

GUIDELINE SUMMARY

Acceso privado

Recomendaciones de la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR) para el manejo de la artritis reumatoide.

The Lancet Rheumatology, Publicado online el 12 de noviembre de 2025.

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(25\)00259-0](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(25)00259-0)

Equipo especializado clínico Check Medicine

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune de alta prevalencia en Latinoamérica, con un impacto significativo en la calidad de vida y el funcionamiento físico, emocional, social y económico de los pacientes. Su **prevalencia regional** se sitúa entre **0,8% y 1,6%**, con una **incidencia de 18,5 casos por 100 000 personas-año** (IC 95% 16,7–20,4). La enfermedad es especialmente prevalente en personas nacidas en Latinoamérica con ascendencia latinoamericana.

El manejo de la AR en la región enfrenta múltiples desafíos, entre ellos:

- **Desigualdad en el acceso a salud**, falta de especialistas y carencias estructurales.
- **Escasez o interrupciones en el suministro de medicamentos.**
- **Pocas oportunidades de monitoreo regular de la enfermedad.**
- **Factores culturales y económicos que limitan la adherencia.**

Los sistemas de salud fragmentados y las inequidades geográficas generan dificultades adicionales que no son adecuadamente abordadas por guías internacionales como ACR o EULAR, dado que estas no siempre consideran el acceso restringido a biológicos, la disponibilidad desigual de DMARDs ni los costos directos para pacientes en Latinoamérica.

PANLAR identifica además limitaciones estructurales:

- **Pocos reumatólogos con experiencia en investigación o manejo especializado de AR**, insuficientes para desarrollar guías nacionales propias en muchos países.
- **Necesidad de recomendaciones regionales adaptadas a la realidad latinoamericana.**

El presente documento actualiza las guías PANLAR de 2006, integrando:

- Avances diagnósticos y terapéuticos.
- Nuevos mecanismos de acción de DMARDs biológicos y sintéticos dirigidos.
- Evidencia de largo plazo sobre fármacos tradicionales.
- Recomendaciones contextualizadas según **acceso, disponibilidad, costo-efectividad y factibilidad** en Latinoamérica.

Finalmente, esta revisión incorpora una visión centrada en el paciente y busca ofrecer un **marco práctico y aplicable** para profesionales de la salud en la región, alineado con estándares internacionales pero adaptado a las realidades locales.

Definiciones y terminología clave

El panel estableció un conjunto de **definiciones operativas** esenciales para estandarizar la interpretación de actividad de enfermedad, respuesta, fracaso terapéutico y tipos de DMARDs.

