

HIPOTIROIDISMO: MEDIADOR O SIGNO DE PEOR PRONÓSTICO EN ADULTOS MAYORES INTERNADOS.
 SFORZA, Noelia; ROSENFARB, Johanna; BLANC, Evelyn; RUJELMAN, Rocío; FOSATTI, María Pía; FRIGERIO, Carolina; BLANC, Evelyn; FAINGOLD, María C.; MERÓN, Tomás; BRENTA, Gabriela.
 Unidad Asistencial Dr. César Milstein

Título: HIPOTIROIDISMO: MEDIADOR O SIGNO DE PEOR PRONÓSTICO EN ADULTOS MAYORES INTERNADOS.
 Introducción: el hipotiroidismo franco (hf) podría ser un predictor de peor pronóstico durante la internación en los pacientes adultos mayores. Sin embargo la interpretación dificultosa de las pruebas de función tiroidea (PFT) debido a la Enfermedad No Tiroidea (ENT) ha llevado a su desuso como herramienta para el tamizaje de la disfunción tiroidea durante la internación, dificultando de esta forma, la detección del hipotiroidismo en esta población. Nuestro objetivo fue detectar el hf en pacientes adultos mayores internados y evaluar su influencia en el pronóstico de los mismos. Pacientes y métodos: se incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes mayores de 60 años (n:451) que fueron internados por el Servicio de Clínica Médica de nuestra institución en el período comprendido entre Enero de 2013 hasta enero de 2014. Se excluyeron todos aquellos pacientes que ingresaron en forma directa a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) u otros servicios que no fueran Clínica Médica.

En este grupo de pacientes se realizaron PFT (T4 Total (TT4), T3, TSH) en los días 1 y 8 de internación. La disfunción tiroidea fue categorizada como: hf (TT4 <4,5ug/dl, T3 <0,8ng/dl, TSH >5mU/l); hipotiroidismo subclínico (hsc) (TT4: entre 4,5 - 13ug/dl, T3: entre 0,8-1,9ng/dl, TSH >5mU/l); hipertiroidismo franco (HF) (TT4 >13ug/dl, T3 >1,9ng/dl, TSH <0,3mU/l); hipertiroidismo subclínico (HSC) (TT4: entre 4,5-13ug/dl, T3: entre 0,8-1,9ng/dl, TSH <0,3mU/l); eutiroidismo (EU) (TT4: entre 4,5-13ug/dl, T3: entre 0,8-1,9ng/dl, TSH: entre 0,3-5mU/l) y ENT (T3 <0,8ng/dl, TT4 y TSH dentro del rango de referencia normal o alguna combinación fuera de las categorías previas). Se evaluaron las comorbilidades del adulto mediante la escala ACE-27, y se recogieron datos sobre mortalidad hospitalaria y pase a UCI. La asociación entre mortalidad hospitalaria y PFT fueron evaluadas y categorizadas mediante regresión de Cox.

Resultados: de acuerdo a los resultados de las PFT, entre los 451 pacientes (77,07±9 años, 54% mujeres) 76% fueron categorizados como ENT, 4% hf, 10% hsc, 1% HSC, 9% EU y ningún paciente como HF.

Los pacientes clasificados como hf fueron los de mayor edad y presentaron mayor mortalidad y requerimiento de pase a UCI a lo largo de la internación (p<0,05). Por otro lado, el antecedente de hipotiroidismo previo y uso de levotiroxina fue mayor en el grupo de pacientes categorizados como hsc; estos hallazgos probablemente se deban a que en este grupo, la elevación de los niveles de TSH podría estar relacionada con un subtratamiento del hipotiroidismo de base al momento de la internación.

Las tasas de sobrevida se compararon entre el grupo de ENT, hf e hsc. Ningún paciente en la categoría eutiroides falleció durante la internación por lo que este grupo se excluyó del análisis.

La mortalidad fue mayor en el grupo de hf mientras que no hubo diferencias en la mortalidad entre ENT e hsc (Figura 1). En el análisis multivariado los pacientes con hf mostraron una mayor tasa de mortalidad que los ENT en un modelo ajustado por edad, sexo y ACE-27 (HR 3,6 (1,3-9,6), p<0,01) (Tabla 1). En el día 8, 194 pacientes continuaron internados y fueron reevaluados con PFT. De los 20 pacientes con hf en el día 1, 2 fallecieron, 8 fueron dados de alta y 10 permanecieron internados al día 8. Ocho pacientes de los 10 que permanecían internados en el día 8 continuaron en la categoría de hf.

