

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y
COMPORTAMIENTOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN
MUJERES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS
AUTOINMUNES.**

Por

DR. ABRAHAM YAIR LUJANO NEGRETE

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA INTERNA**

DICIEMBRE 2025



UANL

**HOJA CON LA DECLARACIÓN DE LOS LUGARES EN DONDE SE
DESARROLLÓ EL TRABAJO, SEÑALANDO QUIENES FUERON LOS QUE
DIRIGIERON EL TRABAJO.**

**EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS DE SALUD
REPRODUCTIVA EN MUJERES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS
AUTOINMUNES.**

**Este trabajo fue realizado en la consulta externa del Servicio de
Reumatología, en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de
la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la dirección de la Dra. med.
Cassandra Michele Skinner Taylor y la codirección de la Dra. med. Lorena
Pérez Barbosa y Dr. Jesús Alberto Cárdenas de la Garza**

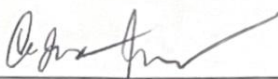
Dra. med. Cassandra Michele Skinner Taylor
Director de tesis

Dra. med. Lorena Pérez Barbosa
Codirector de tesis

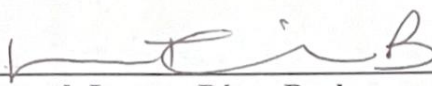
Dr. Jesús Alberto Cárdenas de la Garza
Codirector de tesis

**EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS DE SALUD
REPRODUCTIVA EN MUJERES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES.**

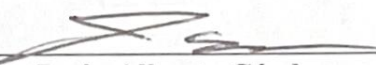
Aprobación de la tesis:




Dra. med. Cassandra Michele Skinner Taylor
Director de tesis



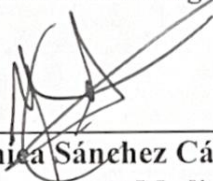
Dra. med. Lorena Pérez Barbosa
Co-Director de tesis




Dr. Jesús Alberto Cárdenas de la Garza
Co-Director de tesis




Dr. med. Fernando Góngora Rivera
Coordinador de Investigación



Dra. Mónica Sánchez Cárdenas
Jefatura de Enseñanza Medicina Interna



Dr. med. Luis Adrián Rendón Pérez
Jefe del Departamento de Medicina Interna



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS.

Nada de lo que hoy concluye podría haber sido posible en soledad. La formación médica, como la vida misma, se edifica en compañía: en las voces que orientan, en las manos que sostienen y en los gestos silenciosos que acompañan cada paso. Este trabajo es el reflejo de muchas de esas presencias que, de una u otra forma, me guiaron hasta aquí.

Agradezco profundamente a mis asesoras, la Dra. Cassandra Skinner Taylor y la Dra. Lorena Pérez Barbosa, por su guía académica y humana a lo largo de este proyecto. Su compromiso con la ciencia, su rigor metodológico y su ejemplo de liderazgo ético han dejado en mí una huella imborrable. Agradezco también a la Dra. Ingris Peláez, por su apoyo constante, por compartir su visión de la investigación y por ayudarme a ampliar las fronteras de mi conocimiento.

A la Dra. Mónica Sánchez, jefa de enseñanza del Departamento de Medicina Interna, le debo una gratitud especial por su acompañamiento durante toda mi residencia, por su orientación generosa y por la profunda influencia que ha tenido en mi formación profesional y personal. Al Dr. Adrián Rendón, jefe del departamento, agradezco el respaldo institucional que permitió que esta etapa de mi vida se desarrollara con plenitud.

Extiendo mi reconocimiento a todo el Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, espacio donde aprendí que la medicina se ejerce con conocimiento, pero también con empatía. A Mari, Vicky, Perlita y Olguita, quienes desde su labor administrativa hacen posible el funcionamiento diario del servicio, y al personal de enfermería, cuyo compromiso y entrega silenciosa sostienen el corazón de la atención hospitalaria. Mi reconocimiento especial a la Lic. Bahena, jefa del Departamento de Enfermería, por su liderazgo, su calidez humana y su invaluable apoyo en la formación de quienes compartimos el quehacer clínico.

A mi madre, Gabriela Negrete Gil, mi más profundo agradecimiento por su amor incondicional, por su fortaleza y por enseñarme con el ejemplo que la perseverancia y la bondad son formas de sabiduría. A mi Tita, por su amor infinito, por el refugio que siempre me brinda, por cada plato servido en medio del cansancio y por recordarme que el hogar también puede ser una forma de medicina.

A mis compañeros de residencia, gracias por ser familia dentro del hospital, por las guardias compartidas, las risas en los pasillos y la solidaridad que solo se forja en las horas difíciles. A mis R+, gracias por su paciencia, por su enseñanza constante y por haberme mostrado que la verdadera jerarquía en la medicina se mide por la generosidad con la que se enseña.

Y a Cristo, mi compañero de vida, gracias por tu presencia constante, por tu paciencia en las desveladas, por tu apoyo en los días de agotamiento y por celebrar cada logro como si fuera propio. Has sido mi equilibrio, mi calma y mi fuerza.

Cada persona mencionada, y muchas otras que el tiempo no me permite enumerar, ha dejado una huella indeleble en mi camino. A todos ellos, mi gratitud más sincera. Este logro no me pertenece por completo; es también de quienes creyeron en mí, me acompañaron y me enseñaron que la medicina —como la vida— se construye siempre en compañía, con humildad, con amor y con propósito.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo fue financiado con los recursos propios de los departamentos de Reumatología y Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I.....	10
Resumen	10
Capítulo II.....	12
Introducción	12
Capítulo III.....	20
Hipótesis.....	20
Capítulo IV	21
Objetivos	21
Capítulo V.....	22
Material y métodos	22
Capítulo VI	29
Resultados	29
Capítulo VII.....	44
Discusión.....	44
Capítulo VIII	50
Conclusión.....	50
Capítulo IX	54
Bibliografía.....	54
Capítulo X.....	57
Resumen autobiográfico	57

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla/Figura	Página
1. Tabla 1. Características sociodemográficas y tratamiento farmacológico.....	30
2. Tabla 2. Características Clínicas	31
3. Tabla 3. Historia Obstétrica	33
4. Tabla 4. Eficacia del método anticonceptivo	35
5. Tabla 5. Preferencias Reproductivas a corto plazo	37
6. Tabla 6. Preferencias Reproductivas a largo plazo	37
7. Figura 1. Consejería Médico-Paciente y Confianza en la Salud Reproductiva	40
8. Tabla 7. Análisis Multivariado	42

LISTA DE ABREVIATURAS

ACR: American College of Rheumatology
AR: Artritis Reumatoide
CMR: Colegio Mexicano de Reumatología
DE: Desviación Estándar
DIU: Dispositivo Intrauterino
ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ERAs: Enfermedades Reumáticas Autoinmunes
EULAR: European League Against Rheumatism
FARME: Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad
GEREER-MEX: Grupo de Estudio e Investigación en Salud Reproductiva en Mujeres con Enfermedades Reumáticas de México
IC: Intervalo de Confianza
LARC: Métodos Reversibles de Larga Duración
LES: Lupus Eritematoso Sistémico
OMS: Organización Mundial de la Salud
OR: Odds Ratio (Razón de Momios)
PGA: Physician Global Assessment (Evaluación Global del Médico)
RIC: Rango Intercuartil
RISE: Rheumatology Informatics System for Effectiveness
RRB: Rheuma Reproductive Behavior
SAF: Síndrome Antifosfolípido S
PSS: Statistical Package for the Social Sciences
UANL: Universidad Autónoma de Nuevo León

CAPÍTULO 1

RESUMEN

Introducción

Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERAs) constituyen un grupo heterogéneo de padecimientos inflamatorios crónicos caracterizados por la pérdida de la tolerancia inmunológica y la producción persistente de autoanticuerpos, afectando predominantemente a mujeres en edad reproductiva. Esta condición plantea retos clínicos y éticos en torno a la salud reproductiva, dado que la actividad inflamatoria, la exposición a fármacos potencialmente teratogénicos y la ausencia de consejería preconcepcional adecuada pueden derivar en complicaciones prevenibles. La planificación familiar y la consejería reproductiva representan, por tanto, componentes esenciales del abordaje integral en estas pacientes. Sin embargo, en México existe escasa información sobre el conocimiento y los comportamientos reproductivos de mujeres con ERAs, lo que limita la implementación de estrategias efectivas de educación y atención médica.

Objetivos

Describir los conocimientos y comportamientos en salud reproductiva de mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes atendidas en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, identificando las brechas en consejería médica y el uso de métodos anticonceptivos, así como explorar los factores asociados a la consejería reproductiva y al uso de métodos anticonceptivos efectivos.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, en una cohorte consecutiva de 270 mujeres con diagnóstico confirmado de enfermedades reumáticas autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, miopatías inflamatorias y otras conectivopatías), atendidas en la consulta externa de Reumatología del Hospital Universitario entre julio de 2023 y julio de 2024. Se aplicó el cuestionario Rheuma Reproductive Behavior (RRB), validado previamente en

población mexicana, para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y conductuales. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, frecuencias relativas y modelos de regresión logística bivariada y multivariada, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados

La edad promedio fue de 35 ± 8.6 años, y el 83% de las participantes reportó tener pareja actual. Las enfermedades más frecuentes fueron artritis reumatoide (36.1%) y lupus eritematoso sistémico (26.5%). El 77.7% había tenido al menos un embarazo previo y el 48.9% refirió al menos un embarazo no planificado. En cuanto a comportamiento reproductivo, el 64.4% reportó uso actual de algún método anticonceptivo, aunque solo el 5.9% utilizaba un método altamente efectivo. La frecuencia de consejería reproductiva fue baja en el 51% de las mujeres (nunca, casi nunca o alguna vez). El 80% manifestó alta confianza para discutir temas reproductivos con su médico, sin que ello se tradujera en una consejería sistemática. En el análisis multivariado, “tener pareja actual” se asoció de forma marginal con el uso de métodos anticonceptivos efectivos ($OR = 2.17$, $p = 0.050$), mientras que la edad se asoció inversamente con la frecuencia de consejería reproductiva ($OR = 0.956$, $p = 0.003$).

