Artritis reumatoide: tratamiento con FARME según EULAR 2025, contrastado con ACR 2021

Basada en la actualización 2025 de las recomendaciones EULAR para el manejo de la artritis reumatoide con FARME sintéticos y biológicos (Smolen y colaboradores, Ann Rheum Dis 2026) y sus dos revisiones sistemáticas de eficacia y de seguridad, contrastada con la guía ACR 2021 (Fraenkel y colaboradores). Incluye los puntos a considerar EULAR para la artritis reumatoide difícil de tratar y los resultados a 10 años del ensayo ARCTIC.

Versión 1.0 · 8 de noviembre de 2026 · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada criterio y cifra verificados contra la fuente original

3 → 6 meses
mejoría ≥50 % de la actividad a los 3 meses y meta alcanzada a los 6; si no, cambia el tratamiento[1]

MTX + GC corto
la estrategia inicial que ningún otro tratamiento ha superado; 98 % de acuerdo del grupo EULAR[1]

82 %
de los que acudieron, en remisión DAS (57 % por booleana 2.0) 10 años después de un tratamiento por objetivos temprano en ARCTIC, con daño radiográfico mínimo[6]

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Inicia FARME en cuanto haces el diagnóstico**, que es clínico: exige inflamación articular clínica (sinovitis). Los criterios de clasificación ayudan, pero no son diagnósticos; un ultrasonido o una resonancia anormal por sí solos no diagnostican AR.[1]
- **Meta: remisión sostenida** (sobre todo en la AR temprana) o, como alternativa, baja actividad. Mide con índices compuestos con conteo articular; evita el DAS28 para definir remisión.[1]
- **Fase I:** metotrexato (MTX) más glucocorticoide por poco tiempo. Si el MTX está contraindicado o no se tolera desde el inicio, leflunomida o sulfasalazina.[1]
- **Fase II (nuevo en 2025):** si no se alcanza la meta, **agrega un biológico**; un inhibidor de JAK puede considerarse tras valorar sus riesgos. EULAR ya no estratifica por factores de mal pronóstico ni propone otro ciclo de FARME convencionales como paso habitual.[1]
- **Fase III:** si falla, cambia a otro biológico o inhibidor de JAK, de otra clase o de la misma; no repitas la misma clase una tercera vez.[1]
- **En remisión sostenida no suspendas los FARME:** retira primero el glucocorticoide y, si acaso, reduce la dosis o espacia; suspender lleva a un brote en la mayoría.[1]
- **EULAR y ACR difieren** en el glucocorticoide al iniciar, en la meta inicial, en el cambio dentro de la misma clase y en la reducción de dosis en remisión: ver la sección 9.[1,4]

Cómo leer las recomendaciones: entre corchetes van la guía, el nivel de evidencia y la fuerza. EULAR: nivel de evidencia **1a** (revisión sistemática de ensayos) a **5** (opinión de expertos) y fuerza **A** a **D**. ACR: recomendación **fuerte** o **condicional**, con certeza de la evidencia alta, moderada, baja o muy baja. Ejemplo: **[EULAR 1a, A]**; **[ACR condicional, certeza baja]**. FARME: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad; FARMEsc: sintético convencional (MTX, leflunomida, sulfasalazina, hidroxicloroquina); FARMEb: biológico; JAKi: inhibidor de JAK.

1 Diagnóstico y meta del tratamiento
2 Monitoreo: cada cuánto y qué esperar
3 Fase I: metotrexato y glucocorticoide
4 Fase II: agregar un biológico o un JAKi
5 Fase III: cuando falla el primero
6 Seguridad y poblaciones especiales
7 Remisión sostenida: reducir, no suspender
8 AR difícil de tratar
9 EULAR 2025 vs ACR 2021
10 Errores frecuentes
11 Casos
12 Consulta rápida y referencias

