

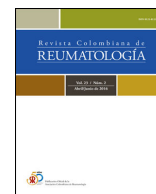


Asociación
Colombiana de
Reumatología

Contents lists available at ScienceDirect

Revista Colombiana de
Reumatología

journal homepage: www.elsevier.es/rcreuma



Documento de consenso

Reducción y discontinuación de fármacos biológicos e inhibidores JAK en artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica: consenso colombiano. Asociación Colombiana de Reumatología

Reduction and Discontinuation of Biologic Drugs and JAK Inhibitors in Rheumatoid Arthritis, Axial Spondyloarthritis, and Psoriatic Arthritis: Colombian Consensus. Colombian Association of Rheumatology

Edwin Jáuregui^{a,*}, Jairo Cajamarca-Barón^{b,c,d}, Daniel G. Fernández-Ávila^{e,f}, Diana Gil^{a,g,h}, Orlando Roa^b, Sebastián Segura^{i,j}, Wilson Bautista Molano^{k,l}, Andrés Fernández^m, Germán Puertaⁿ, Lina María Saldarriaga Rivera^{ñ,o}, Patricia Vélez^p, Andrés Chavarriaga Restrepo^{q,r} y Erika Padilla^s

^a Unidad de Reumatología, Riesgo de Fractura S.A. Cayre IPS, Bogotá, Colombia

^b Servicio de Reumatología, Centro Médico Colsanitas, Bogotá, Colombia

^c Servicio de Reumatología, Hospital de San José, Bogotá, Colombia

^d Instituto de investigaciones, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Bogotá, Colombia

^e Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^f Unidad de Reumatología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^g Servicio de Reumatología, Artmedica IPS, Bogotá, Colombia

^h Instituto Méderi de Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas, Méderi - Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia

ⁱ Servicio de Reumatología, Clínica Medilaser, Neiva, Colombia

^j Servicio de Reumatología, Sies Salud IPS, Neiva, Colombia

^k Sección de Reumatología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

^l Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

^m Servicio de Reumatología, Inmunar IPS, Ibagué, Colombia

ⁿ Unidad de Reumatología, Riesgo de Fractura S. A. Cayre IPS, Cali, Colombia

^ñ Servicio de Reumatología, Hospital Universitario San Jorge, Pereira, Colombia

^o Facultad de Medicina, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia

^p Servicio de Reumatología, CIREEM-IPS, Bogotá, Colombia

^q Servicio de Reumatología, Clínica CES, Medellín, Colombia

^r Servicio de Reumatología, Helpharma, Medellín, Colombia

^s Servicio de Reumatología, Centros Médicos Colsanitas, Barranquilla, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:

Artritis reumatoide
Espondiloartritis
Espondilitis anquilosante
Artritis psoriásica
Productos biológicos
Inhibidores de la cinasa Janus
Reducción gradual de medicamentos
Técnica Delphi

RESUMEN

Introducción: En artritis reumatoide (AR), espondiloartritis axial (EspAax) y artritis psoriásica (APs), el control sostenido de la actividad de la enfermedad con fármacos biológicos e inhibidores de la cinasa Janus (JAK) plantea decisiones prácticas sobre reducción del tratamiento. La evidencia es heterogénea en definiciones, esquemas y rescate, lo que dificulta estandarizar conductas en la práctica clínica.

Objetivo: Generar recomendaciones basadas en la evidencia y la experiencia clínica para la reducción y discontinuación de fármacos biológicos e inhibidores de JAK en adultos con AR, EspAax y APs en Colombia, dirigidas a reumatólogos y tomadores de decisión del sistema de salud.

Métodos: Se realizó un consenso colombiano de expertos mediante técnica Delphi y con síntesis estructurada de evidencia. Se buscaron publicaciones en Medline/PubMed y LILACS, se complementó con repositorios de guías y sociedades científicas, y se priorizó la evidencia reciente. Cada enunciado se calificó en escala Likert de cinco puntos y el consenso se definió, *a priori*, como $\geq 70\%$ de acuerdo. Los ítems sin consenso se ajustaron tras discusión y se volvieron a votar.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edwinjaureguic69@gmail.com (E. Jáuregui).

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2026.504944>

Recibido el 2 de febrero de 2026; Aceptado el 14 de abril de 2026

Disponible en Internet el xxx

0121-8123/© 2026 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Cómo citar este artículo: E. Jáuregui, J. Cajamarca-Barón, D.G. Fernández-Ávila et al., Reducción y discontinuación de fármacos biológicos e inhibidores JAK en artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica: consenso colombiano. Asociación Colombiana de Reumatología, Revista Colombiana de Reumatología, <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2026.504944>

Resultados: El panel aprobó 29 declaraciones, organizadas en definiciones y metas, elegibilidad, estrategia de reducción, seguimiento y manejo de recaída. La recomendación central fue realizar reducción gradual, individualizada y reversible, generalmente preferible a la suspensión completa. El tiempo mínimo de control sostenido antes de iniciar la reducción del tratamiento se definió en seis a 12 meses para AR y en 12 meses o más para EspAax y APs. El primer paso de la estrategia de reducción consistió en una disminución del 25% de la dosis total, ya fuese mediante reducción de dosis o ampliación de los intervalos de administración. La progresión a etapas posteriores solo se consideró si se mantenía el objetivo terapéutico durante al menos seis meses. Asimismo, se establecieron acciones de rescate específicas en casos de recaída según la enfermedad y la gravedad de las manifestaciones clínicas.

Conclusiones: Estas recomendaciones operativas facilitan decisiones consistentes para la reducción de terapias avanzadas en Colombia e integran clinimetría validada, decisión compartida, seguimiento estructurado y rescate predefinido.

ABSTRACT

Keywords:

Arthritis Rheumatoid
Spondylarthritis
Spondylitis Ankylosing
Arthritis Psoriatic
Biological Products
Janus Kinase Inhibitors
Drug Tapering
Delphi Technique

Background: Patients with rheumatoid arthritis (RA), axial spondyloarthritis (axSpA), and psoriatic arthritis (PsA) may reach sustained disease activity control with biologic agents or Janus kinase inhibitors (JAK). In routine care, uncertainty persists regarding when and how to taper advanced therapy while preserving tight control and ensuring timely rescue.

Objective: To develop recommendations based on evidence and clinical experience for the reduction and discontinuation of biologic drugs and JAK inhibitors in adults with RA, axSpA, and PsA in Colombia, aimed at rheumatologists and healthcare system decision-makers.

Methods: We conducted a Colombian expert consensus using a Delphi process informed by a structured evidence synthesis. We searched MEDLINE/PubMed and LILACS and performed complementary searches of guideline and society repositories. Evidence published between 2020 and 2025 was prioritized. Statements were rated on a 5-point Likert scale; consensus was defined a priori as $\geq 70\%$ agreement. Items not reaching consensus were revised after moderated discussions and re-voted.

Results: The panel approved 29 consensus statements organized into definitions and targets, eligibility, tapering strategy, follow-up, and flare management. Tapering is recommended as a gradual, individualized, and reversible process, generally preferred over complete discontinuation. The minimum duration of sustained disease control required before initiating treatment tapering was defined as 6 to 12 months for RA and 12 months or longer for axSpA and PsA. The first step of the tapering strategy consists of a 25% reduction in total drug exposure, achieved through dose reduction and/or extension of dosing intervals. Progression to subsequent steps is considered only if the therapeutic target is maintained for at least 6 months. In addition, rescue strategies for relapses were established according to disease and flare severity.

Conclusions: These operational recommendations standardize tapering decisions for advanced therapy in Colombia and support safe implementation through validated clinimetry, shared decision-making, structured monitoring, and predefined rescue.

Introducción

La artritis reumatoide (AR), la espondiloartritis axial (EspAax) y la artritis psoriásica (APs) son artritis inflamatorias crónicas asociadas con deterioro funcional y exceso de morbilidad, en particular por causas cardiovasculares y respiratorias [1]. En Colombia, la carga es clínicamente relevante y se ha descrito tanto en reportes nacionales para AR como en estimaciones basadas en registro para EspAax; estas cifras no son directamente comparables por diferencias metodológicas, pero orientan sobre la magnitud y la demanda asistencial [2–5]. En paralelo, datos poblacionales internacionales muestran que las tres entidades comparten una carga sostenida y creciente en los sistemas de salud [6].

Los fármacos biológicos y los inhibidores de la cinasa Janus (JAK) han permitido alcanzar remisión o baja actividad en pacientes con respuesta insuficiente a fármacos modificadores de la enfermedad convencionales [7–9]. Una vez logrado el control sostenido, surge la necesidad de reducción terapéutica: reducir dosis o ampliar intervalos para disminuir carga del tratamiento y favorecer la sostenibilidad, a la par de mantener el control clínico [10]. La evidencia sugiere que la reducción gradual suele asociarse con menor riesgo de recaída al compararse con la suspensión completa, pero los estudios difieren en definiciones de recaída, duración mínima de remisión, esquemas de descenso y estrategias de rescate, lo que limita la extrapolación directa a la práctica diaria [11–13]. Además, nueva evidencia aporta señales para seleccionar candidatos y vigilar la reducción (por ejemplo, hallazgos ecográficos y serológicos asociados a recaída en AR) [14], y datos más maduros sobre estrategias de ajuste en inhibidores de JAK [15].

