

CIMEQ
SERVICIO NACIONAL DE REUMATOLOGÍA

Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en cubanos con Artritis Reumatoide.(CU-HAQ).

Dr. Reyes Llerena Gil A. , Penedo Coello A.** , Guibert Toledano M.***,Hernández Martínez A. * , González Ida Rosa **** , Fernández Mederos Irma ***** , Taylor Jiménez B.***** ,Torres Moya R** .*

- * Especialista de primer grado en Medicina Interna. Segundo grado en reumatología. Profesor e Investigador Auxiliar. CIMEQ.
- ** Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente Lawton.
- *** Especialista de Segundo grado en Reumatología Prof. Asistente del Servicio Nacional de Reumatología.
- **** Especialista de primer grado en Reumatología. Prof. Asistente de Reumatología. S. Nac. Reumatología.
- ***** Especialista en Bioestadística. Prof. Auxiliar .CIMEQ.
- ***** Especialista de primer grado en Reumatología. Servicio de Reumatología. Hospital Provincial de Matanzas.

RESUMEN.

Realizamos un estudio prospectivo descriptivo de tipo analítico que incluye un muestreo de 65 pacientes con criterios diagnósticos para Artritis Reumatoide según el ACR El objetivo del estudio estuvo centrado en validar una versión cubana del cuestionario de evaluación de salud (HAQ). Luego de realizar una adecuada traducción y retro-traducción del cuestionario del Inglés al español y viceversa más una adaptación cross-cultural, se aplicó el cuestionario y realizaron los test estadísticos de rigor como el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman, así como coeficiente alfa de Crombach y T de student evaluando los niveles de significación. El resultado de los coeficientes de correlación aplicados mostró significación estadística para la evaluación de la confiabilidad, consistencia interna, validez de constructo, convergente y discriminante del instrumento. El universo estudiado es representativo del comportamiento clínico general, status socioeconómico, demográfico y cultural de la población general cubana afectada por la enfermedad reumatoidea. Concluimos esta investigación destacando que, la versión cubana del cuestionario de evaluación de salud (HAQ-CU), mostró confiabilidad general, consistencia interna y validez con la capacidad de medir con eficiencia aquello para lo cual fue diseñado. Es fácil de aplicar, capaz de detectar cambios evolutivos y de ser utilizado para estudios estandarizados comparativos con otras poblaciones de pacientes reumáticos .Palabra clave: HAQ, Valoración funcional , Validez de Constructo, Artritis Reumatoide.

INTRODUCCION

La valoración funcional de los pacientes con artritis reumatoide (AR) resulta posible gracias a la utilización de Instrumentos universalmente conocidos los cuales propician de ese modo la comparación entre diferentes grupos y que en la actualidad forman parte integral de la evaluación clínica que se realiza a cada paciente. (1)

Está bien establecido el valor que tiene determinar la capacidad funcional de pacientes con AR desde 1949, época en que un comité de la Asociación Americana de Reumatología propuso por vez primera los criterios de clasificación funcional para esta enfermedad conocidos como criterios de Steinbrocker (2). Esta difícil tarea es una de las principales acciones que se deben ejecutar en aras de lograr determinar el desenlace de los individuos con AR, a los cuales se les imponen diversas medidas de intervención terapéutica para preservar y restaurar la capacidad funcional.

La discapacidad se define como cualquier restricción o deficiencia en la habilidad para desarrollar una actividad de manera o dentro del rango considerado como normal para un ser humano. Las deficiencias que caracterizan a dicho proceso pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivas o regresivas(3) La fuerza de tarea de la Organización Mundial de la Salud y la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (WHO/ILAR) que conformamos como Consenso en León México 1996, arribó a conclusiones similares con algunas definiciones exactas en cuanto a los conceptos de calidad de vida y discapacidad por afecciones reumáticas. (4)

Actualmente se han desarrollado diversos instrumentos, unos de carácter genérico, orientados a medir función independientemente de las condiciones clínicas del paciente y otros más específicos que han sido desarrollados por los autores en pacientes con AR. El cuestionario SF-36(5) del inglés Short Form 36 y Sickness Impact Profile (SIP)(6) respectivamente son ejemplos del primer grupo en tanto el AIMS (Arthritis Impact

Measurements Scales)(7) y el HAQ (Health Assessment Questionnaire)(8), constituyen ejemplos de cuestionarios específicos.

Resulta de marcado interés que a diferencia de las clases funcionales de Steinbrocker, ampliamente difundidas y usadas durante años por los reumatólogos al estar validada por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), estos nuevos instrumentos requieren de la participación activa del paciente el cual debe responder el formulario donde se cuestionan actividades de la vida diaria, las respuestas son valoradas mediante normas precisas ya establecidas, se obtiene un puntaje final que mensura la capacidad funcional individual y permite establecer las comparaciones ajenas a la marcada subjetividad que conlleva por la parte médica, la escala de evaluación de Steinbrocker(9).