Término	Definición abreviada
Enfermedad activa	Inflamación articular persistente con dolor, tumefacción, rigidez matinal prolongada y marcadores elevados. Riesgo de daño articular si no se controla. Criterios: DAS28 >3,2–5,1 (moderada) o >5,1 (alta); SDAI >11–26 o >26; CDAI >10–22 o >22.
Enfermedad inactiva / Remisión	Ausencia clínica de inflamación, sin articulaciones sensibles o tumefactas, rigidez mínima, marcadores normales o casi normales. Criterios: DAS28 ≤2,6; SDAI ≤3,3; CDAI ≤2,8.
Remisión sostenida	Remisión mantenida durante 6–12 meses .
Falla terapéutica primaria	Falta de respuesta inicial a un bDMARD o tsDMARD , sin mejoría clínica tras iniciar tratamiento.
Falla terapéutica secundaria	Pérdida de respuesta a un bDMARD o tsDMARD previamente eficaz, tras 3–6 meses de uso.
csDMARDs	Metotrexato, leflunomida, sulfasalazina, hidroxicloroquina. Enlentecen progresión y reducen síntomas.
tsDMARDs	Fármacos que actúan en dianas específicas del proceso inflamatorio. Incluye inhibidores JAK: tofacitinib, baricitinib, filgotinib, upadacitinib.
bDMARDs	Biológicos dirigidos a componentes específicos del sistema inmune. Incluye: anti-TNF (adalimumab, etanercept, infliximab, certolizumab, golimumab); anti-IL-6R (tocilizumab, sarilumab); abatacept; rituximab.
Biosimilar	Producto altamente similar al biológico de referencia, sin diferencias clínicamente significativas en eficacia o seguridad.
AR difícil de tratar	Fracaso con ≥2 bDMARDs o tsDMARDs de diferentes mecanismos, salvo limitaciones por acceso. Representa dificultad persistente para alcanzar metas terapéuticas.
Switching	Cambio de un tratamiento a otro por falta de respuesta, efectos adversos o preferencias del paciente.
Cycling	Cambio a otro bDMARD o tsDMARD del mismo mecanismo de acción.
Swapping	Cambio a un fármaco con mecanismo de acción diferente .
Treat-to-target	Estrategia para alcanzar remisión o baja actividad, ajustando terapia según índices validados mediante monitoreo frecuente.
Centros de excelencia	Centros especializados que aseguran atención de alta calidad, educación y enfoque en metas terapéuticas para AR.
EPI asociada a AR	Complicación pulmonar frecuente: inflamación + fibrosis del parénquima. Diagnóstico con TCAR. Patrones: UIP y NSIP .
Vasculitis reumatoide	Complicación grave y poco frecuente: inflamación de vasos sanguíneos. Puede afectar piel, nervios periféricos y órganos internos; asociada a AR de larga data y alta actividad.

Principios generales

La guía establece nueve principios fundamentales que orientan la práctica clínica en la región.

Principio	Descripción abreviada
Atención integral	La AR debe manejarse de forma holística, abordando manifestaciones clínicas y el impacto psicosocial: emocional, ocupacional y social.
Acceso equitativo	Se deben promover esfuerzos para garantizar que todos los pacientes —independiente de ubicación, nivel socioeconómico o sistema de salud— tengan acceso oportuno a diagnóstico, tratamiento adecuado y seguimiento continuo.
Participación activa del paciente	El reumatólogo debe fomentar la educación del paciente, su adherencia, empoderamiento y estrategias de autocuidado, mejorando calidad de vida.
Inicio precoz y priorización de metotrexato	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamiento con DMARDs lo antes posible tras el diagnóstico. • Metotrexato es el DMARD inicial preferido, acorde a guías internacionales y experiencia regional.
Monitoreo regular y metas terapéuticas	<p>El médico debe establecer metas terapéuticas orientadas a remisión o actividad baja. Debido al principio treat-to-target, se requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decisión compartida con el paciente. • Monitoreo frecuente con índices validados.
Terapia adyuvante	<p>Si la enfermedad no se controla con csDMARDs, tsDMARDs o biológicos, pueden considerarse terapias adyuvantes como glucocorticoides, con énfasis en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación caso a caso. • Duraciones cortas y dosis mínimas eficaces.
Manejo no farmacológico	La atención integral debe incluir ejercicio, educación del paciente y apoyo psicológico.
Selección basada en riesgo	La elección del tratamiento debe considerar comorbilidades individuales y factores de riesgo para optimizar seguridad y resultados terapéuticos.
Inmunizaciones	Los pacientes deben recibir vacunas recomendadas , idealmente antes de iniciar terapia inmunosupresora, para reducir infecciones prevenibles.
Uso de biosimilares y genéricos	Se favorece el uso de biosimilares y genéricos, así como el switching desde biológicos originadores, para mejorar acceso y reducir costos , siempre bajo estándares de seguridad, eficacia y regulación adecuados.

Recomendación 1

Inicio de tratamiento en pacientes con AR activa naïve a DMARDs

Recomendación fuerte — Evidencia baja a moderada — Acuerdo 100%

Para pacientes con **artritis reumatoide activa** que **no han recibido DMARDs**, el panel **recomienda fuertemente iniciar terapia con DMARDs convencionales sintéticos (csDMARDs)**, siendo **metotrexato (MTX)** el fármaco preferido por su **alta eficacia, seguridad y amplia experiencia de uso**.