Las guías internacionales recomiendan considerar la reducción en remisión sostenida y suelen desaconsejar la suspensión total, con matices por entidad y mecanismos de acción [7–9,16]. Aun así, existen diferencias entre sistemas de salud en criterios operativos y políticas de implementación; en Europa, solo una minoría de países reporta criterios estandarizados, con variación asociada al contexto socioeconómico [17]. En Colombia existe un consenso previo centrado en fármacos biológicos, por lo que un nuevo consenso resulta pertinente para incorporar evidencia reciente, incluir inhibidores de JAK y operacionalizar las recomendaciones en el entorno nacional [7,16,18,19].

Se eligió un consenso por metodología Delphi porque, pese a la evidencia creciente, persisten incertidumbres prácticas sobre elegibilidad, umbrales de remisión, esquemas de reducción y rutas de rescate, especialmente en enfermedad multidominio y en terapias con experiencia más reciente [11,14]. El objetivo de este consenso fue generar recomendaciones basadas en la evidencia y la experiencia clínica para la reducción y discontinuación de fármacos biológicos e inhibidores de JAK en adultos con AR, EspAax y APs en Colombia, dirigidas a reumatólogos y tomadores de decisiones del sistema de salud.

Materiales y métodos

Participantes

Este consenso fue desarrollado por un grupo de 13 reumatólogos colombianos con experiencia en AR, EspAax y APs, y en el uso de fármacos biológicos e inhibidores JAK. La selección buscó diversidad de

práctica clínica y representación institucional, y se priorizó trayectoria asistencial en reducción terapéutica de dosis. Un equipo metodológico independiente (*EpiThink Health Consulting*) apoyó la planeación, moderación de discusiones y consolidación de resultados para reducir sesgos de autoridad. Todos los participantes realizaron su declaración de intereses antes de comenzar las votaciones y el detalle se presenta en el [material suplementario 1](#).

Búsqueda de evidencia y formulación del alcance

El alcance y las preguntas clínicas se definieron en una sesión inicial del panel. La población diana fueron adultos con AR, EspAax o APs en tratamiento con fármacos biológicos o inhibidores JAK, en quienes se planteó una reducción o discontinuación por control sostenido de la enfermedad.

Se realizó una búsqueda estructurada en Medline/PubMed y LILACS, y una búsqueda complementaria en repositorios de guías y sociedades científicas internacionales y regionales. Se incluyeron guías, consensos, revisiones sistemáticas y estudios clínicos u observacionales con información sobre definiciones de remisión y recaídas, criterios para iniciar reducción, esquemas de reducción (disminución de dosis o ampliación de intervalos), seguimiento y estrategias de rescate. Se priorizaron publicaciones recientes (últimos cinco años) y se incorporó evidencia relevante para predictores de recaída y reducción de dosis de inhibidores JAK [14,15]. Dos revisores metodológicos evaluaron de forma independiente títulos y resúmenes y, posteriormente, textos completos; las discrepancias se resolvieron por discusión. La estrategia de búsqueda y selección de evidencia se describe en el [material suplementario 2](#).

Proceso Delphi

El consenso se desarrolló entre los meses de abril y octubre de 2025 mediante metodología Delphi. A partir de la síntesis de evidencia se construyó un cuestionario organizado por dominios temáticos (definiciones y metas terapéuticas, criterios de inicio, esquemas de reducción, seguimiento, recaída y retratamiento). El proceso se llevó a cabo de manera iterativa en dos rondas de votación. En la primera ronda, los panelistas calificaron cada enunciado con una escala Likert de cinco puntos (1: totalmente en desacuerdo; 5: totalmente de acuerdo) y pudieron proponer modificaciones o nuevos enunciados.

Se realizaron tres sesiones virtuales sincrónicas para discutir ítems sin consenso o con ambigüedades conceptuales y luego se efectuó una segunda ronda para votar nuevamente los enunciados ajustados. Con base en estas discusiones y en los comentarios recibidos, los enunciados fueron ajustados y sometidos a una segunda ronda de votación. Se definió consenso, *a priori*, como $\geq 70\%$ de calificaciones en acuerdo (puntuaciones de 4 o 5 puntos). Los enunciados que alcanzaron consenso no se votaron de nuevo, salvo ajustes editoriales menores que no modificaron su sentido clínico.

Las votaciones se realizaron de forma anónima. Entre rondas se entregó retroalimentación agregada que incluyó porcentaje de acuerdo y síntesis de comentarios. La discusión correspondiente a la segunda ronda se realizó de manera sincrónica y fue regulada mediante moderación metodológica y reglas de participación. El detalle del proceso Delphi se presenta en el [material suplementario 3](#).

Consideraciones éticas, financiamiento e implementación

Este trabajo se basó en revisión de literatura y juicio experto, sin intervención en seres humanos ni uso de datos personales. No hubo financiamiento externo, además de la asociación desarrolladora de la guía. Se tuvieron en cuenta consideraciones de acceso y sostenibilidad para contextualizar la aplicabilidad de las recomendaciones en el sistema de salud.

Tabla 1

Definiciones operativas de los estados de la enfermedad en artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica

Término	Definición
Artritis reumatoide	
Remisión	Al menos uno de los siguientes criterios: DAS28-ESR o DAS28-PCR $< 2,6$ SDAI $\leq 3,3$ CDAI $\leq 2,8$ RAPID3 ≤ 3
Baja actividad	Al menos uno de los siguientes criterios: DAS28 entre $2,6$ y $< 3,2$ SDAI $> 3,3$ y ≤ 11 CDAI $> 2,8$ y ≤ 10 RAPID3 > 3 y ≤ 6
Recaída leve	Incremento del DAS28 $\geq 0,6$ con DAS28 final $\geq 3,2$
Recaída grave	Incremento del DAS28 $\geq 1,2$
Espondiloartritis axial	
Remisión (enfermedad inactiva)	ASDAS $< 1,3$
Baja actividad	ASDAS entre $1,3$ y $< 2,1$
Recaída leve	Incremento del ASDAS $\geq 1,1$ con valor final $< 2,1$
Recaída grave	Incremento del ASDAS ≥ 2 con valor final $\geq 2,1$
Artritis psoriásica	
Remisión	DAPSA ≤ 4 y ausencia de entesitis y dactilitis en la evaluación clínica
Baja actividad	DAPSA entre 5 y 14
Recaída	DAPSA ≥ 5 o aparición de entesitis o dactilitis
Recaída leve*	Incremento del ASDAS $\geq 1,1$ con valor final $< 2,1$
Recaída grave*	Incremento del ASDAS ≥ 2 con valor final $\geq 2,1$

* En artritis psoriásica axial.

ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; CDAI: Clinical Disease Activity Index; DAPSA: Disease Activity in Psoriatic Arthritis; DAS: Disease Activity Score; DAS28-ESR: DAS28 con velocidad de sedimentación globular; DAS28-PCR: DAS28 con proteína C reactiva; RAPID3: Routine Assessment of Patient Index Data 3; SDAI: Simplified Disease Activity Index.

Tabla 2

Metas terapéuticas en artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica

Declaración	Acuerdo
Artritis reumatoide	
1. El objetivo terapéutico es alcanzar una mejoría $\geq 50\%$ de la actividad de la enfermedad a los tres meses y mantener remisión sostenida o baja actividad durante un periodo de tres a seis meses.	100%
Espondiloartritis axial y artritis psoriásica axial	
2. El objetivo terapéutico es lograr remisión o baja actividad de la enfermedad, definida como ASDAS $< 2,1$, de forma sostenida durante un periodo de tres a seis meses.	100%
Artritis psoriásica	
3. El objetivo terapéutico es alcanzar el menor nivel posible de actividad musculoesquelética y el control adecuado de los dominios extraarticulares en un periodo de tres a seis meses, con reevaluación periódica y abordaje multidisciplinario según los dominios afectados.	100%

ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score.

Definiciones

Para garantizar una interpretación homogénea de las declaraciones de este consenso, se adoptaron definiciones estandarizadas para los estados de la enfermedad en AR, EspAax y APs. La [tabla 1](#) presenta los términos clave empleados en el documento.

En todos los casos, la actividad de la enfermedad se evalúa con instrumentos validados y su interpretación corresponde al reumatólogo tratante.

Resultados

El proceso Delphi produjo 29 declaraciones de consenso sobre reducción de fármacos biológicos e inhibidores JAK en AR, EspAax y APs. La evidencia de soporte incluyó 16 guías de práctica clínica, 11 revisiones sistemáticas y nueve estudios complementarios publicados entre 2020 y 2025 [7–13,15,20–24].

