

Preservación de la fertilidad en artritis reumatoide: ¿principio precautorio o derecho de información del paciente?

*Fertility Preservation in Rheumatoid Arthritis:
Precautionary Principle or Patient's Right to Information?*

Esteban Cruz Arenas

 <https://orcid.org/0000-0003-0238-9518>

Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”. México
Correo electrónico: drest.cruz.inv@gmail.com

Guadalupe Sánchez-Bringas

 <https://orcid.org/0000-0001-9445-4828>

Universidad Nacional Autónoma de México. México
Correo electrónico: gusabrin@gmail.com

María Guadalupe Franco Herrera

 <https://orcid.org/0009-0000-4303-5076>

Universidad Nacional Autónoma de México. México
Correo electrónico: lupfrancoh@gmail.com

Recepción: 1 de diciembre de 2025

Aceptación: 2 de marzo de 2026

Publicación: 27 de abril de 2026

DOI: <https://doi.org/10.22201/ijj.25940082e.2026.22.20832>

Resumen: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad que afecta predominantemente las articulaciones de las personas en etapa productiva. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y entre sus signos y síntomas principales se encuentran el dolor y la inflamación. Para su tratamiento se emplean diversos medicamentos, algunos de los cuales se han asociado con efectos adversos sobre la fertilidad. Sin embargo, en varios de ellos la evidencia científica es poco clara, lo que hace necesario que los médicos evalúen el riesgo-beneficio de su indicación con el fin de garantizar el derecho a la protección de la salud, particularmente en lo relativo a los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Es importante que dicha evaluación se realice sin prejuicios y sin asumir que los pacientes no pueden o no desean lograr un embarazo, considerando que actualmente existen diversos procedimientos de preservación de la fertilidad (PF) que pueden hacerlo posible. Para abordar esta situación se llevó a cabo una investigación teórico-documental con el propósito de de-

terminar si el personal médico debe informar a los pacientes con AR bajo tratamiento farmacológico sobre la PF desde un enfoque basado en el principio precautorio (PP)—el cual establece que, ante la incertidumbre científica, deben tomarse medidas que eviten o reduzcan un daño potencialmente plausible— o si dicho enfoque debe orientarse desde la perspectiva de los derechos de los pacientes. A partir de lo anterior, se concluyó que el abordaje es pertinente desde ambas perspectivas, ya que son complementarias.

Palabras clave: artritis reumatoide; preservación de la fertilidad; fármaco antirreumático; principio precautorio; derechos del paciente.

Abstract: Rheumatoid arthritis (RA) is a disease that predominantly affects the joints of individuals in their productive stage of life. It occurs more frequently in women than in men, and its main signs and symptoms include pain and inflammation. Various medications are used for its treatment, some of which have been associated with adverse effects on fertility. However, for several of these drugs the scientific evidence remains unclear, making it necessary for physicians to evaluate the risk–benefit ratio of their prescription in order to guarantee the right to health protection, particularly regarding individuals’ sexual and reproductive rights. It is essential that such evaluation be conducted without prejudice and without assuming that patients cannot or do not wish to achieve pregnancy, especially considering that multiple fertility preservation (FP) procedures are currently available to make this possible. To address this issue, a theoretical–documentary study was conducted to determine whether medical personnel should inform patients with RA undergoing pharmacological treatment about FP from an approach based on the precautionary principle (PP)—which establishes that, in the face of scientific uncertainty, measures should be taken to prevent or reduce potentially plausible harm— or whether such an approach should instead be grounded in the perspective of patients’ rights. Based on this analysis, it was concluded that the issue is appropriately addressed from both perspectives, as they are complementary.

Keywords: arthritis rheumatoid; fertility preservation; antirheumatic agents; precautionary principle; patient rights.

I. Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónico-degenerativa que afecta principalmente a las articulaciones, aunque también puede comprometer otros órganos y sistemas. Su mayor prevalencia se observa en personas en etapa laboral y productiva (30-50 años). Aunque es más frecuente en mujeres, los hombres también pueden verse afectados.

Para controlar los síntomas de la enfermedad, con frecuencia se emplean fármacos como los glucocorticoides (GC), los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), tanto tradicionales como biológicos. Sin embargo, varios de ellos se han asociado con efectos adversos, entre los que destacan aquellos que afectan la fertilidad presente y futura de hombres y mujeres. En este contexto, la preservación de la fertilidad (PF), mediante la congelación de gametos, tejido gonadal o embriones, representa una alternativa para quienes deseen procrear hijos biológicos en el futuro.

Si bien algunas enfermedades por sí solas pueden constituir un motivo para recurrir a las técnicas de PF, en muchas ocasiones son los efectos adversos de los tratamientos los que determinan la decisión. En este contexto, aunque es evidente que los medicamentos prescritos para la AR han reducido la morbilidad, además de mejorar la calidad de vida de las personas, la evidencia científica actual indica que su posible efecto dañino sobre la fertilidad es incierto, aunque plausible.

A pesar de los vacíos existentes en el conocimiento, es fundamental que los médicos que prescriben fármacos a pacientes con AR evalúen cuidadosamente el equilibrio entre beneficios y riesgos, especialmente aquellos que afectan los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, la PF debe considerarse como una alternativa antes de iniciar cualquier tratamiento que pudiera comprometerla, permitiendo a los pacientes ejercer de manera informada su derecho a la protección de la salud.

A partir de lo anterior, se plantea el siguiente cuestionamiento: ¿el personal médico debe informar a los pacientes con artritis reumatoide (AR) en tratamiento farmacológico sobre la preservación de la fertilidad (PF) desde la perspectiva del principio precautorio (PP) o desde la de los derechos de los pacientes? Para esto, se realizó una investigación teórico-documental basada en diversas fuentes bibliográficas para describir de manera general la AR y los fármacos utilizados para su tratamiento, haciendo énfasis en la información científica disponible sobre sus efectos en la fertilidad. Asimismo, se abordó el tema de la PF como opción de procreación futura en pacientes con AR bajo

tratamiento farmacológico, describiendo un enfoque desde el PP y los derechos de los pacientes.

