características serológicas del síndrome de Sjögren primario: correlación clínica y pronóstica	Esta revisión bibliográfica menciona cuales son los hallazgos serológicos, autoanticuerpos, células inmunes, citocinas y anormalidades hematológicas que caracterizan el Síndrome de Sjögren.
15	Torres Jiménez et al	2018	Climaterio y menopausia	El STRAW+10 es una escala que menciona ciertos criterios de clasificación para las etapas reproductivas para conocer en cuál se ubica cada mujer.
27	Ramos-Casals et al	2020	Recomendaciones de EULAR para el tratamiento del Síndrome de Sjögren con terapias tópicas y sistémicas	La Liga Europea Contra el Reumatismo creó un estudio para desarrollar las primeras recomendaciones en la evidencia y el consenso de EULAR para el manejo de pacientes con SS con medicamentos tópicos y sistémicos.

28	Negrini et al	2022	Síndrome de Sjögren: una enfermedad autoinmune sistémica	Existen distintos criterios sobre la clasificación del SS elaborados para mejorar el reclutamiento de pacientes en ensayos clínicos centrados en los pacientes que padecen específicamente SSp.
30	He et al	2025	Correlación entre los cambios de la superficie ocular y los índices hematológicos sistémicos y la actividad de la enfermedad en el síndrome de Sjögren primario: un estudio transversal	Es importante realizar pruebas físicas para confirmar el diagnóstico de SS como en el caso de la prueba de Schirmer para conocer el correcto funcionamiento de la glándula lagrimal.
37	Schultz et al	2024	Evaluación psicométrica del instrumento MENQOL en mujeres con síntomas vasomotores asociados a la menopausia	Conocer los instrumentos de evaluación que se utilizan durante la menopausia es de suma importancia para que las mujeres puedan conocer el nivel de la sintomatología que están presentando y así poder brindarles el mejor tratamiento.
45	Sadullahoglu et al	2025	Posibles nuevos biomarcadores tisulares en las glándulas salivales de pacientes con síndrome de Sjögren	Conocer los biomarcadores tisulares en las glándulas salivales ayuda a determinar los parámetros inmunohistoquímicos que pueden ayudar en el diagnóstico del SS.

46	Horai et al	2025	Una revisión del impacto del síndrome de Sjögren y/o la presencia de anticuerpos anti-Ro/SS-A en las estrategias terapéuticas para la artritis reumatoide	Se debe conocer cuáles son los anticuerpos que están presentes en esta condición ya que son biomarcadores diagnósticos del SS ya que pueden influir en la eficacia de diversos fármacos.
47	Horai et al	2024	Avances recientes en patogénesis, diagnóstico por imagen y tratamiento del síndrome de Sjögren	Entre las pruebas de imagen para el diagnóstico del SS se destacan la sialografía parotídea y la gammagrafía salival.
50	Cajamarca et al	2021	Síndrome de Sjögren y evaluación de la calidad de vida	Es vital conocer la amplia gama de escalas útiles para la evaluación de la calidad de la vida de las pacientes que padezcan SS.
59	Yaseen et al	2024	Síndrome de Sjögren	Conocer los criterios, las distintas pruebas y los autoanticuerpos es importante para el personal de salud ya que existen diversas clasificaciones para la clasificación de la gravedad del SS.

Fuente: Elaboración propia 2025.

De acuerdo con las tablas presentadas anteriormente, el análisis de los criterios diagnósticos de ambas entidades permite establecer una visión integral que incorpore las pruebas de imagen, las escalas clínicas, los biomarcadores serológicos junto con la valoración médica. Esta integración resulta relevante, ya que tanto el Síndrome de Sjögren como la menopausia se caracterizan por presentar manifestaciones variables que pueden superponerse y requieren un diagnóstico que facilite la diferenciación de los hallazgos fisiológicos del Síndrome de Sjögren de los patológicos de la menopausia, para guiar las decisiones terapéuticas para cada paciente.

Comprender la sensibilidad, especificidad y aplicabilidad de cada herramienta diagnóstica, resulta esencial para la práctica clínica al permitir una interpretación de los hallazgos y reducir la probabilidad de diagnósticos erróneos o tardíos. Este enfoque garantiza la identificación temprana y la vigilancia de la progresión de ambas condiciones y que contribuya en la toma de decisiones terapéuticas para mejorar la vida de las pacientes.

En el Síndrome de Sjögren, los criterios diagnósticos integran la evidencia clínica, los hallazgos serológicos y las técnicas de imagen, con el fin de establecer un diagnóstico certero de la enfermedad. Los marcadores serológicos más sensibles y específicos del Síndrome de Sjögren son los anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB, mientras que el factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares presentes también aportan información, aunque posean un valor diagnóstico de menor precisión. La biopsia de las glándulas salivales menores continúa siendo una herramienta diagnóstica importante como criterio de alto valor confirmatorio, sin embargo, aunque su aplicación es de carácter invasivo y tiene la posibilidad de causar complicaciones asociadas al procedimiento.

En la actualidad, las pruebas de imagen han adquirido un papel cada vez más relevante en la estructura y función de las glándulas exocrinas afectadas por el Síndrome de Sjögren. La ecografía de las glándulas salivales es una prueba no invasiva que se ha consolidado como una herramienta diagnóstica de primera línea que permite la identificación de lesiones nodulares y cambios crónicos de alta sensibilidad y especificidad que permite la comparación con otros métodos, ya que permite la evaluación de la progresión del daño glandular y la respuesta al tratamiento.

La sialografía es empleada en la práctica clínica debido a la aplicación de técnicas menos invasivas y resulta útil para la evaluación de los ductos salivales para conocer la caracterización de los patrones de obstrucción o dilatación ductal típica en el síndrome. Es una herramienta confirmatoria en casos de diagnósticos inciertos.

Por su parte, la resonancia magnética y la tomografía computarizada de alta resolución proporcionan información acerca de la anatomía de las glándulas mayores y el grado de extensión del proceso inflamatorio, además del compromiso de estructuras y tejidos adyacentes. Estas técnicas resultan útiles en la detección de complicaciones extraglandulares como linfomas o neoplasias asociadas en pacientes afectados con el Síndrome de Sjögren, aunque no se utilizan de manera rutinaria, solo en casos donde el médico necesite una visión integral cuando exista compromiso sistémico, ya que son una herramienta diagnóstica precisa.

La evaluación oftalmológica mediante la prueba de Schirmer, representa una herramienta esencial para la valoración objetiva de la xeroftalmia en el Síndrome de Sjögren. Se basa en la medición del tiempo de ruptura de la lagrime y la tinción de la superficie ocular que facilita la detección de alteraciones epiteliales y la clasificación del grado de severidad del daño ocular mientras se correlaciona con síntomas subjetivos como irritación, fotofobia y sensación de cuerpo extraño. La valoración oftalmológica es importante en el diagnóstico y pronóstico ya que permite la identificación del compromiso ocular y orienta hacia estrategias destinadas a preservar la integridad de la superficie ocular y la calidad visual de las pacientes.

El diagnóstico de las manifestaciones extraglandulares requiere un enfoque integral que combine la evaluación clínica detallada con pruebas de laboratorio y de imagen. Entre los estudios serológicos más relevantes se incluyen los anticuerpos antiRo/SSA y anti/LaSSB, el factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares, mientras que las pruebas de imagen se incluyen cuando hay compromiso del sistema musculoesquelético, neurológico, cutáneo, renal o hematológico. La integración de los hallazgos permite correlacionar la actividad sistémica de la enfermedad con el daño orgánico, lo que facilita el diagnóstico preciso para poder planificar un manejo clínico individualizado.

En el caso de la menopausia, el diagnóstico se fundamenta principalmente en criterios clínicos, los cuales se complementan con distintos biomarcadores hormonales y pruebas de imagen que confirman la disfunción ovárica y permiten evaluar las repercusiones sistémicas. El criterio clínico principal es la ausencia de la menstruación durante doce meses consecutivos sin otra causa patológica. A nivel hormonal, se observa una elevación de la FSH, niveles disminuidos de estradiol, inhibina B y hormona antimülleriana, lo que constituye una evidencia objetiva de la disfunción ovárica que provoca la menopausia.

Durante la transición de la perimenopausia, existe una variabilidad en los niveles hormonales que puede dificultar la interpretación diagnóstica, por lo que es importante integrar los resultados bioquímicos y la evaluación clínica individualizada para cada paciente. Durante esta etapa, los síntomas vasomotores, las alteraciones en el sueño, los cambios del estado de ánimo y los signos de atrofia urogenital, van a ser relevantes como los indicadores de la disfunción estrogénica.

El uso de pruebas de imagen es un componente esencial en la valoración integral de la menopausia, ya que permite evidenciar de manera objetiva los efectos sistémicos del déficit estrogénico. La ecografía transvaginal es una herramienta de primera línea que aporta información detallada sobre el volumen ovárico, la morfología endometrial y el grosor de la mucosa uterina, lo cual es fundamental para diferenciar los cambios fisiológicos del envejecimiento reproductivo de patologías concomitantes como hiperplasia endometrial o una neoplasia. Por su parte, la densitometría ósea es indispensable para evaluar la pérdida de masa ósea secundaria al déficit estrogénico, lo que permite estimar el riesgo de padecer osteoporosis y fracturas, estableciendo estrategias de prevención y tratamiento oportuno.

De forma complementaria, la evaluación de la composición corporal y el metabolismo lipídico mediante análisis bioquímicos proporcionan una visión global del impacto metabólico que causa la menopausia por el hipoestrogenismo asociado a una redistribución del tejido adiposo, aumento del colesterol LDL y el incremento en la resistencia de la insulina. Todos estos datos crean una herramienta que permite la valoración integral del estado hormonal y las consecuencias sistémicas que derivan de la menopausia, favoreciendo el abordaje clínico preventivo que se oriente a preservar la salud y calidad de vida de la mujer.

La aplicación de escalas psicométricas, como el MENQOL constituye una herramienta fundamental que permite valorar de manera integral a la mujer en la etapa de la menopausia. Este instrumento permite cuantificar la intensidad y frecuencia de los síntomas vasomotores, psicológicos, físicos y sexuales, brindando datos que identifican las variaciones clínicas a lo largo del tiempo y la valoración objetiva de las intervenciones terapéuticas, ya que permite reconocer los síntomas subjetivos y comprender el impacto que tiene la menopausia en la calidad de vida.

La combinación de estas escalas con los biomarcadores hormonales y las pruebas de imagen favorece el abordaje diagnóstico al integrar aspectos clínicos, funcionales y estructurales del proceso de la menopausia. El enfoque multidimensional permite diferenciar la menopausia de otras condiciones con síntomas similares como alteraciones endocrinas o autoinmunes y garantizar una valoración precisa y personalizada. De esta forma, la integración de herramientas orienta las decisiones terapéuticas para optimizar el seguimiento clínico y promover estrategias de salud que se adapten a las necesidades de cada paciente.

La conexión entre ambas entidades se manifiesta en la superposición de las manifestaciones clínicas, principalmente en mujeres perimenopáusicas donde la sequedad ocular, oral, mialgias, artralgias y fatiga pueden dificultar la distinción diagnóstica. Mientras que en la menopausia estas manifestaciones se dan por cambios fisiológicos en las mucosas y tejidos asociadas al déficit de estrógeno, en el Síndrome de Sjögren se da por un proceso autoinmune inflamatorio que afecta las glándulas exocrinas y puede exacerbar los síntomas de sequedad. Esta similitud sintomática crea un reto clínico, ya que ambos procesos pueden coexistir y afectarse mutuamente, incrementando la severidad de las manifestaciones y su impacto sobre la calidad de vida de las mujeres que lo padezcan.