Estas declaraciones constituyen sugerencias de práctica clínica y no reemplazan el juicio del reumatólogo tratante. La reducción de dosis debe acordarse con el paciente y es necesario explicitar el riesgo de reactivación y la posibilidad de revertir el último descenso como medida de seguridad [20,25].

Metas terapéuticas

Las metas terapéuticas para cada enfermedad, establecidas por el grupo de consenso, se presentan en la [tabla 2](#). La evaluación de la actividad de la enfermedad en la AR, la EspAax y la APs se basa en múltiples instrumentos de clinimetría validados. En AR, herramientas como: *Disease Activity Score* (DAS28), *Clinical Disease Activity Index* (CDAI), *Simplified Disease Activity Index* (SDAI) y *Routine Assessment of Patient Index Data* (RAPID3) permiten implementar estrategias de *treat-to-target*; no obstante, pueden existir discordancias entre los puntajes y la experiencia clínica del paciente, por lo que las decisiones terapéuticas deben integrar los parámetros objetivos, la anamnesis y la evolución longitudinal. La evidencia respalda como objetivo inicial en AR una mejoría clínica significativa temprana ($\geq 50\%$) dentro de los primeros tres meses, seguida del logro de remisión sostenida o baja actividad entre los tres y seis meses. Aunque la remisión es el objetivo ideal, la baja actividad constituye una meta aceptable en pacientes con enfermedad de larga evolución o daño estructural establecido [7,26,27].

En EspAax, si bien se utilizan *Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score* (ASDAS) y *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI), la evidencia favorece el uso de ASDAS por su mayor objetividad al incorporar reactantes de fase aguda. Puntos de corte de ASDAS $< 2,1$ se asocian con menor actividad inflamatoria y ausencia de manifestaciones extraarticulares, lo que respalda su uso como meta terapéutica sostenida [8,28–30].

En APs, índices como DAPSA (*Disease Activity in Psoriatic Arthritis*) y el estado de mínima actividad son recomendados; sin embargo, dado el carácter multidominio de la enfermedad, el control exclusivo del componente articular es insuficiente. La evidencia apoya un objetivo terapéutico orientado al menor nivel posible de actividad musculoesquelética y al control integral de los dominios extraarticulares, lo que justifica una evaluación periódica y un abordaje multidisciplinario [9,21].

Criterios para iniciar reducción o discontinuación

Los criterios para decidir la reducción o discontinuación de la terapia biológica o de inhibidores JAK se presentan en la [tabla 3](#). Como principio transversal, la reducción de la terapia puede considerarse en adultos con enfermedad controlada y comorbilidades estables, en el marco de una decisión compartida con el paciente. La información brindada debe contemplar el riesgo de reactivación durante la reducción del tratamiento y la eventual demora en la recuperación del objetivo terapéutico.

La evidencia disponible apoya que la reducción gradual de fármacos biológicos y de inhibidores JAK puede considerarse en adultos con AR, EspAax y APs con enfermedad controlada, siempre que se priorice la reducción frente a la suspensión completa y en el marco de una decisión compartida. Esta estrategia se asocia con una mayor probabilidad de mantener el control clínico y con menores tasas de recaída [11,31].

En AR, la reducción gradual de fármacos biológicos o inhibidores JAK puede considerarse tras alcanzar remisión sostenida durante al menos seis meses, siendo más segura cuando esta se mantiene hasta 12 meses. La suspensión completa de biológicos, especialmente inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) y de JAK, se asocia con recaídas tempranas y riesgo de progresión, por lo que no se recomienda de forma rutinaria [22,32–34]. La evidencia reciente reportó que la positividad de los anticuerpos antiproteínas citrulinadas (ACPA) y la actividad inflamatoria subclínica por ecografía se asociaron con un mayor riesgo de recaída durante la reducción, mientras que el uso concomitante de metotrexato se asoció con un menor riesgo [14]. El panel enfatizó que, al evaluar la reducción de inhibidores JAK, deben considerarse aspectos farmacocinéticos como la vida media, el metabolismo hepático y el aclaramiento renal, por su impacto en la seguridad y la eficacia del ajuste; no obstante, los expertos coincidieron en que la discontinuación total podría contemplarse de manera excepcional en pacientes altamente seleccionados, como aquellos con AR temprana, remisión sostenida y posibilidad de continuar con tratamiento convencional, siempre bajo criterio del reumatólogo tratante.

En EspAax, la evidencia sugiere que la reducción gradual de fármacos biológicos puede mantener una actividad baja y estable de la enfermedad en pacientes en remisión sostenida, mientras que la suspensión completa se asocia de forma consistente con un alto riesgo de recaída [12,35]. El panel consideró que la reducción puede evaluarse tras al menos 12 meses de remisión documentada. En el caso de los inhibidores de JAK, la experiencia clínica es aún limitada; por ello, cuando se considere un ajuste, la reducción gradual debe realizarse con estrecha monitorización.

En APs, debido al carácter multidominio de la enfermedad, la reducción gradual de fármacos biológicos o inhibidores JAK solo puede considerarse en pacientes con control sostenido de los dominios musculoesqueléticos y extraarticulares [36,37]; sin embargo, el panel subrayó que la suspensión completa se asocia con un mayor riesgo de recaída, particularmente en los dominios cutáneos, lo que refuerza la recomendación de evitar la discontinuación rutinaria y de adoptar un enfoque cauteloso e individualizado.

En conjunto, la evidencia y la opinión experta respaldan un enfoque escalonado, individualizado y basado en decisión compartida con el paciente, que prioriza la reducción gradual de fármacos biológicos e inhibidores JAK y desaconseja la suspensión completa en la práctica clínica habitual.

Estrategias de reducción y esquemas por fármaco

La evidencia clínica respalda que la reducción de fármacos biológicos y de inhibidores JAK puede realizarse mediante disminución de dosis o ampliación de intervalos, con un enfoque gradual orientado a alcanzar la dosis mínima efectiva y minimizar el riesgo de reactivación clínica. Las estrategias para la reducción gradual de fármacos biológicos e inhibidores JAK se presentan en la [tabla 4](#).

El panel consensuó que una reducción inicial del 25% de la dosis total representa una estrategia prudente y aplicable. En biológicos intravenosos, la reducción puede implementarse mediante disminución de la dosis por infusión o ampliación de intervalos, mientras que en biológicos subcutáneos con dispositivos de dosis fija se recomienda priorizar la ampliación del intervalo de administración.

Los estudios con inhibidores del TNF muestran que una estrategia *treat-to-target* con reducción gradual no es inferior a la continuación plena del tratamiento en términos de mantenimiento de baja actividad a 12 meses, y permite reducir de forma sustancial la exposición al fármaco

Tabla 3

Criterios para iniciar reducción gradual o discontinuación en artritis reumatoide, espondiloartritis axial y artritis psoriásica

Declaración	Acuerdo
<i>Generalidades</i>	
1. La decisión de iniciar la reducción gradual de los fármacos biológicos o los inhibidores de la cinasa Janus debe hacerse mediante decisión compartida entre el reumatólogo tratante y el paciente.	100%
2. Siempre se debe informar al paciente que durante la reducción existe riesgo de reactivación y que el retorno al objetivo terapéutico puede no ser inmediato o completo.	100%
<i>Artritis reumatoide</i>	
3. En artritis reumatoide con remisión sostenida durante seis a 12 meses, se puede considerar reducción gradual de fármacos biológicos según criterio del reumatólogo tratante.	100%
4. En pacientes con artritis reumatoide no se recomienda, en general, la suspensión completa de los fármacos biológicos por el riesgo de progresión radiológica y recaída; sin embargo, la discontinuación podría considerarse en casos seleccionados de diagnóstico temprano, tratados con un solo biológico de inicio precoz, con logro de remisión sostenida y posibilidad de uso de FARME convencionales, como en quienes se ha logrado la reducción de dosis con persistencia de remisión, y siempre bajo criterio del médico reumatólogo tratante.	100%
5. En artritis reumatoide con remisión sostenida durante seis a 12 meses se puede considerar la reducción gradual de los inhibidores de la cinasa Janus, según criterio del reumatólogo tratante.	100%
6. En artritis reumatoide no se recomienda la suspensión completa de los inhibidores de la cinasa Janus por el riesgo de recaída y progresión radiológica.	84%
<i>Espondiloartritis axial y artritis psoriásica axial</i>	
7. En espondiloartritis axial con enfermedad inactiva (ASDAS < 1,3) durante al menos 12 meses se puede considerar la reducción gradual de los fármacos biológicos.	100%
8. En pacientes con espondiloartritis axial en general no se recomienda la suspensión completa de los fármacos biológicos por el riesgo de recaída, sin embargo, la discontinuación podría considerarse en casos seleccionados con reducción previa exitosa y persistencia de enfermedad inactiva (por ASDAS) durante al menos 12 meses y bajo criterio del médico reumatólogo tratante.	100%
9. En espondiloartritis axial se puede valorar la reducción gradual de los inhibidores de la cinasa Janus en pacientes en remisión durante al menos 12 meses.	100%
10. En espondiloartritis axial no se recomienda la suspensión completa de los inhibidores de la cinasa Janus por el riesgo de recaída.	100%
<i>Artritis psoriásica</i>	
11. En artritis psoriásica con control sostenido de los dominios musculoesqueléticos y extraarticulares durante al menos 12 meses, se puede considerar la reducción gradual de los fármacos biológicos.	100%
12. En artritis psoriásica no se recomienda la suspensión completa de los fármacos biológicos por el riesgo de recaída.	100%
13. En artritis psoriásica con control sostenido de los dominios musculoesqueléticos y extraarticulares durante al menos 12 meses, se puede considerar la reducción gradual de los inhibidores de la cinasa Janus.	100%
14. En artritis psoriásica no se recomienda la suspensión completa de los inhibidores de la cinasa Janus por el riesgo de recaída.	100%

«Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales» incluye, entre otros, metotrexato, leflunomida, sulfasalazina e hidroxycloquina según indicación clínica.