Conclusión

El estudio demuestra la existencia de una brecha sustancial entre la confianza médico-paciente y la práctica efectiva de la consejería reproductiva en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes. La baja frecuencia de orientación médica y el uso limitado de métodos anticonceptivos efectivos se asocian a una elevada proporción de embarazos no planeados. Estos hallazgos evidencian la necesidad de integrar de manera estructural la salud reproductiva en la práctica reumatológica, fortaleciendo la educación médica, la toma de decisiones compartida y los modelos multidisciplinarios de atención. La aplicación del cuestionario RRB permitió identificar áreas críticas de mejora, aportando evidencia local que puede orientar futuras estrategias clínicas y políticas públicas orientadas a la autonomía reproductiva y la seguridad de las pacientes con ERAs.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

1. Marco Teórico y Antecedentes

Enfermedades Reumáticas Autoinmunes y Edad Fértil

Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERAs) constituyen un grupo heterogéneo de padecimientos inflamatorios crónicos caracterizados por una pérdida de la tolerancia inmunológica hacia antígenos propios, con producción persistente de autoanticuerpos y activación aberrante de linfocitos T y B (1). Esta desregulación inmunitaria conlleva inflamación sistémica, daño tisular progresivo y compromiso multiorgánico variable según la enfermedad específica (2). Entre las entidades más representativas se encuentran el lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis reumatoide (AR), el síndrome antifosfolípido (SAF) y, con menor frecuencia, la esclerosis sistémica y las miopatías inflamatorias idiopáticas (3).

Estas enfermedades afectan predominantemente a mujeres jóvenes, con un pico de incidencia entre la segunda y cuarta décadas de la vida, coincidiendo con el periodo de máxima fertilidad (4). En el LES, por ejemplo, la relación mujer:hombre alcanza proporciones de 9:1 (5), y en la AR de 3–4:1(6), reflejando el claro predominio femenino. Este sesgo de género se ha atribuido en parte al papel modulador de las hormonas sexuales, en especial los estrógenos, que favorecen la activación humoral, la maduración de linfocitos B autorreactivos y la expresión de citocinas proinflamatorias. Dichas influencias hormonales, sumadas a factores genéticos (como variantes en el cromosoma X) y epigenéticos, explican la mayor susceptibilidad femenina al desarrollo de autoinmunidad sistémica (4-7).

Desde una perspectiva clínica, el hecho de que estas enfermedades se manifiesten durante los años fértiles implica una interferencia bidireccional entre la autoinmunidad y los procesos reproductivos. Por un lado, la inflamación crónica y ciertos autoanticuerpos pueden alterar la función ovárica, la implantación y el desarrollo placentario; por otro, los cambios inmunológicos y hormonales propios del embarazo —orientados hacia un estado de tolerancia inmunológica y

dominancia de la respuesta Th2— pueden modificar la expresión y la actividad de la enfermedad (8, 9). Esto se traduce en un equilibrio delicado, donde tanto la exacerbación como la remisión pueden observarse dependiendo del tipo de ERA, el perfil inmunológico y el momento gestacional.

A nivel poblacional, diversos estudios estiman que un porcentaje importante de mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes expresa deseo de embarazo durante su evolución clínica, y hay registros de que una proporción sustancial —aproximadamente una de cada tres— no recibe consejería reproductiva formal antes de la concepción. Esta omisión incrementa el riesgo de embarazos no planificados, exposición inadvertida a fármacos teratogénicos y complicaciones obstétricas prevenibles (10).

En las últimas décadas, los avances terapéuticos —en particular el desarrollo de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) sintéticos y biológicos— han transformado el pronóstico de las ERAs, permitiendo alcanzar remisiones más duraderas y reduciendo la morbilidad sistémica. Ello ha posibilitado que un número creciente de mujeres con enfermedades autoinmunes crónicas puedan considerar la maternidad como un proyecto viable y seguro, siempre que la concepción ocurra durante periodos de baja actividad inflamatoria y con ajustes terapéuticos adecuados.

No obstante, la intersección entre la enfermedad de base, los tratamientos inmunomoduladores y los procesos fisiológicos del embarazo continúa siendo una de las áreas más complejas de la medicina interna y la reumatología moderna. Los mecanismos de tolerancia inmunológica propios de la gestación pueden verse comprometidos por la autoinmunidad (11), y los medicamentos empleados para el control de la enfermedad pueden interferir con la organogénesis o la función placentaria (12). Por ello, el abordaje de estas pacientes requiere una planificación individualizada, cuidadosa y multidisciplinaria, que integre reumatología, medicina interna, obstetricia de alto riesgo y, en muchos casos, neonatología y medicina materno-fetal.

En este contexto, el reconocimiento temprano de los factores de riesgo reproductivo, la adecuada planificación del embarazo y la educación médica de las pacientes constituyen pilares esenciales para garantizar resultados materno-fetales favorables y preservar la salud reproductiva de las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes.

Riesgos Maternos y Fetales en las ERAs

El adecuado manejo reproductivo en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes es esencial, dado que la actividad de la enfermedad en el momento de la concepción constituye uno de los factores pronósticos más determinantes para los desenlaces materno-fetales(12, 13).

En el caso de la artritis reumatoide (AR), un meta-análisis reciente, que incluyó 18 estudios y más de 50 millones de mujeres, demostró que la presencia de AR materna se asocia de manera significativa con un mayor riesgo de resultados obstétricos adversos, incluyendo aumento en la tasa de cesáreas, preeclampsia, hipertensión gestacional y aborto espontáneo. Asimismo, se observaron riesgos fetales incrementados de parto pretérmino, bajo peso al nacer y anomalías congénitas (14).

De forma análoga, el lupus eritematoso sistémico (LES) representa una de las condiciones autoinmunes con mayor impacto sobre el embarazo. Un meta-análisis que incluyó 11 estudios y cerca de 500 000 participantes evidenció que el LES incrementa de forma significativa el riesgo de preeclampsia (odds ratio [OR] 3.7), parto pretérmino (OR 2.6) y pérdida fetal (OR 2.3)(15). El estudio prospectivo multicéntrico PROMISSE identificó factores predictores de resultados adversos incluso en mujeres con enfermedad inactiva o estable. Los principales predictores incluyeron la positividad del anticoagulante lúpico, el uso de antihipertensivos y una mayor actividad clínica basal medida por *Physician Global Assessment* (PGA >1)(13).

En conjunto, esta evidencia demuestra que la actividad inflamatoria en los meses previos a la concepción y durante la gestación se asocia con desenlaces obstétricos desfavorables, mientras que la planificación del embarazo en periodos de remisión o baja actividad de la enfermedad optimiza tanto la salud materna como la fetal.

Planificación Familiar como Eje del Manejo Integral

Dado el impacto directo de la actividad inflamatoria sobre los desenlaces obstétricos y la

potencial teratogenicidad de múltiples fármacos antirreumáticos, la planificación familiar constituye un eje central en el manejo integral de las mujeres con ERAs. Este componente del cuidado no debe entenderse únicamente como la elección de un método anticonceptivo, sino como un proceso continuo de educación, consejería y toma de decisiones compartida entre el equipo médico y la paciente(12).

En el contexto de las ERAs, una proporción considerable de los tratamientos empleados puede interferir con la fertilidad, la implantación embrionaria o el desarrollo fetal. Agentes como metotrexato, leflunomida, micofenolato mofetilo y ciclofosfamida poseen efectos embriotóxicos y teratogénicos bien documentados, por lo que su uso requiere suspensión o sustitución con suficiente anticipación antes de la concepción. Por ejemplo, el metotrexato y la leflunomida deben suspenderse al menos tres a seis meses antes del embarazo planeado, mientras que el micofenolato mofetilo y la ciclofosfamida se asocian a un riesgo elevado de malformaciones congénitas y abortos espontáneos, lo que subraya la necesidad de un control preconcepcional riguroso (12, 16, 17).

La consejería preconcepcional estructurada es fundamental para informar a las pacientes sobre los riesgos potenciales de su enfermedad y de los tratamientos, así como para optimizar la terapia y el control inflamatorio antes de la gestación. Este proceso permite además abordar aspectos relacionados con la fertilidad, el pronóstico obstétrico, la compatibilidad farmacológica durante el embarazo y la lactancia, y la necesidad de coordinación con obstetricia de alto riesgo. Las guías de la European League Against Rheumatism (EULAR, 2017; actualización 2023)(17, 18) y del American College of Rheumatology (ACR, 2020)(12) recomiendan que toda mujer en edad fértil con una ERA reciba orientación reproductiva desde la primera consulta y en cada visita subsecuente, incluso cuando no exprese deseos inmediatos de embarazo.

En este sentido, la guía del ACR propone una pregunta sencilla pero poderosa para incorporar la planificación reproductiva en la práctica clínica diaria: “¿Le gustaría embarazarse en el próximo año?”(12). Esta formulación favorece una conversación temprana, abierta y proactiva, que permite al clínico adaptar el manejo farmacológico, evaluar la estabilidad de la enfermedad y anticipar intervenciones preventivas.

Asimismo, la anticoncepción efectiva ocupa un papel prioritario dentro de la planificación familiar. Debe individualizarse según la actividad de la enfermedad, el perfil trombótico o

cardiovascular, la tolerancia farmacológica y las preferencias de la paciente. Los métodos reversibles de larga duración —como el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre o el sistema intrauterino con levonorgestrel— son considerados seguros y eficaces en la mayoría de las mujeres con ERAs, incluyendo aquellas con lupus eritematoso sistémico estable y sin síndrome antifosfolípido activo. En casos de riesgo trombótico elevado, se deben evitar combinaciones hormonales con estrógenos y optar por métodos basados exclusivamente en progestágenos o dispositivos no hormonales (12, 19, 20).