El propósito de desarrollar o validar un instrumento se fundamenta en la necesidad de darle respuesta a una serie de cuestiones. En este caso lo referente a la capacidad física de los pacientes aquejados por la AR.

El HAQ, es un instrumento propuesto para evaluar la capacidad física en pacientes con AR y abarca una dimensión que es la habilidad(10-12). Se trata de un cuestionario auto-administrado o desarrollado a través de una entrevista que especifica 8 áreas de las funciones diarias que realizan los pacientes con dos o tres acápites cada uno. El paciente reporta dificultad en desarrollar cada una de las actividades durante la semana pasada, cuantifica entre 0 y 3 el nivel de dificultad para la ejecución representando cero el peor. La ejecución del cuestionario no tarda más de 5 minutos. Los datos concernientes al instrumento fueron enfocados según el marco conceptual de salud propuesto por Kirshner y Guyat(13)

El HAQ, originalmente fue desarrollado en la Universidad de Stanford Arthritis Center. Este cuestionario ha demostrado su confiabilidad y validez en múltiples estudios en los que se ha aplicado a nivel mundial(14-18)

En Cuba hemos desarrollado algunos trabajos aplicando el cuestionario de evaluación de sa-

lud(19) y ha sido validada una versión cubana para evaluar niños con AR(20)

Nosotros en concordancia con el criterio emitido por autores latinos de relevancia Internacional consideramos de capital importancia la utilización de instrumentos ya conocidos como el HAQ, universalmente utilizados de manera que propicien las comparaciones entre diferentes poblaciones. El Objetivo de este trabajo está encaminado a aplicar una versión cubana en español del cuestionario HAQ para su validación en una serie de pacientes cubanos con Artritis Reumatoide atendidos en el CIMEQ y S. Nac. de Reumatología. El cuestionario ya ha sido validado en Español para su aplicación y existe una versión mexicana, española y peruana(21-23)

PACIENTES Y METODO

Para el desarrollo de nuestro trabajo aplicamos el cuestionario HAQ a una serie de 65 pacientes que cumplían criterios diagnósticos para AR, los cuales fueron pesquisados en el CIMEQ, y S. N R. de Reumatología de Cuba durante el año 2000-2001.

Como criterio de inclusión se consideró la disposición a participar en el estudio. Se recogieron múltiples variables socio-demográficas, duración en años de la enfermedad, toma articular, actividad según criterios operacionales, y clase funcional de Steinbrocker, resultados de la velocidad de sedimentación globular (VSG), cifras de Hb, factor reumatoideo, entre otras variables de interés. El valor del HAQ, fue evaluado considerando el grado de invalidez como ligero, moderado y severo atendiendo a los valores obtenidos.

DESARROLLO OPERACIONAL

CUESTIONARIO

El HAQ, (Stanford Health Assessment Questionnaire), es un cuestionario que en su forma completa valora mortalidad, discapacidad, síntomas, efectos secundarios del tratamiento, e impacto económico, pero habitualmente en la clínica

se emplea de forma exclusiva la escala de discapacidad. Consta de 20 ítems agrupados en 8 categorías las cuales se evalúan con puntuaciones. El cuestionario HAQ cuenta al menos con tres variantes profusamente utilizadas en la clínica: HAQm, CLIN-HAQ y MD-HAQ, así como versiones en español.

Incluye ocho secciones que recogen las actividades de la vida diaria (ADL). Entre éstas se evalúan la capacidad de vestirse y arreglarse, levantarse de una silla o cama, comida, caminar, lo referente a la higiene, el alcance, agarrar y otras actividades. Cada área es evaluada mediante tres componentes que miden el grado de dificultad para realizar una determinada tarea pre-establecida, la necesidad de ayuda especial o uso de algunos aditamentos y-o la necesidad de recibir asistencia por otra persona. Cada una de las preguntas tiene valor entre 0 puntos y tres máximo, en dependencia que se pueda ejecutar sin ninguna dificultad (0), con alguna dificultad (1), con mucha dificultad (2), o imposibilidad para la realización(3). El puntaje mayor de cada categoría se escoge como valor para dicha área. Si el paciente precisa de ayuda para la realización de una tarea específica, se le otorga el valor de 2. El índice de incapacidad se obtiene al calcular la sumatoria del puntaje de todas las categorías respondidas en el rango de 0-3 divididas por el número de áreas. Se evalúan como de incapacidad ligera valores entre 0-1, entre 1 y 2 será evaluada de moderada, y sobre 2 se considera severa la discapacidad funcional. El cuestionario se completa en alrededor de cinco a 8 minutos.

TRADUCCION Y RETRO-TRADUCCION.

La traducción del cuestionario se realizó por tres profesionales médicos Hispanoparlantes, posteriormente se realizó la retro-traducción nuevamente al idioma Inglés por tres individuos Anglparlantes y finalmente por dos personas bilingües. Cada uno de los puntos retro-traducidos resultaron muy similares con equivalencia al original, y en el análisis de evaluación se conside-

raron las modificaciones sugeridas basadas en criterios de adaptación trans-cultural.