II. Artritis reumatoide

La AR es una enfermedad reumática caracterizada por tener una evolución clínica crónica, multifactorial y de origen desconocido, en la cual los anticuerpos atacan la membrana sinovial que reviste las articulaciones, produciendo inflamación progresiva y, en las formas más avanzadas, la destrucción del cartílago y la erosión ósea; todo ello acompañado clínicamente de dolor, rigidez y discapacidad. Esta enfermedad inicia años antes de que aparezcan las primeras manifestaciones durante un periodo conocido como fase preclínica, en la cual pueden observarse trastornos inmunitarios que se expresan clínicamente en las mucosas de la cavidad oral, los pulmones y el tracto gastrointestinal.

Como característica de la enfermedad, se sintetizan anticuerpos como el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antiproteína citrulinada (ACPA). Estos últimos se producen a nivel local y sistémico y se consideran un marcador específico de la AR. El riesgo de esta enfermedad aumenta en la medida en que se incrementa la producción de anticuerpos, lo que favorece la transición de la fase preclínica —de aproximadamente 4 a 5 años de duración— hacia una fase crónica caracterizada por inflamación (Gravallese y Firestein, 2023).

Esta enfermedad no solo afecta las articulaciones, ya que las personas que la padecen pueden presentar manifestaciones extraarticulares que incluyen lesiones cutáneas y oculares, así como daño cardiovascular y pulmonar (Radu y Bungau, 2021). Además de la inflamación persistente alrededor del 50% de las personas con AR sufre fatiga, la cual se relaciona con el dolor, el estado depresivo, las alteraciones del sueño y la discapacidad, factores que impactan de manera significativa el estado funcional y la calidad de vida de las personas (Pope, 2020).

1. Frecuencia nacional e internacional de artritis reumatoide

La frecuencia de la AR varía por edad y sexo. Antes de los 50 años, se presenta 4 a 5 veces más en mujeres que en hombres, sin embargo, de los 60 a 70 años esta razón cambia a 2:1. Su actividad y progresión tienden a ser más graves en el sexo femenino (Alpízar-Rodríguez et al., 2017), y en su etiología se ha atribuido un papel sustancial a los elementos hormonales y reproductivos (Jiang et al., 2024). A nivel global, la prevalencia de la enfermedad se ha reportado entre 0.5% y 1.0%. No obstante, es fundamental considerar que la

genética, la exposición a elementos ambientales, el tabaquismo y la obesidad son algunos factores de riesgo para desarrollarla, los cuales pueden influir en la variabilidad de las frecuencias reportadas (Gravallese y Firestein, 2023).

En México, la prevalencia estimada es de 1.6%, con afectación principal de la población con mayor capacidad laboral y productiva (Peláez-Ballestas et al., 2011). De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se estima que 1.5% de la población mexicana padece AR, la cual afecta principalmente a personas de entre 35 y 50 años; el 75% de quienes la padecen son mujeres y el 25% hombres, que se encuentran en rangos de edad entre los 25 y 55 años (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, s. f.). Asimismo, en nuestro país su tasa de incidencia ha sido reportada en 36 mujeres y 14 hombres por cada 100,000 habitantes (Instituto de Salud para el Bienestar, s. f.).

2. Artritis reumatoide, tratamientos farmacológicos y fertilidad

El mejor escenario para el tratamiento de la AR es alcanzar el estado de remisión (baja o nula actividad de la enfermedad), el cual tiene como finalidad evitar el dolor y la inflamación que caracterizan a esta enfermedad, y consecuentemente mejorar la funcionalidad e inhibir el daño estructural a nivel articular. Para ello, el tratamiento habitual de primer nivel consiste en GC y AINES.

En el siguiente nivel de tratamiento, se ubican tanto los FAME tradicionales como los biológicos. Los primeros disminuyen la inflamación y el dolor articular, pero a diferencia de los GC y los AINES actúan directamente sobre la proliferación de las células inmunes y reducen indirectamente el daño de los tejidos. Entre estos medicamentos se encuentran el metotrexato, la leflunomida, la hidroxyclorequina y la sulfazalazina. Por otro lado, el mecanismo de acción de los FAME biológicos es muy selectivo y se relaciona con la interferencia en la producción de sustancias inflamatorias (citocinas) y la activación de las células inflamatorias (linfocitos T y B) (Nimmana et al., 2025). El adalimumab, el etanercept y el infliximab son ejemplos de este tipo de medicamentos.

En mujeres, el uso tanto de GC como de AINES está relacionado con un incremento en la tasa de infertilidad y con resultados adversos durante el embarazo (Nakai et al., 2025). El uso de GC como la prednisona se ha asociado con un retraso de hasta 12 meses para conseguir un embarazo, probablemente debido a la supresión del eje hipotálamo-hipófisis-gónada o a un efecto directo sobre la función del ovario o el endometrio (Brouwer et al., 2015). Los AINES, en particular los inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (COX-2), al bloquear la producción de prostaglandinas evitan la ovulación (síndrome del fólculo

lo luteinizado no roto) (Micu et al., 2011). Asimismo, impiden la implantación del embrión y la formación de la placenta. Al contrario de lo que sucede con los GC, el uso continuo de los FAME en mujeres acorta el tiempo para lograr el embarazo en comparación con aquellas que los suspenden (Shimada et al., 2019), sin embargo la evidencia sobre su uso es aún limitada y las recomendaciones son contradictorias (Povlsen et al., 2025).

Algunos estudios de caso y series de casos, han reportado que el uso de metotrexato y sulfazalazina en hombres puede causar reducción de la cuenta espermática (oligospermia) y de la motilidad (astenospermia), reflejándose a su vez en una disminución de la fertilidad (Bermas, 2014). Para el caso del metotrexato, debido a las limitaciones metodológicas para el estudio de la fertilidad masculina y la mutagenicidad hereditaria, los expertos en salud recomiendan suspender el medicamento al menos 3 meses antes de la concepción en caso de existir planes de embarazo (Gutierrez y Hwang, 2017). Esto, con la finalidad de proteger el ciclo de formación de los espermatozoides (espermatogénesis), que dura de 62 a 75 días. Con relación a los FAME, la recomendación actual es tener precaución debido al potencial de transferencia de estos medicamentos a través del líquido seminal (Ramoni et al., 2022; Russell et al., 2023; Sammaritano et al., 2020).