1 Diagnóstico y meta del tratamiento[1,3]

TEMA	QUÉ DICE LA GUÍA
Diagnóstico	Es clínico y exige inflamación articular clínica actual (sinovitis), que es necesaria pero no suficiente: hay que descartar otras causas. Los criterios ACR/EULAR 2010 son de clasificación: apoyan, pero no sustituyen el diagnóstico. La sinovitis por ultrasonido o resonancia no es específica de AR y puede verse en personas sanas.[1]
Riesgo de AR sin sinovitis	Las recomendaciones no aplican: en los ensayos de prevención (por ejemplo, con rituximab o abatacept) el tratamiento solo **retrasó** el diagnóstico. Lo prudente es vigilar, reevaluar si aparece sinovitis clínica e iniciar tratamiento cuando se establezca el diagnóstico de AR.[1]
Meta	Remisión sostenida o baja actividad en todo paciente [EULAR 1a, A]. La remisión es la meta principal, sobre todo en la AR temprana; la baja actividad es alternativa, sobre todo en la AR de larga evolución que ya falló a uno o más FARME. Cualquier estado peor que baja actividad es inaceptable, salvo que comorbilidades o preferencias del paciente impidan avanzar.[1]
Cómo medir la remisión	Con las definiciones ACR/EULAR: **booleana** (revisada en 2022: articulaciones dolorosas ≤1, inflamadas ≤1, PCR ≤1 mg/dL y evaluación global del paciente ≤2 cm de 10) o por índice: **SDAI ≤3.3** o **CDAI ≤2.8**. Baja actividad: SDAI ≤11 o CDAI ≤10. **No uses el DAS28** para definir remisión: da mucho peso a las articulaciones dolorosas y a la VSG o la PCR, y con inhibidores de IL-6 o JAKi los reactantes bajan aunque la enfermedad siga activa.[1,3]
Remisión por imagen	Buscar la remisión por ultrasonido o resonancia no mejora los desenlaces clínicos, funcionales ni estructurales, y aumenta eventos adversos y costos.[1]

DOLOR SIN INFLAMACIÓN

La fibromialgia, la artrosis y la depresión elevan los índices sin que haya sinovitis activa: el paciente puede parecer activo estando en remisión. Interpreta los índices con juicio clínico y apóyate en el **conteo de articulaciones inflamadas**; no cambies de FARME por un dolor que no es inflamatorio.[1,5]

2 Monitoreo: cada cuánto y qué esperar[1,4]

SITUACIÓN	QUÉ HACER
Enfermedad activa	Mide la actividad cada **1–3 meses** (conteo articular, PCR e información del paciente); ajusta si no hay mejoría a los 3 meses o meta a los 6 [EULAR 2b, B].[1]
A los 3 meses	Debe haber mejoría (≥50 % de reducción de la actividad). Si no la hay, ajusta el tratamiento.[1]
A los 6 meses	Si no se alcanzó la meta, ajusta el tratamiento.[1]
Meta sostenida	Monitoreo menos frecuente, por ejemplo cada 6 meses o con menor frecuencia, si el paciente sabe reconocer un brote [EULAR 5, D].[1]
Laboratorio de seguridad	Los efectos adversos de laboratorio se concentran en los primeros 3–6 meses. Si el fármaco se toleró ese tiempo, el grupo EULAR opina que podrían espaciarse a cada 6 meses o con menor frecuencia, con evidencia observacional limitada. No es una regla general: individualiza según el fármaco, la estabilidad, la función renal y hepática, las comorbilidades y el protocolo local.[1]
Tratamiento por objetivos	ACR: fuertemente recomendado en quien no ha recibido FARMEb ni JAKi [ACR fuerte, certeza baja]; condicional tras falla a ellos.[4]