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

La versión cubana del cuestionario luego del test-retest, y ajustes trans-culturales, fue aplicada a 65 pacientes cubanos con artritis reumatoide durante su visita a las consultas especializadas de reumatología en las instituciones participantes en el estudio. El retest fué aplicado luego de doce días de realizado el primer test inicial, por los mismos encuestadores y en similares condiciones de aplicación. El tiempo promedio no superó los cinco minutos en su realización.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Nuestro trabajo fue desarrollado mediante la ejecución de una base de datos en Excel montado sobre Windows 98. Aplicamos los coeficientes de correlación de Spearman, Pearson, índice alfa de Crombach, y prueba T de Student para muestras independientes. Los resultados fueron volcados en tablas de frecuencia que le dan soporte al análisis de los resultados de trabajo.

RESULTADOS

CONFIABILIDAD

En nuestro estudio evaluamos la capacidad del instrumento de ser reproducible al obtener iguales resultados en los pacientes estudiados a través de las mediciones efectuadas como test (HAQ-1) y la realización nuevamente del cuestionario como retest (HAQ-2) en el intervalo de doce días. No constatamos cambios perceptibles pues hubo una correlación estadísticamente significativa entre el índice de incapacidad o HAQ inicial de la primera observación y el HAQ-2, evolutivamente realizado. El coeficiente de Spearman arrojó un valor de $R=0.99996$, $P=0.001$. La consistencia interna la determinamos por el coeficiente alfa de Crombach y obtuvimos un valor de 0.9534 que se sitúa por encima del valor umbral 0.70.

VALIDEZ.

La mayoría de los diagnósticos clínicos constituyen una noción teórica del proceso de enfermedad y representan constructos. Su evaluación implica el uso de un conjunto de mediciones indirectas cuyos resultados podemos comparar. En nuestra serie la validez de constructo se determinó al correlacionar los índices de incapacidad con parámetros como la clase funcional de Steinbrocker. Esta valoración permite evidenciar si hay cambios vinculados con la enfermedad al establecerse la comparación con un instrumento que tradicionalmente es aceptado. Hubo una correlación significativa con un coeficiente de correlación de Spearman (rs)= 0.7452 , $p=0.001$. Hubo sin embargo correlación negativa con el parámetro hemoglobina (coeficiente de correlación de Pearson = -0.3930 , p menor de 0.005) Se mostró en la clase funcional IV, el más elevado índice de incapacidad. (1.9687)

La validez convergente se determinó al correlacionar los índices de incapacidad con otros parámetros relacionados con la enfermedad. Hubo correlación significativa entre el índice de discapacidad y la escala analógica visual del dolor (coeficiente de correlación de Pearson = 0.9470 , $t=23.991$, $p=0.001$ y el índice articular de Ritchie (coeficiente de correlación de Pearson = 0.606 , $t=6.0468$, $p=0.001$). La validez discriminante se evidenció al determinarse cuan capaz fue el instrumento de diferenciar entre diferentes grados de actividad de la enfermedad. Se pudo evaluar por la comparación con los diferentes grados de las clases funcionales tal como muestran otros estudios realizados mediante la aplicación del coeficiente de correlación de Spearman cuyos resultados alcanzaron significación estadística. (0.7452 , $p=0.001$).

RESULTADOS GENERALES DE LA SERIE ESTUDIADA.

Las principales variables sociodemográficas y las características particulares de la serie de pacientes objeto de estudio para validar el cuestio-

nario de evaluación de salud del inglés HAQ, se recogen en las TABLAS #1-2-3.

En este estudio en relación con la frecuencia con que se presentan las variables, no existen diferencias étnicas ni raciales, de sexo, o en lo referente al status socioeconómico y nivel de educación formal de los participantes debido a las halagueñas características propias de la nación cubana actual.

Entre los 65 pacientes encuestados 50(77%) fueron del sexo femenino con edad promedio 47/DS_+1; color de la piel blanca en 36(55.4%), con 29(44.6%) negros y mestizos. En cuanto al nivel educacional 13(20%) tenían nivel primario, 20(30.8%) nivel secundario, 22(33.8%) nivel preuniversitario, en tanto 10(15.4%) eran universitarios. TABLA #1-2-3.

Tabla 1. Distribución de los pacientes estudiados según sexo y edad

Grupo de edad	Sexo		TOTAL	%
	Masculino	Femenino		
15-29	0	2	2	3.1
30-44	8	9	17	26.2
45-59	5	17	22	33.8
60 Y Más	2	22	24	36.9
TOTAL	15	50	65	100
%	23.1	76.9		

Fuente: Encuestas.

Tabla 2. Distribución de los pacientes estudiados por grupos étnicos y sexo

Grupo étnico	Sexo		TOTAL	%
	Masculino	Femenino		
Blanco	8	28	36	55.4
Mestizo	6	10	16	24.6
Negro	1	12	13	20
TOTAL	15	50	65	100

Fuente: Encuestas.

