

PARTE II:

Disminución de la Agudeza Auditiva

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

10



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Definir las causas comunes del deterioro auditivo en el adulto mayor.
- 2.** Iniciar la evaluación del deterioro auditivo previo a la referencia para audiometría.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La audición normal va de 0 a 25 decibeles (dB) a través de todas las frecuencias, mientras que la conversación normal se encuentra entre 20 y 60 dB, o sea, entre 1000 y 6000 Hertz.

El 30% de los mayores de 60 años sufren de una baja significativa de la audición, esta proporción aumenta hasta 60% entre aquellos mayores de 85 años.

Habitualmente los familiares o el paciente mismo se quejan de que el paciente no oye bien o no entiende lo que se le dice. Existen diversos instrumentos de tamizaje para detectar estos casos, sin embargo el más utilizado es el Inventario de Discapacidad Auditiva para el Tamizaje de Adultos Mayores (Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening), versión corta HHIE-S (ver anexo).

CUADRO 10.1. GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA Y SU RELACIÓN CON EL EFECTO

Grado de pérdida auditiva	Descripción	Efecto
25 a 40 dB	Leve	Dificultad para entender una conversación normal.
41 a 55 dB	Moderada	Dificultad para entender una conversación en voz más alta de lo normal.
56 a 80 dB	Grave	Solo puede entender utilizando amplificadores.
81 dB o más	Profunda	Dificultad para entender cualquier conversación.

La sordera no solamente afecta a la capacidad de comunicación, sino que además contribuye al aislamiento

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS (CUADRO 10.2)

CUADRO 10.2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PÉRDIDA AUDITIVA EN PERSONAS MAYORES

Presbiacusia	Causa más frecuente de sordera en el adulto mayor. Generalmente bilateral y simétrica. Produce sordera neurosensorial. Se perciben bien los sonidos, pero no los puede decodificar y por lo tanto comprender. Existe el fenómeno de reclutamiento. La disminución unilateral de la audición debe hacer desconfiar de este diagnóstico.
Tapón de cerumen	Tendencia del cerumen a endurecerse en el adulto mayor. Produce sordera de conducción. Siempre eliminar esta causa antes de continuar la evaluación. Es frecuente que sea la causa de empeoramiento de la presbiacusia. Puede ser uni o bilateral.
Otitis media	Es tan frecuente como en el adulto joven. Produce sordera de conducción. Usualmente unilateral. Siempre eliminar la posibilidad de <i>tumor nasofaríngeo</i> .
Otoesclerosis	Enfermedad con origen hereditario. Su inicio es durante la juventud. Generalmente un lado más afectado que el otro. Inicialmente sordera de conducción, al avanzar la patología interviene también el factor neurosensorial. La cirugía no es tan bien tolerada como en el adulto joven (mareos y vértigo prolongado).
Tumores	Son raros, pero <i>su más alta incidencia es en el adulto mayor</i> . Buscar especialmente si la disminución de la audición se acompaña de <i>otalgia u otorrea</i> (generalmente preceden a la sordera).
Medicamentos	Pérdida habitualmente bilateral y simétrica. Pérdida neurosensorial. Generalmente aminoglucósidos, salicilatos y furosemida en paciente con falla renal previa.

Una sordera unilateral progresiva o súbita, acompañada de acúfenos persistentes debe hacer pensar en *neurinoma del acústico*

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

PARA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO DE LA MANERA MÁS PRECISA POSIBLE, SE DEBEN CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- ¿Es la sordera unilateral o bilateral?
- ¿Es de aparición reciente o crónica?
- ¿Se acompaña de acúfenos, otalgia, otorrea o vértigo?
- ¿Existen antecedentes familiares de sordera o bien un trabajo con trauma acústico?

Después de haber contestado estas preguntas, se debe proceder a la exploración del conducto auditivo externo y el tímpano, con lo cual se puede descartar obstrucción, perforación timpánica, otitis media y en algunos casos colesteatoma.

En caso de existir tapón de cerumen, se debe proceder a eliminarlo, el método de irrigación es muy útil, siempre y cuando no exista duda de *perforación timpánica*.

Un tapón de cerumen no descarta otras causas de sordera, por lo que el paciente deberá ser reevaluado después de remover el tapón.