III. Preservación de la fertilidad y artritis reumatoide

La preservación de la fertilidad (PF) puede definirse como una serie de procedimientos médico-biológicos que se llevan a cabo para proteger (preservar) las células sexuales (ovocitos y espermatozoides), el tejido gonadal (ovarios y testículos) y los embriones, con la finalidad de que puedan ser utilizados en el futuro para concebir hijos biológicamente propios (Batiza Resendiz et al., 2020). Para preservar los ovocitos, los espermatozoides (gametos), el tejido gonadal y los embriones se utilizan técnicas de congelamiento (criopreservación y vitrificación), cuya finalidad es mantener su viabilidad, es decir, su capacidad para participar en la fecundación o continuar su desarrollo en etapas posteriores (en el caso del embrión), hasta que se desee lograr un embarazo. Para ello, generalmente se recurre a las técnicas de reproducción asistida (TRA), como la fecundación in vitro (FIV) y la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (IICS) (Fahy y Wowk, 2021).

Las indicaciones médicas para la PF son variadas, pues dependen de características inherentes a los pacientes tales como el sexo, la edad, el estado de salud, la presencia de enfermedades y los tratamientos indicados, entre otros factores (Henry et al., 2023). En las mujeres, por ejemplo, puede es-

tar indicada por la presencia de tumores malignos ginecológicos, como el de ovario y útero pero también por padecimientos no oncológicos como las enfermedades reumáticas y genéticas (Hussein et al., 2020). En los hombres, las indicaciones también pueden dividirse en oncológicas y no oncológicas (Brannigan et al., 2021), y al igual que en las mujeres deben tomarse en cuenta el grado de madurez sexual y la etapa pre o pospuberal en la que se encuentra la persona (Henry et al., 2023).

En diversas situaciones más que la enfermedad en sí, son los efectos de los tratamientos (generalmente farmacológicos), los que llevan a considerar la PF como una alternativa para la procreación futura. Por ejemplo, la administración de tratamientos como quimio y radioterapia para el cáncer, o el uso de ciertos medicamentos para el control del dolor en enfermedades reumáticas, puede resultar tóxica para las gónadas (Yán et al., 2021). Asimismo, algunos procedimientos quirúrgicos que implican la extirpación de las gónadas por motivos médicos —como tumores de ovario, útero o testículo— o por motivos electivos, como las terapias de afirmación de género, también tienen un impacto sustancial en la capacidad reproductiva.

Históricamente, a las mujeres con enfermedades reumáticas como la AR se les decía que “no podían”, o “no debían embarazarse” (Leavitt et al., 2024). La primera afirmación se hacía porque se había observado que solían tener menor número de hijos a edades más tempranas en comparación con mujeres sin enfermedades reumáticas; la segunda, como consecuencia del consumo de medicamentos utilizados para su control, ya que desde entonces varios eran considerados gonadotóxicos (Bermas y Sammaritano, 2015) e incluso teratógenicos (relacionados con malformaciones congénitas). Esto llevó a acuñar el término “subfertilidad”, para referirse a las mujeres con AR que presentaban una disminución en sus posibilidades de embarazarse (Brouwer et al., 2017).

Cabe mencionar que, actualmente, existe una mejoría tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de enfermedades reumáticas como la AR. En particular, con el advenimiento de nuevas generaciones de tratamientos como los FAME, se ha logrado reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a estas enfermedades (Boussaid et al., 2025). Asimismo, esto ha permitido mejorar la calidad de vida de las personas con AR (Chen et al., 2018), así como ampliar sus posibilidades de optar por la procreación futura a través de la PF (Kerola et al., 2024).

IV. Principio precautorio y salud

En el sentido básico, al principio precautorio (PP) se le considera como una estrategia para hacer frente a la incertidumbre científica en la evaluación y la gestión de riesgos (Informe del Grupo de Expertos sobre el principio precautorio, 2005). Esto aplica cuando, derivado de las actividades humanas se puede generar un daño moralmente inaceptable, científicamente plausible, pero incierto, frente al cual se toman medidas dirigidas a evitar o disminuirlo, incluso si algunas relaciones de causa y efecto no están completamente demostradas desde el punto de vista científico (Raffensperger y Tickner, 1999).

El PP, denominado *vorsorgeprinzip* por su posible origen en Alemania, aunque también se ha propuesto que podría haber sido en Suecia, data de los años setenta e intentaba inicialmente evitar daños a la salud humana y el medio ambiente (Sánchez, 2002). Hoy en día ha evolucionado, y cada vez un número mayor de situaciones que acontecen en el ámbito de la salud pueden abordarse con el PP. Esto debido a que, desde la perspectiva de la ética invoca las normas de justicia, equidad y respeto por la autonomía en la protección y promoción de la salud y el bienestar (Richter y Laster, 2004). En este campo según Aronson (2021), en su conceptualización deberían contemplarse dos acciones: *a*) evaluar el equilibrio entre los beneficios y daños de una intervención sanitaria, farmacológica o no y *b*) probar su inocuidad, cuya responsabilidad recae en quienes hayan decidido su instauración.

De acuerdo con lo anterior, “daño” se entiende como cualquier perjuicio que pudiera derivarse de realizar una intervención o por no intervenir y “medidas precautorias” como las acciones destinadas a evitar una intervención o la introducción de una medida preventiva (Aronson, 2021). Autores adicionales puntualizan que se debe hacer una distinción entre el PP y el principio de prevención, ya que el enfoque de riesgo y las consecuencias de cada uno son muy distintos (Informe del Grupo de Expertos sobre el principio precautorio, 2005). En el primero, el riesgo se aborda como una “posibilidad”, ya que generalmente es incuantificable debido a que las exposiciones y sus consecuencias son poco conocidas; en el segundo, se considera una “probabilidad”, pues se dispone de conocimiento acerca de los factores de exposición, que son factibles de medirse generalmente a través de la estadística.

En el ámbito médico, al PP se le considera como una estrategia en la toma de decisiones clínicas cuando tanto los médicos como los pacientes carecen de evidencia relacionada con los posibles resultados de realizar ciertas intervenciones (Resnik, 2004). Según este enfoque, debe considerarse además la “razonabilidad” de la/s medida/s que se pretenden tomar para evitar

el daño y, a su vez, fomentar un equilibrio médico-humanista de la práctica clínica. Asimismo, la razonabilidad de la/s medida/s debe fundamentarse en los siguientes factores: beneficio-daño, realismo, proporcionalidad y coherencia.