La planificación familiar, por tanto, no solo reduce los riesgos de embarazos no deseados o complicaciones fetales, sino que también contribuye a mejorar la autonomía de la paciente y la calidad del cuidado clínico, al integrar la salud reproductiva dentro del espectro del manejo crónico de las enfermedades autoinmunes. Este enfoque interdisciplinario —que involucra reumatología, ginecología, medicina interna y obstetricia materno-fetal— constituye actualmente un estándar de buena práctica clínica y un componente esencial de la medicina centrada en la paciente.

El Cuestionario “Rheuma Reproductive Behavior” (RRB)

Con el fin de abordar esta carencia de información, se desarrolló y validó en población mexicana el cuestionario RRB (21). Esta herramienta, diseñada a partir de los principios de evaluación de resultados reportados por pacientes (*Patient-Reported Outcomes*) y de modelos de comportamiento en salud, permite medir de manera estandarizada los conocimientos y comportamientos reproductivos de mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes.

El RRB ofrece una metodología sólida para evaluar la comprensión que las pacientes tienen sobre la interacción entre su enfermedad, los tratamientos y el embarazo, además de identificar áreas de oportunidad para la educación médica y la mejora de la consejería clínica. Su aplicación contribuye al desarrollo de estrategias personalizadas que promuevan embarazos planificados y seguros en mujeres con enfermedades autoinmunes crónicas.

En este contexto, comprender los conocimientos y comportamientos reproductivos de las mujeres mexicanas con ERAs resulta indispensable para orientar estrategias clínicas y de salud pública que promuevan embarazos planificados y seguros

2. Definición del Problema de Investigación

A pesar de las recomendaciones internacionales, diversos estudios realizados en países de ingresos altos han documentado que una proporción considerable de mujeres con ERAs no recibe consejería reproductiva adecuada ni orientación suficiente sobre anticoncepción o planificación del embarazo(22-24). Este déficit resulta aún más pronunciado en América Latina, donde persisten desigualdades estructurales en el acceso a la atención médica, limitaciones en la disponibilidad de especialistas, barreras socioculturales y altas tasas de embarazos no planificados(25-27).

En México, los datos poblacionales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (28) indican que más del 50% de los embarazos ocurren sin planificación previa, reflejando la brecha existente entre la necesidad y la provisión de servicios de salud reproductiva. Sin embargo, la información específica sobre la atención reproductiva en mujeres con ERAs es escasa (27).

Los estudios desarrollados en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en colaboración con el grupo nacional GEREER-MEX, han contribuido a llenar este vacío, un estudio cualitativo exploró en profundidad las experiencias y percepciones de 21 mujeres con ERAs atendidas en la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario. Este trabajo identificó cuatro ejes principales de vulnerabilidad:

1. Confusión y preocupación sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y su interacción con los fármacos antirreumáticos.
2. Ansiedad en torno a la fertilidad, la herencia y los riesgos del embarazo.
3. Falta de información clara sobre el uso seguro de medicamentos durante la gestación y la lactancia.
4. Una comunicación médico-paciente insuficiente y escasa integración multidisciplinaria en la atención reproductiva.

Las participantes señalaron que las decisiones sobre anticoncepción o embarazo recaen casi exclusivamente en el reumatólogo, en un modelo de atención predominantemente vertical, y expresaron el deseo de una atención más colaborativa e interdisciplinaria, que incorpore

ginecología, psicología y consejería genética(27). Estas observaciones reflejan que, incluso en un centro de tercer nivel con enfoque especializado, persisten lagunas de información, deficiencias en la educación sanitaria y ausencia de estrategias sistemáticas de consejería reproductiva.

El estudio subraya además la relevancia de los factores socioculturales, como los roles de género, el temor a la transmisión hereditaria y la limitada autonomía en la toma de decisiones, que influyen de manera significativa en el comportamiento reproductivo y en la percepción del riesgo. En conjunto, estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la comunicación médico-paciente, fortalecer los modelos de atención interdisciplinaria y desarrollar herramientas educativas validadas, como el cuestionario *Rheuma Reproductive Behavior*(21), que permitan cuantificar y abordar las brechas existentes entre la evidencia científica y la práctica clínica cotidiana en el contexto mexicano.

Pregunta de Investigación: ¿Cuáles son los conocimientos y comportamientos en salud reproductiva de las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes que asisten a la consulta de Reumatología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"?

3. Justificación

La realización de este estudio se justifica por la alta morbilidad materno-fetal asociada a las ERAs y la naturaleza prevenible de estas complicaciones mediante una adecuada planificación. Ante la evidencia de que en nuestro contexto mexicano existen brechas significativas en la consejería y un alto índice de embarazos no planificados, es indispensable cuantificar el problema. Este estudio utilizará una herramienta validada localmente para generar un diagnóstico basal que permita diseñar intervenciones educativas y mejorar la atención multidisciplinaria, reduciendo así los desenlaces adversos en esta población vulnerable.

4. Originalidad y contribución

La originalidad de este estudio radica en que es la primera investigación en el Noreste de México que utiliza un instrumento cuantitativo, diseñado y validado específicamente para la población mexicana (el cuestionario RRB), para medir los conocimientos y comportamientos en salud reproductiva en mujeres con ERAs. Si bien estudios cualitativos previos en nuestro centro

identificaron la existencia de barreras en la comunicación y la ansiedad de las pacientes, este trabajo representa el primer esfuerzo por cuantificar la magnitud de esta brecha, aportando datos duros sobre la frecuencia de la consejería, el uso (y no uso) de anticonceptivos efectivos y los factores sociodemográficos asociados.

Esta contribución es fundamental, ya que el estudio establece un diagnóstico basal preciso sobre el estado de la salud reproductiva en la consulta de Reumatología del Hospital Universitario. Los hallazgos permitirán informar la práctica clínica diaria al evidenciar las discrepancias entre la confianza de las pacientes y la consejería real que reciben. Además, servirán como fundamento para el diseño e implementación de programas educativos estructurados y la optimización de protocolos de atención multidisciplinaria. En última instancia, esta investigación aporta la evidencia local necesaria para transitar de un modelo de atención reactivo a uno proactivo y preventivo, con el objetivo final de reducir la alta tasa de embarazos no planificados y mejorar los desenlaces materno-fetales en nuestra población.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

El presente estudio no plantea hipótesis formal, ya que su propósito principal es descriptivo. Se orienta a caracterizar los conocimientos y comportamientos de salud reproductiva en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes, sin pretender establecer relaciones causales entre variables. Por tanto, se basa en preguntas de investigación y objetivos específicos, de acuerdo con el enfoque transversal y observacional del diseño.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

6.1. Objetivo Principal

Describir los conocimientos y comportamientos de la salud reproductiva de las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, , utilizando un cuestionario diseñado y validado en México .

6.2. Objetivos Secundarios

- 6.2.1 Describir las características sociodemográficas de las mujeres con ERAs del Hospital Universitario.
- 6.2.2 Analizar la asociación entre las variables sociodemográficas, clínicas y de relación médico paciente con los conocimientos y comportamientos reportados por las pacientes con ERAs del Hospital Universitario.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio: Estudio prospectivo, observacional, transversal, y analítico.

Lugar y sitio: Consulta 12 de Reumatología, Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, UANL. El periodo de reclutamiento de pacientes se realizó de julio de 2023 a julio de 2024.

Número de participantes: 270

Características de la población: La población de estudio consistió en mujeres en edad reproductiva, definidas como aquellas entre 18 y 50 años, con diagnóstico previo de al menos una enfermedad reumática autoinmune, que acudieron a la consulta de Reumatología del Hospital Universitario.

Muestreo y tamaño de muestra: Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El cálculo de tamaño de muestra se determinó para una proporción en una población infinita, utilizando un valor Z de 1.645 (para un nivel de confianza del 90-95%), una proporción esperada (p) de 0.50 y una precisión (δ) del 5% (0.05). La fórmula arrojó una muestra necesaria de 270 sujetos de estudio .

Criterios de inclusión:

- ☐ Mujeres entre los 18 y 50 años.
- ☐ Diagnóstico previo de al menos una enfermedad reumática autoinmune.
- ☐ Consentimiento escrito para contestar el cuestionario y utilizar su información.

Criterio de exclusión:

- ☐ Pacientes menores de 18 años.
- ☐ Pacientes mayores de 50 años.
- ☐ No estar de acuerdo con responder los cuestionarios debidos.

Metodología

Reclutamiento:

Se invitó a participar a las pacientes que acudieron a la consulta de Reumatología que cumplieran con los criterios de inclusión. Aquellas que aceptaron participar de manera voluntaria firmaron una carta de consentimiento informado.

Los cuestionarios fueron aplicados en forma digital por medio de un encuestador estandarizado que formaba parte del equipo de trabajo, y se administraron en la sala de espera de la consulta.

