Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

DESTINO REMISIÓN (ENCUESTA)

1 Analizar la situación actual

1. ¿Qué es para ti el concepto de remisión? (Elige la que más se acerca a lo que tú consideras remisión)
    a. Curación
    b. Ausencia de síntomas
    c. Inflamación mínima o ausente
    d. Ausencia de inflamación y de síntomas
2. ¿Crees que en el concepto de remisión se debe incluir el resultado de…

Imagen	☐ Sí ☐ No
Variables declaradas por el paciente (PRO: Patient Reported Outcomes	☐ Sí ☐ No
Seroconversión (Negativización de FR y ACPA)	☐ Sí ☐ No
Biomarcadores (por ejemplo: reactantes de fase aguda, calprotectina, marcadores biológicos múltiples)	☐ Sí ☐ No

3. ¿En tu práctica clínica cómo valoras la remisión en tus pacientes? (Indica el % de uso de cada una de estas herramientas)

% de pacientes en los que valoras la remisión en función de… (Likert 5)

	0 – 5%	5 – 25%	25 – 50%	50 – 75%	75-100%
DAS28					
SDAI					
CDAI					
Recuento dolorosas					
Recuento tumefactas					
Reactantes de fase aguda					
Valoración del médico					
Valoración del paciente					
RAPID-3					
Ecografía					
Radiografía					
RM					

4. ¿Cuál es tu **objetivo terapéutico**?
    a. Remisión
    b. Remisión o baja actividad, dependiendo de los casos
    c. Baja actividad
5. ¿**Reduces** la dosis de terapia biológica una vez alcanzado el **objetivo terapéutico**?
    a. Siempre
    b. Habitualmente
    c. Sólo en determinados perfiles de pacientes
    d. Nunca

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

6. ¿Cuánto tiempo mantienes a tus pacientes habitualmente en objetivo terapéutico antes de disminuir la dosis de terapia biológica?
    a. Nunca me lo planteo
    b. 12 meses o más en objetivo terapéutico
    a. Entre 6 y 12 meses en objetivo terapéutico
    b. Menos de 6 meses en objetivo terapéutico

7. Imagina un paciente que está en objetivo terapéutico en el que te plantearas reducir dosis de terapia biológica ¿Qué valor darías a cada uno de los siguientes escenarios para tomar la decisión?

	1 (no le doy valor)	2	3	4	5 (le doy mucho valor)
a. El paciente está con corticoides a dosis bajas					
b. El EVA del paciente es 0, independientemente de otros parámetros					
c. La ecografía muestra señal Doppler					
d. Es una AR con factores de mal pronóstico					
e. No lleva FAME asociado					
f. Ha fallado a varios biológicos previos					
g. Cuando empezó el biológico tenía actividad alta					
h. Duración de la enfermedad <1-2 años					
i. Edad ≥ 70 años					

8. ¿Utilizas los niveles de fármaco para tomar la decisión de reducir dosis de biológico?
    a. Habitualmente
    b. Algunas veces
    c. Nunca, porque no creo en ellos
    d. Nunca, porque no dispongo de ellos

9. ¿Utilizas la ecografía para tomar la decisión de reducir dosis de biológico?
    a. Habitualmente
    b. Algunas veces
    c. Nunca, porque no creo en ella
    d. Nunca, porque no dispongo de ecógrafo

10. ¿Conoces la herramienta RedoSER disponible en la página de la SER?
    a. No → Continúa a pregunta 12
    b. Sí

11. ¿La utilizas?
    a. Siempre
    b. Alguna vez
    c. No

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

12. ¿Qué te motiva, o motivaría, para reducir la dosis de la terapia biológica?

	(Totalmente en contra) 1	2	3	4	(Totalmente de acuerdo) 5
a. Mejorar la seguridad					
b. La posibilidad de ahorrar					
c. El hecho de que se puede recuperar el objetivo terapéutico subiendo dosis en caso de rebrote					
d. El hecho de que las guías clínicas lo contemplan					
e. Que así lo dicte el protocolo de mi centro / CCAA					
f. Que me lo solicite el paciente					
g. Utilizar la mínima dosis eficaz					

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Preguntas conocimientos

1. ¿Qué es la **remisión clínica**? Marque la que según su opinión se ajusta más
    a. Ausencia de signos y síntomas de actividad inflamatoria significativa
    b. Mejoría de más de un 80% respecto de la situación basal del paciente
    c. Normalización de los reactantes de fase aguda
    d. DAS28-VSG <3.2
    e. Exploración física normal, sin hallazgos que sugieran datos de actividad

Respuesta: La a) es la definición de remisión clínica. B) no es adecuada, para definir remisión no deben existir signos ni síntomas de enfermedad, no sólo un determinado porcentaje de mejoría desde la basal. C) no es correcta, ya que no sólo se fundamenta la remisión en parámetros de laboratorio. D) la definición de remisión según el DAS28-VSG debe ser menor de 2.6. E) Además de una exploración física normal, la remisión significa que no hay signos ni síntomas de actividad significativa.

