

Cerrando la brecha en la atención preventiva: cumplimiento de la Cartilla Nacional de Salud en pacientes con enfermedades reumatológicas

Bridging the gap in preventive care: National Health Card compliance in rheumatology patients

David Vega-Morales^{1*} , Karen E. Terrazas-Tafoya¹ , Sara I. Bujdud-Aguilar² , Neyva R. Tapia-Rangel³ ,
Julissa N. Cruz-Rodríguez⁴ , Francisco de León-Valdez⁵  e Iris R. Pérez-Luna⁶ 

¹Rheumatology and Infusion Center, Hospital General de Zona No. 17, Monterrey, Nuevo León; ²Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 7, Monclova, Coahuila; ³Unidad de Medicina Familiar No. 36, Matamoros, Tamaulipas; ⁴Unidad de Medicina Familiar No. 5 Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí, S.L.P.; ⁵Unidad de Medicina Familiar No. 29, Guadalupe, Nuevo León; ⁶Unidad de Medicina Familiar/Unidad Médica de Atención Ambulatoria, San Pedro Garza García, Nuevo León. Instituto Mexicano del Seguro Social, México

RESUMEN: Antecedentes: Los pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en un centro de atención especializada en México, a pesar de contar con lineamientos establecidos (Cartilla Nacional de Salud), pueden presentar deficiencias en la implementación de acciones preventivas. **Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de las acciones preventivas registradas en la Cartilla Nacional de Salud en 503 pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en un centro de atención especializada en México. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se analizaron cinco dominios: salud reproductiva, evaluación nutricional, tamizaje oncológico, estado de vacunación y factores de riesgo metabólico-cardiovascular. Se evaluó a 503 pacientes. **Resultados:** Se encontró una baja adherencia general. En mujeres de 20 a 49 años, solo el 11% contaba con documentación preventiva completa. El 62.1% utilizaba anticoncepción, pero solo la mitad lo tenía registrado. Menos del 18% tenía medición de cintura y menos del 9% contaba con clasificación de IMC. El tamizaje oncológico fue el mejor documentado (citología cervical en 44.9%), mientras que la cobertura de vacunación fue menor al 10% en todos los grupos. **Conclusiones:** Existe una implementación deficiente de acciones preventivas en la atención reumatológica. Es necesario fortalecer el uso de la Cartilla Nacional de Salud y mejorar la coordinación entre los niveles de atención para optimizar los cuidados preventivos en pacientes reumatológicos.

Palabras clave: Enfermedades reumáticas. Atención preventiva. Cartilla Nacional de Salud.

ABSTRACT: Background: Patients with rheumatic diseases receiving specialized care in Mexico may experience deficiencies in the implementation of preventive health actions, as documented in the National Health Card, despite established guidelines. **Objective:** To assess adherence to preventive health actions documented in the Mexican National Health Card among 503 patients with rheumatic diseases receiving specialized care. **Material and methods:** A retrospective, observational, and descriptive study. Five domains were evaluated: reproductive health, nutritional assessment, cancer screening, vaccination status, and metabolic-cardiovascular risk factors. The study included 503 patients. **Results:** Overall adherence was low. Among women aged 20–49, only 11% had complete preventive documentation. A total of 62.1% used contraception, but only half had it recorded. Waist circumference was documented in fewer than 18% of patients, and BMI classification in fewer than 9%. Cancer screening (cervical cytology) was the best documented (44.9%), while vaccination coverage was below 10% across all groups. **Conclusions:** The results highlight deficient implementation of structured preventive measures in rheumatology care. Reinforcing the use of the National Health Card and enhancing coordination between primary and specialized care levels are essential to improving preventive health outcomes for patients with rheumatic diseases.

Keywords: Rheumatic diseases. Preventive care. National Health Card.

***Correspondencia:**

David Vega-Morales
E-mail: drdavidvega@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 30-10-2025
Fecha de aceptación: 12-11-2025

Disponible en internet: 15-12-2025
Rev Mex Med Fam. 2025;12:125-134
DOI: 10.24875/RMF.25000129

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedades reumáticas (incluyendo artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y otras) presentan un riesgo notablemente mayor de padecer enfermedades cardiovasculares, alteraciones metabólicas, cáncer e infecciones, en comparación con la población general. El riesgo cardiovascular es de 1.5 a 2 veces superior, impulsado tanto por factores tradicionales (hipertensión, diabetes) como por la inflamación crónica, que acelera la aterosclerosis y la rigidez arterial¹⁻⁶. El síndrome metabólico también es más frecuente, lo que incrementa el riesgo de diabetes, hipertensión y dislipidemia⁷. El riesgo de cáncer se encuentra elevado, especialmente en presencia de síndrome metabólico, y se relaciona con el número de anormalidades metabólicas, la edad avanzada y una mayor actividad de la enfermedad⁸.

La inflamación crónica y la disfunción del sistema inmunitario, junto con el uso de tratamientos inmunosupresores, aumentan la susceptibilidad a infecciones³⁻⁶. La vacunación está fuertemente recomendada, dado el mayor riesgo de influenza, enfermedad neumocócica y herpes zóster; se aconseja evaluar anualmente el estado de vacunación y aplicar de forma oportuna, preferentemente durante periodos de baja actividad de la enfermedad y antes de iniciar terapia inmunosupresora⁹⁻¹¹.