ASDAS: *Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*; FARME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.

Tabla 4

Estrategias para reducción gradual de fármacos biológicos e inhibidores de la cinasa Janus

Declaración	Acuerdo
1. La estrategia de reducción (disminución de dosis o prolongación de intervalos) debe definirse mediante decisión compartida con el paciente. Su implementación debe ser gradual para reducir el riesgo de reactivación clínica.	100%
2. La reducción inicial sugerida es del 25% de la dosis total, mediante disminución de dosis o ampliación del intervalo de administración.	100%
3. En el caso de fármacos biológicos intravenosos, la reducción gradual puede realizarse al disminuir la dosis por infusión o ampliar los intervalos entre infusiones.	100%
4. En el caso de fármacos biológicos subcutáneos con pluma o jeringa precargada, la reducción gradual se debe realizar con la ampliación del intervalo entre aplicaciones.	100%
5. Si el objetivo terapéutico se mantiene durante seis meses o más tras la reducción inicial, se debe avanzar con el siguiente paso del esquema de reducción*.	100%

* Los esquemas de reducción por molécula se presentan en la [tabla 5](#).

«Dosis total» se refiere a la cantidad administrada por unidad de tiempo (por dosis o intervalo).

Tabla 5

Esquemas sugeridos de reducción gradual por fármaco

Grupo/fármaco	Dosis estándar	Primer paso de reducción	Segundo paso de reducción
<i>Inhibidores del factor de necrosis tumoral</i>			
Adalimumab	40 mg cada 2 semanas	40 mg cada 3-4 semanas	40 mg cada 5-6 semanas
Certolizumab pegol	200 mg cada 2 semanas 400 mg cada 4 semanas	200 mg cada 3-4 semanas 400 mg cada 5 semanas	200 mg cada 5-6 semanas 400 mg cada 6 semanas
Etanercept	50 mg cada 7 días	50 mg cada 10-14 días 25 mg cada 7 días	50 mg cada 21 días 25 mg cada 14 días
Golimumab (subcutáneo)	50 mg cada 4 semanas	50 mg cada 5 semanas	50 mg cada 6 semanas
Golimumab (intravenoso)	2 mg/kg cada 8 semanas	2 mg/kg cada 10 semanas	2 mg/kg cada 12 semanas
Infliximab	3-5 mg/kg cada 8 semanas	3-5 mg/kg cada 9-10 semanas	3-5 mg/kg cada 11 semanas (o reducción de dosis con mantenimiento de intervalo)*
Infliximab (subcutáneo)	120 mg cada 2 semanas	120 mg cada 3 semanas	120 mg cada 4 semanas
<i>Inhibidores de interleucina 23</i>			
Guselkumab	100 mg cada 8 semanas	100 mg cada 12 semanas	100 mg cada 16 semanas
Risankizumab	150 mg cada 12 semanas	150 mg cada 16 semanas	150 mg cada 24 semanas*
<i>Inhibidores de interleucina 17</i>			
Ixekizumab	80 mg cada 4 semanas	80 mg cada 6 semanas	80 mg cada 8 semanas
Secukinumab	300 mg cada 4 semanas	300 mg cada 6-8 semanas	300 mg cada 8-12 semanas
Secukinumab	150 mg cada 4 semanas	150 mg cada 6 semanas	150 mg cada 8 semanas
<i>Inhibidores de interleucina 6</i>			
Tocilizumab (intravenoso)	8 mg/kg cada 4 semanas	4 mg/kg cada 4 semanas 8 mg/kg cada 6-8 semanas	4 mg/kg cada 6 semanas 8 mg/kg cada 12 semanas
Tocilizumab (subcutáneo)	162 mg cada 7 días	162 mg cada 10 días	162 mg cada 14 días
<i>Inhibidores de interleucina 12/23</i>			
Ustekinumab (≤ 100 kg)	45 mg cada 12 semanas	45 mg cada 16 semanas	Hasta intervalo de 24 semanas*
Ustekinumab (> 100 kg)	90 mg cada 12 semanas 90 mg cada 12 semanas	90 mg cada 16 semanas 45 mg cada 12 semanas	Hasta intervalo de 24 semanas* 45 mg cada 16 semanas
<i>Modulador de coestimulación (CTLA-4)</i>			
Abatacept (intravenoso)	500 mg (< 60 kg), 750 mg (de 60 a 100 kg) o (> 100 kg) 1 g cada 4 semanas	Cada 5 semanas	Cada 6 semanas
Abatacept (subcutáneo)	125 mg cada 7 días	125 mg cada 10 días	125 mg cada 14 días
<i>Anti-CD20</i>			
Rituximab (intravenoso)	2 infusiones de 1 g cada seis meses	2 infusiones de 500 mg cada seis meses	Extender el ciclo a 9-12 meses, individualizar*
<i>Inhibidores de la cinasa Janus</i>			
Baricitinib	4 mg cada 24 horas	2 mg cada 24 horas	4 mg cada 48 horas
Tofacitinib	5 mg cada 12 horas	5 mg cada 24 horas	—
Tofacitinib (liberación prolongada)	11 mg cada 24 horas	11 mg cada 48 horas	—
Upadacitinib	15 mg cada 24 horas	15 mg cada 48 horas	—

* Intervalos prolongados requieren individualización. Para infliximab, alternativamente puede reducirse la dosis al mantener el intervalo de 8 semanas e individualizar según respuesta clínica.

CD-20: proteína en la superficie de los linfocitos B; *CTLA-4*: antígeno 4 de linfocitos T citotóxicos; kg: kilogramos; mg: miligramos.

Esquemas sugeridos para orientar la reducción gradual; su aplicación debe individualizarse según respuesta clínica, formulaciones disponibles, seguridad del paciente y ficha técnica local.

[37]. De manera concordante, estudios con otros biológicos, que incluyen abatacept, tocilizumab, rituximab y agentes dirigidos a IL-12/23 e IL-17, indican que la reducción gradual puede mantener el control clínico en pacientes seleccionados, mientras que la suspensión completa se asocia de forma consistente con un mayor riesgo de recaída [35,36–39].

En el caso de los inhibidores *JAK*, la evidencia es más limitada. Un ensayo clínico con baricitinib mostró que la reducción de dosis se asocia con una menor tasa de mantenimiento de la remisión frente a la dosis estándar, aunque con reducción del riesgo de infección y alta probabilidad de recuperación del control clínico tras reinstaurar la dosis plena [15]. Estos hallazgos respaldan la viabilidad de la reducción bajo monitoreo estrecho, pero no de reducciones sucesivas no protocolizadas.

Los expertos coincidieron en que, si el objetivo terapéutico se mantiene durante al menos seis meses tras la reducción inicial, puede considerarse avanzar al siguiente paso del esquema de reducción, siempre guiado por la respuesta clínica individual. Los esquemas específicos por molécula se presentan en la [tabla 5](#) para facilitar su implementación clínica.

