Osakidetza



TÉCNICO/A AUDIOPRÓTESIS

PREGUNTAS

1.- La laringe cumple varias funciones fisiológicas en el organismo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente estas funciones?

a) Participa en la producción de la voz mediante la vibración de las cuerdas vocales.
b) Contribuye a la protección de la vía aérea durante la deglución.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

2.- En relación con la anatomía funcional de la laringe, señale la afirmación correcta.

a) Los pliegues vestibulares participan directamente en la producción normal de la voz.
b) Los pliegues vocales verdaderos son los principales responsables de la fonación.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

3.- ¿Cuál de las siguientes estructuras forma parte del aparato fonador pero no participa directamente en la articulación del habla?

a) Lengua
b) Labios.
c) Cuerdas vocales.
d) Paladar duro.

4.- Durante la producción de la voz intervienen diferentes mecanismos fisiológicos. Señale la afirmación correcta.

a) La presión subglótica es necesaria para iniciar la vibración de las cuerdas vocales.
b) La tensión de las cuerdas vocales influye en la frecuencia fundamental.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

5.- Durante la respiración utilizada para el habla, el patrón respiratorio se caracteriza por:

a) Inspiración corta y espiración prolongada.
b) Inspiración y espiración de duración similar.
c) Espiración más corta que la inspiración.
d) Respiración exclusivamente nasal.

6.- En la producción de la voz según la teoría mioelástica-aerodinámica, la Ley de Bernoulli explica que:

a) Cuando aumenta la velocidad del flujo de aire entre las cuerdas vocales disminuye la presión lateral.
b) Esta disminución de presión contribuye al cierre de las cuerdas vocales.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

7.- En la producción del habla, el aparato fonoarticular tiene como función principal:

a) Generar el sonido mediante vibración laríngea.
b) Modificar el sonido producido en la laringe mediante articulación y resonancia.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

8.- En la articulación del habla intervienen diferentes órganos del tracto vocal. Señale la afirmación correcta.

a) La lengua es uno de los principales articuladores activos.
b) Los labios participan en la producción de determinados fonemas.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

9.- La función principal del paladar blando durante la producción del habla es:

a) Regular la resonancia nasal del sonido.
b) Generar la vibración de las cuerdas vocales.
c) Determinar la intensidad vocal.
d) Regular la presión pulmonar.

10.- En el modelo fuente-filtro de la producción del habla:

a) La fuente sonora se genera en la laringe.
b) El tracto vocal modifica las características espectrales del sonido.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

11.- La frecuencia fundamental de la voz depende principalmente de:

a) La longitud, masa y tensión de las cuerdas vocales.
b) El tamaño de la cavidad nasal.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

12.- La frecuencia fundamental de la voz se percibe auditivamente como:

a) Timbre
b) Intensidad
c) Tono
d) Duración

13.- En términos acústicos, la intensidad de la voz depende principalmente de:

a) La amplitud de vibración de las cuerdas vocales.
b) La longitud de la lengua.
c) El tamaño de la cavidad nasal.
d) La posición mandibular.

14.- El timbre de la voz está determinado principalmente por:

a) La frecuencia fundamental.
b) La resonancia del tracto vocal.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

15.- En el análisis acústico del habla, los formantes se definen como:

a) Frecuencias de resonancia del tracto vocal observables en el espectro acústico.
b) Frecuencias generadas directamente por la vibración de las cuerdas vocales.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

16.- Durante la producción de vocales, las diferencias entre ellas dependen principalmente de:

a) Variaciones en la frecuencia fundamental.
b) Diferencias en la posición de los formantes.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

17.- El signo lingüístico se caracteriza por:

a) Estar formado por significante y significado.
b) Mantener una relación arbitraria entre forma y concepto.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.



18.- En el proceso comunicativo, el código hace referencia a:

a) El sistema de signos compartido por emisor y receptor.
b) El canal físico de transmisión del mensaje.
c) El contexto comunicativo.
d) El receptor del mensaje.

19.- La hipoacusia prelocutiva puede afectar principalmente a:

a) La adquisición del lenguaje oral.
b) La anatomía de la laringe.
c) La frecuencia fundamental de la voz.
d) La presión subglótica.

20.- En el análisis acústico del habla, las diferencias entre vocales como /i/ y /u/ se deben principalmente a:

a) Variaciones en la frecuencia fundamental.
b) Diferencias en la posición de los formantes.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

21.- En niños/as con pérdida auditiva, el desarrollo del lenguaje depende especialmente de:

a) El acceso temprano al estímulo auditivo.
b) La edad de erupción dental.
c) La frecuencia fundamental de la voz.
d) El tamaño del tracto vocal.

22.- En relación con el desarrollo del lenguaje en niños/as con hipoacusia, señale la afirmación correcta.

a) La edad de detección e intervención influye en el desarrollo lingüístico.
b) El acceso temprano a estimulación auditiva favorece la adquisición del lenguaje oral.
c) A y B son correctas.
d) Ninguna de las anteriores.

23.- Cuando se habla de la anatomía y fisiología del sistema auditivo, se hace referencia principalmente a:

a) La identificación de las patologías que afectan al oído externo, medio e interno.
b) El estudio de las estructuras del sistema auditivo y la función que desempeñan en el proceso de audición.
c) El análisis de los trastornos neurosensoriales asociados a la pérdida auditiva.
d) La evaluación clínica de la audición mediante pruebas audiológicas subjetivas y objetivas.

24.- La correcta percepción del sonido depende de la anatomía y fisiología del sistema auditivo porque:

a) Permiten la identificación precoz de las patologías auditivas mediante pruebas objetivas.
b) Hacen posible la captación, transmisión y transformación del estímulo sonoro en señal nerviosa.
c) Garantizan una audición normal independientemente de la edad de la persona.
d) Facilitan la adaptación protésica sin necesidad de realizar pruebas audiológicas previas.

25.- Desde el punto de vista anatómico y fisiológico, el sistema auditivo se organiza funcionalmente en:

a) Oído externo, oído medio y oído interno, como estructuras independientes sin relación funcional entre ellas.
b) Sistema de conducción del sonido y sistema de procesamiento central, sin intervención del oído interno.
c) Un sistema periférico encargado de la captación y transducción del sonido y un sistema central responsable de su procesamiento.
d) Un sistema sensorial exclusivamente periférico, sin participación del sistema nervioso central.

26.- Una alteración en la fisiología del oído interno afectará de forma directa a:

a) La correcta conducción mecánica del sonido a través del oído externo y medio.
b) a transformación de las vibraciones sonoras en impulsos nerviosos.
c) La amplificación acústica proporcionada por la cadena osicular.
d) La protección del oído frente a niveles elevados de presión sonora.

27.- La anatomía y fisiología del sistema auditivo condicionan la audición principalmente en función de:

a) El tipo de prueba audiológica seleccionada para la evaluación de la persona paciente.
b) La integridad estructural y funcional de cada una de las partes del sistema auditivo.
c) La edad de la persona y su experiencia previa con prótesis auditivas.
d) La intensidad del estímulo sonoro independientemente de la vía auditiva afectada.

28.- El proceso auditivo, desde la recepción del estímulo sonoro hasta su interpretación, implica de forma secuencial:

a) La amplificación del sonido, su interpretación cortical y su transmisión mecánica.
b) La captación del sonido, su transmisión y transducción, y el procesamiento de la información auditiva.
c) La transformación del sonido en señal nerviosa y su conducción directa al oído medio.
d) La percepción consciente del sonido antes de su procesamiento a nivel central.

29.- Para el audioprotesista, el conocimiento de la anatomía y fisiología del sistema auditivo es fundamental porque permite:

a) Establecer diagnósticos médicos sobre patologías del oído.
b) Seleccionar y adaptar prótesis auditivas sin necesidad de realizar pruebas audiológicas.
c) Comprender los resultados de las pruebas auditivas y orientar adecuadamente la intervención protésica.
d) Prescribir tratamientos farmacológicos relacionados con la pérdida auditiva.

30.- La prescripción facultativa en el ámbito de la audioprótesis tiene como finalidad principal:

a) Determinar el tipo exacto de prótesis auditiva que debe adaptarse a la persona paciente.
b) Autorizar la realización de pruebas audiológicas complementarias por parte del/de la audioprotesista.
c) Establecer la indicación sanitaria de adaptación protésica dentro del marco competencial del personal facultativo.
d) Definir los parámetros técnicos de programación que debe aplicar el audioprotesista.

31.- En la interpretación de una prescripción facultativa, corresponde al/a la audioprotesista:

a) Modificar la indicación prescrita en función de los resultados obtenidos en la audiometría.
b) Aplicar la prescripción recibida, integrando los resultados audiológicos para orientar la adaptación protésica.
c) Sustituir la prescripción por un criterio propio cuando considere que la indicación no es adecuada.
d) Emitir un nuevo diagnóstico clínico si detecta discrepancias con la prescripción inicial.

32.- Desde el punto de vista de la anatomofisiología general, el sistema auditivo se integra en el organismo humano porque:

a) Funciona de manera aislada sin relación con otros sistemas corporales.
b) Depende exclusivamente de estructuras óseas y cartilaginosas.
c) Se relaciona funcionalmente con otros sistemas, especialmente el sistema nervioso.
d) Su funcionamiento no se ve influido por el estado general de salud de la persona.

33.- La fisiología general del organismo influye en la audición porque:

a) Determina la forma anatómica del oído externo.
b) Condiciona procesos como la transmisión nerviosa y el metabolismo celular.
c) Solo interviene en situaciones patológicas graves.
d) Guarda relación con los mecanismos de percepción sensorial.

34.- Para el/la audioprotesista, el conocimiento básico de la anatomofisiología general es importante porque:

a) Le permite realizar diagnósticos médicos completos.
b) Sustituye la necesidad de pruebas audiológicas específicas.
c) Ayuda a comprender cómo el estado general del organismo puede influir en la audición.
d) Permite prescribir tratamientos farmacológicos asociados a la pérdida auditiva.

35.- La patología general de la persona puede influir en la audición y en la adaptación protésica porque:

a) Afecta frecuentemente a la anatomía del oído externo.
b) Puede alterar procesos fisiológicos implicados en la función auditiva.
c) Influye en la audición en casos de enfermedades congénitas.
d) No guarda relación con el funcionamiento del sistema auditivo.

36.- En el proceso de adaptación protésica, la presencia de patología general debe tenerse en cuenta porque puede:

a) Impedir siempre la adaptación de una prótesis auditiva.
b) Condicionar la tolerancia y el rendimiento de la prótesis auditiva.
c) Sustituir la necesidad de realizar pruebas audiológicas.
d) Determinar de forma exclusiva el tipo de prótesis a prescribir.

37.- Desde el punto de vista del audioprotesista, la patología general relacionada con la pérdida auditiva debe abordarse:

a) Estableciendo un diagnóstico médico específico.
b) Ignorándose si no afecta directamente al oído.
c) Teniéndose en cuenta como factor que puede influir en la audición y en la adaptación protésica.
d) Prescribiendo tratamientos complementarios para corregirla.

38.- Algunas patologías generales pueden asociarse a pérdida auditiva porque:

a) Provocan siempre lesiones directas en el oído medio.
b) Alteran mecanismos generales como la vascularización o el sistema nervioso.
c) Solo afectan a la audición en edades avanzadas.
d) No tienen repercusión funcional sobre el sistema auditivo.

39.- El oído externo y el oído medio participan en el proceso auditivo principalmente porque:

a) Transforman el estímulo mecánico en impulsos nerviosos.
b) Se encargan del procesamiento central de la información auditiva.
c) Facilitan la captación y transmisión mecánica del sonido hasta el oído interno.
d) Son responsables del mantenimiento del equilibrio corporal.

40.- Desde el punto de vista fisiológico, la función principal del oído interno en la audición es:

a) Amplificar el sonido mediante la cadena osicular.
b) Proteger el oído frente a sonidos intensos.
c) Transformar las vibraciones sonoras en señales nerviosas.
d) Dirigir el sonido hacia el conducto auditivo externo.

41.- La correcta función del aparato auditivo depende de la integridad anatómica y funcional porque:

a) Cada una de sus partes actúa de forma independiente.
b) Las alteraciones del oído externo no influyen en la audición.
c) Existe una relación funcional entre oído externo, medio, interno y sistema nervioso.
d) El sistema nervioso central no interviene en la audición.

42.- La función principal del aparato vestibular es:

a) Participar en la percepción de la intensidad del sonido.
b) Contribuir al mantenimiento del equilibrio y la orientación espacial.
c) Amplificar las vibraciones sonoras antes de llegar a la cóclea.
d) Procesar la información auditiva a nivel cortical.

43.- La relación entre el aparato auditivo y el aparato vestibular se explica porque:

a) Ambos participan exclusivamente en la audición.
b) Comparten estructuras anatómicas en el oído interno.
c) Tienen funciones idénticas dentro del sistema sensorial.
d) El aparato vestibular sustituye al auditivo en caso de pérdida de audición.

44.- La función principal del sistema nervioso auditivo es:

a) Captar las vibraciones sonoras a través del oído externo.
b) Transformar las vibraciones mecánicas en impulsos nerviosos.
c) Transmitir y procesar la información auditiva hasta su interpretación.
d) Amplificar el sonido mediante mecanismos reflejos.

