



DR. EDUARDO LICEAGA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DOCTOR EDUARDO LICEAGA”

TÍTULO:

**EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE SALUD REPRODUCTIVA CON EL CUESTIONARIO
RHEUMA REPRODUCTIVE BEHAVIOR EN MUJERES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA**

PRESENTA:

JOSÉ HANSEL HERNÁNDEZ LLINAS

TUTOR PRINCIPAL DE TESIS:

DR. CONRADO GARCÍA GARCÍA

CO-TUTOR PRINCIPAL DE TESIS:

DRA. INGRIS PELÁEZ BALLESTAS

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL DE 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a quien ha sido compañera y guía durante el recorrido de mi vida, Eugenia mi madre y protectora, a quien debo virtudes, ambiciones y debilidades, sin ella este ni ningún otro logro habría sido alcanzado. Asimismo, agradecer a mis padres Mario Enrique y Felipe Julio, ejemplos de fortaleza y determinación. Agradezco a mi colega, amiga y pareja María del Carmen quien, con su paciencia, ternura y sabiduría supo darme fuerza en momentos de agotamiento físico y mental.

A los maestros de la reumatología, quienes tengo el honor de llamar mis maestros, en especial al Doctor Rubén Burgos Vargas quien me abrió la puerta al maravilloso mundo de la Reumatología, a la Doctora Janitzia Vázquez quien desde el momento en que la conocí me brindó orientación y consejo, así como al Doctor Conrado García y la Doctora Ingris Peláez, quienes me dieron la oportunidad de participar en tan ambicioso e interesante proyecto de tesis; personas que me permitieron alcanzar grandes satisfacciones en mi breve historia como médico en formación, hoy Reumatólogo.

Finalmente agradecer a Dios a quien todo debo

INDICE

INDICE	3
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	8
HIPÓTESIS	9
OBJETIVOS	9
Objetivo general:	9
Objetivos específicos:	9
METODOLOGÍA	10
PROCEDIMIENTOS	12
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	13
CONSENTIMIENTO INFORMADO	14
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES.	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS	32

RESUMEN

Introducción

Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) afectan a las mujeres en edad fértil, lo que lleva a una incidencia frecuente de embarazo. El manejo de esta población implica planificación familiar y educación sobre salud sexual y reproductiva (SSR).

Evaluar los comportamientos, preferencias y conocimientos sobre SSR podría mejorar la atención individualizada de los pacientes basada en sus perspectivas y necesidades específicas.

Objetivo

Describir los conocimientos y comportamientos en materia de SSR, así como sus factores asociados, en mujeres con ERA.

Materiales y métodos

Estudio analítico transversal. Los participantes fueron mujeres con ERA de entre 18 y 50 años, que acudieran a consulta de primera vez o subsecuente en el servicio de Reumatología del Hospital General de México. El cuestionario *Rheuma Reproductive Behavior* (RRB) se utilizó para evaluar conocimientos y comportamientos.

El cuestionario consta de 47 ítems para evaluar diez dimensiones.

Resultados

En el estudio participaron 725 mujeres con una edad media de 36,6 años (DE 9,4); 609 (84%) vivían en zonas urbanas y 216 (29,8%) tenían título universitario. Del total, 512 (70,6%) mujeres tienen pareja actual.

De los pacientes encuestados, 685 (94,4%) tienen una vida sexual activa. Dentro de este grupo, 175 (25,5%) no utilizan actualmente ningún método anticonceptivo (MC), y 178 (26%) no están empleando métodos eficaces. La mayoría de los pacientes reciben información sobre SSR en charlas en centros de salud (39,72%), televisión (36,14%) e internet (32,69%).

En cuanto a su relación con su reumatólogo, sólo 196 (27%) reportaron gran confianza para hablar sobre planificación familiar y MC con su reumatólogo. Del total de participantes, 429 (59%) habían estado embarazadas, lo que dio lugar a 712 nacidos vivos. Un total de 118 (27,5%) mujeres informaron tener menos descendencia de la deseada, con la razón principal es su enfermedad reumática (60%).

Alrededor de la mitad de las mujeres participantes (394) expresaron no desear estar embarazadas en el año siguiente, mientras que 203 no desean ningún embarazo futuro.

La mayoría de estos participantes informaron satisfacción con su número actual de hijos como resultado motivo para no querer un embarazo en el año siguiente (46,7%) o en cualquier momento del futuro (33,4%) Sin embargo, sólo entre el 1% y el 2,4% consideraron el impacto de los medicamentos.

Conclusión

Un tercio de los pacientes encuestados mencionaron que su reumatólogo nunca brindó educación sobre SSR, de los que recibieron dicha educación, en su mayoría lo hicieron en centros de salud o por medio de la televisión, que son espacios y medios no esperados de acuerdo a las tendencias y recursos de comunicación y difusión actuales. Realizar intervenciones que aumenten la sensibilidad sobre las conductas y conocimientos sobre SSR en mujeres con ERA es el primer paso hacia el desarrollo de estrategias de educación personalizada.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) afectan con frecuencia a las mujeres en edad fértil, periodo durante el cual podrían estar planeando embarazarse (1-2). La actividad de la enfermedad o sus brotes durante el embarazo se asocia a hospitalizaciones prolongadas, morbilidad y mortalidad tanto materna, como fetal (3). Las complicaciones maternas incluyen hipertensión inducida por embarazo (elevación de presión arterial después de semana 20 de gestación), preeclampsia-eclampsia, diabetes gestacional, sepsis, empeoramiento de enfermedad reumatológica y fenómenos trombóticos; para el feto aumenta la frecuencia de nacimiento pretérmino (antes de semana 37), anomalías congénitas, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y muerte (4). Además, incrementan los resultados adversos en el embarazo. Asimismo, el uso de los medicamentos indicados en las ERA puede desencadenar eventos adversos teratogénicos, lo anterior aunado a la baja e inconsistente utilización de métodos anticonceptivos confiables (5).

Las ERA con un riesgo mayor de eventos adversos durante la edad reproductiva incluyen el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome de anticuerpos antifosfolípido (SAF), la artritis reumatoide (AR), la esclerosis sistémica (ES), las miopatías inflamatorias (MI), el síndrome Sjögren (SS) (6). En las últimas décadas, los conocimientos sobre la relación del impacto del uso de fármacos y la actividad de la enfermedad durante el embarazo y la lactancia, han mejorado considerablemente, lo que permite que cada vez más mujeres con ERA desarrollen sus planes familiares (7-8)

Por todo lo anterior, las mujeres con ER se enfrentan a importantes desafíos de salud reproductiva durante el transcurso de su edad fértil (9-10). Asimismo, la atención y consejería de la salud sexual y reproductiva son componentes esenciales de la salud integral en las mujeres con ERA; sin embargo, los resultados de varios estudios muestran que sus reumatólogos y otros proveedores de atención médica, raramente abordan la planificación o la prevención del embarazo (11).

Las encuestas realizadas a reumatólogos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) indican que sólo el 50% de las pacientes reciben asesoramiento sobre anticoncepción y planificación familiar. Muchos de los tratamientos son fototóxicos, por lo que es habitual hablar de los efectos secundarios de los medicamentos sobre el desarrollo fetal (12)

Existen pocos cuestionarios que evalúen los conocimientos sobre la salud reproductiva (SR) entre las mujeres con ERA (13). Un estudio en la población mexicana reportó que recibían un asesoramiento insuficiente sobre la SR y anticoncepción (14).

Por lo cual, recientemente se realizó la construcción y validación de un Cuestionario de Salud reproductiva (RHQ), que mostró un buen desempeño clinimétrico, por tanto, es una herramienta útil y práctica para evaluar SR en mujeres latinoamericanas con ERA y podría ayudar a una intervención oportuna en temas de SR, disminuyendo los resultados adversos fetales y maternos (15)

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) se ha asociado con más dificultades para concebir y un riesgo mayor de resultados adversos en el embarazo comparado con la población general de parto prematuro (PP), nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional (PEG) y ruptura prematura de membranas (17-18). Aunque la mayoría de los estudios apuntan a una asociación entre una alta actividad de la enfermedad y un mayor riesgo del PP y PEG (19,20,21).

Lupus eritematoso sistémico

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica que conlleva un riesgo significativo de resultados adversos maternos, fetales y obstétricos (17,28). Durante muchos años, se aconsejó a las mujeres con LES que evitaran el embarazo, debido a la preocupación de un brote de la enfermedad y resultados adversos del embarazo. Actualmente se pueden tener embarazos planificados satisfactorios si la enfermedad está bien controlada. Las pacientes con LES tienen una disminución en la fertilidad, que generalmente está asociada al uso de medicamentos citotóxicos. La agudización de la enfermedad se relaciona con primigestas, antecedente de enfermedad renal y enfermedad activa en los 6 meses anteriores al embarazo (29,30). Las complicaciones en el embarazo son superiores a la de la población general, con un mayor riesgo de hipertensión, RCIU, cesárea, preeclampsia y muerte fetal (22,23).

Las pacientes con insuficiencia renal, hipertensión arterial pulmonar y enfermedad arterial coronaria tienen una alta morbilidad y mortalidad materna. Ellas deben ser asesoradas sobre estos riesgos antes de buscar embarazarse (24).

El tratamiento debe ser multidisciplinario. La anticoncepción adecuada y eficaz es parte esencial de la atención integral de las pacientes con LES. Una vez instalado el embarazo, la vigilancia de los signos de reagudización y las complicaciones maternas o fetales es una parte importante de la atención prenatal (25,26,27,28,29,30,31).