Seguimiento, recaída y retratamiento

El panel no estableció un intervalo fijo de seguimiento durante la reducción gradual y recomendó su individualización según las características del paciente; no obstante, en la práctica y de acuerdo con guías

Tabla 6

Seguimiento, recaída y retratamiento durante la reducción gradual de fármacos biológicos e inhibidores de la cinasa Janus

Declaración	Acuerdo
1. Tras iniciar la reducción se debe continuar el descenso gradual mientras se mantenga el objetivo terapéutico, hasta identificar la dosis mínima efectiva.	85%
2. Desde el inicio del descenso se recomienda mantener controles periódicos con reumatología, con medición sistemática de la actividad de la enfermedad y vigilancia de manifestaciones extraarticulares.	92%
3. En artritis reumatoide, ante recaída leve durante la reducción del fármaco, está indicado retornar a la dosis inmediatamente anterior al último descenso.	100%
4. En artritis reumatoide, ante recaída grave durante la reducción del fármaco, se recomienda reiniciar la dosis estándar aprobada.	100%
5. En espondiloartritis axial, ante recaída leve durante la reducción del fármaco, se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos a dosis plenas durante 4 semanas. Si tras reevaluación persiste actividad, retornar a la dosis previa al último descenso o a la dosis estándar según criterio clínico.	92%
6. En espondiloartritis axial, ante recaída grave durante la reducción del fármaco, está indicado reiniciar la dosis estándar aprobada.	92%
7. En artritis psoriásica, ante recaída en cualquier dominio durante la reducción del fármaco, se debe realizar evaluación multidisciplinaria para definir el ajuste terapéutico orientado al control integral de la enfermedad.	85%

«Dosis previa al último descenso» se refiere al esquema vigente justo antes del cambio más reciente en dosis o intervalo.

internacionales, el monitoreo suele realizarse cada tres a cuatro meses e incluye clinimetría y vigilancia de manifestaciones extraarticulares, y que confirma siempre el mantenimiento del objetivo terapéutico antes de avanzar en el descenso [7,40]. Las declaraciones de consenso al respecto se presentan en la [tabla 6](#).

Las recaídas durante la reducción de terapias biológicas son frecuentes, especialmente con anti-TNF, con tasas reportadas entre el 45% y el 80% [41,42], sin embargo, una proporción significativa de los pacientes recupera el control de la enfermedad tras el retorno a la dosis previa o estándar. Estudios con adalimumab y otros anti-TNF han mostrado tasas de recuperación de hasta un 90% en AR y EspAax, y el ensayo ARCTIC REWIND confirmó que, pese a un mayor riesgo de recaída con la reducción hasta suspensión, la reanudación del tratamiento permite recuperar la remisión sin impacto en la progresión radiográfica [12,20,43].

En EspAax, la reducción de anti-TNF se asocia con un mayor riesgo de recaída frente a la dosis estándar, aunque la mayoría de los pacientes recupera el control al revertir al esquema previo [24]. En APs, la reducción se asocia con un mayor riesgo de recaída sin beneficios claros en seguridad, lo que, dado el carácter multidominio de la enfermedad, refuerza la necesidad de vigilancia estrecha y evaluación multidisciplinaria ante cualquier recaída.

El panel enfatizó la importancia de informar al paciente sobre los signos de recaída y la alta probabilidad de recuperar el control de la enfermedad con ajustes oportunos del tratamiento, como parte de la toma de decisiones compartida.

En la [figura 1](#) se presenta el algoritmo clínico para la reducción gradual de fármacos biológicos e JAK en AR, EspAax y APs.

Discusión

Este consenso traduce la evidencia reciente y la experiencia clínica en un marco operativo para reducir la dosis de los fármacos biológicos e inhibidores JAK en Colombia. El eje del documento es priorizar la reducción gradual y reversible sobre la suspensión completa, porque la retirada total se asocia con una mayor probabilidad de recaída en AR y EspAax en síntesis de evidencia y revisiones centradas en reducción gradual [11–13]. Esta posición también es consistente con recomendaciones internacionales que proponen considerar reducción solo en control sostenido y evitan, en general, la suspensión rutinaria [7–9].

En AR, la discusión actual ya no debe limitarse a clinimetría en consulta. En una cohorte prospectiva, la positividad para los ACPA y la persistencia de inflamación subclínica por ecografía, incluida la señal Doppler, se asociaron con un mayor riesgo de recaída durante la reducción; además, el uso concomitante de metotrexato se vinculó con un menor riesgo [14]. En la práctica, esto apoya un enfoque escalonado:

confirmar el control clínico, revisar los factores de riesgo de recaída (por ejemplo, historia de recaídas) y, cuando persistan dudas, usar las herramientas adicionales como ecografía o serología para afinar la selección y el seguimiento [7,14].

En inhibidores de JAK, la evidencia respalda que la reducción de dosis puede ser una estrategia razonable en pacientes con control sostenido, siempre que se implemente como un descenso monitorizado y reversible. En el estudio RA-BEYOND, tras inducir baja actividad o remisión con baricitinib de 4 mg, el mantenimiento del control a 96 semanas fue mayor con la dosis de 4 mg que con la de 2 mg (baja actividad por CDAI: 70,2% vs. 59,9%; remisión: 36,6% vs. 30,8%; análisis con imputación de no respondedores) [15]. La tasa de rescate fue más alta con 2 mg (22,5% vs. 14,7%) y, entre quienes perdieron baja actividad con 2 mg y fueron reescalados a 4 mg, el 76,2% recuperó baja actividad a las 12 semanas (75,6% a las 24 semanas), lo que sustentó un esquema con umbrales explícitos para intensificación temprana [15]. En paralelo, un ensayo aleatorizado con tofacitinib mostró que la suspensión de este medicamento se asoció con una pérdida más rápida del control que la continuación o la reducción, lo que sustentó desaconsejar la retirada rutinaria de este inhibidor JAK [22]. Más allá de la actividad inflamatoria, datos observacionales sugirieron un efecto ahorrador de glucocorticoides con inhibidores JAK frente a biológicos, un desenlace relevante en pacientes con comorbilidad y riesgo acumulado por glucocorticoides; este punto debe interpretarse con prudencia por el diseño no aleatorizado, pero aportó un argumento clínico adicional para individualizar la estrategia en pacientes dependientes de glucocorticoides [44]. Las recomendaciones específicas de seguridad y uso de inhibidores JAK en enfermedades inmunomediadas siguen siendo un soporte complementario para contextualizar decisiones en el mundo real [45].

En EspAax, el consenso exige un periodo más conservador de estabilidad antes de reducir. Esto es coherente con revisiones que han descrito que la reducción puede ser factible en pacientes seleccionados, mientras que la discontinuación completa incrementó de forma consistente el riesgo de recaída frente a dosis estándar [12,13,45]. Un metaanálisis reciente sobre reducción de inhibidores del TNF en espondiloartritis también respaldó que el riesgo de recaída aumentó con el descenso, lo que obligó a definir umbrales de intervención y rutas de rescate antes de iniciar el proceso [24]. En términos operativos, el uso de ASDAS como índice preferido para monitorización se alineó con guías y facilitó decisiones reproducibles en el seguimiento [8,16].

En APs, la recomendación de estabilidad mínima de 12 meses y el manejo multidominio reflejaron la naturaleza clínica de la enfermedad y la necesidad de evitar reducciones que descuidaran dominios no articulares. Este enfoque es coherente con guías recientes y recomendaciones regionales, que enfatizaron evaluar piel, entesis y dactilitis, además de