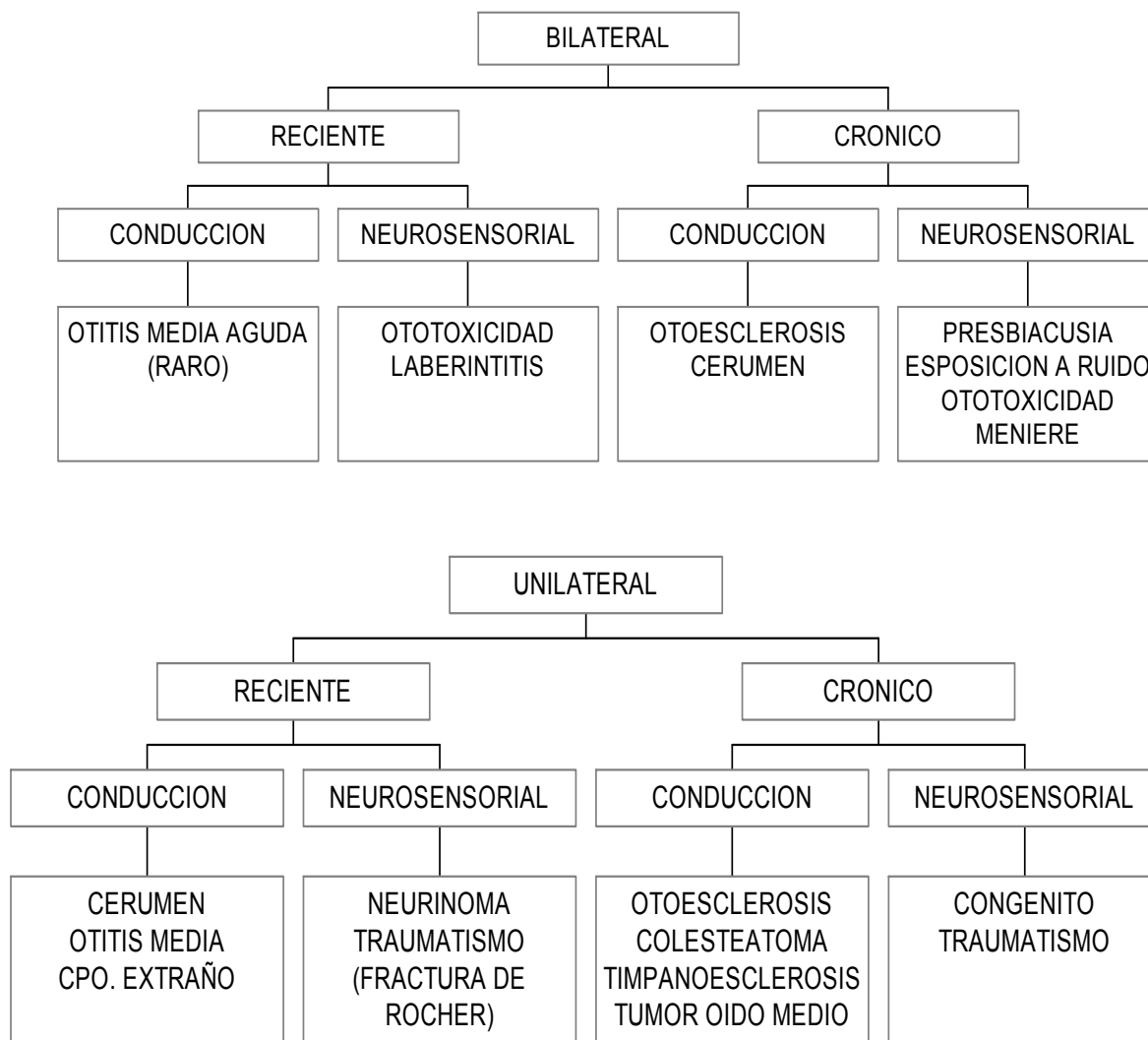
CUADRO 10.3. DISTINCIÓN ENTRE SORDERA DE CONDUCCIÓN Y SORDERA NEUROSENSORIAL¹

	Neurosensorial	Conducción
Volumen de la voz.	Aumentan el volumen para entenderse.	Normal o más débil (porque la sordera enmascara el ruido de fondo).
Discriminación del lenguaje.	Malo.	Bueno con amplificación.
Entorno ruidoso.	Mal tolerado debido al fenómeno de reclutamiento.	Bien tolerado.
Rinne.	Positivo (conducción aérea mejor que ósea).	Negativo (conducción ósea mejor que aérea).
Weber.	Lateralizado a oído que escucha mejor.	Lateralizado al oído más sordo.
Conducto auditivo externo.	Sin lesiones aparentes.	Lesiones frecuentes.

¹ Traducido y modificado de Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da edición Quebec: Maloine. 1997.

Una vez que se han respondido las preguntas anteriores y que se ha determinado si la sordera es de conducción o neurosensorial (Cuadro 10.3.), se puede utilizar el Diagrama 10.1 para establecer el diagnóstico. Los datos de *otalgia*, *vértigo* y *otorrea* son necesarios para refinar el diagnóstico.

