

Calidad de vida en pacientes con hipotiroidismo

Romina Ammann R.^{1,a}, Paula Bravo M.^{1,a}, Rocío Quinchavil D.^{1,a} y Victoria Novik A.^{1,2}

Quality of life in patients with Hypothyroidism

Introduction: Patients with hypothyroidism may have worse quality of life, specially in Hashimoto's Thyroiditis (HT). **Objective:** Describe differences in the quality of life in patients with HT, compared to other causes of hypothyroidism in ambulatory patients. **Method:** Cross sectional, observational and descriptive study. The survey SF36 was applied, with prior authorization, to hypothyroid outpatients over 18 years without psychiatric, physical or mental disorder, dividing the sample into two groups: patients with TH and other causes of hypothyroidism. We used QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 5.0, that gives a descriptive analysis of each area included in the instrument. **Results:** 53 patients, of whom 30 were diagnosed with TH, and 23 with other causes of hypothyroidism were surveyed. The characteristics were similar in both groups. The total group of hypothyroid patients had mental component under the average. In the specific analysis of the groups, the physical component was within the average general population. The mental component, was decreased in patients with other causes of hypothyroidism, but not in patients with TH. **Conclusion:** Comparing both groups, there were no differences in the physical component of patients with hypothyroidism. The mental component of the total group of hypothyroid patients compared to the general population was below average, especially in patients with other causes of hypothyroidism. The reason is unclear, but could be related to the absence of endogenous thyroid hormones.

Key words: Quality of life, hypothyroidism, Hashimoto disease.

¹Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

²Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, Chile.

^aInternas de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Financiamiento externo: No
Conflicto de interés: No

Correspondencia:

Victoria Novik A.
victorianovik@gmail.com

Recibido: 27/03/2017
Aceptado: 07/06/2017

Introducción

El hipotiroidismo primario corresponde a la disminución de la síntesis hormonal en la tiroides, por daño intrínseco de ella, el cual representa el 95% de todos los casos de hipotiroidismo^{1,2}.

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS), realizada en los años 2009 y 2010, la prevalencia global de hipotiroidismo detectada fue de un 19,4% (21,5% en mujeres y 17,3% en hombres). En mujeres, la cifra aumenta con la edad, llegando a un 31,3% en las mayores de 65 años². La enfermedad es 14 veces más frecuente en mujeres que en hombres^{1,3,4}.

Los síntomas se hacen presentes en forma lentamente progresiva, lo que explica que el paciente no tome conciencia de ellos en etapas iniciales. Cuando el cuadro está avanzado, el hipometabolismo se manifiesta en todos los sistemas^{1,2}.

La Tiroiditis de Hashimoto (TH), es la causa más frecuente de hipotiroidismo primario^{2,5}, y se asocia a la pre-

sencia de anticuerpos anti tiroperoxidasa (anti-TPO)^{6,7}. Existe evidencia acerca de la asociación de TH, por niveles elevados de anti-TPO, con diversas enfermedades autoinmunes órgano-específicas y no órgano-específicas. Esta y otras enfermedades y condiciones asociadas contribuirían a la disminución de la calidad de vida en pacientes con TH^{6,7,8}. Se ha pensado que esto se debe al hecho de que la TH, causa síntomas, como cambios de peso, cansancio, debilidad, sensación de frío, frialdad, piel y cabello seco, e incluso quejas físicas, como depresión e irritabilidad⁶. Otras causas de hipotiroidismo son el uso de yodo radioactivo y tiroidectomías¹.

Se ha observado que, en pacientes con TH, mayores niveles de anti-TPO podrían estar asociados a una mayor carga sintomática y a una peor calidad de vida^{6,9}. Muchos pacientes que sufren TH, incluso aquellos bien suplementados con hormonas tiroideas, experimentan períodos de malestar general asociados a varios síntomas^{5,7}.

Considerando la alta prevalencia de hipotiroidismo en Chile y su potencial vinculación con peor calidad de vida,

Artículo Original

se realizó este estudio cuyo objetivo principal fue describir la calidad de vida en pacientes con TH en tratamiento, comparado con otras causas de hipotiroidismo en pacientes ambulatorios.