2. Señala la opción más acertada respecto a la **remisión mantenida según EULAR**
    a. Conseguir DAS 28-VSG <2,6 durante 3 meses
    b. Al menos 6 meses en remisión
    c. Conseguir datos de mínima actividad, sin tratamiento
    d. Conseguir baja actividad sin necesidad de corticoides
    e. NAT y NAD igual a 0, en dos visitas consecutivas

Respuesta: A) No es correcto. DAS 28-VSG <2,6 durante 3 meses es remisión, pero para ser mantenida, debería estar en remisión en 2 evaluaciones clínicas consecutivas separadas en el tiempo. B) Correcto. En la última actualización de las recomendaciones Eular para el tratamiento de la AR, se habla de remisión sostenida o mantenida a partir de 6 meses. C) No es correcto. EULAR habla de remisión en función de la actividad, no del tratamiento que esté utilizando el paciente en ese momento. D) No es correcto. Ningún tratamiento aparece en la definición de remisión por EULAR. E) No es correcto. La ausencia de signos y síntomas de actividad debe darse en dos evaluaciones clínicas consecutivas, pero además tienen que estar separadas al menos 3 meses.

3. ¿En qué pacientes es más frecuente la **remisión mantenida**?
    a. En los que se puede retirar los corticoides en menos de 3 meses
    b. En los que tienen ACPA positivo
    c. En los que inician terapia con FAME antes de 1 año de síntomas
    d. Con más de 5 articulaciones tumefactas al debut
    e. Con fracaso a dos terapias dirigidas

Respuesta: A) No es correcto. Salvo en situaciones de corticoidependencia, no parece que existan diferencias entre retirar los corticoides en menos de 3 meses o menos de 6. B) No es correcto. La remisión en general es menos probable en pacientes ACPA (+). C) Correcto. Cuanto antes se inicie la terapia con FAME, mayor la probabilidad de entrar en remisión y de que esta sea prolongada. D) No es correcto. Al contrario, la remisión mantenida es más frecuente si existe una baja actividad al debut. E) No es correcto. La necesidad de varios tratamientos de terapias dirigidas, se asocia a baja probabilidad de lograr remisión.

4. ¿Qué índice no incluye valor de laboratorio?
    a. DAS28-VSG
    b. DAS28-PCR
    c. SDAI
    d. CDAI
    e. DAS28

Respuesta: A) No es correcto. Incluye la VSG. B) No es correcto. Incluye la PCR. C) Incluye la PCR. D) Correcto. No incluye ningún dato de laboratorio. E) No es correcto. Incluye la VSG

5. Sólo uno de los siguientes es un punto de corte aceptado para remisión
    a. DAS 28-VSG< 3,2
    b. DAS 28-PCR>3,2
    c. DAS 28-VSG <2,6
    d. SDAI <3,6

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

e. CDAI <3,3

Respuesta: A) No es correcto. El punto de corte de remisión del DAS 28-VSG es 2,6. B) No es correcto. El punto de corte de remisión del DAS 28-PCR es 2,6. C) Correcto. Este es el punto de remisión del DAS28 con VSG D) No es correcto. El punto de corte de remisión del SDAI es 3,3. E) No es correcto. El punto de corte de remisión del CDAI es 2,8.

6. ¿Se pueden intercambiar DAS28-PCR y DAS28-VSG, utilizando en uno la PCR y en otro la VSG?
   a. Sí, se pueden intercambiar, ya que para ambos la remisión está en 2,6
   b. No, en general el DAS28-PCR da menor puntuación que el DAS28-VSG
   c. No, dado que el punto de corte del DAS28-PCR es más alto que el DAS 28-VSG
   d. No, el DAS28-PCR sólo se puede intercambiar por el SDAI
   e. Sí, el DAS 28 VSG y el DAS 28 PCR son intercambiables en situaciones de baja actividad de la enfermedad

Respuesta: A) No es correcto. El DAS28-PCR puede infraestimar la actividad de la enfermedad si utilizamos los puntos de corte del DAS28-VSG. B) Correcto. Los puntos de corte para el DAS28-PCR son más bajos que los descritos para el DAS 28-VSG. C) No es correcto. El punto de corte del DAS 28-PCR es más bajo que el del DAS 28. D) No es correcto. Según el criterio de remisión que se escoja, los resultados serán diferentes. E) No es correcto. El DAS28-VSG y el DAS28-PCR no son intercambiables.

