

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Referencia Rápida

### Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome De Privación Sensorial en el Adulto Mayor

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-611-13

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**H54.7 Disminución de la agudeza visual, sin especificación**

**H91.9 Hipoacusia, no especificada**

**R43.- Trastornos del olfato y del gusto**

**GPC**

**Diagnóstico y Manejo del Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor**  
**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

Se entiende por “Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor” a la afección total o parcial de la función visual, auditiva, gustativa u olfatoria, que además de limitar uno o más sentidos, genera disfunción en la esfera biológica, psicológica y social, con repercusión directa en la independencia y la calidad de vida.

### CONTEXTO

El síndrome de privación sensorial es un problema común en el envejecimiento y cada vez más será más necesario combatirlo adecuadamente por los cambios demográficos que está sufriendo todo el mundo, especialmente los países en desarrollo.

Dada la multipatología en los adultos mayores, aunado a problemas psico-sociales y polifarmacia, el síndrome de privación sensorial es subestimado. Sin embargo, la mayoría de las ocasiones el déficit en la audición, visión, olfacción y gusto se correlacionan directa e indirectamente con otros síndromes geriátricos y/o forman parte de los mismos, por lo que la identificación del trastorno se hace complejo, favoreciendo un subdiagnóstico y por lo tanto, un retraso en el tratamiento, afectando la integridad del paciente y condicionando diferentes grados de dependencia funcional.

Por lo anterior, el realizar una búsqueda intencionada de los problemas y déficits en los sentidos, a través de herramientas de tamizaje, permitirá un manejo integral y oportuno, evitando las consecuencias y favoreciendo una mejor calidad de vida en el adulto mayor.

### SÍNDROMES GERIÁTRICOS COMO COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Los síndromes geriátricos son una forma de presentación de enfermedad común en los adultos mayores, se presentan como un conjunto de cuadros clínicos habitualmente originados por la interacción de enfermedades con alta prevalencia en esta edad y que con frecuencia originan incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación inicial (síntoma) de muchas enfermedades, pero a la vez, también son el principio de muchos otros problemas que se deben de tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos.

Los déficit visual y auditivo se deben abordar como “síndromes geriátricos” debido a que repercuten en todos los componentes de la esfera bio-psico-social, además de limitar el funcionamiento del adulto mayor, tanto para las tareas básicas como las instrumentales de la vida diaria, poniéndolo en riesgo de dependencia, reduciendo la movilidad, aumentando el riesgo de accidentes domésticos y caídas.

## DÉFICIT AUDITIVO COMO SÍNDROME DE PRIVACIÓN SENSORIAL

El déficit auditivo es una de las condiciones crónicas más comunes en los adultos mayores, su prevalencia se estima en 90% en personas de 80 o más años. Los factores de riesgo asociados a la pérdida de la agudeza auditiva son: sexo masculino, soltería, edad avanzada, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, enfermedad cerebro-vascular, tabaquismo, deterioro cognoscitivo, exposición a ruido ocupacional, cirugía auditiva previa, uso ó exposición a ototóxicos (ej. aminoglucósidos), infecciones óticas y enfermedad inmunológica. La pérdida auditiva en la población geriátrica está estrechamente asociada a factores de riesgo modificables, por lo tanto, se recomienda buscar intencionadamente dichos factores y tratarlos con el fin de prevenir el déficit auditivo.

El deterioro de la agudeza auditiva puede ser clasificado en: 1. Neurosensorial: afección del oído interno, coclea y nervio vestíbulo coclear (VIII). 2. Conductiva: afección del oído externo, oído medio o ambos. 3. Mixta: Combina la afección neurosensorial y conductiva.

Se recomienda realizar tamizaje de la agudeza auditiva en todos los adultos mayores que acuden a consulta. Se le puede realizar alguna de las siguientes preguntas que han probado ser útiles en la práctica clínica:

¿Tiene usted problemas para escuchar?

¿Siente usted que tiene pérdida de la audición?

¿Tiene dificultad para entender la conversación?

El impacto negativo principal del déficit auditivo se presenta en la comunicación. El déficit auditivo suele percibirse como un estigma social ó malinterpretarse como una parte normal del envejecimiento, lo que condiciona el no buscar atención médica oportuna, por lo que genera discapacidad y limitación funcional en las esferas socio-familiar, psicológica y cognoscitiva, por ejemplo, favorece la aparición de depresión, ansiedad y limita las relaciones sociales llevando al aislamiento, además el déficit auditivo se asocia a una mayor incidencia de deterioro cognoscitivo y viceversa: la demencia y el deterioro cognoscitivo moderado afectan las funciones centrales de audición provocando mayor déficit auditivo. Se ha confirmado que existe una asociación entre déficit auditivo y riesgo de morbi-mortalidad incluyendo la dependencia en actividades de la vida diaria o muerte.