Puntos clave:

- El tratamiento debe iniciarse **tan pronto se confirme el diagnóstico**, siguiendo el principio de **intervención temprana**.

- **Metotrexato** sigue siendo el pilar del manejo inicial:
 - Eficaz en actividad moderada y alta.
 - Evidencia consistente en enlentecer el daño radiográfico.
- **Leflunomida**: eficacia similar a MTX en AR temprana y establecida.
- **Sulfasalazina** e **hidroxicloroquina**: menos eficaces a largo plazo que MTX o leflunomida.
- Con MTX bajo estrategia **treat-to-target**, **80% de los pacientes** logran reducción significativa de la actividad inflamatoria.
- Si MTX es insuficiente, puede añadirse **terapia triple** (MTX + sulfasalazina + hidroxicloroquina), con respuesta en **~1/3 de los pacientes**, especialmente si **no existen factores de mal pronóstico**.

Recomendación 2

Uso de glucocorticoides al iniciar o modificar DMARDs

Recomendación fuerte — Evidencia baja — Acuerdo 94%

Los glucocorticoides deben usarse **solo al iniciar o ajustar csDMARDs**, con el objetivo de **alivio sintomático transitorio**, y deben ser **titulados y suspendidos lo antes posible**.

Puntos clave:

- En Latinoamérica, **~60%** de los pacientes recibe corticoides, lo que refleja dificultades de acceso a DMARDs.
- Su beneficio se limita al **corto plazo** mientras los DMARDs hacen efecto.
- Riesgos relevantes: infecciones, osteoporosis, fracturas, diabetes, hipertensión.
- La toxicidad supera los beneficios cuando se usan de forma prolongada.
- **Intraarticulares** son **fuertemente recomendados** para brotes mono/oligoarticulares.
- El estudio GLORIA sugiere que la suspensión de prednisona baja dosis tras 2 años es posible, aunque **incrementa el riesgo de fracturas e infecciones**.
- El panel enfatiza limitar su uso por contextos de **limitación de recursos** en la región.

Recomendación 3

Uso de metotrexato parenteral en caso de intolerancia gastrointestinal a la vía oral

Recomendación fuerte — Evidencia baja — Acuerdo 71%

En pacientes con intolerancia gastrointestinal a MTX oral, se recomienda cambiar a **MTX parenteral (subcutáneo)**.

Puntos clave:

- La vía subcutánea reduce náuseas, malestar y efectos gastrointestinales.
- Existe evidencia (aunque limitada) de **mayor biodisponibilidad** del MTX subcutáneo vs oral.
- Un metaanálisis mostró que el MTX parenteral **reduce actividad de enfermedad de manera más significativa** que el oral.
- Mejor adherencia, mejor control clínico y mejor calidad de vida tras cambio a subcutáneo, incluso **sin aumentar la dosis**.

Recomendación 4

Inicio de terapia biológica o tsDMARD en pacientes naïve con contraindicación a csDMARDs

Recomendación fuerte — Evidencia moderada a alta — Acuerdo 88%

En pacientes con AR activa **naïve a MTX o csDMARD**, pero que **no pueden recibirlos por contraindicación clínica**, se recomienda iniciar:

- **Inhibidores TNF**
- **Inhibidores IL-6**
- **Abatacept**
- **Rituximab**
- **Inhibidores JAK**

Puntos clave:

- Indicaciones típicas de contraindicación:
 - hepatotoxicidad
 - enfermedad pulmonar significativa
 - embarazo
 - intolerancia grave previa
- Este escenario es **infrecuente** en la práctica habitual.
- Puede existir **barrera de acceso** (autorización, costos, disponibilidad) en muchos países latinoamericanos.
- Ejemplo regional: en algunos países **rituximab solo se aprueba tras fracaso de anti-TNF**.