Tabla 3. Distribución de los pacientes estudiados por escolaridad y sexo.

Escolaridad	Sexo		TOTAL	%
	Masculino	Femenino		
Primaria	2	11	13	20
Secundaria	9	11	20	30.8
Nivel medio	3	19	22	33.8
Nivel superior	1	9	10	15.4
TOTAL	15	50	65	100

Fuente: Encuestas.

Los pacientes tenían entre 6 meses y 16 años de evolución de la enfermedad, con un promedio de seis años. En 45(69.2%) se presentó una afectación poliarticular, 18 (27.7%) oligoarticular y 2 pacientes (3.1%) monoarticular al menos a su debut. Resultó de interés que la enfermedad mostró un patrón de actividad por crisis aisladas en 24 pacientes que representa el 36.9% de la serie, crisis constantes en evolución al deterioro rápido y permanente en 13(20%) y 28 (43.1%) presentaron el cuadro clásico caracterizado por períodos de bienestar intercrisis y períodos de crisis dolorosas e inflamatorias con rigidez matutina invalidante. En el orden cualitativo, el 67.7% de nuestros pacientes se mantenían en actividad de la enfermedad, un 20% poco activos y en remisión el 12,3%. TABLA #4. Constatamos cifras bajas de hemoglobina en 25(38%), velocidad de sedimentación globular (VSG) acelerada en 47(73%) y la presencia de factor reumatoide positivo en 43/66%, se determinó el nivel del dolor por la escala visual análoga que consta de 10 cm. de largo. La ausencia de dolor en la extrema izquierda, y 10 a la derecha dolor máximo.

GRAFICO #1. El índice de incapacidad según Steinbrocker, mostró a la mayor parte de los pacientes (40)61%, en clase funcional II. Hubo 16 pacientes en clase funcional III con sólo 4 y 5 pacientes en las clases extremas con apenas algún grado de incapacidad o incapacidad máxima. (HAQ 0.531 y 1.9687)

El índice de incapacidad medido por HAQ, GRAFICO #2: muestra un promedio ge-

neral para todas las áreas de 1.55, lo cual habla de un nivel moderado de incapacidad general. Para cada una de las actividades específicas fueron extraídos los resultados, apreciándose que los más favorables se obtuvieron en actividades como comer, y caminar (0.93 y 0.984). En cambio los índices más desfavorables fueron en actividades como el alcance de objetos, 1.78 promedio, y la higiene 1.454

GRAFICO #3: Se correlacionan los índices generales de incapacidad funcional según el grado de actividad de la enfermedad. Se constató un mayor índice de discapacidad en los pacientes con la afección más activa (n=43/1.45), que alcanzó el nivel moderado en tanto entre los pacientes en remisión (n=8/0.63) el nivel era ligero.

El tiempo de evolución de la enfermedad no mostró correlación significativa con el grado de discapacidad.

El GRAFICO#4 y #5 respectivamente se muestran la incapacidad promedio para la ejecución de cada una de las actividades que mide el cuestionario, versus la clase funcional de Steinbrocker en el sexo femenino, y masculino.

La valoración de otros parámetros, como la escala visual del dolor, calificación del dolor y el nivel de actividad así como el índice de Ritchie y su correlación con el índice de incapacidad promedio se muestran en la TABLA #5.

Se comprobó una pobre correlación entre parámetros como la Hb y VSG, en tanto resultaron de significación las relacionadas con los demás cuestionarios clinimétricos.

Tabla 4. Características de la artritis reumatoidea en los pacientes estudiados según sexo.

Características de la enfermedad		Sexo		TOTAL	%
		Masculino (n=15)	Femenino (n=50)		
Tiempo de evolución	Menor de un año	0	6	6	9.2
	1 a 2 años	3	8	11	16.9
	3 a 5 años	2	14	16	24.6
	6 a 9 años	3	6	9	13.9
	más de 10 años	7	16	23	35.4
Subtipo de comienzo	Poliarticular	10	35	45	69.2
	Oligoarticular	3	15	18	27.7
	Monoarticular	2	0	2	3.1
Frecuencia de crisis	Frecuente	6	22	28	43.1
	Aislada	7	17	24	36.9
	Constante	2	11	13	20
Actividad	Activa	11	33	44	67.7
	Inactiva	3	10	13	20
	Remisión	1	7	8	12.3

Fuente: Encuestas.

Tabla 5. Correlación entre índice de incapacidad promedio y otros parámetros de la enfermedad (n=5)

Parámetro	Coefficiente de correlación
Clase funcional (Steinbrocker)	0.991*
Escala visual del dolor	0.9471*
Calificación global del dolor	0.9097*
Actividad	0.870*
Índice de Ritchie	0.606*
VSG	0.35
Hemoglobina	-0.39

(* p < 0.001)

Fuente: Encuestas.

Gráfico 1. Índice de incapacidad funcional según clase funcional de Steinbrocker.