Una prueba inicial esencial es la otoscopia, debido a la alta prevalencia de tapón de cerumen como causa de déficit auditivo (conductivo), se debe realizar a todos los adultos mayores con algún grado de déficit auditivo. Además, se recomienda realizar cualquiera de las siguiente pruebas de tamizaje: “prueba del susurro”, la “prueba del chasquido” o la “Prueba del Tic-Tac del Reloj” La Encuesta para la Limitación de la Audición en Adultos Mayores en su versión de corta y adaptada para población México-americana (*Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening Version, HHIE-S*) es útil para detectar déficit auditivo. Cuando alguna de estas pruebas es positiva, es pertinente enviar al siguiente nivel de atención para realizar una evaluación por el especialista en oído o el envío a pruebas audiométricas.

Ciertas condiciones como el tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y/o la dislipidemia favorecen la progresión del déficit auditivo en el adulto mayor, es por ello que se recomienda la suspensión del hábito tabáquico y el control de las patologías crónicas. También, el uso de auxiliares auditivos mejora la percepción de la calidad de vida, reducen las consecuencias emocionales y sociales, siendo una estrategia costo-efectiva al reducir en 60% los costos en la atención generados por el déficit auditivo en el adulto mayor. Por lo tanto el paciente con déficit auditivo se debe referir al siguiente nivel de atención para realizar una audiometría. El umbral audiométrico para indicar

auxiliar auditivo es de 40dB.

## DÉFICIT VISUAL COMO SÍNDROME DE PRIVACIÓN SENSORIAL

El déficit visual asociado a enfermedades relacionadas con el envejecimiento es una de las condiciones más comunes entre los adultos mayores y un problema de salud pública. El factor de riesgo más importante para el déficit visual es la edad. La prevalencia se duplica cuando se compara el grupo de edad de 70-79 años contra el grupo de 80 y más años, el sexo femenino tiene mayor riesgo. Se debe tomar en cuenta las consecuencias que se han reportado debido a éste déficit, tales como: dependencia funcional en las actividades de la vida diaria, incremento en el riesgo de lesiones, es un factor de riesgo para presentar caídas, depresión, incremento en la morbilidad, aislamiento social, además crea o incrementa la discapacidad, inicia o perpetúa el deterioro psico-social, entorpece o dificulta la rehabilitación y aumenta los costos en servicios de salud. Este enfoque tiene mayor significado y profundidad que una simple medición de la agudeza visual.

Para la detección inicial de la pérdida de agudeza visual se puede preguntar al adulto mayor o a su cuidador primario, lo siguiente: ¿Tiene dificultad para ver la televisión, leer o para ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? Si la respuesta es positiva, se deberá realizar una prueba con la cartilla visual de Snellen y agujero estenoico. En dado caso de ser anormal se debe referir al oftalmólogo.

En pacientes con déficit visual se debe favorecer un ambiente que facilite la visión, por lo que se recomienda: mantener una iluminación adecuada principalmente en recámara y baño, utilizar contraste de colores, barandales en las paredes para prevención de caídas, impresión de texto en letra a gran escala, favorecer la adaptación y aceptación a las condiciones del paciente, una rehabilitación del déficit visual ya que es efectiva, segura y necesaria, debe ser multidisciplinaria e incluir un optometrista cuando hay problemas de refracción y un oftalmólogo en las otras patologías. Los problemas de refracción se deben corregir con lentes de manera oportuna ya que mejora de manera significativa la calidad de vida y la funcionalidad. No hay evidencia de que el uso de suplementos con antioxidantes, vitaminas o minerales prevengan o retrasen la aparición de degeneración macular relacionada con la edad. Se debe referir oportunamente al oftalmólogo ante la presencia de catarata.

## ALTERACIONES DEL OLFATO Y DEL GUSTO EN EL ADULTO MAYOR COMO SÍNDROME DE PRIVACIÓN SENSORIAL

La función olfatoria declina a través del proceso de envejecimiento y no solo se pierde la agudeza olfatoria, sino también la habilidad para discriminar entre diferentes olores. Se ha reportado que más del 75% de los adultos mayores de 80 años presentan evidencia de alteraciones en el sentido del olfato. Otros factores que incrementan la prevalencia de déficit olfatorio son: tabaquismo activo, epilepsia, congestión nasal e infección del tracto respiratorio superior.