Síndrome antifosfolípido

El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmune sistémico caracterizado por eventos tromboticos arteriales o venosos y/o morbilidad del embarazo (abortos espontáneos, muerte fetal intrauterina tardía, preeclampsia grave). Los criterios de clasificación incluyen tres anticuerpos antifosfolípidos diferentes como el anticoagulante lúpico, los anticuerpos anticardiolipinas (aCL) y anti beta2-glicoproteína 1. Clínicamente, el SAF obstétrico se define como la pérdida del embarazo o el parto antes de las 34 semanas de gestación debido a preeclampsia o evidencia de insuficiencia placentaria, una o más muertes fetales inexplicables con más de 10 semanas de gestación o 3 o más pérdidas espontáneas inexplicables del embarazo antes de las 10 semanas de gestación. Las mujeres con SAF durante el embarazo tienen entre 2.4-3 veces mayor riesgo de complicaciones comparadas con la población general. Además de entre un 25-65% de pérdidas fetales, tienen un mayor riesgo de preeclampsia 16-30%, eclampsia y síndrome HELLP y resultados fetales adversos (abortos espontáneos

recurrentes (<10 semanas de gestación) prematuridad, RCIU. (32,33,34) El tratamiento óptimo del SAF durante el embarazo debería minimizar o eliminar los riesgos de resultados adversos maternos y fetales/neonatales. Incluye aspirina, heparina de bajo peso molecular, inmunosupresores, hidroxiclороquina. (35)

Esclerosis sistémica

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por diversos grados de afectación vascular, fibrosis, inflamación y autoinmunidad. El inicio de la enfermedad suele ocurrir en edad fértil (36). El embarazo en esta enfermedad se consideraba problemático, pero estudios recientes han revelado un panorama favorable. Si el curso de la enfermedad durante el embarazo se mantiene estable, las recaídas o progresión de la enfermedad durante el embarazo son raras. Las pacientes con afección orgánica grave deben recibir asesoramiento para evitar el embarazo, siempre requieren una consejería adecuada y un enfoque de tratamiento multidisciplinar. (37) Se ha descrito que las pacientes con ES tienen una alta frecuencia de disfunción sexual, mientras que la fertilidad es normal. Las complicaciones fetales para esta entidad clínica incluyen PP, RCIU y bajo peso al nacer (38).

Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren (SS) es un trastorno sistémico que se caracteriza por infiltración linfocítica de glándulas exocrinas, que producen un deterioro funcional de glándulas salivales y lagrimales. Sin embargo, el proceso inflamatorio puede afectar a cualquier órgano. Además de los signos de sequedad, pueden aparecer manifestaciones sistémicas como artritis, vasculitis, afección cutánea, pulmonar, renal y neurológica (51). Los estudios en mujeres con SS y embarazo son escasos; algunos reportes sugieren que durante el embarazo tienen más complicaciones y una mayor incidencia de resultados adversos fetales (39). Las mujeres con SS con alto riesgo deben recibir asesoramiento prenatal que explique todos los riesgos que conlleva y la necesidad de controlar la enfermedad antes de la concepción. El tratamiento debe ser multidisciplinario, integrado por un obstetra, un reumatólogo y un pediatra (40), debido a que estas pacientes tienen una incidencia significativamente mayor de aborto espontáneo, ingresos en UCIN y bloqueos cardíacos completos BCC que los controles (41,42). Las enfermas con SS experimentan embarazos complicados con mayor frecuencia que los controles, independientemente del inicio de los síntomas, lo que demuestra que la alteración inmunológica está presente durante la vida reproductiva. (43)

Miopatías inflamatorias.

Las miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heterogéneo de trastornos autoinmunes que se caracterizan por inflamación muscular crónica y debilidad muscular con diferentes manifestaciones clínicas, respuestas al tratamiento y pronóstico. Sin embargo, las MI son enfermedades sistémicas complejas con afección del músculo y manifestaciones frecuentes en la piel, articulaciones, sistema cardiopulmonar, gastrointestinal y constitucional. (45)

La actividad de la enfermedad en las miopatías inflamatorias permanece estable o mejora a lo largo del embarazo y en el postparto. Cuando tienen una enfermedad activa frecuentemente tienen parto pretérmino y muerte fetal en comparación con las pacientes con enfermedad quiescente. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para controlar la actividad de la enfermedad y mejorar los resultados del embarazo (46)

Los embarazos complicados son más frecuentes en pacientes con alta actividad de la enfermedad, que reciben dosis más altas de glucocorticoides, esto generalmente conlleva peores desenlaces del embarazo. Se sugiere continuar con inmunosupresores compatibles con el embarazo para controlar la actividad de la enfermedad y en caso necesario, manejar dosis bajas de glucocorticoides para obtener un resultado favorable del embarazo (47)

Planteamiento del problema

Las ERA afectan en mayor porcentaje a mujeres en edad fértil, lo que aumenta la probabilidad de un embarazo de alto riesgo. La anticoncepción, el impacto del embarazo sobre la enfermedad, la evolución obstétrica, las complicaciones fetales, el desenlace gestacional y los conocimientos de las pacientes con ERA sobre los riesgos del uso de fármacos durante la gestación son elementos cruciales para programar el mejor momento para el embarazo.

En este contexto, la orientación durante la edad reproductiva es un punto clave y debería formar parte de la comunicación médico-paciente.

Existen escasas publicaciones sobre salud reproductiva en enfermas con ERA, lo que sugiere que reciben una orientación inadecuada a este respecto, lo cual podría culminar en desenlaces materno-fetales adversos.

En el estudio se aplicó un Cuestionario de Salud Reproductiva (HRQ) como herramienta para evaluar el conocimiento sobre salud reproductiva en las pacientes con ERA que son atendidas en la Consulta de Reumatología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (HGM). Los resultados obtenidos permitirán establecer estrategias de intervención para disminuir las complicaciones materno-fetales durante la gravidez y la lactancia en esta población.

Justificación

Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) afectan con frecuencia a las mujeres en edad fértil, periodo durante el cual podrían estar contemplando embarazarse o en ocasiones, se embarazan sin haberlo planificado. La enfermedad activa y las recaídas durante el embarazo afectan negativamente la salud materno-fetal y su desenlace, asociándose a hospitalizaciones prolongadas y aumento de la morbilidad y mortalidad.

La justificación de este proyecto de investigación es describir, a través de un cuestionario, las barreras que existen para la comunicación y el asesoramiento adecuado para las mujeres en materia de salud reproductiva, planificación familiar, actividad de la enfermedad, relación con su reumatólogo y conocimiento del impacto en la gestación de los medicamentos que se prescriben para el tratamiento de las ERA. Los resultados obtenidos de este proyecto permitirán intervenciones oportunas en temas de SR que ayuden a prevenir resultados obstétricos, fetales y maternos adversos.

Hipótesis

Las pacientes con ERA evaluadas en la consulta externa del Servicio de Reumatología del HGM tienen un menor conocimiento de su SR, en comparación con las mujeres embarazadas sin enfermedades reumáticas evaluadas por la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT 2022), debido a que son dos poblaciones con características sociodemográficas y culturales diferentes en cuanto a escolaridad, nivel socioeconómico y no contar con una clínica especializada en salud reproductiva y ERA.

Objetivos

Objetivo general

1. Evaluar los conocimientos de salud reproductiva con el cuestionario *Rheuma Reproductive Behavior*, a las mujeres con ERA atendidas en la consulta externa de Reumatología del HGM.

Objetivos específicos

1. Analizar los factores sociodemográficos asociados al conocimiento de salud reproductiva de mujeres con ERA.
2. Analizar los factores clínicos y por enfermedad asociados al conocimiento de salud reproductiva de mujeres con ERA.
3. Analizar la asociación entre la relación médico-paciente y el conocimiento de salud reproductiva de mujeres con ERA.
4. Comparar los resultados de la encuesta *Rheuma Reproductive Behavior* realizada en el HGM con la población participante en la *Encuesta Nacional de Salud* (ENSANUT 2022).

Metodología

Se invitó a las pacientes con edad reproductiva y ERAS, que acudieron consecutivamente a la consulta de Reumatología del HGM a contestar el cuestionario. Un encuestador entrenado les explicó en qué consiste el cuestionario, el cual se llevó a cabo por medio de dispositivos electrónicos, tablets y laptop, con un tiempo aproximado de llenado entre 10-15 minutos. Tanto el encuestador como la paciente se encontraron en un ambiente tranquilo y privado, con la finalidad de que el encuestador pudiera explicar el objetivo de la aplicación del cuestionario y preguntar sobre dudas de las preguntas a las participantes y que la misma se sintiera con la confianza de expresarlas. Al finalizar la recolección de datos, se obtuvo una base de datos automática para su posterior análisis.

Tipo y diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal-analítico.

Población y tamaño de la muestra

1. Mujeres en edad reproductiva (18 a 50 años) con ERA que asistan a la Consulta Externa de los Servicios de Reumatología del HGM.
2. El número de consultas otorgadas en el servicio de reumatología del HGM en 2019 fueron 15,784 pacientes atendidos. Los 10 diagnósticos más frecuentes fueron; artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, osteoartrosis, fibromialgia, gota, esclerodermia, síndrome de Sjögren, espondiloartropatías, miopatías inflamatorias y síndromes de dolor regional apendicular. Con base a lo anterior se calcula el tamaño de la muestra.
3. El tamaño de muestra será por conveniencia y se estima un cálculo de 300 pacientes. Dado que no se cuenta con estudios que permitan realizar un cálculo de tamaño de muestra para obtener un mínimo de el 80% de la muestra, sin embargo se superó el tamaño calculado y por lo tanto se obtiene un poder estadístico suficiente para asegurar la medición y su representatividad en este estudio.

Criterios de inclusión

1. Pacientes atendidos en la consulta externa de reumatología, que después de recibir la información correcta y comprender la naturaleza del estudio, deseen participar y que firmen el consentimiento informado.
2. Mujeres en edad fértil, mayores de 18 y menores de 50 años.
3. Diagnóstico de una ERA de acuerdo a criterios de clasificación establecidos (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, escleroderma, síndrome de Sjögren, miopatías inflamatorias).
4. Pacientes con deseo actual o en el futuro de embarazo.
5. Pacientes embarazadas al momento de la aplicación del cuestionario.
6. Paciente en periodo de postparto al momento de la aplicación del cuestionario.
7. Pacientes con antecedentes de pérdidas fetales y que cumplan con criterios de ERAs anotados en criterio número 3

Criterios de exclusión

1. Diagnóstico de otras enfermedades Reumáticas no autoinmunes como espondiloartritis, artritis psoriásica, artritis relacionadas infección, vasculitis, policondritis recurrente, enfermedad por IgG4, sarcoidosis, gota, enfermedad por pirofosfato de calcio, fibromialgia, síndromes de dolor regional apendicular, enfermedad mixta del tejido conectivo, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo.

Criterios de eliminación

1. Mujeres que no estén de acuerdo con responder el cuestionario y mujeres que no contesten el cuestionario de manera completa. Retiro del consentimiento informado.