Por esta razón, la interpretación clínica requiere un enfoque integral que valore la evaluación de biomarcadores serológicos y hormonales, el uso de pruebas de imagen, y la aplicación de escalas clínicas para valorar la severidad y el origen de los síntomas. Este abordaje permite la diferenciación de los procesos fisiológicos de la transición menopáusica de las alteraciones patológicas de origen autoinmune, lo que reduce el riesgo de diagnósticos erróneos. La integración diagnóstica contribuye a una estratificación adecuada para las

pacientes y la selección de estrategias terapéuticas se orientan al control de la actividad inmunológica y al manejo de las consecuencias del déficit hormonal.

Al comparar ambas condiciones, se observa que la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas varían según la naturaleza fisiopatológica de cada entidad y la técnica empleada. En el Síndrome de Sjögren, los biomarcadores serológicos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB y los hallazgos histopatológicos obtenidos de las glándulas salivales, ofrecen una elevada especificidad diagnóstica y constituyen criterios determinantes para la confirmación de la enfermedad. Las escalas clínicas y pruebas de imagen permiten una evaluación más amplia de la actividad sistémica y glandular que proporciona información sobre la severidad y extensión del compromiso extraglandular.

Por su parte, en la menopausia los biomarcadores hormonales como la FSH y el estradiol junto con la densitometría ósea brindan parámetros objetivos que reflejan la disfunción ovárica y sus consecuencias metabólicas, mientras que las escalas psicométricas como el MENQOL, permiten valorar de forma subjetiva el impacto de los síntomas vasomotores de la paciente, reflejando el impacto funcional y la calidad de vida.

La integración de los diferentes tipos de pruebas diagnósticas resulta fundamental para obtener un diagnóstico preciso y una caracterización adecuada del estado clínico de la paciente, especialmente en aquellos contextos donde en ambos procesos pueden coexistir o presentar síntomas superpuestos. El abordaje integral mejora la correlación entre los hallazgos clínicos, analíticos y funcionales que contribuyen a evitar retrasos terapéuticos innecesarios para preservar la función glandular, la salud metabólica y la vida en general de las pacientes.

En síntesis, los hallazgos obtenidos permiten reconocer que el Síndrome de Sjögren y la menopausia comparten manifestaciones clínicas que se pueden solapar, por lo que es un desafío significativo en la práctica médica. La evidencia analizada demuestra que la aplicación de los distintos métodos diagnósticos ya sean clínicos, hormonales, serológicos y de imagen, son importantes para una caracterización de cada condición y diferenciar los cambios fisiológicos de la menopausia de los procesos patológicos autoinmunes.

La interpretación de los resultados establece un diagnóstico concluyente cuando ambas condiciones coexisten o presentan síntomas similares. La correlación entre los datos clínicos y los resultados de las pruebas de laboratorio junto con las imágenes y las escalas validadas, constituyen una base para un abordaje más sensible y específico. Este enfoque facilita la identificación temprana de la superposición de síntomas, lo que permite la delimitación de la afectación sistémica y el grado de compromiso funcional.

Este segundo objetivo específico demuestra la necesidad de fortalecer los criterios diagnósticos de una manera integral que considere las características de cada paciente y la posible interacción entre el sistema inmunológico y endocrino. Las herramientas diagnósticas se complementan y se utilizan en ambas condiciones para la comprensión del cuadro clínico y favorecer una práctica médica precisa, dinámica y personalizada.

Finalmente, los resultados brindan una importancia del enfoque multidisciplinario e individualizado que combine la experiencia clínica con una interpretación de las pruebas que se encuentren disponibles. Esta evaluación permite establecer diagnósticos confiables para orientar la elección de la estrategia terapéutica adecuada para mejorar la calidad de vida de las mujeres que presenten manifestaciones similares que coinciden en ambas entidades. Esta integración es una herramienta vital para alcanzar una medicina preventiva, personalizada y sensible por la complejidad de los procesos que afectan a las mujeres en esta etapa.

4.3 Análisis del tercer objetivo específico titulado: Comparar los mecanismos fisiopatológicos del Síndrome de Sjögren y la menopausia, analizando las interacciones entre el sistema inmunológico, los procesos inflamatorios y las interacciones hormonales que contribuyen a la manifestación de síntomas similares.

El análisis de los mecanismos fisiopatológicos relacionados con el Síndrome de Sjögren y la menopausia resulta esencial para comprender la complejidad clínica que presentan las mujeres durante la transición a la menopausia. Este apartado se centra en el estudio de los procesos biológicos y moleculares que van a determinar la aparición de manifestaciones clínicas y la interacción entre ambas entidades. Comprender estas interacciones es fundamental para optimizar la práctica clínica permitiendo diseñar estrategias diagnósticas más precisas y orientar la implementación de intervenciones individualizadas que se adapten a las características y necesidades de cada paciente.

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la infiltración de los linfocitos en las glándulas exocrinas, principalmente en las salivales y las lagrimales, lo que conduce a la aparición de xerostomía y xeroftalmia respectivamente. En la patogénesis de esta enfermedad, los linfocitos T CD4+ y las células B desempeñan un papel central en la patogénesis de la enfermedad, provocando la producción de autoanticuerpos específicos como los anti-Ro/SSA y anti-La/SSB.

La afectación glandular se acompaña de la activación sistémica del sistema inmune generando una inflamación crónica que puede llegar a comprometer órganos y sistemas que involucran las articulaciones, riñones, piel y el sistema nervioso, lo que explica la diversidad de manifestaciones extraglandulares como artralgias, mialgias, fatiga y neuropatías. Además, la respuesta inflamatoria se asocia a alteraciones en citoquinas proinflamatorias que contribuyen a la progresión del daño tisular y a la exacerbación de las manifestaciones sistémicas, evidenciando la complejidad y naturaleza sistémica de la enfermedad.

Por su parte, la menopausia es un proceso fisiológico caracterizado por la disminución progresiva de la función ovárica y el déficit de los estrógenos circulantes. Esta alteración hormonal tiene diversos efectos sobre los sistemas del organismo incluyendo la atrofia de mucosas, cambios en la composición corporal, pérdida de masa ósea y aumento en el tejido adiposo visceral. También influye sobre el sistema cardiovascular afectando el perfil lipídico y aumentando el riesgo de disfunción vascular. El sistema nervioso se ve afectado alterando el sueño, la función cognitiva y el estado de ánimo.

A nivel inmunológico, el déficit estrogénico se asocia con la reducción de la tolerancia inmunológica, lo que favorece el estado inflamatorio y puede ampliar los síntomas que se presentan y se pueden superponer en otras entidades. La interacción entre el déficit hormonal y la respuesta inmune señala la complejidad de la menopausia y no se debe observar solo como un fenómeno fisiológico, sino como un proceso que puede modular la inflamación sistémica y contribuir a la manifestación de síntomas multisistémicos.

El estudio comparativo de los mecanismos fisiopatológicos del Síndrome de Sjögren y la menopausia permite comprender con mayor profundidad la complejidad que enfrentan muchas mujeres durante la etapa de la transición hormonal y los procesos autoinmunes. Como ya se demostró, ambas condiciones pueden presentarse de manera simultánea y

generar manifestaciones clínicas similares que dificulten la interpretación diagnóstica, por lo que analizar cómo actúa cada proceso, ayuda a reconocer los factores que determinan su aparición y evolución sobre la vida de las pacientes.

Las alteraciones inflamatorias del Síndrome de Sjögren pueden intensificar los síntomas ya que se relacionan con un déficit de estrógenos, por lo que es de suma importancia realizar un abordaje clínico integral que tome en cuenta ambos procesos.

Entender las interacciones del sistema inmune con el hormonal, es fundamental para comprender por qué algunas mujeres desarrollan síntomas más severos y persistentes que otras durante la perimenopausia. Los cambios endocrinos pueden influir en la respuesta inmunológica y favorecer la aparición de procesos autoinmunes que agraven la enfermedad.

Profundizar la comparación de ambas entidades tiene un valor académico, clínico y práctico que permite orientar la interpretación de los síntomas para mejorar la precisión diagnóstica y realizarle a la paciente una estrategia personalizada. Comprender las conexiones fisiopatológicas entre ambas condiciones ayuda a los profesionales en la salud a diferenciar los cambios esperados en la menopausia si coexistiera una enfermedad autoinmune, optimizando la atención integral y promoviendo un enfoque preventivo y multidisciplinario.

Para el análisis de este objetivo, se utilizaron diversos artículos de revisión bibliografía tomados de PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link y Access Medicine en idioma inglés, español y portugués en un periodo entre el 2010 y el 2025, ya que se tomaron en cuenta algunos artículos de los antecedentes históricos.

Se utilizó un total de 60 artículos para la realización completa de este trabajo de investigación, de los cuales los que mejor responden a los resultados de este objetivo son:

Tabla 12

Referencia	Autores	Año	Título del artículo	Aporte al objetivo
1	Rozo-Ortiz et al	2023	Síndrome de Sjögren: una revisión de la literatura	En la actualidad se considera que las células T y B desempeñan un papel importante en la fisiología de la enfermedad.
3	Talaulikar	2022	Transición a la menopausia: fisiología y síntomas	La transición a la menopausia es el fin de la vida reproductiva debido a una disminución de la actividad de los folículos ováricos por un hipoestrogenismo.
8	Diez Morrondo et al	2010	Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento	Esta revisión bibliográfica menciona que existe la teoría de que hay una infiltración de las células linfoplasmocitarias en la glándulas salivales y lagrimales además de una hiperestimulación de los linfocitos B.
13	Ambos et al	2017	Revisión del síndrome de Sjögren primario: más allá de la sequedad: de la fisiopatología al diagnóstico y tratamiento	El SS es una enfermedad multifactorial, se considera que los linfocitos T son clave para el proceso autoinmunitario, aunque ahora hay evidencia de que los linfocitos B también se encuentran implicados en la fisiopatología del síndrome.

14	García-Carrasco et al	2013	Características serológicas del síndrome de Sjögren primario: correlación clínica y pronóstica	Los epitelios autoinmunes son esenciales en la respuesta inmune y las lesiones histopatológicas del SS, además de factores ambientales, genéticos y hormonales.
15	Torres Jiménez et al	2018	Climaterio y menopausia	Al inicio de la menopausia hay una disminución de los niveles de inhibina, la cual regula la síntesis de FSH, juntos con la disminución de estradiol, son los primeros cambios fisiológicos que se presentan en el proceso y causarán ciclos menstruales de menor duración.
23	Xuan	2023	Impacto de las diferencias de sexo en la presentación clínica, patogénesis, tratamiento y pronóstico del síndrome de Sjögren	Hay una hipótesis que menciona que el estrógeno protege a las células acinares de las glándulas secretoras de la apoptosis, lo que aumenta durante la menopausia por la disminución de estrógeno.
25	van Nimwegwe et al	2020	Sequedad vaginal en el síndrome de Sjögren primario: un estudio histopatológico de casos y controles	La fisiopatología de la sequedad vaginal se desconoce, pero en las pacientes perimenopáusicas con SS y dispareunia, se encontraron infiltrados linfocíticos en el estroma del epitelio vaginal, además de una cervicitis crónica.