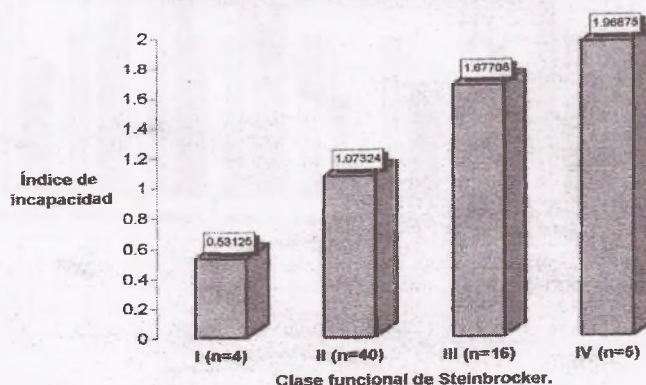


Gráfico 3. Índice de incapacidad promedio por actividades (n=65).

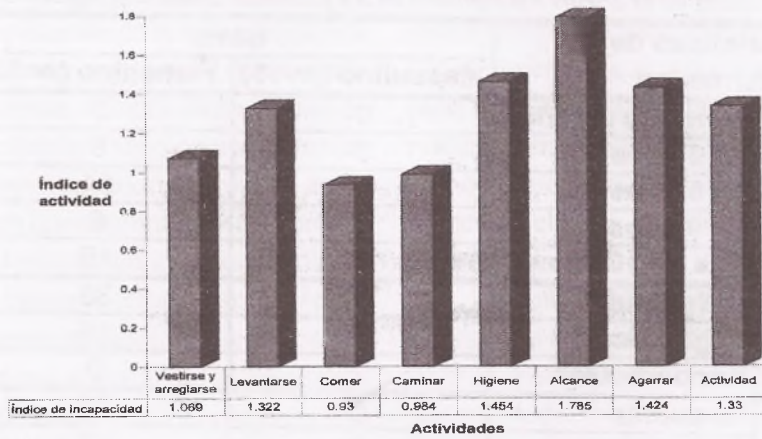


Gráfico 6. Índice de incapacidad promedio según actividad de la enfermedad.

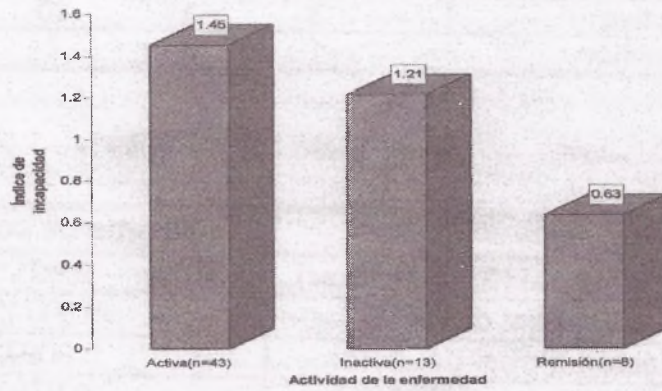


Gráfico 5. Índice de incapacidad promedio por actividades según clase funcional de Steinbrocker en el sexo femenino (n=50).

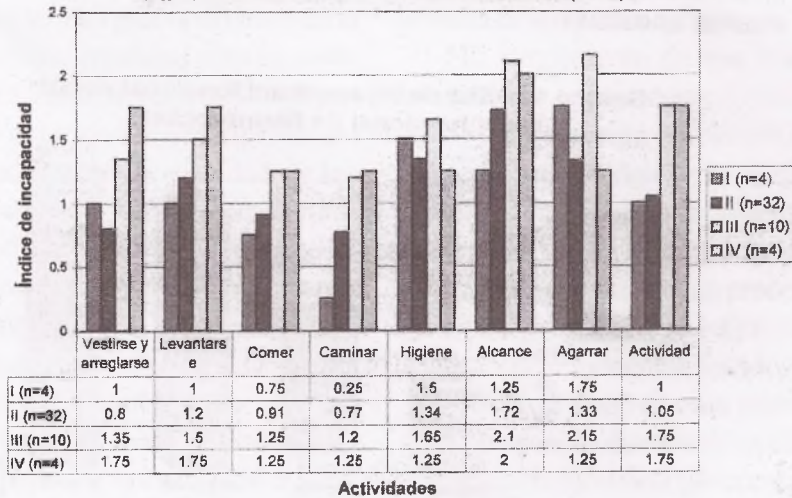
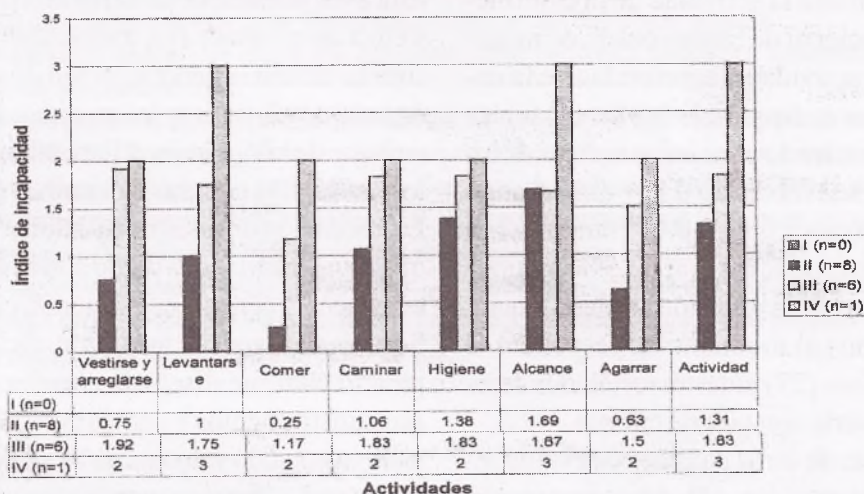