La consejería nutricional contribuye a la salud general, ayuda a controlar factores de riesgo metabólico y puede reducir la actividad de la enfermedad; sin embargo, la evidencia directa sobre su efectividad en enfermedades reumáticas aún es limitada^{9,12,13}. La educación del paciente y del médico, así como la reducción de barreras para la vacunación, son fundamentales para mejorar la adherencia a medidas preventivas¹⁴.

En conjunto, integrar estrategias de vacunación, tamizaje de cáncer y consejería nutricional en la atención habitual puede reducir significativamente la morbilidad

y mejorar los desenlaces en esta población vulnerable.

En este contexto, en México la Cartilla Nacional de Salud estandariza el registro de acciones preventivas por edad y sexo, y promueve la continuidad de la atención en cinco áreas prioritarias: promoción de la salud, nutrición, vacunación, prevención y control de enfermedades, y salud reproductiva. En adultos de 20 a 59 años, tanto hombres como mujeres deben someterse a evaluaciones periódicas de hipertensión, diabetes, dislipidemia y obesidad; en mujeres, además, tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama.

Mejoras recientes, como el Modelo Preventivo de Enfermedades Crónicas del IMSS, han facilitado la detección y el tratamiento oportuno, aunque persisten desafíos relacionados con educación y seguimiento^{15,16}. Si bien la Cartilla Nacional de Salud podría servir para registrar servicios preventivos y favorecer la continuidad de la atención, se requiere más investigación para evaluar su papel en la adherencia al manejo de enfermedades crónicas en adultos. A pesar de su implementación nacional, existen pocos datos sobre su uso y cumplimiento en poblaciones de consulta de subespecialidad, como la reumatología.

Aun con estos marcos operativos, la adherencia y su documentación pueden ser irregulares. El cumplimiento de las guías de atención preventiva en pacientes con enfermedades crónicas es variable (1-80%), según características del paciente, del proveedor y de la organización del sistema^{17,18}. Entre las barreras frecuentes destacan la baja alfabetización en salud, el escaso conocimiento de los programas de tamizaje, factores socioeconómicos, falta de cobertura y desconfianza en el sistema¹⁹. En el proveedor: tiempo clínico limitado, brechas de capacitación y problemas organizacionales (p. ej., soporte tecnológico o incentivos). También influyen los largos tiempos de espera, el acceso restringido a servicios y la atención fragmentada, así como actitudes y creencias del paciente¹⁹⁻²¹.

No identificamos estudios que midan de forma directa el cumplimiento documentado en la Cartilla Nacional de Salud en población reumatológica en México. Ante la ausencia de evidencia específica en reumatología, el objetivo de este estudio fue describir dicho cumplimiento en una muestra atendida en una consulta de subespecialidad de reumatología de un hospital de segundo nivel del norte de México.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en la consulta de subespecialidad de reumatología de un hospital general de segundo nivel ubicado en el norte de México. Los datos se recopilaron únicamente mediante la revisión de las Cartillas Nacionales de Salud presentada por los pacientes durante la consulta; no se revisaron expedientes clínicos ni se realizaron entrevistas. La recolección se efectuó mediante una hoja estandarizada que evaluó cinco áreas clave de atención preventiva: 1) salud reproductiva, 2) evaluación nutricional, 3) tamizaje de cáncer de mama y cervicouterino, 4) estado de vacunación y 5) evaluación de riesgos metabólicos y cardiovasculares (presión arterial, glucosa en ayuno, colesterol total y triglicéridos). Se documentó cada acción como presente/ausente; no se recuperaron valores clínicos.

La población de estudio incluyó adultos de ambos sexos, con edades entre 18 y 80 años, que acudieron a consulta de reumatología entre 2018 y 2020, y que contaban con un diagnóstico documentado de enfermedad reumática (p. ej., artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica o esclerosis sistémica). El tamaño de muestra fue censal, incluyendo a todos los pacientes que cumplieron los criterios durante el periodo.

Se excluyeron las cartillas nuevas (es decir, aquellas que no habían sido utilizadas previamente por el paciente), los pacientes

Tabla 1. Características demográficas. Distribución por sexo (n = 503)

Variable	n	%
Mujeres	428	85.1
Hombres	75	14.9

sin diagnóstico reumatológico confirmado y los casos en los que las acciones preventivas se habían realizado exclusivamente en el sector privado, sin registro institucional en la cartilla.

El análisis fue descriptivo, para cada indicador de la Cartilla Nacional de Salud se reportaron frecuencias absolutas (n), proporciones (n/N) y porcentajes, con su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) estimado mediante el método de Wilson. El denominador (N) se definió según la población elegible por dominio (p. ej., todas las mujeres para exploración mamaria; mujeres elegibles por edad para mastografía y citología cervical; grupos etarios/sexo para vacunación; todos los adultos para evaluación nutricional y factores metabólico-cardiovasculares). Los porcentajes y los límites del IC 95% se redondearon a una cifra decimal. El análisis se realizó con *software* estadístico estándar.