Procedimientos

1. Se invitó a responder el cuestionario a las pacientes en edad fértil, con deseo actual o en el futuro de embarazo, embarazadas, en periodo postparto o después de haber tenido una pérdida fetal con diagnóstico de ERAs, que acudan consecutivamente a la consulta de Reumatología del HGM.
2. Los investigadores les explicarán a las pacientes en qué consiste el cuestionario y el tiempo aproximado que tardará en contestar, y se le dará la opción de responder en papel o mediante un formato digital. Tanto el encuestador como pacientes deberán encontrarse en un ambiente tranquilo y privado, con la finalidad de que el encuestador pueda explicar el objetivo de la aplicación del cuestionario y preguntar sobre dudas o interpretación de las preguntas a las participantes, y que ésta misma se sienta con la confianza de expresarlas. Al finalizar la recolección de datos, las respuestas se recopilaron en una base de datos para su análisis y publicación.
3. Durante la aplicación del cuestionario se realizará una valoración que se hará cuando la paciente acuda a consulta y consiste en evaluación clínica, medición de la actividad de la enfermedad de acuerdo con los índices clinimétricos utilizados en cada una de las ERAS, análisis de reportes de laboratorio y gabinete.

El cuestionario que será aplicado Rheuma Reproductive Behavior consta de 47 preguntas, distribuidas en las ocho secciones:

1. Identificación y datos sociodemográficos

El objetivo de esta dimensión es conocer datos de identificación y sociodemográficos de nuestra población. Incluye los ítems: registro, edad, fecha, fecha de nacimiento, lugar de residencia, colonia, código postal, edad y escolaridad.

2. Datos de la enfermedad

El objetivo de esta dimensión es conocer inicio de los síntomas y diagnóstico de la ERAs.

3. Fecundidad e historia de embarazos

El objetivo de esta dimensión es conocer los antecedentes de embarazo, y preferencias en materia de fecundidad (paridad satisfecha y motivos de no paridad satisfecha).

4. Preferencias reproductivas

El objetivo de esta dimensión es conocer el deseo de embarazo actual y/o a futuro, las razones del deseo o no deseo para tener hijo y por qué no puede tener hijos, según la percepción del paciente. También se evalúa la percepción de la paciente acerca de la enfermedad y el embarazo y se busca conocer la razón por la cual la mujer no desea tener hijos dentro del próximo año.

5. Relación con su reumatólogo

El objetivo de esta dimensión es conocer con qué frecuencia se habla sobre temas de salud reproductiva entre el reumatólogo y la paciente.

6. Anticoncepción

El objetivo de esta dimensión es indagar sobre el conocimiento general de las pacientes sobre los métodos anticonceptivos y la condición de uso actual de algún método, saber la prevalencia de uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los mismos.

7. Sexualidad

El objetivo de esta dimensión es conocer los antecedentes de vida sexual de la paciente, así como la condición actual y que ha hecho para evitar el embarazo en caso de estar sexualmente activa y no desear hijos.

8. Farmacoterapia

El objetivo de esta dimensión es conocer el tratamiento durante el puerperio y la lactancia.

Evaluaciones clínicas

Todas las pacientes con ERAs se le realizará una evaluación clínica estandarizada que normalmente se realiza en cada una de las visitas cuando acuden a la consulta externa, la actividad de la enfermedad será evaluada con los índices clinimétricos recomendados.

Análisis estadístico

Se realizó análisis descriptivo de las características demográficas de la población que aceptó participar y respondió la totalidad del cuestionario. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas y medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas. La normalidad de las variables se constató con el test de Shapiro-Wilk. Las variables cuantitativas con distribución normal se realizó prueba t de Student, las variables cuantitativas con distribución no normal se utilizó la prueba de Mann-Whitney, mientras que las variables binomiales fue con X^2 , prueba de Fisher y para las variables categóricas X^2 .

Aspectos éticos.

Se realizó la evaluación del protocolo de investigación por parte del comité de investigación del HGM, dando su aprobación para el inicio el 1 de agosto del 2023 con el número de aprobación **DI/23/404-B/03/29**, recabándose a los participantes del estudio bajo firma de consentimiento informado en papel.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: " Evaluación de los conocimientos de salud reproductiva con el cuestionario *Rheuma Reproductive Behavior* en mujeres con enfermedades Reumáticas del Hospital General de México."

Estimado Paciente:

Le hemos solicitado participar en este estudio porque usted tiene diagnóstico de una enfermedad Reumática

El propósito del estudio es conocer sus conocimientos con respecto a su enfermedad y salud reproductiva por medio de un cuestionario ya validado en población mexicana.

Los datos recabados, son parte de un estudio de investigación, pero la consulta, los procedimientos, solicitud de estudios de laboratorio o de imagen así como el tratamiento que se le prescribirá, será de acuerdo a su enfermedad y a lo que se realiza regularmente durante la consulta de los pacientes con enfermedades Reumáticas, no durará más de 30 minutos.

Los datos obtenidos serán enviados a la clínica de embarazo y enfermedades Reumáticas (CEER) del Hospital Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Participar en este proyecto no implica ningún riesgo para su salud, ni implica alguna molestia extra a su consulta médica habitual. Su participación consistirá en responder algunas preguntas sobre su enfermedad y sus características.

Su participación es libre y voluntaria, si acepta participar en este estudio, le haremos diversas preguntas relacionadas con su enfermedad, podrá hacer las preguntas o aclaraciones que surjan. Sus datos se mantendrán confidenciales y por ningún motivo podrán usarse para algún otro propósito. Una vez terminado el estudio usted puede solicitar información a su médico, acerca de los resultados del mismo.

Si usted no acepta participar podrá seguir recibiendo atención médica en este Servicio y en esta institución.

Este es un estudio de investigación que se realiza sin patrocinio y por tanto no habrá ninguna remuneración económica para los participantes del estudio.

No tendrá beneficios directos por participar en el estudio más que la cooperación para que haya un mejor conocimiento de la gota en el futuro.

En caso de que haya problemas médicos o preguntas, puede llamar al servicio de Reumatología al número 55 4099 7921 con el Dr. Conrado García García (responsable del proyecto) o al teléfono 5550043849 extensión 1353 o con la Dra. Antonia Cervantes Barrios, Presidenta del Comité de Ética al 5550048650 extensión 5642.

Con la firma de este consentimiento informado, usted entiende sus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación y entiende de lo que se trata el estudio.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: " Evaluación de los conocimientos de salud reproductiva con el cuestionario Rheuma Reproductive Behavior en mujeres con enfermedades Reumáticas del Hospital General de México."

Se le entregará una copia de este consentimiento, por favor manténgala ya que en ésta se incluyen los números de teléfono a donde se puede comunicar.

Firma del paciente Fecha Nombre del paciente Teléfono

Firma del testigo Fecha Nombre del testigo

Dirección del testigo y relación con el paciente.

Firma del testigo Fecha Nombre del testigo

Dirección del testigo y relación con el paciente.

RESULTADOS

Participaron 725 pacientes, con un promedio de edad de 36.63 años (9.43%), de los cuales 271 (37.43%) eran casadas, 265 (36%) solteras, 46 (6.3%) era divorciadas y 512 (70.62%) tenía pareja actual; 609 (84%) de las encuestadas era de origen urbano y 116 (16%) de origen rural (tabla 1). El nivel de estudios cursados fue: primaria 70 (9.66%), secundaria 189 (26.07%) y profesional 191 (26.34%) respectivamente. La enfermedad más frecuente fue artritis reumatoide (39.17%), seguida de lupus eritematoso sistémico (35.31%) y otras, con un (10.9%) (tabla 2).

Tabla 1 variable sociodemográfica.

	n (%)
Edad en años, media (DE)	36.63 (9.43)
Estado Civil	
Soltero(a)	265.00 (36.60)
Casado(a)	271.00 (37.43)
Separado(a)/Divorciado(a)	46.00 (6.35)
Unión libre	133.00 (18.37)
Viudo(a)	8.00 (1.10)
Otro	1.00 (0.14)
Pareja actualmente (si)	512.00 (70.62)
Zona donde vive	
Urbana	609.00 (84.00)
Rural	116.00 (16.00)
Grado de estudios	
Ninguno	3.00 (0.41)
Lee y escribe	2.00 (0.28)
Primaria	70.00 (9.66)
Secundaria	189.00 (26.07)
Preparatoria o Bachillerato	192.00 (26.48)
Carrera técnica	53.00 (7.31)
profesional	191.00 (26.34)
Posgrado	25.00 (3.45)

Tabla 2 Datos de la enfermedad.

Diagnostico	n (%)
Artritis Reumatoide (AR)	284.00 (39.17)
Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	256.00 (35.31)
Otra	79.00 (10.90)
Aun sin diagnóstico definitivo o consulta de primera vez	36.00 (4.97)

En las preguntas del apartado de la relación con su reumatólogo, 250 (34.53%) participantes refirieron tener mucha confianza para hablar sobre temas de planificación familiar y métodos anticonceptivos y 196 (27.07%) muchísima confianza, 125.00 (17.27%) algo, 81.00 (11.19%) poca y 72.00 (9.94) nada de confianza. Cuando se preguntó sobre la frecuencia con la que su médico reumatólogo les ha brindado consejería sobre salud reproductiva, 261 (36.05%) participantes nunca ha recibido orientación, 167 (23.07%) alguna vez, 114 (15.65%) han recibido siempre consejería, 97 (13.4%) casi siempre y 85 (11.74%) casi nunca la recibieron. Al preguntarle a las participantes con qué frecuencia su reumatólogo le ha dicho de los riesgos de embarazarse en este momento respecto a su enfermedad, 251 (34.72%) respondieron nunca haber sido informada de los riesgos, 164 (22.68%) fueron informadas siempre, 145 (20.06%) alguna vez, 95 (13.14%) se les informó casi siempre y 68 (9.41%) casi nunca. Con respecto a la frecuencia con la que su reumatólogo le ha dicho de los riesgos de tomar algunos medicamentos durante el embarazo, 273 (37.81%) nunca han sido informadas de los riesgos, 163 (22.58%) siempre, 136 (18.84%) alguna vez, 92 (12.74%) casi siempre, 58 (8.03%) casi nunca (tabla 3)