Se utilizó el cuestionario **Rheuma Reproductive Behavior (RRB)**, el cual fue diseñado y validado previamente en población mexicana para mujeres con ERAs . El instrumento consta de 47 preguntas para las mujeres que han tenido hijos y 35 preguntas para las que no han tenido hijos, distribuidas en las siguientes secciones :

- Identificación y datos sociodemográficos
- Datos de la enfermedad
- Fecundidad e historia de embarazos
- Preferencias reproductivas
- Relación con su reumatólogo
- Anticoncepción
- Sexualidad
- Medicamentos
- Puerperio y lactancia (si aplica)

Variables:

Variable	Operacionalización	Tipo de variable	Valores	Forma de reporte
Iniciales	Identificador codificado de la paciente	Cualitativa nominal	Código alfanumérico	No aplica (variable de control)
Edad	Edad en años al momento de la encuesta	Cuantitativa discreta	Años	Media y DE; mediana y RIC
Estado civil	Estado civil reportado	Cualitativa nominal	Soltera, Casada, Unión libre, Separada, Viuda	Frecuencia y porcentaje
Pareja actual	Presencia de pareja sentimental actual	Cualitativa nominal	Sí / No	Frecuencia y porcentaje
Zona de residencia	Lugar de residencia principal	Cualitativa nominal	Urbana / Rural	Frecuencia y porcentaje
Escolaridad	Máximo grado de estudios alcanzado	Cualitativa ordinal	Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura, Posgrado	Frecuencia y porcentaje
Diagnóstico	Diagnóstico reumatológico principal	Cualitativa nominal	LES, AR, SAF, Sjögren, Miopatía, Esclerosis sistémica, Otros	Frecuencia y porcentaje
Fecha de inicio de síntomas	Año de inicio de síntomas de la enfermedad	Cualitativa ordinal	Año calendario	Media y DE
Fecha de diagnóstico	Año de diagnóstico confirmado	Cualitativa ordinal	Año calendario	Media y DE
Embarazo previo	Antecedente de embarazo(s)	Cualitativa nominal	Sí / No	Frecuencia y porcentaje
Número de embarazos	Número total de embarazos	Cuantitativa discreta	NA	Media y DE; mediana y RIC
Abortos	Número de abortos espontáneos o inducidos	Cuantitativa discreta	NA	Media y DE; mediana y RIC
Situación al embarazo	Resultado del embarazo previo	Cualitativa ordinal	Parto, Cesárea, Aborto	Frecuencia y porcentaje
Hijos vivos	Número de hijos vivos	Cuantitativa discreta	NA	Media y DE; mediana y RIC
Hijos fallecidos	Número de hijos fallecidos	Cuantitativa discreta	NA	Media y DE; mediana y RIC
Hijos planeados	Número de hijos planificados	Cuantitativa discreta	NA	Media y DE; mediana y RIC
Deseo de hijos	Deseo de tener hijos en algún momento de la vida	Cualitativa nominal	Sí / No / Indecisa	Frecuencia y porcentaje
Deseo de hijos en el próximo año	Intención reproductiva a corto plazo	Cualitativa nominal	Sí / No	Frecuencia y porcentaje
Motivo de imposibilidad de	Razón percibida por la paciente para no poder	Cualitativa nominal	Infertilidad médica, Riesgo	Frecuencia y porcentaje

embarazo en la vida	embarazarse alguna vez		por enfermedad, Decisión personal, Otros	
Motivo de desinterés de embarazo en la vida	Razón de desinterés por embarazo a lo largo de la vida	Cualitativa nominal	Enfermedad activa, Edad, Riesgos percibidos, No deseo	Frecuencia y porcentaje
Años de deseo para próximo embarazo	Tiempo estimado deseado para embarazo	Cuantitativa discreta	Años	Media y DE; mediana y RIC
Confianza con reumatólogo	Nivel de confianza percibida con su reumatólogo	Cualitativa ordinal	Alta, Moderada, Baja	Frecuencia y porcentaje
Frecuencia de consejería sobre anticonceptivos	Frecuencia de discusión del tema con el médico	Cualitativa ordinal	Nunca, Rara vez, A veces, Frecuentemente, Siempre	Frecuencia y porcentaje
Frecuencia de consejería sobre riesgos	Frecuencia con que el médico aborda riesgos del embarazo	Cualitativa ordinal	Nunca, Rara vez, A veces, Frecuentemente, Siempre	Frecuencia y porcentaje
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Reconocimiento general de métodos disponibles	Cualitativa nominal	Sí / No	Frecuencia y porcentaje
Uso de método anticonceptivo actual	Uso actual de algún método anticonceptivo	Cualitativa nominal	Sí / No	Frecuencia y porcentaje
Método anticonceptivo elegido	Tipo de método anticonceptivo actual	Cualitativa nominal	Preservativo, Hormonal, DIU, Definitivo, Natural, Ninguno	Frecuencia y porcentaje
Razón de desuso de método	Motivo por el que se suspendió un método previo	Cualitativa nominal	Efectos adversos, Falta de acceso, Deseo de embarazo, Otros	Frecuencia y porcentaje
Edad de primera relación sexual	Edad en la que inició vida sexual	Cuantitativa discreta	Años	Media y DE; mediana y RIC
Uso de método anticonceptivo en primera relación sexual	Uso de protección en la primera relación sexual	Cualitativa nominal	Sí / No	Frecuencia y porcentaje
Información en medios de comunicación sobre anticoncepción	Exposición a mensajes educativos sobre anticoncepción	Cualitativa nominal	Sí / No	Frecuencia y porcentaje
Información en redes sociales sobre anticoncepción	Recepción de información sobre anticoncepción en redes sociales	Cualitativa nominal	Sí / No	Frecuencia y porcentaje
Fecha última de	Fecha de última	Cuantitativa discreta	Fecha	Media y DE

menstruación	menstruación reportada		(día/mes/año)	
Medicamentos actuales	Uso de medicamentos antirreumáticos activos al momento del estudio	Cualitativa nominal	Sí / No (detallar tipo)	Frecuencia y porcentaje

7. Ética.

El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” con la clave de registro: *MI23-00010*

8. Análisis de datos.

La captura de datos se realizó en una base de datos digital (Azzure). Para el análisis estadístico, primero verificamos la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, lo cual nos permitió definir el tipo de estadística descriptiva a utilizar.

En el caso de variables continuas con distribución normal, empleamos medidas de tendencia central y dispersión como la media y la desviación estándar, mientras que para aquellas con distribución no normal se utilizaron la mediana y el rango intercuartil. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

Finalmente, para explorar asociaciones y posibles factores relacionados con los desenlaces reproductivos en las pacientes, se aplicó un análisis multivariado utilizando regresión logística binaria. Todo el procesamiento y análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 25 (IBM Inc., NY, EE. UU.). Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 270 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y acudieron a la consulta de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” durante el periodo establecido.

6.1 Características Demográficas y Clínicas

En la Tabla 1 se muestran las características clínicas y demográficas de la cohorte analizada. La edad promedio fue de 35.17 ± 8.66 años, con un rango de 18 a 55 años, y la mediana de escolaridad correspondió a 12 años (RIC 9–16). La mayoría de las participantes contaba con estudios de licenciatura (38.9%), seguidas de secundaria (22.9%) y preparatoria (18.5%). La residencia en zona urbana predominó con 87%, mientras que el 13% vivía en comunidades rurales.

En cuanto al estado civil, 59.2% de las pacientes se encontraba casada, 25.1% era soltera, 10.3% vivía en unión libre, y un porcentaje menor reportó estar separada (4.8%) o viuda (0.4%). El 83% refirió tener pareja actual al momento del estudio.

Respecto al tratamiento farmacológico, los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) más utilizados fueron metotrexato (26.6%), hidroxicloroquina (19.6%) y prednisona (10.3%). Otros fármacos empleados en menor frecuencia fueron leflunomida (2.9%), micofenolato mofetil (2.5%), azatioprina (1.1%) y rituximab (0.3%).

En cuanto a los diagnósticos, la enfermedad más frecuente fue la artritis reumatoide (AR), presente en 36.1% de las participantes, seguida del lupus eritematoso sistémico (LES) con 26.5%.

Otras entidades menos prevalentes incluyeron el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (7.2%), el síndrome de Sjögren (3.1%), la miopatía inflamatoria (1.6%) y la artritis idiopática juvenil (5.3%). El grupo clasificado como “otros”, que abarcó enfermedades como la enfermedad mixta del tejido conectivo, la esclerosis sistémica y las espondiloartritis, representó 5.1% de los casos. El intervalo promedio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 91 días.

Tabla 1. Características sociodemográficas y tratamiento farmacológico de las pacientes (n = 270)

Variable	n (%) / Media \pm DE / Mediana (RIC)
Edad, media \pm DE	35.17 \pm 8.66
Años de educación, mediana (RIC)	12 (9–16)
Escolaridad, n (%)	
Lee y escribe	2 (0.74)
Primaria	21 (7.7)
Secundaria	62 (22.96)
Preparatoria	50 (18.51)
Técnica	14 (5.18)
Licenciatura	105 (38.88)
Posgrado	16 (5.92)
Zona de residencia, n (%)	
Rural	35 (12.96)
Urbana	235 (87.03)
Pareja actual, n (%)	
Sí	215 (83.33)
No	43 (16.67)
Estado civil, n (%)	
Soltera	68 (25.18)
Casada	160 (59.25)
Unión libre	28 (10.37)
Separada	13 (4.81)
Viuda	1 (0.37)
Medicamentos, n (%)	
Metotrexato	72 (26.6)
Hidroxicloroquina	53 (19.6)
Prednisona	28 (10.3)
Sulfazalazina	4 (1.4)
Leflunomida	8 (2.9)
Micofenolato mofetil	7 (2.5)
Cloroquina	5 (1.8)
AINEs	4 (1.4)
Azatioprina	3 (1.1)
Tacrolimus	2 (0.7)
Rituximab	1 (0.3)

Tabla 2. Características Clínicas

Días entre el diagnóstico y los síntomas (DE)	91.36 (197.41)
Diagnóstico, n = 270 (%)	
Artritis reumatoide	116 (36.1)
Lupus eritematoso sistémico	85 (26.5)
Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos	23 (7.2)
Síndrome de Sjögren	10 (3.1)
Miopatía inflamatoria	5 (1.6)
Artritis idiopática juvenil	17 (5.3)
Otros*	14 (5.18)

*Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo, Esclerosis sistémica, Espondiloartritis.

6.2 Historia Obstétrica y Comportamientos de Salud Reproductiva

Las características obstétricas se describen en la Tabla 3. El 77.7% (n=210) de las participantes reportó antecedentes de embarazo, con un promedio de 1.79 embarazos y 1.87 hijos planeados. Un 48.9% refirió al menos un embarazo no deseado.