DIAGRAMA 10.1. ABORDAJE CLÍNICO DE LA DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA²



² Traducido y modificado de Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da edición. Quebec: Maloine. 1997.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

En el caso que se detecte una disminución de la agudeza auditiva que no sea corregida al dar tratamiento a una otitis externa, o bien, al retirar un tapón de cerumen, el paciente debe ser referido a un otorrinolaringólogo, ya que la gran mayoría de los pacientes se benefician con la utilización de aparatos de audición.

Sin embargo, vale la pena recordar que los pacientes adultos mayores toleran mal los procedimientos quirúrgicos, ya que es muy frecuente la presencia de *mareos y vértigo persistentes después* de ésta.

El sonido zumbante que en ocasiones producen los aparatos de audición es debido a un mal ajuste del aparato, por lo que ante esta situación se debe reajustar el aparato

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

En todos los casos de disminución de la agudeza auditiva es útil seguir los siguientes puntos para mejorar las posibilidades de comunicación adecuada:

- Asegúrese mantener la atención de la persona con déficit auditivo.
- Hable cara a cara.
- Repita con las mismas palabras.
- Hable a un volumen normal o ligeramente alto.
- Hable más lentamente.
- Párese de 50 cms a 1 metro de distancia.
- Reduzca el ruido del medio ambiente.
- Haga pausas al final de cada oración.
- Evite parecer frustrado.
- Escriba palabras claves si la persona sabe y puede leer.
- Haga que la persona repita lo que se le ha dicho para asegurar la comprensión.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

La pérdida de la capacidad auditiva implica un impacto importante en la vida de relación del paciente mayor y la mayoría de ellos pueden recibir tratamiento, rehabilitación o tratamiento sustitutivo. No permita que su paciente deje de beneficiarse con ello.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- *El síntoma más precoz es la dificultad para escuchar en un ambiente ruidoso.*
- La indicación temprana de un auxiliar auditivo es necesaria para evitar la desinserción social.
- El rechazo a la utilización del auxiliar auditivo es frecuente y debe ser anticipado y considerado como un riesgo antes de la prescripción.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

American Academy of Audiology: Consumer Resources. Frequently Asked Questions About Hearing Aids. <http://www.audiology.org/consumer/guides/>

Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da edición Quebec: Maloine. 1997.

Cohn Es. Hearing loss with aging. *Clinical Geriatric Medicine* 1999;15 (1):145-161.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Hearing and Vision Loss. (Disminución de la Audición y Visión).

Jerger J, Chmiel R, Wilson N, Luch R. Hearing impairment in older adults: new concepts. *JAGS* 1995; 43:928-935.

Kane Roberto, Ouslander J. y I.B. Abrass. *Geriatría Clínica*. 3a. Edición. México: McGraw-Hill Interamericana. Publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997. 285-293.

Lavizzo-Mourey RJ, Siegler EL. Hearing impairment in the elderly. *J Gen Int Med* 1992; 7:191-198.

Mansour-Shousher R, Mansour WN. Nonsurgical management of hearing loss. *Clinical Geriatric Medicine* 1999; 15(1); 163-177.

Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, et al. Quality of life changes and hearing impairment: a randomized trial. *Ann Int Med* 1990; 113:188-194.

Reuben DB, Walsh K, Moore AA, Damesyn M, Greendale GA. Hearing loss in community-dwelling older persons: national prevalence data and identification using simple questions. *J. Am Geriatric Society*. 1998. 46:1008-11.

Ventry IM, Weinstein BE. Identification of elderly people with hearing problems. *American Speech-Language-Hearing Association Journal* 1983; 25:37.

ANEXO 11.1
HHIE-S (VERSIÓN CORTA)³

	Sí	Algunas veces	No
	4	2	0
¿Alguna vez se ha sentido avergonzado al conocer personas, debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le hacen sentir frustrado al hablar con miembros de su familia?			
¿Tiene dificultad para oír cuando alguien le habla en voz baja?			
¿Alguna vez ha tenido limitaciones debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le han causado dificultades al visitar amigos, parientes o vecinos?			
¿Los problemas para oír han hecho que vaya menos seguido de lo que le gustaría a actos sociales o servicios religiosos?			
¿Los problemas para oír han causado discusiones con miembros de su familia?			
¿Los problemas para oír le causan dificultad para entender los programas de televisión o radio?			
¿Cree que su problema para oír limita su vida personal o social?			
¿Un problema para oír le causa dificultad cuando va con amigos o parientes a un restaurante?			
TOTAL			

RANGO DE PUNTOS: 0 - 40

0 - 8 -- sin alteración autopercebida
10 - 22 -- con dificultad leve a moderada

24 - 40 -- dificultad significativa

³ Reuben DB, Walsh K, Moore AA, Damesyn M, Greendale GA. Hearing loss in community-dwelling older persons: national prevalence data and identification using simple questions. J. Am Geriatric Society. 1998. 46:1008-11.