7. Los criterios EULAR/ACR de remisión de 2011 incluyen criterios booleanos y basados en índices. Señala cúal es la “pareja”verdadera (tipo de criterio e ítem incluído)
   a. booleanos – EVA médico ≤ 1
   b. booleanos – VSG ≤ 10
   c. basados en índice – DAS 28-VSG <2,8
   d. booleanos – EVA paciente ≤ 1
   e. basados en índice – CDAI < 3,2

Respuesta: A) No es correcto. Los criterios booleanos no incluyen la EVA del médico. B) No es correcto. Los criterios booleanos no incluyen la VSG. C) No es correcto. Los criterios de remisión basados en índice utilizan el CDAI, no el DAS28. D) Es la correcta. E) No es correcto. El criterio basado en índice es el CDAI, pero cuando es menor o igual de 2,8.

8. ¿Cuál de las siguientes **NO** es una ventaja de usar un PRO para evaluar la remisión?
   a. Permiten que se establezca una relación médico-paciente fluida
   b. Precisa de tiempos de consulta más largos
   c. Facilitan la participación del paciente en decisiones de tratamiento compartidas
   d. Sientan las bases del autocuidado
   e. Al ser siempre el paciente quien lo rellena, no hay cambios en la perspectiva, como si ocurriría si cambiara el médico

Respuesta: A) No es correcto. Los PRO facilitan la relación médico-paciente, luego es una ventaja. B) Correcto. En realidad los PRO no tienen por qué alargar la consulta; el paciente los puede responder antes de entrar. C) No es correcto. El uso de PRO facilita la participación del paciente en la toma de decisiones, luego es una ventaja. D) No es correcto. Los PRO favorecen el autocuidado, luego es una ventaja. E) No es correcto. En los PRO, sólo hay un observador, el paciente, por lo que los datos son más reproducibles que con dos observadores, luego es una ventaja.

9. ¿Qué definición práctica de remisión se asocia a ausencia de progresión radiológica?
   a. Remisión ecográfica y booleana
   b. Presencia de sinovitis ecográfica pero no clínica
   c. DAS28-VSG <2,8
   d. Sinovitis residual
   e. Señal Power-Doppler en contacto con el hueso

Respuesta: A) Correcto. La remisión por ecografía y según criterios booleanos es la que más se ha asociado a ausencia de progresión radiológica. B) No es correcto. La presencia de sinovitis ecográfica se asocia a

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

progresión. C) No es correcto. La definición de remisión del DAS28-VSG es <2,6. D) No es correcto. La sinovitis residual es sinovitis ecográfica y se asocia a progresión. E) No es correcto. La señal PD en contacto o penetrando en el hueso tiene elevado riesgo de progresión.

10. Una vez alcanzada la remisión: ¿Qué dicen las guías internacionales?
    a. ACR: interrumpir todos los tratamientos a los 2 meses de conseguir la remisión
    b. ACR: no se debe reducir la dosis, sino suspender tratamientos, en función de la actividad
    c. EULAR: suspender primero el fármaco sintético y, por último, los glucocorticoides
    d. EULAR: comenzar reduciendo la dosis de los glucocorticoides
    e. EULAR: suspender primero el fármaco biológico

Respuesta: A) No es correcto. El ACR recomienda NO interrumpir todos los tratamientos para la AR. B) No es correcto. El ACR establece que, en remisión, se puede considerar la reducción de dosis de los tratamientos para la AR. C) No es correcto. EULAR recomienda empezar primero la reducción de corticoides y por último los FAME sintéticos. D) Es la correcta. EULAR recomienda comenzar a reducir dosis por los corticoides. E) No es correcto. EULAR recomienda primero reducir dosis de corticoides, después biológicos y después los FAME sintéticos.

11. Respecto a la sinovitis detectada por ecografía, señale la respuesta correcta:
    a. No es predictor de fallo a reducción de dosis
    b. Tiene más probabilidades de tener un brote
    c. Si hay remisión clínica, pierde su capacidad predictora de daño articular
    d. La muñeca y MCF incluidas en los índices son siempre de la mano no dominante
    e. Se asocia a mayor duración de la remisión clínica

Respuesta: A) No es correcto. La sinovitis detectada por ecografía predice el fallo tras reducción de dosis. B) Es correcto. Su presencia debería tenerse en cuenta a la hora de optimizar. C) No es correcto. La sinovitis detectada por ecografía predice progresión, independientemente de la clínica. D) No es correcto. Son las de la mano dominante las que están incluidas en todos los índices. E) No es correcto. La sinovitis detectada por ecografía se asocia a menor duración de la remisión tras reducción de dosis.