28	Negrini et al	2022	Síndrome de Sjögren: una enfermedad autoinmune sistémica	La aparición de linfocitos B autorreactivos conducen a la producción de autoanticuerpos y a la formación de inmunocomplejos que son cruciales para el desarrollo de la enfermedad.
30	He et al	2025	Correlación entre los cambios de la superficie ocular y los índices hematológicos sistémicos y la actividad de la enfermedad en el síndrome de Sjögren primario: un estudio transversal	Los exámenes de la superficie ocular revelaron que los pacientes con SS tenían alteraciones significativas relacionadas con la conjuntiva, específicamente en la película lagrimal y las glándulas de Meibomio.
31	Motta et al	2025	El impacto de la menopausia en las enfermedades autoinmunes y reumáticas	El estrógeno se une a diversos receptores en las células inmunes, que, al unirse, el estrógeno se transloca al núcleo, donde regulan la expresión de genes que regulan la inflamación.
43	Min et al	2021	La vitamina D y el sistema inmunitario en la menopausia: una revisión	Durante la menopausia el cuerpo está envejeciendo fisiológicamente por lo que hay una desregulación de los neutrófilos, monocitos, macrófagos y células dendríticas.
44	Guerrero et al	2023	Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal	La activación de los ovarios se da cuando la mujer tiene la cantidad suficiente de grasa para producir leptina que activa la kissispeptina que se une a receptores de GnRH

				que aumenta la formación y liberación de FSH y LH, la cuales ejercen sus efectos a nivel de los ovarios secretando estrógenos y progesterona que inician la etapa reproductiva de la mujer.
47	Horai et al	2024	Avances recientes en patogénesis, diagnóstico por imagen y tratamiento del síndrome de Sjögren	El SS es una enfermedad reumática que va a presentar ojo y boca seca por la infiltración de los linfocitos en las glándulas exocrinas como sus síntomas más comunes.
55	Zhan et al	2023	Patogenia y tratamiento del síndrome de Sjögren: revisión y actualización	Los IFN, las células Th17 y las B son cruciales para la patogénesis del SS.
57	Vigneswaran et al	2023	Fisiopatología y tratamiento de los síntomas de la menopausia	La transición de la menopausia se caracteriza por cambios en los niveles hormonales a medida que la función ovárica comienza a disminuir, por lo que también disminuyen los estrógenos y la progesterona.
59	Yaseen et al	2024	Síndrome de Sjögren	Las células B y T se infiltran en las glándulas salivales y lagrimales. Las células de los conductos salivales producen citocinas que dañan los conductos secretores y en las glándulas lacrimales hay desecación de la córnea y la conjuntiva.

Fuente: Elaboración propia 2025.

De acuerdo con la información analizada en las tablas presentadas previamente, se pueden evidenciar los distintos aspectos fisiopatológicos que permiten comparar el Síndrome de Sjögren con la menopausia desde una perspectiva integral. La revisión de estos hallazgos facilita la comprensión de ambas condiciones que, aunque tienen distinto origen, pueden compartir distintas vías que explican la superposición de las manifestaciones observadas por los distintos mecanismos biológicos con una coincidencia de los síntomas que pueden aparecer durante la etapa de la menopausia. A partir de esta información, se desarrollará los resultados del tercer objetivo, enfocado en analizar los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en cada proceso y como pueden relacionarse entre sí para crear un panorama más claro sobre su interacción y los efectos que puede provocar.

El análisis de los mecanismos fisiopatológicos del Síndrome de Sjögren y la menopausia permite comprender con mayor profundidad la interacción que existe entre el sistema inmunológico y endocrino, que en conjunto influyen en las manifestaciones que se observan en las mujeres durante la menopausia. Ambas condiciones comparten la alteración de la respuesta inmune, hormonal y la función glandular, lo que puede explicar la coincidencia de los síntomas como la xerostomía, xeroftalmia, la fatiga, el dolor articular y los cambios en el estado de ánimo. Entender esto de manera integral, facilita la interpretación de los síntomas como el resultado de los procesos biológicos que se potencian en un mismo contexto fisiológico.

La fisiopatología del Síndrome de Sjögren se caracteriza por la infiltración crónica de los linfocitos T y B en las glándulas exocrinas, afectando principalmente las salivales y las lagrimales, lo que genera un proceso inflamatorio que deteriora progresivamente el tejido glandular y su función secretora. Los linfocitos T se consideran células indispensables en el proceso autoinmunitario, mientras que los linfocitos B participan en la producción de autoanticuerpos como anti-Ro/SSA y anti-La/SSB los cuales se asocian con la severidad de la enfermedad. Además, las células epiteliales glandulares participan en la respuesta inmune y actúan como células presentadoras de antígenos causando inflamación local. Esta interacción entre las células inmunes y epiteliales genera un ambiente inflamatorio crónico que es el responsable del daño estructural y funcional que caracteriza el síndrome.

La infiltración de los linfocitos en las glándulas exocrinas se asocia a una activación de los linfocitos B que conduce a una producción aumentada de la cantidad de autoanticuerpos y

la formación de inmunocomplejos responsables del desarrollo del daño tisular característico del síndrome. Este proceso se ve potenciado por la interacción de las citoquinas proinflamatorias como el interferón, interleucinas y el factor de necrosis tumoral que conservan el ciclo inflamatorio y aumenta la respuesta inmune localmente. Con el tiempo, esta inflamación puede agravar el daño glandular, extendiéndose a otros sistemas afectando otras estructuras como articulaciones, piel, riñones y el sistema nervioso, lo que explica la diversidad de las manifestaciones sistémicas observadas. Se ha descrito que en el epitelio ocular y en las glándulas de Meibomio hay presencia de estructuras que se relacionan con una inflamación persistente que justifica las manifestaciones visuales y la xerostomía.

Por otro lado, la menopausia es un proceso fisiológico que marca una etapa importante en la vida de la mujer que señala el final de la etapa reproductiva. Está caracterizada por la disminución progresiva de la función ovárica, acompañada de la disminución significativa en la producción de estrógenos y progesterona. Este hipoestrogenismo tiene repercusiones sistémicas, ya que las hormonas sexuales femeninas participan en la regulación de la función reproductiva y desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento del equilibrio inmunológico, la salud ósea y la función cardiovascular. Durante esta transición, los niveles de inhibina disminuyen, lo que va a estimular el aumento de la síntesis de la FSH mientras que los niveles de estradiol disminuyen de manera progresiva. Estas variaciones hormonales generan cambios en la regularidad y duración de los ciclos menstruales, hasta que finalmente desaparecen por completo, marcando el inicio de la menopausia propiamente.

El déficit de estrógenos que caracteriza la menopausia tiene un impacto significativo sobre los diversos tejidos que dependen de las hormonas para su adecuado funcionamiento entre ellos la mucosa vaginal, oral y ocular, así como el tejido óseo y el endotelio vascular. Se ha propuesto que los estrógenos tienen un efecto protector sobre las células acinares de las glándulas exocrinas, contribuyendo a su supervivencia, previniendo el proceso de apoptosis. Por ello, la disminución de estrógenos propio de la menopausia favorece la pérdida progresiva de las células glandulares, provocando la aparición de la sequedad de mucosas, una de las manifestaciones más frecuentes y que es algo que también se observa en el Síndrome de Sjögren.

En mujeres menopaúsicas que presentan dispareunia y que además padecen el Síndrome de Sjögren, se ha identificado la presencia de linfocitos infiltrando el estroma del epitelio

vaginal, lo que sugiere un proceso inflamatorio autoinmune que puede verse agravado por los diversos cambios hormonales del climaterio. Esta interacción entre ambas entidades es lo que podría explicar la exacerbación de los síntomas que comparten y la dificultad para diferenciar entre ambos efectos fisiológicos.

Durante la menopausia, el sistema inmune también experimenta alteraciones importantes como consecuencia de la disminución de los niveles de estrógeno. Estas hormonas mantienen la tolerancia inmunológica que modula la respuesta inflamatoria, favoreciendo el equilibrio entre la activación y la regulación de las células inmunes. Su disminución conlleva una pérdida del control de los procesos inflamatorios lo que puede afectar los trastornos autoinmunes ya preexistentes como el Síndrome de Sjögren.

La deficiencia de estrógenos también altera la función adecuada de los neutrófilos, macrófagos, monocitos y dendritas, disminuyendo la capacidad de respuesta frente a estímulos externos, lo que compromete los mecanismos de defensa del cuerpo. Este fenómeno evidencia que la menopausia no solo representa el envejecimiento reproductivo, sino que también un proceso de inmunosenescencia en el que el sistema inmune pierde eficacia, lo que aumenta la susceptibilidad para la aparición de enfermedades autoinmunes como el Síndrome de Sjögren.

En ambas condiciones, los procesos inflamatorios e inmunitarios se relacionan en la regulación hormonal por lo que puede haber superposición y confusión en la presentación de los síntomas. En el Síndrome de Sjögren, la activación de los linfocitos se centra en la destrucción glandular, mientras que en la menopausia la disminución de estrógenos afecta el control hormonal y se crea un ambiente propicio para la inflamación ya que, el hipoestrogenismo disminuye la producción de citocinas antiinflamatorias y aumentando los proinflamatorios, dando origen a la similitud en la inflamación autoinmune.

Conocer los mecanismos fisiopatológicos involucrados contribuye a comprender mejor la interacción entre el sistema inmune y endocrino, lo que resalta la importancia de adoptar un abordaje integral en la evaluación de las mujeres que presenten superposición de síntomas. El analizar las diversas vías celulares implicadas y su relación con los cambios hormonales, permite diseñar estrategias diagnósticas precisas y desarrollar tratamientos individualizados que mejoren el componente inflamatorio y compensen el déficit hormonal, mejorando la calidad de vida de cada paciente.

En conclusión, los hallazgos obtenidos al analizar este objetivo específico relacionado con los mecanismos fisiopatológicos de ambas entidades ayudan a comprender los procesos celulares y moleculares que comparten y afectan directamente a la glándula, la regulación inmune y la función sistémica. Este análisis evidencia la necesidad considerar de manera integral los aspectos hormonales al estudiar las enfermedades autoinmunes de la mujer y recalcar la importancia de la modulación del sistema inmunológico al interpretar los síntomas que se relacionan con la etapa del climaterio. Integrar estos conocimientos es clave para avanzar hacia una medicina individualizada que fortalezca el enfoque multidisciplinario en la atención de las pacientes femeninas.

Los resultados obtenidos a lo largo de este capítulo permiten establecer un panorama integral y comparativo acerca de las características clínicas, diagnósticas y fisiopatológicas del Síndrome de Sjögren y la menopausia, dos condiciones que tiene distinto origen pero que pueden coexistir en una misma etapa de la vida de la mujer, pudiendo generar manifestaciones similares. Este análisis permitió comprender los cambios hormonales del climaterio y los mecanismos autoinmunes que pueden entrelazarse y afectar la función glandular y la salud sistémica. Este abordaje integral brinda una visión del proceso que regula la aparición de los síntomas comunes, lo que refuerza la importancia de tener una valoración personalizada.

En el primer objetivo se evidenció que ambas entidades presentan manifestaciones clínicas de distinto origen, pero que pueden coincidir en la expresión sintomática y afectar significativamente la calidad de vida de las pacientes. Mientras que el Síndrome de Sjögren es un proceso autoinmune e inflamatorio que afecta las glándulas exocrinas, la menopausia se relaciona con cambios fisiológicos causados por el hipoestrogenismo. Aunque tengan una naturaleza distinta, ambas pueden presentar síntomas comunes como la sequedad ocular y oral, fatiga, mialgias y artralgias, lo que causa confusión al momento del diagnóstico si no se realiza una valoración clínica adecuada. Este análisis también demostró que la superposición de los síntomas se da principalmente en la etapa del climaterio y la menopausia, donde se presentan cambios hormonales e inmunológicos, potenciando las manifestaciones clínicas.

En el segundo objetivo, la integración de los distintos métodos diagnósticos permitió evidenciar que la combinación de pruebas serológicas, hormonales, de imagen y psicométricas, son fundamentales para la evaluación de la actividad sistémica y el grado de afectación glandular

de ambas condiciones. Este enfoque integral demostró que las dos condiciones pueden provocar alteraciones funcionales que afectan la salud general de las pacientes, por lo que se requiere de las diversas herramientas diagnósticas para comprender la complejidad de la clínica. Utilizar estas pruebas de manera complementaria permite mejorar la precisión diagnóstica e identificar la superposición de los síntomas y poder así diferenciar los procesos fisiológicos de los patológicos. La facilitación en la toma de decisiones clínicas y la planificación de las intervenciones individualizadas, orientan a tratar oportunamente los síntomas y optimizar el manejo integral de cada paciente, tomando en consideración la variación hormonal, inmunológico y emocional.