Materiales y Métodos

Estudio de corte transversal, observacional y descriptivo. Se aplicó el cuestionario SF-36 validado para la población chilena, autorizado por *Optum Insight Life Science, Inc.* Previo a la encuesta se solicitó consentimiento informado a los pacientes con hipotiroidismo que consultaron en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Gustavo Fricke (HGF), autorizados por la jefatura del CAE, y en una consulta privada entre el 10 de marzo y el 10 de junio del año 2016.

El cuestionario SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Está compuesto por 36 preguntas, que cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior¹⁰.

Se incluyeron a pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo, que aceptaron participar en la investigación y que respondieron la encuesta en forma completa. Se excluyó a pacientes con comorbilidad asociadas que influyen en la calidad de vida: por ejemplo; patología psiquiátrica, discapacidad física, trastorno cognitivo. Se registró la presencia de otras comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, entre otras.

Los datos obtenidos a través del cuestionario SF36 fueron recolectados en una plantilla Excel sin incluir los nombres de los pacientes para resguardar la confidencialidad de estos. Se separó a la muestra en dos grupos según la causa de hipotiroidismo, el primero fue constituido por pacientes diagnosticados con TH, y el segundo incluyó a pacientes con otras causas de hipotiroidismo. Los datos fueron analizados con el programa QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 5.0 y Stata 12.

Resultados

Se encuestaron 53 pacientes, siendo 52 (98%) de los participantes de sexo femenino. El rango de edad fue entre 20-81 años, presentando una media de 51 años. Las características de ambos grupos estudiados se encuentran representadas en la Tabla 1.

Validación de los datos

Se aplicaron diversos indicadores para medir la calidad de datos, evaluando la consistencia y confiabilidad de estos. Dentro de los indicadores aplicados se incluyó: evaluación de datos perdidos, respuestas dentro del rango, consistencia de las respuestas, puntuaciones estimables, consistencia interna, validación discriminatoria y escalas de confianza, los cuales se encuentran estandarizados y definidos para la aplicación de la encuesta realizada. Todas las variables analizadas para la evaluación de la calidad de los datos se encuentran dentro del rango satisfactorio. Los resultados se encuentran representados en la Tabla 2¹¹.

Pacientes hipotiroideos

La Figura 1 resume el componente físico y mental del grupo total de pacientes con hipotiroidismo y lo compara con el valor promedio de la población general para determinar si el grupo de pacientes en análisis tiene mejor, igual o peor calidad de vida. Se observa que el componente mental se encuentra bajo la media, en el ámbito de la funcionalidad social y el rol emocional. Por otro lado, la Tabla 3, muestra qué porcentaje de la población se encuentra sobre, en o bajo la media en cada ítem global que compone el instrumento.

Tabla 1. Características generales de los pacientes al inicio del estudio

Características	Grupo 1: Tiroiditis de Hashimoto (n = 30)	Grupo 2: Otras causas de hipotiroidismo (n = 23)
Edad (años) (promedio)	(20-75) (50,8)	30-81) (51,3)
Mujeres (n°)	30 (100%)	22 (95,6%)
Comorbilidades (n°)	17 (56,67%)	10 (43,48%)
TSH (mIU/L)	(0,2 – 4,11) (n = 24)	(0,001 -4,59) (n = 22)
AntiTPO (+) (n°)	28 (93,34%)	4 (17,39%)
Estudios (n°)	n = 30	n = 22
Primarios	1 (3,34%)	1 (4,54%)
Secundarios	6 (20%)	5 (22,72%)
Técnicos	8 (26,67%)	2 (9,09%)
Universitarios	13 (43,34%)	9 (40,90%)
Postgrado	2 (6,67%)	5 (22,72%)
Actividad (n°)	n = 30	n = 23
Domésticos	9 (30%)	3 (13,04%)
Estudiantes	3 (10%)	1 (4,34%)
Jubilado	5 (16,67%)	6 (26,08%)
T. dependiente	8 (26,67%)	10 (43,47%)
T. independiente	5 (16,67%)	3 (13,04%)