Gráfico 4. Índice de incapacidad promedio por actividades según clase funcional de Steinbrocker en el sexo masculino (n=15).



DISCUSIÓN

Algunos investigadores han hallado a pacientes con bajos niveles educacionales, pobre status socioeconómico, y bajos ingresos como los de peor pronóstico en el desenlace de la AR, al hallar correlación con los niveles más elevados de discapacidad funcional (24)

La valoración de la discapacidad es un desenlace muy importante en la valoración de pacientes con AR, sin embargo en la clínica diaria no existe una metodología de medición mediante la observación ó la exploración que sea sencilla y confiable.(25)

El HAQm, es capaz de valorar y mejorar la evaluación de los cambios que operan en el seguimiento. Este elemento ha sido utilizado para determinar la validez y confiabilidad del Instrumento. (26)

Las puntuaciones del HAQ, en la AR se incrementan con la edad y son peores en el sexo femenino.(27). En nuestro medio se corroboró este criterio en relación con la edad, sin embargo no fue evidenciado en todas las categorías para el sexo femenino. En estudios realizados en niños los autores hallaron correlación con el sexo(27) en tanto otros autores como Fantini(28) no hallaron correlación evaluando también población Pediátrica.

La aplicación del instrumento propició que

se corroborara lo apuntado por Wolfe(29).

Se ha señalado que el modelo biomédico predominante interpreta que la discapacidad en la AR, se incrementa con la duración de la enfermedad y el aumento de daño estructural; sin embargo, los estudios postulados en la actualidad demuestran que la duración de la enfermedad tiene una relación muy débil con la discapacidad medida con el HAQ.

El curso de la discapacidad medido por HAQ, en 35,525 observaciones de 1843 pacientes y en otras 2,189 visitas de 50 pacientes seguidos a lo largo de 17 años, demostró que raramente sigue un ritmo lineal es decir, empeorando con el tiempo. En ocasiones tiene una evolución no lineal, mejorando al principio para después empeorar, otras veces es caótico y en ocasiones no parece determinado por el tiempo(29)

De igual modo se constató una correlación significativa entre el índice de incapacidad y la clase funcional de Steinbrocker (gráfico 2). De igual manera entre los hombres fue más manifiesta que entre las mujeres. En general los pacientes en clase funcional IV alcanzaron un HAQ significativamente elevado(1.96875), cercano al nivel de discapacidad severa.

En estudios precedentes desarrollados por nuestro grupo(30-31) y colegas en población

pediátrica (20), los índices de discapacidad correlacionaron con la actividad de la enfermedad, y clase funcional de Steinbrocker, de manera que a mayor actividad y agresividad de la enfermedad mayor indicador. Entre los pacientes pediátricos atendiendo a los bajos índices de incapacidad con una media de 0.24 ± 0.38 (rango 0-2.5) para varones y 0.40 ± 0.64 (rango 0-2.8) en niños se correspondían con 83.3% de niños estables, inactivos o en remisión en clase funcional I-II, al menos al momento de responder el cuestionario. Gare (27) muestra resultados comparables en su serie con la serie cubana.

Los valores de otros parámetros evaluados en nuestros pacientes con AR, demostraron una significativa correlación con la escala visual análoga para dolor, (Pearson $(r)=0.9470$, con p menor 0.001) la calificación global del mismo y el índice de Ritchie, Pearson $(r)=0.606$, p menor 0.001). Sin embargo hubo correlación negativa con las cifras de Hb, y el valor de la VSG. La aplicación del coeficiente de correlación de Pearson ($r=-0.3930$, t 3.3923, p , menor de 0.05), mostró correlación negativa con esos valores y reafirmó así la validez de constructo del instrumento. La consistencia interna de los instrumentos aplicados fue determinada por la aplicación del alfa de Crombach cuyos resultados alcanzaron un valor de 0.9534 por encima del valor umbral de 0.70.