Tabla 3: relación con su reumatólogo

	n (%)
¿Qué tanta confianza tiene para hablar con su reumatólogo para comentarle sobre temas como planificación familiar (deseo de embarazo) y consejería sobre métodos anticonceptivos?	
Muchísimo	196.00 (27.07)
Mucho	250.00 (34.53)
Algo	125.00 (17.27)
Poco	81.00 (11.19)
Nada	72.00 (9.94)
No responde	-
¿Con que frecuencia ha recibido por parte de su reumatólogo consejería sobre planificación familiar (deseo de embarazo) y consejería sobre métodos anticonceptivos?	
Siempre	114.00 (15.75)
Casi siempre	97.00 (13.40)
Alguna vez	167.00 (23.07)
Casi nunca	85.00 (11.74)
Nunca	261.00 (36.05)
No responde	-
¿Con que frecuencia su reumatólogo le ha dicho de los riesgos de embarazarse en este momento respecto a su enfermedad?	
Siempre	164.00 (22.68)
Casi siempre	95.00 (13.14)
Alguna vez	145.00 (20.06)
Casi nunca	68.00 (9.41)
Nunca	251.00 (34.72)
No responde	-

¿Con que frecuencia su reumatólogo le ha dicho de los riesgos de tomar algunos medicamentos durante el embarazo?	
Siempre	163.00 (22.58)
Casi siempre	92.00 (12.74)
Alguna vez	136.00 (18.84)
Casi nunca	58.00 (8.03)
Nunca	273.00 (37.81)
No responde	-

En el apartado referente a sexualidad, se preguntó acerca de la edad de la primera relación sexual, 54 (7.51%) inició vida sexual antes de los 15 años, 280 (38.94%) de los 15 a los 18 años, 337 (46.87%) inició después de los 18 años y 40 (5.56%) no han iniciado relaciones, 8 (1.11%) prefirió no responder. Se preguntó acerca de qué fue lo que usted o su pareja hicieron o usaron en su primera relación sexual para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, respondiendo un 338 46.62% no haber usado nada, 27 (3.72%) usó pastillas anticonceptivas, 4 (0.55%) usó condón, 5 0.69 usó coito interrumpido. Al cuestionarse acerca de los sitios donde había recibido información acerca de métodos anticonceptivos en los últimos 12 meses, refirió haber recibido información por centros de salud, hospitales o consultorios 288.00 (39.72%), 110 (15.17%) por radio, 262 (36.14%) por televisión, 37 (32.69%) por internet, 259 (35.73%) por redes sociales (tabla 4).

Tabla 4: sexualidad.

	n (%)
¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	
Menor de 15 años	54.00 (7.51)
De 15 a 18 años	280.00 (38.94)
Mayor a los 18 años	337.00 (46.87)
No he tenido relaciones	40.00 (5.56)
Prefiero no responder	8.00 (1.11)
En su primera relación sexual, ¿Qué fue lo que usted o su pareja hicieron o usaron para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?	
1. No quiero responder	13.00 (1.79)
2. No usamos nada	338.00 (46.62)
3. Pastillas anticonceptivas	27.00 (3.72)
4. Inyecciones o ampollitas anticonceptivas	2.00 (0.28)
5. Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant	3.00 (0.41)
6. Parche anticonceptivo	3.00 (0.41)
7. Anillo vaginal (NuvaRing)	0 (0)
8. DIU, dispositivo o aparato (de cobre)	6.00 (0.83)
9. DIU, dispositivo con levonogestrel (Mirena)	0 (0)
10. Condón o preservativo masculino	287.00 (39.59)
11. Condón o preservativo femenino	4.00 (0.55)
12. Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas	0 (0)
13. Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica	2.00 (0.28)

14. Retiro o coito interrumpido	5.00 (0.69)
15. Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia	10.00 (1.38)
16. Otro método	2.00 (0.28)
En los últimos 12 meses, ¿usted ha escuchado o visto información de métodos anticonceptivos en....	
Radio	110.00 (15.17)
Televisión	262.00 (36.14)
Periódico o revistas	59.00 (8.14)
Internet	237.00 (32.69)
Redes sociales	259.00 (35.72)
Facebook	208.00 (28.69)
Instagram	84.00 (11.59)
Twitter	20.00 (2.76)
WhatsApp	40.00 (5.52)
TikTok	52.00 (7.17)
Otro	10.00 (1.38)
Carteles, folletos o trípticos	144.00 (19.86)
Pláticas en centros de salud, hospitales o consultorios en algún otro medio o lugar? ¿Cuál?	288.00 (39.72)
	41.00 (5.66)

Se les preguntó a las participantes acerca de los sitios donde obtenían los métodos anticonceptivos que usaban actualmente, 113.00 (27.76%) respondieron que en un centro de salud u hospital de SSA, 70.00 (17.20%) en el seguro social, 81.00 (19.90%) en un consultorio/clínica/hospital privado, 99.00 (24.32%) en una farmacia o tienda de autoservicio. En cuanto a el motivo por el cual se indicó el método anticonceptivo, 248 (34.21%) lo hizo por decisión propia, 77.00 (10.62%) se lo indicó su ginecólogo, a 12 (1.66%) se los ofrecieron y 34 (4.69%) porque se lo indicó su reumatólogo (tabla 5)

TABLA 5: anticoncepción

	n (%)
¿Dónde consiguió el método actual cuando lo empezó a usar?	
Seguro Social (IMSS, IMSS PROSPERA/ Oportunidades INSABI)	70.00 (17.20)
ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)	8.00 (1.97)
Centro de salud u hospital de la SSA	113.00 (27.76)
Otros servicios públicos (DIF, Pemex, SEMAR, etc.)	16.00 (3.93)
Consultorio, clínica u hospital privado (CERVECERÍA, Bancos, Hospital Muguerza, Hospital Zambrano, etc.)	81.00 (19.90)
Partera(o)	0 (0)
Farmacia o tienda de autoservicio	99.00 (24.32)
Otro lugar	9.00 (2.21)
No responde	11.00 (2.70)
¿Cuáles son las razones principales por la que le recetaron (prescribieron) el método que utiliza actualmente?	
1. Situación delicada de salud o recomendación médica	75.00 (10.34)

2. Me pusieron un método (DIU) sin mi consentimiento	0 (0)
3. Me lo ofrecieron	12.00 (1.66)
4. Me lo pidió mi pareja	25.00 (3.45)
5. No había el método solicitado	3.00 (0.41)
6. Yo lo decidí	248.00 (34.21)
7. Me lo indicó mi: Médico general	25.00 (3.45)
8. Me lo indicó mi: Ginecólogo(a)	77.00 (10.62)
9. Me lo indicó mi: Reumatólogo(a)	34.00 (4.69)
10. Me lo indicó mi: Enfermero(a)	1.00 (0.14)
11. Me lo indicó mi: Otro personal de salud:	8.00 (1.10)
12. No responde	4.00 (0.55)

Sobre los métodos anticonceptivos, se preguntó acerca del conocimiento acerca de ellos, su funcionamiento y su uso actual, siendo el más conocido el condón con 668 (92.14%) participantes que saben acerca de él, seguido por las pastillas anticonceptivas conocidas por 647 (89.24%), después la operación femenina o salpingoclasia y la operación masculina o vasectomía con un 581 (80.14%) y 573 (79.03%) respectivamente. El método que fue considerado más funcional fue la salpingoclasia con 541 (74.62%), seguido de la vasectomía con 518 (71.45%) y 453 (62.48%) el condón masculino.

Sobre los métodos que usaban al momento de la aplicación del cuestionario, 143 (19.72%) usaban condón masculino como método de planificación, 126 (17.38) contaban con método definitivo de control de la natalidad, (Tabla Conocimientos, función y uso actual de anticonceptivos).

Tabla Conocimientos, función y uso actual de anticonceptivos.

Tipo	Conocimiento	Funcionamiento	Uso actual
a) Operación femenina, Salpingoclasia o ligadura de trompas	581 (80.14)	541 (74.62)	126 (17.38)
b) Operación masculina o vasectomía	573 (79.03)	518 (71.45)	26 (3.59)
c) Pastillas anticonceptivas	647 (89.24)	415 (57.24)	16 (2.21)
d) Inyecciones o ampolletas anticonceptivas	569 (78.48)	414 (57.10)	9 (1.24)
e) Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant	535 (73.79)	412 (56.83)	29 (4.00)
f) Parche anticonceptivo	514 (70.90)	289 (39.86)	1 (0.14)
g) Anillo vaginal (NuvaRing)	499 (68.83)	150 (20.69)	1 (0.14)
h) DIU, dispositivo o aparato (de cobre)	560 (77.24)	402 (55.45)	46 (6.34)
i) DIU, dispositivo con levonorgestrel (Mirena)	351 (48.41)	293 (40.41)	26 (3.59)
j) Condón o preservativo masculino	668 (92.14)	453 (62.48)	143 (19.72)
k) Condón o preservativo femenino	435 (60.00)	290 (40.00)	2 (0.28)

l) Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas	250 (34.48)	121 (16.69)	0 (0.00)
m) Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica	404 (55.72)	184 (25.38)	10 (1.38)
n) Retiro o coito interrumpido	399 (55.03)	128 (17.66)	15 (2.07)
o) Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia	522 (72.00)	376 (51.86)	8 (1.10)

Al preguntar sobre preferencias reproductivas, se preguntó a las pacientes si quisieran tener hijo(a)s alguna vez en su vida, donde 504.00 (70.39%) participantes dijeron que sí, y 66.00 (12.13%) quisieran tenerlo en el último año, además se les pregunto cuántos años les gustaría esperar para tener un hijo(a) o varios más, respondiendo que menos de un año 33 (53.23%) y 5 (8.06%) tenía paridad satisfecha, 51.00 (9.38%) deseaban tener hijos pero no podían y dentro de los motivos estaban tener una enfermedad reumática con 21.00 (55.26%), tener un método definitivo de planificación familiar 7.00 (18.42%) y 3.00 (7.89%) no podían porque su pareja es estéril. Un 393.00 (72.24) no desea tener hijos en el último año por diferentes razones entre las que están paridad satisfecha con 184.00 (46.70%) participantes, porque tienen una enfermedad reumática 103.00 (26.14%) y 51.00 (12.94%) porque quería desarrollarse profesionalmente, entre otros motivos (tabla 6).