Por último, el análisis del tercer objetivo enfocado en la fisiopatología de ambas entidades permitió profundizar de la interacción entre el sistema endocrino y el inmunológico, demostrando cómo los mecanismos inflamatorios, hormonales y autoinmunes convergen para explicar la aparición de síntomas compartidos como la sequedad de mucosas, la fatiga y las alteraciones en el estado de ánimo. Este análisis permitió evidenciar que los cambios hormonales de la menopausia pueden empeorar la respuesta inflamatoria y afectar la expresión del Síndrome de Sjögren, provocando la superposición que desafía la práctica médica.

Comprender la interrelación de ambas vías amplía el conocimiento de ambas condiciones y recalca la importancia de un abordaje multidisciplinario en el que se consideren de manera integral los factores autoinmunes, hormonales y psicosociales para así diseñar estrategias individualizadas que promuevan la atención humanizada y centrada en el paciente para comprender su entorno biológico y emocional.

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Las conclusiones que se presentan a continuación buscan sintetizar los hallazgos obtenidos a lo largo de esta investigación, integrando los resultados de los tres objetivos planteados en el capítulo anterior. A partir del análisis de las manifestaciones clínicas, los métodos diagnósticos y los mecanismos fisiopatológicos del Síndrome de Sjögren y la menopausia, se muestra el grado de complejidad y la interacción de los múltiples factores que influyen en la salud de la mujer que se encuentra en la transición hacia la menopausia.

Esta revisión bibliográfica permitió reconocer cómo los cambios hormonales de la menopausia y los procesos autoinmunes del Síndrome de Sjögren se pueden entrelazar y generar síntomas superpuestos que afectan la calidad de vida, el bienestar físico y la funcionalidad de las pacientes.

Se destaca también la importancia de un enfoque integral y multidisciplinario que considere los aspectos clínicos y hormonales e inmunológicos con el fin de diferenciar los procesos fisiológicos de los patológicos para obtener un manejo terapéutico óptimo. Comprender las interacciones fortalece el conocimiento científico de ambas condiciones y brinda las bases para crear una estrategia diagnóstica individualizada y precisa que oriente a atender las necesidades de cada mujer.

Estas conclusiones permiten establecer una referencia para promover una atención que se centre en la paciente integrando la comprensión de la biología, la inmunidad y todo el contexto clínico para fortalecer la práctica médica basada en la evidencia científica para mejorar la calidad de vida de las pacientes.

5.1.1 Conclusiones del objetivo 1: Analizar las manifestaciones clínicas del Síndrome de Sjögren y la menopausia.

- El análisis de las manifestaciones clínicas del Síndrome de Sjögren y la menopausia permitió evidenciar que comparten manifestaciones clínicas como la sequedad de mucosas principalmente oral y ocular, la fatiga, las mialgias y las artralgias, a pesar de que su origen fisiopatológico sea distinto. Esta coincidencia sintomática genera un desafío al momento en el proceso diagnóstico clínico especialmente en las pacientes de mediana edad que se encuentran en la etapa de climaterio o menopausia ya que la

superposición de los síntomas puede dificultar la diferenciación entre los cambios fisiológicos propios de la edad y los procesos autoinmunes.

- Se evidenció que los síntomas del Síndrome de Sjögren pueden exacerbarse durante la menopausia debido al déficit estrogénico, el cual puede modificar la respuesta inflamatoria e inmune de cada organismo. Esta interacción entre la disminución hormonal y la respuesta inmune demuestra la relación entre los cambios endocrinos del climaterio y la progresión de las enfermedades autoinmunes, lo que explica la razón por la cual las pacientes pueden agravar los síntomas durante esta etapa.
- Para lograr la correcta identificación de ambas condiciones, es fundamental realizar una evaluación clínica integral y detallada que tome en cuenta la edad de la paciente, el estado hormonal y la posible presencia de otros síntomas a nivel sistémico. Este análisis debe efectuarse de forma minuciosa para distinguir los cambios fisiológicos propios del climaterio de las manifestaciones de una enfermedad autoinmune que permitan un manejo clínico preciso y adecuado.
- La identificación temprana de los patrones clínicos compartidos entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia permite anticipar las complicaciones físicas y emocionales que pueden afectar a la mujer en esta etapa de su vida. Este reconocimiento favorece la planificación de las intervenciones individualizadas, orientadas en el bienestar de la paciente y el control de los síntomas, considerando necesidades biológicas, psicológicas y sociales.
- La coexistencia del Síndrome de Sjögren y la menopausia amplía significativamente el impacto en la calidad de vida de las mujeres, afectando el ámbito emocional, físico y sexual. Esta realidad resalta la necesidad de un abordaje multidisciplinario, donde las diversas especialidades médicas trabajen de forma integral para aliviar los síntomas y favorezca el equilibrio emocional, funcional y el bienestar general de la paciente.

5.1.2 Conclusiones del objetivo 2: Comparar los métodos diagnósticos utilizados en ambas entidades.

- La combinación de las pruebas serológicas, hormonales, de imagen y psicométricas resultan fundamentales para una evaluación completa de la actividad sistémica y la función glandular, permitiendo un diagnóstico preciso que se enfoque en la

identificación temprana de las superposiciones entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia para optimizar la toma de decisiones referentes a la terapia de tratamiento individualizada para cada paciente.

- La integración de los distintos métodos diagnósticos facilita la diferenciación precisa de los síntomas de cada condición, permitiendo reconocer la posible superposición clínica entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia que oriente a la planificación de intervenciones terapéuticas individualizadas que se ajusten a las necesidades de cada paciente centradas en su bienestar para mejorar su calidad de vida.
- El uso de un enfoque integral resalta la importancia de un abordaje multidisciplinario que tome en cuenta las complejas interacciones entre el sistema inmunológico y endocrino. Esta perspectiva intenta mejorar la calidad de atención y optimizar el seguimiento clínico para garantizar unas estrategias terapéuticas que se adapten a las necesidades específicas de cada paciente.
- Las pruebas de imagen como la ecografía de las glándulas salivales y la densitometría ósea proporcionan información complementaria que permite evaluar el grado de afectación sistémica. Además, son un apoyo esencial para diferenciar los cambios fisiológicos relacionados a la edad de aquellos de carácter patológico, lo que contribuye a un diagnóstico preciso y planificado.
- Las escalas psicométricas permiten incorporar de manera directa la subjetividad de la paciente, brindando información sobre el impacto funcional, emocional y social en relación con sus síntomas. Su aplicación es importante para complementarse con los hallazgos clínicos y de laboratorio que favorezcan el abordaje integral centrado en las necesidades individuales de cada mujer.

5.1.3 Conclusiones del objetivo 3: Comparar los mecanismos fisiopatológicos de ambas condiciones, analizando la interacción del sistema inmunitario y endocrino.

- El estudio de la fisiopatología evidencia cómo la interacción entre los sistemas inmunológico y endocrino contribuye a la aparición de síntomas compartidos, como la sequedad de mucosas, la fatiga y las alteraciones del estado de ánimo. Esta comprensión explica la superposición clínica del Síndrome de Sjögren y la menopausia y recalca la importancia de tener un enfoque integral para la evaluación y manejo de las pacientes.

- Comprender la interacción entre los mecanismos inflamatorios, hormonales y autoinmunes marca la importancia de un abordaje integral que considere de manera simultánea los factores del sistema endocrino e inmunológico. Esta perspectiva permite orientar las terapéuticas adaptadas a las necesidades de cada paciente.
- El conocer las vías fisiopatológicas de cada entidad proporciona una base para diseñar estrategias individualizadas que prioricen una atención centrada en la paciente. Este enfoque optimiza la calidad de vida mediante un manejo multidisciplinario que integre la comprensión de los procesos inmunológicos, hormonales y clínicos que afectan a cada mujer.
- El déficit estrogénico no solo afecta la función ovárica, sino que también disminuye la capacidad protectora de los tejidos glandulares frente a la apoptosis y al estrés oxidativo. Esta condición crea un entorno adecuado para el desarrollo o exacerbación de procesos autoinmunes en mujeres con predisposición, lo que explica la vulnerabilidad durante la menopausia.
- La interacción entre los cambios hormonales y la respuesta inmune respalda la hipótesis de que la menopausia puede actuar como un factor desencadenante o amplificador en mujeres con susceptibilidad genética al Síndrome de Sjögren, evidenciando cómo la genética, el ambiente y la endocrinología se entrelazan para influir la aparición y progresión de la enfermedad.
- El análisis fisiopatológico evidenció que el equilibrio entre los sistemas inmunológico y endocrino es determinante para mantener la homeostasis. Durante la menopausia, la pérdida de estrógenos altera esta regulación, creando un entorno favorable para la activación autoinmune, lo que contribuye a la aparición o exacerbación del Síndrome de Sjögren en mujeres que tienen la predisposición.

La superposición de los síntomas del Síndrome de Sjögren y la menopausia constituye un desafío diagnóstico y terapéutico que requiere una visión integral por parte del personal médico centrado en el bienestar de las pacientes. Comprender la interacción entre los cambios hormonales y los procesos inmunológicos, permite implementar un abordaje preciso, en el cual el estado hormonal, la función glandular y los indicadores inflamatorios se integren de manera conjunta, facilitando para decisiones individualizadas que se adapten a las necesidades específicas de cada mujer.

Finalmente, esta investigación contribuye al conocimiento sobre la salud femenina que evidenciar que las enfermedades autoinmunes están estrechamente relacionadas con el contexto hormonal de la mujer. El reconocimiento de estos procesos biológicos permitirá avanzar hacia una medicina preventiva, diagnóstica y terapéutica más humana, capaz de identificar tempranamente la superposición entre el Síndrome de Sjögren y la menopausia y a su vez, ofrecer intervenciones personalizadas que prioricen el bienestar de la paciente.

5.2 Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos en esta revisión bibliográfica, se evidencia la necesidad de establecer recomendaciones orientadas a optimizar la atención clínica y el bienestar integral de las mujeres que presentan Síndrome de Sjögren, menopausia o la superposición de ambas condiciones. Los resultados muestran que ambas entidades, aunque poseen orígenes fisiopatológicos distintos, comparten manifestaciones clínicas y mecanismos biológicos interrelacionados que pueden repercutir de manera significativa en la calidad de vida de las pacientes, afectando el ámbito físico, emocional y social.

Las recomendaciones derivadas de esta investigación tienen como propósito fortalecer con precisión el diagnóstico, seguimiento clínico oportuno y manejo terapéutico integral, considerando la interacción entre los sistemas inmunológico y endocrino. También pretenden fomentar un abordaje interdisciplinario centrado en el paciente que permita identificar de manera temprana la superposición de los síntomas, prevenir complicaciones y promover estrategias personalizadas que colaboren a mejorar la salud y la calidad de vida de las pacientes en la etapa del climaterio.

Se destaca la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinario centrado en cada paciente, que promueva la colaboración entre las distintas especialidades médicas involucradas en su atención. Esta propuesta de trabajo permite integrar la experiencia y percepción de cada profesional que favorezca el manejo integral de cada paciente para favorecer la toma de decisiones terapéuticas para optimizar la atención en el contexto biológico y emocional que garantice la comprensión de las necesidades de cada paciente.

Se busca promover el desarrollo de intervenciones individualizadas basadas en evidencia científica, que consideren los cambios fisiológicos propios de la perimenopausia y los procesos

autoinmunes que pueden coexistir en esta etapa. Este enfoque integral favorece el diagnóstico y tratamiento preciso además de fomentar la empatía, respeto y comprensión hacia las particularidades de cada paciente. Se pretende fortalecer una atención médica más humana, equitativa y centrada en cada paciente, así como reconocer la complejidad de la salud desde una perspectiva biológica, emocional y social.

5.2.1 Recomendaciones para el objetivo 1: Caracterizar las manifestaciones clínicas del Síndrome de Sjögren y la menopausia.