El protocolo del estudio fue revisado y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, con número de registro R-2018-1904-064.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis un total de 503 pacientes con enfermedades reumáticas, de los cuales el 85.1% fueron mujeres (n = 428) (Tabla 1). El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide (65.6%), seguido de lupus eritematoso sistémico (10.5%), espondilitis anquilosante (5.0%), artritis psoriásica (4.6%) y otras enfermedades reumáticas (14.3%) (Tabla 2).

Tabla 2. Diagnóstico reumatológico. Distribución de la muestra (n = 503)

Diagnóstico	n	%
Artritis reumatoide	330	65.6
Lupus eritematoso sistémico	53	10.5
Espondilitis anquilosante	25	5.0
Artritis psoriásica	23	4.6
Otras enfermedades reumáticas	72	14.3

Salud reproductiva

Entre las 145 mujeres en edad reproductiva (20-49 años), solo el 11.03% (n = 16) presentaron documentación completa de las acciones de salud reproductiva en la Cartilla Nacional de Salud. A pesar de que el 91.72% reportó vida sexual activa, únicamente el 62.06% utilizaba algún método anticonceptivo, y solo el 50.98% tenía esta información registrada en su cartilla.

Los métodos más utilizados fueron la salpingoclasia (43.3%) y el dispositivo intrauterino de cobre (24.4%), seguidos del preservativo masculino (16.7%), anticonceptivos orales (8.8%), parche dérmico (3.3%), dispositivo intrauterino con levonorgestrel (2.2%) y vasectomía de la pareja (1.1%). Cuatro pacientes (2.75%) se encontraban embarazadas al momento del estudio.

Evaluación nutricional

En la muestra total, el cumplimiento de la evaluación nutricional fue bajo. Solo el 17.1% (n = 86) tenía registrada la circunferencia de cintura, el 8.2% (n = 41) contaba con clasificación del índice de masa corporal (IMC) y únicamente el 5.6% (n = 28) tenía el IMC calculado. Además, las mediciones de peso estaban ausentes en el 91.8% de los registros. Este hallazgo refleja una brecha importante en la evaluación nutricional ordinaria, a pesar de los conocidos riesgos metabólicos en los pacientes reumatológicos.

Tamizaje de cáncer (mama y cervicouterino)

De las 428 mujeres, solo el 33.0% (n = 141) se sometió a exploración clínica mamaria en el último año, y el 37.8% (n = 158)

tuvo mastografía en los dos años previos. En cuanto al tamizaje de cáncer cervicouterino, solo el 45.1% (n = 192) se realizó una prueba de Papanicolaou en los últimos dos años. Es relevante que el 4.0% de las mujeres refirió nunca haberse realizado una citología cervical. Entre los factores de riesgo más comunes se encontraron: inicio sexual temprano (26.8%), múltiples parejas sexuales (20.9%), antecedente de infección por virus del papiloma humano (2.3%) y tabaquismo (5.1%).

Estado de vacunación

La cobertura vacunal fue baja en todos los grupos etarios. Entre las mujeres de 20 a 59 años, solo el 8.8% (n = 25) presentaron esquema de vacunación completo; entre los hombres del mismo grupo etario, la cobertura fue del 8.9% (n = 4). En los adultos mayores, el 13.6% de los de 60-64 años y el 18.4% de los de 65 años o más contaban con registro completo de vacunación. Las vacunas evaluadas incluyeron influenza, tétanos, neumococo y triple viral (sarampión-ru-beola).

Factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares

Solo el 49.1% (n = 247) tenía registro de presión arterial, el 55.5% (n = 279) glucosa en ayuno, el 22.7% (n = 114) colesterol total y únicamente el 1.4% (n = 7) triglicéridos (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Este estudio pone de manifiesto brechas importantes en la prestación y documentación de las acciones preventivas entre los pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en un hospital de segundo nivel en el norte de México. A pesar de ser una población con alto riesgo de infecciones, enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico y ciertos tipos de cáncer, la adherencia a las acciones de salud preventiva establecidas en la Cartilla Nacional de Salud fue consistentemente baja en todos los dominios evaluados.

Tabla 3. Prevalencia de acciones preventivas documentadas en la Cartilla Nacional de Salud

Indicador	n/N	%	IC 95%
Mujeres con documentación completa de salud reproductiva	16/145	11.0	6.9-17.2
Mujeres que utilizan anticonceptivos	90/145	62.1	54.0-69.6
Uso de anticonceptivos registrados en la cartilla	74/145	51.0	43.0-59.0
Circunferencia de cintura documentada	86/503	17.1	14.1-20.6
IMC calculado	28/503	5.6	3.9-7.9
Clasificación del IMC registrada	41/503	8.2	6.1-10.9
Exploración mamaria en el último año	141/428	32.9	28.7-37.5
Mastografía en los últimos dos años	158/428	36.9	32.5-41.6
Prueba de Papanicolaou en los últimos dos años	192/428	44.9	40.2-49.6
Nunca se ha realizado una prueba de Papanicolaou	17/428	4.0	2.5-6.3
Mujeres (20-59 años) con esquema de vacunación completo	25/285	8.8	6.0-12.6
Hombres (20-59 años) con esquema de vacunación completo	4/45	8.9	3.5-20.7
Adultos de 60-64 años con esquema de vacunación completo	9/66	13.6	7.3-23.9
Adultos de 65 años o más con esquema de vacunación completo	19/103	18.4	12.1-27.0
Presión arterial registrada	247/503	49.1	44.8-53.5
Determinación de glucosa documentada	279/503	55.5	51.1-59.8
Determinación de colesterol documentada	114/503	22.7	19.2-26.5
Determinación de triglicéridos documentada	7/503	1.4	0.7-2.8