Conclusión: el 4% de la población de nuestro estudio presentó hf en el día 1 de internación y el 80% de estos pacientes se mantuvieron con hf al día 8. Así mismo el hf durante la internación estuvo asociado con una elevada mortalidad. Sin embargo estudios posteriores podrían revelar si el hipotiroidismo durante la internación debería ser diagnosticado y/o tratado o si esta particular alteración de las PFT no son más que una característica de los pacientes adultos mayores internados con un peor pronóstico.

Bibliografía:

- 1- Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, de Andrada NC, Bravo PP, Orlandi AM, Graf H 2013 Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. Arq Bras Endocrinol Metabol 57:265-291.
- 2- Mingote E, Merono T, Rujelman R, Marquez A, Fossati P, Gurfinkiel M, Schnitman M, Brites F, Faingold C, Brenta G 2012 High TSH and low T4 as prognostic markers in older patients. Hormones (Athens) 11:350-355.
- 3- Tognini S, Marchini F, Dardano A, et al. Non-thyroidal illness syndrome and short-term survival in a hospitalised older population. Age Ageing 2010;39:46-50.

Figura 1: Curvas de sobrevida que demuestran que el hipotiroidismo franco (línea verde) presenta una menor sobrevida en comparación con el grupo de Enfermedad No Tiroidea (ENT) (línea azul) y el de hipotiroidismo subclínico (hsc) (línea beige).

Survival Function for patterns 1 - 3

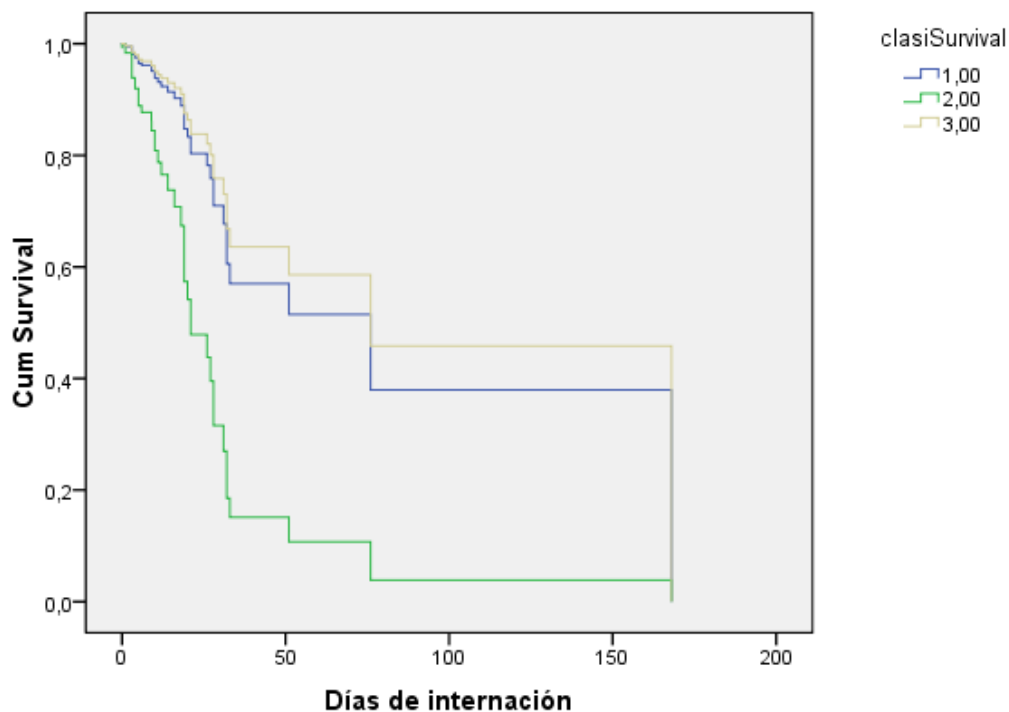


Tabla 1: En el análisis multivariado de sobrevida por Regresión de COX el hipotiroidismo franco (hf) mostró mayor mortalidad en comparación con la Enfermedad No Tiroidea (ENT) (categoría de referencia) en un modelo ajustado por score de ACE-27, sexo y edad. Por otro lado la categoría de hipotiroideos subclínicos (hsc) mostró una menor mortalidad que la de ENT.

	p	HR	95,0% CI	
			Inferior	Superior
ENT		1	-----	-----
hf	,011	3,582	1,343	9,559
hsc	,043	,345	,123	,968
Sexo	,271	,704	,378	1,314
Edad	,305	1,197	,849	1,688
ACE-27	,014	1,938	1,146	3,280