A partir de lo anterior, se recomienda que cuando hay dudas acerca de la existencia o el alcance de los riesgos para la salud de las personas, las instituciones pueden razonablemente adoptar medidas precautorias sin tener que esperar a que se demuestre plenamente la realidad y la gravedad de dichos riesgos (Cafferatta, 2004). Esto es particularmente relevante ante el avance tecnológico actual, pues dicho avance genera riesgos considerables, de gran alcance e irreversibles para la salud humana, y cuyo abordaje mediante los métodos de investigación actuales, en los que se asocian las variables de exposición y la enfermedad, no siempre es el más adecuado (Martuzzi y Bertollini, 2004).

La demora o la omisión en el reconocimiento de riesgos y el impacto de no considerar el PP para instaurar medidas precautorias se puede ejemplificar con situaciones pasadas, como la exposición al tabaco y el cáncer de pulmón, el asbesto (amianto) y el mesotelioma, o los pesticidas organoclorados y las alteraciones endócrinas, entre otras (Richter y Laster, 2004). Aunque en estos casos había evidencia de los daños irreversibles que provocaban en la salud de las personas, no fue sino hasta que los estudios epidemiológicos determinaron las asociaciones causales que se tomó la decisión de emitir medidas preventivas, sin pasar previamente por medidas precautorias.

En el contexto del PP, en la actualidad la relación de la AR y sus tratamientos farmacológicos con la PF no es del todo clara (Hunt y Talabi, 2019). Su estudio no sólo debe abordarse desde una perspectiva médica, sino también resulta pertinente abordarlo a través del campo del derecho sanitario. (Arenas, 2025).

Si bien hoy en día la evidencia sustenta que la AR *per se* en mujeres (Li et al., 2024) y hombres (Nasr y El-Shafey, 2013) se relaciona con alteraciones de la función reproductiva, el consumo de medicamentos para lograr su control también afecta la fertilidad (Hunt y Talabi, 2019). Por ello, los pacientes con AR podrían beneficiarse de la adopción de medidas precautorias, lo que ayudaría a orientar a las personas en la toma de decisiones en torno a su enfermedad y su tratamiento para evitar afectar su capacidad reproductiva y así conservar la posibilidad de procrear en el futuro.

El PP tiene una relevancia jurídica que no puede desestimarse, ya que, pese a que este no es jurídicamente vinculante en el derecho consuetudinario internacional ni en el derecho interno, su instauración parte inicialmente del reconocimiento social de un valor (la salud) que merece protección por parte del Estado (Informe del Grupo de Expertos sobre el principio pre-

cautorio, 2005). Al respecto, Martínez (2017) señala que es papel de Estado tomar medidas orientadas a lograr un equilibrio entre el desarrollo científico, social y económico, y la adecuada protección de los ciudadanos, con la finalidad de no vulnerar con su actuación u omisión los derechos de los particulares (Martínez, 2017). Esto resulta especialmente relevante en el contexto del derecho esencial a la preservación de la salud y al bienestar, cuya protección debe ser guía principalísima del derecho americano en evolución, el cual deberá fortalecerse a medida que las circunstancias sean más propicias (Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 2009).

V. Derechos de los pacientes, principios bioéticos, artritis reumatoide y preservación de la fertilidad

En México, los derechos de las personas están reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), que establece en su artículo 1o. que “[...] todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte [...]” y que “[...] todas las autoridades, desde el ámbito de sus competencias tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad” (CPEUM, 1917).

La salud se considera un derecho esencial y, al mismo tiempo, un derecho humano fundamental (Decálogos de derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud, 2023). De acuerdo con el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), este derecho debe ser garantizado, protegido y defendido por los gobiernos de las diferentes naciones. En nuestro país, esto quedó establecido en 1983, cuando se incorporó a la CPEUM el artículo 4o., referente al derecho humano a la protección de la salud en el cual se enuncia: “La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social” (CPEUM, 1917).

Con la finalidad de atender este mandato constitucional, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), organismo con autonomía técnica de la Secretaría de Salud, publicó en 2001 la *Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes*, la cual fue actualizada en 2023 (Decálogos de derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud, 2023). En esta nueva versión se modificaron la interpretación, la estructura, el contenido y el marco

jurídico en el contexto de los derechos, quedando plasmados en forma de decálogo para su consulta fácil y rápida (tabla 1).

Tabla 1. Decálogo de derechos de las y los pacientes

<i>Enunciado</i>	<i>Derecho</i>	<i>Normativa que lo fundamenta</i>
1. Acceso a la atención médica integral.	<p>Recibir atención médica integral conforme al padecimiento presentado en la unidad médica o ante el profesional de salud que se requiera.</p> <p>En las unidades médicas del IMSS-Bienestar y a cargo de las Entidades Federativas, será de forma gratuita, cuando la persona carezca de seguridad social, incluyendo medicamentos y demás insumos asociados de conformidad con el Compendio Nacional, así como la atención de la salud mental y aplicación de las vacunas contenidas en el Programa de Vacunación Universal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud, artículos 2, fracción v, párrafo segundo, 7, fracción II, 18, 28, 27, fracción III, 35, 44, 157 Bis 1, 77 Bis 1 y 77 Bis 2, 77 Bis 3, 77 Bis 5, 77 Bis 6, 77 Bis 7 y 77 Bis 9.
2. Recibir atención oportuna, profesional y eficaz, acorde a sus necesidades de salud.	<p>Recibir atención oportuna, profesional y eficaz, acorde a sus necesidades de salud, en apego a los preceptos legales, científicos y éticos que sustentan la práctica médica; con las garantías establecidas en el derecho a la protección de la salud, así como, a los principios de disponibilidad, aceptabilidad, calidad, seguridad, accesibilidad y no discriminación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4. • Ley General de Salud, artículos 1, 2, fracción v y 51. • Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12. • Observación general núm. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, numerales 1, 9 y 12.