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; IMC: índice de masa corporal.

La cobertura en salud reproductiva fue particularmente insuficiente. Menos del 12% de las mujeres en edad fértil contaban con documentación completa en su cartilla, y casi la mitad de aquellas que utilizaban anticonceptivos no tenían esta información registrada. Este hallazgo resulta preocupante, dado que los embarazos no planeados en mujeres con enfermedades reumáticas (especialmente aquellas en tratamiento con fármacos teratogénicos como metotrexato o micofenolato) pueden derivar en complicaciones maternas y fetales graves. Nuestros datos subrayan la necesidad de una integración más sólida del asesoramiento reproductivo dentro de la atención reumatológica.

Las mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes con embarazos no planeados mientras utilizan fármacos teratogénicos, como metotrexato, leflunomida o ciclofosfamida, enfrentan riesgos significativos, incluyendo pérdida gestacional,

malformaciones congénitas, y resultados maternos y fetales adversos²²⁻²⁴. Los embarazos no planeados son más comunes en esta población, en especial en mujeres con lupus eritematoso sistémico, y suelen asociarse con menores tasas de uso de anticoncepción eficaz y de atención preconcepcional. Muchas pacientes bajo tratamiento con medicamentos teratogénicos no emplean métodos anticonceptivos altamente efectivos, y el asesoramiento reproductivo continúa siendo deficiente, lo que incrementa la probabilidad de exposición fetal a fármacos potencialmente dañinos²⁵⁻²⁷. La planificación preconcepcional efectiva, el control adecuado de la enfermedad y el asesoramiento multidisciplinario son esenciales para minimizar estos riesgos y mejorar los desenlaces del embarazo. A pesar de estas recomendaciones, la documentación y el uso de anticonceptivos entre mujeres en tratamiento con fármacos teratogénicos siguen siendo inconsistentes, con disparidades notables

entre grupos raciales y socioeconómicos. En conjunto, los embarazos no planeados en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes que reciben fármacos teratogénicos representan un problema de salud relevante que exige mejorar el asesoramiento anticonceptivo, la educación del paciente y la coordinación del cuidado.

La evaluación nutricional mostró resultados igualmente deficientes, con registro de IMC y circunferencia de cintura en menos del 20% de los pacientes. Esto representa una oportunidad perdida para la identificación e intervención tempranas. La relación entre inflamación, obesidad y riesgo cardiovascular en las enfermedades autoinmunes es bien conocida. Mejorar las prácticas de evaluación nutricional podría ayudar a reducir factores de riesgo modificables y optimizar el control de la enfermedad²⁸⁻³⁰.

El estado nutricional desempeña un papel fundamental en la salud y la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. Diversos estudios han demostrado que las personas con artritis reumatoide presentan mayor prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad central en comparación con quienes no padecen artritis, lo que contribuye a un incremento en el síndrome metabólico, la diabetes y el riesgo cardiovascular³¹. La desnutrición también es frecuente, sobre todo en pacientes con enfermedad más activa o avanzada, y se asocia con menor IMC, pérdida de masa muscular y niveles reducidos de nutrientes y proteínas clave como albúmina y zinc. Un estado nutricional deficiente se correlaciona con mayor actividad inflamatoria y peores indicadores clínicos, mientras que un estado nutricional adecuado se asocia con menor actividad de la enfermedad^{30,32,33}. Los patrones dietéticos ricos en nutrientes antiinflamatorios (como la dieta mediterránea, los ácidos grasos omega-3 y los antioxidantes) pueden ayudar a reducir la inflamación y mejorar los síntomas, mientras que las dietas altas en carne roja y sal pueden agravar el curso clínico^{28,34,35}. Además, los pacientes con artritis reumatoide suelen tener un consumo

menor de proteínas, fibra y antioxidantes, lo cual puede exacerbar la inflamación y el estrés oxidativo³⁶. Por lo tanto, abordar tanto la desnutrición como la obesidad mediante terapia nutricional personalizada y cambios en el estilo de vida es una estrategia complementaria al tratamiento médico para optimizar el control de la enfermedad y reducir las comorbilidades. La evaluación nutricional periódica y la colaboración entre reumatólogos y nutriólogos son componentes esenciales de un manejo integral.