Recomendación 5

Manejo tras intolerancia o respuesta inadecuada a csDMARDs

Recomendación fuerte — Evidencia moderada-alta — Acuerdo 100%

En pacientes con AR activa que presentan **intolerancia o respuesta inadecuada** a csDMARDs, se recomienda iniciar:

- **Inhibidor TNF**
- **Abatacept**
- **Inhibidor IL-6**
- **Rituximab**
- **Inhibidor JAK**

Consideraciones importantes:

- Todos estos fármacos han demostrado eficacia y seguridad a largo plazo en pacientes con falla a csDMARDs.
- No existe evidencia suficiente para **favorecer un biológico específico por sobre otro** tras falla a csDMARDs.
- **JAK inhibidores** (upadacitinib, baricitinib) han mostrado **mayor eficacia que anti-TNF** en estudios head-to-head en este contexto.
- Sin embargo, debido a hallazgos del estudio **ORAL Surveillance**, se recomienda **precaución** con inhibidores JAK en pacientes:
 - **≥65 años,**
 - con **tabaquismo actual o previo,**
 - con **riesgo cardiovascular o de malignidad.**

Recomendación específica dentro de la recomendación 5:

En estos pacientes de alto riesgo, los inhibidores JAK se recomiendan **condicionalmente**, y **solo cuando no se puede usar un biológico** o éste no está disponible.

Datos regionales relevantes:

- Eventos adversos mayores con tofacitinib fueron **menos frecuentes en pacientes latinoamericanos**, aunque **siempre más altos** que con anti-TNF, consistente con ORAL Surveillance.
- El panel subraya la importancia de una evaluación individual del **riesgo-beneficio**.

Recomendación 6

Combinación de biológicos o tsDMARDs con csDMARDs

Recomendación fuerte — Evidencia moderada-alta — Acuerdo 88%

La mayoría de los biológicos presenta **mejor eficacia** y **mayor sobrevida del tratamiento** cuando se usan en **combinación con un csDMARD**, principalmente **metotrexato**.

Puntos clave:

- La combinación MTX + biológico mejora control clínico y radiográfico.
- Si el paciente **no tolera csDMARDs**, existen alternativas **válidas como monoterapia**, con mejor evidencia para:
 - **Inhibidores IL-6 (tocilizumab, sarilumab)**
 - **Inhibidores JAK**

Estas dos clases se recomiendan **por sobre otros biológicos** cuando la combinación no es posible.

Recomendación 7

Estrategias de cambio terapéutico tras falla a biológicos o tsDMARDs

Recomendación fuerte — Evidencia moderada-alta — Acuerdo 94%

En pacientes con AR activa que presentan **falla primaria o secundaria** a un biológico o tsDMARD, se recomienda:

- **Swapping** (cambio a un fármaco con distinto mecanismo de acción).
- **Cycling** (cambio dentro del mismo mecanismo de acción).

Ambas estrategias son aceptadas, pero la evidencia favorece **swapping** en muchos escenarios.

Puntos clave:

- Tras falla a un **anti-TNF**, evidencia robusta respalda cambiar a:
 - **Rituximab**
 - **Abatacept**
 - **Inhibidor IL-6**
 - **Inhibidor JAK**
- Evidencia para un **segundo anti-TNF** es limitada, pero existe beneficio demostrado para: **Golimumab** (registro argentino GO-REAL, estudio GO-AFTER).
- Cambio directo entre anti-TNF sin washout puede ser eficaz y seguro.
- No existe evidencia clara que determine si es superior:
 - Cambiar dentro de una misma vía biológica (e.g., tocilizumab → sarilumab), o
 - Cambiar a otra vía completamente distinta.