Tabla 2. Indicadores de Calidad de Datos obtenidos en la encuesta

Indicadores de Calidad de Datos		Satisfactorio	% mín. esperado	
1	Integridad de los datos	100,0%	Sí	90
2	Respuestas dentro del rango	100,0%	Sí	100
3	Consistencia de respuestas	98,1%	Sí	90
4	Puntuaciones estimables			
	Estimación sin MDE	100,0%	Sí	90
	Estimación con media escala MDE	100,0%		
	Estimación con MDE completa	100,0%		
5	Consistencia interna	91,4%	Sí	90
	Items que fallaron: GH02 – VT01 – MH01			
6	Validación discriminatoria	93,5%	Sí	80
	Items que fallaron: GH01 – GH02 – GH04 – VT01 – SF01 – RE03 – MH02 – MH04			
7	Escala de confianza	100,0%	Sí	100

MDE: Missing Data Evaluation, Evaluación de datos perdidos. GH: Salud en general, VT: vitalidad, FS: funcionalidad social, RE: Rol emocional, MH: salud mental.

Tiroiditis de Hashimoto

Al analizar el total de la muestra para cada dimensión de calidad de vida no se encontraron valores bajo la normalidad (Figura 2). Las otras dimensiones de calidad de vida se muestran en la Tabla 4.

Hipotiroidismo por otras causas

En el grupo de pacientes con otras causas de hipotiroidismo, se observó que el componente físico se encontró sobre la media. Por otra parte, se observa que el componente mental se encuentra bajo la media, destacando áreas como funcionalidad social, rol emocional y salud mental. Los resultados de cada ámbito analizado se encuentran descritos en el Figura 3. Lo mismo se puede observar en la Tabla 5, donde se observa que buen porcentaje del componente mental se encuentra bajo el promedio de la población.

Tabla 4. Resultado de pacientes con otras causas de hipotiroidismo

Dimensión evaluada	% Sobre	% Media	% Bajo
Componente Físico			
Función física	86%	5%	9%
Rol físico	55%	36%	9%
Dolor físico	50%	18%	32%
Salud general	50%	32%	18%
Componente mental			
Vitalidad	45%	32%	23%
Funcionalidad social	36%	18%	45%
Rol emocional	36%	27%	36%
Salud mental	23%	50%	27%

% de la muestra cuyos resultados están por encima, en la media o por debajo de la norma general de la población.

Tabla 3. Hipotiroidismo en comparación a la población general

Dimensión evaluada	% Sobre	% Media	% Bajo
Componente Físico			
Función física	75%	13%	12%
Rol físico	50%	40%	10%
Dolor físico	40%	31%	29%
Salud general	50%	25%	25%
Componente mental			
Vitalidad	46%	37%	17%
Funcionalidad social	31%	35%	35%
Rol emocional	35%	37%	29%
Salud mental	23%	58%	19%

% de la muestra cuyos resultados están por encima, en la media o por debajo de la norma general de la población.

Tabla 5. Tiroiditis de Hashimoto en comparación a la población general

Dimensión evaluada	% Sobre	% Media	% Bajo
Componente Físico			
Función física	70%	20%	10%
Rol físico	47%	43%	10%
Dolor físico	37%	40%	23%
Salud general	57%	20%	23%
Componente mental			
Vitalidad	53%	37%	10%
Funcionalidad social	33%	47%	20%
Rol emocional	33%	47%	20%
Salud mental	30%	60%	10%

% de la muestra cuyos resultados están por encima, en la media o por debajo de la norma general de la población.