En suma, nosotros hemos aplicado la versión cubana del HAQ, a una serie de 65 adultos con criterios diagnósticos para artritis reumatoide, tomando como principio básico, las experiencias de autores como Cardiel y Escalante en México; Glave en Perú, la Dra. Coto en población Pediátrica cubana y las aplicaciones previas que a modo de estudios pilotos realizamos en distintas áreas urbanas e incluso rurales de nuestro país desde 1998.(30)(31)

Los resultados obtenidos luego de un riguroso trabajo de traducción y retro-traducción y adaptación cultural desembocaron en la versión cubana que hoy validamos. Las experiencias ad-

quiridas nos permitieron considerar las características de nuestra población en el orden idiomático y efectuar adaptaciones trans-culturales. Resulta común utilizar la denominación de carro en lugar de automóvil, utilizar las medidas de peso libras en lugar de kilogramos, y llamar llaves de agua a lo que en otras culturas denominan grifos o pilas. La aplicación de nuestro cuestionario demuestra que reúne cualidades como son la confiabilidad en general y consistencia interna; cuenta con validez siendo capaz de medir con eficiencia aquello para lo cual fue diseñada correlacionando con otros instrumentos y demás parámetros relacionados arrojando valores con alta significación estadística. La función menos afectada fue comer, en tanto el alcance resultó la más severamente afectada.

El universo estudiado estuvo conformado por pacientes representativos del comportamiento general de la enfermedad reumática en nuestro medio y en su evaluación intervinieron especialistas en el área de la Reumatología dotados de experiencia.

Consideramos que con los detalles que fueron modificados del cuestionario original en su versión corta por Pincus y colaboradores, nuestro HAQ cubano, (HAQ-CU) es capaz de responder a las necesidades de contar con un instrumento clinimétrico propio, eficaz, sencillo y rápido en su aplicación válido y confiable para evaluar evolutivamente los cambios que se produzcan en el tiempo entre pacientes con A. Reumatoide y contar con la posibilidad real, de estandarizar nuestras series de manera que podamos desarrollar estudios bien diseñados y comparables con otros grupos poblacionales.

Agradecimientos: Con todo nuestro respeto, agradecemos la colaboración prestada por los siguientes compañeros para la ejecución exitosa de este trabajo: Profesores Titulares en Medicina Interna, Cirugía y Reumatología Dr. Juan Francisco Castañer (homenaje póstumo), Dr. Julio Díaz Mesa y Dr. Mario H. Cardiel (México); Dr. Alfredo Armenteros Vegueríz, Lic. Yeneisis Armenteros Amador entre otros.

ANEXO

DIMENSION FISICA DEL CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SALUD EN SU VERSION CUBANA (HAQ-CU)GRADODE DIFICULTAD

Sin dificultad con alguna dificultad con mucha dificultad imposible hacerlo

¿USTED ES CAPAZ DE:

VESTIRSE Y ARREGLARSE

1-Vestirse y arreglarse por si mismo.
Incluso abrocharse los cordones de los zapatos y los botones.

LEVANTARSE

2-Acostarse y levantarse de la cama

COMIDA.

3-Llevarse una copa o vaso lleno a la boca.

CAMINAR

Caminar en las afueras de la casa en terreno plano.

HIGIENE

5-Bañarse y secarse todo el cuerpo.

ALCANZAR

6-Agacharse y recoger ropa del suelo

AGARRAR.

7-Abrir y cerrar pilas o llaves

OTRAS ACTIVIDADES.

8-Entrar y salir de un carro.

Reyes Llerena Gil A. Y cols. Versión cubana del cuestionario de evaluación de salud HAQ-CU. 2002.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Fries J F: The hierarchy of outcome assessment. J Rheumatol. 1993; 20:546-47.
- 2) Steinbrocker O: Traeger C H, Batterman R C. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis . JAMA, 1949; 140:659-62.
- 3) Meenan RF: The AIMS approach to health status measurements: conceptual background and measurement properties . J Rheumatol 1982; 9: 785-88.
- 4) Vibeke Strand C, Russell Anthony S: WHO/ILAR Taskforce on Quality of Life. (Workshop report). Journal of Rheumatol 1997; 24:8 ,1630-33
- 5) Ruta D A, Hurst N P, Kind P, Hunter M, Stubbings A. Measuring health status in british patients with rheumatoid arthritis : reliability, validity, and responsiveness of the short form 36-item health survey (SF-36). Br. J Rheumatol 1998;37:425-36
- 6) Ahlmen E M, Bengtsson C B, Sullivan B M, Bjelle A: A comparison of overall health between patients with rheumatoid arthritis and a population with and without rheumatoid arthritis . Scand J Rheumatol. 1990;19:413-21.
- 7) Meenan RF, German P M, Mason J H. Measuring health status in arthritis : the arthritis Impact Measurement Scales Arthritis Rheum 1980 ; 23 : 146 52
- 8) Fries J F, Spitz P W, Traines G et al