El tamizaje de cáncer, en particular de mama y cervicouterino, fue también subóptimo. Solo un tercio de las pacientes se sometió a exploración mamaria o mastografía en los intervalos recomendados, y casi la mitad de las mujeres elegibles no contaban con una citología reciente. Este hallazgo cobra especial relevancia ante la posible asociación entre inflamación crónica, tratamiento inmunosupresor y mayor riesgo de cáncer en poblaciones reumatológicas. Abordar las barreras al tamizaje (como la falta de educación del paciente, la atención fragmentada o la escasa participación del médico) debe considerarse una prioridad de salud pública.

Actualmente, no existen guías específicas de tamizaje oncológico para pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas emitidas por las principales sociedades profesionales; la mayoría recomienda seguir los lineamientos del tamizaje para la población general, con ajustes individualizados según el riesgo^{8,37,38}. Los pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico presentan mayor riesgo de ciertos cánceres debido a la inflamación persistente, el uso prolongado de inmunosupresores y factores relacionados con la enfermedad, lo que podría justificar estrategias de tamizaje más estrictas o personalizadas^{8,39,40}. La adherencia al tamizaje estándar (mama, colon y cuello uterino) suele ser de moderada a alta, aunque es menor para cáncer de piel y próstata^{41,42}. Se ha destacado la importancia de una colaboración estrecha entre reumatólogos y

médicos de atención primaria para optimizar el tamizaje oncológico y el manejo de comorbilidades, ya que muchos pacientes esperan recibir orientación sobre estas necesidades por parte de su reumatólogo⁴¹. Los programas de detección multimorbilidad sistemática, incluyendo tamizaje oncológico, han mostrado ser factibles y con buena adherencia cuando las recomendaciones se comunican de forma clara⁴².

La adherencia a la vacunación fue baja en todos los grupos etarios, con menos del 10% de los adultos con esquema completo. Dada la mayor susceptibilidad de los pacientes inmunosuprimidos a infecciones prevenibles como influenza o neumococo, esta situación representa un área crítica de mejora. Las guías internacionales recomiendan revisar de manera regular el estado de vacunación en las consultas de reumatología, especialmente antes de iniciar terapias biológicas.

En pacientes inmunosuprimidos, incluyendo aquellos con enfermedades reumáticas autoinmunes, el momento de la vacunación es fundamental para maximizar la eficacia y seguridad. Idealmente, todas las vacunas recomendadas (particularmente las inactivadas) deben aplicarse antes de iniciar tratamiento inmunosupresor, ya que este puede disminuir la respuesta inmunitaria⁴³⁻⁴⁶. Si el paciente ya se encuentra bajo inmunosupresión, las vacunas inactivadas (como influenza o neumococo) pueden administrarse de manera segura sin suspender el tratamiento, aunque la respuesta inmunitaria puede ser menor, especialmente con agentes que depletan linfocitos B, como rituximab o micofenolato de mofetilo^{43-45,47-49}. Las vacunas vivas, en cambio, suelen estar contraindicadas durante inmunosupresión significativa, aunque pueden considerarse en casos seleccionados bajo supervisión especializada^{43,45,46}.

El tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico también fue insuficiente. Menos de la mitad de los pacientes contaban con registro de presión arterial o glucosa, y la medición de colesterol o triglicéridos fue poco

frecuente. Dado el riesgo cardiovascular elevado en pacientes con artritis reumatoide, lupus y trastornos afines, estos hallazgos sugieren que las estrategias actuales son inadecuadas. Intervenciones multifacéticas, que incluyan recordatorios clínicos, educación y colaboración con atención primaria, podrían mejorar la adherencia a las evaluaciones recomendadas.

El tratamiento integral del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedades reumatológicas, como artritis reumatoide y gota, es esencial debido al incremento significativo en la morbilidad y mortalidad cardiovascular, que no se explica únicamente por los factores tradicionales⁵⁰⁻⁵⁴. La Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) recomienda que los reumatólogos asuman la responsabilidad del tratamiento de riesgo cardiovascular, incluyendo la evaluación anual de factores de riesgo tradicionales y la adaptación de las escalas de riesgo para considerar el efecto adicional de la inflamación⁵⁵. Se enfatiza la colaboración multidisciplinaria entre reumatólogos, cardiólogos y médicos de primer contacto para optimizar la prevención y el manejo^{53,56}. No obstante, la implementación de estas recomendaciones en la práctica clínica sigue siendo limitada, y se requiere investigación continua para perfeccionar las herramientas de evaluación y las estrategias de intervención en esta población de alto riesgo.

A la luz del tercer principio de la medicina familiar (según el cual cada encuentro clínico constituye una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad), la baja documentación observada debe interpretarse como un punto crítico de mejora organizacional. En este marco, la consulta de reumatología, en corresponsabilidad con el primer nivel, debiera incorporar de manera sistemática la verificación de los componentes de la Cartilla Nacional de Salud según edad y sexo, registrar explícitamente los hallazgos en la nota clínica, activar las acciones faltantes mediante derivación efectiva a la unidad de medicina familiar y ofrecer consejería breve

orientada a riesgos y beneficios inmediatos. La estandarización de estos pasos dentro del flujo asistencial y su trazabilidad interniveles fortalecerían la integralidad, continuidad y coordinación del cuidado, transformando cada contacto asistencial en una microintervención preventiva con potencial de impacto poblacional.