3 Fase I: metotrexato y glucocorticoide[1,4]

PASO	QUÉ DICE LA GUÍA
Inicio	FARME en cuanto se hace el diagnóstico [EULAR 1a, A]. El MTX debe ser parte de la primera estrategia [EULAR 1a, A]; ACR, en pacientes sin FARME previo con actividad moderada o alta, lo recomienda fuertemente en monoterapia sobre hidroxicloroquina, sulfasalazina o un FARMEb o JAKi en monoterapia.[1,4]
Dosis de MTX	ACR: vía oral sobre subcutánea al iniciar [ACR condicional, certeza moderada]; llegar a **≥15 mg/semana en 4–6 semanas** [ACR condicional], esto no limita el escalamiento posterior, que a menudo aporta más eficacia. Con suplemento de folato.[1,4]
Si no tolera el MTX oral	Antes de cambiar de FARME: dosis oral dividida en 24 h, vía subcutánea o más ácido fólico o folínico [ACR condicional, certeza muy baja].[4]
Si no llega a la meta con MTX oral	ACR: cambiar a MTX subcutáneo antes de agregar o cambiar FARME [ACR condicional, certeza muy baja].[4]
Contraindicación o intolerancia temprana al MTX	Leflunomida o sulfasalazina [EULAR 1a, A]. EULAR prefiere iniciar con MTX por eficacia y seguridad.[1]
Glucocorticoide	EULAR: considéralo por poco tiempo al iniciar o cambiar FARMEsc, en distintas dosis y vías, y **retíralo tan rápido como sea posible** [EULAR 1a, A]. Si se necesita para mantener el control, cambia de FARME. Algunos prefieren la vía intramuscular a la oral.[1]
Triple terapia	No se prefiere de rutina como estrategia inicial; su elección depende del contexto. EULAR no encontró evidencia de que la triple terapia con glucocorticoide supere a MTX con glucocorticoide. ACR prefiere MTX en monoterapia sobre la terapia doble o triple [ACR condicional, certeza moderada], aunque reconoce que la combinación da algo más de mejoría; pesa la carga y la tolerancia del tratamiento. Un análisis de subgrupo no aleatorizado de NORD-STAR no mostró ventaja de la triple terapia con glucocorticoide intraarticular, pero no permite generalizar.[1,4]
Baja actividad, sin FARME previo	ACR: hidroxicloroquina sobre otros FARMEsc, y sulfasalazina sobre MTX [ACR condicional, certeza muy baja].[4]

4 Fase II: agregar un biológico o un JAKi[1,2,4]

TEMA	QUÉ DICE LA GUÍA
Si falla la estrategia con FARMEsc	**Agrega un FARMEb**; un JAKi puede considerarse tomando en cuenta los factores de riesgo pertinentes [EULAR eficacia 1a, A; seguridad 2a, B]. Opciones: anti-TNF (adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliximab), abatacept, rituximab (en ciertas condiciones), tocilizumab o sarilumab, incluidos biosimilares; JAKi: tofacitinib, baricitinib, filgotinib, upadacitinib, según disponibilidad local.[1]
Qué cambió en 2025	Se eliminó la estratificación por factores de mal pronóstico: la falta de respuesta a MTX con glucocorticoide ya es, por sí misma, un signo de mal pronóstico. Agregar otro FARMEsc tiene mucha menor persistencia que agregar un FARMEb, y la eficacia de los FARMEsc tras la falla al MTX es limitada. Aun así, otro FARMEsc con glucocorticoide sigue siendo una opción en países con menos recursos o en situaciones específicas.[1]
Antes de un JAKi, valora	Edad >65 años, tabaquismo actual o previo, otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes, obesidad, hipertensión), riesgo de cáncer (actual o previo, salvo cáncer de piel no melanoma tratado con éxito) y riesgo de trombosis (infarto o insuficiencia cardiaca previos, cáncer, trombofilia o trombosis previa, anticonceptivos hormonales combinados o terapia hormonal, cirugía mayor o inmovilidad).[1]
Combinar con FARMEsc	FARMEb y JAKi deben combinarse con un FARMEsc. Si no puede usarse un FARMEsc, los inhibidores de la vía de IL-6 y los JAKi pueden tener ventajas en monoterapia [EULAR 1a, A].[1]
ACR	Con dosis máximas toleradas de MTX sin llegar a la meta: agregar un FARMEb o JAKi sobre la triple terapia [ACR condicional, certeza muy baja].[4]