Datos específicos relevantes:

- En SELECT-COMPARE, los pacientes que fallaron adalimumab y cambiaron a upadacitinib tuvieron **mejor respuesta** que quienes fallaron upadacitinib y pasaron a adalimumab.
- Estudios pragmáticos y registros sugieren **mayor beneficio al cambiar de mecanismo** tras falla a anti-TNF.

En AR difícil de tratar: Se recomienda seguir las guías EULAR para **rheumatoid arthritis difficult-to-treat**, especialmente en pacientes con múltiples fallas terapéuticas.

Recomendación 8(a)

Tapering en pacientes en monoterapia con remisión sostenida (≥6–12 meses)

Recomendación fuerte — Evidencia baja-moderada — Acuerdo 93%

En pacientes tratados con un **bdMARD** o **tsDMARD** en monoterapia que han mantenido **remisión clínica durante ≥6–12 meses**, se recomienda **reducir la dosis de forma gradual** (tapering), en lugar de **suspender completamente** el fármaco.

Puntos clave:

- El tapering reduce significativamente el **riesgo de recaída**, en comparación con la suspensión brusca.
- Se pueden utilizar dos estrategias:
 - **Reducción progresiva de dosis**
 - **Aumento del intervalo entre dosis**
- Esta estrategia tiene **alto impacto económico** en Latinoamérica por el elevado costo de terapias avanzadas.
- En pacientes con factores de mal pronóstico o múltiples fallas previas, el tapering debe ser más **cauteloso**, ya que:
 - El riesgo de recaída es mayor.
 - No siempre se recupera el estado de remisión al reinstalar el tratamiento previo.

Recomendación 8(b)

Tapering en pacientes con terapia combinada (bdMARD/tsDMARD + csDMARD)

Recomendación condicional — Evidencia moderada-alta — Acuerdo 90%

En pacientes con remisión sostenida (≥6–12 meses) bajo terapia combinada, se recomienda:

1. **Reducir primero el biológico o el tsDMARD**,
2. Luego considerar reducción del **csDMARD**, si se mantiene la remisión.

Puntos clave:

- La secuencia recomendada (primero biológico/tsDMARD) está respaldada por evidencia de menor riesgo de rebrote comparado con reducir primero el csDMARD.
- El objetivo es **minimizar costos**, reducir exposición a inmunosupresión avanzada y mantener control clínico.
- Requiere monitoreo cercano.

Recomendación 9(a)

Manejo de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a AR (EPI-AR)

Recomendación condicional — Evidencia baja — Acuerdo 76%

En pacientes con EPI asociada a AR, se recomienda considerar:

- **Metotrexato**
- **Rituximab**
- **Abatacept**

- **tsDMARDs (JAK inhibitors)**

Puntos clave:

- La evidencia disponible es **heterogénea y de baja calidad**.
- La mayoría proviene de estudios observacionales y registros.
- **Abatacept** muestra la evidencia más robusta dentro de los fármacos recomendados.
- **TNF inhibidores**: evidencia mixta; existen opciones con mayor soporte, por lo que **no se recomienda priorizarlos** en EPI-AR.
- Poca evidencia disponible para **inhibidores IL-6**, por lo que el panel no emitió recomendación específica sobre ellos.
- **Micofenolato mofetil** no fue incluido por:
 - evidencia muy limitada y
 - falta de beneficio para manifestaciones articulares.

Datos clave adicionales:

Análisis post-hoc de estudios con **tofacitinib** sugieren posible beneficio en EPI-AR o menor incidencia de su aparición.

Recomendación 9(b)***Uso de antifibróticos (pirfenidona o nintedanib) en EPI-AR progresiva*****Recomendación condicional — Evidencia baja — Acuerdo 86%**

En casos de **EPI-AR progresiva**, se recomienda considerar:

- **Pirfenidona**
- **Nintedanib**

Puntos clave:

- Ambos fármacos tienen eficacia similar según la evidencia disponible.
- Los datos más sólidos provienen de subanálisis de ensayos clínicos de **nintedanib (INBUILD)**.
- Debido a su **alto costo**, se enfatiza considerar criterios de **costo-efectividad**, especialmente relevantes en Latinoamérica.
- Faltan datos de efectividad a largo plazo para análisis económicos robustos.