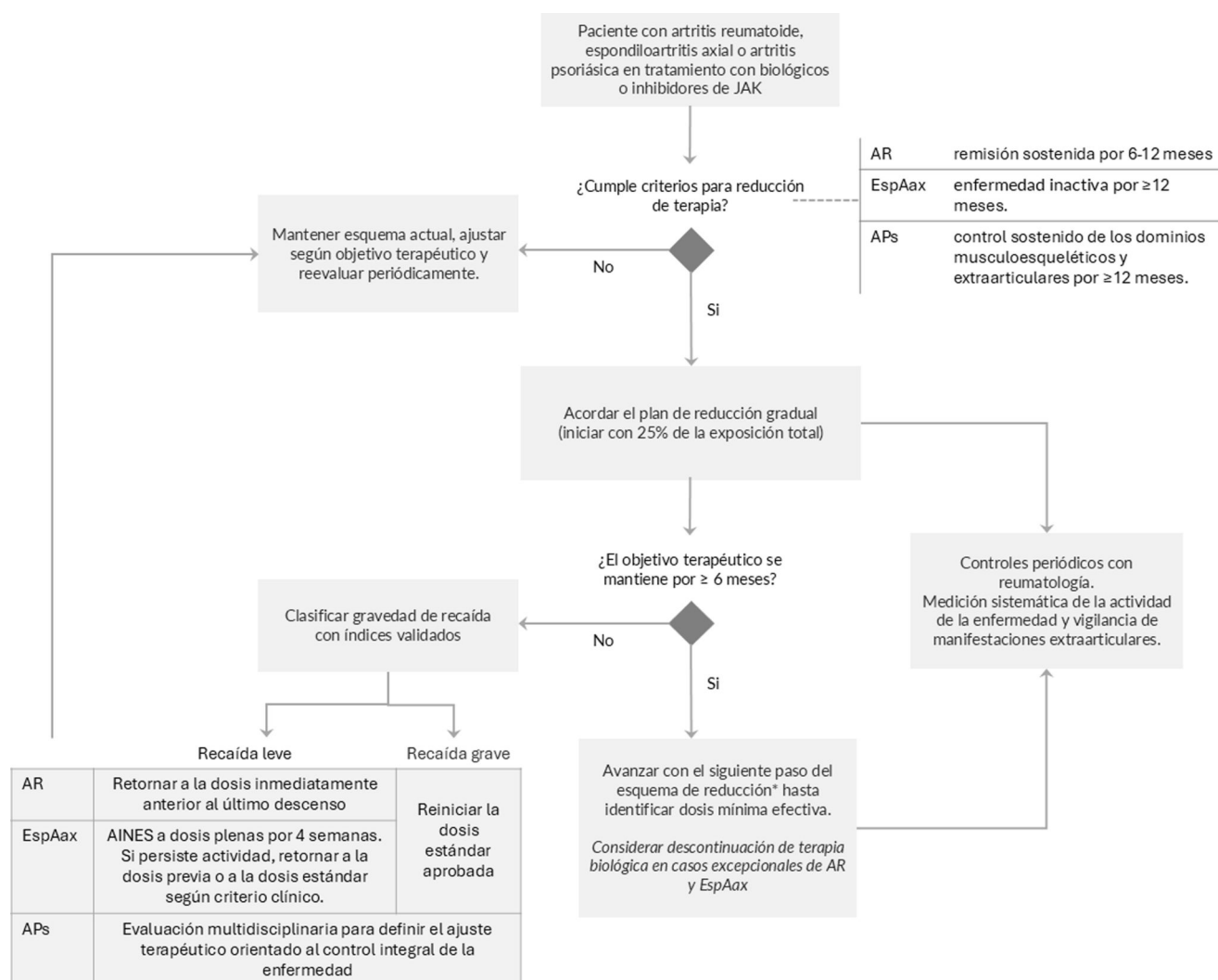


Figura 1. Algoritmo clínico para la reducción gradual de fármacos biológicos e inhibidores de la cinasa Janus (JAK) en artritis reumatoide (AR), espondiloartritis axial (EspAax) y artritis psoriásica (APs).

El algoritmo resume las recomendaciones del consenso para seleccionar candidatos, ejecutar reducción gradual, realizar seguimiento y manejar recaídas durante la reducción terapéutica en adultos con AR, EspAax y APs, tratados con fármacos biológicos o JAK. La confirmación del control debe hacerse con clinimetría validada e interpretación por reumatología: AR (DAS28-ESR/DAS28-PCR, SDAI, CDAI o RAPID3), EspAax (ASDAS) y APs (DAPSA con evaluación clínica de entesitis y dactilitis). La elegibilidad exige control sostenido según la enfermedad (AR: seis a 12 meses; EspAax y APs: ≥ 12 meses).

La reducción se plantea como un proceso gradual, reversible e individualizado, con un primer paso de disminución del 25% de la dosis total (reducción de dosis o ampliación del intervalo); en formulaciones subcutáneas de dosis fija se prefiere espaciar intervalos y en formulaciones intravenosas puede reducirse dosis por infusión o ampliar intervalos. La suspensión completa no se recomienda como estrategia rutinaria. El seguimiento clínico incluye medición sistemática de actividad y vigilancia de dominios extraarticulares, con educación al paciente sobre signos de recaída y plan de rescate. La recaída se clasifica con los umbrales operativos por entidad: AR (leve: incremento de DAS28 $\geq 0,6$ con valor final $\geq 3,2$; grave: incremento $\geq 1,2$), EspAax (leve: incremento de ASDAS $\geq 1,1$ con valor final $< 2,1$; grave: incremento ≥ 2 con valor final $\geq 2,1$) y APs (DAPSA ≥ 5 o aparición de entesitis o dactilitis). Ante recaída, el rescate se basa en revertir el último descenso o retornar a dosis estándar, según gravedad y entidad.

AINES: antiinflamatorios no esteroideos; APs: artritis psoriásica; AR: artritis reumatoide; EspAax: espondiloartritis axial; JAK: inhibidores de la cinasa Janus.

la respuesta articular [9,21,46]. La decisión de exigir control sostenido también respondió a la experiencia de recaídas tempranas tras suspensión y a la mayor complejidad del retratamiento cuando se afectaron los dominios extraarticulares [9,21].

Un hallazgo transversal del consenso fue que la reducción de la dosis no puede ser «una regla única» para todas las moléculas. En tocilizumab intravenoso, un modelo farmacocinético respaldó que, por depuración no lineal, estrategias individualizadas pueden reducir la exposición del fármaco sin perder eficacia en pacientes seleccionados, lo que obliga a diferenciar biológicos por farmacología clínica y no solo por clase terapéutica [23]. Esta misma lógica se ha propuesto para estrategias de retiro de anti-TNF en AR orientadas por medicina de precisión y por el perfil del paciente [47].

La implementación de las recomendaciones elaboradas para la discontinuación de terapia biológica e inhibidores JAK depende de factores del sistema de salud: continuidad de dispensación, acceso a reumatología y capacidad de control periódico. Las diferencias entre países en políticas y criterios operativos para reducir o suspender terapias avanzadas muestran que, sin estandarización, la práctica tiende a variar por contexto y no por necesidad clínica; este punto es relevante para Colombia, donde el acceso y los procesos administrativos condicionan tiempos de seguimiento y reescalamiento [17]. Desde la perspectiva económica, un análisis de costo-utilidad sugiere que la reducción gradual puede ser eficiente cuando existen mecanismos ágiles de rescate ante recaídas; aunque ello no sustituye la evaluación local, pero aporta una dirección para políticas de sostenibilidad con seguridad clínica [48].

La integración de las preferencias del paciente resulta determinante para el éxito del ajuste terapéutico. La evidencia sobre las perspectivas de usuarios y clínicos identifica temores recurrentes, específicamente la reactivación de la enfermedad, el incremento del dolor y el deterioro funcional, que influyen en la aceptación del descenso y refuerzan la necesidad de una decisión compartida y estructurada [25]. La evidencia sobre ayudas para la toma de decisiones sugiere que las herramientas claras mejoran la comprensión y la confianza del paciente durante el proceso, lo que puede favorecer la adherencia al seguimiento y la consulta oportuna ante reactivación [49].

Este consenso reconoce las limitaciones derivadas de la variabilidad en la evidencia disponible, particularmente respecto a las definiciones de recaída y la duración óptima de la remisión [11–13,21,22]. Desde la perspectiva metodológica, aunque la votación fue individual y anónima, las sesiones sincrónicas de discusión permitieron la interacción directa entre panelistas, factor que debe considerarse al interpretar la transferencia de estos resultados. Asimismo, la escasez de protocolos para la reducción de fármacos biológicos en régimen de monoterapia constituye un vacío clínico relevante, dada su frecuencia en la práctica habitual [50]. Estos hallazgos justifican la realización de estudios locales de vida real que evalúen desenlaces estructurales y de seguridad en el marco de las rutas de atención nacionales.

Conclusiones

Este consenso colombiano define criterios operativos para reducir la dosis de los fármacos biológicos e inhibidores *JAK* en AR, EspAax y APs. Las declaraciones consensuadas estandarizan definiciones de actividad y recaída, criterios de elegibilidad, pasos de reducción gradual y estrategias de rescate clínico. La recomendación central es privilegiar una reducción progresiva y reversible sobre la suspensión completa, por el mayor riesgo de recaída asociado a la discontinuación.

En situaciones con incertidumbre clínica, biomarcadores y hallazgos de inflamación subclínica pueden apoyar la estratificación del riesgo. En inhibidores *JAK*, la evidencia respalda la reducción en pacientes seleccionados con monitorización estrecha y posibilidad de reescalamiento oportuno; la recuperación del control tras rescate es frecuente.

La implementación de las estrategias planteadas requiere reconocer diferencias farmacológicas entre moléculas, fortalecer la decisión compartida con el paciente y asegurar la capacidad de seguimiento y rescate para preservar seguridad y eficacia. Estas recomendaciones se beneficiarían de evaluación prospectiva en el contexto colombiano, en especial en escenarios de monoterapia y en estrategias de reducción individualizada de las dosis de los fármacos.

Revisión externa

Una versión preliminar del manuscrito fue sometida a revisión externa por pares y se incorporaron las modificaciones pertinentes.

Financiación

El desarrollo de este consenso fue financiado en su totalidad por la Asociación Colombiana de Reumatología (ASOREUMA). Su desarrollo fue independiente y guiado por un equipo metodológico externo que garantizó que los resultados se basaran en la evidencia disponible y la realidad de la práctica en el país.

Consideraciones éticas

Este documento no requirió la aprobación de un comité de ética, dado que no involucra el uso de datos sensibles ni la participación directa de pacientes.

Consentimiento informado

No aplica.

Declaración sobre el uso de la IA generativa y de las tecnologías asistidas por la IA en el proceso de redacción

Durante la preparación de este trabajo los autores no emplearon herramientas de redacción basadas en inteligencia artificial.