5 Fase III: cuando falla el primer biológico o JAKi[1,4,7]

- Cambia a otro FARMEb o JAKi **[EULAR eficacia 1a, A; seguridad 1b, B]**. Tras la falla de un anti-TNF o un anti-receptor de IL-6, puede usarse otro mecanismo **o** un segundo fármaco de la misma clase **[EULAR 3]**; no uses la misma clase por tercera vez.[1]
- ACR, en cambio, prefiere cambiar a otra clase sobre quedarse en la misma **[ACR condicional, certeza muy baja]**.[4]
- Cambiar de un JAKi a otro: sin ensayos aleatorizados, pero con datos observacionales favorables **[EULAR 5, D]**.[1]
- El monitoreo de niveles del fármaco no se requiere: un ensayo reciente no mostró mejores resultados que la atención habitual, y en un resumen de congreso elegir el siguiente biológico según los niveles de adalimumab no superó al cambio a criterio del médico.[1,7]
- Si para mantener la meta se necesita glucocorticoide, agrega o cambia FARME en lugar de continuarlo **[ACR condicional]**; en quien no está en meta, agrega o cambia FARME en lugar de usar solo glucocorticoide intraarticular.[4]

6 Seguridad y poblaciones especiales[1,2,4]

RIESGO	LO QUE MUESTRA LA REVISIÓN DE SEGURIDAD EULAR 2025 (2022–2025)
Infección grave	Más frecuente con FARMEb que con FARMEsc.[2]
Herpes zóster	Mayor con JAKi que con FARMEb.[2]
Tuberculosis	No mayor con JAKi que con FARMEb; mayor con infliximab y adalimumab que con etanercept.[2]
Cardiovascular	Los estudios observacionales recientes no confirman de forma consistente el exceso de eventos cardiovasculares mayores de ORAL-Surveillance (tofacitinib frente a anti-TNF en ≥50 años con ≥1 factor de riesgo cardiovascular), por lo que EULAR mantiene la valoración de riesgos. Un análisis post hoc sugiere que las estatinas podrían atenuar ese riesgo.[1,2]
Tromboembolia venosa	Mayor con JAKi que con FARMEb, sobre todo por tromboembolia pulmonar.[2]
Cáncer	Más cáncer de piel no melanoma con FARME que en la población general; en un estudio, mayor con JAKi que con anti-TNF. Sin aumento consistente del resto de los cánceres con JAKi frente a anti-TNF en estudios observacionales.[2]
PCR en infecciones	Con inhibidores de IL-6 o JAKi la PCR puede no subir en una infección.[1]

La mayoría de los estudios fueron observacionales y muchos usaron bases de datos administrativas, con limitaciones metodológicas.[2]

POBLACIÓN (ACR 2021)	RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, CERTEZA MUY BAJA SALVO DONDE SE INDICA
Insuficiencia cardiaca NYHA III–IV	Agrega un FARMEb no anti-TNF o un JAKi sobre un anti-TNF; si aparece insuficiencia cardiaca con anti-TNF, cámbialo.[4]
Trastorno linfoproliferativo previo	Rituximab sobre otros FARME, si es un linfoma para el que el rituximab está aprobado.[4]
Hepatitis B	Anti-core positivo que inicia rituximab, o HBsAg positivo que inicia cualquier FARMEb o JAKi: **profilaxis antiviral** sobre solo vigilar **[ACR fuerte]**. Anti-core positivo y HBsAg negativo con otro FARMEb o JAKi: vigilancia frecuente.[4]
Infección grave en los últimos 12 meses	Agrega FARMEsc antes que un FARMEb o JAKi; agrega o cambia FARME en lugar de subir el glucocorticoide.[4]
Micobacterias no tuberculosas	Glucocorticoide a la menor dosis posible; FARMEsc antes que FARMEb o JAKi; si se necesita, abatacept sobre otros.[4]
Neumopatía leve y estable	MTX sobre otros FARME.[4] *El tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial es aparte del de la artritis:* EULAR 2025 no emite recomendación; la guía ACR/CHEST 2023 propone de forma condicional, entre otras opciones, micofenolato, azatioprina o rituximab de primera línea y, ante progresión pese al tratamiento inicial de la enfermedad intersticial, opciones como nintedanib, tocilizumab o pirfenidona. Manéjala con neumología.[1,7,8]
Hígado graso	Con enzimas y función hepática normales y sin fibrosis avanzada: MTX sobre otros FARME.[4]
Nódulos subcutáneos	MTX sobre otros FARME; si progresan con MTX, cambia a otro FARME.[4]