El 94% de las pacientes manifestó encontrarse con vida sexual activa, con una edad media de inicio de vida sexual de 19.8 ± 3.2 años. Solo 47% utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Al momento de la encuesta, 64.4% reportó uso de algún método anticonceptivo, y 17.7% contaba con un método definitivo.

Tabla 3. Historia obstétrica

Historia obstétrica	n= 270, (%)
Antecedente de embarazo	210 (77.77)
Número de embarazos (DE)	1.79 (2.14)
Número de hijos planeados (DE)	1.87 (2.04)
Embarazos no deseados	132 (48.88)
Vida sexual activa	254 (94.07)
Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual	127 (47.03)
Uso de método anticonceptivo en la actualidad	174 (64.44)
Método anticonceptivo definitivo	48 (17.77)

6.3 Eficacia y Uso de Métodos Anticonceptivos

La Tabla 4 presenta la distribución de los métodos anticonceptivos utilizados por las participantes, clasificados de acuerdo con su nivel de eficacia según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Del total de mujeres incluidas en el estudio, 64.4% reportó uso actual de algún método anticonceptivo, mientras que 35.5% no utilizaba ninguno al momento de la encuesta. Entre las usuarias, 5.9% empleaba un método altamente efectivo, que incluyó dispositivos intrauterinos de cobre o con levonorgestrel, implantes subdérmicos y procedimientos definitivos como la oclusión tubárica. Por otro lado, 33.3% utilizaba métodos considerados efectivos, entre los cuales se identificaron anticonceptivos hormonales orales, inyectables y parches transdérmicos.

Los métodos moderadamente efectivos representaron 25.3% de los casos y comprendieron el uso del preservativo masculino y femenino, coito interrumpido y métodos basados en el ritmo menstrual. Finalmente, 35.5% de las mujeres no referían uso de ningún método anticonceptivo vigente.

En cuanto a las preferencias individuales, el preservativo fue el método más reportado dentro de los de uso temporal (18.1%), seguido de los anticonceptivos hormonales orales combinados o de solo progestágeno (14.8%) y el dispositivo intrauterino (7.0%). La esterilización quirúrgica estuvo presente en 5.2% de las participantes.

Se observó que el uso de métodos de alta eficacia fue más frecuente entre las mujeres mayores de 35 años, mientras que los métodos de barrera y naturales predominaban en las menores de 30 años. Asimismo, la utilización de anticoncepción definitiva fue más común en pacientes con dos o más embarazos previos.

Tabla 4. Eficacia del método anticonceptivo

Eficacia del método anticonceptivo actual	n= 270, (%)
Altamente efectivo	90 (33.33)
Efectivo	16 (5.92)
Moderadamente efectivo	60 (22.22)
Menos efectivo	4 (1.48)
No usa	96 (35.55)

6.4 Preferencias Reproductivas

Las preferencias reproductivas de las pacientes se resumen en la Tabla 5 y 6.

A corto plazo, 40.0% de las mujeres manifestó deseo de embarazo en el siguiente año, mientras que 60.0% no planeaba embarazarse durante ese periodo. Dentro de este último grupo, 19.6% refirió imposibilidad percibida para concebir, mientras que el resto señaló motivos personales o clínicos para posponer o evitar el embarazo.

Entre las pacientes que no deseaban embarazo en el corto plazo, las principales razones expresadas fueron la paridad satisfecha (35.0%), la presencia de enfermedad reumática (28.7%), y factores relacionados con el desarrollo personal o profesional (24.0%). Un porcentaje menor mencionó razones económicas o ausencia de pareja estable (12.3%) (Tabla 5).

En la evaluación de las preferencias a largo plazo, el 72.0% de las participantes manifestó deseo de tener hijos en el futuro, mientras que el 28.0% restante indicó no desear más embarazos. Dentro de este grupo, 1.0% reportó antecedentes de infertilidad.

Entre las pacientes que no planeaban más embarazos, la paridad satisfecha fue la causa más frecuente (66.6%), seguida de la enfermedad reumática (21.4%), y de motivos vinculados al desarrollo personal o profesional (9.5%). En un número reducido de casos (2.3%), se refirieron otras razones no especificadas (Tabla 6).

Tabla 5. Preferencias Reproductivas a corto plazo

Preferencias reproductivas a corto plazo	n= 270, (%)
Deseo de hijos en el próximo año	110 (40.74)
Imposibilidad para concebir en el próximo año	53 (19.62)
Razón por la que no desea hijos en el próximo año n=160, (%)	
Paridad satisfecha	56 (35)
Enfermedad reumática	46 (28.75)
Desarrollo personal y/o profesional	39 (24.37)

Tabla 6. Preferencias reproductivas a largo plazo

Preferencias reproductivas a largo plazo (mayor a 1 año)	n= 270, (%)
Deseo de hijos en el futuro	186 (72.09)
Imposibilidad para concebir (infertilidad)	3 (1.16)
Razón por la que no desea hijos en el futuro n=84 (%)	
Paridad satisfecha	56 (66.66)
Enfermedad reumática	18 (21.42)
Desarrollo personal y/o profesional	10 (11.9)

6.5 Consejería Médico-Paciente y Confianza

En la Figura 1 se presenta la distribución de las respuestas relacionadas con la confianza de las pacientes para abordar temas de planificación familiar y anticoncepción con su médico tratante, así como la frecuencia con la que reciben consejería en tres dominios principales: métodos anticonceptivos, riesgos del embarazo y riesgos del uso de medicamentos durante la gestación.

En cuanto al nivel de confianza, la mayoría de las participantes reportó sentirse cómoda al discutir temas reproductivos. En total, 38.76% manifestó “*muchísima confianza*” y 41.47% “*mucha confianza*”, mientras que 14.34% indicó tener “*algo de confianza*”. Únicamente 0.78% refirió “*poca*” y 4.65% “*ninguna confianza*”. En conjunto, más de cuatro quintas partes de la cohorte (80.23%) describió un nivel alto de confianza en su interacción médico-paciente.

En relación con la frecuencia de consejería sobre métodos anticonceptivos, poco más de la mitad de las pacientes (51.0%) refirió recibir orientación de manera infrecuente, distribuyéndose entre las categorías “*nunca*” (13.9%), “*casi nunca*” (8.5%) y “*alguna vez*” (28.6%). Por otro lado, 25.6% reportó recibir consejería “*casi siempre*” y 23.2% “*siempre*”.

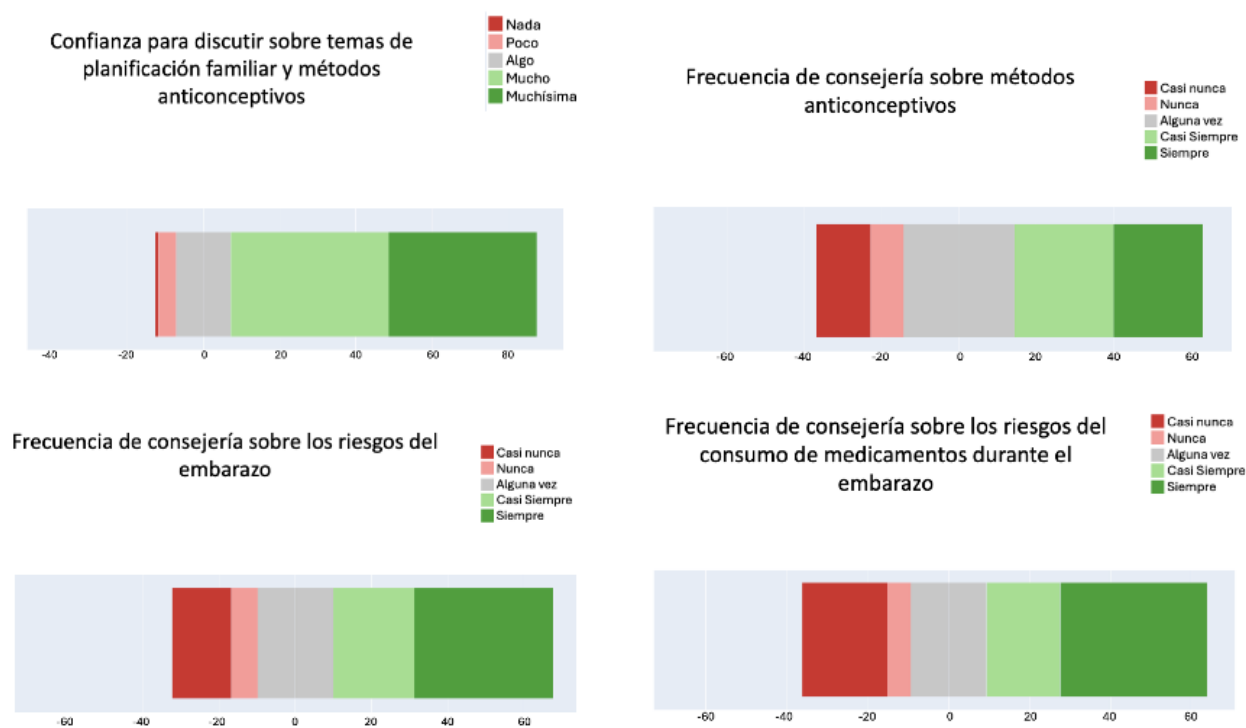
En cuanto a la consejería sobre los riesgos del embarazo, la distribución fue heterogénea. Aproximadamente cuatro de cada diez mujeres (41.25%) reportaron una frecuencia baja, con 6.98% que indicó “*casi nunca*”, 15.50% “*nunca*” y 19.77% “*alguna vez*”. El resto refirió recibirla con mayor regularidad: 21.32% “*casi siempre*” y 36.43% “*siempre*”.

De forma similar, la consejería sobre los riesgos del uso de medicamentos durante el embarazo mostró una tendencia comparable. En este dominio, 5.81% señaló recibirla “*casi*

nunca”, 20.9% “*nunca*” y 18.6% “*alguna vez*”, mientras que 18.22% reportó “*casi siempre*” y 36.0% “*siempre*”.