Tabla 6: preferencias reproductivas

	n (%)
¿Quisiera tener hijas(os) alguna vez en su vida	504.00 (70.39)
¿Quisiera tener hijos (as) ahora o en el próximo año? – Si	66.00 (12.13)
¿Cuántos años le gustaría esperar para tener un hijo(a) o varios más?	
Menos de un año	33 (53.23)
Ya tengo el número de hijos que deseo (paridad satisfecha)	5 (8.06)
No estoy segura	4 (6.45)
Anote el número de años	0.41 (0.72)
¿Quisiera tener hijos (as) ahora o en el próximo año? – Si, pero no puedo	51.00 (9.38)
¿Por qué no puede tener hijos (as) ahora o en el próximo año?	
Porque tengo una enfermedad reumática	21.00 (55.26)
Mi pareja o yo estamos operados para no tener hijos (as) (ligadura, salpingoclasia o vasectomía)	7.00 (18.42)
No tengo pareja	1.00 (2.63)
Menopausia	2.00 (5.26)
Mi pareja tiene esterilidad	3.00 (7.89)
Tengo esterilidad	1.00 (2.63)
Mi pareja es del mismo sexo	0 (0)

Otro	3.00 (7.89)
¿Quisiera tener hijos (as) ahora o en el próximo año? – No	393.00 (72.24)
¿Por qué no desea tener hijos (as) dentro del próximo año?	
Por falta de dinero	5.00 (1.27)
Quiero desarrollarme personal y/o profesionalmente	51.00 (12.94)
Porque tengo una enfermedad reumática	103.00 (26.14)
No tengo pareja	8.00 (2.03)
Ya tengo el número de hijos que deseo (paridad satisfecha)	184.00 (46.70)
Miedo	7.00 (1.78)
Medicamentos contraindicados durante el embarazo	4.00 (1.02)
No está incluido en mi plan de vida	7.00 (1.78)
Por preferencias sexuales	0 (0)
Otra	25.00 (6.35)
¿Cuántos años le gustaría esperar para tener un hijo(a) o varios más?	
Menos de un año	1 (0.26)
Ya tengo el número de hijos que deseo (paridad satisfecha)	232 (60.73)
No estoy segura	96 (25.13)
Anote el número de años	0.61 (1.78)
¿Quisiera tener hijos (as) ahora o en el próximo año? – No se	34(6.25)
¿Cuántos años le gustaría esperar para tener un hijo(a) o varios más?	
Menos de un año	0 (0.00)
Ya tengo el número de hijos que deseo (paridad satisfecha)	0 (0.00)
No estoy segura	22 (73.33)
Anote el número de años	0.62 (1.23)

Dentro del cuestionario aplicado, hubo un apartado con preguntas en relación con la fecundidad e historia de embarazos, donde se preguntó si alguna vez habían estado embarazadas, respondiendo 538.00 (74.41%) que sí, y 238.00 (46.21%) estaba buscando embarazarse, mientras 246.00 (47.77%) no lo tenía dentro de sus planes. Un 52.00 (10.22%) tenía más hijos de los que deseaba, dentro de las causas referidas estaban 20.00 (37.04%) que no usaron métodos anticonceptivos, 11.00 (20.37%) que tuvo más hijos de los deseados por razones religiosas y un 122.00 (23.97%) que tuvo menos hijos que los deseados (tabla 7).

	n (%)
--	-------

¿Ha estado embarazada alguna vez? (Incluyendo abortos)	
Si	538.00 (74.41)
No	185.00 (25.59)
¿Cuántos hijos desea o planea tener en su vida?	1.70 (1.65)
En el momento que usted se embarazó de su último hijo(a)...	
¿Estaba buscando embarazarse?	238.00 (46.21)
¿Quería esperar más tiempo?	31.00 (6.02)
No estaba dentro de mis planes	246.00 (47.77)
Hasta el día de hoy, el número de hijos (as) que usted ha tenido han sido...	
Más de los que deseaba	52.00 (10.22)
¿Cuál es la razón principal por la que ha tenido más hijos (as) de los que deseaba?	
No utilice métodos anticonceptivos	20.00 (37.04)
No conocía los métodos anticonceptivos	3.00 (5.56)
Me falló el método anticonceptivo	11.00 (20.37)
Mi esposo (o pareja) quería más hijos(as)	5.00 (9.26)
Por razones religiosas	7.00 (12.96)
Otros	8.00 (14.81)
El ideal que deseaba	335.00 (65.82)
Menos de los que deseaba	122.00 (23.97)
¿Cuál es la razón principal por la que ha tenido menos hijos (as) de los que deseaba?	
Por falta de dinero	7.00 (5.93)
Estoy estudiando	1.00 (0.85)
Porque tengo una enfermedad reumática	71.00 (60.17)
No tengo pareja	6.00 (5.08)
Por Miedo	7.00 (5.93)
Mi esposo (o pareja) no quería más hijos (as)	0 (0)
Mi pareja o yo estamos operados para no tener más hijos(as) (ligadura o vasectomía)	3.00 (2.54)
Otra	23.00 (19.49)

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró una alta participación de mujeres con ERA, con una edad promedio menor a 40 años (36.63), lo cual representa a un grupo poblacional de riesgo para embarazo y desenlaces adversos materno-fetales relacionados con su ERA: No se observó predominio de algún estado civil, sin embargo a pesar de que poco una tercera parte de las participantes se refirió soltera, un 70.62% del total tenía pareja actual. El predominio de origen de la población participante fue urbano con 84% de los cuales, un cuarto de ellos tenía nivel de estudios profesional seguido de secundaria con una proporción similar. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoide 39.17% y lupus eritematoso sistémico 35.31%, datos que sugieren que se trata de un factor relevante debido a una aparición más temprana de estas enfermedades y con esto una mayor probabilidad de cursar con un embarazo teniendo ya diagnóstico y tratamiento para ERA.

Dentro de los factores explorados acerca de la salud reproductiva, llama la atención la confianza e interés para hablar sobre temas de planificación familiar y métodos anticonceptivos por parte de las participantes, opuesto a la baja frecuencia de consejería sobre salud reproductiva que brinda el reumatólogo, además de que hasta una tercera parte de participantes nunca han recibido orientación. Contrastando con la baja frecuencia con la que el reumatólogo les habla de los riesgos de embarazarse, en el tercio de mujeres que manifestaron que nunca han sido informadas de los riesgos tanto por los medicamentos como para la planificación familiar, prácticas que se encuentran fuera de las recomendaciones con mayor nivel de evidencia y grado de recomendación establecidas por guías internacionales, como son llevar a cabo consulta preconcepcional para optimizar el control de la enfermedad antes del embarazo, llevar a cabo un retiro de todos aquellos fármaco contraindicados en el embarazo así como realizar un switch a otros grupos farmacológicos seguros para la madre y el producto, priorizar el control de la enfermedad de la madre por encima del desenlace fetal; todas éstas prácticas se deben llevar a cabo antes durante y después del embarazo y se encuentran dentro de la labor del reumatólogo como un facilitador de información además de la tarea terapéutica encomendada para lograr llevar a un desenlace favorable al binomio, sin dejar atrás las consideraciones de la OMS sobre la salud reproductiva y planificación familiar que forman parte de los derechos de las pacientes y obligaciones del personal de salud (48). Basado en datos de la OMS Es evidente el incremento en el número de mujeres que a nivel global tienen requerimiento de planificación familiar y salud reproductiva, sin embargo existen diferentes barreras que interfieren para que reciban dicha atención como la elección limitada de métodos; acceso limitado a los servicios, particularmente entre las más jóvenes, pobres y las solteras como son la mayoría de nuestras participantes, además de miedo o experiencia de efectos secundarios; oposición cultural o religiosa; mala calidad de los servicios disponibles; el sesgo de usuarios y proveedores contra algunos métodos; y barreras de género para acceder a los servicios. A medida que se abordan estos obstáculos en algunas regiones, ha habido aumentos en la demanda satisfecha con métodos anticonceptivos modernos.

En la literatura se han reportado algunas barreras de la atención pueden estar relacionadas con diversos factores relacionados con la atención médica y del personal de salud como el maltrato que incluye abuso físico, verbal, violaciones de la privacidad, estigma y discriminación así como negligencia o abandono; éstas situaciones las sufren en mayor proporción las mujeres con niveles más bajos de escolaridad e ingresos económicos (adolescentes, mujeres migrantes, mujeres con capacidades diferentes, minorías étnicas, mujeres solteras y otras), no considerando de primera mano el factor paciente, que de acuerdo a datos nacionales en mujeres sanas, las mujeres jóvenes e incluso menores de 18 años, son las que

más reciben información y han escuchado hablar acerca de métodos anticonceptivos, con una frecuencia de hasta 91% en mujeres de 15-17 años (49,50).

Hubo hallazgos interesantes en lo referente a sexualidad, ya que se observó que la frecuencia de inicio de relaciones sexuales antes de la mayoría de edad es alta, con menos del diez por ciento que inició vida sexual antes de los 15 años y casi la mitad que inicia de los 15 a los 18 años, que comparado con un quinto de las mujeres sanas participantes en la Encuesta Nacional de Salud 2022 que iniciaron vida sexual antes de los 18 años. En relación al método empleado en la primera relación sexual para evitar un embarazo o infección de transmisión sexual, donde hubo una menor frecuencia de uso de preservativo con poco menos de la mitad de participantes que respondieron no haber usado nada, mucho mayor con respecto al veinte por ciento de las participantes de ENSANUT 2022, así como menos del cinco por ciento que usó pastillas anticonceptivas, condón y coito interrumpido.

Los lugares donde las pacientes recibieron información acerca de métodos anticonceptivos en los últimos 12 meses, siguen siendo predominantemente las unidades de atención primaria como son centros de salud, hospitales o consultorios con aproximadamente el cuarenta por ciento, lo cual contrasta con datos de la OMS quien afirma que hasta tres cuartas partes de las mujeres embarazadas reciben un mínimo de 4 consultas preconcepcionales, datos que aparentar reflejar la situación en nuestro país y que sin embargo difiere relevantemente con los datos obtenidos en este estudio. En cuanto a medios de comunicación, el que cuenta con mayor impacto es la televisión donde es interesante revisar datos de la literatura que refieren que a pesar de ser percibido como un medio de difusión informal, la cantidad de información que brinda es moderada, además de hacerlo de un modo serio, poco estigmatizado y además anónimo, lo cual es fundamental debido a que se mantiene la confidencialidad de la paciente; asimismo otro recurso de difusión que está emergiendo y que con frecuencia brindó información fueron las redes sociales con un frecuencia similar a la televisión con poco más de la tercera parte de las pacientes, herramientas que pueden ayudar a crear conciencia sobre los problemas de salud reproductiva y ayudar a desestigmatizar estos temas conversaciones de una forma más extendida, popular y accesible. (51,52).