La disfunción en el gusto está relacionada cambios por envejecimiento fisiológico, sin embargo, en muchos de los casos, lo que es percibido como un defecto en el sentido del gusto, es en realidad una disfunción en el olfato. Las causas más frecuentes de alteraciones en el sentido del gusto, fuera de la alteración olfatoria, son: uso de fármacos, trauma craneal, infección respiratoria superior previa, pérdida de piezas dentales, caries, enfermedad periodontal, infección por *Candida* oral, problemas de la masticación, causas idiopáticas.

Desde el punto de vista como un síndrome geriátrico, las alteraciones en el olfato y gusto impactan en la

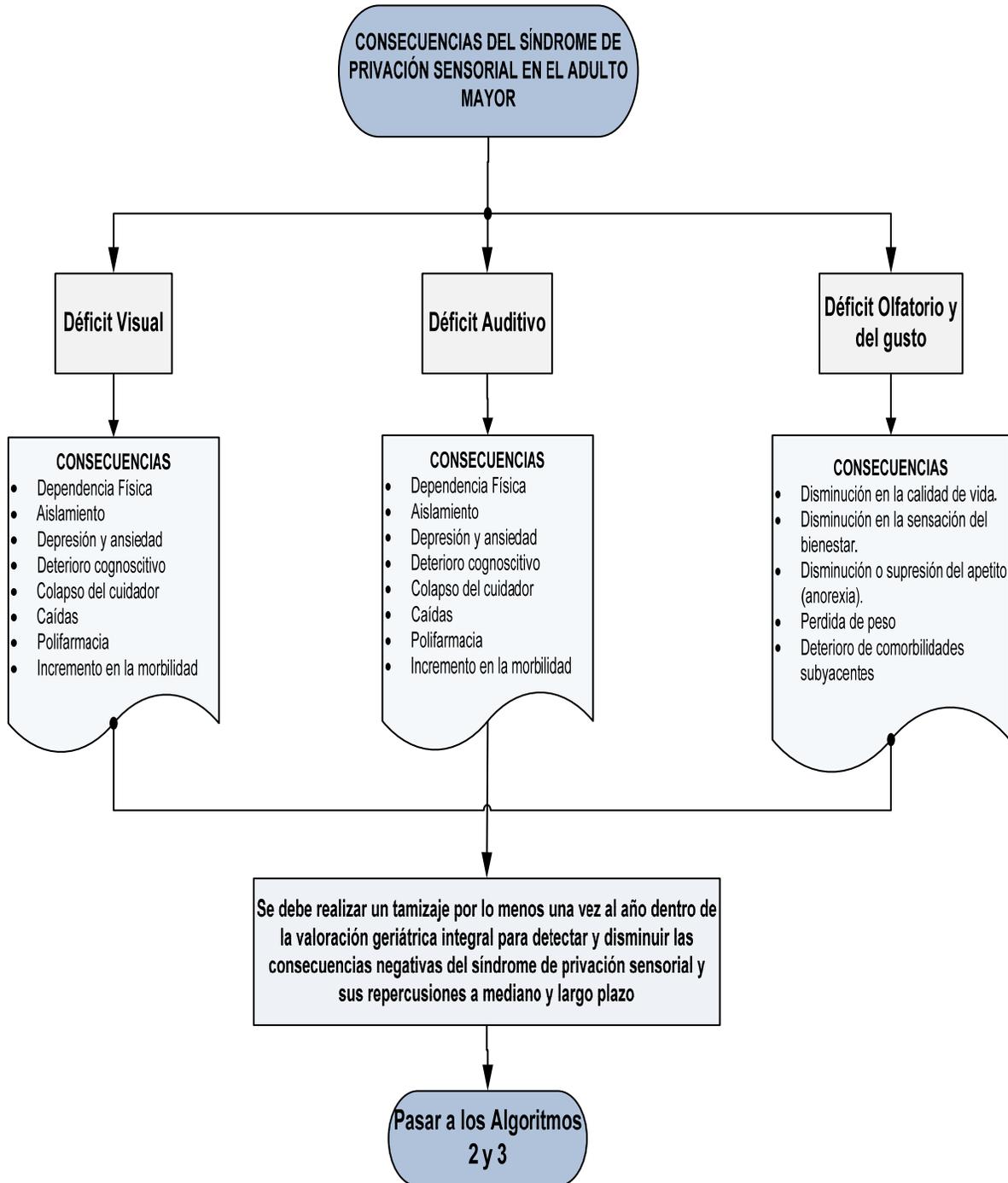
calidad de vida, en el bienestar, en la autosuficiencia y en la salud en general. Las alteraciones en el olfato y gusto asociadas al envejecimiento generalmente son subestimadas. Sin embargo las consecuencias son desastrosas en el adulto mayor: disminución o supresión del apetito, pérdida ponderal, desnutrición, disfunción inmunitaria y deterioro de comorbilidades subyacentes debido a que se propicia la utilización de mayor cantidad de sal o azúcar en los alimentos y puede descompensar enfermedades como diabetes, hipertensión, insuficiencia cardiaca, renal o hepática, entre otras.