LIMITACIONES

Este estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, su diseño retrospectivo y descriptivo limita la inferencia causal y depende en gran medida de la integridad y precisión de los registros en las cartillas de salud, los cuales fueron en muchos casos incompletos o inconsistentes. En los casos con datos faltantes, se recurrió al autorreporte del paciente, lo que introduce un posible sesgo de memoria y de información. Además, el estudio se realizó en un solo hospital de segundo nivel en el norte de México, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a otras regiones o niveles de atención. La falta de estandarización en la documentación y en las prácticas de registro entre los proveedores también pudo haber afectado la calidad de los datos. Finalmente, aunque el estudio identificó brechas en la prestación de servicios preventivos, no exploró factores subyacentes como alfabetización en salud, comportamiento del personal médico o barreras institucionales que podrían explicar las bajas tasas de adherencia.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Se requieren estudios prolectivos y multicéntricos que midan, con definiciones operacionales homogéneas, el efecto de intervenciones factibles en la práctica (p. ej., verificación sistemática de cartilla en triaje, órdenes predefinidas para presión arterial/glucemia, rol de enfermería en cribado y derivación a unidad de medicina familiar). Estos trabajos deberían

incorporar indicadores de proceso y resultado intermedio (porcentaje de vacunación y tamizajes al día; registro de parámetros cardiometabólicos) y un componente cualitativo para identificar barreras y facilitadores. La evaluación de estrategias de registro electrónico de la cartilla (campos estructurados, recordatorios y tableros) y su costo-efectividad permitirá estimar escalabilidad. Finalmente, conviene analizar gradientes de equidad (sexo, edad, diagnóstico) y explorar el impacto en desenlaces clínicos a mediano plazo, priorizando diseños pragmáticos que se integren al flujo asistencial habitual.

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra deficiencias significativas en la implementación y documentación de los servicios de salud preventiva entre los pacientes con enfermedades reumáticas, a pesar de la existencia de lineamientos nacionales estructurados por medio de la Cartilla Nacional de Salud. Se observaron bajas tasas de adherencia en los principales dominios evaluados, incluyendo salud reproductiva, tamizaje de cáncer, vacunación, evaluación nutricional y valoración del riesgo cardiovascular. Estos hallazgos subrayan la necesidad urgente de fortalecer la prestación de servicios preventivos en los entornos reumatológicos, mejorar la coordinación entre los niveles de atención primaria y especializada, y promover una mayor sensibilización tanto entre los pacientes como entre los profesionales de la salud.

El fortalecimiento del uso de la Cartilla Nacional de Salud como herramienta clínica podría ayudar a reducir las brechas existentes y contribuir a mejorar los desenlaces en salud a largo plazo en esta población vulnerable.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria y anonimizados, por lo que no fue necesario el consentimiento informado. Se han seguido las recomendaciones pertinentes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