3. Recibir trato digno con respeto a los derechos humanos.	Recibir trato digno con respeto a los derechos humanos, extensivo a su familiar, acompañante y/o cuidador, sin discriminación alguna y en cualquier circunstancia.	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 1, último párrafo. • Ley General de Salud, artículos 51, 77 Bis, 37, fracción III y 166 Bis, 3 fracción IV.
4. Recibir información completa, oportuna y veraz para decidir sobre su atención médica.	Respetar la autonomía de la o el paciente, tutora o tutor, cuidadora o cuidador y/o representante legal, recibiendo información comprensible, completa, oportuna y veraz, que incluya los beneficios, riesgos, pronóstico y alternativas del tratamiento que va a recibir.	<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud, artículos 51 Bis 1, 51 Bis 2, 74 Ter fracción III, 77 Bis 37 fracción V. • Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 76.
5. Otorgar o no su consentimiento informado.	Otorgar o no su consentimiento informado, previo a someterse a cualquier procedimiento o tratamiento médico, quirúrgico, de rehabilitación o paliativo; el cual deberá incluir diagnóstico, pronóstico, técnica o procedimiento curativo; el alcance del tratamiento, alternativas terapéuticas, los riesgos y beneficios.	<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud artículos 51 Bis 2 párrafos tercero, cuarto, quinto, sexto y séptimo, 77 Bis 37 fracciones V, VIII, IX y XIII. • NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numeral 4.2. y 5.6. • Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 76.
6. Protección y tratamiento de sus datos personales.	Garantizar el tratamiento y la protección de sus datos personales, así como, la confidencialidad respecto de su estado de salud, diagnóstico y tratamiento; con excepción de los casos en que exista la obligación de informar a la autoridad competente.	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 6, apartado A. • Ley General de Salud, artículos 73 Ter fracción II, 74 Ter fracción VIII, 77 Bis, 37 fracción X. • Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, artículos 3 fracción X, 6 y 47 fracción II. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numeral 5.5.1, 5.4 y 5.7.

7. Recibir una segunda opinión sobre su padecimiento.	Obtener una segunda opinión por otro profesional de la salud de su elección, sobre su diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos, ante cualquier duda o incertidumbre.	<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud, artículos 51 Bis 2 párrafo segundo, 77 Bis 37 fracción xi, y 166 Bis 15 fracción x. • Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 138 Bis 6.
8. Recibir atención inmediata en caso de urgencia médica.	Recibir atención oportuna y eficaz en la unidad médica, pública o privada más cercana a su ubicación en caso de urgencia, cuando esté en riesgo su vida, un órgano o la función, hasta su estabilización, independientemente de su derechohabencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud, artículos 27 fracción iii, 36 párrafo quinto, 51 Bis 2 párrafo séptimo, 55, 64 Bis 1 y 77 Bis 37 fracción xii. • Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 71, 72, 215 Bis 3, 215 Bis 4 y 215 Bis 6.
9. Contar con un expediente clínico único integrado.	Contar con un expediente clínico único e integrado por la unidad médica de atención, en el que se describa la totalidad de datos e intervenciones relacionadas con la atención médica, conforme a las normas vigentes, así como, tener acceso a él y, obtener una copia íntegra previa solicitud formal.	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 1 y 4. Al tratarse de un derecho reconocido para el hombre (atento al principio PRO HOMINE en ejercicio del control de convencionalidad); el que tenga acceso a la información exacta de su estado de salud en relación con que se le deben proporcionar las facilidades necesarias para ello, es incuestionable que debe bastar la sola solicitud para que le sea expedida la copia de su expediente clínico. • Ley General de Salud, artículos 51 Bis 2 párrafos primero y séptimo, 77 Bis 37 fracción vii. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numerales 4.4, 4.10, 5.1, 5.2, 5.4, 5.5 y 5.6. • Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 30.

10. Recibir atención y solución de quejas e inconformidades.	Ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva sus quejas e inconformidades, por las y los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin.	<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud, artículos 51 Bis 3, 54, 77 Bis 37 fracción xv y 77 Bis 38 fracción vi. • Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 51.
--	---	--

FUENTE: elaborado por Cruz, Franco y Sánchez, con base en información de la CONAMED (2023).

Es así como sin importar el tipo de diagnóstico del que se trate, en el proceso de atención médica debe considerarse la totalidad del contenido del decálogo, por lo que las y los pacientes con AR tienen los mismos derechos que todas las demás personas usuarias de los servicios de salud. No obstante, se considera que lo relacionado con la PF como alternativa de procreación futura en pacientes con AR se puede vincular principalmente con los enunciados 1, 2, 4 y 7 (tabla 1). Asimismo, deben tomarse en cuenta los derechos sexuales y reproductivos de las personas (Mis derechos sexuales y reproductivos, 2023), contemplados también en el artículo 4o. de la CPEUM.

De acuerdo con lo anterior, los pacientes con AR tienen derecho a recibir atención médica integral, oportuna, profesional y eficaz con respecto a su enfermedad, respetando su autonomía, la de su tutora o tutor, cuidadora o cuidador y/o representante legal, y a optar por una segunda opinión de otro profesional de la salud de su elección ante duda o incertidumbre relacionada con su diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos (Decálogos de derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud, 2023). Pero también, tienen derecho a decidir de manera libre y responsable en relación al número de hijas e hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (Decálogos de derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud, 2023).

Aunque el decálogo referido tiene su sustento principalmente en ordenamientos jurídicos nacionales como la CPEUM, la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, entre otros (Ley General de Salud, 2024), hay también documentos internacionales en los que se definen los derechos fundamentales de los pacientes, como se puede constatar en la Declaración de Lisboa

de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente, adoptada por la 34a. Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, en septiembre/octubre de 1981 (Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos del paciente, 2022). En esta declaración se puntualiza que, aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente.

Es así que, actualmente, los países y sus organismos públicos y privados han publicado sus propios documentos referentes a los derechos de los pacientes (Derechos Humanos, 2023). Si bien cada uno de ellos los enmarca de una manera muy diversa en el ámbito de su actuación, estos derechos son compromisos jurídicamente vinculantes consagrados en los instrumentos internacionales de los derechos humanos, por lo que todo el personal sanitario está obligado a cumplirlos y respetarlos.