El paso más importante en el tratamiento de las alteraciones del olfato y el gusto es reconocerlas. Se recomiendan preguntas sencillas de tamizaje para los déficit olfatorio y del gusto: ¿Tiene usted problemas para detectar olores o sabores? y/o  
¿Tiene usted problemas para disfrutar el sabor de las comidas?

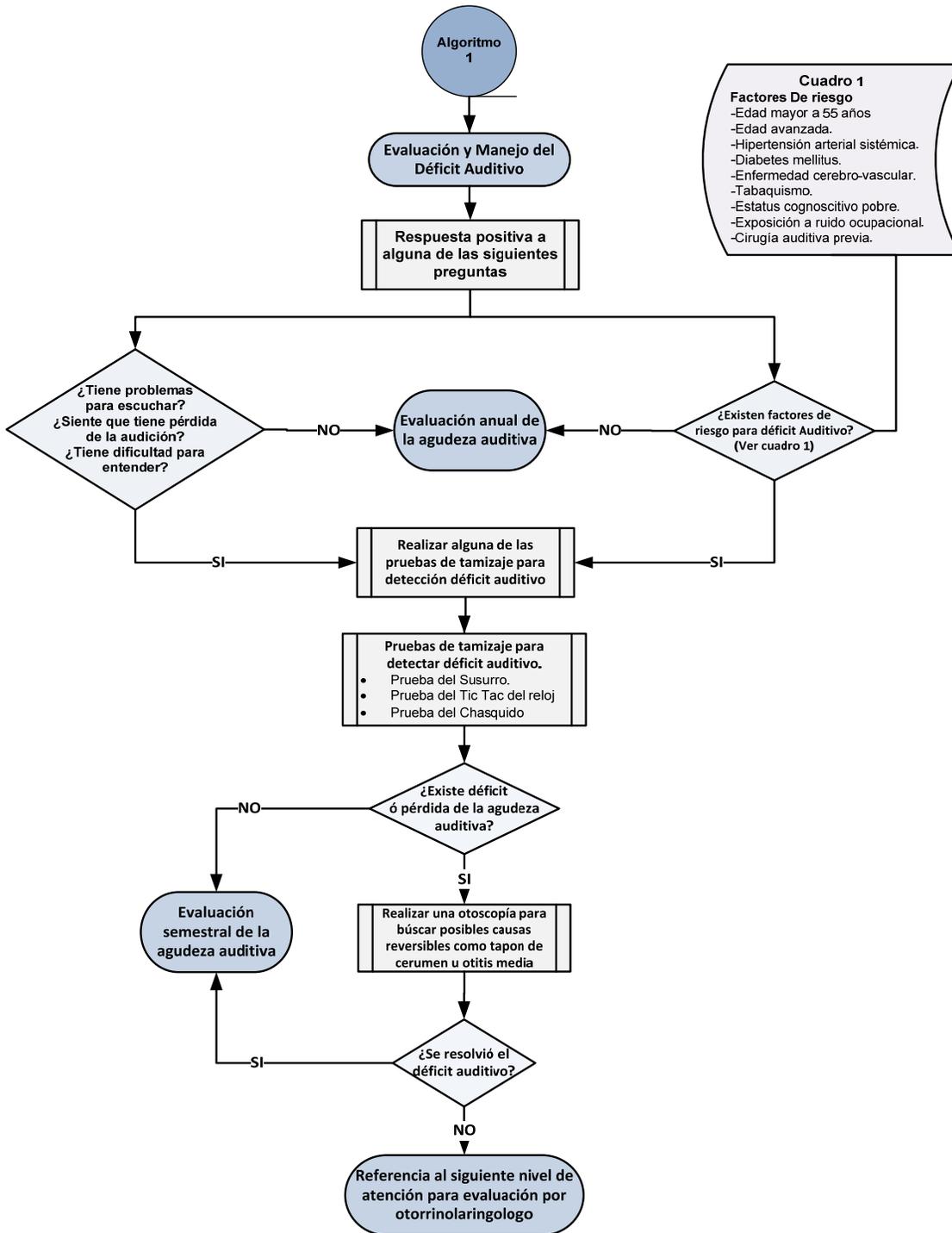
Si el paciente presenta alteraciones en el gusto y el olfato, se recomienda: investigar si existe patología local o sistémica que afecten los órganos del gusto y el olfato, realizar una lista de medicamentos que pudieran estar implicados, dar consejo médico y apoyo para poder sobrellevar dichas alteraciones y aumentar el consumo de alimentos con olores penetrantes y texturas firmes.