- Implementar evaluaciones clínicas detalladas que contemplen tanto síntomas glandulares como extraglandulares, que integren el análisis de los cambios hormonales para favorecer la detección temprana la superposición de las manifestaciones clínicas. Esto permite identificar de manera oportuna las alteraciones asociadas al Síndrome de Sjögren y la menopausia para optimizar la atención médica y mejorar la calidad de vida de las mujeres.
- Fomentar la educación de las pacientes acerca de los signos y síntomas que compartidos entre ambas entidades con el fin de facilitar la identificación temprana de los cambios clínicos y así fortalecer la comunicación efectiva entre la paciente y el personal de salud. Esta estrategia promueve el autocuidado y la detección oportuna de posibles complicaciones que puede presentar la mujer menopáusica.
- Promover la realización de entrevistas clínicas que incluyan la evaluación de los síntomas extraglandulares como la fatiga, el dolor articular y las alteraciones del estado emocional, con el propósito de obtener un registro sistémico que permita la comparación de los síntomas y la identificación de los patrones evolutivos de ambas condiciones.
- Promover la observación y seguimiento de las pacientes en etapa de perimenopausia que presente algún riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes, con el fin de identificar patrones de exacerbación de síntomas a lo largo del tiempo para facilita la intervención temprana e individualizada.
- Establecer protocolos clínicos que permitan la diferenciación de los síntomas fisiológicos propios del climaterio de los signos clínicos asociados enfermedades autoinmunes para garantizar un diagnóstico más preciso, oportuno y que se enfoque en las necesidades individuales de cada paciente.

5.2.2 Recomendaciones del objetivo 2: Integrar los métodos diagnósticos utilizados en la evaluación de ambas entidades.

- Adaptar un enfoque multidisciplinario en el proceso diagnóstico que integre pruebas serológicas, hormonales, de imagen y psicométricas para obtener una visión completa e integral del estado de salud de la paciente. Este abordaje permite complementar con los hallazgos clínicos, emocionales y funcionales que favorezcan una valoración precisa con un plan terapéutico individualizado.
- Resaltar la importancia de la interpretación de los resultados clínicos que consideren la edad, la etapa hormonal y el contexto individual de cada paciente, de forma que pueda distinguir entre los cambios fisiológicos de la menopausia de las manifestaciones patológicas que pueda presentar alguna enfermedad autoinmune como el Síndrome de Sjögren para garantizar la adecuada decisión diagnóstica y la terapia más precisa para cada paciente.
- Diseñar protocolos personalizados para el seguimiento de los pacientes con superposición de síntomas con el objetivo de asegurar un monitoreo continuo de la actividad glandular y sistémica que permita la intervención temprana y el manejo individualizado que optimice la atención de cada paciente.
- Fomentar en el personal de salud la integración sistemática de biomarcadores serológicos, hormonales y de imagen en la práctica clínica, con el fin de mejorar la precisión diagnóstica y reducir la probabilidad de diagnósticos tardíos o erróneos.
- Emplea herramientas psicométricas validadas como el MENQOL para evaluar de manera integral el impacto funcional y emocional en las pacientes para complementar estos hallazgos con los resultados objetivos de las pruebas clínicas, hormonales y de imagen para tener una visión completa del estado de salud de cada mujer.

5.5.3 Recomendaciones del objetivo 3: Analizar los mecanismos fisiopatológicos de ambas condiciones.

- Fomentar la investigación sobre la interacción entre los sistemas endocrino e inmune con el objetivo de comprender de manera más profunda la superposición de los síntomas y la progresión de la enfermedad para que permita desarrollar estrategias más precisas e individualizadas para las pacientes.

- Incorporar en la práctica clínica la valoración sistemática de los factores hormonales y autoinmunes en las mujeres perimenopáusicas que presenten riesgo de desarrollar una alguna enfermedad autoinmune con el fin de identificar cambios tempranos que prevengan y faciliten las intervenciones que mejoren la salud y el bienestar de cada paciente.
- Diseñar estrategias terapéuticas integrales que combinen el manejo hormonal y la regulación inmunológica para que se adapten a la fisiopatología específica de cada paciente con el objetivo de optimizar los resultados clínicos para minimizar las complicaciones.
- Promover la utilización de biomarcadores como herramientas predictivas para anticipar la exacerbación de los síntomas compartidos entre ambas entidades, permitiendo planificar las intervenciones preventivas y oportunas para el manejo de cada paciente.
- Implementar programas de seguimiento integral que contemplen los cambios hormonales, la activación inmunológica y los efectos sistémicos, con el objetivo garantizar un abordaje centrado en cada paciente que permita un monitoreo continuo con intervenciones oportunas que optimicen la salud de cada mujer.

En conclusión, las recomendaciones derivadas de esta investigación reflejan la importancia de adoptar un enfoque que se centre en la paciente y contemple de manera integral los aspectos fisiológicos, inmunológicos, hormonales y emocionales que son característicos del Síndrome de Sjögren y la menopausia. Los hallazgos diagnósticos evidencian la necesidad de fortalecer una atención multidisciplinaria que promueva la colaboración entre distintos profesionales de la salud que ofrezcan un manejo completo que se adapte a las necesidades individuales de cada mujer para garantizar una atención precisa y humanizada.

Estas recomendaciones también destacan la importancia de la investigación continua y el aprendizaje clínico enfocados en comprender de manera más profunda las interacciones entre los sistemas involucrado y las manifestaciones de síntomas compartidos. Esto permitirá desarrollar estrategias preventivas más efectivas que promuevan la medicina personalizada y basada en la evidencia capaz de abordar de manera integral las complejidades de la salud femenina.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rozo-Ortiz EJ, Vargas-Rodríguez LJ, Ruiz-Muñoz JL, Medina-Nieto SE, Morales-Ríos G, Sandoval-Laguado DV, et al. Síndrome de Sjögren: una revisión de la literatura. *Medicas UIS*. diciembre de 2022;35(3):9-17.
2. Fernández Durán DR, Castedo Verdura RL, Alurralde Saavedra HI, Fernández Durán DR, Castedo Verdura RL, Alurralde Saavedra HI. Capítulo II Menopausia. Definición, clasificación y diagnóstico. *Revista Costarricense de Cardiología*. junio de 2023;25(1):12-3.
3. Talaulikar V. Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 de mayo de 2022;81:3-7.
4. Reyes Jaraba CA, Pájaro Galvis NE, Vergara Serpa OV, Conquett Huertas JY, Echenique Torres OD, Cortina Gutiérrez A, et al. Sjögren's syndrome: Epidemiology and clinical manifestations. *Revista Colombiana de Reumatología*. diciembre de 2022;29(4):310-24.
5. Fernández-Ávila DG, Rincón-Riaño DN, Bernal-Macías S, Gutiérrez Dávila JM, Rosselli D. Prevalencia y características demográficas del síndrome de Sjögren en Colombia, según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social. *Reumatología Clínica*. 1 de julio de 2020;16(4):286-9.
6. Narváez J, Sánchez-Fernández SÁ, Seoane-Mato D, Díaz-González F, Bustabad S. Prevalence of Sjögren's syndrome in the general adult population in Spain: estimating the proportion of undiagnosed cases. *Sci Rep*. 30 de junio de 2020;10(1):10627.
7. Restrepo-Jiménez P, Molano-González N, Anaya JM. Geoepidemiology of Sjögren's syndrome in Latin America. *Joint Bone Spine*. 1 de octubre de 2019;86(5):620-6.
8. Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento | Seminarios de la Fundación Española de Reumatología [Internet]. [citado 6 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-aspectos-actuales-del-sindrome-sjogren-S1577356610000230>
9. Martínez Larrarte JP, Reyes Pineda Y. Síndrome de Sjögren. *Revista Cubana de Medicina*. junio de 2010;49(2):0-0.

10. Stefanski AL, Tomiak C, Pleyer U, Dietrich T, Rüdiger Burmester G, Dörner T. The Diagnosis and Treatment of Sjögren's Syndrome. *Dtsch Arztebl Int.* mayo de 2017;114(20):354-61.
11. Al S, C T, U P, T D, Gr B, T D. The Diagnosis and Treatment of Sjögren's Syndrome. *Deutsches Arzteblatt international* [Internet]. 26 de mayo de 2017 [citado 6 de junio de 2025];114(20). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28610655/>
12. M B, S A, O G, I S, B B, S S, et al. Prevalence of primary Sjögren's syndrome in Turkey: a population-based epidemiological study. *International journal of clinical practice* [Internet]. junio de 2009 [citado 5 de junio de 2025];63(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18422594/>
13. Both T, Dalm VASH, van Hagen PM, van Daele PLA. Reviewing primary Sjögren's syndrome: beyond the dryness - From pathophysiology to diagnosis and treatment. *International Journal of Medical Sciences.* 23 de febrero de 2017;14(3):191-200.
14. García-Carrasco M, Mendoza-Pinto C, Jiménez-Hernández C, Jiménez-Hernández M, Nava-Zavala A, Riebeling C. Serologic features of primary Sjögren's syndrome: clinical and prognostic correlation. *International journal of clinical rheumatology.* diciembre de 2012;7(6):651.
15. Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM, Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM. Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México).* abril de 2018;61(2):51-8.
16. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. Frecuencia y severidad de síntomas menopáusicos en una población de mujeres afrodescendientes colombianas. *MedUNAB.* 2008;11(2):113-9.
17. Monterrosa Castro A, Romero Pérez I, Paternina Caicedo Á. Manifestaciones músculo-articulares, y no las oleadas de calor, es el síntoma más prevalente en mujeres climáticas del Caribe colombiano. *Revista Salud Uninorte.* diciembre de 2010;26(2):179-88.
18. Im EO, Lee SH, Chee W. Sub-Ethnic Differences in the Menopausal Symptom Experience: Asian American Midlife Women. *J Transcult Nurs.* abril de 2010;21(2):123-33.

19. Ahuja M. Age of menopause and determinants of menopause age: A PAN India survey by IMS. *J Midlife Health*. 2016;7(3):126-31.
20. McCoy SS, Sampene E, Baer AN. Association of Sjögren's Syndrome With Reduced Lifetime Sex Hormone Exposure: A Case-Control Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. septiembre de 2020;72(9):1315-22.
21. Farenhorst CA, de Wolff L, Arends S, van Nimwegen JF, Kroese FGM, Verstappen GM, et al. Clinical determinants of vaginal dryness in patients with primary Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39 Suppl 133(6):73-9.
22. Gözüküçük M, Türkyılmaz E, Küçükşahin O, Erten Ş, Üstün Y, Yavuz AF. Effects of primary Sjögren's syndrome on female genitalia and sexual functions. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39 Suppl 133(6):66-72.
23. Xuan Y, Zhang X, Wu H. Impact of sex differences on the clinical presentation, pathogenesis, treatment and prognosis of Sjögren's syndrome. *Immunology*. abril de 2024;171(4):513-24.
24. Zhu YZ, Zhong JX, Dong LL. Menstrual and Reproductive Characteristics of Patients with Primary Sjogren's Syndrome: A 7-year Single-center Retrospective Study. *Curr Med Sci*. febrero de 2023;43(1):139-45.
25. van Nimwegen JF, van der Tuuk K, Liefers SC, Verstappen GM, Visser A, Wijnsma RF, et al. Vaginal dryness in primary Sjögren's syndrome: a histopathological case-control study. *Rheumatology (Oxford)*. 1 de octubre de 2020;59(10):2806-15.
26. Caban M, Omulecki W, Latecka-Krajewska B. Dry eye in Sjögren's syndrome - characteristics and therapy. *Eur J Ophthalmol*. noviembre de 2022;32(6):3174-84.
27. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S, Bootsma H, Vita SD, Dörner T, et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1 de enero de 2020;79(1):3-18.
28. Negrini S, Emmi G, Greco M, Borro M, Sardanelli F, Murdaca G, et al. Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. *Clin Exp Med*. 1 de febrero de 2022;22(1):9-25.
29. Moreno-Useche LD, Rangel-Rivera DA, Rangel-Rivera KL, Palmezano-Díaz JM, Salazar-Flórez JC. Perfil clínico y sociodemográfico del síndrome de Sjögren en un hospital universitario en Colombia. *Med Int Mex*. 11 de agosto de 2021;37(4):520-8.