La Figura 1 resume de manera global la distribución porcentual de las respuestas en los cuatro apartados evaluados, evidenciando los patrones de confianza y frecuencia de consejería registrados en la cohorte estudiada.

Figura 1. Consejería Médico-Paciente y Confianza en la Salud Reproductiva



6.6 Análisis Multivariado

En la Tabla 6 se presentan los resultados del análisis de regresión logística binaria aplicado para identificar los factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos efectivos y con la frecuencia de consejería sobre anticoncepción.

Para el desenlace “uso de método anticonceptivo efectivo”, la variable tener pareja actual mostró una asociación significativa marginal, con un odds ratio (OR) de 2.177 (intervalo de confianza [IC] 95%: 1.001–4.736, $p = 0.050$). Esto indica una mayor probabilidad de uso de métodos efectivos en este grupo. Las variables edad ($p = 0.138$), zona de residencia ($p = 0.166$) y escolaridad ($p = 0.660$) no presentaron asociaciones estadísticamente significativas con el uso de anticoncepción efectiva.

En el modelo correspondiente al desenlace “recibir consejería sobre métodos anticonceptivos”, la edad fue la única variable con significancia estadística, con un OR de 0.956 (IC 95%: 0.928–0.984, $p = 0.003$). Las variables pareja actual ($p = 0.460$), zona de residencia ($p = 0.798$) y escolaridad ($p = 0.471$) no mostraron significancia estadística.

No se identificaron interacciones significativas entre las variables incluidas en los modelos.

La Tabla 7 resume los valores de los coeficientes, errores estándar, odds ratios, intervalos de confianza y valores de p para cada una de las variables analizadas.

Tabla 7: Análisis Multivariado

Uso de método anticonceptivo efectivo

Variable	Valor de p	OR	IC 95% para OR
Edad	0.138	1.023	0.993 – 1.053
Pareja Actual	0.050	2.177	1.001 – 4.736
Residencia	0.166	0.499	0.187 – 1.335
Escolaridad	0.660	1.136	0.643 – 2.010

Consejería sobre uso de métodos anticonceptivos

Variable	Valor de p	OR	IC 95% para OR
Edad	0.003	0.956	0.928 – 0.984
Pareja actual	0.460	1.302	0.647 – 2.623
Residencia	0.798	1.141	0.415 – 3.136
Escolaridad	0.471	1.231	0.700 – 2.163

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

La presente investigación constituye la primera evaluación sistemática de los conocimientos y comportamientos en salud reproductiva de mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERAs) atendidas en un hospital de tercer nivel en el noreste de México. Los hallazgos obtenidos reafirman la existencia de brechas significativas en la consejería reproductiva descritas previamente en la literatura internacional, pero revelan además una particularidad clave en el contexto local: una marcada discrepancia entre la alta confianza de las pacientes hacia su reumatólogo (80%) y la baja frecuencia de consejería efectivamente recibida (51% reportó baja frecuencia). Esta disociación se acompaña de un elevado índice de embarazos no planificados (48.9%) y de un uso limitado de métodos anticonceptivos, dado que más de la mitad de las participantes refirió recibir orientación sobre planificación familiar o anticoncepción solo de forma ocasional o nula. Casi una de cada dos mujeres había experimentado al menos un embarazo no deseado, y una proporción considerable manifestó deseos de embarazo a corto o mediano plazo sin haber recibido consejería preconcepcional formal. En conjunto, estos resultados permiten dimensionar la magnitud de las brechas en consejería reproductiva dentro de esta población y ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la comunicación médico-paciente y la integración de la salud reproductiva en la atención reumatológica habitual.

Al comparar estos hallazgos con la literatura internacional, se observa una concordancia general con los patrones descritos en distintas regiones, tanto de países de altos ingresos como de

entornos de recursos intermedios. Clowse y colaboradores (20) reportaron, en una cohorte multinacional del *Rheumatology Informatics System for Effectiveness* (RISE Registry), que ninguna clínica documentaba anticoncepción en más del 30% de las mujeres con lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide, lo que refleja la escasa priorización de la salud reproductiva en la práctica reumatológica cotidiana. De forma paralela, Wolfgang et al. (29) mostraron que la implementación de programas de mejora de calidad en la consulta de reumatología incrementó de manera significativa la frecuencia de consejería y documentación sobre anticoncepción, lo que demuestra que esta brecha puede ser corregida mediante intervenciones estructuradas. Estudios previos han descrito, además, una alta prevalencia de embarazos no planeados entre mujeres con ERAs, con tasas que oscilan entre el 40% y el 60% (20, 30), cifras que son comparables con el 47.8% observado en nuestra cohorte. De manera concordante, Wolgemuth et al. (31) demostraron que las actitudes negativas hacia el embarazo se correlacionan con un mayor uso de métodos anticonceptivos efectivos, lo que sugiere que la percepción individual del riesgo influye directamente en la conducta reproductiva. En América Latina, los estudios de Fatima-Alnaimat et al. (32) y Pons-Estel et al. (33) también identificaron deficiencias persistentes en la consejería preconcepcional y en la adopción de métodos de alta eficacia, asociadas tanto a desigualdades estructurales como a barreras socioculturales y educativas. En este contexto, los hallazgos del presente estudio —particularmente el bajo empleo de métodos efectivos y la escasa orientación sobre riesgos gestacionales o farmacológicos— se integran dentro de un patrón global que evidencia deficiencias estructurales en la atención reproductiva de mujeres con ERAs.

Los resultados de esta investigación permiten concluir que las mujeres mexicanas con ERAs enfrentan retos sustanciales en salud reproductiva, caracterizados por el uso inconsistente de anticonceptivos, la baja frecuencia de consejería médica y las elevadas tasas de embarazos no

planeados. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de nuestro propio estudio cualitativo publicado por el mismo grupo investigador (27), en el cual las participantes describieron una comunicación médico-paciente limitada, dudas sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y falta de información confiable sobre los riesgos del embarazo. Ambos trabajos, desde perspectivas metodológicas complementarias, coinciden en señalar que la información insuficiente y la delegación de las decisiones reproductivas exclusivamente al reumatólogo perpetúan un modelo asistencial poco participativo y subóptimo para la planificación familiar en mujeres con ERAs.

Desde un punto de vista teórico y clínico, estos resultados enfatizan que el manejo de la salud reproductiva en mujeres con enfermedades autoinmunes requiere un enfoque integral que trascienda el control de la actividad inflamatoria. El abordaje ideal debe integrar la participación de reumatólogos, ginecólogos y especialistas en medicina materno-fetal para garantizar la seguridad farmacológica y la estabilidad clínica antes de la concepción. Esta recomendación se alinea con las guías del *American College of Rheumatology* (12) y de la *European League Against Rheumatism*, (18) así como con la guía mexicana del *Colegio Mexicano de Reumatología* (34), la cual enfatiza la importancia de discutir la planificación familiar desde la primera consulta y promover la coordinación interdisciplinaria para optimizar los resultados materno-fetales. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio muestran que, en la práctica cotidiana, estas recomendaciones aún no se implementan de manera sistemática. La alta confianza médico-paciente observada en esta cohorte contrasta con la baja frecuencia de consejería, lo que refuerza la necesidad de transformar la comunicación clínica en un proceso bidireccional, estructurado y centrado en la toma de decisiones compartida.

Cada una de las conclusiones derivadas de este trabajo se encuentra sustentada en la

evidencia. La alta frecuencia de embarazos no planeados coincide con las tasas reportadas por Birru Talabi et al. (35) y Clowse et al.(20), mientras que la deficiencia en la documentación y la consejería sobre anticoncepción se correlaciona con lo descrito por Wolfgang et al. (29). La observación de un uso preferencial de métodos de baja eficacia, como los de barrera o coito interrumpido, concuerda con los hallazgos internacionales que asocian la falta de información y la ausencia de protocolos sistemáticos con el bajo empleo de métodos reversibles de larga duración (LARC). Por su parte, la evidencia cualitativa nacional publicada por nuestro grupo refuerza la influencia de factores culturales y de acceso, evidenciando que las pacientes perciben la anticoncepción como una decisión médica más que como un proceso compartido de planificación y autonomía (27).

El impacto clínico y social de estos resultados es considerable. En términos prácticos, las brechas detectadas reflejan una oportunidad de mejora inmediata en la atención reumatológica. La incorporación sistemática de la consejería reproductiva en la consulta de reumatología, junto con estrategias educativas dirigidas tanto a médicos como a pacientes, podría reducir significativamente los embarazos no planeados y mejorar los desenlaces obstétricos. La integración de protocolos estandarizados de consejería reproductiva, alineados con las recomendaciones internacionales de la EULAR y el ACR(12, 18), permitiría además establecer mecanismos de auditoría y evaluación de la calidad asistencial, garantizando la continuidad del cuidado entre disciplinas. La evidencia disponible sugiere que la educación médica y los programas de mejora de calidad son efectivos para incrementar la frecuencia y calidad de la consejería(29, 36). Adicionalmente, el fortalecimiento de los modelos de atención colaborativa permitiría integrar el conocimiento experto de distintas disciplinas, reduciendo los riesgos asociados al uso de fármacos teratogénicos y optimizando el momento de la concepción.

Además del impacto clínico, las brechas en consejería reproductiva identificadas en este

estudio tienen implicaciones psicosociales y éticas relevantes. La toma de decisiones informada y la autonomía reproductiva son componentes esenciales del derecho a la salud integral, particularmente en mujeres con enfermedades crónicas. Estudios recientes han demostrado que los modelos de atención centrados en la paciente y basados en la decisión compartida mejoran la satisfacción con la atención, fortalecen la adherencia terapéutica y reducen la ansiedad relacionada con el riesgo gestacional(30). Desde esta perspectiva, el fortalecimiento de la comunicación médico-paciente no solo optimiza los resultados obstétricos, sino que también promueve un cuidado más equitativo, respetuoso y orientado al bienestar integral.