Recomendación 10***Tratamiento de la vasculitis reumatoide*****Recomendación condicional — Evidencia baja — Acuerdo 86%**

Se recomienda el uso de **rituximab** en pacientes con AR que desarrollan **vasculitis reumatoide**, especialmente en casos con compromiso sistémico severo.

Puntos clave:

- Evidencia proveniente de dos cohortes observacionales y múltiples series de casos.
- Rituximab ha mostrado:
 - inducción de remisión
 - reducción de recaídas
- No existen ensayos clínicos randomizados para esta indicación.

- La **plausibilidad biológica** se apoya en su eficacia en otras vasculitis sistémicas (p. ej., ANCA asociadas).

Recomendaciones para el tratamiento de la artritis reumatoide en Latinoamérica

Situaciones especiales:

- En vasculitis reumatoide, se recomienda rituximab.
- En artritis reumatoide con enfermedad pulmonar intersticial, se recomienda evitar el uso de inhibidores de TNF.
- DMARD = fármaco antirreumático modificador de la enfermedad.
- JAK = Janus quinasa.

Glucocorticoides:

- Los glucocorticoides a corto plazo son frecuentemente necesarios para aliviar síntomas antes del inicio de acción de los DMARDs.
- El tratamiento con glucocorticoides debe limitarse a la menor dosis eficaz durante el menor tiempo posible.

Inhibidores JAK: En pacientes ≥ 65 años o con historia de tabaquismo o factores de riesgo de enfermedad cardiovascular o malignidad, los inhibidores JAK se recomiendan de manera condicional después del fracaso o intolerancia a DMARDs sintéticos convencionales o biológicos, y cuando los biológicos están contraindicados o no disponibles.

Estrategia treat-to-target: Estrategia terapéutica que busca alcanzar y mantener metas específicas, como remisión o actividad baja.

Centros de excelencia: PANLAR recomienda a los reumatólogos latinoamericanos manejar la AR en equipos multidisciplinarios con modelos tipo centros de excelencia.

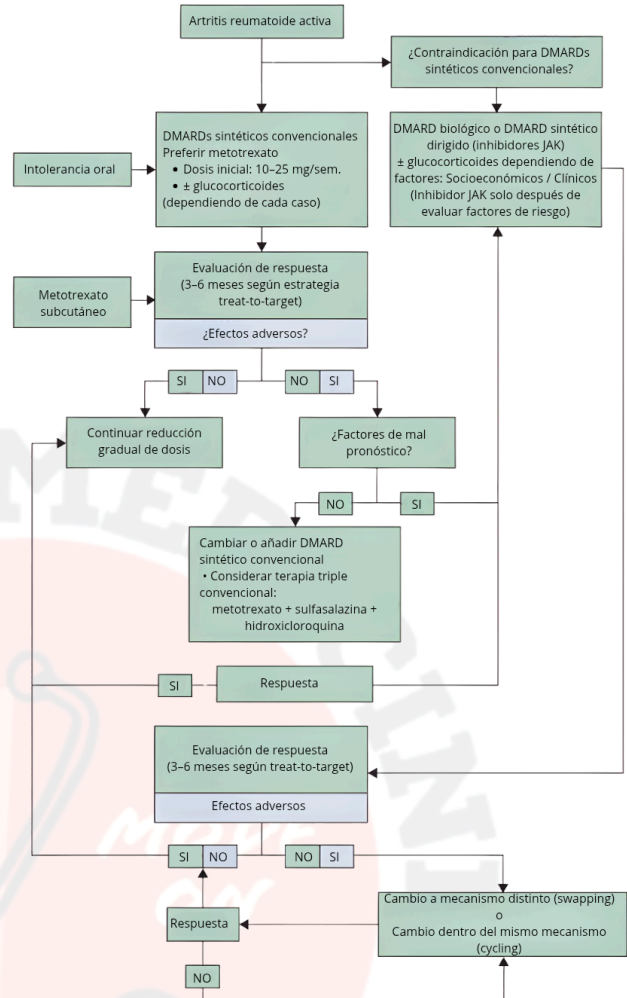
Remisión sostenida: Definida como una remisión de 6–12 meses manteniendo la misma dosis.