Asimismo, cabe mencionar que, en 1974, la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research elaboró las directrices éticas para proteger y garantizar los derechos de los seres humanos, dando origen al Informe Belmont (1978) (The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, 1979). Aunque su enfoque inicial fue la experimentación en humanos, en la actualidad abarca también problemas bioéticos de cualquier ámbito de la medicina. Al respecto, los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia incluidos en este informe deben ser considerados en el abordaje terapéutico de los pacientes con AR.

El respeto a la autonomía del paciente implica que se le proporcione información relevante en un lenguaje comprensible, de manera que pueda tomar decisiones con conocimiento de causa y conforme a sus deseos y preferencias. Asimismo, no debe ser engañado sobre su diagnóstico, pronóstico o calidad de vida resultante, y se le deben exponer ecuanímente las distintas alternativas terapéuticas.

De acuerdo con el principio de no maleficencia, es obligatorio abstenerse de realizar acciones que puedan causar daño al paciente, incluidas aquellas de índole procedimental, diagnóstica o terapéutica (entre ellas, el tratamiento farmacológico). Finalmente, el principio de beneficencia obliga al médico a actuar proporcionando beneficios y suprimiendo perjuicios a los pacientes.

VI. Conclusiones

El deber del personal médico de informar a las y los pacientes con AR en tratamiento farmacológico sobre la PF debería abordarse desde dos perspectivas complementarias: la de los derechos de los pacientes y el enfoque del PP. Por una parte, las personas tienen derecho a conocer los efectos adversos que los tratamientos farmacológicos pueden generar sobre su fertilidad, los cuales se encuentran actualmente bien documentados. Por otra, cuando se pretende indicar tratamientos farmacológicos cuyo efecto sobre la función reproductiva es desconocido —ya sea porque la evidencia científica es inexistente, limitada o contradictoria—, resulta pertinente adoptar medidas precautorias ante posibles riesgos que puedan ocasionar consecuencias adversas.

Asimismo, es necesario que el personal médico realice siempre un abordaje integral de las y los pacientes con AR, sin dar por hecho ni asumir que su condición de salud *per se* constituye un impedimento para tener un embarazo. Esto resulta especialmente importante antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico que pueda afectar su capacidad reproductiva. En el expediente clínico debe registrarse desde el inicio, toda la información relativa a los deseos mediatos o futuros del paciente de procrear, así como la evidencia de que se le explicó de manera amplia la posibilidad de efectos adversos de los medicamentos y las alternativas de PF disponibles.

Para ello, el personal médico debe sustentar su *lex artis ad hoc* con base en lo establecido en la *Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes* (resumida en el *Decálogo* del mismo nombre), y tomando en cuenta los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia.

Además, es conveniente que el personal médico posea conocimientos sobre los fundamentos teóricos que rigen el PP en el ámbito de la salud, a fin de tomar mejores decisiones clínicas en beneficio de los pacientes. Es pertinente reconocer que el conocimiento científico no es infalible y que se encuentra en constante transformación; por tanto, los saberes actuales pueden ser útiles para resolver una problemática de salud en el presente, pero no necesariamente en el futuro. Asimismo, considerando que el conocimiento médico avanza a una velocidad mayor de la que puede regularse jurídicamente, la razonabilidad para instaurar medidas —como la indicación de un tratamiento farmacológico— debe estar precedida por un ejercicio concienzudo de evaluación y gestión de riesgos, aun cuando las relaciones de causalidad no estén plenamente documentadas.

La AR es uno de los padecimientos crónico-degenerativos que se agrupan dentro de las denominadas enfermedades reumáticas, en las cuales, en ocasiones, se utilizan los mismos medicamentos para su tratamiento. Por ello,

informar sobre la PF desde el enfoque de los derechos de los pacientes y del PP podría ser también extensivo a estas enfermedades.

Finalmente, aunque en el manejo de la PF en pacientes con AR el médico desempeña un papel fundamental, su abordaje integral requiere la participación de otros profesionales de la salud, como el personal de enfermería, los biólogos de la reproducción, los investigadores de las áreas básicas y sociomédicas, así como especialistas en derecho sanitario, entre otros.

VII. Referencias

- Decálogos de derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud. (2023). *Revista CONAMED*, 28(S1), 10-21. <https://doi.org/10.35366/113807>
- Alpízar-Rodríguez, D., Pluchino, N., Canny, G., Gabay, C., y Finckh, A. (2017). The role of female hormonal factors in the development of rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 56(8), 1254-1263. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kew318>
- Arenas, E. C. (2025). Criopreservación de embriones humanos, preservación de la fertilidad y su regulación jurídica en México. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 75(292), 315-340. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2025.292.90871>
- Aronson, J. K. (2021). When I use a word... The precautionary principle: A definition. *BMJ*, 375(3111). <https://doi.org/10.1136/bmj.n3111>
- Artritis reumatoide. (s. f.). *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores*. Gobierno de México. Recuperado el 8 de septiembre de 2025. <http://www.gob.mx/inapam/articulos/artritis-reumatoide>
- Batiza Resendiz, V. A., Aguilar Melgar, A., Luna Rojas, R. M., Pérez-Peña, E., Gutiérrez Gutiérrez, A., Ruvalcaba Castellón, L. A., Salazar López-Ortiz, C., Michel Vergara, J. A., Shaw Dulin, R. J., Barquet Muñoz, S. A., Hernández López, L. A., García Rodríguez, F. J., Cortés Esteban, P., Sánchez Llamas, B., Rodríguez Calderón, R., y Maldonado Rosas, I. (2020). Preservación de la fertilidad: Opinión de un grupo de expertos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(11), 767-805. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i11.4605>
- Bermas, B. L. (2014). Non-steroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids and disease-modifying anti-rheumatic drugs for the management of rheumatoid arthritis before and during pregnancy. *Current*