30. He Y, Feng J, Shi W, Ren Y, Liu Y, Kang H, et al. Correlation among ocular surface changes and systemic hematologic indexes and disease activity in primary Sjögren's syndrome: a cross-sectional study. *BMC Ophthalmology*. 6 de mayo de 2025;25(1):270.
31. Motta F, Di Simone N, Selmi C. The Impact of Menopause on Autoimmune and Rheumatic Diseases. *Clinic Rev Allerg Immunol*. 21 de marzo de 2025;68(1):32.
32. Ghehi LM, Jafarabadi MA, Hakimi S, Nourizadeh R, Mehrabi E, Bafrani MA. The effect of shared decision-making on the conflict and regret in menopause symptoms management: an interventional study. *BMC Womens Health*. 20 de mayo de 2025;25(1):239.
33. Hemachandra C, Taylor S, Islam RM, Fooladi E, Davis SR. A systematic review and critical appraisal of menopause guidelines. *BMJ Sex Reprod Health*. 11 de abril de 2024;50(2):122-38.
34. Making choices at menopause - PubMed [Internet]. [citado 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31256513/>
35. Money A, MacKenzie A, Norman G, Eost-Telling C, Harris D, McDermott J, et al. The impact of physical activity and exercise interventions on symptoms for women experiencing menopause: overview of reviews. *BMC Womens Health*. 13 de julio de 2024;24(1):399.
36. Kingsberg S, Nappi ,Rossella E., Scott ,Megan, Schoof ,Nils, Moeller ,Carsten, Lee ,Lauren, et al. Physician–patient alignment on menopause-associated symptom burden: real-world evidence from the USA and Europe. *Climacteric*. 1 de noviembre de 2024;27(6):534-41.
37. Schultz NM, Morga A, Siddiqui E, Rhoten SE. Psychometric Evaluation of the MENQOL Instrument in Women Experiencing Vasomotor Symptoms Associated with Menopause. *Adv Ther*. 1 de junio de 2024;41(6):2233-52.
38. Matzumura-Kasano JP, Gutiérrez-Crespo HF, Ruiz-Arias RA, Matzumura-Kasano JP, Gutiérrez-Crespo HF, Ruiz-Arias RA. Síntomas de la menopausia y necesidades de atención en mujeres de mediana edad. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. diciembre de 2024;84(4):399-408.

39. Leone T, Brown L, Gemmill A. Secular trends in premature and early menopause in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 12 de junio de 2023;8(6):e012312.
40. Boza-Oreamuno YV, Evans-Tinoco M, Guillén-Colombari D, Torres-Labardini R, Boza-Oreamuno YV, Evans-Tinoco M, et al. Síndrome Sjögren y penfigoide de las membranas mucosas en paciente con antecedente de timoma: Reporte de caso y revisión de literatura. *Odvotos International Journal of Dental Sciences*. agosto de 2019;21(2):33-44.
41. Locklear T, Doyle B, Perez A, Wicks S, Mahady G. Menopause in Latin America: Symptoms, Attitudes, Treatments and Future Directions in Costa Rica. *Maturitas*. octubre de 2017;104:84-9.
42. Piña-Ferrer LS. El enfoque cualitativo: Una alternativa compleja dentro del mundo de la investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*. junio de 2023;8(15):1-3.
43. Min J, Jo H, Chung YJ, Song JY, Kim MJ, Kim MR. Vitamin D and the Immune System in Menopause: A Review. *J Menopausal Med*. diciembre de 2021;27(3):109-14.
44. Hines CG, Campos NVC, Madrigal MP. Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal. *Revista Médica Sinergia*. 1 de enero de 2023;8(1):e933-e933.
45. Sadullahoglu C, Yaprak N, Yazısız V, Ozbudak İH. Potential Novel Tissue Biomarkers in Salivary Glands of Patients with Sjogren's Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*. enero de 2025;14(7):2390.
46. Horai Y, Kurushima S, Shimizu T, Nakamura H, Kawakami A. A Review of the Impact of Sjögren's Syndrome and/or the Presence of Anti-Ro/SS-A Antibodies on Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis. *Journal of Clinical Medicine*. enero de 2025;14(2):568.
47. Horai Y, Shimizu T, Nakamura H, Kawakami A. Recent Advances in Pathogenesis, Diagnostic Imaging, and Treatment of Sjögren's Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*. enero de 2024;13(22):6688.

48. Matzumura-Kasano JP, Gutiérrez-Crespo HF, Wong Mac JI, Alamo-Palomino IJ. Instrumento para la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. octubre de 2020;20(4):560-7.
49. Trevisani VFM, Pinheiro AC, Fialho SC de MS, Fernandes MLMS, Pugliesi A, Pasoto SG, et al. Recommendations for evaluation and diagnosis of extra-glandular manifestations of primary Sjögren syndrome: results of an epidemiologic systematic review/ meta-analysis and a consensus guideline from the Brazilian society of rheumatology (hepatic, gastrointestinal and pancreatic). *Adv rheumatol*. 24 de octubre de 2022;62:35.
50. Cajamarca J, Guavita D, Buitrago J, Gallego L, Cubides H, Arredondo AM, et al. Síndrome de Sjögren y evaluación de la calidad de vida. *Revista Colombiana de Reumatología*. diciembre de 2020;27:140-51.
51. Manzo C. Questions as regards the recognition of elderly-onset primary Sjögren's syndrome: Where we are and where we would rather be. *Revista Colombiana de Reumatología*. diciembre de 2020;27:75-81.
52. Vega-Castro KP, Pertuz-Charris NS, Vega-Castro KP, Pertuz-Charris NS. Diagnóstico diferencial dentro del espectro del síndrome de Sjögren. *Revista Colombiana de Reumatología*. diciembre de 2020;27:67-74.
53. Dall'Agno ML, Ferreira CF, Ferreira FV, Teichmann P do V, Zandoná J, Pérez-López FR, et al. Validation of the Brazilian 10-item Cervantes Scale for the assessment of menopausal symptoms. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 20 de mayo de 2024;46:e.
54. Fernández-Rincón CA, Henao-Buritica A, García N, Ruiz-Hoyos BM, Escobar-Escobar MB, Fernández-Rincón CA, et al. Los significados de la menopausia, una mirada desde la teoría de las transiciones. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud [Internet]*. diciembre de 2023 [citado 15 de junio de 2025];55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-08072023000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es
55. Zhan Q, Zhang J, Lin Y, Chen W, Fan X, Zhang D. Pathogenesis and treatment of Sjogren's syndrome: Review and update. *Front Immunol*. 2023;14:1127417.
56. Salman-Monte TC, Sanchez-Piedra C, Fernandez Castro M, Andreu JL, Martinez Taboada V, Olivé A, et al. Prevalence and factors associated with osteoporosis and

- fragility fractures in patients with primary Sjögren syndrome. *Rheumatol Int.* agosto de 2020;40(8):1259-65.
57. Vigneswaran K, Hamoda H. The pathophysiology and management of menopausal symptoms. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine.* 1 de mayo de 2023;33(5):135-40.
58. Moratalla CMP, Cáceres BAB, Martínez MR, Martos JL, Hita JLM. Síndrome de Sjögren. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.* 1 de abril de 2021;13(30):1694-701.
59. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 15 de junio de 2025]. Síndrome de Sjögren - Trastornos de los tejidos musculoesquelético y conectivo. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquelético-y-conectivo/enfermedades-reumáticas-sistémicas/síndrome-de-sjögren>
60. McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 15 de junio de 2025]. Síndrome de Sjögren. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=268882267&bookid=3118>.

ANEXO A

Este apartado hace referencia a que los artículos científicos utilizados en el desarrollo de este trabajo fueron seleccionados a partir de una amplia revisión bibliográfica estructurada de diversas fuentes disponibles en internet. La búsqueda de información se realizó en revistas científicas especializadas, bases de datos académicas reconocidas y documentos oficiales elaborados por instituciones enfocadas en el área de la salud como lo son PubMed, Scielo, MDIP, Revista Médica Sinergia, Elsevier, Springer Nature Link y Access Medicine en idioma inglés, español y portugués en un periodo entre el 2010 y el 2025,

En cuanto al tipo de estudios incluidos, se consideraron principalmente revisiones bibliográficas y estudios observacionales de cohortes, casos y controles, y estudios transversales relacionados con el tema de investigación. Los artículos seleccionados fueron evaluados según su nivel de evidencia científica, priorizando aquellos con mayor jerarquía metodológica y relevancia clínica.

La información recopilada fue analizada de manera crítica y comparativa, permitiendo integrar evidencia actualizada y confiable que sustenta el marco teórico, el análisis de resultados y las conclusiones del presente estudio.

Tabla 13

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Rozo-Ortiz, Vargas-Rodríguez, Ruiz-Muñoz, Medina-Nieto, Morales-Ríos y Sandoval-Laguado / Revista Médica UIS / 2022	1	Síndrome de Sjögren: Una revisión de la literatura	Revisión sistemática	1	29 artículos de distintas páginas	Búsqueda literaria de artículos entre el 15 de enero y el 15 de marzo del 2020, donde se incluyó estudios primarios y secundarios y estudios en humanos mayores de 18 años que incluyeran los términos SS, glándulas salivales, queratoconjuntivitis seca y autoinmunidad.	El SS tiene una importancia relevante en las enfermedades autoinmunes que afecta principalmente a mujeres mayores de 50 años, por lo que puede haber una influencia hormonal importante en el proceso fisiopatológico.
Fernández-Durán, Castedo y Alurralde	2	Capítulo II: Menopausia: definición, clasificación y	Descriptivo	3	No tiene	Describe la definición de menopausia, así como la	A partir de la menopausia, existe

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
/ Revista Costarricense de Cardiología / 2023		diagnóstico			población	edad promedio de presentación de esta y los riesgos cardíacos que se podrían presentar tras esta transición fisiológica.	mayor riesgo de cardiopatía isquémica por alteraciones en el metabolismo de los lípidos y glucosa que aumentan colesterol LDL, la intolerancia a la glucosa y disminuye colesterol HDL.
Talaulikar / Mejores prácticas e investigación en obstetricia y ginecología clínica / 2022	3	Transición a la menopausia: fisiología y síntomas	Descriptivo	3	No tiene población	Menciona cuáles son los cambios fisiológicos que sufren las mujeres al entrar en la etapa de la menopausia, así como los síntomas asociados que	La transición a la menopausia es una fase en la vida de toda mujer, donde va a experimentar cambios biológicos y