7 Remisión sostenida: reducir, no suspender[1,4]

- Primero **retira el glucocorticoide**. Después, con remisión sostenida, continúa los FARME; si procede, puede reducirse la dosis o espaciar el intervalo, sobre todo tras ≥6 meses en remisión [EULAR 1b, A].[1]
- Suspender los FARME lleva a un brote en la mayoría, a menudo en menos de un año; no todos recuperan el control al reiniciar.[1]
- ACR, en orden de preferencia: continuar a la misma dosis > reducir la dosis > suspender de forma gradual > suspender de golpe. Con MTX más un FARMEb o JAKi, si se va a suspender uno, retira de forma gradual primero el MTX.[4]

8 AR difícil de tratar[5]

DEFINICIÓN EULAR (SE REQUIEREN LAS 3)

1. Falla de ≥2 FARMEb o JAKi de distinto mecanismo, tras fallar a FARMEsc (salvo contraindicación). **2.** Signos de enfermedad activa o progresiva: al menos actividad moderada (por ejemplo, CDAI >10), signos o síntomas de actividad, imposibilidad de bajar la prednisona a <7.5 mg/día, progresión radiográfica rápida, o síntomas que reducen la calidad de vida pese al control. **3.** El médico o el paciente perciben el manejo como problemático.[5]

PUNTO A CONSIDERAR	QUÉ HACER
Primero, ¿es AR?	Descarta un diagnóstico erróneo o una enfermedad que la imite: artropatía por cristales, polimialgia, artritis psoriásica, espondiloartritis, Still, lupus, vasculitis, miopatías, artritis reactiva o viral, síndromes paraneoplásicos, artrosis o fibromialgia [EULAR 5, D].[5]
¿Hay inflamación?	Si hay duda, el ultrasonido puede ayudar [EULAR 4, C]. Interpreta los índices con cautela si hay obesidad o fibromialgia.[5]
Adherencia	Discútela y optimízala con decisión compartida [EULAR 5, D].[5]
Siguiente fármaco	Tras fallar un segundo o posterior FARMEb o JAKi, y sobre todo tras dos anti-TNF, usa otro blanco [EULAR 4, C; tras dos anti-TNF: 3, C]. Con el tercero o posterior, usa la dosis máxima eficaz y segura [EULAR 3, C].[5]
Más allá del fármaco	Maneja las comorbilidades; ejercicio, intervenciones psicológicas, educación y automanejo para la discapacidad, el dolor y la fatiga.[5]

ARCTIC A 10 AÑOS: LO QUE LOGRA EL TRATAMIENTO POR OBJETIVOS TEMPRANO

De 230 pacientes con AR temprana tratados con control estricto por 2 años, 95 % vivía a los 10 años y 82 % de los que acudieron estaba en remisión por DAS (57 % por la definición booleana 2.0). El daño radiográfico fue mínimo (cambio mediano de 2.0 puntos en el Sharp modificado), la función y la calidad de vida se acercaron a las de la población general y la supervivencia fue similar a la de ella. Quien logró remisión sostenida a los 2 años tuvo menos actividad y mejor función a los 10. Es una cohorte de seguimiento, sin grupo control.[6]