Artículo Original

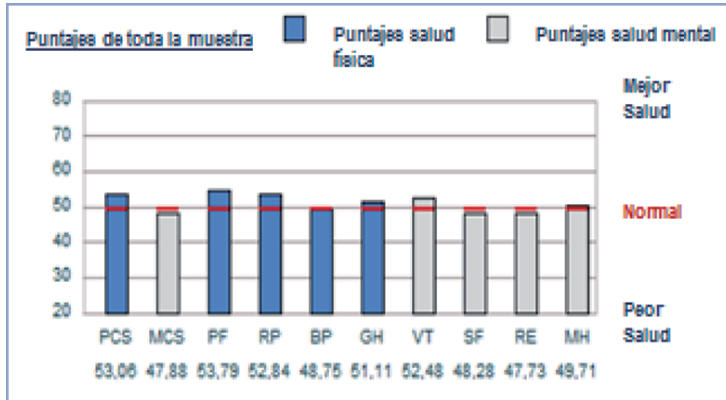


Figura 1. Hipotiroidismo en relación a la población general. PCS: Resumen componente físico; MCS: Resumen componente mental; PF: función física; RP: Rol físico; BP: Dolor físico; VT: Vitalidad; SF: Funcionalidad social; RE: Rol emocional; MH: Salud Mental.

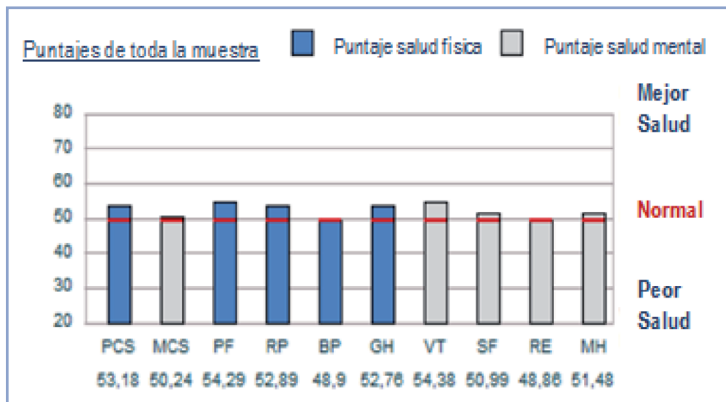


Figura 2. Tiroiditis de Hashimoto en relación a la población general. PCS: Resumen componente físico; MCS: Resumen componente mental; PF: función física; RP: Rol físico; BP: Dolor físico; VT: Vitalidad; SF: Funcionalidad social; RE: Rol emocional; MH: Salud Mental.

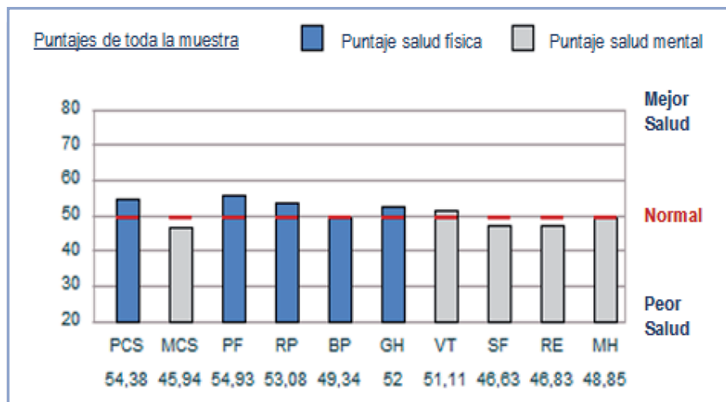


Figura 3. Hipotiroidismo de otras causas en relación a la población general. PCS: Resumen componente físico; MCS: Resumen componente mental; PF: función física; RP: Rol físico; BP: Dolor físico; VT: Vitalidad; SF: Funcionalidad social; RE: Rol emocional; MH: Salud Mental.

Discusión

Comparando el grupo total de pacientes con hipotiroidismo respecto a la población general, no se observan mayores diferencias en relación al componente físico, a diferencia de lo observado en otros estudios⁶.

Respecto al componente mental, este se encuentra bajo el rango normal en el grupo total de pacientes con hipotiroidismo, apoyando lo encontrado en otros estudios. Esto podría estar relacionado con los síntomas que caracterizan a esta patología, como astenia orgánica, somnolencia persistente, bradipsiquia y depresión, siendo estos los que intervienen en la calidad de vida de este grupo de pacientes, independiente de la causa del hipotiroidismo o aún cuando el nivel de TSH promedio se encontraba en valores normales^{1,4}.