Un dato preocupante es que predominantemente, cuando las mujeres con ERA han empleado algún método anticonceptivo, ha sido por decisión propia, y cuando reciben indicaciones para su uso, esta indicación es brindada en primer lugar por su ginecólogo, y menos del cinco por ciento por parte de su reumatólogo. Este es un dato de suma importancia ya que es el médico reumatólogo quien tiene el conocimiento acerca de cual es el momento ideal para planear un embarazo, contraindicaciones farmacológicas, efectos adversos, curso evolutivo de la enfermedad y los potenciales desenlaces para el binomio, por lo que es el mismo reumatólogo quien debe supervisar su evolución y llevar a cabo recomendaciones desde el momento del diagnóstico de ERA.

Los métodos anticonceptivos más conocidos son el condón y las píldoras anticonceptivas y los métodos quirúrgicos definitivos con casi la totalidad de las participantes. Sin embargo el método que hasta tres cuartas partes de las encuestadas consideró más funcional fue la salpingoclasia y dentro de los métodos no definitivos el considerado más útil fue el condón masculino con poco más del sesenta por ciento, además de ser empleado hasta por un quinto de las mujeres; los métodos definitivos de la natalidad eran utilizados con una frecuencia similar. Se trata de una proporción mucho menor a lo reportado por la OMS en el periodo del 2000 al 2020, donde afirma que más de la mitad de las mujeres en edad

reproductiva requiere planificación familiar y poco mas de la tercera parte usa algún método anticonceptivo (53,54)

Son interesantes los datos obtenidos acerca de las preferencias reproductivas de las pacientes, ya que hasta dos terceras partes de las participantes dijeron que quisieran tener hijos alguna vez en su vida y muchas de éstas la mitad lo desea en un periodo menor de un año, esto resulta de relevancia cuando ponemos en consideración que las tasas de mortalidad fetal de productos con un periodo intergenésico menor a 2 años, donde la OMS reporta una mortalidad muy alta de hasta 60%; algunas pacientes a pesar del deseo de maternidad se consideran incapaces en ese momento, hasta la mitad de ellas lo asocian principalmente a que tienen una enfermedad reumática, lo cual es alarmante ya que se trata más de una consideración personal, además de la falta de información brindada por los médicos reumatólogos ya que son pocos los motivos de contraindicación absoluta de embarazo en el contexto de éstas pacientes . Otro dato interesante es que algunas pacientes no desean tener hijos por motivos ajenos a la salud como su desarrollo profesional. Esto refleja el poco alcance obtenido en materia de salud reproductiva por parte de los médicos reumatólogos, muy pesar de las recomendaciones llevadas a cabo en guías de practica realizadas por el American College of Rheumatology, Brittish Society of Rheumatology y la European League against Rheumatism (55,56).

De acuerdo a los datos obtenidos en el estudio, es de suma relevancia el acceso a la información sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos a todas aquellas pacientes mujeres con ERA con y sin embarazo, haciendo un especial énfasis en el grupo poblacional de 15-18 años, ya que son las pacientes que con mayor frecuencia cursan con embarazos no deseados a pesar de haber recibido información acerca de los métodos anticonceptivos, siendo una ventana de oportunidad para la mejora del contenido de esta información, haciendo hincapié en las posibilidades y el momento ideal para un embarazo, los métodos anticonceptivos que se pueden emplear, las implicaciones materno-fetales de todos aquellos tratamientos teratogénicos y las alternativas terapéuticas para pacientes que se encuentran en éste periodo de la vida.

La salud reproductiva con el avance del tiempo ha dejado de ser un dogma para las mujeres y aquellas con ERA no son la excepción. Se trata de mujeres ávidas de información, tanto por sus deseos de tener una familia, desarrollo personal, o bien, por evitar complicaciones materno-fetales. Desafortunadamente, si en mujeres sanas existe un rezago en la atención e información al respecto, en mujeres con ERA, dicho rezago aumenta exponencialmente de acuerdo a los datos obtenidos en el estudio, y además aquello que está documentado por sociedades internacionales se encuentra en diversas guías y publicaciones que desafortunadamente no brindan datos representativos ni de nuestra población nacional ni de mujeres con diagnostico de ERA, por lo que resulta pertinente el desarrollo de guías nacionales de salud reproductiva en mujeres con ERA, debido a que las características demográficas y clínicas de nuestra población invitan a tener consideraciones adicionales a las ya desarrolladas en otras publicaciones, siendo una herramienta de apoyo necesaria, pues estas pacientes en general no obtienen dicha información de la que debe ser su fuente primaria de información, el reumatólogo, además de que cuando la obtienen es en sitios de atención primaria o con personal de salud que si bien puede tener conocimientos sobre salud materno-fetal, desconocen las particularidades de una paciente con ERA, disminuyendo la calidad y utilidad de dicha información, por lo que resulta fundamental el establecimiento de clínicas de atención multidisciplinaria, ya que otro personal del campo de las ciencias de la salud resulta un recurso valioso para subsanar estos requerimientos de información y de atención de ésta población de riesgo, además de apoyarse de otros recursos como son los medios de información

masiva ya extensamente empleados y estudiados como la televisión, o uso de medios emergentes como las redes sociales. Resulta de suma importancia y es responsabilidad medica cambiar los paradigmas creados por pacientes, iniciando por informar que tener una enfermedad reumática no es una sentencia de restricción para la maternidad en conjunto con un adecuado control de la enfermedad.

LIMITACIONES.

1. Se trata de un estudio en un solo centro, de tercer nivel de atención, de referencia para mujeres con ERA, con características poblacionales homogéneas (población marginada), por lo que puede haber sesgo de selección.
2. Muchas de las mujeres embarazadas no tenían diagnóstico de enfermedad reumática.
3. Se trata de un estudio transversal que no permite demostrar causalidad.
4. Al preguntar acerca de eventos que para algunas participantes sucedieron hace mucho tiempo, existe sesgo de recordatorio.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de este estudio, las mujeres con ERA tienen mucho interés y confianza para hablar acerca de salud reproductiva, sexualidad, indicaciones y contraindicaciones para el embarazo, lactancia así como de sus tratamientos farmacológicos y potenciales efectos adversos tanto maternos como fetales, además, éstas pacientes cuentan con conocimiento acerca de la existencia pero desconocen con frecuencia la utilidad de los diferentes métodos anticonceptivos; generalmente dicho conocimiento es obtenido por medio de personal de salud que no es del área de reumatología como enfermeras, ginecólogos o médicos generales; también se emplean medios de difusión masiva como televisión, radio e incluso redes sociales, con información y evidencia de moderada calidad. Sin embargo también se observó que los reumatólogos brindan información y consejería con poca frecuencia, tanto al momento del diagnóstico de la enfermedad reumática así como durante el curso y seguimiento, lo cual puede influir en los desenlaces materno fetales.

Los hallazgos de este estudio representan una ventana de oportunidad para realizar intervenciones, facilitar herramientas de información y difusión a los médicos reumatólogos para que de éste modo transmitan, aconsejen e informen a dicha población de riesgo así como el resto de personal de salud que está en frecuente contacto con esta población de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grygiel-Górniak B, Masiero E, Nevaneeth BC, Jojy MM. Rheumatic Diseases in Reproductive Age-the Possibilities and the Risks. *Reprod Sci.* 2023;30:111-23.
2. Andreoli L, Gerardi MC, Fernandes M, Bortoluzzi A, Bellando-Randone S, Brucato A, et al. Disease activity assessment of rheumatic diseases during pregnancy: a comprehensive review of indices used in clinical studies. *Autoimmun Rev.* 2019;18:164-76.
3. Andreoli L, García-Fernández A, Chiara Gerardi M, Tincani A. The Course of Rheumatic Diseases During Pregnancy. *Isr Med Assoc J.* 2019;21:464-70.
4. Nørgaard M, Larsson H, Pedersen L, Granath F, Askling J, Kieler H, et al. Rheumatoid arthritis and birth outcomes: a Danish and Swedish nationwide prevalence study. *J Intern Med.* 2010;268:329-37.
5. Clowse ME, Eudy AM, Revels J, Sanders GD, Criscione-Schreiber L. Rheumatologists' knowledge of contraception, teratogens, and pregnancy risks. *Obstet Med.* 2018;11:182-5.
6. Meissner Y, Strangfeld A, Costedoat-Chalumeau N, Förger F, Goll D, Molto A, et al. European Network of Pregnancy Registers in Rheumatology (EuNeP)-an overview of procedures and data collection. *Arthritis Res Ther.* 2019;21(1):241.
7. 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 Rheumatol.* 2020;72:529-56.
8. Giles I, Yee CS, Gordon C. Stratifying management of rheumatic disease for pregnancy and breastfeeding. *Nat Rev Rheumatol.* 2019;15:391-402.
9. Birru Talabi M, Clowse MEB, Blalock SJ, Switzer G, Yu L, Chodoff A, et al. Development of ReproKnow, a reproductive knowledge assessment for women with rheumatic diseases. *BMC Rheumatol.* 2019;3:40.
10. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int.* 2009;29:853-60.
11. Wolgemuth T, Stransky OM, Chodoff A, Kazmerski TM, Clowse MEB, Birru Talabi M. Exploring the Preferences of Women Regarding Sexual and Reproductive Health Care in the Context of Rheumatology: A Qualitative Study. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2021;73:1194-200.
12. 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).
13. Birru Talabi M, Clowse MEB, Blalock SJ, Switzer G, Yu L, Chodoff A, et al. Development of ReproKnow, a reproductive knowledge assessment for women with rheumatic diseases. *BMC Rheumatol.* 2019;3:40.
14. Skinner-Taylor CM, Perez-Barbosa L, Barriga-Maldonado ES, Cardenas-de la Garza JA, Diaz-Angulo JE, Figueroa-Parra G, et al. Reproductive health counseling and contraceptive use in Mexican women with rheumatic diseases: a cross-sectional study. *Rheumatol Int.* 2021;41:409-14.
15. Perez-Barbosa L, Skinner-Taylor CM, Lujano-Negrete AY, Barriga-Maldonado ES, Peláez-Ballestas I, Espinosa-Banuelos LG, Cardenas-de la Garza JA, Riega-Torres J, Galarza-Delgado DA. Construction and validation of a reproductive behavior questionnaire for female patients with rheumatic diseases. *Clin Rheumatol.* 2023 Jun 19. doi: 10.1007/s10067-023-06652-2. Epub ahead of print. PMID: 37335407.
16. Hellgren K, Secher AE, Grintborg B, Rom AL, Gudbjornsson B, Michelsen B, et al. Pregnancy outcomes in relation to disease activity and anti-rheumatic treatment strategies in women with