- Opinion in Rheumatology*, 26(3), 334-340. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000054>
- Bermas, B. L., y Sammaritano, L. R. (2015). Fertility and pregnancy in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Fertility Research and Practice*, 1(13). <https://doi.org/10.1186/s40738-015-0004-3>
- Boussaid, S., Dhahri, R., Rahmouni, S., Ceylan, H. İl., Hassayoun, M., Abbes, M., Zouaoui, K., Dergaa, I., Rekik, S., Boussaid, N., Gharsallah, I., Muntean, R. I., y Sahli, H. (2025). Impact of biologic drugs on comorbidity outcomes in rheumatoid arthritis: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(13), 4547. <https://doi.org/10.3390/jcm14134547>
- Brannigan, R. E., Fantus, R. J., y Halpern, J. A. (2021). Fertility preservation in men: A contemporary overview and a look toward emerging technologies. *Fertility and Sterility*, 115(5), 1126-1139. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.03.026>
- Brouwer, J., Fleurbaaij, R., Hazes, J. M. W., Dolhain, R. J. E. M., y Laven, J. S. E. (2017). Subfertility in Women with Rheumatoid Arthritis and the Outcome of Fertility Assessments. *Arthritis Care & Research*, 69(8), 1142-1149. <https://doi.org/10.1002/acr.23124>
- Brouwer, J., Hazes, J. M. W., Laven, J. S. E., y Dolhain, R. J. E. M. (2015). Fertility in women with rheumatoid arthritis: Influence of disease activity and medication. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(10), 1836-1841. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-205383>
- Cafferatta, N. A. (2004). El principio precautorio. *Gaceta Ecológica*, 73, 5-21. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53907301>
- Chen, M.-H., Lee, M.-H., Liao, H.-T., Chen, W.-S., Lai, C.-C., y Tsai, C.-Y. (2018). Health-related quality of life outcomes in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis after tapering biologic treatment. *Clinical Rheumatology*, 37(2), 429-438. <https://doi.org/10.1007/s10067-017-3965-2>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). (1917). *Diario Oficial de la Federación*. Última reforma el 15 de abril de 2025. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>
- Decálogos de derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud. (2023). Comisión Nacional de Arbitraje Médico. <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/decalogos/decalogosall.php>
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. (2009, agosto 1). Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp>

- Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos del paciente. (2022, diciembre 5). Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>
- Derechos humanos. (2023, diciembre 1). Organización Mundial de la Salud. (2023, diciembre 1). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Día Mundial de la Artritis y las Enfermedades Reumáticas. 12 de octubre (s. f.). Instituto de Salud para el Bienestar. <http://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-de-la-artritis-y-las-enfermedades-reumaticas-12-de-octubre?idiom=es>
- Fahy, G. M., y Wowk, B. (2021). Principles of Ice-Free Cryopreservation by Vitrification. *Cryopreservation and Freeze-Drying Protocols* (pp. 27-97). Humana. https://doi.org/10.1007/978-1-0716-0783-1_2
- Gravallese, E. M., y Firestein, G. S. (2023). Rheumatoid arthritis-Common origins, divergent mechanisms. *The New England Journal of Medicine*, 388(6), 529-542. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2103726>
- Gutierrez, J. C., and Hwang, K. (2017). The toxicity of methotrexate in male fertility and paternal teratogenicity. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 13(1), 51-58. <https://doi.org/10.1080/17425255.2017.1230198>
- Henry, L., Berek, J. S., Diaz, I., Feldberg, D., Mocanu, E., Niederberger, C. C., Ohlander, S., Purandare, N., Rosenwaks, Z., Tulandi, T., Wasson, M., Wilailak, S., y Malhotra, J. (2023). FIGO statement: Fertility preservation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 163(3), 790-794. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15187>
- Hunt, N., y Talabi, M. B. (2019). Family Planning and Rheumatoid Arthritis. *Current Rheumatology Reports*, 21(5), 16. <https://doi.org/10.1007/s11926-019-0816-y>
- Hussein, R. S., Khan, Z., y Zhao, Y. (2020). Fertility preservation in women: Indications and options for therapy. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(4), 770-783. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.10.009>
- Informe del Grupo de Expertos sobre el principio precautorio. (2005). Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología (COMEST). UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139578_spa
- Interacción con ChatGPT para correcciones gramaticales y de estilo [ChatGPT]. (2025). OpenAI. <https://chat.openai.com/>

- Jiang, L.-Q., Zhang, R.-D., Musonye, H. A., Zhao, H.-Y., He, Y.-S., Zhao, C.-N., He, T., Tian, T., Gao, Z.-X., Fang, Y., Wang, P., Ni, J., y Pan, H.-F. (2024). Hormonal and reproductive factors in relation to the risk of rheumatoid arthritis in women: A prospective cohort study with 223 526 participants. *RMD Open. Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, 10(1), e003338. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003338>
- Kerola, A. M., Palomäki, A., Laivuori, H., Laitinen, T., Färkkilä, M., Eklund, K. K., Ripatti, S., Perola, M., Ganna, A., Lindbohm, J. V., y Mars, N. (2024). Patterns of reproductive health in inflammatory rheumatic diseases and other immune-mediated diseases: A nationwide registry study. *Rheumatology*, 63(10), 2701-2710. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keae122>
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). *Naciones Unidas*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Leavitt, M., Adeleye, A., y Edens, C. (2024). Preserving Fertility in People with Rheumatic Diseases. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 30(7S). <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000002144>
- Ley General de Salud. (2024). *Diario Oficial de la Federación*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Li, P.-F., Li, S., y Zheng, P.-S. (2024). Reproductive Effect by Rheumatoid Arthritis and Related Autoantibodies. *Rheumatology and Therapy*, 11(2), 239-256. <https://doi.org/10.1007/s40744-023-00634-1>
- Martínez, M. F. R. (2017). El principio precautorio como fuente de responsabilidad estatal frente a los derechos fundamentales. *A&C. Revista de Derecho Administrativo & Constitucional*, 17(70). <https://doi.org/10.21056/aec.v17i70.845>
- Martuzzi, M., y Bertollini, R. (2004). The Precautionary Principle, science and human health protection. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 17(1), 43-46. <https://doi.org/10.1080/10807030590919891>
- Micu, M. C., Micu, R., y Ostensen, M. (2011). Luteinized unruptured follicle syndrome increased by inactive disease and selective cyclooxygenase 2 inhibitors in women with inflammatory arthropathies. *Arthritis Care & Research*, 63(9), 1334-1338. <https://doi.org/10.1002/acr.20510>
- Mis derechos sexuales y reproductivos. (2023). *Consejo Nacional de Población*. <http://www.gob.mx/conapo/documentos/mis-derechos-sexuales-y-reproductivos>