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						se presentan al tener un cambio hormonal.	hormonales, que pueden variar en gravedad, naturaleza y duración que pueden afectar la salud a largo plazo.
Reyes, Pájaro, Vergara, Conquett, Echenique, Cortina, Serna y Zapata / Revista Colombiana de Reumatología / 2022	4	SS: Epidemiología y manifestaciones clínicas	Revisión sistemática	1	836 artículos	La literatura se identificó mediante el abordaje de las preguntas: ¿cuál es la epidemiología del SS? Y ¿cuáles son las principales manifestaciones clínicas asociadas con el SS?, donde se utilizaron artículos publicados hasta	El SS es una enfermedad autoinmune de causa desconocida con un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, cuidadores y sistemas de salud, con escasas opciones terapéuticas lo que aumenta la carga.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						<p>el 31 de julio del 2020, además de información adicional en las listas de referencias de los artículos incluidos en el estudio.</p>	
<p>McCoy, Sampene y Baer / National Library of Medicine / 2021</p>	<p>20</p>	<p>El SS se asocia con una menor exposición a las hormonas sexuales a lo largo de la vida: un estudio de casos y controles</p>	<p>Correlacional / cuantitativo</p>	<p>3</p>	<p>2680 mujeres</p>	<p>Estudio de casos y controles con 2680 mujeres donde 1320 padecían SS y 1360 sequedad vaginal sin características de SS, se incluyeron variantes como menarca temprana, alta paridad,</p>	<p>Las mujeres con SS presentan una menor exposición a estrógenos en comparación con el grupo control con sequedad, donde el aumento a la exposición de estrógenos se asoció negativamente con el</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						histerectomía, uso de terapia hormonal y menopausia tardía.	desarrollo del SS.
Farenhorst, de Wolff, Arends, Van Nimweger, Kroese, Verstappen y Bootsma / Reumatología clínica y experimental / 2021	21	Determinantes clínicos de la sequedad vaginal en pacientes con SS primario.	Cohorte longitudinal	2	199 mujeres	Se incluyeron pacientes femeninas del registro del SS que cumplieran los criterios de clasificación ACR-EULAR y/o AECG para SS.	La asociación independiente de la sequedad vaginal con la sequedad oral y ocular podría implicar que la etiología de estos síntomas es parcialmente compartida. La neuropatía periférica se asoció de forma independiente con la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							sequedad vaginal, lo que significa que es una patología significativa en la patología.
Gözükcük, Turkeyilmaz, Kucuksahin, Erten, Ustun y Yavuz / Reumatología clínica y experimental / 2021	22	Efectos del SS sobre los genitales femeninos y las funciones sexuales	Correlacional	3	203 mujeres	Se incluyeron 68 mujeres son SS y 135 pacientes sanas, todas fueron evaluadas ginecológicamente, registrándose los hallazgos genitales durante la exploración y las variables relacionadas con el SS.	Se determinó que el SS provocaba disfunción sexual al causar atrofia genital y sequedad vaginal. Los cambios de humor asociados a esta enfermedad se revelaron como un factor de riesgo independiente.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Xuan, Zhang y Wu / Revista de inmunología / 2024	23	Impacto de las diferencias de sexo en la presentación clínica, patogénesis, tratamiento y pronóstico del SS	Revisión sistemática	1	No hay población	El SS es una enfermedad autoinmune crónica que se manifiesta con sequedad bucal, sequedad ocular y complicaciones sistémicas, donde mayoría de las pacientes desarrollan la enfermedad durante la menopausia.	El SS es una enfermedad autoinmune que presenta una predisposición femenina y la mayoría lo va a desarrollar durante la menopausia. Este puede causar una afección multiorgánica en las glándulas lagrimales y salivales, provocando una disfunción endocrina.
Zhu, Zhong y Dong / Current Medical	24	Características menstruales y reproductivas de pacientes	Cohorte longitudinal	2	449 mujeres	Se obtuvieron datos clínicos de 449 pacientes	Las pacientes con inicio de SS antes o después

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Science / 2023		con SS: un estudio retrospectivo de 7 años en un solo centro				son SS ingresadas al Hospital Tongi en China entre enero del 2015 y noviembre del 2021 para analizar la información menstrual y reproductiva, además de comparar las características de inicio de la menopausia.	de la menopausia pueden tener diferentes riesgos de compromiso pulmonar y manifestaciones de laboratorio.
Van Nimweger, van der Tuuk, Liefers, Verstappen, Visser, Wijnsma, Vissink, ¿Hollema, Mourits, Bootsma y Kroese /	25	Sequedad vaginal en el SS: un estudio histopatológico de casos y controles	Correlacional	3	20 mujeres	Se incluyeron 10 pacientes premenopáusicas con SS y sequedad vaginal y 10 pacientes premenopáusicas	Las mujeres con SS presentan un deterioro de la salud vaginal y mayor infiltración linfocítica vaginal en comparación con los

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Reumatología (Oxford) / 2020						sometidas a procedimiento laparoscópico. Se realizaron biopsias vaginales y endocervicales, las cuales se tiñeron para diversos marcadores.	controles. La sequedad vaginal en el SS podría deberse a una disfunción vascular inducida.
Caban, Omulecki y Krajewska / European Journal of ophthalmology / 2022	26	Ojo seco en el SS: características y tratamiento	Revisión sistémica	1	No hay población	Se realizó una revisión de artículos relevantes que describen las características del ojo seco asociado al SS y su tratamiento. Se basa en evidencia preclínica y	El ojo seco asociado al SS es un trastorno cuyo diagnóstico puede ser difícil y confundirse con el ojo seco no asociado al SS

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						clínica.	
Ramos-Casals, Brito-Zerón, Bombardieri, Bootsma, De Vita, Dörner, Fisher, Gottenberg, Hernández-Molina, Kocher, Kostov, Kruize, Wan-Fai, Retamozo, Seror, Shoenfeld, Sisó-Almirall, Tzioufas, Vitali, Bowman y	27	Recomendaciones de EULAR para el tratamiento del SS con terapias tópicas y sistémicas	Revisión sistemática	1	No hay población	Se pretendía desarrollar un enfoque terapéutico para los pacientes con SS que fuera útil para los profesionales sanitarios, médicos en formación, estudiantes de medicina, industria farmacéutica y organizaciones reguladoras de medicamentos siguiendo los procedimientos operativos estandarizados	Los pacientes con SS deben ser tratados en centros especializados o en estrecha colaboración para un enfoque multidisciplinario, además de que el primer abordaje terapéutico para la sequedad debe ser el alivio sintomático mediante terapias tópicas y se recomienda

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Mariette / Annals of the Rheumatic Diseases / 2020						de la EULAR de 2014.	una evaluación basal de la función de las glándulas salivales antes de iniciar el tratamiento para la sequedad bucal.
Negrini, Emmi, Greco, Borro, Sardanelli, Murdaca, Indiveri y Puppo / Medicina Clínica y experimental / 2021	28	SS: una enfermedad autoinmune sistémica	Revisión sistémica	1	No hay población	Lo que se pretende es resumir la literatura reciente sobre el SS, desde su patogénesis hasta las opciones terapéuticas actuales mediante una revisión sistemática.	La fatiga es uno de los principales síntomas que afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes con SS y la eficacia de los tratamientos médicos actuales, se recomienda

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							<p>la realización de actividad física para mejorar este síntoma. Las recomendaciones terapéuticas para el tratamiento de las manifestaciones sistémicas son empíricas y se basan en estrategias de manejo utilizadas para enfermedades autoinmunes sistémicas relacionadas.</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Moreno-Useche, Rangel-Rivera DA, Rangel-Rivera KL, Palmezano-Díaz y Salazar Florez / Medicina Interna de México / 2021	29	Perfil clínico y sociodemográfico del SS en un hospital universitario en Colombia	Transversal retrospectivo	3	45 mujeres	Se analizaron 45 pacientes con SS que ingresaron al Hospital Universitario de Santander entre el 2012 y el 2016 en el servicio de consulta externa.	La prevalencia del SS en el estudio fue menor a la reportada en la bibliografía disponible.
He, Feng, Shi, Ren, Liu, Kang, Tian y Jie / BMC Ophthalmology / 2025	30	Correlación entre los cambios de la superficie ocular y los índices hematológicos sistémicos y la actividad de la enfermedad en el SS: un estudio transversal	Correlacional	3	69 pacientes	33 pacientes con SS y 36 pacientes sanos, todos fueron sometidos a pruebas de la superficie ocular, índices hematológicos sistémicos y la actividad de la enfermedad como	Los cambios en la superficie ocular en pacientes con SS se correlacionan significativamente con los índices hematológicos sistémicos y la actividad

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						anticuerpos, células inmunitarias e índices.	de la enfermedad.
Motta, Di Simone, Selmi / Revisiones clínicas e alergia e inmunología / 2025	31	El impacto de la menopausia en las enfermedades autoinmunes y reumáticas	Revisión sistemática	1	No hay población	La prevalencia de las enfermedades autoinmunes y reumatológicas es mayor en mujeres posiblemente por el efecto de las hormonas sexuales en el desarrollo y función del sistema inmunitario.	Un numero mayor de estudios ha explorado el papel del sexo en el sistema inmunitario y hay una cantidad considerable de evidencia en la literatura que sugiere que los estrógenos desempeñan un papel significativo en la autoinmunidad.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Hemachandra, Taylor, Islam, Fooladi y Davis / BMJ sexual & reproductive health / 2024	33	Una revisión sistémica y una evaluación crítica de las directrices sobre la menopausia	Revisión sistémica	1	No hay población	Se pretende identificar y evaluar los documentos de orientación clínica sobre la menopausia actual y extraer y comparar las recomendaciones de los ejemplos más sólidos.	Las posibles consecuencias a largo plazo reconocidas de la menopausia fueron atrofia urogenital y mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y osteoporosis. La depresión, los síntomas cognitivos, las enfermedades cardiometabólicas y la demencia no fueron indicativos de

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							tratamiento.
Money, MacKenzie, Norman, Eost-Telling, Harris, McDermott y Todd / BMC Womens's Health / 2024	35	El impacto de la actividad física y las intervenciones de ejercicio sobre los síntomas de las mujeres que experimentan la menopausia: descripción general de las revisiones	Revisión sistemática	1	No hay población	Se realizaron revisiones para encontrar información sobre las intervenciones de la actividad física y el ejercicio dirigidas a mujeres en la menopausia.	Existe información de que el yoga y el ejercicio aeróbico pueden ser beneficiosos para algunos de los síntomas de la menopausia. Se debe categorizar dependiendo de la etnia, nivel de ingresos, empleo y otros factores que permitan comprender el contexto para las intervenciones

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							exitosas.
Kingsberg, Nappi, Scott, Schoof, Moeller, Lee, Janssenswillen, Caetano y Banks / Climacteric / 2024	36	Alineación médico-paciente sobre la carga de síntomas asociados a la menopausia: evidencia del mundo real de EE.UU. y Europa	Transversal	3	1029 encuestas	Médicos de EE.UU. y 5 países europeos proporcionaron datos de pacientes que consultaron con síntomas y autoinformaron sus experiencias.	Se encontró una alineación médico-paciente de leve a moderada en todas las áreas encuestadas que sugieren que los médicos suelen subestimar la gravedad de los síntomas y la presencia de otros síntomas menopáusicos, lo que resalta la necesidad de mejorar la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							comunicación entre las dos partes.
Schultz, Morgam Siddiqui y Rhoten / Advance in Therapy / 2024	37	Evaluación psicométrica del instrumento MENQOL en mujeres con síntomas vasomotores asociados a la menopausia	Transversal	3	1022 pacientes	Se incluyeron pacientes entre 40-65 años con síntomas de moderados a graves, se utilizaron ocho medidas para evaluación psicométrica.	Las propiedades psicométricas de las puntuaciones generales y por dominios del MENQOL respaldan el uso de este instrumento para capturar experiencias entre personas con síntomas de moderados a graves asociados a la menopausia.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Matzumura-Kasano, Gutiérrez-Crespo y Ruiz-Arias / Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela / 2024	38	Síntomas de la menopausia y necesidades de atención en mujeres de mediana edad	Transversal	3	850 mujeres	Participaron mujeres de 40-70 años atendidas en establecimientos de salud de primer nivel de atención, para la recolección de datos se utilizó el Índice Kupperman y se analizó: premenopausia, perimenopausia y postmenopausia mediante la prueba de Chi-cuadrado de Paerson.	El 76% de las mujeres manifestó una mayor frecuencia de fatiga, sudoración y sofocos, según el Índice de Kupperman el 8,4% presentó síntomas intensos.
Leone, Brown y Gemmill / BMJ	39	Tendencias seculares en la menopausia prematura y	Transversal	3	302 encuestas	Utilizando 302 encuestas de hogares entre 1986-	Hay un aumento claro en la prevalencia de la