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE PRIVACIÓN SENSORIAL



**ALGORITMO 2. EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DÉFICIT AUDITIVO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**



**ALGORITMO 3. EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DÉFICIT VISUAL EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

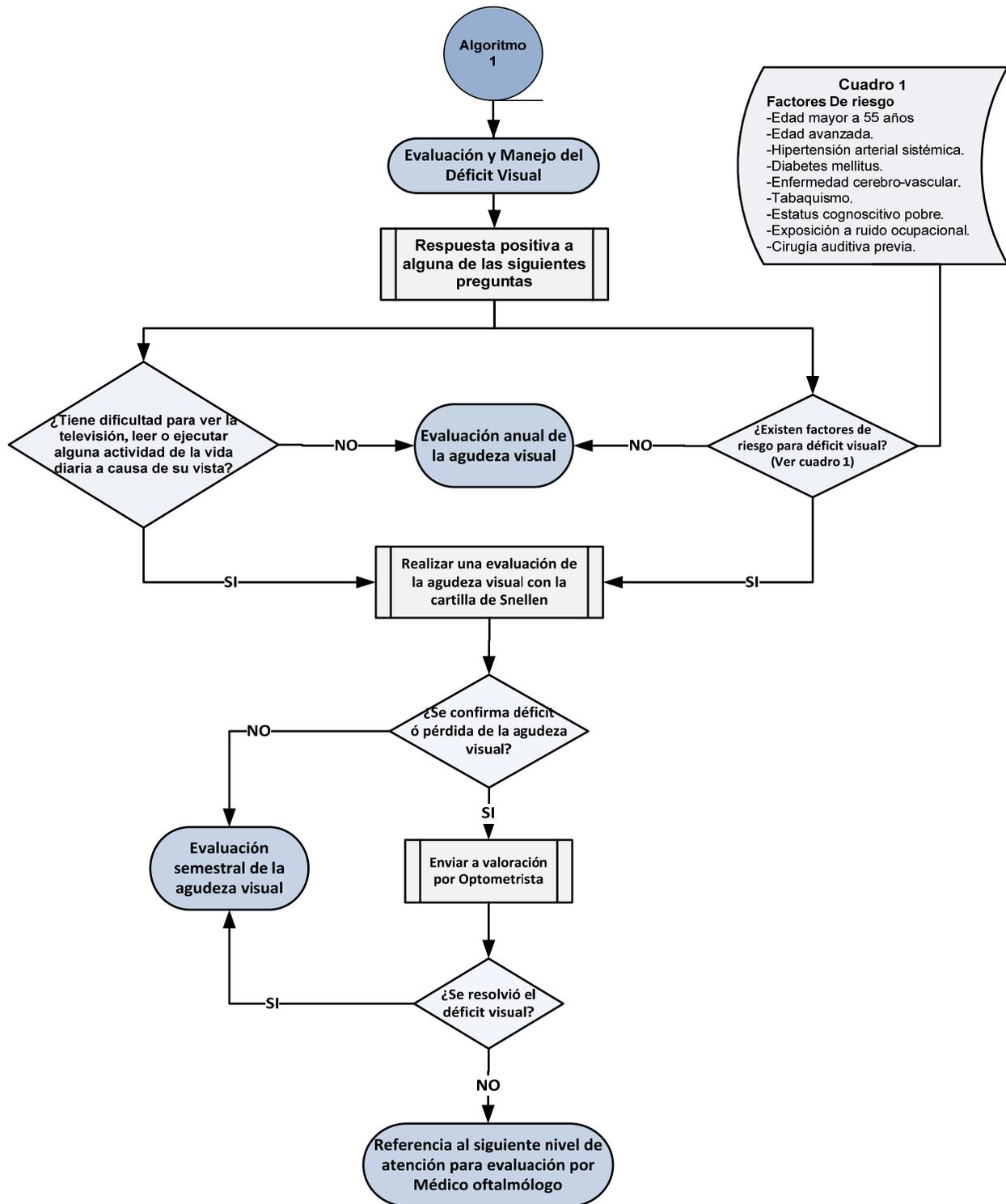


FIGURA 1. LA PRIVACIÓN SENSORIAL COMO UN SÍNDROME GERIÁTRICO EN EL ADULTO MAYOR