Contribución de autores

Edwin Jáuregui, Jairo Cajamarca-Barón, Daniel G Fernández-Ávila, Diana Gil, Orlando Roa, Sebastián Segura participaron en la concepción, definición del alcance, selección de las temáticas del consenso y validación de la evidencia obtenida. Todos los autores contribuyeron activamente en la revisión y discusión de los enunciados finales. Además, todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflicto de intereses

EJ: Socio de Riesgo de Fractura S.A. Ha sido conferencista o asesor de Biopas, Abbvie, Novartis, Fresenius.

SS: Ha sido conferencista de diferentes laboratorios farmacéuticos.

WBM: Ha sido conferencista para Amgen, Abbvie, Biopas, GSK, Janssen, Lilly, Novartis.

GP: Ha sido conferencista para Bristol, Amgen, Johnson & Johnson, Abbvie, Novartis, Biopas.

LMSR: Ha sido conferencista para GSK, Johnson & Johnson, Novartis, Abbvie, Eli Lilly, Biopas, Amgen, Sanofi.

PV: Ha sido conferencista para la industria farmaceútica.

ACR: Ha sido conferencista para Johnson & Johnson, Eli Lilly, Pfizer, Abbvie, Novartis, Biopas

EP: Ha sido conferencista para Janssen, Eli Lilly, Novartis

Los demás autores no tienen conflictos que declarar.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Susan Martínez, Linda Ibatá, Carolina Castillo y Jorge Ospina, del equipo de EpiThink Health Consulting, por la conducción metodológica de este consenso, la realización de revisiones sistemáticas de la literatura, el desarrollo de las sesiones deliberativas, la redacción del manuscrito y el apoyo editorial para el documento final.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.rcreu.2026.504944](https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2026.504944).

Bibliografía

- [1] Kerola AM, Kazemi A, Rollefstad S, Lillegraven S, Sexton J, Wibetoe G, et al. All-cause and cause-specific mortality in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis: a nationwide registry study. *Rheumatology (Oxford)* 2022;61:4656–66, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keac210>.
- [2] Barahona-Correa JE, Herrera-Leaño NM, Bernal-Macías S, Fernández-Ávila DG. Prevalence of axial spondyloarthritis in Colombia: data from the National Health Registry 2017–2021. *Clin Rheumatol* 2024;43:49–57, <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-023-06799-y>.
- [3] Cuenta de Alto Costo, Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la artritis reumatoide en Colombia 2024. Bogotá: CAC; 2025 [consultado 15 Sep 2025]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2025/07/Situacion-de-la-Artritis-Reumatoide-en-Colombia-2024.pdf>.
- [4] Fernández-Ávila DG, Rincón-Riaño DN, Bernal-Macías S, Gutiérrez Dávila JM, Rosselli D. Prevalencia de la artritis reumatoide en Colombia según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social. *Rev Colomb Reumatol* 2019;26:83–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2019.01.003>.
- [5] Fernández-Ávila DG, Rincón-Riaño DN, Bernal-Macías S, Gutiérrez Dávila JM, Rosselli D. Prevalence and demographic characteristics of psoriatic arthritis in