9 EULAR 2025 vs ACR 2021: dónde difieren[1,4]

TEMA	EULAR 2025	ACR 2021
Glucocorticoide al iniciar	Por poco tiempo, al iniciar o cambiar FARMEsc [1a, A]	Iniciar **sin** glucocorticoide a corto plazo (<3 meses) [condicional, muy baja]; fuertemente en contra a largo plazo (≥3 meses) [fuerte, moderada]
Meta	Remisión; baja actividad como alternativa	Baja actividad como meta mínima inicial sobre la remisión [condicional, baja], reevaluando para buscar remisión
Tras falla al MTX	Agregar FARMEb (o JAKi tras valorar riesgos)	Agregar FARMEb o JAKi sobre la triple terapia [condicional, muy baja]
Tras falla a un FARMEb o JAKi	Otra clase o la misma clase	Preferir otra clase [condicional, muy baja]
Baja actividad sin FARME previo	No la distingue	Hidroxicloroquina sobre otros FARMEsc
Remisión sostenida	Continuar; puede reducirse la dosis o espaciar [1b, A]	Preferir continuar a la misma dosis [condicional, baja]

La guía ACR es de 2021 y no incorpora la evidencia de seguridad de los JAKi posterior a ORAL-Surveillance que sí considera EULAR. **Las fuentes difieren.**

10 Errores frecuentes

EVÍTALOS

- Esperar a cumplir criterios de clasificación para empezar el FARME cuando la valoración clínica ya establece AR.[1]
- Dejar al paciente meses en actividad moderada "porque mejoró un poco": sin ≥50 % de mejoría a los 3 meses o sin meta a los 6, se ajusta.[1]
- Declarar fallido el MTX sin optimizar la dosis (≥15 mg/semana en 4–6 semanas y escalar si se tolera), sin folato o sin considerar la vía subcutánea.[4]
- Dejar el glucocorticoide de forma indefinida: si hace falta para mantener el control, cambia de FARME.[1,4]
- Definir remisión con el DAS28, sobre todo con tocilizumab, sarilumab o JAKi.[1]
- Cambiar de biológico por dolor de fibromialgia o artrosis sin inflamación.[1,5]
- Indicar un JAKi sin revisar edad, tabaquismo, riesgo cardiovascular, de cáncer y de trombosis.[1]
- Iniciar rituximab con anti-HBc positivo, o cualquier FARMEb o JAKi con HBsAg positivo, sin profilaxis antiviral.[4]
- Suspender todos los FARME por estar en remisión.[1]

11 Casos

Caso 1

Mujer de 42 años con sinovitis de 5 semanas en 3 metacarpofalángicas, anti-CCP positivo a título bajo, factor reumatoide negativo, PCR y VSG normales; otras causas descartadas. Suma 4 puntos en los criterios 2010, así que no los cumple.

Respuesta. Si la valoración clínica establece AR, no es necesario esperar a cumplir los criterios de clasificación para tratar. Antes de iniciar, anticoncepción eficaz (el MTX es teratógeno) y laboratorio basal. Inicia MTX, sube a ≥15 mg/semana en 4–6 semanas con folato, y agrega glucocorticoide por poco tiempo con plan de retiro (EULAR; ACR prefiere iniciar sin él). Revalora cada 1–3 meses: necesita ≥50 % de mejoría a los 3 meses y meta a los 6.[1,4]

Caso 2

Hombre de 68 años, fumador, diabético, con AR activa (CDAI 24) tras 6 meses de MTX 25 mg/semana subcutáneo; ya sin prednisona.

Respuesta. Falló la fase I (y, si a los 3 meses no había mejorado ≥50 %, debió ajustarse entonces): agrega un FARMEb al MTX. Por edad >65 años, tabaquismo y diabetes, un JAKi exige una valoración cuidadosa de riesgos; un biológico es la opción natural. Antes de iniciar: tamizaje de hepatitis B (y profilaxis si HBsAg positivo) y de tuberculosis.[1,4]

Caso 3

Mujer de 55 años con AR que ya falló a adalimumab y tocilizumab. Refiere dolor difuso, fatiga y mal sueño; 0 articulaciones inflamadas, 14 dolorosas, PCR normal.