REFERENCIAS

- Aaramaa H, Mars N, Helminen M, Kerola A, Palomäki A, Eklund K, et al. Risk of cardiovascular comorbidities before and after the onset of rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum*. 2024;65:152382.
- Restivo V, Candiloro S, Daidone M, Norrito R, Cataldi M, Minutolo G, et al. Systematic review and meta-analysis of cardiovascular risk in rheumatological disease: symptomatic and non-symptomatic events in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Autoimmun Rev*. 2021;20:102925.
- Dijkshoorn B, Raadsen R, Nurmohamed M. Cardiovascular disease risk in rheumatoid arthritis anno 2022. *J Clin Med*. 2022;11:2704.
- Zimba O, Gasparyan A. Cardiovascular issues in rheumatic diseases. *Clin Rheumatol*. 2023;42:2535-9.
- Conrad N, McInnes I, McMurray J, Sattar N. Patients with a range of rheumatic diseases are at increased risk of cardiovascular disorders: towards a re-evaluation of EULAR's recommendations for cardiovascular risk management? *Ann Rheum Dis*. 2022;82:457-9.
- Berger M, Fesler P, Roubille C. Arterial stiffness, the hidden face of cardiovascular risk in autoimmune and chronic inflammatory rheumatic diseases. *Autoimmun Rev*. 2021;20:102891.
- Nurmohamed M, Heslinga M, Kitas G. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2015;11:693-704.
- Cappelli L, Shah A. The relationships between cancer and autoimmune rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2020;34:101472.
- Almarzooqi A, Abdalla J, Elsadeg MS, Zamani N, Ginawi A, Alrawi Z, et al. Infection screening and vaccination of adult and pediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: an Emirati Delphi consensus. *Curr Rheumatol Rev*. 2025 Jan 21. doi: 10.2174/0115733971368196250117105119. Online ahead of print.
- Jansen M, Rondaan C, Legger G, Minden K, Uziel Y, Toplak N, et al. EULAR/PRES recommendations for vaccination of paediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: update 2021. *Ann Rheum Dis*. 2022;82:35-47.
- Bijl M, Westra J, Mancuso S, Bearzi P, Giacomelli R, Conti F. Should we vaccinate during an active rheumatic disease? *Autoimmun Rev*. 2024 Jan;23(1):103426.
- Fragoulis G, Nikiphorou E, Dey M, Zhao S, Courvoisier D, Arnaud L, et al. 2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2022;82:742-53.
- Fragoulis G, Dey M, Zhao S, Schoones J, Courvoisier D, Galloway J, et al. Systematic literature review informing the 2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *RMD Open* 2022;8(2):e002726.
- Neusser S, Neumann A, Nieden Z, Speckemeier C, Schlierenkamp S, Walendzik A, et al. Facilitators and barriers of vaccine uptake in patients with autoimmune inflammatory rheumatic disease: a scoping review. *RMD Open*. 2022;8(2):e002562.
- Cho JY, Wilson FA, Chaikledkaew U, Chen Y, Phrommintikul A, Diaz-Aguilera MA, et al. Projected cost savings with optimal medication adherence in patients with cardiovascular disease requiring lipid-lowering therapy: a multinational economic evaluation study. *J Am Heart Assoc*. 2024;13(22):e037792. doi: 10.1161/JAHA.124.037792.
- Cho JY, Wilson F, Chaikledkaew U, Chen Y, Phrommintikul A, Diaz-Aguilera MA, et al. Projected cost savings with optimal medication adherence in patients with cardiovascular disease requiring lipid-lowering therapy: a multinational economic evaluation study. *J Am Heart Assoc*. 2024;13(22):e037792.
- Najmi MA, Niyazi RA, Shamlan AA, Sufyani HJ, Abdulshakur Al, Alabdulgader AA, et al. Adherence rates and effectiveness of preventive health screening guidelines in family medicine: systematic review. *IJMDC*. 2024;8(12):3736-46. doi: 10.24911/IJMDC.51-1733388553.
- Duda-Sikula M, Kurpas D. Barriers and facilitators in the implementation of prevention strategies for chronic disease patients: best practice guidelines and policies' systematic review. *J Pers Med*. 2023;13(2):288.
- Ponce-Chazarri L, Ponce-Blandón JA, Immordino P, Giordano A, Morales F. Barriers to breast cancer-screening adherence in vulnerable populations. *Cancers (Basel)*. 2023;15(3):604.
- Wändell P, De Waard AK, Holzmann M, Gornitzki C, Lionis C, De Wit N, et al. Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: a systematic review. *Fam Pract*. 2018;35:383-90.
- Naumann M, Scharfenberg SR, Seleznova Y, Wein B, Bruder O, Stock S, et al. Factors influencing adherence to clinical practice guidelines in patients with suspected chronic coronary syndrome: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):655.
- Grygiel-Górniak B, Masiero E, Nevaneeth BC, Jojy MM. Rheumatic diseases in reproductive age—the possibilities and the risks. *Reprod Sci*. 2022;30:111-23.
- Siegel CH, Sammaritano LR. Challenges in family planning and pregnancy for women with rheumatic diseases. *Rheumatology*. 2023;2(1):28-34. doi: 10.17925/RMD.2023.2.1.28.
- Singh M, Wambua S, Lee S, Okoth K, Wang Z, Fazla F, et al. Autoimmune diseases and adverse pregnancy outcomes: an umbrella review. *Lancet*. 2023;402(Suppl 1):S84.
- Skinner-Taylor C, Pérez-Barbosa L, Barriga-Maldonado E, De La Garza JC, Diaz-Angulo JE, Figueroa-Parra G, et al. Reproductive health counseling and contraceptive use in Mexican women with rheumatic diseases. *Rheumatol Int*. 2020;41:409-14.
- Clowse M. Pregnancy intention among women with SLE and other rheumatic diseases. *Lupus Sci Med*. 2021;8(1):e000491.
- Aguar F, Costa R, Brito I. Contraceptive counseling and use among women with systemic lupus erythematosus at risk for unplanned pregnancy. *Ann Rheum Dis*. 2019;78:1165.
- Gioia C, Lucchino B, Tarsitano M, Iannuccelli C, Di Franco M. Dietary habits and nutrition in rheumatoid arthritis: can diet influence disease development and clinical manifestations? *Nutrients*. 2020;12(5):1456.
- López-Olmedo N, Jonnalagadda S, Basto-Abreu A, Reyes-García A, Alish C, Shamah-Levy T, et al. Adherence to dietary guidelines in adults by diabetes status: results from the 2012 Mexican National Health and Nutrition Survey. *Nutrients*. 2020;12.
- Kahveci A, Demircan SK. Nutritional status in patients with late-onset rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Anti-Aging Eastern Europe*. 2025;4(1):34-44. doi: 10.56543/aaeeu.2025.4.1.05.
- Rego de Figueiredo I, Taulaigo A, De Carvalho MV, Silva-Nunes J. Nutritional status in rheumatoid arthritis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2023;33(2):369-75.
- Huang L, Huang Y, Liu M, Huang Q, Ji Z, Sun S, et al. The connection between nutritional status and disease activity in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2022;81(Suppl 1):1241-2.
- Boussaa H, Souissi D, Miladi S, Fazaa A, Yasmine M, Souabni L, et al. Impact of rheumatoid arthritis disease activity on patient's nutritional status. *Ann Rheum Dis [Internet]*. 2023;82(1):AB0246. Disponible en: https://ard.bmj.com/content/82/Suppl_1/1307.2