- Colombia: Data from the National Health Registry 2012-2018. *Rev Colomb Reumatol* 2023;30:S1-104, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcrue.2022.08.001>.
- [6] Scott IC, Whittle R, Bailey J, Twhigh H, Hider SL, Mallen CD, et al. Rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and axial spondyloarthritis epidemiology in England from 2004 to 2020: an observational study using primary care electronic health record data. *Lancet Reg Health Eur* 2022;23:100519, <http://dx.doi.org/10.1016/j.la-nepe.2022.100519>.
 - [7] Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, Kerschbaumer A, Sepriano A, Aletaha D, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis* 2023;82:3-18, <http://dx.doi.org/10.1136/ard-2022-223356>.
 - [8] Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, Ortolan A, Webers C, Baraliakos X, et al. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. *Ann Rheum Dis* 2023;82:19-34, <http://dx.doi.org/10.1136/ard-2022-223296>.
 - [9] Gossec L, Kerschbaumer A, Ferreira RJO, Aletaha D, Baraliakos X, Bertheussen H, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. *Ann Rheum Dis* 2024;83:706-19, <http://dx.doi.org/10.1136/ard-2024-225531>.
 - [10] Maassen JM, van Ouwkerk L, Allaart CF. Tapering of disease-modifying antirheumatic drugs: an overview for daily practice. *Lancet Rheumatol* 2021;3:e659-70, [http://dx.doi.org/10.1016/s2665-9913\(21\)00224-1](http://dx.doi.org/10.1016/s2665-9913(21)00224-1).
 - [11] Uhrenholt L, Christensen R, Dinesen WKH, Liboriusen CH, Andersen SS, Dreyer L, et al. Risk of flare after tapering or withdrawal of biologic/targeted synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis or axial spondyloarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2022;61:3107-22, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keab902>.
 - [12] Webers C, Nikiphorou E, Boonen A, Ramiro S. Tapering or discontinuation of biological disease-modifying antirheumatic drugs in axial spondyloarthritis: a review of the literature and discussion on current practice. *Joint Bone Spine* 2023;90:105482, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2022.105482>.
 - [13] Chaudhary H, Bittar M, Daoud A, Magrey M. Dose tapering and discontinuation of biologic dmards in axial spondyloarthritis: a narrative review (2023 SPARTAN Annual Meeting Proceedings). *Curr Rheumatol Rep* 2024;26:155-63, <http://dx.doi.org/10.1007/s11926-024-01137-w>.
 - [14] Nozaki Y, Kishimoto K, Tomita D, Itami T, Ashida C, Shiga T, et al. Stepwise dose reduction and discontinuation of bDMARD in rheumatoid arthritis: a prospective cohort study of flare-free population, flares, and predictive markers. *Arthritis Res Ther* 2025;27:205, <http://dx.doi.org/10.1186/s13075-025-03672-y>.
 - [15] Edwards CJ, Krönke G, Avouac J, Li Z, Conti F, Balsa A, et al. Baricitinib dose reduction in patients with rheumatoid arthritis achieving sustained disease control: final results from the RA-BEYOND study. *J Rheumatol* 2025;52:316-22, <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.2024-0906>.
 - [16] Zhao SS, Harrison SR, Thompson B, Yates M, Eddison J, Chan A, et al. The 2025 British Society for Rheumatology guideline for the treatment of axial spondyloarthritis with biologic and targeted synthetic DMARDs. *Rheumatology (Oxford)* 2025;64:3242-54, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keaf089>.
 - [17] Michelsen B, Østergaard M, Nissen MJ, Ciurea A, Möller B, Midtbøll Ørnberg L, et al. Disparities in the organisation of national healthcare systems for treatment of patients with psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis across Europe. *Health Policy* 2025;156:105311, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105311>.
 - [18] Jáuregui E, Bautista Molano W, Beltrán Ostos A, Felipe Díaz OJ, Fernández A, Fernández D, et al. Colombian Association of Rheumatology. Consensus on recommendations to decrease and discontinue biological therapy in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis. *Rev Colomb Reumatol* 2019;26:11-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcrue.2018.10.002>.
 - [19] Nash P, Kerschbaumer A, Konzett V, Aletaha D, Dörner T, Fleischmann R, et al. Expert consensus statement on the treatment of immune-mediated inflammatory diseases with Janus kinase inhibitors: 2024 update. *Ann Rheum Dis* 2025;84:664-79, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ard.2025.01.032>.
 - [20] Lillegraven S, Paulshus Sundlisæter N, Aga AB, Sexton J, Olsen IC, Lexberg AS, et al. Effect of tapered versus stable treatment with tumour necrosis factor inhibitors on disease flares in patients with rheumatoid arthritis in remission: a randomised, open label, non-inferiority trial. *Ann Rheum Dis* 2023;82:1394-403, <http://dx.doi.org/10.1136/ard-2023-224476>.
 - [21] Fernández-Ávila DG, Bautista-Molano W, Brance ML, Ávila Pedretti MG, Burgos Vargas R, Díaz Coto JF, et al. Pan American League of Associations for Rheumatology Recommendations for the Treatment of Psoriatic Arthritis. *J Rheumatol* 2024;51:563-76, <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.2023-1172>.
 - [22] Wang M, Xue Y, Du F, Ma L, Jiang L, et al. Continuation, reduction, or withdrawal of tofacitinib in patients with rheumatoid arthritis achieving sustained disease control: a multicenter, open-label, randomized controlled trial. *Chin Med J (Engl)* 2023;136:331-40, <http://dx.doi.org/10.1097/cm9.0000000000002561>.
 - [23] Hooijberg F, van den Berg SPH, Layegh Z, Leeuw M, Elkayam O, de Vries A, et al. Precision dosing of intravenous Tocilizumab: development of pharmacokinetic model-derived tapering strategies for patients with rheumatoid arthritis. *Ther Drug Monit* 2025;47:337-45, <http://dx.doi.org/10.1097/ftd.0000000000001258>.
 - [24] Min HK, Kim HR, Lee SH, Nam B, Shin JH, Kim TH. Risk of disease flare in spondyloarthritis patients after tapering tumor necrosis factor inhibitors: a meta-analysis and literature review. *Int Immunopharmacol* 2024;134:112167, <http://dx.doi.org/10.1016/j.intimp.2024.112167>.
 - [25] Wiener N, Webster P, Attur M, Yin Y, Sharma T. Patient perspectives on tapering biologic or targeted synthetic therapy in well-controlled rheumatoid arthritis and comparison with providers' perspectives. *Rheumatology (Oxford)* 2023;62(Suppl. 4):iv3-7, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kead431>.
 - [26] Toro-Gutiérrez CE, Arheláez-Cortés Á, Fernández-Aldana AR, Mejía-Romero RA, Méndez Patarroyo P, Quintana LG, et al. Clinical practice guidelines for the early detection, diagnosis, treatment, and follow-up of patients with rheumatoid arthritis Colombian Association of Rheumatology, 2022. *Rev Colomb Reumatol* 2024;31:205-22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcrue.2023.02.001>.
 - [27] Hendrik J, de Jonge MJ, Fransen J, Kievit W, van Riel PL. Systematic review of patient-reported outcome measures (PROMs) for assessing disease activity in rheumatoid arthritis. *RMD Open* 2016;2:e000202, <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000202>.
 - [28] Bautista-Molano W, Saldarriaga-Rivera LM, Junca-Ramírez A, Fernández-Aldana AR, Fernández-Ávila DG, Jaimes DA, et al. Guía de práctica clínica 2021 para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con espondiloartritis axial. Asociación Colombiana de Reumatología. *Rev Colomb Reumatol* 2022;29:77-154, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcrue.2021.08.003>.
 - [29] Nam B, Koo BS, Lee TH, Shin JH, Kim JJ, Lee S, et al. Low BASDAI score alone is not a good predictor of anti-tumor necrosis factor treatment efficacy in ankylosing spondylitis: a retrospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord* 2021;22:140, <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-020-03941-8>.
 - [30] Fernández-Carballido C, Collantes-Estévez E, Gratacós J, Juanola X, Zarco P. Remission in axial spondyloarthritis: developing a consensus definition. *Rheumatol Clin (Eng Ed)* 2021;17:380-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reumae.2020.01.008>.
 - [31] Uhrenholt L, Duch K, Christensen R, Dreyer L, Hauge EM, Schlemmer A, et al. Predicting successful biologics tapering in patients with inflammatory arthritis: Secondary analyses based on the BIOlogical Dose OPTimisation (BIDOPT) trial. *Br J Clin Pharmacol* 2023;89:3152-64, <http://dx.doi.org/10.1111/bcp.15806>.
 - [32] Morone G. Are down-titration and discontinuation strategies of tumour necrosis factor-blocking agents for rheumatoid arthritis in patients with low disease activity possible? A Cochrane Review summary with commentary. *Int J Rheum Dis* 2021;24:278-80, <http://dx.doi.org/10.1111/1756-185X.13989>.
 - [33] van der Togt CJT, den Broeder N, Boonstra MS, van der Maas A, den Broeder AA, van Herwaarden N. Disease activity-guided dose optimization including discontinuation of TNF inhibitors in rheumatoid arthritis is effective for up to 10 years: an observational follow-up of the DRESS study. *Rheumatology (Oxford)* 2025;64:533-40, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keae103>.
 - [34] Ward MM, Madanchi N, Yazdanyar A, Shah NR, Constantinescu F. Prevalence and predictors of sustained remission/low disease activity after discontinuation of induction or maintenance treatment with tumor necrosis factor inhibitors in rheumatoid arthritis: a systematic and scoping review. *Arthritis Res Ther* 2023;25:222, <http://dx.doi.org/10.1186/s13075-023-0199-0>.
 - [35] Saoussen M, Yasmine M, Lilia N, Alia F, Hiba B, Kawther BA, et al. Tapering biologics in axial spondyloarthritis: a systematic literature review. *Int Immunopharmacol* 2022;112:109256, <http://dx.doi.org/10.1016/j.intimp.2022.109256>.
 - [36] Coates LC, Pillai SG, Tahir H, Valter I, Chandran V, Kameda H, et al. Withdrawing Ixekizumab in patients with psoriatic arthritis who achieved minimal disease activity: results from a randomized, double-blind withdrawal study. *Arthritis Rheumatol* 2021;73:1663-72, <http://dx.doi.org/10.1002/art.41716>.
 - [37] Michielsens CA, den Broeder N, van den Hoogen FH, Mahler EA, Teerensstra S, van der Heijde D, et al. Treat-to-target dose reduction and withdrawal strategy of TNF inhibitors in psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis: a randomised controlled non-inferiority trial. *Ann Rheum Dis* 2022;81:1392-9, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-222260>.
 - [38] Vasconcelos LB, Silva MT, Galvao TF. Reduction of biologics in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int* 2020;40:1949-59, <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-020-04651-z>.
 - [39] Navarro-Compán V, Moreira V, Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Vargas-Lebrón C, Navarro-Sarabia F. Low doses of etanercept can be effective in ankylosing spondylitis patients who achieve remission of the disease. *Clin Rheumatol* 2011;30:993-6, <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-011-1722-5>.
 - [40] Australia, New Zealand Musculoskeletal Clinical Trials Network. An Australian living guideline for the pharmacological management of inflammatory arthritis. Australia: Australia and New Zealand Musculoskeletal Clinical Trials Network; 2024 [consultado 15 Sep 2025]. Disponible en: https://files.magicapp.org/guideline/bb6a4ff1-031c-429d-b1ce-5c907287251b/published_guideline_6122-1_15.pdf.
 - [41] Emery P, Burmester GR, Naredo E, Sinigaglia L, Lagunes I, Koenigsbauer F, et al. Adalimumab dose tapering in patients with rheumatoid arthritis who are in long-standing clinical remission: results of the phase IV PREDICTRA study. *Ann Rheum Dis* 2020;79:1023-30, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217246>.
 - [42] Chatzidionysiou K, Turesson C, Telesman A, Knight A, Lindqvist E, Larsson P, et al. A multicentre, randomised, controlled, open-label pilot study on the feasibility of discontinuation of adalimumab in established patients with rheumatoid arthritis in stable clinical remission. *RMD Open* 2016;2:e000133, <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000133>.
 - [43] Balay-Dustrude E, Fennell J, Baszisz K, Goh YI, Horton DB, Lee T, et al. Approaches and outcomes of adalimumab discontinuation in patients with well-controlled inflammatory arthritis: a systematic search and review. *Pediatr Rheumatol Online J* 2024;22:112, <http://dx.doi.org/10.1186/s12969-024-01046-3>.
 - [44] Adami G, Bixio R, Virelli G, Galvagni I, Mastropaolo F, Morciano A, et al. Glucocorticoid sparing effect of Janus kinase inhibitors compared to biologic disease modifying anti-rheumatic drugs in rheumatoid arthritis, a single-centre retrospective analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2025;64:1698-704, <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keae455>.
 - [45] Lukasik Z, Carron P, Webers C. To taper or not to taper biological disease-modifying antirheumatic drugs in axial spondyloarthritis anno 2023: that is the question. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2023;37:101869, <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2023.101869>.

- [46] Fernández-Ávila DG, Arredondo González AM, Arteaga CE, Arroyave DJ, Cortés Correa CI, Chiquito S, et al. Clinical practice guideline for the treatment of psoriatic arthritis in Colombia. *Rev Colomb Reumatol* 2023;30:S1–104, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.02.011>.
- [47] Venetsanopoulou AI, Voulgari PV, Drosos AA. Optimizing withdrawal strategies for anti-TNF- α therapies in rheumatoid arthritis. *Expert Opin Biol Ther* 2024;24:815–25, <http://dx.doi.org/10.1080/14712598.2024.2384000>.
- [48] van Esveld L, Cox JM, Kuijper TM, Bosch TM, Weel-Koenders AE. Cost-utility analysis of tapering strategies of biologicals in rheumatoid arthritis patients in the Netherlands. *Ann Rheum Dis* 2023;82:1296–306, <http://dx.doi.org/10.1136/ard-2023-224190>.
- [49] Lee J, Barber CEH, Jung M, Kaminska E, Bansback N, Richards D, et al. Decision aid-led tapering of biologic and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis: a qualitative study. *J Rheumatol* 2024;51:1077–83, <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.2024-0383>.
- [50] Meng CF, Rajesh DA, Jannat-Khat DP, Jivanelli B, Bykerk V. The gap in knowledge about tapering targeted therapy being used as monotherapy in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Curr Rheumatol Rev* 2024;20:46–56, <http://dx.doi.org/10.2174/1573397119666230828160108>.