- Nakai, T., Fukui, S., Ozawa, H., Kitada, A., Okada, M., y Kishimoto, M. (2025). Management of pregnant with rheumatoid arthritis: Preconception care, pregnancy and lactation strategies, and maternal-fetal outcomes. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 39(1). <https://doi.org/10.1016/j.berh.2024.102022>
- Nasr, M. M., y El-Shafey, A. M. (2013). Sexual performance in rheumatoid arthritis patients-An unnoticed problem. *The Egyptian Rheumatologist*, 35(4), 201-205. <https://doi.org/10.1016/j.ejr.2013.07.001>
- Nimmanna, B. K., Preeti, P. (2025). *Disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs)*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507863/>
- Peláez-Ballestas, I., Sanin, L. H., Moreno-Montoya, J., Alvarez-Nemegyei, J., Burgos-Vargas, R., Garza-Elizondo, M., Rodríguez-Amado, J., Goycochea-Robles, M.-V., Madariaga, M., Zamudio, J., Santana, N., y Cardiel, M. H. (2011). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico: A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *The Journal of Rheumatology Supplement*, 86, 3-8. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100951>
- Pope, J. E. (2020). Management of fatigue in rheumatoid arthritis. *RMD Open*, 6(1), e001084. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2019-001084>
- Povlsen, M. B., Rasmussen, S. H., Johansen, F. B., and Jensen, T. B. (2025, septiembre 2). Biologiske antireumatika til gravide og ammende kvinder eller mandlige partnere. *Ugeskrift For Leger*. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/biologiske-antireumatika-til-gravide-og-ammende-kvinder-eller-mandlige-partnere>
- Radu, A.-F., y Bungau, S. G. (2021). Management of rheumatoid arthritis: An overview. *Cells*, 10(11), 2857. <https://doi.org/10.3390/cells10112857>
- Raffensperger, C., and Tickner, J. (1999). *Protecting public health and the environment: Implementing the precautionary principle*. Island Press.
- Ramoni, V. L., Häfeli, C., Costedoat-Chalumeau, N., Chambers, C., Dolhain, R. J. E. M., Govoni, M., Levy, R. A., Götestam Skorpen, C., Tincani, A., y Förger, F. (2022). Changes to expert opinion in the use of antirheumatic drugs before and during pregnancy five years after EULAR: Points to consider. *Rheumatology*, 61(11), e331-e333. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac262>
- Resnik, D. B. (2004). The precautionary principle and medical decision making. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 29(3), 281-299. <https://doi.org/10.1080/03605310490500509>

- Richter, E. D., y Laster, R. (2004). The Precautionary Principle, epidemiology and the ethics of delay. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 17(1), 9-16.
- Russell, M. D., Dey, M., Flint, J., Davie, P., Allen, A., Crossley, A., Frishman, M., Gayed, M., Hodson, K., Khamashta, M., Moore, L., Panchal, S., Piper, M., Reid, C., Saxby, K., Schreiber, K., Senvar, N., Tosounidou, S., y van de Venne, M. (2023). BSR Standards, Audit and Guidelines Working Group. British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: Immunomodulatory anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology*, 62(4), e48-e88. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac551>
- Sammaritano, L. R., Bermas, B. L., Chakravarty, E. E., Chambers, C., Clowse, M. E. B., Lockshin, M. D., Marder, W., Guyatt, G., Branch, D. W., Buyon, J., Christopher-Stine, L., Crow-Hercher, R., Cush, J., Druzin, M., Kavanaugh, A., Laskin, C. A., Plante, L., Salmon, J., Simard, J., y D'Anci, K. E. (2020). 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of reproductive health in rheumatic and musculoskeletal diseases. *Arthritis & Rheumatology*, 72(4), 529-556. <https://doi.org/10.1002/art.41191>
- Sánchez, E. (2002). El principio de precaución: Implicaciones para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 16(5), 371-373. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71944-4](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71944-4)
- Shimada, H., Kameda, T., Kanenishi, K., Miyatake, N., Nakashima, S., Wakiya, R., Kato, M., Miyagi, T., Mansour, M. M. F., Hata, T., Kadowaki, N., y Dobashi, H. (2019). Effect of biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs for patients with rheumatoid arthritis who hope to become mothers. *Clinical Rheumatology*, 38(5), 1453-1458. <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04450-3>
- The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. (1979). *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. U. S. Government Printing Office. <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Yan, M., Bustos, S. S., Kuruoglu, D., Ciudad, P., Forte, A. J., Kim, E. A., Del Corral, G., y Manrique, O. J. (2021). Systematic review of fertility preservation options in transgender patients: A guide for plastic surgeons. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 613. <https://doi.org/10.21037/atm-20-4523>

Financiamiento y declaración de conflicto de intereses

Las personas autoras no recibieron ningún patrocinio para llevar a cabo este estudio-artículo.

Las personas autoras declaran que no existe conflicto de interés de ninguna naturaleza que dificulte la publicación del texto.

Nota de responsabilidad académica

Las personas autoras declaran que ChatGPT se usó exclusivamente como apoyo para la revisión de estilo y gramática. Todo el contenido conceptual, análisis y conclusiones son responsabilidad exclusiva de las personas autoras.

Autoría

Esteban Cruz Arenas: conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, redacción-borrador original y redacción-revisión y edición y supervisión.

Guadalupe Sánchez-Bringas: conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, redacción-borrador original y redacción-revisión y edición.

María Guadalupe Franco Herrera: conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, redacción-borrador original y redacción-revisión y edición.

Cómo citar

IJJ-UNAM

Cruz Arenas, Esteban, Sánchez-Bringas, Guadalupe y Franco Herrera, María Guadalupe, “Preservación de la fertilidad en artritis reumatoide: ¿principio precautorio o derecho de información del paciente?”, *Estudios en Derecho a la Información*, México, vol. 11, núm. 22, julio-diciembre de 2026, e20832. <https://doi.org/10.22201/ijj.25940082e.2026.22.20832>

APA

Cruz Arenas, E., Sánchez-Bringas, G., y Franco Herrera, M. G. (2026). Preservación de la fertilidad en artritis reumatoide: ¿principio precautorio o derecho de información del paciente?. *Estudios en Derecho a la Información*, 11(22), e20832. <https://doi.org/10.22201/ijj.25940082e.2026.22.20832>