**Diplomado Virtual Osteoporosis**

**Módulo 4: Estrategias óptimas de tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica**

**Cuestionario.**

1. **En caso de suspender denosumab por algún motivo, ¿cuál sería la mejor estrategia a seguir?:**
   1. **Continuar calcio y vitamina D únicamente**
   2. **Iniciar teriparatide (terapia osteoformadora)**
   3. **Aplicar 1 dosis de ácido zoledrónico al mes 8 luego de la última dosis del denosumab**
   4. **Agregar calcitriol**

**RESPUESTA: C**

1. **¿En cuál de los siguientes esquemas terapeúticos estaría indicado un “bone holliday” o suspensión temporal del tratamiento en pacientes con osteoporosis postmenopaúsica de riesgo moderado?**
   1. **Luego de 24 meses post teriparatide**
   2. **Luego de 5 años post denosumab**
   3. **Luego de 5 años post alendronato**
   4. **Luego de 2 años post ibandronato**

**RESPUESTA C**

1. **¿Cuál sería el mejor esquema terapeútico en pacientes con osteoporosis postmenopaúsica y muy alto riesgo de fractura?**
   1. **Terapia combinada teriparatide + alendronato**
   2. **Terapia secuencial teriparatide seguida de denosumab**
   3. **Terapia combinada de antiresortivos (ej denosumab + risedronato)**
   4. **Terapia secuencial denosumab seguida de teriparatide**

**RESPUESTA B**

1. **¿Cuál de los siguientes agentes no estaría indicado en pacientes con osteoporosis postmenopaúsica y alto riesgo de fractura de cadera?**
   1. **Denosumab**
   2. **Ácido zoledrónico**
   3. **Risedronato**
   4. **Alendronato**
   5. **Ácido ibandrónico**

**RESPUESTA E**

1. **Con relación al calcio, ¿cuál opción es la falsa?**
   1. **Se recomienda una suplementación de 1,000 a 1,200 mg día en pacientes con osteoporosis postmenopaúsica**
   2. **No se recomienda su uso en caso de coadministración con antiresortivos potentes**
   3. **El citrato de calcio tiene mejor absorción que el carbonato**
   4. **La suplementación inadecuada de calcio es una de las causas de falla a antiresortivos**

**RESPUESTA B**

1. **Sobre la vitamina D, ¿cuál opción es la falsa?**
   1. **Disminuye riesgo de caídas**
   2. **Fuerte y sólido efecto anti fractura**
   3. **Mejora la aborción de calcio**
   4. **Disminuye los niveles de PTH**

**RESPUESTA B**

1. **¿Cuál de los siguientes agentes ha demostrado menor eficacia anti fractura vertebral?**
   1. **Raloxifeno**
   2. **Ibandronato**
   3. **Teriparatide**
   4. **Calcio**

**RESPUESTA D**

1. **Mujer de 75 años, con alto riesgo de fractura de cadera con t score de -3.2, sin fractura vertebral a la evaluación de fractura vertebral. ¿Cuál de las siguientes sería la mejor opción terapeútica?**
   1. **Raloxifeno**
   2. **Ibandronato**
   3. **Teriparatide**
   4. **Denosumab**

**RESPUESTA D**

1. **Sobre los bisfosfonatos, ¿cuál es la opción falsa?**
   1. **Ibandronato tiene mayor reducción del riesgo de fractura de cadera que el alendronato**
   2. **El estudio VERO demostró menor eficacia anti fractura del risedronato en comparación con teriparatide**
   3. **Mayor riesgo de osteonecrosis y fracturas atípicas de fémur con bisfosfonatos que con teriparatide**
   4. **Mayor reducción de fracturas no vertebrales con terapia anabólica que con bisfosfonatos**

**RESPUESTA : A**

1. **¿En cuál situación no estaría indicada la terapia anabólica?**
   1. **Osteoporosis postmenopaúsica + fractura vertebral**
   2. **Osteoporosis inducida por glucocorticoides**
   3. **Osteoporosis severa por hiperparatiroidismo**
   4. **Osteoporosis postmenopaúsica con riesgo inminente de fractura**

**RESPUESTA : C**