- rheumatoid arthritis: a matched cohort study from Sweden and Denmark. *Rheumatology (Oxford)*. 2022;61:3711-22.
17. Somers EC. Pregnancy and autoimmune diseases. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;64:3-10.
 18. Littlejohn EA. Pregnancy and rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;64:52-8
 19. Hellgren K, Secher AE, Grintborg B, Rom AL, Gudbjornsson B, Michelsen B, et al. Pregnancy outcomes in relation to disease activity and anti-rheumatic treatment strategies in women with rheumatoid arthritis: a matched cohort study from Sweden and Denmark. *Rheumatology (Oxford)*. 2022;61:3711-22.
 20. Sim BL, Daniel RS, Hong SS, Matar RH, Ganiel I, Nakanishi H, et al. Pregnancy Outcomes in Women With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Rheumatol*. 2023;29:36-42.
 21. 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.
 22. Borba VV, Zandman-Goddard G, Shoenfeld Y. Exacerbations of autoimmune diseases during pregnancy and postpartum. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2019;33:101321.
 23. Petri M. Pregnancy and Systemic Lupus Erythematosus. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;64:24-30.
 24. Do SC, Druzin ML. Systemic lupus erythematosus in pregnancy: high risk, high reward. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019;31:120-6.
 25. Tan Y, Yang S, Liu Q, Li Z, Mu R, Qiao J, et al. Pregnancy-related complications in systemic lupus erythematosus. *J Autoimmun*. 2022;132:102864.
 26. Dalal DS, Patel KA, Patel MA. Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy: A Brief Review. *J Obstet Gynaecol India*. 2019;69:104-9
 27. Palma Dos Reis CR, Cardoso G, Carvalho C, Nogueira I, Borges A, Serrano F. Prediction of Adverse Pregnancy Outcomes in Women with Systemic Lupus Erythematosus. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2020;59:287-94.
 28. Castro-Gutierrez A, Young K, Bermas BL. Pregnancy and Management in Women with Rheumatoid Arthritis, Systemic Lupus Erythematosus, and Obstetric Antiphospholipid Syndrome. *Med Clin North Am*. 2021;105:341-53.
 29. McDonald EG, Bissonette L, Ensworth S, Dayan N, Clarke AE, Keeling S, et al. Monitoring of Systemic Lupus Erythematosus Pregnancies: A Systematic Literature Review. *J Rheumatol*. 2018;45:1477-90.
 30. Silver R, Craigo S, Porter F, Osmundson SS, Kuller JA, Norton ME. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #64: Systemic lupus erythematosus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228:B41-b60
 31. Petri M. Drug monitoring in systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Pharmacol*. 2022;64:102225.
 32. Grygiel-Górniak B, Masiero E, Nevaneeth BC, Jojy MM. Rheumatic Diseases in Reproductive Age-the Possibilities and the Risks. *Reprod Sci*. 2023;30:111-23.
 33. Meroni PL, Borghi MO, Grossi C, Chighizola CB, Durigutto P, Tedesco F. Obstetric and vascular antiphospholipid syndrome: same antibodies but different diseases? *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14(7):433-40.
 34. Sammaritano LR. Antiphospholipid syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2020;34(1):101463.

35. Arslan E, Branch DW. Antiphospholipid syndrome: Diagnosis and management in the obstetric patient. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;64:31-40.
36. Lazzaroni MG, Crisafulli F, Moschetti L, Semeraro P, Cunha AR, Neto A, et al. Reproductive Issues and Pregnancy Implications in Systemic Sclerosis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2023;64:321-42.
37. Lee KA, Kim J, Choi W, Kim HS, Seo GH. Pregnancy-associated risk factors and incidence of systemic sclerosis in primiparous women: A nationwide population-based cohort study. *Mod Rheumatol*. 2022;32:149-54.
38. Blagojevic J, AlOdhambi KA, Aly AM, Bellando-Randone S, Lepri G, Bruni C, et al. Pregnancy in Systemic Sclerosis: Results of a Systematic Review and Metaanalysis. *J Rheumatol*. 2020;47(6):881-7. Barilaro G, Castellanos A, Gomez-Ferreira I, Lledó GM, Della Rocca C, Fernandez-Blanco L, et al. Systemic sclerosis and pregnancy outcomes: a retrospective study from a single center. *Arthritis Res Ther*. 2022;24:91.
39. Gupta S, Gupta N. Sjögren Syndrome and Pregnancy: A Literature Review. *Perm J*. 2017;21:16-047.
40. De Carolis S, Salvi S, Botta A, Garofalo S, Garufi C, Ferrazzani S, et al. The impact of primary Sjogren's syndrome on pregnancy outcome: our series and review of the literature. *Autoimmun Rev*. 2014;13:103-7.
41. Geng B, Zhang K, Huang X, Chen Y. A meta-analysis of the effect of Sjögren's syndrome on adverse pregnancy outcomes. *Clinics (Sao Paulo)*. 2022;77:100140.
42. Demarchi J, Papisidero SB, Klajn D, Alba P, Babini AM, Durigan V, et al. Primary Sjögren's syndrome and pregnancy: A report of 18 cases. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2019;15:109-12.
43. Ballester C, Grobost V, Roblot P, Pourrat O, Pierre F, Laurichesse-Delmas H, et al. Pregnancy and primary Sjögren's syndrome: management and outcomes in a multicentre retrospective study of 54 pregnancies. *Scand J Rheumatol*. 2017;46:56-63.
44. Tang K, Zhou J, Lan Y, Zhang H, Jin H. Pregnancy in adult-onset dermatomyositis/polymyositis: A systematic review. *Am J Reprod Immunol*. 2022;88:e13603.
45. Che WI, Hellgren K, Stephansson O, Lundberg IE, Holmqvist M. Pregnancy outcomes in women with idiopathic inflammatory myopathy, before and after diagnosis-a population-based study. *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59:2572-80.
46. Mino R, Shimada H, Wakiya R, Nakashima S, Miyagi T, Sugihara K, et al. Pregnancy course and outcomes of patients with polymyositis and dermatomyositis (PM/DM) managed in a single center. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102:e33462.
47. Silva CA, Sultan SM, Isenberg DA. Pregnancy outcome in adult-onset idiopathic inflammatory myopathy. *Rheumatology (Oxford)*. 2003;42:1168-72.
48. Russell MD, Dey M, Flint J, et al. British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: immunomodulatory anti-rheumatic drugs and corticosteroids [published correction appears in *Rheumatology (Oxford)*. 2022 Dec 13;]. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(4):e48-e88.
49. Robledo Aburto Z. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022. *Salud Publica Mex* [Internet]. 19 de junio de 2023
50. Govender V, Topp SM, Tunçalp Ö. Rethinking trust in the context of mistreatment of women during childbirth: a neglected focus. *BMJ Glob Health*. 2022;7(5):e009490.
51. Pariera KL, Hether HJ, Murphy ST, Buffington Sde C, Baezconde-Garbanati L. Deportaciones de la salud reproductiva y sexual en la televisión en horario estelar. *Comunidad de Salud*. 2014;29(7):698-706.

52. Nair I, Patel SP, Bolen A, et al. Reproductive Health Experiences Shared on TikTok by Young People: Content Analysis. *JMIR Infodemiology*. 2023;3:e42810.
53. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4
(https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undes_a_pd_2022_world-family-planning.pdf).
54. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022.
55. United Nations Population Division: www.population.un.org/dataportal/home(<https://population.un.org/dataportal/home>. Accessed May 17, 2023).
- 56.4. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet*. 2012;380(9837):149-156. doi:10.1016/S0140-6736(12)60609-6

Anexos

Tabla 1 variable sociodemográfica.

	n (%)
Edad en años, media (DE)	36.63 (9.43)
Estado Civil	
Soltero(a)	265.00 (36.60)
Casado(a)	271.00 (37.43)
Separado(a)/Divorciado(a)	46.00 (6.35)
Unión libre	133.00 (18.37)
Viudo(a)	8.00 (1.10)
Otro	1.00 (0.14)
Pareja actualmente (si)	512.00 (70.62)
Zona donde vive	
Urbana	609.00 (84.00)
Rural	116.00 (16.00)
Grado de estudios	
Ninguno	3.00 (0.41)
Lee y escribe	2.00 (0.28)
Primaria	70.00 (9.66)
Secundaria	189.00 (26.07)
Preparatoria o Bachillerato	192.00 (26.48)
Carrera técnica	53.00 (7.31)
profesional	191.00 (26.34)
Posgrado	25.00 (3.45)

Tabla 2 Datos de la enfermedad.