45.- En relación con el equilibrio, el sistema nervioso es fundamental porque:

a) Permite únicamente la detección de la intensidad del sonido.
b) Hace posible la interpretación y discriminación de los estímulos sonoros.
c) Sustituye la función del oído interno en caso de alteración.
d) Actúa de forma independiente del sistema auditivo periférico.

46.- En relación con el equilibrio, el sistema nervioso es fundamental porque:

a) Genera los estímulos mecánicos que activan el aparato vestibular.
b) Procesa la información vestibular para mantener la postura y la orientación espacial.
c) Sustituye al aparato vestibular cuando este no funciona correctamente.
d) Solo interviene en situaciones patológicas.

47.- Las patologías del aparato auditivo pueden clasificarse principalmente en función de:

a) La edad de la persona paciente en el momento del diagnóstico.
b) La intensidad del sonido que provocan pérdida auditiva.
c) La localización anatómica de la alteración dentro del sistema auditivo.
d) El tipo de tratamiento médico que requieren.

48.- Las patologías que afectan al oído externo y medio se asocian habitualmente a:

a) Pérdidas auditivas de tipo neurosensorial.
b) Alteraciones en la transmisión mecánica del sonido.
c) Daños en el procesamiento central de la información auditiva.
d) Trastornos del equilibrio de origen central.

49.- Las patologías del oído interno se caracterizan fundamentalmente por afectar a:

a) La captación del sonido por el pabellón auricular.
b) La amplificación sonora de la cadena osicular.
c) La transducción del estímulo sonoro en impulsos nerviosos.
d) La interpretación consciente del sonido a nivel cortical.

50.- Desde el punto de vista funcional, una patología del aparato auditivo puede provocar pérdida auditiva porque:

a) Impide siempre la percepción de sonidos intensos.
b) Altera uno o varios eslabones del proceso auditivo.
c) Afecta únicamente al sistema nervioso central.
d) No tiene repercusión sobre la audición si no hay dolor.

51.- Ante una patología del aparato auditivo, el papel del/de la audioprotesista consiste principalmente en:

a) Diagnosticar la patología y establecer el tratamiento médico adecuado.
b) Ignorar la patología si la persona paciente es candidata a prótesis auditiva.
c) Identificar sus repercusiones auditivas y orientar la intervención protésica.
d) Sustituir la valoración médica mediante pruebas audiológicas.

52.- En una exploración audiológica completa en personas adultas, la integración de pruebas subjetivas y objetivas permite principalmente:

a) Determinar exclusivamente el grado de pérdida auditiva.
b) Confirmar la necesidad inmediata de adaptación protésica.
c) Correlacionar la percepción auditiva del paciente con la función fisiológica del sistema auditivo.

d) Sustituir la anamnesis inicial del paciente.

53.- La secuencia de realización de pruebas en una exploración audiológica en personas adultas debe establecerse en función de:

a) Un protocolo fijo aplicado a todas las personas pacientes sin excepción.
b) La información clínica inicial y los hallazgos obtenidos progresivamente.
c) La preferencia de la persona paciente por pruebas más rápidas.
d) La obligatoriedad de realizar primero todas las pruebas objetivas.

54.- En una exploración audiológica en personas adultas, la presencia de una discrepancia significativa entre los resultados de las pruebas subjetivas y objetivas obliga principalmente a:

a) Repetir únicamente la audiometría tonal para confirmar los umbrales.
b) Considerar la posible existencia de factores no orgánicos o alteraciones retrococleares.
c) Descartar automáticamente los resultados de las pruebas objetivas.
d) Iniciar directamente la adaptación protésica.

55.- Una persona paciente de 68 años acude por hipoacusia progresiva bilateral sin antecedentes otológicos relevantes. La audiometría tonal muestra una caída en agudos compatible con presbiacusia. Para valorar el estado del oído medio antes de plantear adaptación protésica, el instrumento más adecuado sería:

a) Analizador de audífonos en acoplador.
b) Impedanciómetro.
c) Equipo de potenciales evocados auditivos.
d) Sonómetro ambiental.

56.- Durante una revisión periódica se detecta que el audiómetro no ha sido calibrado en el plazo recomendado. La consecuencia más probable en la práctica clínica sería:

a) Variabilidad aleatoria sin repercusión en los umbrales obtenidos.
b) Determinación sistemáticamente errónea de los niveles de intensidad presentados.
c) Alteración de la morfología de la curva timpanométrica.
d) Disminución de la comprensión verbal en la logoaudiometría.

57.- En relación con los instrumentos de exploración audiológica, señale la afirmación correcta:

a) Las pruebas subjetivas permiten obtener resultados independientes de la colaboración de la persona paciente.
b) Las pruebas objetivas sustituyen a la audiometría tonal en la valoración funcional.
c) Las pruebas subjetivas requieren respuesta conductual activa de la persona paciente.

d) Las pruebas objetivas evalúan exclusivamente el oído externo.

58.- En la práctica clínica, la utilización combinada de distintos instrumentos de exploración audiológica tiene como principal finalidad:

a) Reducir el número de visitas necesarias.
b) Confirmar automáticamente la indicación de prótesis auditiva.
c) Contrastar resultados y detectar posibles incoherencias entre pruebas.
d) Cumplir el protocolo mínimo exigido por normativa.

59.- En un establecimiento sanitario de audioprótesis en la Comunidad Autónoma del País Vasco, el equipamiento destinado a la exploración audiológica debe:

a) Incluir obligatoriamente equipos de evaluación electrofisiológica avanzada.
b) Estar en condiciones que garanticen la exactitud y fiabilidad de las mediciones realizadas.
c) Renovarse periódicamente con independencia de su funcionamiento.
d) Ser del mismo fabricante que las prótesis dispensadas.

60.- En un audiómetro clínico, el control de intensidad permite modificar principalmente:

a) La frecuencia fundamental del estímulo presentado.
b) El nivel de presión sonora expresado en dB HL.
c) El tipo de transductor empleado.
d) La duración del estímulo en milisegundos.

61.- Para que una audiometría tonal liminar sea válida, el entorno de exploración debe garantizar que:

a) La persona paciente perciba el estímulo con claridad incluso en presencia de ruido ambiental.
b) El nivel de ruido de fondo no interfiera con la determinación de los umbrales auditivos.
c) La persona profesional pueda comunicarse sin dificultad durante toda la prueba.
d) La temperatura ambiente sea constante.

62.- Una cabina audiométrica destinada a la realización de audiometría tonal debe cumplir principalmente:

a) Disponer de aislamiento acústico suficiente para evitar interferencias externas significativas.
b) Estar situada obligatoriamente en una habitación sin ventanas.
c) Incorporar altavoces de campo libre de forma permanente.
d) Tener dimensiones mínimas regladas idénticas en todos los centros.

63.- En una prueba realizada en campo libre con una persona paciente portadora de audífonos, los resultados obtenidos reflejan principalmente:

a) La audición independiente de cada oído.
b) El rendimiento funcional del sistema auditivo con amplificación en condiciones ambientales.
c) La conducción ósea del oído mejor.
d) Los umbrales reales del oído interno sin influencia protésica.

64.- Una limitación técnica de la audiometría en campo libre es que:

a) No puede utilizarse en personas pacientes adultas.
b) No permite aplicar técnicas de enmascaramiento con la misma precisión que la vía aérea con auriculares.
c) No puede emplearse con prótesis auditivas implantables.
d) Siempre sobreestima los umbrales auditivos.

65.- En una timpanometría se obtiene una curva tipo B con volumen del conducto auditivo externo dentro de la normalidad. Este hallazgo es más compatible con:

a) Disfunción tubárica leve.
b) Otitis media con presencia de líquido en oído medio.
c) Otosclerosis en fase inicial.
d) Hipoacusia neurosensorial bilateral.

66.- Se registra una compliancia estática de 0,2 ml con presión timpánica cercana a 0 daPa.¿Cuál es la interpretación más probable?

a) Hipercompliancia timpánica.
b) Hipomovilidad del sistema tímpano-osicular.
c) Perforación timpánica.
d) Función normal del oído medio.

67.- En relación con la impedanciometría, señale la afirmación correcta:

a) Evalúa directamente la función de las células ciliadas externas.
b) Permite valorar de forma objetiva el estado funcional del oído medio.
c) Sustituye a la audiometría tonal en la determinación del grado de pérdida auditiva.
d) Solo es útil en población infantil.

68.- Una persona paciente presenta audiometría tonal compatible con hipoacusia conductiva leve unilateral. Antes de concluir la exploración, la realización de impedanciometría es especialmente útil para:

a) Confirmar la integridad de la vía auditiva central.
b) Valorar la posible alteración mecánica del oído medio.

c) Determinar el umbral de máxima discriminación verbal.
d) Calcular la atenuación interaural necesaria para enmascaramiento.

69.- Durante la otoscopia se observa una perforación localizada en la pars tensa de la membrana timpánica, con bordes regulares y sin signos de inflamación activa. Desde el punto de vista audiológico, este hallazgo se asocia con mayor probabilidad a:

a) Hipoacusia neurosensorial bilateral.
b) Alteración en la movilidad del sistema tímpano-osicular y componente conductivo.
c) Disminución del reflejo estapedial por afectación retrococlear.
d) Ausencia de repercusión en la audiometría tonal.

70.- Se realiza el test de Rinne en el oído derecho. La persona paciente percibe el sonido del diapasón durante más tiempo por vía ósea que por vía aérea. Este resultado se interpreta como:

a) Rinne positivo, compatible con audición normal o neurosensorial.
b) Rinne negativo, sugestivo de hipoacusia conductiva en ese oído.
c) Rinne invertido, indicativo de lesión retrococlear.
d) Resultado no valorable sin realizar previamente el test de Weber.

71.- En una persona paciente con hipoacusia conductiva unilateral izquierda, el test de Weber lateraliza hacia:

a) El oído derecho, por mejor percepción coclear.
b) El oído izquierdo, por menor enmascaramiento ambiental y mejor percepción por vía ósea.
c) Ambos oídos de forma simétrica.
d) El oído con mejor discriminación verbal.

72.- En una audiometría tonal se obtienen los siguientes resultados en el oído derecho: 1) Vía aérea: 60 dB HL en todas las frecuencias. 2) Vía ósea: 15 dB HL en todas las frecuencias. La interpretación más adecuada es:

a) Hipoacusia mixta con predominio conductivo.
b) Hipoacusia conductiva moderada con gap aéreo-óseo significativo.
c) Hipoacusia neurosensorial moderada bilateral.
d) Hipoacusia conductiva leve.

73.- Durante la audiometría por vía aérea con auriculares supraaurales, se obtiene una diferencia interaural de 50 dB entre ambos oídos. El enmascaramiento está indicado porque:

a) Puede superarse la atenuación interaural estimada para ese tipo de transductor.
b) Existe riesgo de sobreenmascaramiento si no se aplica ruido suficiente.

c) La vía aérea presenta siempre cruce interaural a partir de 30 dB.
d) La asimetría implica necesariamente componente conductivo.

74.- En condiciones habituales de exploración clínica con auriculares supraaurales, la atenuación interaural aproximada es:

a) 30–40 dB en vía aérea y prácticamente nula en vía ósea.
b) 40–60 dB en vía aérea y 20–30 dB en vía ósea.
c) 50 dB constante en vía aérea y 10 dB en vía ósea.
d) Variable e impredecible, sin valores de referencia.

75.- El sobreenmascaramiento en audiometría tonal se produce cuando:

a) El nivel de ruido aplicado al oído no explorado supera el umbral del oído explorado tras el cruce interaural.
b) El paciente no identifica correctamente el tono presentado.
c) Se emplea enmascaramiento en pérdidas neurosensoriales bilaterales.
d) La diferencia interaural es inferior a la atenuación interaural.

76.- Una persona paciente presenta en el Oído izquierdo: VA 30 dB HL – VO 30 dB HL. Y en el Oído derecho: VA 80 dB HL – VO 80 dB HL. Durante la determinación del umbral por vía aérea en el oído derecho con supraaurales, el enmascaramiento es necesario porque:

a) La diferencia interaural supera la atenuación interaural estimada.
b) La vía ósea coincide con la aérea en ambos oídos.
c) Existe riesgo de componente conductivo oculto.
d) La asimetría siempre requiere enmascaramiento bilateral.

77.- Una persona paciente presenta hipoacusia neurosensorial bilateral en agudos. Durante una prueba supraliminar, pequeños incrementos de intensidad generan una percepción desproporcionadamente intensa del estímulo. Este hallazgo es compatible con:

a) Fenómeno de reclutamiento asociado a lesión coclear.
b) Alteración en la conducción aérea con componente conductivo.
c) Disminución del rango dinámico auditivo por afectación retrococlear exclusiva.
d) Sobreenmascaramiento durante la prueba tonal.

78.- En la práctica audioprotésica, el valor del UCL se relaciona directamente con:

a) La ganancia prescrita en frecuencias conversacionales.
b) El nivel máximo de salida (MPO) programado en el audífono.
c) El umbral de recepción verbal.
d) El nivel de enmascaramiento necesario en vía aérea.

79.- En una persona paciente con umbral tonal medio de 60 dB HL y UCL en 90 dB HL, el rango dinámico auditivo aproximado es:

a) 30 dB.
b) 60 dB.
c) 90 dB.
d) 150 dB.

80.- En relación con la logoaudiometría, señale la afirmación correcta:

a) El umbral de recepción verbal (URV) corresponde al nivel de intensidad en el que la persona paciente reconoce correctamente el 100 % de las palabras presentadas.
b) El umbral de reconocimiento verbal se determina habitualmente con palabras bisílabas de alta redundancia.
c) El URV es el nivel mínimo en el que la persona paciente repite correctamente aproximadamente el 50 % de palabras bisílabas equilibradas.
d) El umbral de reconocimiento verbal y el URV representan el mismo parámetro expresado en diferentes escalas.

81.- En una hipoacusia neurosensorial coclear típica, la curva logoaudiométrica suele caracterizarse por:

a) Desplazamiento paralelo hacia la derecha con mantenimiento de la máxima discriminación.
b) Reducción del porcentaje máximo de discriminación incluso a intensidades elevadas.
c) Mejora progresiva de la discriminación conforme aumenta la intensidad sin límite aparente.
d) Discriminación verbal normal independientemente del umbral tonal.

82.- En condiciones normales, el umbral de recepción verbal (URV) guarda una relación aproximada con:

a) El umbral tonal en 8000 Hz.
b) La media tonal de las frecuencias conversacionales, es decir el PTA.
c) El umbral supraliminar máximo tolerado por la persona paciente.
d) El nivel de enmascaramiento aplicado durante la audiometría.

83.- En el programa de cribado auditivo neonatal mediante otoemisiones acústicas (OEA), un resultado de "no pasa" en ambos oídos indica que:

a) El/La recién nacido/a presenta con seguridad una hipoacusia neurosensorial bilateral.
b) Existe ausencia de función de las células ciliadas internas.
c) Es necesario repetir la prueba o realizar una exploración confirmatoria antes de establecer diagnóstico.
d) El reflejo estapedial está ausente.

84.- En los potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC), la estimación del umbral auditivo se realiza principalmente a partir de:

a) La onda I, por su origen en el nervio auditivo distal.
b) La onda III, por su localización en el complejo olivar superior.
c) La onda V, por su mayor amplitud y persistencia a bajas intensidades.
d) El intervalo interpico I–V.

85.- En una persona adulta con sospecha de patología retrococlear, los PEATC muestran prolongación del intervalo interpico I–V unilateralmente, con umbrales dentro de límites normales. Este hallazgo sugiere principalmente:

a) Alteración en la conducción neural a nivel del tronco cerebral.
b) Hipoacusia conductiva unilateral.
c) Disminución de la función de células ciliadas externas.
d) Error en la colocación de electrodos.

86.- Una persona paciente refiere episodios recurrentes de vértigo rotatorio de inicio brusco, acompañados de náuseas, sin pérdida auditiva asociada. Desde el punto de vista audiológico, la realización de pruebas vestibulares está indicada principalmente para:

a) Determinar el umbral auditivo en frecuencias graves.
b) Evaluar la función del sistema vestibular periférico.
c) Confirmar la presencia de hipoacusia neurosensorial bilateral.
d) Ajustar el nivel máximo de salida del audífono.

87.- En una prueba calórica se observa hiporreflexia unilateral derecha significativa respecto al lado izquierdo. Este hallazgo es compatible con:

a) Hiperfunción vestibular derecha.
b) Disminución de la respuesta vestibular periférica derecha.
c) Alteración exclusiva del oído medio derecho.
d) Afectación bilateral simétrica del sistema vestibular.

88.- En un/una lactante de 6 meses sin factores de riesgo conocidos, la técnica conductual más adecuada para valorar la audición es:

a) Audiometría tonal liminar convencional.
b) Audiometría por juego condicionado.
c) Audiometría por refuerzo visual.
d) Logoaudiometría con listas fonéticamente equilibradas.

89.- En la evaluación auditiva infantil, la principal dificultad respecto a la persona adulto radica en:

a) La imposibilidad de realizar pruebas objetivas.
b) La variabilidad en la maduración neurosensorial y cognitiva según la edad.
c) La falta de correlación entre audiometría tonal y logoaudiometría.
d) La ausencia de valores normativos de referencia.

90.- En un/una niño/a de 3 años con sospecha de hipoacusia unilateral, la exploración debe:

a) Limitarse a pruebas objetivas para evitar respuestas poco fiables.
b) Adaptarse a su nivel madurativo combinando pruebas conductuales y objetivas.
c) Postergarse hasta que el niño coopere plenamente en audiometría tonal convencional.
d) Realizarse únicamente en campo libre.

91.- La audiometría por refuerzo visual es especialmente útil en niños/as que:

a) Presentan capacidad para colaborar voluntariamente en tareas estructuradas.
b) Se encuentran en una etapa en la que pueden condicionar la respuesta auditiva a un estímulo visual reforzador.
c) Han desarrollado ya lenguaje expresivo funcional.
d) Pueden realizar audiometría tonal convencional con auriculares.

92.- En la audiometría por refuerzo visual, la respuesta válida se considera cuando:

a) El/La niño/a gira la cabeza de forma consistente hacia la fuente sonora tras el estímulo.
b) El/La niño/a mira espontáneamente hacia cualquier estímulo luminoso.
c) El/La niño/a sonríe ante la presencia del examinador.
d) Se obtiene reflejo estapedial bilateral.

93.- En un/una niño/a de 10 meses, durante VRA en campo libre, se obtienen respuestas consistentes a 40 dB HL pero no por debajo de ese nivel. La timpanometría es normal. Este resultado indica con mayor probabilidad:

a) Hipoacusia neurosensorial confirmada bilateral
b) Umbral auditivo funcional aproximado en torno a 40 dB HL en campo libre.
c) Necesidad inmediata de adaptación protésica.
d) Error técnico inevitable en esta edad.

94.- Una limitación inherente a la VRA realizada en campo libre es que:

a) No permite estimar umbrales en frecuencias conversacionales.
b) No posibilita diferenciación precisa entre oídos sin estrategias adicionales.
c) No puede aplicarse antes de los 18 meses.
d) No permite utilizar estímulos tonales puros.

95.- La audiometría por juego condicionado se basa en:

a) La orientación refleja automática hacia la fuente sonora.
b) La asociación voluntaria entre la percepción del estímulo y una acción lúdica previamente entrenada.
c) La respuesta fisiológica del sistema auditivo ante estímulos intensos.
d) La repetición verbal de palabras fonéticamente equilibradas.

96.- En comparación con la audiometría por refuerzo visual, la audiometría por juego permite:

a) Obtener respuestas auditivas sin necesidad de entrenamiento previo.
b) Valorar umbrales específicos por oído con mayor control conductual.
c) Evaluar únicamente frecuencias graves.
d) Prescindir de pruebas objetivas complementarias.

97.- En un/una niño/a de 3 años, durante audiometría por juego, comienza a realizar la acción condicionada antes de la presentación del estímulo. Este comportamiento sugiere:

a) Umbral auditivo dentro de la normalidad.
b) Respuesta anticipatoria no válida que requiere recondicionamiento.
c) Hipoacusia neurosensorial bilateral.
d) Fatiga auditiva por sobreestimulación.

98.- El Test de Ling, utilizado en contexto infantil, tiene como finalidad principal:

a) Determinar el umbral tonal exacto en cada frecuencia.
b) Evaluar la detección y discriminación de sonidos representativos del espectro del habla.
c) Medir la intensidad máxima tolerada por el/la niño/a.
d) Sustituir la logoaudiometría convencional.

99.- En el contexto del programa de detección precoz de la hipoacusia infantil, la estrategia conocida como "1-3-6" hace referencia a:

a) Cribado antes del primer mes, diagnóstico antes de los tres meses e intervención antes de los seis meses.
b) Realización de tres pruebas antes del primer mes y seguimiento a los seis meses.
c) Evaluación audiológica a los 1, 3 y 6 años de edad.

d) Repetición del cribado en tres ocasiones durante el primer semestre.

100.- En personas recién nacidas ingresadas en UCI neonatal, el cribado auditivo suele realizarse preferentemente mediante:

a) Otoemisiones acústicas exclusivamente.
b) Audiometría tonal en campo libre.
c) Potenciales evocados auditivos automatizados.
d) Reflejo estapedial.

101.- Un/Una recién nacido/a presenta OEA presentes bilateralmente pero PEATC alterados. Este patrón es compatible con:

a) Hipoacusia conductiva bilateral.
b) Neuropatía auditiva.
c) Función auditiva normal.
d) Error sistemático del equipo de OEA.

102.- Una de las limitaciones del cribado neonatal universal es que:

a) Permite detectar todas las hipoacusias congénitas y adquiridas posteriores.
b) No identifica pérdidas auditivas de aparición tardía o progresiva.
c) Diagnostica con precisión el grado exacto de hipoacusia.
d) Solo detecta hipoacusias profundas.

103.- Los reflejos auditivos incondicionados observados en el/la recién nacido/a (como el reflejo de sobresalto ante estímulo sonoro intenso) se integran principalmente a nivel de:

a) Corteza auditiva primaria.
b) Tronco encefálico.
c) Lóbulo frontal.
d) Sistema límbico exclusivamente.

104.- La desaparición progresiva de ciertos reflejos auditivos primitivos durante el primer año de vida se relaciona con:

a) Pérdida fisiológica de la sensibilidad auditiva.
b) Maduración cortical y control inhibitorio superior.
c) Disminución de la función coclear.
d) Aparición de hipoacusia conductiva transitoria.

105.- En un/una lactante que no presenta respuesta refleja ante estímulos sonoros intensos, pero sí muestra otoemisiones acústicas presentes, este hallazgo podría sugerir:

a) Integridad completa de la vía auditiva central.
b) Posible alteración en la transmisión neural o integración troncoencefálica.
c) Funcionamiento normal del sistema auditivo.
d) Error sistemático en la prueba de OEA.

106.- Un/Una lactante de 2 meses presenta: 1) Otoemisiones acústicas presentes bilateralmente. 2) PEATC con ausencia de onda V incluso a intensidades elevadas. 3) Timpanometría normal. ¿Cuál es la interpretación más probable?

a) Hipoacusia conductiva bilateral.
b) Neuropatía auditiva.
c) Hipoacusia neurosensorial coclear profunda.
d) Exploración compatible con audición normal.

107.- Niño/a de 8 meses con sospecha de hipoacusia bilateral. No colabora en pruebas conductuales. Se realizan PEATC con estímulos click y se obtiene respuesta reproducible a 60 dB nHL, pero no por debajo. Este resultado permite afirmar que:

a) El umbral auditivo exacto es 60 dB HL en todas las frecuencias.
b) Existe al menos una pérdida auditiva moderada aproximada.
c) La audición es normal en frecuencias graves.
d) No puede extraerse ninguna conclusión clínica.

108.- La principal ventaja de los potenciales evocados auditivos de estado estable (ASSR) frente a los PEATC con click en población infantil es que:

a) Permiten estimar umbrales específicos por frecuencia.
b) No requieren preparación del paciente.
c) Sustituyen completamente la audiometría conductual.
d) Evalúan exclusivamente la función del oído medio.

109.- En la realización de pruebas objetivas en lactantes, la calidad del registro depende fundamentalmente de:

a) La edad cronológica exacta del/de la niño/a.
b) La estabilidad del estado de sueño o relajación durante el registro.
c) El nivel de colaboración verbal del/de la niño/a.
d) La intensidad máxima del estímulo presentado.

110.- El pabellón auricular en el/la recién nacido/a presenta como característica principal:

a) Estructura cartilaginosa completamente rígida y definida.
b) Mayor consistencia que en el adulto debido a inmadurez tisular.
c) Mayor flexibilidad por inmadurez del cartílago auricular.
d) Tamaño superior al adulto en proporción corporal.

111.- En relación con el crecimiento anatómico, el oído externo (incluyendo pabellón auricular) alcanza aproximadamente el tamaño adulto:

a) Al año de vida.
b) En torno a los 3–4 años.
c) Hacia los 6–7 años.
d) Durante la adolescencia.

112.- La menor osificación del conducto auditivo externo en el lactante implica que:

a) transmisión aérea sea fisiológicamente inexistente.
b) La colocación y sellado de sondas para OEA o timpanometría pueda resultar más inestable.
c) No puedan realizarse pruebas objetivas antes del año.
d) El reflejo estapedial no sea registrable.

113.- Un informe audiológico infantil correctamente estructurado debe incluir, como mínimo:

a) Resultados de las pruebas realizadas y propuesta directa de tratamiento médico.
b) Datos identificativos, motivo de consulta, pruebas realizadas, resultados obtenidos e interpretación audiológica.
c) Diagnóstico etiológico definitivo y prescripción protésica detallada.
d) Únicamente los valores numéricos de umbrales auditivos por frecuencia.

114.- En un informe audiológico infantil se incluye el siguiente apartado final: "Diagnóstico definitivo: hipoacusia neurosensorial bilateral de etiología genética. Se prescribe tratamiento médico específico." Desde el punto de vista competencial del audioprotesista, el principal problema de este informe es que:

a) No se han detallado los valores numéricos de los umbrales auditivos.
b) Se ha establecido un diagnóstico etiológico y tratamiento médico fuera del ámbito profesional.
c) No se ha especificado el tipo de transductor utilizado en las pruebas.
d) No se han incorporado gráficos audiométricos.

115.- En un audiograma tonal liminar se observan los siguientes hallazgos: umbrales por vía aérea elevados, umbrales por vía ósea dentro de la normalidad y presencia de un gap aéreo-óseo significativo. ¿Cuál es el tipo de pérdida auditiva más probable y qué estructura está principalmente implicada?

a) Hipoacusia neurosensorial; cóclea.
b) Hipoacusia mixta; oído medio y vía neural.
c) Hipoacusia central; tronco encefálico.
d) Hipoacusia conductiva; oído externo o medio.

116.- Un audiograma muestra elevación de los umbrales por vía aérea, elevación de los umbrales por vía ósea y persistencia de gap aéreo-óseo. Este patrón corresponde a:

a) Hipoacusia conductiva.
b) Hipoacusia neurosensorial.
c) Hipoacusia mixta.
d) Audición dentro de la normalidad.

117.- Una persona adulta mayor presenta pérdida auditiva bilateral progresiva, con audiograma descendente en frecuencias agudas y timpanometría normal. Este cuadro es más compatible con:

a) Hipoacusia conductiva bilateral.
b) Hipoacusia neurosensorial relacionada con la edad.
c) Hipoacusia mixta.
d) Hipoacusia central.

118.- Una persona paciente presenta una media tonal de 35 dB HL y refiere dificultad para seguir conversaciones en ambientes ruidosos. Este cuadro se clasifica como:

a) Deficiencia auditiva leve.
b) Deficiencia auditiva moderada
c) Deficiencia auditiva severa
d) Audición normal.

119.- Una persona paciente con pérdida leve presenta grandes dificultades comunicativas en su entorno laboral debido al ruido ambiental. Este caso muestra que:

a) La deficiencia auditiva determina directamente la discapacidad.
b) La discapacidad depende exclusivamente del grado audiométrico.
c) La discapacidad depende de la interacción entre pérdida auditiva y entorno comunicativo.
d) Solo aparece en pérdidas severas.

120.- Una persona paciente presenta pérdida auditiva unilateral moderada y audición normal en el oído contralateral. Se clasifica erróneamente como pérdida bilateral. El principal error es:

a) No considerar la edad.
b) No realizar logoaudiometría.
c) No realizar timpanometría.
d) No diferenciar pérdida unilateral y bilateral.

121.- Dos pacientes presentan la misma media tonal moderada pero diferente discriminación verbal. La persona paciente con peor discriminación verbal:

a) Tiene menor repercusión funcional.
b) Presenta mayor limitación funcional y peor pronóstico de corrección.
c) Presenta mejor adaptación protésica.
d) No puede clasificarse.

122.- Un audiograma conductivo con gap aéreo-óseo y descenso de la vía ósea alrededor de 2 kHz es característico de:

a) Presbiacusia
b) Neuropatía auditiva
c) Otosclerosis
d) Trauma acústico

123.- Un/Una trabajador/a expuesto/a a ruido presenta descenso audiométrico focal en frecuencias agudas. Este patrón es compatible con:

a) Hipoacusia conductiva.
b) Presbiacusia inicial.
c) Otitis media.
d) Daño auditivo por exposición prolongada al ruido.

124.- Un audiograma bilateral descendente en agudos en un/una paciente de edad avanzada es característico de:

a) Hipoacusia conductiva
b) Presbiacusia
c) Ménière.
d) Hipoacusia central.

125.- La diferencia entre un descenso progresivo en agudos y un descenso focal audiométrico puede orientar la etiología de la pérdida auditiva principalmente a partir de:

a) La forma de la curva audiométrica.

b) La edad del paciente exclusivamente.
c) El nivel máximo del audiómetro.
d) El tipo de auricular utilizado.

126.- Paciente A presenta pérdida conductiva. Paciente B presenta pérdida neurosensorial. ¿Cuál tiene mejor pronóstico de corrección con amplificación?

a) Paciente A.
b) Paciente B.
c) Ambos por igual.
d) Ninguno.

127.- Dos pacientes presentan los mismos umbrales audiométricos pero diferente discriminación verbal. El factor clave del pronóstico protésico es:

a) Edad cronológica
b) Timpanometría
c) Discriminación verbal
d) Tipo de auricular

128.- Una persona paciente con larga privación auditiva presenta dificultades para comprender el habla incluso tras amplificación adecuada. Esto puede explicarse por:

a) Alteración del oído medio.
b) Reorganización central por privación auditiva prolongada.
c) Error de calibración.
d) Disminución movilidad timpánica.

129.- La pérdida auditiva no tratada en personas mayores puede relacionarse con:

a) Reducción del esfuerzo cognitivo.
b) Mayor estimulación auditiva cortical.
c) Aumento del deterioro cognitivo y del esfuerzo de escucha.
d) Mejora espontánea de la audición.

130.- El siguiente perfil audiológico es compatible con colesteatoma:

a) Otoscopia normal; audiograma neurosensorial.
b) Otoscopia patológica; timpanometría alterada; pérdida conductiva.
c) Audiograma descendente bilateral.
d) Audiograma fluctuante.

131.- Perfil compatible con otosclerosis:

a) Otoscopia normal; gap aéreo-óseo; discriminación conservada.
b) Otoscopia patológica; timpanometría B.
c) Audiograma fluctuante.
d) Audiograma descendente.

132.- Señala el perfil compatible con presbiacusia:

a) Otoscopia patológica.
b) Audiograma descendente bilateral en frecuencias agudas y timpanometría normal.
c) Audiograma conductivo.
d) Audiograma fluctuante.

133.- Indica cuál de las siguientes es un perfil compatible con síndrome de Ménière:

a) Audiograma estable en agudos.
b) Audiograma fluctuante con afectación inicial en graves.
c) Audiograma conductivo.
d) Audiograma descendente simétrico.

134.- Elige el perfil más compatible con daño auditivo por ruido:

a) Descenso focal en frecuencias agudas con pruebas de oído medio normales.
b) Audiograma conductivo.
c) Audiograma fluctuante.
d) Otoscopia patológica.

135.- El símbolo de vía aérea con enmascaramiento indica que:

a) Existe pérdida severa bilateral.
b) El umbral obtenido corresponde al oído evaluado.
c) Sustituye a la vía ósea.
d) Indica patología retrococlear.

136.- Cuando se alcanza el máximo del audiómetro sin obtener respuesta del/de la paciente:

a) El umbral es normal.
b) Existe error técnico.
c) El umbral se encuentra por encima del límite del equipo.
d) Debe eliminarse el dato.

137.- En la interpretación de un audiograma, un elemento clave para valorar las posibilidades de corrección protésica es:

a) El color de los símbolos utilizados.
b) La pendiente de la curva audiométrica y el rango dinámico residual.
c) El tipo de papel del registro.
d) El orden de presentación de las frecuencias.

138.- ¿Cuál de las siguientes NO es una función de los moldes?

a) Conseguir una estética que sea del agrado de la persona paciente.
b) Evitar su retención en el CAE y que pueda desplazarse del mismo.
c) Oclusión para eliminar el ruido externo y evitar la retroalimentación.
d) Canalizar el sonido amplificado desde el auricular del audífono a la cavidad entre su final y la membrana timpánica.

139.- Los moldes blandos de silicona…

a) Permiten una buena oclusión.
b) Son ideales para quienes tienen una pérdida de audición severa-profunda.
c) Son más difíciles de fresar que los acrílicos.
d) a) b) y c) son correctas.

140.- Los moldes auditivos acrílicos…

a) Se utilizan menos que las siliconas.
b) Son muy resistentes y fáciles de moldear.
c) Mantienen una mala transpiración y ventilación dentro del oído.
d) Se utiliza principalmente en niños/as.

141.- En cuanto a la forma del molde, cuando se quiera lograr una buena estanqueidad se utilizará el siguiente:

a) Esqueleto.
b) Canal.
c) Concha.
d) Molde abierto.

142.- ¿Cuándo es posible realizar la impresión? Selecciona la respuesta correcta.

a) Cuando la persona paciente tenga drenajes transtimpánicos.
b) Cuando haya tapones de cerumen.
c) Cuando el Canal Auditivo Externo está inflamado.
d) Cuando existan cuerpos extraños.

143.- La toma de una impresión debe iniciarse siempre con:

a) La colocación del otoblock.
b) La inyección de la pasta.
c) Una otoscopia.
d) Una audiometría.

144.- NO es una función del Otoblock:

a) Hacer de muro de contención para que el material de impresión no llegue al tímpano.
b) Facilitar la extracción de la impresión mediante el hilo de seguridad en caso de dificultad.
c) Garantizar mediante el hilo de seguridad que el otoblock no se introduzca más de lo necesario en el proceso de inyección de la pasta.
d) Garantizar que la impresión no cubra el diámetro completo del CAE para evitar cambios de presión en el oído medio.

145.- Cuando menor es el shore del material de impresión…

a) Mayor será la dureza del material.
b) Menor será la dureza del material.
c) Mayor será la resistencia a la rotura.
d) Menor será la flexibilidad del material.

146.- Una de las diferencias entre una jeringuilla de impresión y un inyector (pistola de inyección):

a) En un inyector, la introducción del material se realiza manualmente.
b) En la jeringuilla de impresión, la introducción del material se realiza de forma automática.
c) En la jeringuilla de impresión, la mezcla del material se realiza manualmente.
d) En un inyector, la mezcla del material se realiza manualmente.

147.- ¿Cuál es una ventaja principal para utilizar el contramolde de Gelatina?

a) Poca resistencia a la rotura de los moldes fabricados en él.
b) Reutilización de material.
c) Es necesario un vibrador para eliminar burbujas.
d) No se contrae.



148.- ¿Qué es el contramolde?

a) Una pieza que se adapta a la forma del conducto auditivo y que sirve para acoplar la prótesis auditiva al oído.
b) Una pieza que se obtiene a partir de la impresión del conducto auditivo como un negativo que copia fielmente la impresión, y que sirve para el posterior relleno con el material de la otoplástica.
c) Una pieza que se obtiene a partir del molde en bruto, listo para pulir y darle el acabado final al molde.
d) Una pieza que se obtiene a partir del molde final y que sirve para verificar su ajuste al oído.

149.- La confección de contramolde de yeso en mufla tiene la ventaja de:

a) Tiempo de trabajo reducido.
b) Apto para todos los procesos de trabajo, en especial para fotopolimerización.
c) Permite crear varios contramoldes simultáneamente.
d) Permite reutilizar el yeso.

150.- El contramolde de silicona:

a) Se puede reutilizar.
b) Es el proceso más económico.
c) Necesita un tratamiento con aislante.
d) a) b) y c) son INCORRECTAS.

151.- Para la fotopolimerización de los moldes acrílicos, es necesario que los contramoldes sean:

a) Transparentes.
b) Opacos.
c) Reflectantes.
d) Translúcidos.

152.- La abertura de venting:

a) Debe crear retroalimentación.
b) Aumenta la ganancia.
c) Debe de ser lo más recto posible.
d) Debe de tener al menos un codo.

153.- ¿Cuál de los siguientes procesos NO pertenece al fresado de otoplásticos?

a) Desbaste.
b) Rectificado.
c) Pulido.
d) Abertura de canales de sonido y ventilación.

154.- Respecto a la fabricación de moldes mediante estereolitografía, señala la opción correcta:

a) No necesita realizar una impresión previa y los moldes son creados mediante una impresora de filamento.
b) Se escanea la impresión generando una imagen tridimensional de su forma que se guarda en el PC, se modela mediante software y se imprime en una impresora 3D.
c) Solo es útil para la fabricación de moldes blandos.
d) Permite obtener un molde acabado en cuestión de minutos.

155.- Los tapones de baños:

a) Suelen fabricarse con siliconas de alto shore y permeables al agua.
b) Son de alta capacidad de flotabilidad y flexibilidad.
c) Son de material acrílico con una amplia variedad de coloraciones.
d) Presentan poca capacidad de flotabilidad y alta flexibilidad.

156.- En la obtención de tapones de baños mediante el método directo:

a) Se utiliza el material definitivo como material de impresión.
b) Es necesario realizar el contramolde de gel.
c) Requiere un proceso de polimerización en horno.
d) a) b) y c) son INCORRECTAS.

157.- Los protectores auditivos…

a) Cuentan con una normativa para su elección en entornos laborables.
b) No cuentan con normativa en situaciones vinculadas al entretenimiento como música, dormir o cazar.
c) Tienen el objetivo de prevenir la aparición de hipoacusias.
d) a) b) y c) son correctas.

158.- Los protectores auditivos activos utilizados en la caza:

a) Atenúan la intensidad de todas las frecuencias por igual.
b) Son elementos pasivos en todos los casos.
c) Reducen la intensidad de salida máxima convirtiéndola en confortable.
d) Tienen tiempos de ataque muy largos.



159.- En la elaboración de moldes, en el proceso de fotopolimerización:

a) Se utilizan siliconas.
b) Se crean burbujas para dar ligereza al molde.
c) Los moldes se endurecen a temperatura ambiente durante 20 minutos.
d) Los materiales se endurecen al polimerizarse por la luz UV.

160.- El protector auditivo debe servir para:

a) Trabajar en sitios ruidosos, pero sin incomunicarse del entorno.
b) Bloquear completamente todo el sonido, incluso las señales de alarma y la voz humana.
c) Aumentar el nivel de ruido ambiental para que el trabajador se acostumbre al sonido.
d) Proteger el oído de cuerpos extraños o de la suciedad como el polvo.

161.- De los siguientes materiales e instrumentos selecciona el adecuado para la toma de impresión de molde auditivo:

a) Gelatina.
b) Micromotor.
c) Otoblock.
d) Liquido endurecedor.

162.- En acústica el número de oscilaciones completas por segundo se refiere a:

a) Intensidad.
b) Frecuencia.
c) Periodo.
d) Timbre.

163.- Se define como el tiempo que dura una oscilación completa:

a) La frecuencia.
b) El periodo.
c) La intensidad.
d) El tono.

164.- En un movimiento armónico simple, ¿en qué posición adquiere el cuerpo la velocidad máxima?

a) Cuando se en encuentra en el punto de máxima elongación, la amplitud.
b) Cuando ha recorrido 2/3 de la amplitud.
c) La velocidad siempre es constante.
d) Al pasar por el origen.

165.- Una onda:

a) Es la transmisión de materia.
b) Es la propagación de una perturbación.
c) Es la transmisión de partículas a través del espacio.
d) a) b) y c) son incorrectas.

166.- Una onda que hace vibrar las partículas del medio en dirección perpendicular a aquella en la que se propaga es una:

a) Onda transversal.
b) Onda de choque.
c) Onda estacionaria.
d) Onda longitudinal.

167.- El sonido:

a) Es una onda electromagnética transversal que se propaga por el vacío.
b) Es una onda acústica periódica que únicamente se propaga por un medio sólido.
c) Es una onda longitudinal que se propaga por un medio material elástico.
d) Es una onda longitudinal que se propaga más rápido en el aire que en los sólidos.

168.- El nivel de intensidad del sonido se mide en:

a) Decibelios.
b) Hertz.
c) Metros.
d) Ciclos por segundo.

169.- La frecuencia del sonido:

a) Es la distancia entre dos perturbaciones sucesivas en el espacio.
b) Es la cantidad de ciclos por segundo.
c) Es el tiempo que transcurre entre una perturbación y la siguiente.
d) Es la energía radiada por una fuente sonora.

170.- La Longitud de Onda de los sonidos agudos es:

a) Menor que el de los sonidos graves.
b) Mayor que el de los sonidos graves.
c) Independiente de la frecuencia.
d) Dependiente de su intensidad.

171.- La cualidad del sonido que nos permite percibir si un sonido es grave o agudo:

a) Amplitud.
b) Resonancia.
c) Tono.
d) Volumen.

172.- Los sonidos cuya frecuencia es superior a 20000Hz, reciben el nombre de:

a) Ultrasonidos.
b) Infrasonidos.
c) Sonidos altos.
d) b) y c) son correctas.

173.- ¿Por qué se atenúa el sonido con la distancia?

a) Porque pierde energía debido a la temperatura del aire.
b) Porque tiene que distribuir su energía en superficies cada vez mayores.
c) Porque la velocidad en el aire es demasiado lenta.
d) Porque las ondas sonoras pierden frecuencia al alejarse.

174.- ¿Qué es el nivel de intensidad sonora fisiológica o sonoridad?

a) Es la cualidad del sonido que permite decir si un sonido es agudo o grave. Relacionado con la frecuencia.
b) La cualidad que permite distinguir dos sonidos de igual frecuencia emitidos por focos sonoros diferentes.
c) Es la percepción subjetiva de la intensidad acústica, que depende del nivel de intensidad y varía con la frecuencia.
d) La medida del grado de complejidad armónica de una onda sonora.

175.- Un filtro paso banda:

a) Permite el paso de las frecuencias por encima de una determinada frecuencia.
b) Permite el paso de las frecuencias dentro una banda definida por dos determinadas frecuencias.
c) Impide el paso de las frecuencias por encima de una determinada frecuencia.
d) a) b) y c) son incorrectas.

176.- Los filtros paso alto:

a) Permiten pasar todas las frecuencias por debajo de una determinada frecuencia.
b) Permiten pasar todas las frecuencias por encima de una determinada frecuencia.
c) Solo permiten pasar las frecuencias entre 2.000 y 4.000 Hz.
d) Solo permiten pasar los sonidos de alta intensidad.

177.- Un micrófono que se utiliza para la captación del sonido ambiental es:

a) Bidireccional.
b) Hipercardioide.
c) Unidireccional.
d) Omnidireccional.

178.- Los filtros acústicos:

a) Se utilizan para acentuar o atenuar la intensidad sonora.
b) Transforman señales de un tipo de energía a otra.
c) Aumentan la amplitud o nivel de la señal sonora.
d) Se utilizan para acentuar o atenuar determinadas frecuencias.

179.- El sonómetro:

a) Carece de micrófono.
b) Es un instrumento para medir el nivel de presión sonora.
c) Es de uso personal.
d) Sólo se utiliza en espacios cerrados.

180.- ¿En qué se diferencia un sonido de un ruido?

a) En que los sonidos producen una sensación agradable, mientras que los ruidos producen una sensación desagradable o molesta.
b) En que los sonidos presentan ondas senoidales alteradas por los armónicos, mientras que el ruido se caracteriza por su ausencia de periodicidad.
c) En que los ruidos son sonidos no deseados y generalmente fuertes, y los sonidos encierran cierto significado.
d) a) b) y c) son correctas.

181.- ¿Qué es el tiempo de reverberación?

a) Es el tiempo que tarda el sonido en producir las primeras reflexiones.
b) Es el tiempo que tarda la energía sonora en reducir su intensidad a la mitad sin que la fuente deje de emitir.
c) Es el tiempo que tarda en producirse un eco.
d) Es el tiempo que tarda un sonido en disminuir 60dB su intensidad después de que la fuente haya dejado de emitir.

182.- Dentro de la acústica arquitectónica y en relación a la absorción sonora se puede afirmar:

a) Que se produce eco cuando existen superficies con materiales muy absorbentes.



b) Que una persona en el interior sólo recibirá el sonido directo de la fuente sonora.
c) Que, según el tipo de material y recubrimiento de la pared, ésta podrá absorber más o menos el sonido.
d) Que los materiales blandos y porosos son muy reflectores.

183.- Las salas que se construyen utilizando materiales que ofrecen la máxima reflexión del sonido, se denominan:

a) Salas anecóicas.
b) Salas sonoamortiguadas.
c) Salas de audición directa.
d) Salas reverberantes.

184.- Tipo de sala donde el tiempo de reverberación se aproxima a cero:

a) Salas anecóicas.
b) Salas sonoamortiguadas.
c) Salas de audición directa.
d) Salas reverberantes.

185.- El aislamiento sonoro de una sala será mayor:

a) Cuanto menor sea la densidad superficial del tabique.
b) Cuanto menor sea la densidad superficial del tabique y menor sea la frecuencia del sonido.
c) Cuanto mayor sea la densidad superficial del tabique y mayor la frecuencia del sonido.
d) Para los sonidos graves.

186.- En una pared homogénea, al doblar la masa superficial de la misma:

a) El aislamiento se incrementa en 20dB.
b) El aislamiento se incremente en 6dB.
c) El aislamiento sigue siendo el mismo.
d) a) b) y c) son INCORRECTAS.

187.- La función de un material absorbente es:

a) Aumentar la reverberación.
b) Disminuir el aislamiento.
c) Disminuir la reverberación.
d) Aumentar el aislamiento.

188.- **En la legislación de las comunidades autónomas sobre los requisitos técnicos exigibles a los establecimientos de audioprótesis, se marca que el nivel de ruido en el interior de la misma debe ser inferior a:**

a) 30 dB (A).
b) 40 dB (A).
c) 50 dB (A).
d) 60 dB (A).

189.- **Cuando en el lugar de trabajo el nivel de exposición diario equivalente ponderado A tiene un nivel de 80dB o el nivel de pico es superior a los 135 dB(C), el empresario:**

a) Está obligado a tomar medidas para eliminar o reducir el ruido.
b) Debe proceder a una evaluación diaria de la salud de los/las trabajadores/as.
c) Debe proporcionar protectores auditivos a los/las trabajadores/as, además de formar e informar a los/las trabajadores/as acerca de los riesgos del ruido.
d) a) b) y c) son INCORRECTAS.

190.- **Tipo de audífono retroauricular con el auricular introducido en el canal auditivo:**

a) RITE.
b) CIC.
c) ITE.
d) BTE.

191.- **Tipo de audífono que se aloja completamente en el conducto auditivo:**

a) RITE.
b) CIC.
c) ITE.
d) BTE.

192.- **Estimula directamente el nervio auditivo del oído interno:**

a) Audífono retroauricular.
b) Implante coclear.
c) Diadema con vibrador óseo.
d) Implante de conducción ósea.

193.- **Tipo de prótesis montada en la patilla de unas gafas:**

a) Audífono retroauricular.
b) Implante coclear.
c) Diadema con vibrador óseo.
d) Varillas óseas.

194.- Se denomina audífono retroauricular a:

a) Audífonos no implantables que tienen todos sus elementos introducidos dentro del conducto auditivo externo.
b) Audífonos implantables que tienen todos sus elementos introducidos dentro del conducto auditivo externo.
c) Prótesis auditivas no implantables que constan de dos partes, una colocada detrás del oído y la otra adaptada al conducto.
d) Prótesis auditivas implantables que constan de dos partes, una colocada detrás del oído y la otra adaptada al conducto.

195.- ¿Qué componente permite incrementar o disminuir manualmente la amplificación del sonido?

a) Potenciómetro.
b) Electrodos.
c) Procesador.
d) Condensador.

196.- El procesado de la señal en un audífono digital se lleva a cabo mediante:

a) Potenciómetro.
b) Transductor.
c) Microprocesador.
d) Condensador.

197.- Una de las ventajas de los audífonos digitales frente a los analógicos es:

a) Un menor coste.
b) Son más fáciles de reparar.
c) No requieren de programación.
d) Mayor precisión en el ajuste.

198.- Es el transductor encargado de transformar la energía eléctrica en energía acústica:

a) Micrófono.
b) Receptor o auricular.
c) La bobina de inducción magnética.
d) Microprocesador.

199.- ¿Cuál de las siguientes NO es un tipo de transductor?

a) Filtro acústico.
b) Micrófono.
c) Receptor o auricular.
d) Vibrador óseo



200.- El muestreo o sampling de una señal en el procesamiento digital consiste en:

a) Tomar muestras del inicio de la señal.
b) Tomar muestras de la señal a intervalos constantes.
c) Tomar muestras del final de la señal.
d) Tomar muestras aleatorias de la señal.

201.- Indica cuál de los siguientes componentes NO pertenece a un audífono:

a) Pila.
b) Microprocesador.
c) Electrodos.
d) Interruptor.

202.- Con respecto al molde o carcasa, cuando la persona usuaria refiere sensación de taponamiento o que oye su propia voz :

a) Puede deberse al efecto de oclusión.
b) Se puede solucionar con venting en el molde.
c) Sobre todo, ocurre al percibir frecuencias en graves cuando su propia voz suena hueca y retumba.
d) a) b) y c) son correctas.

203.- Para evitar averías relacionadas con la humedad, se recomienda:

a) Uso de deshumidificadores.
b) Aumentar la ventilación del equipo mediante ventiladores internos.
c) Mantener los equipos siempre encendidos para evitar condensación.
d) Utilizar fundas protectoras herméticas de forma permanente.

204.- Las averías más comunes en los audífonos se producen por:

a) Golpes y caídas.
b) Sobrecarga de los componentes.
c) Cerumen y humedad.
d) Feedback o retroalimentación.

205.- Recomendación para evitar averías relacionadas por el exceso de cerumen:

a) Limpiar regularmente los audífonos.
b) Cambiar regularmente los filtros protectores.
c) No utilizar objetos punzantes que puedan dañar el audífono.
d) a) b) y c) son correctas.

206.- Si no se escucha bien la salida del receptor, puede deberse a una de las siguientes causas:

a) Tubo mal posicionado.
b) Auricular dañado.
c) Obstrucción del tubo de salida por cerumen.
d) a) b) y c) son correctas.

207.- El siguiente instrumento está diseñado para escuchar los sonidos que emite el audífono, permitiendo comprobar su correcto funcionamiento:

a) Analizador.
b) Polímetro.
c) Estetoclip.
d) Nohalink.

208.- Dentro de las ayudas técnicas utilizadas para mejorar la audición a distancia destaca el:

a) Equipo RF.
b) Equipo FM.
c) Equipo MT.
d) Equipo AM.

209.- ¿Cuáles son recursos o ayudas técnicas para ayudar a una persona hipoacúsica, complementarias al audífono?

a) Timbre luminoso.
b) Sistemas de Frecuencia Modulada.
c) Bucle magnético.
d) a) b) y c) son correctas.

210.- En un bucle magnético:

a) El sonido se transmite mediante ondas supersónicas.
b) El sonido se aísla de reverberaciones y ruido ambiente.
c) El sonido se transmite vía bluetooth.
d) b) y c) son correctas.

211.- ¿Cuál de los siguientes dispositivos se usa para comprobar el funcionamiento de los componentes electrónicos en Audífonos?

a) Multímetro.
b) Estetoclip.
c) Analizador.
d) Soldador.

212.- En el analizador de audífono, el acoplador 2 cc:

a) Convierte la señal eléctrica en acústica.
b) Simula la cavidad del oído real según valores medios de la población.
c) Aumenta la energía de la señal para que llegue al altavoz.
d) Es el altavoz.

213.- ¿Cuál es el uso principal de un Estetoclip?

a) Limpiar el cerumen del molde.
b) Modificar la calidad del sonido que produce el audífono.
c) Medir el voltaje de la batería del audífono.
d) a) b) y c) son INCORRECTAS.

214.- ¿Cuál de los siguientes instrumentos permite reparar las conexiones de los componentes eléctricos del audífono?

a) Multímetro.
b) Estetoclip.
c) Analizador.
d) Soldador.

215.- La ganancia máxima de un audífono cuando el control de volumen está al máximo se denomina:

a) (SPL) Sound pressure level.
b) (FOG) full of gain.
c) (OSPL 90) maximum sound pressure level output.
d) (I/O) Relación entrada salida.

216.- ¿Cuál de las siguientes opciones es un factor en tener en cuenta en la selección de un molde?

a) Edad.
b) Cantidad de pérdida auditiva.
c) Morfología del oído.
d) a) b) y c) son correctas.

217.- Una persona paciente presenta hipoacusia neurosensorial bilateral con umbrales dentro de la normalidad en frecuencias graves y descenso progresivo en frecuencias agudas. Desde el punto de vista acústico, ¿qué enfoque de adaptación sería más coherente con este perfil audiológico?

a) Adaptación con molde cerrado para aumentar la ganancia en frecuencias agudas.
b) Adaptación con acoplamiento abierto (tipo IROS) que permita mantener la audición natural en frecuencias graves.
c) Adaptación mediante conducción ósea para evitar la amplificación aérea.

d) Adaptación con compresión lineal coherente con el rango dinámico del paciente.

218.- Durante la selección de una prótesis auditiva, una persona paciente presenta conducto auditivo externo estrecho y refiere molestias con adaptaciones previas que utilizaban molde completo. En este contexto, ¿qué factor anatómico del conducto auditivo externo puede condicionar especialmente la selección del tipo de acoplamiento acústico?

a) La longitud de la distancia entre el trago y la entrada del conducto auditivo externo.
b) El diámetro y la morfología del conducto auditivo externo.
c) El ángulo de la primera curvatura del conducto auditivo externo.
d) El material utilizado en la fabricación del molde.

219.- Una persona paciente de edad avanzada presenta hipoacusia moderada bilateral y desea utilizar prótesis auditivas de forma autónoma. Durante la entrevista se observa dificultad visual y baja destreza manual. En este contexto, ¿qué característica del dispositivo debería considerarse especialmente durante la selección de la prótesis auditiva?

a) El uso de un sistema de batería recargable que evite la manipulación frecuente de pilas.
b) La incorporación de micrófonos direccionales automáticos para mejorar la audición en ruido.
c) La máxima discreción estética del dispositivo.
d) La disponibilidad de múltiples programas de escucha.

220.- En determinadas personas pacientes puede ser preferible seleccionar una prótesis retroauricular clásica (BTE) en lugar de un sistema con receptor en canal (RIC). ¿En cuál de las siguientes situaciones clínicas estaría especialmente recomendado optar por un sistema BTE?

a) Pacientes con antecedentes de obstrucción frecuente del conducto auditivo externo por cerumen.
b) Pacientes con otitis externa crónica o tendencia a infecciones del conducto auditivo.
c) Pacientes con hipoacusia neurosensorial leve predominante en frecuencias agudas.
d) A y B son correctas.

221.- Respecto a los métodos prescriptivos de ganancia utilizados en audioprótesis, como NAL y DSL, señale la afirmación correcta:

a) El método NAL busca optimizar la inteligibilidad del habla manteniendo un nivel global de sonoridad confortable, mientras que DSL prioriza la audibilidad del espectro del habla.
b) El método NAL prioriza la audibilidad completa del espectro del habla, mientras que DSL busca optimizar la inteligibilidad del habla manteniendo un nivel global de sonoridad confortable.

c) El método NAL prioriza la audibilidad completa del espectro del habla, mientras que DSL busca optimizar la inteligibilidad del habla manteniendo un nivel global de sonoridad confortable.

d) D) El método NAL prioriza la adaptación abierta del conducto auditivo, mientras que DSL prioriza el uso de moldes cerrados.

222.- En la selección de una prótesis auditiva para una persona paciente con hipoacusia neurosensorial bilateral moderada y discriminación verbal conservada, el audioprotesista debe integrar diferentes factores clínicos y funcionales para orientar la adaptación. ¿Cuál de los siguientes elementos constituye el criterio más completo para orientar la selección del tipo de prótesis auditiva?

a) Los umbrales obtenidos en la audiometría tonal liminar y el grado de pérdida auditiva.

b) El rango dinámico auditivo del paciente y su umbral de disconfort.

c) El perfil audiológico, las necesidades comunicativas y las características anatómicas y funcionales de la persona paciente.

d) El número de canales de procesamiento disponibles en el audífono.

223.- Una persona paciente con hipoacusia neurosensorial coclear presenta reclutamiento y un rango dinámico reducido entre el umbral auditivo y el umbral de disconfort. Durante la adaptación protésica se programa un sistema de compresión de amplio rango (WDRC). ¿Cuál es el objetivo principal de este tipo de procesamiento en el audífono?

a) Reducir la amplificación en frecuencias graves para evitar el efecto de oclusión.

b) Comprimir el rango dinámico de la señal sonora para adaptarlo al rango dinámico reducido de la persona paciente.

c) A y B son correctas.

d) Mantener una amplificación lineal independiente del nivel de entrada.

224.- Durante la programación de un audífono se ajusta el valor de salida máxima del dispositivo (MPO). Este parámetro se expresa habitualmente en dB SPL, mientras que el umbral de disconfort auditivo (UCL) obtenido en la exploración audiológica se expresa en dB HL. Teniendo en cuenta esta diferencia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la relación entre ambos valores?

a) El MPO debe programarse por debajo o próximo al UCL del paciente teniendo en cuenta que ambos valores se expresan en escalas diferentes y no existe una correspondencia directa entre dB HL y dB SPL.

b) l MPO debe coincidir exactamente con el UCL del paciente en cada frecuencia para garantizar una amplificación adecuada.

c) El MPO debe superar el UCL del paciente para asegurar la percepción de sonidos intensos.

d) El valor de MPO es independiente de los valores de UCL obtenidos en la exploración audiológica.

225.- Durante la verificación electroacústica de un audífono se obtiene una curva input/output en la que, a partir de un determinado nivel de entrada, el incremento de la señal de salida aumenta en menor proporción que el incremento de la señal de entrada. Este comportamiento corresponde a:

a) Un sistema de amplificación lineal.
b) Un sistema de amplificación con compresión.
c) Un sistema de amplificación con expansión.
d) Una medida que debe realizarse con el audífono en modo full on gain.

226.- Durante el ajuste de un audífono con ganancia elevada en frecuencias agudas, la persona paciente refiere la aparición de un pitido continuo cuando el dispositivo está colocado en el oído. ¿Cuál es el mecanismo más probable responsable de este fenómeno?

a) Parte de la señal amplificada vuelve a ser captada por el micrófono del audífono generando un bucle de amplificación.
b) El audífono presenta una saturación del receptor debido a un nivel de salida máximo demasiado elevado.
c) Se produce una distorsión armónica de la señal amplificada en el circuito del audífono.
d) El venting del molde genera una resonancia acústica dentro del conducto auditivo externo.

227.- Durante el ajuste de un audífono se incrementa la ganancia en altas frecuencias para compensar una pérdida auditiva descendente. Al hacerlo aparece un pitido característico cuando el dispositivo está colocado en el oído. Este fenómeno se produce principalmente cuando:

a) Parte de la señal amplificada vuelve a entrar en el micrófono del audífono.
b) El audífono presenta una compresión insuficiente en frecuencias graves.
c) El molde utilizado presenta un venting excesivo.
d) El nivel de MPO está programado por debajo del umbral auditivo.

228.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con la direccionalidad de los micrófonos en los audífonos?

a) Los micrófonos direccionales aumentan la sensibilidad del audífono hacia los sonidos procedentes del frente y reducen la captación de sonidos procedentes de otras direcciones, lo que puede mejorar la relación señal-ruido en presencia de ruido ambiental.
b) Los micrófonos direccionales aumentan el confort auditivo mediante la reducción directa de la señal ruidosa.
c) En los audífonos intraauriculares se mantiene la direccionalidad pinna, lo que permite la localización izquierda-derecha de los sonidos.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

229.- Durante la primera programación de una prótesis auditiva se introducen en el software los datos audiométricos del paciente obtenidos en la audiometría tonal liminar. ¿Cuál es la función principal de los métodos prescriptivos en esta fase de programación?

a) Establecer objetivos iniciales de ganancia y salida basados en el perfil audiométrico del paciente.
b) Establecer los objetivos de ganancia y salida por frecuencia para señales de entrada de intensidad variable, como G50, G65 y G80.
c) Determinar automáticamente el tipo de prótesis auditiva que debe utilizar el paciente.
d) A y B son correctas.

230.- Durante una revisión protésica, una persona paciente refiere que los sonidos suaves se perciben correctamente, pero que los sonidos intensos resultan molestos. ¿Cuál de los siguientes ajustes sería más apropiado realizar en el software del audífono?

a) Activar o aumentar los sistemas de reducción de ruido del audífono.
b) Reducir la salida máxima del audífono o ajustar la compresión para niveles altos.
c) Incrementar la sensibilidad de los micrófonos direccionales.
d) A y B son correctas.

231.- Durante una revisión protésica se analizan los datos registrados por el sistema de data logging del audífono. ¿Qué tipo de información puede obtener el audioprotesista a partir de estos datos?

a) El número de horas de uso del audífono y los entornos sonoros en los que se utiliza.
b) El número de horas de utilización de los diferentes programas del audífono.
c) El número de ocasiones en las que se ha producido retroalimentación acústica (feedback).
d) A y B son correctas.

232.- En determinadas personas pacientes se programa una adaptación progresiva del audífono durante las primeras semanas de uso. ¿Cuál es el objetivo principal de este procedimiento?

a) Favorecer la aclimatación auditiva del paciente mediante un aumento progresivo de la ganancia hasta alcanzar los objetivos prescriptivos.
b) Reducir temporalmente la direccionalidad de los micrófonos durante el periodo de adaptación.
c) Evitar la necesidad de realizar ajustes posteriores en la programación del audífono.
d) Determinar el grado de pérdida auditiva del paciente.

233.- En relación con las mediciones en oído real (REM, Real Ear Measurement), señale la respuesta correcta:

a) Permiten verificar la amplificación que proporciona el audífono en el conducto auditivo del paciente y compararla con los objetivos prescriptivos establecidos.
b) Se realizan exclusivamente en acoplador de 2 cc para comprobar la ganancia máxima del audífono.
c) Sustituyen la necesidad de realizar audiometría tonal liminar en el paciente.
d) Se utilizan para determinar el tipo de molde que debe utilizarse en la adaptación.

234.- Durante la programación (mapping) de un implante coclear se determinan diferentes niveles de estimulación para cada electrodo. ¿Qué representan los niveles T y C en este proceso?

a) El nivel mínimo de estimulación eléctrica perceptible (T) y el nivel máximo de estimulación confortable (C).
b) El nivel mínimo y máximo de ganancia acústica del procesador externo.
c) El nivel de estimulación necesario para activar las células ciliadas internas.
d) El rango dinámico acústico medido mediante audiometría tonal.

235.- ¿Cuál de los siguientes elementos forma parte del componente interno de un implante coclear?

a) Micrófono y procesador del habla.
b) Bobina transmisora externa.
c) Receptor-estimulador y conjunto de electrodos intracocleares.
d) Batería recargable del sistema.

236.- En los sistemas osteointegrados de conducción ósea, ¿cuál es la diferencia principal entre los dispositivos percutáneos y los transcutáneos?

a) En los sistemas percutáneos existe un pilar que atraviesa la piel y conecta directamente el procesador con el implante fijado al hueso.
b) En los sistemas transcutáneos la transmisión del sonido se realiza por vía aérea.
c) En los sistemas percutáneos la transmisión del sonido se realiza mediante acoplamiento magnético.
d) En los sistemas transcutáneos el implante no se fija al hueso temporal.

237.- ¿Cuál es la diferencia fundamental entre los implantes osteointegrados de conducción ósea y los implantes de oído medio?

a) Los implantes osteointegrados estimulan directamente la cóclea mediante vibración ósea, mientras que los implantes de oído medio estimulan mecánicamente estructuras del oído medio.
b) Los implantes osteointegrados estimulan directamente el nervio auditivo.
c) Los implantes de oído medio funcionan exclusivamente por conducción ósea.
d) Ambos dispositivos actúan mediante estimulación eléctrica del nervio auditivo.

238.- En relación con las mediciones en oído real (REM) utilizadas en la verificación de prótesis auditivas, ¿qué parámetro se obtiene al calcular la diferencia entre la respuesta en oído real con audífono y la respuesta del oído abierto?

a) REUR (Real Ear Unaided Response).
b) REAR (Real Ear Aided Response).
c) REIG (Real Ear Insertion Gain).
d) MPO (Maximum Power Output).

239.- En la verificación funcional de una adaptación protésica mediante audiometría tonal en campo libre, ¿qué información proporciona principalmente esta prueba?

a) El rendimiento funcional del sistema auditivo de la persona paciente con la prótesis auditiva en condiciones de escucha.
b) La diferencia entre los umbrales obtenidos en audiometría tonal en campo libre sin audífonos y con audífonos.
c) La respuesta en frecuencia electroacústica del audífono medida en laboratorio.
d) A y B son correctas.

240.- En el proceso de adaptación de prótesis auditivas, ¿qué instrumento se utiliza habitualmente para evaluar la satisfacción de la persona usuaria con el uso del audífono?

a) HHIE-S (Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening version).
b) IOI-HA (International Outcome Inventory for Hearing Aids).
c) SISI (Short Increment Sensitivity Index).
d) Test de Ling.

241.- En el proceso de adaptación protésica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la diferencia entre verificación y validación?

a) La verificación evalúa técnicamente la amplificación proporcionada por el audífono, mientras que la validación evalúa el beneficio percibido por la persona paciente.
b) La verificación determina la etiología de la pérdida auditiva y la validación confirma el diagnóstico audiológico.
c) La verificación es la medición objetiva de la validación, que es subjetiva y se realiza con la colaboración de la persona usuaria.
d) La verificación y la validación son procedimientos equivalentes dentro de la adaptación protésica.

242.- En relación con el test de Ling utilizado en la verificación auditiva, señale la afirmación correcta:

a) Utiliza seis fonemas que permiten evaluar el acceso auditivo a diferentes regiones frecuenciales del espectro del habla.
b) Permite determinar el umbral auditivo tonal de la persona paciente en cada frecuencia audiométrica.
c) Se utiliza para calcular el umbral de recepción verbal en la logoaudiometría.
d) Permite medir la ganancia funcional del audífono en campo libre mediante listas de palabras fonéticamente balanceadas.

243.- En el seguimiento de una persona paciente portadora de audífonos, el/la audioprotesista desea evaluar de forma estandarizada el resultado global del uso del audífono en la vida cotidiana de la persona usuaria. ¿Qué cuestionario está específicamente diseñado para evaluar los resultados del uso de audífonos?

a) HHIE-S
b) IOI-HA
c) SISI
d) Test de Ling

244.- Una persona paciente refiere que desde que utiliza audífonos percibe una mejora auditiva, pero continúa presentando dificultades en determinadas situaciones comunicativas, especialmente en ambientes ruidosos. ¿Qué cuestionario permite evaluar el beneficio percibido por la persona usuaria en diferentes situaciones de escucha antes y después de la adaptación protésica?

a) APHAB
b) IOI-HA
c) HHIE-S
d) REIG

245.- En la evaluación de resultados de una adaptación protésica, ¿qué diferencia conceptual existe entre beneficio protésico y satisfacción de la persona usuaria?

a) El beneficio se refiere a la mejora funcional obtenida con el audífono, mientras que la satisfacción refleja la valoración subjetiva de la persona usuaria sobre el dispositivo.
b) El beneficio corresponde exclusivamente a las mediciones electroacústicas del audífono.
c) La satisfacción se determina únicamente mediante pruebas audiométricas.
d) Ambos conceptos son equivalentes en la evaluación de resultados protésicos.

246.- En la evaluación de resultados de una adaptación protésica se desea utilizar un cuestionario breve y estandarizado que permita comparar los resultados obtenidos en diferentes centros y poblaciones de personas usuarias de audífonos. ¿Qué instrumento está específicamente diseñado para este propósito?

a) HHIE-S
b) IOI-HA
c) APHAB
d) COSI

247.- Durante la entrega de un audífono a una persona usuaria que nunca ha utilizado prótesis auditivas, ¿qué recomendación es especialmente importante durante las primeras semanas de uso?

a) Utilizar el audífono de forma progresiva para facilitar la adaptación al sonido amplificado.
b) Ajustar manualmente la ganancia del audífono en función de cada situación.
c) Utilizar el audífono únicamente en ambientes silenciosos durante los primeros meses.
d) Desactivar los sistemas automáticos del audífono durante el periodo de adaptación.

248.- Una persona paciente portadora de audífonos retroauriculares acude a consulta refiriendo una disminución progresiva del volumen del dispositivo. Tras la revisión se observa acumulación de cerumen en el conducto del molde. ¿Qué recomendación forma parte de las instrucciones básicas de mantenimiento para prevenir este problema?

a) Realizar una limpieza periódica del molde y del conducto de salida del sonido.
b) Incrementar la ganancia del audífono mediante el software de programación.
c) Animar a la familia a que haga lavados de oído con agua oxigenada inyectada.
d) Activar la adaptación progresiva para evitar la sensación de disminución de volumen.

249.- En la educación de la persona paciente y su familia sobre el uso de prótesis auditivas, ¿qué aspecto es importante abordar para favorecer una adaptación adecuada al dispositivo?

a) Explicar las limitaciones del audífono y establecer expectativas realistas sobre sus resultados.
b) Recomendar el uso del audífono únicamente en situaciones comunicativas importantes.
c) Evitar el uso del audífono en ambientes ruidosos durante el primer mes.
d) Ajustar el audífono manualmente en función de la percepción subjetiva de la persona paciente.

250.- ¿Cuál de los siguientes factores explica mejor la aparición de aislamiento social en personas pacientes con hipoacusia no tratada?

a) La disminución de la sensibilidad auditiva dificulta la percepción completa de los sonidos del entorno.
b) Las dificultades para comprender el habla en entornos sociales pueden provocar frustración y evitar situaciones comunicativas.
c) A y B son correctas.
d) La pérdida auditiva produce una reducción directa de la capacidad cognitiva.

251.- Una persona paciente con pérdida auditiva moderada refiere evitar reuniones familiares porque le resulta difícil seguir las conversaciones en grupo. ¿Qué fenómeno psicosocial describe mejor esta situación?

a) Fatiga auditiva producida por el esfuerzo de escucha.
b) Retraimiento social secundario a dificultades comunicativas.
c) A y B son correctas.
d) Privación auditiva central.

252.- Diversos estudios han descrito una relación entre pérdida auditiva no tratada y deterioro cognitivo. ¿Cuál es el mecanismo más aceptado para explicar esta asociación?

a) El aumento del esfuerzo cognitivo necesario para comprender el habla.
b) La reducción de la estimulación auditiva y de la interacción social.
c) A y B son correctas.
d) La pérdida auditiva provoca una disminución irreversible de la inteligencia.

253.- En un/una niño/a con hipoacusia prelocutiva no diagnosticada durante los primeros años de vida, ¿Cuál de las siguientes consecuencias emocionales es más probable?

a) Dificultades en la interacción social con otros/as niños/as.
b) Aparición de frustración derivada de las dificultades comunicativas.
c) A y B son correctas.
d) Desarrollo emocional normal independientemente de la pérdida auditiva.

254.- En relación con la escolarización de niños/as con hipoacusia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Los/as niños/as con hipoacusia pueden escolarizarse en centros ordinarios con apoyos educativos específicos.
b) La intervención temprana favorece la integración educativa y social del/de la niño/a.
c) A y B son correctas.
d) La escolarización debe realizarse únicamente en centros específicos de educación especial.

255.- Durante la entrevista con una persona paciente con hipoacusia severa que utiliza lectura labial como apoyo comunicativo, ¿qué conducta del/de la profesional facilita más la comprensión del mensaje?

a) Mantener contacto visual directo con la persona paciente durante la conversación.
b) Hablar con articulación clara y velocidad moderada.
c) Colocar a la persona paciente de espaldas a la fuente de luz para evitar deslumbramientos.
d) Aumentar la intensidad de la voz sin modificar la articulación.

256.- En la comunicación con personas pacientes con pérdida auditiva, ¿qué característica del entorno físico de la consulta puede mejorar simultáneamente la percepción auditiva y la comprensión visual del habla?

a) Una iluminación adecuada del rostro de la persona interlocutora.
b) La reducción del ruido ambiental durante la conversación.
c) La disposición frontal entre la persona interlocutora y la persona paciente.
d) A y B son correctas.

257.- Durante la consulta audioprotésica, una persona paciente con hipoacusia refiere dificultad para comprender explicaciones largas. ¿Qué estrategia comunicativa es más adecuada?

a) Proporcionar la información en mensajes breves y estructurados.
b) Confirmar periódicamente la comprensión de la persona paciente.
c) A y B son correctas.
d) Aumentar la velocidad de la explicación para reducir el tiempo de consulta.

258.- En la comunicación con una persona paciente con pérdida auditiva profunda, ¿qué estrategia puede facilitar el uso combinado de claves auditivas residuales y visuales durante la consulta?

a) Utilizar apoyo visual mediante gestos o material gráfico.
b) Situarse frente a la persona paciente durante la conversación.
c) Reducir la velocidad del habla manteniendo una articulación clara.
d) A y B son correctas.

259.- Durante la explicación del funcionamiento de un audífono, el/la audioprotesista observa que la persona paciente parece no haber comprendido completamente las indicaciones. ¿Cuál es la estrategia comunicativa más adecuada?

a) Repetir la información utilizando una estructura más sencilla.
b) Pedir a la persona paciente que reformule con sus propias palabras las indicaciones recibidas.
c) A y B son correctas.
d) Continuar la explicación sin modificar el contenido.

260.- En la entrevista audioprotésica inicial, ¿cuál es el objetivo principal de aplicar técnicas de escucha activa por parte del/de la audioprotesista?

a) Recoger información relevante sobre las dificultades comunicativas de la persona paciente.
b) Favorecer que la persona paciente exprese sus expectativas y preocupaciones.
c) A y B son correctas.
d) Reducir la duración de la consulta.

261.- Durante la primera consulta, la persona paciente expresa frustración por las dificultades de comunicación que experimenta en su vida diaria. ¿Qué actitud del/de la audioprotesista es más adecuada en esta situación?

a) Mostrar empatía hacia las dificultades que experimenta la persona paciente.
b) Posponer cualquier explicación hasta disponer de todas las pruebas audiológicas objetivas.
c) A y B son correctas.
d) Evitar abordar las emociones de la persona paciente para centrarse únicamente en los resultados audiométricos.

262.- En la anamnesis audiológica, ¿por qué es recomendable utilizar preguntas abiertas al inicio de la entrevista?

a) Permiten que la persona paciente describa con mayor detalle sus dificultades auditivas.
b) Facilitan la identificación de situaciones comunicativas problemáticas.
c) A y B son correctas.
d) Permiten establecer directamente el tipo de prótesis auditiva que necesita la persona paciente.

263.- Una persona paciente manifiesta expectativas poco realistas sobre el resultado que obtendrá con los audífonos. ¿Cuál es la estrategia comunicativa más adecuada por parte del/de la audioprotesista?

a) Explicar de forma clara las limitaciones y posibilidades reales de las prótesis auditivas.
b) Ajustar las expectativas de la persona paciente mediante información objetiva sobre el proceso de adaptación.
c) A y B son correctas.
d) Evitar discutir las expectativas para no generar desconfianza.

264.- En el proceso de adaptación protésica, ¿qué papel desempeña la comunicación del/de la audioprotesista en la adherencia al uso del audífono?

a) Permite que la persona paciente comprenda el funcionamiento y los beneficios del dispositivo.
b) Garantiza por sí sola el uso correcto y continuado del audífono.
c) A y B son correctas.
d) No tiene influencia en la utilización diaria de la prótesis.

265.- Durante la exploración audiológica de una persona paciente adulta se detecta una asimetría audiométrica significativa entre ambos oídos, por pérdida súbita reciente en uno de ellos. ¿Cuál debe ser la actuación más adecuada del/de la audioprotesista dentro del trabajo interdisciplinar?

a) Informar a la persona paciente y recomendar valoración por el personal especialista de otorrinolaringología.
b) Iniciar directamente la adaptación protésica para compensar la asimetría si la pérdida auditiva es neurosensorial.
c) A y B son correctas.
d) Repetir la audiometría en la siguiente revisión sin realizar ninguna derivación.

266.- En el proceso de rehabilitación auditiva de una persona paciente con pérdida auditiva, ¿qué profesional sanitario suele encargarse específicamente del entrenamiento auditivo y del desarrollo del lenguaje?

a) El personal especialista de logopedia.
b) El personal especialista de otorrinolaringología.
c) A y B son correctas.
d) El personal especialista de audioprotesis.

267.- En el abordaje de la hipoacusia infantil, ¿por qué es especialmente importante la coordinación entre distintos profesionales?

a) Porque el desarrollo del lenguaje depende de la intervención temprana y de la actuación coordinada de varios especialistas.
b) Porque permite integrar la evaluación médica, audiológica, logopédica y educativa.
c) A y B son correctas.
d) Porque reduce la necesidad de realizar pruebas audiológicas periódicas.

268.- En el seguimiento de una persona paciente portadora de implante coclear, ¿qué aspecto suele requerir coordinación entre distintos profesionales del equipo sanitario?

a) La programación o ajuste del implante.
b) La rehabilitación auditiva posterior a la implantación.
c) A y B son correctas.
d) La realización de moldes auditivos para audífonos convencionales.

269.- Dentro de un equipo interdisciplinar dedicado a la atención de pacientes con pérdida auditiva, ¿cuál es la función principal del/de la audioprotesista?

a) Evaluar la función auditiva y adaptar las prótesis auditivas cuando sea necesario.
b) Colaborar con otros/otras profesionales en el seguimiento de la persona paciente.
c) A y B son correctas.
d) Realizar el diagnóstico médico de la patología auditiva.

270.- **En la elaboración de un informe audiológico dirigido a otros/otras profesionales sanitarios/as, ¿cuál de los siguientes apartados debe incluirse necesariamente para identificar correctamente la exploración realizada?**

a) Identificación de la persona paciente y motivo de la consulta o exploración.
b) Interpretación clínica detallada de los resultados audiométricos.
c) Antecedentes otológicos relevantes de la persona paciente.
d) Recomendaciones audioprotésicas derivadas de la exploración.

271.- **Todo informe clínico debe incluir la identificación de la persona paciente y el motivo de la consulta o exploración. Estos elementos permiten contextualizar la evaluación realizada y relacionar los resultados obtenidos con el episodio asistencial correspondiente.**

a) Informe de diagnóstico, informe de tratamiento e informe de rehabilitación.
b) Informe de primera exploración, informe de seguimiento e informe de alta.
c) Informe clínico, informe técnico e informe administrativo.
d) Informe audiométrico, informe protésico e informe médico.

272.- **En un informe audiológico se incluye la recomendación de realizar valoración por el personal especialista de otorrinolaringología debido a la sospecha de patología retrococlear. ¿En qué apartado del informe debería constar esta información?**

a) Resultados de las pruebas audiológicas realizadas.
b) Interpretación de los hallazgos audiológicos.
c) Conclusiones o recomendaciones clínicas.
d) Antecedentes clínicos relevantes.

273.- **En la elaboración de un informe audioprotésico dirigido a otros/otras profesionales sanitarios/as, ¿cuál de los siguientes apartados de información NO suele formar parte del contenido del informe?**

a) Identificación de la persona paciente y motivo de la exploración.
b) Resultados de las pruebas audiológicas realizadas.
c) Conclusiones o recomendaciones derivadas de la exploración.
d) Descripción de las características técnicas de los instrumentos de medida utilizados.

274.- **En el proceso audioprotésico, varias actuaciones pueden realizarse durante la atención a la persona paciente con pérdida auditiva. ¿Cuál de las siguientes corresponde específicamente a la fase de adaptación protésica?**

a) Analizar los resultados audiológicos para determinar el tipo y grado de pérdida auditiva.
b) Seleccionar el dispositivo auditivo adecuado y ajustar sus parámetros electroacústicos en función del perfil audiológico de la persona usuaria.

c) Elaborar adaptadores anatómicos a partir de la toma de impresiones del conducto auditivo externo.
d) Realizar revisiones periódicas para valorar el beneficio obtenido con la prótesis auditiva.

275.- En el proceso de atención audioprotésica a la persona paciente con pérdida auditiva, ¿cuál de las siguientes secuencias describe correctamente el orden lógico de actuación del audioprotesista?

a) Evaluación audiológica → selección de prótesis auditiva → adaptación y programación → seguimiento de la persona usuaria.
b) Selección de prótesis auditiva → evaluación audiológica → programación del audífono → seguimiento de la persona usuaria.
c) Evaluación audiológica → seguimiento de la persona usuaria → selección de prótesis auditiva → programación del audífono.
d) Adaptación protésica → evaluación audiológica → seguimiento de la persona usuaria → selección del dispositivo.

276.- En una persona paciente con pérdida auditiva bilateral que refiere cansancio al final del día tras mantener conversaciones prolongadas, ¿qué concepto describe mejor esta situación?

a) Privación auditiva periférica.
b) Discapacidad comunicativa estructural.
c) Pérdida de audición central progresiva.
d) Fatiga auditiva derivada del esfuerzo de escucha.

277.- Durante la atención a una persona con hipoacusia, el/la audioprotesista quiere comprobar que la persona paciente ha entendido correctamente las indicaciones de manejo del audífono. ¿Cuál de las siguientes estrategias es la más adecuada?

a) Entregar únicamente las instrucciones por escrito al finalizar la consulta.
b) Repetir el mismo mensaje con mayor intensidad vocal.
c) Reducir al mínimo la explicación para evitar sobrecarga informativa.
d) Pedir a la persona paciente que explique con sus propias palabras las indicaciones recibidas.

278.- Dentro de la atención a la persona paciente con pérdida auditiva, ¿cuál de las siguientes situaciones requiere especialmente una actuación coordinada entre distintos profesionales?

a) La limpieza rutinaria de un molde auditivo en una persona usuaria sin incidencias.
b) La sustitución de una pila agotada en un audífono convencional.
c) La explicación inicial del encendido y apagado del dispositivo.
d) El abordaje de una hipoacusia infantil con necesidades de valoración médica, adaptación protésica, intervención logopédica y apoyo educativo.

279.- En un informe audiológico de primera exploración en una persona paciente adulta, ¿qué información debe incluirse necesariamente para contextualizar los resultados obtenidos en las pruebas audiológicas?

a) La anamnesis de la persona paciente y los antecedentes relacionados con su audición.
b) La descripción técnica detallada de los equipos audiométricos utilizados.
c) El protocolo de calibración del audiómetro empleado en la exploración.
d) Las características electrónicas de los dispositivos de amplificación disponibles.

280.- En la elaboración de un informe audioprotésico, ¿qué apartado debe recoger exclusivamente los datos obtenidos en las pruebas audiológicas realizadas?

a) Conclusiones clínicas.
b) Resultados de las pruebas audiológicas.
c) Recomendaciones audioprotésicas.
d) Interpretación diagnóstica.

281.- Una persona paciente adulta acude para valoración audiológica previa a la adaptación de audífonos. ¿Qué información audiológica debe incluirse en el informe para orientar la selección protésica?

a) Únicamente el resultado de la audiometría tonal liminar completa.
b) El historial clínico completo de la persona paciente.
c) Los resultados de audiometría tonal, logoaudiometría y otras pruebas audiológicas relevantes.
d) Las características técnicas de los audífonos disponibles en el mercado.

282.- En un informe audiológico, ¿qué finalidad tiene diferenciar claramente entre los resultados de las pruebas y su interpretación clínica?

a) Permitir que los datos objetivos puedan analizarse independientemente de la valoración de la persona profesional.
b) Evitar que se registren los resultados numéricos obtenidos en las pruebas.
c) Sustituir la interpretación clínica por los datos audiométricos.
d) Limitar la información contenida en el informe.

283.- Tras la adaptación de audífonos, el/la audioprotesista elabora un informe que incluye descripción de la prótesis seleccionada, ajustes realizados y valoración del beneficio auditivo. ¿A qué tipo de informe corresponde esta situación?

a) Informe administrativo.
b) Informe de adaptación protésica o seguimiento.
c) Informe de derivación médica.
d) Informe de primera exploración.

284.- En un informe audiológico dirigido a otro/a profesional sanitario/a, ¿qué información debe incluirse en el apartado de conclusiones?

a) Los valores numéricos de las pruebas audiométricas realizadas.
b) Las especificaciones técnicas de los equipos utilizados.
c) La interpretación global de los resultados audiológicos obtenidos.
d) El procedimiento de calibración del audiómetro.

285.- En la elaboración de un informe audiológico infantil, ¿qué aspecto diferencia principalmente este tipo de informe respecto al informe audiológico en personas adultas?

a) La necesidad de describir el comportamiento y la colaboración del/de la niño/a durante la exploración.
b) La inclusión de los valores de audiometría tonal en dB HL.
c) La representación gráfica de los resultados audiométricos.
d) La identificación de la persona profesional que realiza la exploración.

286.- Durante la exploración audiológica de un/a niño/a pequeño/a, el profesional observa variaciones en la colaboración de la persona paciente. ¿Por qué es importante reflejar este aspecto en el informe audiológico?

a) Porque sustituye la necesidad de repetir las pruebas audiológicas.
b) Porque permite valorar la fiabilidad de los resultados obtenidos durante la exploración.
c) Porque permite determinar el tipo de prótesis auditiva que debe adaptarse.
d) Porque evita la realización de exploraciones complementarias.

287.- En un informe audiológico infantil, ¿qué información debe incluirse sobre las pruebas audiológicas realizadas?

a) Únicamente el diagnóstico clínico definitivo de la pérdida auditiva.
b) Las características técnicas de los equipos audiológicos utilizados.
c) El tipo de pruebas realizadas y los resultados obtenidos durante la exploración.
d) El protocolo completo de calibración del equipamiento.

288.- En un/una niño/a con sospecha de pérdida auditiva, ¿qué finalidad tiene incluir información sobre el desarrollo auditivo y comunicativo en el informe audiológico?

a) Relacionar los resultados audiológicos con el desarrollo del lenguaje y la comunicación del/de la niño/a.
b) Sustituir la realización de pruebas audiológicas objetivas.
c) Determinar el diagnóstico etiológico de la pérdida auditiva.
d) Establecer el tratamiento farmacológico adecuado.

289.- Cuando se realiza seguimiento audiológico de un/una niño/a con hipoacusia, ¿qué información es especialmente relevante incluir en el informe?

a) Las especificaciones técnicas de los equipos utilizados en cada exploración.
b) La evolución de los resultados audiológicos y la respuesta del/de la niño/a a la intervención realizada.
c) El procedimiento de calibración de los instrumentos audiológicos.
d) Las características electrónicas de las prótesis auditivas disponibles.

290.- En un informe audiológico infantil dirigido a personal profesional sanitario o educativo, ¿qué finalidad tiene describir el comportamiento auditivo del/de la niño/a durante la exploración?

a) Sustituir la necesidad de registrar los resultados de las pruebas audiométricas.
b) Determinar el diagnóstico médico de la pérdida auditiva.
c) Proporcionar información que facilite la interpretación de los resultados audiológicos.
d) Evitar la realización de pruebas audiológicas adicionales.

291.- ¿Qué característica debe cumplir la redacción de un informe audioprotésico para garantizar la correcta transmisión de la información a otras personas profesionales sanitarias?

a) Utilizar un lenguaje claro, preciso y estructurado.
b) Emplear exclusivamente terminología técnica compleja.
c) Limitar la información a los resultados numéricos de las pruebas.
d) Sustituir la interpretación clínica por la descripción de los equipos utilizados.

292.- En la elaboración de un informe audiológico, ¿por qué es importante diferenciar entre los datos objetivos obtenidos en las pruebas y su interpretación clínica?

a) Porque evita la necesidad de incluir los resultados numéricos en el informe.
b) Porque permite distinguir entre los resultados registrados y la valoración profesional realizada por el/la audioprotesista.
c) Porque sustituye la interpretación clínica por los datos audiométricos.
d) Porque limita la información contenida en el informe.

293.- Cuando un informe audiológico está destinado a la propia persona paciente o a su familia, ¿qué criterio debe guiar principalmente la redacción del documento?

a) Utilizar exclusivamente terminología técnica especializada.
b) Limitar la información únicamente a los resultados audiométricos.
c) Adaptar el lenguaje para que la información sea comprensible para la persona destinataria.
d) Omitir la interpretación de los resultados obtenidos.

294.- En la redacción de un informe audiológico, ¿qué finalidad tiene el uso de terminología técnica precisa?

a) Sustituir la descripción de los resultados audiológicos obtenidos.
b) Evitar la inclusión de explicaciones adicionales en el informe.
c) Limitar la comprensión del documento a especialistas.
d) Garantizar la exactitud y la correcta interpretación de la información clínica.

295.- En un informe audioprotésico, ¿qué información debe recogerse en el apartado de conclusiones?

a) La interpretación global de los resultados audiológicos y las recomendaciones derivadas de la exploración.
b) Las características técnicas de los equipos utilizados en las pruebas.
c) El procedimiento de calibración de los instrumentos audiológicos.
d) La descripción detallada de la sala audiométrica.

296.- ¿Qué implica el principio de secreto profesional en la práctica del audioprotesista en relación con los informes audiológicos?

a) Garantizar la confidencialidad de la información clínica de la persona paciente contenida en el informe.
b) Limitar la información registrada en los informes audiológicos.
c) Evitar la elaboración de informes escritos.
d) Sustituir el registro de datos clínicos por comunicación verbal.

297.- ¿En qué situación puede compartirse la información clínica contenida en un informe audiológico con otras personas profesionales sanitarias?

a) Cuando la persona profesional considere que la información es interesante.
b) Cuando el informe incluya únicamente resultados audiométricos.
c) Cuando sea necesario para la atención sanitaria de la persona paciente.
d) Cuando la persona paciente no haya solicitado confidencialidad.

298.- ¿Qué responsabilidad tiene el audioprotesista respecto a la confidencialidad de los datos de la persona paciente incluidos en los informes audiológicos?

a) Garantizar la protección de la información clínica y evitar su divulgación no autorizada.
b) Compartir la información con cualquier persona profesional sanitaria.
c) Limitar el registro de datos en los informes audiológicos.
d) Transmitir la información clínica únicamente de forma verbal.

299.- ¿Qué medida contribuye a garantizar la protección de la información clínica contenida en los informes audiológicos?

a) Compartir los informes con otras personas profesionales sin autorización previa.
b) Eliminar los registros clínicos tras cada consulta.
c) Sustituir los informes escritos por comunicaciones verbales.
d) Controlar el acceso a la documentación clínica y a los registros de la persona paciente.

300.- En la elaboración de un informe audioprotésico, ¿qué finalidad tiene la inclusión de la anamnesis de la persona paciente?

a) Sustituir las pruebas audiológicas necesarias para la exploración.
b) Determinar directamente el tipo de prótesis auditiva que debe adaptarse.
c) Evitar la realización de exploraciones audiológicas adicionales.
d) Conocer los antecedentes y síntomas relacionados con la pérdida auditiva.