12. Señala la **correcta** en relación con el **MBDA** (*Multi- BIomaker Disease Activity test*)
    a. Ha sido validado en estudios clínicos de pacientes con AR precoz y establecida
    b. No se correlaciona con medidas clínicas de actividad, sólo con medidas ecográficas
    c. Está formado exclusivamente por PCR y VSG
    d. Está ampliamente validado y extendido en su uso
    e. La mejoría temprana en la puntuación del MBDA no se asocia a remisión clínica al año

Respuesta A) Es la correcta. B) No es correcto. Se ha demostrado que se correlaciona significaticamente con las medidas clínicas de actividad. C) No es correcto. Está formado por PCR, amiloide A, IL-6, TNF-R1, Leptina, Resistina, MMP-1, MMP-3, YKL-40, VCAM-1, VEGF-A y EGF. D) No es correcto. El MBDA ha demostrado una moderada validez convergente con el DAS28-PCR y DAS28-VSG, pero correlaciones más débiles con SDAI, CDAI y RAPID. Son necesarios más estudios para valorar las características de su comportamiento. E) No es correcto. Una mejoría temprana en la puntuación del MBDA se asocia a remisión clínica a 1 año.

13. Marque la **correcta** respecto a la **calprotectina**
    a. No se ha estudiado su utilidad en la AR todavía
    b. Es un predictor muy potente de recaída en pacientes en remisión / baja actividad con terapia anti-TNF
    c. Predice la respuesta a la reducción de dosis con anti-TNF
    d. No existe asociación entre los niveles de calprotectina y los índices de actividad
    e. Sus niveles no se asocian con la sinovitis subclínica ecográfica

Respuesta: A) No es correcto. Aunque se necesitan más trabajos de calprotectina en AR, sus posibles utilidades han sido estudiadas ampliamente. B) Es la respuesta correcta. C) No es correcto. En pacientes con baja actividad de la enfermedad, la calprotectina no tiene valor predictivo tras la disminución del tratamiento con anti TNF. D) No es correcto. Sí existe asociación entre los niveles del calprotectina y los

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

índices de actividad. E) No es correcto. Los niveles de calprotectina sí se asocian con la sinovitis subclínica ecográfica.

14. ¿Qué es la calculadora REDOSER?

a. Es un nuevo proyecto SER de control de dosis de biológicos
b. Es una calculadora para pacientes, para conocer su situación clínica
c. Es una aplicación diseñada para ayudarle en la toma de decisiones relacionadas con la reducción de dosis de terapia biológica, para profesionales
d. Es una herramienta que ayuda a calcular el precio de los tratamientos de los pacientes con AR
e. Es una aplicación que permite ajustar la dosis de corticoides y biológicos, según los datos ecográficos

Respuesta: A) No es correcto. Es un proyecto SER finalizado para la valoración de la reducción de dosis. B) No es correcto. Es una herramienta para profesionales. C) Es la correcta, Redoser ayuda a la toma de decisiones en el ámbito profesional. D) No es correcto. Es una herramiento para la toma de decisiones de reducción de dosis, no para el cálculo de precios. E) No es correcto. No es para el ajuste de dosis, es para tomar la decisión si reducir o no.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Evaluación de conocimientos sobre la remisión

1. ¿Qué es la remisión clínica? Marque la que según su opinión se ajusta más

a. Ausencia de signos y síntomas de actividad inflamatoria significativa
b. Mejoría de más de un 80% respecto de la situación basal del paciente
c. Normalización de los reactantes de fase aguda
d. DAS28-VSG <3.2
e. Exploración física normal, sin hallazgos que sugieran datos de actividad

Respuesta: La a) es la definición de remisión clínica. B) no es adecuada, para definir remisión no deben existir signos ni síntomas de enfermedad, no sólo un determinado porcentaje de mejoría desde la basal. C) no es correcta, ya que no sólo se fundamenta la remisión en parámetros de laboratorio. D) la definición de remisión según el DAS28-VSG debe ser menor de 2.6. E) Además de una exploración física normal, la remisión significa que no hay signos ni síntomas de actividad significativa.

% correctas pre	78
% correctas post	90
Mejoría	12

2. Señala la opción más acertada respecto a la remisión mantenida según EULAR

a. Conseguir DAS 28-VSG <2,6 durante 3 meses
b. Al menos 6 meses en remisión
c. Conseguir datos de mínima actividad, sin tratamiento
d. Conseguir baja actividad sin necesidad de corticoides
e. NAT y NAD igual a 0, en dos visitas consecutivas

Respuesta: A) No es correcto. DAS 28-VSG <2,6 durante 3 meses es remisión, pero para ser mantenida, debería estar en remisión en 2 evaluaciones clínicas consecutivas separadas en el tiempo. B) Correcto. En la última actualización de las recomendaciones Eular para el tratamiento de la AR, se habla de remisión sostenida o mantenida a partir de 6 meses. C) No es correcto. EULAR habla de remisión en función de la actividad, no del tratamiento que esté utilizando el paciente en ese momento. D) No es correcto. Ningún tratamiento aparece en la definición de remisión por EULAR. E) No es correcto. La ausencia de signos y síntomas de actividad debe darse en dos evaluaciones clínicas consecutivas, pero además tienen que estar separadas al menos 3 meses.