Respuesta. Podría cumplir la definición de AR difícil de tratar, en su forma no inflamatoria: confirma los tres requisitos (incluida la falla previa a FARMEsc y que el manejo se perciba como problemático). Antes de cambiar de fármaco, comprueba si hay inflamación: si aún recibe tocilizumab (o un JAKi), una PCR normal no descarta inflamación activa, así que apóyate en el conteo de articulaciones inflamadas y, si hay duda, en el ultrasonido [EULAR 4, C]. El patrón sugiere fibromialgia concomitante, que eleva los índices sin sinovitis; revisa la adherencia y maneja el dolor con medidas no farmacológicas.[1,5]

12 Consulta rápida

TEMA	LO ESENCIAL
Meta	Remisión (booleana 2.0, SDAI ≤3.3, CDAI ≤2.8); baja actividad como alternativa (SDAI ≤11, CDAI ≤10)
Tiempos	Revisión cada 1–3 meses si está activa; ≥50 % de mejoría a los 3 meses; meta a los 6
Fase I	MTX (≥15 mg/semana en 4–6 semanas, con folato) + glucocorticoide breve; si no, leflunomida o sulfasalazina
Fase II	Agrega FARMEb al FARMEsc; JAKi tras valorar riesgos; en monoterapia, IL-6 o JAKi
Fase III	Otro FARMEb o JAKi, de otra clase o la misma (no por tercera vez)
Remisión sostenida	Retira el glucocorticoide; reduce o espacia, no suspendas
Difícil de tratar	≥2 FARMEb/JAKi de distinto mecanismo fallidos + actividad + problema percibido; primero descarta otro diagnóstico

Referencias

Los superíndices remiten a esta lista. Los recuadros "Errores frecuentes", los casos y la consulta rápida son material educativo propio basado en estas fuentes.

1. Smolen JS, Edwards CJ, Konzett V, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: 2025 update. Ann Rheum Dis 2026;85:991–1009. doi:10.1016/j.ard.2026.01.023
2. Laskou F, Konzett V, Smolen JS, et al. Safety of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2025 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2026;85:1055–1072. doi:10.1016/j.ard.2026.02.024
3. Studenic P, Aletaha D, de Wit M, et al. American College of Rheumatology/EULAR remission criteria for rheumatoid arthritis: 2022 revision. Ann Rheum Dis 2023;82:74–80. doi:10.1136/ard-2022-223413
4. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, et al. 2021 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 2021;73:924–939. doi:10.1002/acr.24596
5. Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PMJ, et al. EULAR points to consider for the management of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2022;81:20–33. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220973
6. Nordberg LB, Sundlisæter NP, Brinkmann GH, et al. Ten-year outcomes after treat-to-target therapy in early rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2026. doi:10.1016/j.ard.2026.09.003
7. Konzett V, Laskou F, Smolen JS, et al. Efficacy of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2025 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2026;85:1039–1054. doi:10.1016/j.ard.2026.03.020
8. Johnson SR, Bernstein EJ, Bolster MB, et al. 2023 American College of Rheumatology (ACR)/American College of Chest Physicians (CHEST) guideline for the treatment of interstitial lung disease in people with systemic autoimmune rheumatic diseases. Arthritis Rheumatol 2024. doi:10.1002/art.42861

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Medicina en Resumen condensa guías y artículos recientes para médicos. Cuando las fuentes difieren, lo señalamos y mostramos las variantes. La información se basa en la bibliografía citada y no sustituye el criterio del médico tratante ni los protocolos locales. Las dosis y el monitoreo de cada fármaco siguen su ficha técnica y el protocolo local. Más guías y videos en **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen