

### DEPRIVACIÓN SENSORIAL

*Isabel Ródenas Iruela  
Mercedes García Moreno  
Javier Bordas Guijarro  
M.<sup>a</sup> Ángeles Flores Carmona  
Carlos Martínez Manzanares*

#### Introducción

Las alteraciones sensoriales en la edad anciana cobran una especial importancia no sólo por su alta prevalencia, sino, sobre todo, por las repercusiones que en el ámbito funcional, psicológico y social tienen para el paciente (1). Si además tenemos en cuenta que estos trastornos suelen asociarse a otras patologías sistémicas, podemos afirmar que se trata de verdaderos síndromes geriátricos.

Es evidente que los déficit visuales y auditivos limitan funcionalmente al anciano, tanto para tareas básicas como instrumentales, aumentando la dependencia, reduciendo la movilidad y aumentando el riesgo de accidentes domésticos y caídas. Desde el punto de vista cognitivo y social, dificultan la comunicación y las relaciones sociales, haciendo que disminuyan las actividades fuera del domicilio, se tienda al aislamiento y originen mayores situaciones de ansiedad y estrés. Se ha comprobado que aumentan el riesgo de deterioro cognitivo y de delirium en circunstancias adversas. Es esencial conservar las funciones visuales para un estilo de vida independiente; para ello debemos saber distinguir lo fisiológico de lo patológico, y para ello haremos un repaso práctico de la patología más frecuente en el anciano.

Los déficit de otros sentidos son tratados en otros capítulos; por ejemplo, el gusto con las alteraciones y enfermedades de la boca.

#### El sentido de la vista y sus enfermedades más frecuentes en el anciano

##### Prevalencia

La prevalencia de la ceguera depende enormemente del ámbito donde se mida. Las personas que tienen entre 65 y 75 años tienen una tasa del 4 al 5% de problemas visuales. Por encima de los 75 años las cifras llegan al 20% aproximadamente.

Las opacidades del cristalino suponen la primera causa de ceguera reversible, mientras que la degeneración macular asociada a la edad es la primera causa de ceguera irreversible en el mundo civilizado.

#### Modificaciones oculares debidas al envejecimiento

A partir de los 65 años hay una disminución constante de la agudeza visual, la sensibilidad al contraste, la tolerancia a los deslumbramientos y los campos visuales. La percepción de la profundidad empeora a partir de los 75 años (2). Otro tema importante es el deterioro de visión por defectos de refracción sin corregir o mal corregido, fácil de subsanar con una graduación de lentes adecuada.

La existencia de una agudeza visual inferior a 0,7 debe hacernos sospechar enfermedad, y suele ser un obstáculo para la vida normal cuando es inferior a 0,5. Cifras entre 0,3 y 0,1 suelen significar ceguera.

#### Valoración de la visión por el médico no oftalmólogo

- Historia clínica y anamnesis orientada. Deben investigarse antecedentes familiares de pérdida de visión, sobre todo en casos de glaucoma, degeneración macular, Diabetes mellitus, etc. Es importante determinar el curso de la queja actual, tiempo de evolución y existencia de dolor.
- Exploración de agudeza visual: desde lejos, con uso de optotipos a distancia adecuada y con buena iluminación. Deben tomarse datos de cada ojo por separado y podemos ayudarnos de estenopeico para valorar un posible defecto de refracción mal corregido. La visión próxima puede explorarse usando letra impresa habitual. Debido a la presbicia, los ancianos deben usar lentes para cerca, que en ausencia de patología deben proporcionar una buena visión.
- Exploración de campos visuales por confrontación, o con ayuda de la rejilla de Amsler.
- Exploración de visión cromática con las tablas pseudocromáticas.
- Medida de presión intraocular con el tonómetro. Una presión superior a 21 mmHg indica patología y es criterio de derivación al especialista.
- Oftalmoscopia: La miosis habitual en el anciano aconseja el uso de midriáticos de acción corta. Obtenemos extensa información sobre el estado de la retina.

## Patología ocular más frecuente en el anciano

### Cataratas

Son opacidades del cristalino en cualquiera de sus capas.

*Clínica.* Al originarse una miopización por aumento del índice de refracción es típico que los pacientes refieran una mejoría de la visión de cerca, se pueden percibir los objetos con un tono amarillento. Cuando las opacidades son periféricas la clínica es muy discreta o inexistente, pero si son centrales lo más típico es la disminución de la tolerancia a los deslumbramientos (luz solar, faros de coches, luces brillantes...) y disminución de la sensibilidad al contraste (en habitaciones poco iluminadas y dificultad para imágenes con poco contraste, como, por ej., los rostros). Borrosidad y distorsión de la visión, incluso diplopía monocular.

*Diagnóstico.* Bajo dilatación pupilar y con observación directa o lámpara de hendidura, se pueden ver las opacidades del cristalino.

*Tratamiento.* Extirpación quirúrgica o mediante facoemulsificación, con posterior instauración de lente intraocular. La extirpación de la catarata mejora la agudeza visual en el 96% de los pacientes.

### Degeneración macular asociada a la edad (3)

Se trata de la atrofia de las células de la región central (macular) del epitelio pigmentario de la retina, que causa pérdida de visión central. Es la causa más frecuente de ceguera irreversible en mayores de 60 años.

*Clínica.* Disminución progresiva de la agudeza visual, alteración de la visión de los colores (discromatopsia), alteración del tamaño y forma de los objetos (metamorfopsia), deslumbramiento y pérdida del campo visual central.

Existen dos formas:

- «Seca» o no exudativa, donde por oftalmoscopio predominan las zonas atróficas.
- «Húmeda» o exudativa por neovascularización subretinal, donde el líquido seroso de la coroides se filtra y causa un desprendimiento parcial del epitelio de la retina.

*Diagnóstico.* Por oftalmoscopio se pueden ver drusas blanquecino-amarillentas y material exudativo.

*Tratamiento.* No existe tratamiento curativo ni preventivo. La fotocoagulación con láser de las membranas neovasculares en la forma exudativa puede mejorar la evolución si se detecta a tiempo. Se sugiere que el cinc y los antioxidantes pueden ralentizar su progresión, aunque sin grado de evidencia suficiente.

### Glaucoma (4)

Se trata de una enfermedad caracterizada por la triada:

- Aumento de la presión intraocular por encima de 21 mmHg.
- Concavidad y atrofia de la cabeza del nervio óptico.
- Pérdida del campo visual.

*Clínica.* Existen dos formas:

- De ángulo estrecho, en el que se interrumpe el flujo acuoso por obstrucción del ángulo de la cámara anterior del ojo. Puede ocasionarse de forma aguda tras una dilatación pupilar súbita y cursa con dolor ocular, eritema, distorsión visual y cefaleas.
- De ángulo abierto (90% de casos), por obstrucción crónica de bajo grado al flujo acuoso de la cámara anterior. En este caso es una enfermedad insidiosa y sin síntomas; posteriormente ocurre una pérdida del campo visual muy lenta, que una vez establecida puede ser irreversible.

*Diagnóstico.* Se identifica midiendo la presión intraocular, examinando el fondo de ojo y midiendo los campos de visión.

*Tratamiento.* La terapia está indicada cuando las presiones están constantemente elevadas o existen alteraciones del campo visual o por el oftalmoscopio. El tratamiento médico intenta disminuir la producción de líquido acuoso por el músculo ciliar (bloqueadores betaadrenérgicos, como el timolol tópico), o aumentar el drenaje acuoso con análogo de prostaglandinas: latanoprost. También se usan inhibidores de la anhidrasa carbónica. El tratamiento quirúrgico incluye distintas posibilidades, como la iridectomía, iridotomía periférica o la trabeculoplastia con láser.

### Retinopatía diabética

Trastorno crónico de la microvascularización de la retina por la microangiopatía diabética del paciente.

*Clínica y diagnóstico:* Existe una pérdida progresiva de la agudeza visual. Oftalmoscópicamente podemos diferenciar dos formas:

- *Exudativa.* Se forman microaneurismas y las venas se vuelven tortuosas. Existen hemorragias en forma de llama y hemorragias puntuales.
- *Proliferativa.* La isquemia de la retina forma vasos frágiles que se adhieren a la parte posterior del vítreo. La hemorragia de estos vasos frágiles origina hemorragia intensa en el vítreo y pérdida visual súbita.

*Tratamiento.* El control estricto de la glucemia a largo plazo puede reducir la incidencia de retinopatía. La fotocoagulación en las zonas avasculares evita la formación nueva de vasos.

### Urgencias oftalmológicas frecuentes en el anciano

En general, las pérdidas bruscas de visión, monolaterales y dolorosas suelen acompañarse de hiperemia

conjuntival y precisan de un correcto diagnóstico diferencial del ojo rojo. Algunas de éstas constituyen verdaderas urgencias oftalmológicas, como son la uveítis anterior, glaucoma agudo, escleritis, queratitis o conjuntivitis aguda (5). Describimos algunas:

- *Hemorragia en el vítreo*. Suelen ocurrir en pacientes con trastornos vasculares (diabetes mellitus, hipertensión arterial). Los síntomas dependen de la cantidad de sangre, de la localización y de la extensión. El tratamiento depende del grado de hemorragia y puede ir desde el simple reposo hasta la vitrectomía.
- *Desprendimiento de retina*. Es la separación de una de las capas de la retina (epitelio pigmentario). Los síntomas son destellos luminosos (fotopsias), sensación de ver moscas volando y si la retina se desprende se aprecia como un telón que impide la visión. El tratamiento es quirúrgico.
- *Oclusiones vasculares*:
  - *Embolia de la arteria central de la retina*. Pérdida de visión fulminante, y por oftalmoscopia se aprecia palidez de la retina con mancha rojo cereza (la mácula).
  - *Trombosis de la vena central de la retina*. Pérdida de visión menos brusca. Imagen de oftalmoscopia con hemorragias alrededor de la papila.
- *Herpes zóster ocular*. Es frecuente por la participación de la división oftálmica del nervio trigémino en una infección por virus herpes zóster. Causa conjuntivitis, queratitis, epiescleritis y uveítis. Requiere el tratamiento inmediato con antivirales parenterales a altas dosis.
- *Arteritis de la temporal o de células gigantes*. Se trata de una enfermedad vascular sistémica que puede involucrar las ramas de la carótida que suministra al ojo. Si participa la arteria oftálmica puede aparecer ceguera. Debe sospecharse si existe historia de cefaleas temporales, sensibilidad en cuero cabelludo y elevación de la VSG. Suele precisar biopsia diagnóstica, y debe tratarse con corticoides a altas dosis.
- *Ceguera monocular transitoria o amaurosis fugaz*. Es la clínica típica de la isquemia transitoria de la retina debida a émbolos. Debe investigarse causa embólica, como la fibrilación auricular, enfermedad de carótidas o endocarditis.

## Alteraciones otorrinolaringológicas en el anciano

Aunque la afección más popular es la presbiacusia, debido a las alteraciones psicológicas y sociales que origina, el anciano puede presentar las mismas enfer-

medades del adulto, incluso algunas con mucha mayor frecuencia (6).

En todo caso, estas enfermedades presentan en la persona mayor unas características especiales que hay que tener en cuenta a la hora de valorar al paciente (6, 7, 8).

La sordera tiene un efecto adverso sobre las funciones cognitivas, conducta emocional y bienestar social, y puede ser un factor con peso específico considerable para llevar una vida independiente.

### Prevalencia

Cerca de un 25% de las personas de 65-74 años y hasta el 50% de los mayores de 75 años sufren una pérdida de audición.

### Valoración de la discapacidad auditiva del anciano

#### Prueba de la voz susurrada

Se explica al paciente que se le pedirá que repita tres números. El examinador se coloca detrás del paciente para evitar que le lea los labios.

Se tapa el oído contralateral. A continuación el examinador espira completamente (lo que reduce el volumen de la voz) y, desde una distancia de unos 60 centímetros de la oreja, le susurra tres números. Si el paciente no puede repetir el 50% (tres números o más) en dos ensayos, se considera que no ha superado la prueba.

### Clasificación de la patología (6, 7, 8)

#### Oído externo

1. Tapón de cerumen.
2. Otitis externa.
3. Otitis externa maligna.
4. Tumores benignos.
5. Lesiones precancerosas.
6. Tumores malignos.

#### Oído medio

1. Otosclerosis.
2. Otitis media aguda.
3. Otitis media crónica.
4. Tumores.

#### Oído interno

1. Presbiacusia.
2. Acúfenos.

#### Faringe

1. Faringitis crónica.

## Oído externo

### Tapón de cerumen

*Motivo de consulta.* Paciente que refiere hipoacusia (de transmisión) y/o inestabilidad y mareos, así como sensación de ocupación y autofonía.

*Exploración y diagnóstico.* Por otoscopia se visualizará el tapón de cerumen obstruyendo el conducto auditivo externo (CAE).

*Actitud terapéutica.* Extracción:

1. Reblandecimiento del tapón mediante gotas tópicas disolventes.
2. Extracción con agua templada mediante jeringa apropiada.
3. Nunca usar pinzas para su extracción.

Complicaciones de la extracción: breve crisis vertiginosa por la introducción de agua muy caliente o fría.

### Perforación timpánica

*Motivo de consulta.* Paciente que consulta por hipoacusia (de transmisión), otalgia, drenaje por el oído y acúfenos. Entre sus antecedentes personales destaca otitis media o traumatismo mecánico o barotrauma.

*Exploración y diagnóstico.* En otoscopia se visualiza la perforación timpánica.

*Actitud terapéutica.* El tímpano roto o perforado tiende a recuperarse por sí solo en dos meses. Los objetivos del tratamiento son aliviar el dolor y prevenir la infección.

La reparación quirúrgica está indicada cuando:

- Hipoacusia de conducción significativa.
- Infección crónica y otorrea.
- Presenta riesgo de aparición de colesteatoma.

La edad avanzada no es una contraindicación para la reparación en un paciente que esté por lo demás sano.

### Otitis externa

*Motivo de consulta.* Paciente que consulta por OTALGIA (al presionar el trago), hipoacusia (de transmisión) y en ocasiones prurito (cuando la etiología es otomicosis).

*Exploración y diagnóstico.* En la otoscopia se aprecia el oído enrojecido e inflamado, incluyendo el canal auditivo, el cual puede aparecer similar a un eccema con descamación de la piel.

La palpación o manipulación del oído externo aumenta el dolor. El cultivo del drenaje del oído puede revelar la presencia de bacterias u hongos.

*Tratamiento.* Generalmente, la aplicación tópica de gotas que contienen antibióticos para combatir la

infección y corticoides para reducir el prurito y la inflamación es efectiva. Ocasionalmente, los medicamentos tópicos se complementan con pastillas.

En casos en que el dolor sea muy severo, se pueden usar analgésicos, y también resulta útil la aplicación de calor sobre el área afectada para reducir dicho dolor.

### Otitis externa maligna o necrotizante (9)

*Motivo de consulta.* Anciano diabético o inmunodeprimido que consulta por otitis externa pertinaz y progresiva. El cuadro se puede acompañar de focalidad neurológica (parálisis facial periférica).

*Diagnóstico.* El cuadro es producido por pseudomona aeruginosa.

En la otoscopia llama la atención la presencia de tejido de granulación con formación de pólipos y esfacelos en las paredes del conducto. Posteriormente necrosis de tejidos adyacentes.

Realización de tac craneal.

*Tratamiento.* Es un cuadro poco frecuente, pero muy grave (mortalidad 50%).

Tratamiento con ciprofloxacino 400 mg/12 h iv o ceftacidima iv 2 g/8 h.

Cuidados locales con desbridamiento quirúrgico.

### Tumores benignos

#### Queratosis seborreica

*Motivo de consulta.* Consulta por lesión elevada, irregular, untuosa al tacto, con formación de quistes y surcos que pueden sangrar.

*Tratamiento.* Extirpación quirúrgica.

### Lesiones precancerosas

#### Cuerno cutáneo

*Motivo de consulta.* El paciente consulta por neoformación verrugosa claramente delimitada de la epidermis con superficie ligeramente rugosa, que, localizada en el pabellón auricular, no afecta al cartílago.

*Tratamiento.* Extirpación quirúrgica.

#### Queratosis senil

*Motivo de consulta.* Aparición de elevación de la piel sobre el pabellón auricular y el conducto auditivo externo mal delimitada y superficie áspera, intacta y parcialmente cubierta con costras que no infiltra el cartílago. Carecen de fositas y surcos característicos de la queratosis seborreica.

Es la lesión precancerosa más frecuente en el anciano.

*Tratamiento.* Extirpación quirúrgica.

## Tumores malignos

### *Carcinoma espinocelular*

*Motivo de consulta.* El paciente presenta tumor exofítico mal delimitado, superficie ulcerada, localizado en el borde del pabellón, infiltra el cartílago. Crece lentamente y produce metástasis en ganglios linfáticos.

*Tratamiento.* Extirpación quirúrgica amplia y vaciamiento cervical ganglionar si hay extensión regional.

*Pronóstico.* Lesiones pequeñas del hélix o antehélix tienen una tasa de curación a los cinco años del 95%, mientras que las lesiones próximas al meato auditivo tienen peor pronóstico.

## Oído medio

### Otitis media aguda (6, 7, 9)

*Motivo de consulta.* El paciente presenta hipoacusia, autofonía, acúfenos y otalgia.

*Diagnóstico.* Otoscopia: tímpano hundido y/o congestivo.

Ante todo anciano que presenta una otitis aguda o serosa, especialmente si es unilateral, se debe explorar el cavum para descartar patología tumoral.

*Tratamiento.* Tratamiento de la infección si existe.

### Otitis media crónica

*Motivo de consulta.* Se caracteriza por la aparición de procesos infecciosos que se prolongan durante más de seis semanas o bien cuando los episodios se presentan tres o más veces al año. Ausencia de dolor e hipoacusia.

*Diagnóstico.* Otoscopia: perforación del tímpano y supuración fétida.

Cultivo del exudado.

*Tratamiento.* Antibioterapia y plantear cirugía.

## Oído interno

### Presbiacusia (10, 6, 7)

*Motivo de consulta.* El paciente presenta hipoacusia de percepción pura (3), es decir, no hay separación entre la conducción ósea y aérea. Es bilateral y aproximadamente simétrica.

Comienzo insidioso, nunca bruscamente; precozmente aparecen dificultades para la audición de sonidos agudos (timbre del teléfono, pájaros...).

Alteraciones de discriminación en ambientes ruidosos o en conversaciones cruzadas. Oyen pero no entienden.

*Diagnóstico.* Audiometría tonal y verbal:

La curva total desciende gradualmente y bilateral de las frecuencias agudas con conservación de las gra-

ves. Hay discordancia entre la inteligibilidad, la discriminación y la curva tonal.

*Tratamiento.* Médico: carece de terapia eficaz. Refuerzo psicológico o pautas de comunicación:

1. Mire de frente a la persona que tiene pérdida de audición para que ella pueda ver su cara cuando usted hable. Esto le permite a una persona con deficiencia de la capacidad auditiva observar las expresiones faciales, los gestos y movimientos corporales y de labios, todas claves que facilitan la comunicación.
2. Hable lentamente y pronunciando.
3. Durante las conversaciones, apague la radio o televisión. Ambiente silencioso.
4. Hable levemente más fuerte que lo normal, pero no grite. El grito puede distorsionar su habla.
5. Reformule las afirmaciones con oraciones más cortas y sencillas si cree que no están entendiendo lo que dice.

*Rehabilitador:* prótesis acústica.

Una persona con hipoacusia bilateral debería usar audífonos bilaterales, ya que permiten mejorar la discriminación, la localización del sonido y percibir mejor las conversaciones en lugares con ruido. Sin embargo, muchas personas no pueden permitirse comprar dos aparatos. El coste normal de un audífono es de 1.000-2.500 euros.

Si la única opción es colocar un audífono, debe colocarse en el que tenga menor hipoacusia.

## Acúfenos

*Motivo de consulta.* Los acúfenos, tinnitus o ruidos de oído, tan frecuentes en el anciano, representan uno de los problemas más difíciles de resolver.

*Tratamiento.* Pueden mejorar con medicación vaso-reguladora.

## Patología vestibular

*Motivo de consulta.* Cualquier alteración de estas estructuras origina un desequilibrio que se va a expresar en forma de crisis vertiginosa (sensación errónea de giro de objetos), desequilibrio (pérdida del balance corporal en la bipedestación), mareo (sensaciones vagas o inespecíficas o vista nublada).

Muchos procesos pueden producir este cuadro.

## Enfermedad de Menière

*Motivo de consulta.* Crisis vertiginosas intensas, cortejo vegetativo, hipoacusia brusca, acúfenos. Sensación de plenitud auricular. Inter crisis libres de síntomas.

*Tratamiento.* Restricción de sal y el uso de diuréticos.

El uso episódico de antivertiginosos es útil para el tratamiento de los episodios de vértigos.

## Faringe

### Faringitis seca

*Motivo de consulta.* El paciente con procesos urémicos, diabéticos, con falta de hidratación o en fase terminal que presenta: sensación de sequedad, picazón, carraspeo y/o sensación de cuerpo extraño en faringe.

*Diagnóstico.* Mucosa atrófica, seca, brillante. Secreciones costrosas.

*Tratamiento.* Hidratación e intensa humidificación. Vitaminoterapia.

## Bibliografía

1. Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I. Manual de Geriatria. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.

2. Macias Núñez JF. Geriatria desde el principio. Barcelona: Glosa; 2005.
3. Reim M, Kirchhof B. Examen del fondo de ojo: desde los hallazgos hasta el diagnóstico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
4. Webb LA. Manual de urgencias oftalmológicas: diagnóstico y tratamiento. 2.ª ed. Barcelona: Ediciones Hartcourt, SA; 2001.
5. Geriatrics Review Syllabus. American Geriatrics Society. 5.ª ed. Editorial Medical Trends, SL. p. 73-83.
6. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Otorrinolaringología en las personas mayores. 1.ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 1998.
7. Ramírez Camacho R. Manual de otorrinología. 1.ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 1998.
8. Julianna Gulya A, MD, Wilson WR. Atlas de enfermedades de garganta, nariz y oído. Atlas Medical Publish Ltf. 201.
9. Gómez A, O'Connor R, García M. Manual básico de urgencias en O.R.L. para médicos de Atención Primaria. Barcelona: Salvat; 1998.
10. Marcincuk M, Roland M. Hipoacusia en los mayores. Modern Geriatrics (ed. española), 14 (10).