% correctas pre	58
% correctas post	61
Mejoría	3

4. ¿En qué pacientes es más frecuente la remisión mantenida?

a. En los que se puede retirar los corticoides en menos de 3 meses
b. En los que tienen ACPA positivo
c. En los que inician terapia con FAME antes de 1 año de síntomas
d. Con más de 5 articulaciones tumefactas al debut
e. Con fracaso a dos terapias dirigidas

Respuesta: A) No es correcto. Salvo en situaciones de corticoidependencia, no parece que existan diferencias entre retirar los corticoides en menos de 3 meses o menos de 6. B) No es correcto. La remisión en general es menos probable en pacientes ACPA (+). C) Correcto. Cuanto antes se inicie la terapia con FAME, mayor la probabilidad de entrar en remisión y de que esta sea prolongada. D) No es correcto. Al contrario, la remisión mantenida es más frecuente si existe una baja actividad al debut. E) No es correcto. La necesidad de varios tratamientos de terapias dirigidas, se asocia a baja probabilidad de lograr remisión.

% correctas pre	79

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

% correctas post	78
Mejoría	-1

5. ¿Qué índice no incluye valor de laboratorio?

a. DAS28-VSG
b. DAS28-PCR
c. SDAI
d. CDAI
e. DAS28

Respuesta: A) No es correcto. Incluye la VSG. B) No es correcto. Incluye la PCR. C) Incluye la PCR. D) Correcto. No incluye ningún dato de laboratorio. E) No es correcto. Incluye la VSG

% correctas pre	77
% correctas post	94
Mejoría	17

6. Sólo uno de los siguientes es un punto de corte aceptado para remisión

a. DAS 28-VSG< 3,2
b. DAS 28-PCR>3,2
c. DAS 28-VSG <2,6
d. SDAI <3,6
e. CDAI <3,3

Respuesta: A) No es correcto. El punto de corte de remisión del DAS 28-VSG es 2,6. B) No es correcto. El punto de corte de remisión del DAS 28-PCR es 2,6. C) Correcto. Este es el punto de remisión del DAS28 con VSG D) No es correcto. El punto de corte de remisión del SDAI es 3,3. E) No es correcto. El punto de corte de remisión del CDAI es 2,8.

% correctas pre	92
% correctas post	84
Mejoría	-8

7. ¿Se pueden intercambiar DAS28-PCR y DAS28-VSG, utilizando en uno la PCR y en otro la VSG?

a. Sí, se pueden intercambiar, ya que para ambos la remisión está en 2,6
b. No, en general el DAS28-PCR da menor puntuación que el DAS28-VSG
c. No, dado que el punto de corte del DAS28-PCR es más alto que el DAS 28-VSG
d. No, el DAS28-PCR sólo se puede intercambiar por el SDAI
e. Sí, el DAS 28 VSG y el DAS 28 PCR son intercambiables en situaciones de baja actividad de la enfermedad

Respuesta: A) No es correcto. El DAS28-PCR puede infraestimar la actividad de la enfermedad si utilizamos los puntos de corte del DAS28-VSG. B) Correcto. Los puntos de corte para el DAS28-PCR son más bajos que los descritos para el DAS 28-VSG. C) No es correcto. El punto de corte del DAS 28-PCR es más bajo que el del DAS 28. D) No es correcto. Según el criterio de remisión que se escoja, los resultados serán diferentes. E) No es correcto. El DAS28-VSG y el DAS28-PCR no son intercambiables.

% correctas pre	40
% correctas post	41
Mejoría	1

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

8. Los criterios EULAR/ACR de remisión de 2011 incluyen criterios booleanos y basados en índices. Señala cúal es la “pareja”verdadera (tipo de criterio e ítem incluído)

a. booleanos – EVA médico ≤ 1
b. booleanos – VSG ≤ 10
c. basados en índice – DAS 28-VSG <2,8
d. booleanos – EVA paciente ≤ 1
e. basados en índice – CDAI < 3,2

Respuesta: A) No es correcto. Los criterios booleanos no incluyen la EVA del médico. B) No es correcto. Los criterios booleanos no incluyen la VSG. C) No es correcto. Los criterios de remisión basados en índice utilizan el CDAI, no el DAS28. D) Es la correcta. E) No es correcto. El criterio basado en índice es el CDAI, pero cuando es menor o igual de 2,8.