Diagnostico	n (%)
Artritis Reumatoide (AR)	284.00 (39.17)
Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	256.00 (35.31)
Otra	79.00 (10.90)
Aun sin diagnóstico definitivo o consulta de primera vez	36.00 (4.97)
Síndrome Antifosfolípido (SAF)	29.00 (4.00)
Escleroderma	21.00 (2.90)
Artritis idiopática Juvenil (AIJ)	20.00 (2.76)

Tabla 3: RELACIÓN CON SU REUMATÓLOGO,

	n (%)
¿Qué tanta confianza tiene para hablar con su reumatólogo para comentarle sobre temas como planificación familiar (deseo de embarazo) y consejería sobre métodos anticonceptivos?	
Muchísimo	196.00 (27.07)
Mucho	250.00 (34.53)
Algo	125.00 (17.27)
Poco	81.00 (11.19)
Nada	72.00 (9.94)
No responde	-
¿Con que frecuencia ha recibido por parte de su reumatólogo consejería sobre planificación familiar (deseo de embarazo) y consejería sobre métodos anticonceptivos?	
Siempre	114.00 (15.75)
Casi siempre	97.00 (13.40)
Alguna vez	167.00 (23.07)
Casi nunca	85.00 (11.74)
Nunca	261.00 (36.05)
No responde	-
¿Con que frecuencia su reumatólogo le ha dicho de los riesgos de embarazarse en este momento respecto a su enfermedad?	
Siempre	164.00 (22.68)
Casi siempre	95.00 (13.14)
Alguna vez	145.00 (20.06)
Casi nunca	68.00 (9.41)
Nunca	251.00 (34.72)
No responde	-
¿Con que frecuencia su reumatólogo le ha dicho de los riesgos de tomar algunos medicamentos durante el embarazo?	
Siempre	163.00 (22.58)
Casi siempre	92.00 (12.74)
Alguna vez	136.00 (18.84)
Casi nunca	58.00 (8.03)
Nunca	273.00 (37.81)
No responde	-

Tabla 4: SEXUALIDAD

	n (%)
¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?	
Menor de 15 años	54.00 (7.51)
De 15 a 18 años	280.00 (38.94)
Mayor a los 18 años	337.00 (46.87)
No he tenido relaciones	40.00 (5.56)
Prefiero no responder	8.00 (1.11)
En su primera relación sexual, ¿Qué fue lo que usted o su pareja hicieron o usaron para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?	
17. No quiero responder	13.00 (1.79)
18. No usamos nada	338.00 (46.62)
19. Pastillas anticonceptivas	27.00 (3.72)
20. Inyecciones o ampollas anticonceptivas	2.00 (0.28)
21. Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant	3.00 (0.41)
22. Parche anticonceptivo	3.00 (0.41)
23. Anillo vaginal (NuvaRing)	0 (0)
24. DIU, dispositivo o aparato (de cobre)	6.00 (0.83)
25. DIU, dispositivo con levonogestrel (Mirena)	0 (0)
26. Condón o preservativo masculino	287.00 (39.59)
27. Condón o preservativo femenino	4.00 (0.55)
28. Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas	0 (0)
29. Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica	2.00 (0.28)
30. Retiro o coito interrumpido	5.00 (0.69)
31. Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia	10.00 (1.38)
32. Otro método	2.00 (0.28)
En los últimos 12 meses, ¿usted ha escuchado o visto información de métodos anticonceptivos en....	
Radio	110.00 (15.17)
Televisión	262.00 (36.14)
Periódico o revistas	59.00 (8.14)
Internet	237.00 (32.69)
Redes sociales	259.00 (35.72)

Facebook	208.00 (28.69)
Instagram	84.00 (11.59)
Twitter	20.00 (2.76)
WhatsApp	40.00 (5.52)
TikTok	52.00 (7.17)
Otro	10.00 (1.38)
Carteles, folletos o trípticos	144.00 (19.86)
Pláticas en centros de salud, hospitales o consultorios	288.00 (39.72)
en algún otro medio o lugar? ¿Cuál?	41.00 (5.66)

TABLA 5: ACCESO A SALUD REPRODUCTIVA.

	n (%)
¿Dónde consiguió el método actual cuando lo empezó a usar?	
Seguro Social (IMSS, IMSSPROSPERA/ Oportunidades INSABI)	70.00 (17.20)
ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)	8.00 (1.97)
Centro de salud u hospital de la SSA	113.00 (27.76)
Otros servicios públicos (DIF, Pemex, SEMAR, etc.)	16.00 (3.93)
Consultorio, clínica u hospital privado (CERVECERÍA, Bancos, Hospital Muguerza, Hospital Zambrano, etc.)	81.00 (19.90)
Partera(o)	0 (0)
Farmacia o tienda de autoservicio	99.00 (24.32)
Otro lugar	9.00 (2.21)
No responde	11.00 (2.70)
¿Cuáles son las razones principales por la que le recetaron (prescribieron) el método que utiliza actualmente?	
13. Situación delicada de salud o recomendación médica	75.00 (10.34)
14. Me pusieron un método (DIU) sin mi consentimiento	0 (0)
15. Me lo ofrecieron	12.00 (1.66)
16. Me lo pidió mi pareja	25.00 (3.45)
17. No había el método solicitado	3.00 (0.41)
18. Yo lo decidí	248.00 (34.21)
19. Me lo indicó mi: Médico general	25.00 (3.45)
20. Me lo indicó mi: Ginecólogo(a)	77.00 (10.62)
21. Me lo indicó mi: Reumatólogo(a)	34.00 (4.69)

22. Me lo indicó mi: Enfermero(a)	1.00 (0.14)
23. Me lo indicó mi: Otro personal de salud:	8.00 (1.10)
24. No responde	4.00 (0.55)

TABLA 6: PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

	n (%)
¿Quisiera tener hijas(os) alguna vez en su vida	504.00 (70.39)
¿Quisiera tener hijos (as) ahora o en el próximo año? – Si	66.00 (12.13)
¿Cuántos años le gustaría esperar para tener un hijo(a) o varios más?	
Menos de un año	33 (53.23)
Ya tengo el número de hijos que deseo (paridad satisfecha)	5 (8.06)
No estoy segura	4 (6.45)
Anote el número de años	0.41 (0.72)
¿Quisiera tener hijos (as) ahora o en el próximo año? – Si, pero no puedo	51.00 (9.38)
¿Por qué no puede tener hijos (as) ahora o en el próximo año?	
Porque tengo una enfermedad reumática	21.00 (55.26)
Mi pareja o yo estamos operados para no tener hijos (as) (ligadura, salpingoclasia o vasectomía)	7.00 (18.42)
No tengo pareja	1.00 (2.63)
Menopausia	2.00 (5.26)
Mi pareja tiene esterilidad	3.00 (7.89)
Tengo esterilidad	1.00 (2.63)
Mi pareja es del mismo sexo	0 (0)
Otro	3.00 (7.89)
¿Quisiera tener hijos (as) ahora o en el próximo año? – No	393.00 (72.24)
¿Por qué no desea tener hijos (as) dentro del próximo año?	
Por falta de dinero	5.00 (1.27)
Quiero desarrollarme personal y/o profesionalmente	51.00 (12.94)
Porque tengo una enfermedad reumática	103.00 (26.14)
No tengo pareja	8.00 (2.03)
Ya tengo el número de hijos que deseo (paridad satisfecha)	184.00 (46.70)
Miedo	7.00 (1.78)
Medicamentos contraindicados durante el embarazo	4.00 (1.02)

No está incluido en mi plan de vida	7.00 (1.78)
Por preferencias sexuales	0 (0)
Otra	25.00 (6.35)
¿Cuántos años le gustaría esperar para tener un hijo(a) o varios más?	
Menos de un año	1 (0.26)
Ya tengo el número de hijos que deseo (paridad satisfecha)	232 (60.73)
No estoy segura	96 (25.13)
Anote el número de años	0.61 (1.78)
¿Quisiera tener hijos (as) ahora o en el próximo año? – No se	
¿Cuántos años le gustaría esperar para tener un hijo(a) o varios más?	
Menos de un año	0 (0.00)
Ya tengo el número de hijos que deseo (paridad satisfecha)	0 (0.00)
No estoy segura	22 (73.33)
Anote el número de años	0.62 (1.23)

TABLA 7: FECUNDIDAD E HISTORIA DE EMBARAZOS

	n (%)
¿Ha estado embarazada alguna vez? (Incluyendo abortos)	
Si	538.00 (74.41)
No	185.00 (25.59)
¿Cuántos hijos desea o planea tener en su vida?	
	1.70 (1.65)
En el momento que usted se embarazó de su último hijo(a)...	
¿Estaba buscando embarazarse?	238.00 (46.21)
¿Quería esperar más tiempo?	31.00 (6.02)
No estaba dentro de mis planes	246.00 (47.77)
Hasta el día de hoy, el número de hijos (as) que usted ha tenido han sido...	
Más de los que deseaba	52.00 (10.22)
¿Cuál es la razón principal por la que ha tenido más hijos (as) de los que deseaba?	
No utilice métodos anticonceptivos	20.00 (37.04)
No conocía los métodos anticonceptivos	3.00 (5.56)
Me falló el método anticonceptivo	11.00 (20.37)
Mi esposo (o pareja) quería más hijos(as)	5.00 (9.26)
Por razones religiosas	7.00 (12.96)
Otros	8.00 (14.81)
El ideal que deseaba	335.00 (65.82)
Menos de los que deseaba	122.00 (23.97)

¿Cuál es la razón principal por la que ha tenido menos hijos (as) de los que deseaba?	
Por falta de dinero	7.00 (5.93)
Estoy estudiando	1.00 (0.85)
Porque tengo una enfermedad reumática	71.00 (60.17)
No tengo pareja	6.00 (5.08)
Por Miedo	7.00 (5.93)
Mi esposo (o pareja) no quería más hijos (as)	0 (0)
Mi pareja o yo estamos operados para no tener más hijos(as) (ligadura o vasectomía)	3.00 (2.54)
Otra	23.00 (19.49)

Tabla 8.1: CONOCIMIENTOS, FUNCIÓN Y USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS.

Tipo	Conocimiento	Funcionamiento	Uso actual
a) Operación femenina, Salpingoclasia o ligadura de trompas	581 (80.14)	541 (74.62)	126 (17.38)
b) Operación masculina o vasectomía	573 (79.03)	518 (71.45)	26 (3.59)
c) Pastillas anticonceptivas	647 (89.24)	415 (57.24)	16 (2.21)
d) Inyecciones o ampollas anticonceptivas	569 (78.48)	414 (57.10)	9 (1.24)
e) Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant	535 (73.79)	412 (56.83)	29 (4.00)
f) Parche anticonceptivo	514 (70.90)	289 (39.86)	1 (0.14)
g) Anillo vaginal (NuvaRing)	499 (68.83)	150 (20.69)	1 (0.14)
h) DIU, dispositivo o aparato (de cobre)	560 (77.24)	402 (55.45)	46 (6.34)
i) DIU, dispositivo con levonogestrel (Mirena)	351 (48.41)	293 (40.41)	26 (3.59)
			143
j) Condón o preservativo masculino	668 (92.14)	453 (62.48)	19 (19.72)
k) Condón o preservativo femenino	435 (60.00)	290 (40.00)	2 (0.28)
l) Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas	250 (34.48)	121 (16.69)	0 (0.00)
m) Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica	404 (55.72)	184 (25.38)	10 (1.38)
n) Retiro o coito interrumpido	399 (55.03)	128 (17.66)	15 (2.07)
o) Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia	522 (72.00)	376 (51.86)	8 (1.10)

Tabla 8.2: CONOCIMIENTOS, FUNCIÓN Y USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS.