El componente mental se observó que está disminuido en el grupo hipotiroidismo de otras causas, lo cual es distinto en los estudios revisados^{5,6,7}. Esto podría deberse a que los pacientes incluidos en el segundo grupo son en su mayoría pacientes que han sido intervenidos con tiroidectomía y radioyodo, por lo tanto, carecen de glándula tiroidea y hormonas, las que deben ser suplementadas obligatoriamente. Las comorbilidades de los pacientes, como por ejemplo patología cardiovascular, endocrinológica, respiratoria, etc., no fueron analizadas de forma individual, por lo que se desconoce la influencia que pudiesen tener sobre la calidad de vida de este grupo de pacientes. Y si bien se excluyeron pacientes con antecedentes de enfermedades psiquiátricas conocidas, no se estudió la posibilidad de una depresión subyacente.

En las fortalezas que presenta el estudio, destaca que el instrumento aplicado se encuentra validado para la población chilena, y además se obtuvo autorización para la investigación realizada, por lo que los datos fueron registrados y analizados con el software original, que permite una comparación con la población general.

Dentro de las limitaciones que presenta este estudio, se encuentra la metodología utilizada en el trabajo, que no permite relacionar y encontrar significancia estadística entre las variables, lo que podría ayudar a identificar factores dentro de la muestra que afecten la calidad de vida. Por otra parte, el tamaño muestral del estudio es bajo, lo que aumenta el error y no resulta representativo de la población total.

En conclusión, no se encontró disminución de CV en pacientes hipotiroideos. Al comparar ambos grupos, no existieron diferencias en el componente físico de pacientes con hipotiroidismo. El componente mental, del grupo total de pacientes hipotiroideos respecto a la población general, se encontraba bajo la media, especialmente en pacientes con etiología de hipotiroidismo no TH.

Nos pareció interesante publicar este trabajo preliminar para enfocar la atención en este aspecto muchas veces poco observado de los pacientes hipotiroideos.

Referencias bibliográficas

1. López JM. Hipotiroidismo. Boletín de la Escuela de Medicina Volumen 29. 2000. Disponible en www.escuela.med.puc.cl [consultado el 13 de febrero de 2016].
2. Wohlk N, Pineda P, Sapunar J, Mosso L, Villalobos A, Tohá D. Guía clínica AUGE hipotiroidismo en personas de 15 años y más. 2013. Disponible en: www.minsal.cl [consultado el 13 de febrero de 2016].
3. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010 Ministerio de Salud. www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf.
4. Brown B, Graham P, Bonello R, Pollard H. 2015. A biopsychosocial approach to primary hypothyroidism: treatment and harms data from a randomized controlled trial. *Chiropractic & manual therapies* 23: 24.
5. Leyhe T, Müssig K. 2014. Cognitive and affective dysfunctions in autoimmune thyroiditis. *Elsevier* 41: 261-6.
6. Ott J, Promberger R, Kober F, Neuhold N, Tea M, Huber J, et al. 2011. Hashimoto's Thyroiditis Affects Symptom Load and Quality of Life Unrelated to Hypothyroidism: A Prospective Case-Control Study in Women Undergoing Thyroidectomy for Benign Goiter. *Thyroid* 21: 161-7.
7. Promberger R, Herman M, Pallikunnel SJ, Seeman R, Meusel M, Ott J. 2014. Quality of life after thyroid surgery in women with benign euthyroid goiter: influencing factors including Hashimoto's thyroiditis. *The American Journal of Surgery* 207: 974-9.
8. Winther H, Watt T, Bjørner J, Cramon P, Feldt-Rasmussen U, Gluud C, et al. 2014. The chronic autoimmune thyroiditis quality of life selenium trial (CATALYST): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials journal* 15: 115.
9. Dardano A, Bazzichi L, Bombardieri S, Monzani F. 2012. Symptoms in Euthyroid Hashimoto's Thyroiditis: Is There a Role for Autoimmunity Itself? *Thyroid* 22: 3.
10. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. 2005. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.
11. QualityMetric Incorporated. *QualityMetric Health Outcomes™ Scoring Software 5.0 User's Guide*, 2016.