% correctas pre	49
% correctas post	60
Mejoría	11

9. ¿Cuál de las siguientes NO es una ventaja de usar un PRO para evaluar la remisión?

a. Permiten que se establezca una relación médico-paciente fluida
b. Precisa de tiempos de consulta más largos
c. Facilitan la participación del paciente en decisiones de tratamiento compartidas
d. Sientan las bases del autocuidado
e. Al ser siempre el paciente quien lo rellena, no hay cambios en la perspectiva, como si ocurriría si cambiara el médico

Respuesta: A) No es correcto. Los PRO facilitan la relación médico-paciente, luego es una ventaja. B) Correcto. En realidad los PRO no tienen por qué alargar la consulta; el paciente los puede responder antes de entrar. C) No es correcto. El uso de PRO facilita la participación del paciente en la toma de decisiones, luego es una ventaja. D) No es correcto. Los PRO favorecen el autocuidado, luego es una ventaja. E) No es correcto. En los PRO, sólo hay un observador, el paciente, por lo que los datos son más reproducibles que con dos observadores, luego es una ventaja.

% correctas pre	69
% correctas post	71
Mejoría	2

10. ¿Qué definición práctica de remisión se asocia a ausencia de progresión radiológica?

a. Remisión ecográfica y booleana
b. Presencia de sinovitis ecográfica pero no clínica
c. DAS28-VSG <2,8
d. Sinovitis residual
e. Señal Power-Doppler en contacto con el hueso

Respuesta: A) Correcto. La remisión por ecografía y según criterios booleanos es la que más se ha asociado a ausencia de progresión radiológica. B) No es correcto. La presencia de sinovitis ecográfica se asocia a progresión. C) No es correcto. La definición de remisión del DAS28-VSG es <2,6. D) No es correcto. La sinovitis residual es sinovitis ecográfica y se asocia a progresión. E) No es correcto. La señal PD en contacto o penetrando en el hueso tiene elevado riesgo de progresión.

% correctas pre	78

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

% correctas post	94
Mejoría	16

11. Una vez alcanzada la remisión: ¿Qué dicen las guías internacionales?

a. ACR: interrumpir todos los tratamientos a los 2 meses de conseguir la remisión
b. ACR: no se debe reducir la dosis, sino suspender tratamientos, en función de la actividad
c. EULAR: suspender primero el fármaco sintético y, por último, los glucocorticoides
d. EULAR: comenzar reduciendo la dosis de los glucocorticoides
e. EULAR: suspender primero el fármaco biológico

Respuesta: A) No es correcto. El ACR recomienda NO interrumpir todos los tratamientos para la AR. B) No es correcto. El ACR establece que, en remisión, se puede considerar la reducción de dosis de los tratamientos para la AR. C) No es correcto. EULAR recomienda empezar primero la reducción de corticoides y por último los FAME sintéticos. D) Es la correcta. EULAR recomienda comenzar a reducir dosis por los corticoides. E) No es correcto. EULAR recomienda primero reducir dosis de corticoides, después biológicos y después los FAME sintéticos.

% correctas pre	97
% correctas post	98
Mejoría	1

12. Respecto a la sinovitis detectada por ecografía, señale la respuesta correcta:

a. No es predictor de fallo a reducción de dosis
b. Tiene más probabilidades de tener un brote
c. Si hay remisión clínica, pierde su capacidad predictora de daño articular
d. La muñeca y MCF incluidas en los índices son siempre de la mano no dominante
e. Se asocia a mayor duración de la remisión clínica

Respuesta: A) No es correcto. La sinovitis detectada por ecografía predice el fallo tras reducción de dosis. B) Es correcto, los pacientes con sinovitis ecográfica están en una posición de mayor riesgo para tener un nuevo brote. C) No es correcto. La sinovitis detectada por ecografía predice progresión, independientemente de la clínica. D) No es correcto. Son las de la mano dominante las que están incluidas en todos los índices. E) No es correcto. La sinovitis detectada por ecografía se asocia a menor duración de la remisión tras reducción de dosis.

% correctas pre	70
% correctas post	86
Mejoría	16

13. Señala la correcta en relación con el MBDA (Multi- BIomaker Disease Activity test)

a. Ha sido validado en estudios clínicos de pacientes con AR precoz y establecida
b. No se correlaciona con medidas clínicas de actividad, sólo con medidas ecográficas
c. Está formado exclusivamente por PCR y VSG
d. Está ampliamente validado y extendido en su uso
e. La mejoría temprana en la puntuación del MBDA no se asocia a remisión clínica al año

Respuesta A) Es la correcta. B) No es correcto. Se ha demostrado que se correlaciona significaticamente con las medidas clínicas de actividad. C) No es correcto. Está formado por PCR, amiloide A, IL-6, TNF-R1, Leptina, Resistina, MMP-1, MMP-3, YKL-40, VCAM-1, VEGF-A y EGF. D) No es correcto. El MBDA ha demostrado una moderada validez convergente con el DAS28-PCR y DAS28-VSG, pero correlaciones más débiles con SDAI, CDAI y RAPID. Son necesarios más estudios para valorar las características de su comportamiento. E) No es correcto. Una mejoría temprana en la puntuación del MBDA se asocia a remisión clínica a 1 año.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