Factores de mal pronóstico:

- actividad alta persistente,
- títulos altos de factor reumatoide o anticuerpos anticitrulinados,
- daño articular temprano.

Falla primaria a anti-TNF:

En caso de falla primaria a un anti-TNF, se recomienda solo swapping (cambiar el mecanismo de acción), y no cycling. En los demás casos, se puede realizar swap o cycle.



N°	Recomendación (abreviada, sin eliminar info)	Fuerza	Nivel de evidencia	Acuerdo
1	En AR activa naïve a DMARDs, iniciar csDMARDs (metotrexato, leflunomida, sulfasalazina o hidroxicloroquina). Metotrexato es el fármaco inicial preferido.	Fuerte	Baja–moderada	100%
2	Al iniciar o ajustar csDMARDs, considerar glucocorticoides para alivio rápido, en la menor dosis y duración posible . Preferir intraarticulares para brotes mono/oligoarticulares.	Fuerte	Baja	94%
3	En intolerancia gastrointestinal a MTX oral, usar metotrexato parenteral .	Fuerte	Baja	71%
4	En AR activa naïve con contraindicación a csDMARDs , usar: anti-TNF, anti-IL-6, abatacept, rituximab o inhibidores JAK . En >65 años o con factores de riesgo cardiovascular/malignidad, los JAK son condicionales .	Fuerte	Moderada–alta	88%
5	En AR con respuesta inadecuada o intolerancia a csDMARDs, usar: anti-TNF, abatacept, anti-IL-6, rituximab, JAK inhibitors . JAK condicionales en mayores de 65 años o con riesgo CV/malignidad.	Fuerte	Moderada–alta	100%
6	Combinar bDMARD/tsDMARD con csDMARDs . Si no se toleran csDMARDs: preferir anti-IL-6 o inhibidores JAK en monoterapia.	Fuerte	Moderada–alta	88%
7	Tras falla primaria o secundaria a un bDMARD/tsDMARD, usar swapping (mecanismo distinto) o cycling (mismo mecanismo). No hay evidencia que favorezca una estrategia sobre otra en todos los escenarios.	Fuerte	Moderada–alta	94%
8(a)	En remisión ≥6–12 meses con monoterapia biológica/tsDMARD , reducir la dosis de forma gradual (tapering), no suspender abruptamente.	Fuerte	Baja–moderada	93%
8(b)	En remisión ≥6–12 meses con terapia combinada , reducir primero el biológico/tsDMARD antes que el csDMARD.	Condicional	Moderada–alta	90%
9(a)	En EPI asociada a AR , considerar: metotrexato, rituximab, abatacept o inhibidores JAK . Evitar priorizar anti-TNF; evidencia insuficiente para anti-IL-6.	Condicional	Baja	76%
9(b)	En EPI-AR progresiva , considerar pirfenidona o nintedanib .	Condicional	Baja	86%
10	En vasculitis reumatoide , recomendar rituximab .	Condicional	Baja	100%

Discusión

Las recomendaciones desarrolladas por PANLAR constituyen un **marco integral, contextualizado y basado en evidencia** para el manejo de la artritis reumatoide (AR) en Latinoamérica. La discusión del artículo resalta cómo estas guías buscan **reducir brechas estructurales** en una región donde las desigualdades en acceso, disponibilidad de medicamentos y recursos limitados afectan fuertemente el tratamiento.