Las limitaciones del presente estudio incluyen su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas, y el muestreo por conveniencia, que podría introducir sesgo de selección al incluir pacientes más comprometidas con su atención médica. Asimismo, el uso de cuestionarios autoadministrados puede generar sesgos de memoria o deseabilidad social. Otra limitación relevante es la ausencia de una evaluación específica de las barreras culturales y de género que influyen en la toma de decisiones reproductivas, aspecto que sería valioso explorar en futuras investigaciones cualitativas. Sin embargo, el estudio posee varias fortalezas metodológicas: un tamaño muestral adecuado, el uso de un instrumento validado y culturalmente adaptado a mujeres mexicanas con ERAs, y la homogeneidad en la aplicación del cuestionario, lo que confiere consistencia interna y fiabilidad a los resultados. Además, constituye una contribución pionera al conocimiento nacional sobre la salud reproductiva en este grupo de pacientes, aportando evidencia empírica que puede orientar la formulación de políticas y protocolos clínicos.

En síntesis, este estudio demuestra que las mujeres con enfermedades reumáticas

autoinmunes atendidas en un hospital de tercer nivel en México enfrentan deficiencias persistentes en la consejería y planificación reproductiva, a pesar de mantener una relación de confianza con sus médicos tratantes. Estos hallazgos subrayan la necesidad de integrar de manera estructural la salud reproductiva en la práctica reumatológica, fomentando la toma de decisiones compartida, el uso de métodos anticonceptivos efectivos y la educación médica continua. En conjunto, la evidencia generada refuerza el llamado internacional a incorporar la consejería preconcepcional como parte esencial del cuidado rutinario de las mujeres con enfermedades autoinmunes, promoviendo un modelo de atención más equitativo, informado y centrado en la paciente.

Capítulo VIII

CONCLUSIÓN

El presente estudio constituye la primera evaluación sistemática de los conocimientos y comportamientos en salud reproductiva de mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERAs) atendidas en un hospital de tercer nivel en el noreste de México. Los resultados obtenidos evidencian una brecha sustancial en la educación y consejería reproductiva, particularmente en los aspectos relacionados con la anticoncepción y la planificación del embarazo. Se identificó una marcada discrepancia entre la alta confianza de las pacientes hacia su médico tratante (80%) y la baja frecuencia de consejería efectivamente recibida (51%), lo que demuestra que una proporción considerable de mujeres con ERAs no recibe orientación preconcepcional adecuada, pese a mantener una relación médico-paciente sólida y receptiva. Esta falta de comunicación estructurada se asocia directamente con un uso limitado de métodos anticonceptivos altamente efectivos —solo 5.9% de las participantes— y con una elevada proporción de embarazos no planeados (48.9%), hallazgos que reflejan la persistencia de deficiencias estructurales en la atención reproductiva, incluso dentro de un entorno hospitalario especializado.

A partir de estos hallazgos, se identifican áreas críticas de mejora en la práctica clínica reumatológica. Los resultados confirman la necesidad de incorporar de manera sistemática la consejería reproductiva como parte del seguimiento habitual de toda mujer en edad fértil con una ERA, sin depender exclusivamente del deseo explícito de embarazo. La integración de esta práctica requiere protocolos estandarizados que aseguren la continuidad del cuidado, la comunicación

interdisciplinaria y la evaluación periódica de la calidad asistencial. La experiencia de programas internacionales de mejora de calidad demuestra que la implementación de guías estructuradas y auditorías de desempeño puede incrementar significativamente la frecuencia y efectividad de la consejería, al tiempo que fortalece la documentación y seguimiento en la historia clínica. Este enfoque permitiría transformar la atención reproductiva de un acto ocasional a un componente formal, medible y verificable dentro de la atención integral de las enfermedades autoinmunes.

En el ámbito educativo, los hallazgos del presente estudio respaldan la necesidad de reforzar la formación de los profesionales de la salud en temas de salud reproductiva y autoinmunidad. La creación de módulos específicos en programas de residencia, diplomados y cursos de actualización favorecería la adquisición de competencias para brindar consejería basada en evidencia, comunicar riesgos de forma efectiva y adaptar las recomendaciones a las condiciones clínicas y socioculturales de cada paciente. De igual manera, el diseño de materiales educativos dirigidos a las pacientes —con lenguaje claro, accesible y culturalmente sensible— podría mejorar la comprensión de los riesgos, fortalecer la autonomía reproductiva y promover una participación activa en las decisiones terapéuticas.

La adopción de modelos de atención colaborativa entre reumatología, ginecología, medicina materno-fetal y psicología clínica representa una estrategia indispensable para optimizar los resultados reproductivos y minimizar los riesgos asociados al uso de fármacos teratogénicos. Estos modelos, sustentados en la comunicación interprofesional y en la coordinación longitudinal del cuidado, permiten abordar de manera integral los aspectos clínicos, emocionales y sociales que intervienen en la toma de decisiones reproductivas. En este sentido, la evidencia internacional respalda la eficacia de los equipos multidisciplinarios para reducir la incidencia de embarazos no planificados y mejorar los desenlaces materno-fetales en mujeres con enfermedades autoinmunes.

Los resultados de este trabajo también subrayan la importancia de fortalecer la

comunicación médico-paciente y fomentar la toma de decisiones compartida. La aplicación de instrumentos validados, como el cuestionario *Rheuma Reproductive Behavior* (RRB), constituye una herramienta útil para identificar brechas de conocimiento, evaluar la calidad de la consejería y diseñar intervenciones educativas adaptadas al contexto nacional. Este tipo de herramientas, al ser culturalmente validadas y reproducibles, pueden emplearse como indicadores de desempeño clínico y contribuir a establecer estándares nacionales de atención reproductiva en pacientes con ERAs.

Desde una perspectiva de salud pública, los hallazgos adquieren relevancia más allá del ámbito hospitalario. Las elevadas tasas de embarazos no planeados y el uso limitado de anticonceptivos efectivos observados en esta población reflejan fenómenos que trascienden la práctica médica individual y se relacionan con inequidades estructurales en el acceso a la educación y a los servicios de salud reproductiva en México. En este contexto, la implementación de políticas institucionales orientadas a garantizar el acceso universal a la consejería reproductiva, junto con campañas de sensibilización sobre la importancia de la planificación preconcepcional en enfermedades crónicas, podría contribuir a mejorar de manera significativa la salud materna y neonatal en este grupo de pacientes.

Finalmente, este trabajo sienta las bases para futuras investigaciones que evalúen la efectividad de intervenciones estructuradas de consejería reproductiva y el impacto de los modelos multidisciplinarios en los desenlaces clínicos y psicosociales de las mujeres con ERAs. Estudios longitudinales y multicéntricos podrían aportar evidencia sobre la evolución de los comportamientos reproductivos tras la implementación de estrategias educativas y de coordinación clínica. La contribución principal de este estudio radica en visibilizar un aspecto frecuentemente subestimado de la atención reumatológica —la salud reproductiva— y en proponer lineamientos concretos para avanzar hacia un modelo de atención más integral, informado y centrado en la paciente. En conjunto, los hallazgos generan una base sólida para orientar políticas institucionales, fortalecer la educación

médica y promover un cuidado reproductivo equitativo y basado en evidencia para las mujeres con enfermedades autoinmunes en México.

CAPÍTULO IX

BIBLIOGRAFÍA

1. Goodnow CC, Sprent J, Fazekas de St Groth B, Vinuesa CG. Cellular and genetic mechanisms of self tolerance and autoimmunity. *Nature*. 2005;435(7042):590–7.
2. Corneth OBJ, Neys SFH, Hendriks RW. Aberrant B Cell Signaling in Autoimmune Diseases. *Cells*. 2022;11(21).
3. Rich RRF, Thomas A.; Shearer, William T.; Schroeder, Harry W. Jr.; Frew, Anthony J.; Weyand, Cornelia M. *Clinical Immunology: Principles and Practice*. 5th edition ed. Philadelphia, PA, USA: Elsevier; 2019.
4. Oliver JE, Silman AJ. Why are women predisposed to autoimmune rheumatic diseases? *Arthritis Res Ther*. 2009;11(5):252.
5. Albrecht K, Troll W, Callhoff J, Strangfeld A, Ohrndorf S, Mucke J. Sex- and gender-related differences in systemic lupus erythematosus: a scoping review. *Rheumatol Int*. 2025;45(7):160.
6. Raine C, Giles I. What is the impact of sex hormones on the pathogenesis of rheumatoid arthritis? *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:909879.
7. Fairweather D, Beetler DJ, McCabe EJ, Lieberman SM. Mechanisms underlying sex differences in autoimmunity. *The Journal of Clinical Investigation*. 2024;134(18).
8. Andreoli L, Chighizola CB, Iaccarino L, Botta A, Gerosa M, Ramoni V, et al. Immunology of pregnancy and reproductive health in autoimmune rheumatic diseases. Update from the 11(th) International Conference on Reproduction, Pregnancy and Rheumatic Diseases. *Autoimmun Rev*. 2023;22(3):103259.
9. Pacini G, Paolino S, Andreoli L, Tincani A, Gerosa M, Caporali R, et al. Epigenetics, pregnancy and autoimmune rheumatic diseases. *Autoimmun Rev*. 2020;19(12):102685.
10. Rosta K, Binder J, Kuczwara V, Horvath M, Heinzl F, Hörhager C, et al. Periconceptional Counselling in Women with Autoimmune Inflammatory Rheumatic Diseases. *J Clin Med*. 2024;13(9).
11. Merz WM, Fischer-Betz R, Hellwig K, Lamprecht G, Gembruch U. Pregnancy and Autoimmune Disease. *Dtsch Arztebl Int*. 2022;119(9):145–56.
12. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse MEB, Lockshin MD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(4):461–88.
13. Buyon JP, Kim MY, Guerra MM, Laskin CA, Petri M, Lockshin MD, et al. Predictors of Pregnancy Outcomes in Patients With Lupus: A Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2015;163(3):153–63.
14. Huang W, Wu T, Jin T, Zhang Y, Wang J, Qi J, et al. Maternal and fetal outcomes in pregnant women with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rheumatol*. 2023;42(3):855–70.
15. Bundhun PK, Soogund MZ, Huang F. Impact of systemic lupus erythematosus on maternal and fetal outcomes following pregnancy: A meta-analysis of studies published between years 2001-2016. *J Autoimmun*. 2017;79:17–27.
16. Flint J, Panchal S, Hurrell A, van de Venne M, Gayed M, Schreiber K, et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(9):1693–7.
17. Andreoli L, Bertias GK, Agmon-Levin N, Brown S, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(3):476–85.

18. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, Aringer M, Arnaud L, Bae SC, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(1):15–29.
19. Luche N, Talabi MB. Contraceptive Care in the Rheumatic Diseases: A Review. *J Clin Rheumatol*. 2024;30(7S Suppl 1):S5–s12.
20. Clowse MEB, Li J, Talabi MB, Eudy AM, Schmajuk G. Frequency of Contraception Documentation in Women With Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis Within the Rheumatology Informatics System for Effectiveness Registry. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023;75(3):590–6.
21. Perez-Barbosa L, Skinner-Taylor CM, Lujano-Negrete AY, Barriga-Maldonado ES, Peláez-Ballesteros I, Espinosa-Banuelos LG, et al. Construction and validation of a reproductive behavior questionnaire for female patients with rheumatic diseases. *Clin Rheumatol*. 2023;42(9):2453–60.
22. Phillips R, Pell B, Grant A, Bowen D, Sanders J, Taylor A, et al. Identifying the unmet information and support needs of women with autoimmune rheumatic diseases during pregnancy planning, pregnancy and early parenting: mixed-methods study. *BMC Rheumatol*. 2018;2:21.
23. Mitchell D, Lesoon L, Edens C, Kazmerski TM, Stransky OM, Cameron FA, et al. How to Provide Sexual and Reproductive Health Care to Patients: Focus Groups With Rheumatologists and Rheumatology Advanced Practice Providers. *J Rheumatol*. 2023;50(2):240–5.
24. Olejárová M, Macejová Ž, Gkalpakiotis S, Procházková L, Tóth Z, Prágr P. Reproductive Healthcare in Women with Rheumatoid Arthritis and Psoriatic Diseases in Routine Clinical Practice: Survey Results of Rheumatologists and Dermatologists. *Rheumatol Ther*. 2022;9(6):1575–86.
25. Granados Y, Gastelum Strozzi A, Alvarez-Nemegyei J, Quintana R, Julian-Santiago F, Santos AM, et al. Inequity and vulnerability in Latin American Indigenous and non-Indigenous populations with rheumatic diseases: a syndemic approach. *BMJ Open*. 2023;13(3):e069246.
26. Pineda C, Caballero-Urbe CV. Challenges and opportunities for diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis in Latin America. *Clin Rheumatol*. 2015;34 Suppl 1(Suppl 1):S5–7.
27. Skinner-Taylor CM, Perez-Barbosa L, Lujano-Negrete AY, Arévalo-Nieto F, Corral-Trujillo ME, Aguilar-Leal A, et al. Sexual and reproductive health from the perspective of patients with autoimmune rheumatic diseases in Mexico: a qualitative study. *BMJ Open*. 2025;15(1):e086351.
28. (INSP) INdSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19 (ENSANUT Continua 2021). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022.
29. Wolfgang T, Anstett S, Arabelovic S. Improvement of pregnancy counselling and contraception counselling and documentation in a single rheumatology academic practice: a quality improvement project. *BMJ Open Qual*. 2022;11(4).
30. Stransky OM, Wolgemuth T, Kazmerski T, Chodoff A, Borrero S, Birru Talabi M. Contraception decision-making and care among reproductive-aged women with autoimmune diseases. *Contraception*. 2021;103(2):86–91.
31. Wolgemuth T, Judge-Golden C, Callegari L, Zhao X, Mor M, Borrero S. Associations between Pregnancy Intention, Attitudes, and Contraceptive Use among Women Veterans in the ECUUN Study. *Womens Health Issues*. 2018;28(6):480–7.
32. Alnaimat F, Hamdan O, Othman L, Dabbah T, Marar M, Mohammed RHA. Patient Perspectives on Reproductive Health in Systemic Lupus Erythematosus: Exploring Disease Manifestations, Quality of Life, and the Role of Social Support. *Int J Womens Health*. 2025;17:1849–62.
33. Pons-Estel GJ, Saurit V, Alarcón GS, Hachuel L, Boggio G, Wojdyla D, et al. The impact of rural residency on the expression and outcome of systemic lupus erythematosus: data from a multiethnic Latin American cohort. *Lupus*. 2012;21(13):1397–404.
34. Saavedra-Salinas MAB-C, A.; Cabral-Castañeda, A. R.; Jara-Quezada, L. J.; Arce-Salinas, C. A.; Álvarez-Nemegyei, J.; et al. Guías de práctica clínica para la atención del embarazo en mujeres

con enfermedades reumáticas autoinmunes del Colegio Mexicano de Reumatología. Parte II. Reumatología Clínica. 2015;11(5):305–15.

35. Birru Talabi M, Clowse MEB, Blalock SJ, Moreland L, Siripong N, Borrero S. Contraception Use Among Reproductive-Age Women With Rheumatic Diseases. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71(8):1132–40.

36. Ackerman IN, Ngian GS, Van Doornum S, Briggs AM. A systematic review of interventions to improve knowledge and self-management skills concerning contraception, pregnancy and breastfeeding in people with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2016;35(1):33–41.

CAPÍTULO X

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Dr. Abraham Yair Lujano Negrete

Candidato para el Grado de Especialista en Medicina Interna

Tesis: Conocimientos y comportamientos en salud reproductiva de mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes en un hospital de tercer nivel del noreste de México

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos personales: nacido en Monterrey, Nuevo León, el 13 de mayo de 1996.

Estado civil: Soltero

Grado de estudio: Médico Cirujano y Partero por la Universidad Autónoma de Nuevo León, graduado en 2020.

Trayectoria

Mi formación académica inició en la Escuela Primaria Club de Leones No. 1, continuando en la Secundaria Técnica No. 32 y posteriormente en la Escuela y Preparatoria Técnica Médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León, donde cursé la carrera técnica en enfermería. Esta experiencia fortaleció mis habilidades de atención al paciente, disciplina clínica y pensamiento crítico, y consolidó mi vocación por la medicina interna y las enfermedades sistémicas.

Cursé la licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Universidad Autónoma de Nuevo León entre 2014 y 2020. Durante este periodo desarrollé un interés particular por las enfermedades autoinmunes y su impacto multisistémico. Efectué mi servicio social en el Departamento de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, participando en proyectos de investigación cuantitativa y cualitativa centrados en salud reproductiva y en el abordaje integral de pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes. Esta experiencia consolidó mi inclinación hacia la investigación clínica y mi compromiso con la generación de conocimiento centrado en el paciente.

En 2020 ingresé al programa de especialidad en Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, dependiente de la Universidad Autónoma de Nuevo León. A lo largo de mi formación he adquirido una preparación sólida en el manejo integral del paciente hospitalizado y ambulatorio, con especial interés en la reumatología y las enfermedades autoinmunes. Durante la residencia he participado activamente en actividades docentes, en la formación de residentes de menor grado y en la mejora continua de los procesos asistenciales del servicio. Fui distinguido como Residente Destacado en primero y segundo año, y posteriormente como Residente Distinguido de Posgrado 2025 al culminar la especialidad. Asimismo, tuve el honor de desempeñarme como Jefe de Residentes durante el ciclo académico 2025–2026, y de ser elegido Presidente de la Mesa Directiva de Posgrado 2025-2026, participando en la representación institucional y en el fortalecimiento académico y organizativo de las actividades de formación médica especializada.

Paralelamente, desarrollé una línea de investigación centrada en la salud reproductiva de mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes, en colaboración con el grupo nacional GEREER-MEX (Grupo de Estudio e Investigación en Salud

Reproductiva en Mujeres con Enfermedades Reumáticas de México). Este proyecto culminó en la presente tesis, basada en una cohorte hospitalaria de mujeres atendidas en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. El estudio representa una contribución al conocimiento nacional en un campo poco explorado, además de constituir un paso relevante hacia la integración de la salud reproductiva dentro del manejo clínico y académico de las enfermedades autoinmunes.

Mi desarrollo académico se ha enriquecido mediante la colaboración en proyectos de investigación regionales y latinoamericanos enfocados en enfermedades autoinmunes, particularmente en iniciativas orientadas al estudio del lupus eritematoso. Esta experiencia ha permitido ampliar mi comprensión sobre las disparidades diagnósticas y terapéuticas en la región, fortaleciendo mis competencias en análisis clínico, investigación colaborativa y trabajo interdisciplinario.

El camino que me condujo a la realización de esta tesis ha estado guiado por el compromiso con la excelencia clínica, el rigor académico y la búsqueda constante de generar conocimiento útil para la práctica médica. Cada etapa de mi formación —desde la etapa técnica en enfermería hasta la especialización en Medicina Interna— ha reforzado mi convicción de ejercer una medicina basada en la evidencia, en la empatía y en el respeto hacia la dignidad del paciente.

Este trabajo representa no solo la culminación de una etapa académica, sino también la expresión tangible de una vocación orientada a la investigación, la docencia y el liderazgo clínico. Constituye un testimonio de compromiso con la formación continua y con la mejora de los modelos de atención médica, reafirmando mi propósito de contribuir al fortalecimiento de la Medicina Interna en México, con una visión moderna, interdisciplinaria y profundamente humana.