% correctas pre	82
% correctas post	80
Mejoría	-2

14. Marque la respuesta correcta respecto a la calprotectina

a. No se ha estudiado su utilidad en la AR todavía
b. Es un predictor muy potente de recaída en pacientes en remisión / baja actividad con terapia anti-TNF
c. Predice la respuesta a la reducción de dosis con anti-TNF
d. No existe asociación entre los niveles de calprotectina y los índices de actividad
e. Sus niveles no se asocian con la sinovitis subclínica ecográfica

Respuesta: A) No es correcto. Aunque se necesitan más trabajos de calprotectina en AR, sus posibles utilidades han sido estudiadas ampliamente. B) Es la respuesta correcta. C) No es correcto. En pacientes con baja actividad de la enfermedad, la calprotectina no tiene valor predictivo tras la disminución del tratamiento con anti TNF. D) No es correcto. Sí existe asociación entre los niveles del calprotectina y los índices de actividad. E) No es correcto. Los niveles de calprotectina sí se asocian con la sinovitis subclínica ecográfica.

% correctas pre	45
% correctas post	58
Mejoría	13

15. ¿Qué es la calculadora REDOSER?

a. Es un nuevo proyecto SER de control de dosis de biológicos
b. Es una calculadora para pacientes, para conocer su situación clínica
c. Es una aplicación diseñada para ayudarle en la toma de decisiones relacionadas con la reducción de dosis de terapia biológica, para profesionales
d. Es una herramienta que ayuda a calcular el precio de los tratamientos de los pacientes con AR
e. Es una aplicación que permite ajustar la dosis de corticoides y biológicos, según los datos ecográficos

Respuesta: A) No es correcto. Es un proyecto SER finalizado para la valoración de la reducción de dosis. B) No es correcto. Es una herramienta para profesionales. C) Es la correcta, Redoser ayuda a la toma de decisiones en el ámbito profesional. D) No es correcto. Es una herramiento para la toma de decisiones de reducción de dosis, no para el cálculo de precios. E) No es correcto. No es para el ajuste de dosis, es para tomar la decisión si reducir o no.

% correctas pre	94
% correctas post	100
Mejoría	6

La proporción media de respuestas correctas en el primer ejercicio fue de 72%, subiendo al 78% tras la formación y tres meses.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Preguntas que no alcanzaron un nivel suficiente (≥70% correctas) de conocimiento. Porcentaje de respuestas correctas antes y después de los talleres y cambio (Δ).

Pregunta	% correctas pre	% correctas post	Δ
2. ¿Señala la opción más acertada respecto a la remisión mantenida según EULAR? a. Conseguir DAS 28-VSG <2,6 durante 3 meses b. Al menos 6 meses en remisión c. Conseguir datos de mínima actividad, sin tratamiento d. Conseguir baja actividad sin necesidad de corticoides e. NAT y NAD igual a 0, en dos visitas consecutivas	**58**	**61**	**3**
6. ¿Se pueden intercambiar DAS28-PCR y DAS28-VSG, utilizando en uno la PCR y en otro la VSG? a. Sí, se pueden intercambiar, ya que para ambos la remisión está en 2,6 b. No, en general el DAS28-PCR da menor puntuación que el DAS28-VSG c. No, dado que el punto de corte del DAS28-PCR es más alto que el DAS28-VSG d. No, el DAS28-PCR sólo se puede intercambiar por el SDAI e. Sí, el DAS28-VSG y el DAS28-PCR son intercambiables en situaciones de baja actividad de la enfermedad	**40**	**41**	**1**
7. Los criterios EULAR/ ACR de remisión de 2011, incluyen criterios booleanos y basados en índices. Señala cual es la "pareja" verdadera (tipo de criterio e ítem incluido) a. Booleanos- EVA médico ≤ 1 b. Booleanos- VSG ≤ 10 c. Basados en índice – DAS 28-VSG <2,8 d. Booleanos – EVA paciente ≤ 1 e. Basados en índice- CDAI < 3,2	**49**	**60**	**11**
8. ¿Cuál de las siguientes NO es una ventaja de usar un PRO para evaluar la remisión? a. Permiten que se establezca una relación médico-paciente fluida b. Precisa de tiempos de consulta más largos c. Facilitan la participación del paciente en decisiones de tratamiento compartidas d. Sientan las bases del autocuidado e. Al ser siempre el paciente quien lo rellena, no hay cambios en la perspectiva, como si ocurriría si cambiara el médico	**69**	**71**	**2**
13. Marque la respuesta correcta respecto a la calprotectina a. No se ha estudiado su utilizada en la AR todavía b. Es un predictor muy potente de recaída en pacientes en remisión / baja actividad con terapia anti-TNF c. Predice la respuesta a la reducción de dosis con anti-TNF d. No existe asociación entre los niveles de calprotectina y los índices de actividad e. Sus niveles no se asocian con la sinovitis subclínica ecográfica	**45**	**58**	**13**

Las respuestas correctas son: 2b, 6b, 7d, 8b, 13b.