1. Adaptación a la realidad latinoamericana

A diferencia de guías como ACR o EULAR, estas recomendaciones consideran:

- **Acceso restringido a biológicos** en sistemas públicos.
- **Limitaciones presupuestarias** y altos costos directos para los pacientes.
- **Falta de monitoreo regular** por recursos insuficientes.
- **Escasez de reumatólogos**, particularmente con experiencia en investigación.

El objetivo es reducir la heterogeneidad del manejo y brindar un **marco clínico estandarizado y realista**.

2. Fundamentación de las recomendaciones clave

a) DMARDs convencionales como piedra angular

La guía reitera que **metotrexato** continúa siendo el agente más accesible, efectivo y seguro en Latinoamérica. Se refuerza su priorización por:

- alto nivel de evidencia,
- costo-efectividad,
- amplia disponibilidad.

La recomendación de **optimizar metotrexato subcutáneo** y recurrir a **triple terapia** cuando sea necesario refleja estrategias coste-efectivas cruciales para sistemas de salud limitados.

b) Uso de glucocorticoides

Si bien son ampliamente utilizados en la región, PANLAR subraya:

- **evitar su uso prolongado**,
- priorizar el **tapering rápido**,
- considerar **intraarticulares** para brotes localizados.

La guía reconoce que, debido al acceso limitado a DMARDs avanzados, el uso crónico persiste, pero advierte sobre su **toxicidad acumulada**.

c) Terapias avanzadas y acceso desigual

En el manejo de falla terapéutica:

- Se recomiendan **swapping** y **cycling**, pero con evidencia más sólida para cambiar de mecanismo.
- Se subraya el beneficio de inhibidores IL-6 y tsDMARDs como monoterapia cuando no puede usarse metotrexato.

El documento enfatiza que:

- muchos países de la región **no aprueban rituximab como primera línea**,
- la autorización para tsDMARDs puede ser **limitada o variable**,
- y que la llegada de **biosimilares** ha permitido una reducción progresiva en costos y una mayor accesibilidad.

d) Riesgos de inhibidores JAK

En coherencia con evidencia del estudio **ORAL Surveillance**, PANLAR enfatiza la necesidad de:

- evaluar riesgo cardiovascular,
- historia de tabaquismo,
- riesgo de malignidad,

- especialmente en pacientes **≥65 años**.

Sin embargo, reconoce que, en algunos contextos, los JAK pueden ser más accesibles que ciertos biológicos, y que **versión genérica de tofacitinib** ha reducido costos en Latinoamérica.

e) Tapering en remisión

PANLAR coincide con EULAR en:

- **reducir dosis** en remisión sostenida,
- evitar la suspensión abrupta,
- priorizar estrategias que mantengan el control con menor costo y menor exposición a inmunosupresores.

3. Manejo de complicaciones: EPI y vasculitis reumatoide

Enfermedad pulmonar intersticial (EPI-AR)

Las recomendaciones son condicionales debido a evidencia limitada y heterogénea. Se destaca:

- mejor soporte para **abatacept**,
- evidencia emergente para **JAK inhibitors**,
- cautela con **anti-TNF**,
- inclusión cuidadosa de **antifibróticos** en progresión.

Vasculitis reumatoide

Aunque la evidencia es escasa, rituximab se recomienda por: eficacia demostrada en series de casos, similitud con otras vasculitis donde su eficacia es sólida.

4. Importancia del enfoque multidisciplinario

PANLAR enfatiza modelos de atención integral donde:

- reumatólogos,
- enfermería especializada,
- fisioterapeutas,
- terapeutas ocupacionales,
- psicólogos participen activamente.

Además, resalta la relevancia del programa **Centros de Excelencia en AR**, una iniciativa pionera que mejora la calidad de atención mediante:

- estándares uniformes,
- auditoría continua,
- educación de pacientes y profesionales.