34. Philippou E, Petersson S, Rodomar C, Nikiphorou E. Rheumatoid arthritis and dietary interventions: systematic review of clinical trials. *Nutr Rev.* 2021;79(4):410-28.
35. Nikiphorou E, Philippou E. Nutrition and its role in prevention and management of rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev.* 2023;22(7):103333.
36. Bekar C, Armağan B, Sari A, Ayaz A. Evaluation of serum total antioxidant level, nutritional status and Mediterranean diet adherence of adult women with rheumatoid arthritis: a case-control study. *Br J Nutr.* 2025;133:239-45.
37. Keçra J, Seror R. Cancer screening in chronic inflammatory rheumatic diseases. *Joint Bone Spine.* 2023;90(4):105557.
38. Jeziorski K. Cancer and rheumatic diseases: methodological and clinical pitfalls in searching links between these diseases. *Nowotw J Oncol.* 2022;72(3):190-4. doi: 10.5603/NJO.a2022.0023.
39. Turesson C, Matteson E. Malignancy as a comorbidity in rheumatic diseases. *Rheumatology.* 2013;52(1):5-14.
40. Batista NVR, Valdez R, De Melo Silva EMV, Melo T, Pereira J, Warnakulasuriya S, et al. Association between autoimmune rheumatic diseases and head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med.* 2023;52(5):357-64.
41. Hueber A, Bartsch V, Standfest K, Knitza J, Schett G. Rheumatic diseases and beyond: the KOMO-R study on comorbidities, cancer screening and vaccination patterns. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(Suppl 1):2090-1. doi: 10.1136/annrheumdis-2024-eular.1501.
42. Beurai-Weber M, Jaussent A, Cailar G, Picot M, Roubille F, et al. Impact of a systematic screening of multimorbidities in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 2018;77:1723-4.
43. Papp K, Haraoui B, Kumar D, Marshall J, Bissonnette R, Bitton A, et al. Vaccination guidelines for patients with immune-mediated disorders on immunosuppressive therapies. *J Cutan Med Surg.* 2018;23:50-74.
44. Alnaimat F, Sweis J, Jansz J, Modi Z, Prasad S, AbuHelal A, et al. Vaccination in the era of immunosuppression. *Vaccines (Basel).* 2023;11(9):1446.
45. Lopez A, Mariette X, Bachelez H, Belot A, Bonnotte B, Hachulla E, et al. Vaccination recommendations for the adult immunosuppressed patient: a systematic review and comprehensive field synopsis. *J Autoimmun.* 2017;80:10.
46. Jansen M, Rondaan C, Legger G, Minden K, Uziel Y, Toplak N, et al. EULAR/PRES recommendations for vaccination of paediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: update 2021. *Ann Rheum Dis.* 2022;82:35-47.
47. See K. Vaccination for the prevention of infection among immunocompromised patients: a concise review of recent systematic reviews. *Vaccines (Basel).* 2022;10(5):800.
48. Kashiwado Y, Kimoto Y, Ohshima S, Sawabe T, Irino K, Nakano S, et al. Immunosuppressive therapy and humoral response to third mRNA COVID-19 vaccination with a six-month interval in rheumatic disease patients. *Rheumatology (Oxford).* 2024;63(3):725-33.
49. Prendecki M, Clarke C, Edwards H, McIntyre S, Mortimer P, Gleeson S, et al. Humoral and T-cell responses to SARS-CoV-2 vaccination in patients receiving immunosuppression. *Ann Rheum Dis.* 2021;80:1322-9.
50. Agca R, Heslinga S, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes I, Peters M, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis.* 2016;76:17-28.
51. Hansildaar R, Vedder D, Baniaamam M, Tausche A, Gerritsen M, Nurmohamed M. Cardiovascular risk in inflammatory arthritis: rheumatoid arthritis and gout. *Lancet Rheumatol.* 2021;3(1):e58-e70.
52. Zegkos T, Kitas G, Dimitroulas T. Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: assessment, management and next steps. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2016;8:101-16.
53. Johri N, Varshney S, Gandha S, Maurya A, Mittal P, Jangra S, et al. Association of cardiovascular risks in rheumatoid arthritis patients: management, treatment and future perspectives. *Health Sci Rev.* 2023;8:100108. doi: 10.1016/j.hsr.2023.100108.
54. DeMizio D, Geraldino-Pardilla L. Autoimmunity and inflammation link to cardiovascular disease risk in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Ther.* 2019;7:19-33.
55. Panoulas V, Kitas G. Pharmacological management of cardiovascular risk in chronic inflammatory rheumatic diseases. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2020;13:605-13.
56. Bedeković D, Bošnjak I, Bilić-Čurčić I, Kirner D, Šarić S, Novak S. Risk for cardiovascular disease development in rheumatoid arthritis. *BMC Cardiovasc Disord.* 2024;24(1):291.