Abreviaturas: CDAI= Clinical disease activity index; DAS28-PCR= Disease Activity Score-28-proteína C reactiva; DAS28-VSG= Disease Activity Score-28-velocidad de sedimentación globular; EVA= escala visual analógica; PCR= proteína C reactiva; pre= resultados previos al taller; post= resultados posteriores al taller; SDAI= simple disease activity index; VSG= velocidad de sedimentación globular; PRO = Patient Reported Outcome

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Preguntas sobre la opinión / manejo de la remisión antes y después del taller

	% respuestas		
	Pre	**Post**	**Δ**
El concepto de remisión es para los reumatólogos			
Curación	4	-	-4
Ausencia de síntomas	2	2	0
Inflamación mínima o ausente	11	11	0
Ausencia de inflamación y de síntomas	83	87	4
El concepto de remisión debe incluir el resultado de…			
Imagen	91	93	2
PROs	95	98	3
Seroconversión	14	29	**15**
Biomarcadores	100	96	-4
En práctica clínica la remisión en AR se valora con			
DAS28	93	89	-4
SDAI	30	30	0
CDAI	22	38	**16**
NAD	89	93	4
NAT	93	95	2
RFA	93	93	0
EVA médico	79	80	1
EVA paciente	86	90	4
RAPID-3	13	10	-3
Ecografía con presencia de señal Doppler	29	28	-1
Radiografía	42	39	-3
RM	10	13	3
El objetivo terapéutico en AR es la			
Remisión	22	31	9
Remisión o baja actividad dependiendo de los casos	78	69	-9
Baja actividad	-	-	-
Reducen la dosis de terapia biológica una vez alcanzado el objetivo			
Siempre	8	5	-3
Habitualmente	55	60	4
Solo en determinados perfiles de pacientes	35	35	0
Nunca	1	-	-1
Tiempo que mantienen al paciente en objetivo terapéutico antes de disminuir la dosis de terapia biológica			
Nunca se lo plantean	-	-	-
12 o más meses	37	40	3
Entre 6 y 12 meses	63	58	-5
Menos de 6 meses	-	2	2
Valor otorgado en un paciente en objetivo terapéutico a la hora de considerar reducción de dosis de terapia biológica*			
Corticoterapia a dosis bajas	66	80	**14**
Un EVA = 0, independientemente de otros parámetros	52	58	6
Ecografía con señal Doppler	76	78	2
Factores de mal pronóstico	85	84	-1
Sin FAME asociado	68	64	-4
Fallo a varios biológicos previos	86	81	-5
Actividad alta al inicio del biológico	54	71	**17**
Duración de la enfermedad < 1-2 años	61	73	**12**
Edad ≥ 70 años	53	54	1
Los niveles de fármaco se usan para tomar la decisión de reducir dosis de biológico			
Habitualmente	7	7	0
Algunas veces	49	53	4

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 10/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

	% respuestas		
	Pre	**Post**	Δ
Nunca, porque no creo en ellos	15	11	-4
Nunca, porque no dispongo de ellos	29	29	0
La ecografía se usa para tomar la decisión de reducir dosis de biológico			
Habitualmente	18	33	**15**
Algunas veces	72	62	-10
Nunca, porque no creo en ella	6	2	4
Nunca, porque no dispongo de ecógrafo	4	4	0
Conocen la herramienta RedoSER	46	89	**43**
Utilizan RedoSER para la decisión de la reducción de dosis	47	78	**31**
Motivaciones para reducir la dosis de la terapia biológica†			
Mejorar la seguridad	66	91	**25**
La posibilidad de ahorrar	52	58	6
Se puede recuperar el objetivo terapéutico subiendo dosis	76	77	1
Que así lo dicte el protocolo de mi centro / CCAA	85	59	**-26**
Que me lo solicite el paciente	68	31	**-37**
Utilizar la mínima dosis eficaz	86	60	**-26**

* Las respuestas a esta pregunta se daban en una escala Likert entre 1 y 5, donde 1="no le doy valor" y 5= "le doy mucho valor". El contenido de las columnas pre-post es el resultado de sumar los % de respuestas con puntuación 4 y 5.

† La respuesta se daba en una escala Likert entre 1 y 5, donde 1= "Totalmente en contra" y 5= "totalmente de acuerdo". El contenido de las columnas pre-post es el resultado de sumar los % de respuestas con puntuación 4 y 5.

Abreviaturas: PROs= Patient Reported Outcomes; DAS28= Disease Activity Score; SDAI= Simple disease activity index; CDAI= Clinical disease activity index; NAD= número de articulaciones dolorosas; NAT= número de articulaciones tumefactas; RFA= reactantes de fase aguda; EVA= escala visual analógica; RAPID= routine assessment of patient index data; RM= resonancia magnética