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Global Health / 2023		temprana en países de ingresos bajos y medios				2019 se estima una prevalencia de menopausia temprana y temprana en 76 países de ingresos bajos y medios.	menopausia temprana y temprana en las regiones con mayor fertilidad con posibles consecuencias para la salud en la edad adulta.
Min, Jo, Chung, Song, Jeong Kim y Ran Kim / Journal of Menopausal Medicine / 2021	43	La vitamina D y el sistema inmunitario en la menopausia: una revisión	Revisión sistemática	1	No hay población	Al realizar esta revisión, los autores buscan proporcionar una visión general de las consecuencias de las alteraciones inmunitarias como resultado del envejecimiento en mujeres	Se presentaron diversos factores y cambios que afectan a las mujeres durante la transición a la menopausia y sugieren como esos factores afectan el sistema inmunitario.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						postmenopáusicas y cuál es el beneficio de utilizar la vitamina D como suplemento.	
Guerrero, Chacón y Pizarro / Revista Médica Sinergia / 2023	44	Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal	Revisión sistémica	1	No hay población	Los artículos incluyen revisiones donde se define la menopausia donde se explican sus principales síntomas y su fisiopatología, así como la terapia de reemplazo hormonal en cada patología específica.	La menopausia es un hecho fisiopatológico que ocurre alrededor de los 50 años. Las condiciones de vida y la asistencia sanitaria han dejado al descubierto los problemas de las mujeres como resultado del déficit hormonal por lo que se debe resolver

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							este problema ya que existe un aumento en la esperanza de vida y mayor cantidad de mujeres en esta etapa.
Sadullahoglu, Yaprak, Yazisiz y Hicran / Revista de Medicina Clínica / 2025	45	Posibles nuevos biomarcadores tisulares en las glándulas salivales de pacientes con SS	Correlacional	3	60 pacientes	Se evaluaron tejidos de glándulas salivales en 9 pacientes sanos y 12 pacientes con sialoadenitis crónica específica y un grupo de estudio de 39 pacientes con SS, se aplicaron anticuerpos para evaluar la presencia de tinción en	Los anticuerpos SSa/Ro, ENO1, MMP9 y BAFF se pueden utilizar para confirmar el diagnóstico en caso de sospecha.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						regiones ductales, acinos e inflamación.	
Horai, Kurushima, Shimizu, Nakamura y Kawakami / Revista de Medicina Clínica / 2025	46	Una revisión del impacto del SS y/o la presencia de anticuerpos anti-Ro/SS-A en las estrategias terapéuticas para la artritis reumatoide	Revisión sistemática	1	No hay población	La AR es una enfermedad que se caracteriza por poliartritis la cual comparte varios síntomas clínicos con el SS como lo es la sequedad ocular y bucal, común en ambas.	Con base en la evidencia, la AR con SS y/o positiva para los anticuerpos anti-Ro/SS-A podría considerarse un fenotipo diferente de la AR aislada que requiere estrategias terapéuticas diferentes.
Horai., Shimizu, Nakamura y Kawakami / Revista de Medicina Clínica	47	Avances recientes en patogénesis, diagnóstico por imagen y tratamiento del SS	Revisión sistemática	1	No hay población	Las técnicas de diagnóstico por imagen se adoptaron como criterios diagnósticos, sin	El SS no se considera una enfermedad potencialmente mortal ya que sus

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
/ 2024						<p>embargo, presentan desventajas como la exposición a la radiación y dificultades en el procedimiento.</p>	<p>manifestaciones se pueden tratar sintomáticamente, aunque si puede existir un daño extraglandular que puede afectar órganos vitales.</p>
<p>Matzumura-Kasano, Gutiérrez-Crespo, Wong-Mac y Alamo-Palomino / Revista de la Facultad de Medicina Humana / 2020</p>	48	<p>Evaluación de cuestionario de medicina de clima y menopausia en el primer nivel de atención</p>	Transversal	3	136 pacientes	<p>Participaron mujeres atendidas en establecimientos de salud de primer nivel de atención, donde se llevó a cabo una investigación en tres etapas: revisión inicial, ensayo clínico y</p>	<p>El instrumento es breve, tiene una adecuada validez de contenido y consistencia interna útil para el manejo del climaterio en el primer nivel de atención.</p>

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						análisis de propiedades psicométricas para el cual se utilizó el programa SPSS.	
Fernández, Pinheiro, Souza, Silvestre, Pugliesi, Gofinet, Lemos, Noronha, Tatiyama, Caldas, Appenzeller, Fideliz y Euzébio /	49	Recomendaciones para la evaluación y diagnóstico de las manifestaciones extraglandulares del SS: resultados de una revisión sistemática epidemiológica/metaanálisis y una guía de consenso de la Sociedad Brasileña de Reumatología (hepática, gastrointestinal y	Revisión sistemática	1	No hay población	Se realizó una estrategia de búsqueda individualizada sobre las diferentes manifestaciones sistémicas en distintas bases de datos.	Las manifestaciones sistémicas del SS no se incorporan adecuadamente en la práctica clínica. Se ofrecen recomendaciones basadas en la evidencia con un alto nivel de consenso entre expertos para el cuidado

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
		pancreática)					hepático, gastrointestinal y pancreático de pacientes con SS.
Cajamarca, Guavita, Buitrago, Gallego, Cubides, Arredondo, Escobar, Rojas-Villarraga / Revista Colombiana de Reumatología / 2020	50	SS y evaluación de la calidad de vida	Revisión sistemática	1	No hay población	Se hizo una búsqueda en las diferentes bases de datos y de literatura gris, seleccionando los artículos relacionados con el tema realizando una extracción de datos de estos.	Como en otras afecciones, en pacientes con SS es importante la evaluación de la calidad de vida. Se cuenta con múltiples escalas elaboradas para este tipo de pacientes que tienen en su mayor utilidad en la evaluación específica de síntomas

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							asociados a esta enfermedad.
Manzo / Revista Colombiana de Reumatología / 2021	51	Preguntas sobre el reconocimiento del SS de inicio en la edad avanzada: ¿dónde estamos y dónde preferimos estar?	Revisión sistemática	1	No hay población	Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en la base de datos de diversos sitios de interés científico para identificar los estudios sobre cohortes de pacientes con SS de inicio temprano.	Estudios epidemiológicos han sugerido que la prevalencia del SS en la población anciana es mayor que en otros grupos de edad.
Vega-Castro y Pertuz-Charris / Revista Colombiana de Reumatología /	52	Diagnóstico diferencial dentro del espectro del SS	Revisión sistemática	1	No hay población	En este grupo de estudios, se dice que la xeroftalmia es más común en mujeres y su frecuencia incrementa	Los síntomas secos son motivo de consulta frecuente por lo que es vital tener en cuenta que el SS no es el único

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
2021						con la edad. Se debe tener en cuenta diagnósticos diferenciales que pueden simular esta patología como causas locales y sistémicas como metabólicas, infecciosas, medicamentosas, infiltrativas y malignas.	diagnóstico que lo explica, ya que puede variar entre condiciones locales o sistémicas. El abordaje debe ir de la mano con la historia clínica y el examen físico meticuloso.
Dall'Agno / Revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia / 2024	53	Validación de la Escala Cervantes brasileña de 10 ítems para la evaluación de los síntomas de la menopausia	Transversal	3	422 mujeres	Se incluyó 35 pacientes premenopáusicas, 172 perimenopáusicas y 215 postmenopáusicas entre 40-55 años en la región sur de Brasil donde	El Cs-10 es una herramienta consistente para medir la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres brasileñas de mediana

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						completaron el cuestionario general de salud, hábitos y sociodemográficos (CS-10 y el Cuestionario de Salud de la Mujer)	edad.
Fernández-Rincón, Henao-Burítica, García, Ruíz-Hoyos y Escobar-Escobar	54	Los significados de la menopausia, una mirada desde la teoría de las transiciones.	Cualitativo	3	6 mujeres	Se efectuaron entrevistas a profundidad a 6 mujeres de Armenia con consentimiento informado, la información se analizó con apoyo de datos de la base de datos ATLAS.	Se concluye que la menopausia se percibe y se vive como una etapa de ansiedad, inquietud, tristeza y desesperanza debido a la falta de acompañamiento, escasa educación y preparación de las

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							mujeres.
Zhan, Zhang, Lin, Chen, Fan y Zhang / Frontiers in Immunology / 2023	55	Patogenia y tratamiento del SS: revisión y actualización	Revisión sistémica	1	No hay población	En esta revisión se menciona que los IFN, las citocinas relacionadas con las células Th17 y B son cruciales para la patogénesis del SS. Se resumirán los avances en estrategias de tratamiento experimental y con células madre mesenquimales.	El SS causa lesiones en múltiples órganos como las glándulas salivales y lagrimales, lo que limita la función endocrina. La inflamación focal en la glándula salival es aceptada como el mejor método para diagnosticar el SS.
Salman-Monte, Sánchez-Piedra,	56	Prevalencia y factores asociados a osteoporosis y	Transversal	3	437 mujeres	Este estudio buscaba determinar los factores	La edad, el tratamiento con corticoesteroides y

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Fernández, Andreu, Martínez, Olivé, Rosas, Menor, Rodríguez, García, López, Manrique- Arija, García- Vadillo, Gil, López- González, Galisteo, González-Marín, Ruiz, Erausquin, Melchor, Moreira, Raya, Pego- Reigosa, Cid, Júdez, Moriano, Narváez, Corominas, García-		fracturas por fragilidad en pacientes con SS				sociodemográficos y clínicos del SS asociados a osteoporosis y fracturas por fragilidad.	la duración de la enfermedad se asociaron con el desarrollo de la enfermedad. La duración de la enfermedad se asoció con el desarrollo de fracturas en pacientes con SS

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
Magallón, Guillén, Castellvi, Bohórquez, Loricera, Belzunegui, Illera y Torrente-Segarra / Rheumatology internacional / 2020							
Vigneswaran y Hamoda / Obstetricia, Ginecología y Medicina Reproductiva / 2023	57	Fisiopatología y manejo de los síntomas de la menopausia	Revisión sistémica	1	No hay población	Esta revisión resume el conocimiento actual sobre la fisiopatología de los síntomas de la menopausia y revisa las recomendaciones	La menopausia representa un evento importante en la vida que puede afectar a las mujeres de diversas maneras ya que marca el final del ciclo

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						actuales para el uso de la terapia de reemplazo.	reproductivo y su impacto puede ser tanto a corto como a largo plazo.
Moratalla, Clanco, Martínez, Loarce y Morell / Programa de Formación mEdica Continuada Acreditado / 2021	58	Síndrome de Sjögren	Revisión sistemática	1	No hay población	En esta revisión se menciona que el SS es una enfermedad caracterizada por la infiltración y destrucción de las glándulas exocrinas y puede afectar también las articulaciones, pulmones, riñones o sistema nervioso. El diagnóstico	El pronóstico del SS es bueno, con una supervivencia a 5 años del 96% y a los 10 años del 81%, con un curso lentamente progresivo con brotes inflamatorios o corticoides.

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
						se puede hacer mediante distintas técnicas y la presencia de anticuerpos anti-Ro/SSA o anti-La/SSB.	
Yaseen y McKoy / Manual MSD / 2024	59	Síndrome de Sjögren	Revisión sistémica	1	No hay población	Se presenta con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad, se clasifica como primario cuando no hay otra enfermedad asociada o secundaria cuando si se asocia a otra enfermedad, como ocurre en el 30% de los casos.	El SS es crónico, el estado de salud y la expectativa de vida no se ven afectados principalmente en pacientes los cuáles tienen como únicos síntomas la sequedad de boca y de ojos, pero si hay compromiso

Autor / Revista / Año	Re	Título del artículo	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Población	Metodología	Resultados y Conclusiones
							multiorgánico, el pronóstico es menos favorable.
Moutsopoulos y Mavragani / Harrison, Principios de Medicina Interna / 21e	60	Síndrome de Sjögren: capítulo 361	Revisión sistémica	1	No hay población	Los pacientes con inicio más temprano de la enfermedad expresan un fenotipo más agresivo que se expresa por una tasa elevada de manifestaciones sistémicas y autoanticuerpos séricos. La prevalencia es del 0,5-1,0%.	Existe infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas y por hiperactividad de los linfocitos B.