- :Measurement of patients outcome in arthritis .
 Arthritis Rheum 1980; 23: 137-45.
- 9) Meenan R, F, Gertman P M, Mason J H, Dunaif R: The Arthritis Impact Measurements Scales : further investigations of a health status measure .
 Arthritis Rheum 1982; 25: 1048-53.
- 10) Fries J F, Spitz P W, Young D Y. The dimensions of health outcomes : The health assessment questionnaire Disability and Pain Scales. J Rheumatol 1982; 9,5:789-93.
- 11) Pincus T, Callahan L F, Brooks R H, Fuchs H A, Olsen N J, Kaye J J: Self report questionnaire scores in rheumatoid arthritis compares with traditional physical , radiographic and laboratory measures. Ann Rheum Dis 1995 ; 54: 461-5
- 12) Stucki G, Bruhlmann P, Michel B A. Ceiling effects of the Health Assessment Questionnaire and its modified version in some ambulatory rheumatoid arthritis patients. Ann Rheum Dis 1995; 54: 461-5
- 13) Kirshner B, Guyatt G H: A methodological frame-work for assessing health indices . J Chronic Dis 1985; 38:27-36
- 14) Thompson P W, Pegley F S: A comparison of disability measured by the Stanford Health Assessment Questionnaire disability scales (HAQ) in males and female rheumatoid outpatients. Br J Rheumatol 1991; 30(4): 298-300.
- 15) Tennant A, Hillman M, Fear J, Pickering the Stanford Health Assessment Questionnaire. Br J Rheumatol 1996; 35(6): 746-51)
- 16) Bombardier C, Rabornd J. A comparison of health related quality of life measures for rheumatoid arthritis research: The auranofin Cooperating group. Control Clinical Trials 1991: 12 (suppl4): 243S- 256
- 17) Brown J H, Kasis L E, Spitz P Wet al.: The dimensions of health outcomes : a cross-validated examination of health status measurement. Am J Pub Health 1984; 74,2:159-61.
- 18) Wolfe F, Hawley D J: The long term outcomes of rheumatoid arthritis work disability : a prospective 18 year study of 823 patients. J Rheumatol 1998; 25:2108-17
- 19) Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, González Otero Z, Alcocer Varela J, Cardiel M H: Prevalence of musculoskeletal complaints and disability in Cuba. A community-based study using the COPCORD core questionnaire. Clinical and Experimental Rheumatol. 2001; 18:83-7
- 20) Coto Hermosillo C, Varela Puente G, Estrada González G, Hernández González V, y cols.: Validación de la versión cubana, en español, del cuestionario de evaluación de la salud (Childhood Health Assessment Questionnaire) en niños cubanos con Artritis Reumatoidea Juvenil. Rev. Cubana de Reumatol vol.1, No1; 1999: (41-53.)
- 21) Cardiel M H, Abello B M, Ruiz Mercado R, Alarcón Segovia D: How to measure health sstatus in Rheumatoid Arthritis in non-english speaking patients: Validation of a spanish version of the HAQ-DI (Spanish HAQ-DI). Clinical and Experimental Rheum 1993; 11: 117-21.
- 22) Esteve-Vives J, Batle Aguada E, Reig A: Spanish version of the Health assessment Questionnaire: reliability, validity, and transcultural equivalency. J Rheumatol 1993; 20: 2116-22
- 23) Calvo F, Vega E, Cusi R, Visaga M, Romero F, Berrocal A, Calvo A.: Validación peruana de la dimensión física del cuestionario de evaluación de salud (HAQ). Rev. Peruana de Reum. 1996;3.
- 24) Mc Entegart A, Morrison E, Capel H A, Duncan M R, Porter D, Madhork R: Effect of social deprivation on diseases severity and outcome in patients with rheumatoid arthritis . Ann Rheum Dis 1997; 56:410-13.
- 25) Guillemin F: Functional disability and quality of life assessment in clinical practice. Rheumatology 2000;39(suppl1):17-23.
- 26) Pease C T, Bhakta B B, Devlin J, Emery P: Does the age of onset of rheumatoid arthritis influence phenotype ? : a prospective study outcome and prognosis factors . Rheumatology 1999; 38:228-34.
- 27) Gare A, Fasth A, Wiklund I: Measurement of functional status in a swedish version of the Childhood Health Questionnaire. Clin Exp Rheumatol

1993; 11: 569-76.

28) Fantini F, Corvaglia G, Bercomi P, Gattinara m et al .:Validation of the Italian version of the Stanford Childhood Health assessment questionnaire for measuring functional status in children with chronic arthritis. Clin Exp Rheumatol 1995; 13:785-91.

29) Wolfe F: A reappraisal of HAQ disability in rheumatoid arthritis . Arthritis Rheum 2000; 43: 2751-61.

30)Penedo Coello A, Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, y cols. Prevalencia de las enferme-

dades reumáticas e invalidez asociada en población cubana urbana atendida por el médico de la familia. Aplicación del Instrumento COPCORD. Rev. Cubana de Reumatol. Vol III, No 1, 2001: 30_37.

31)Puerto Noda I, Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M: Aplicación del cuestionario Comunitario COPCORD en población rural cubana.Trabajo de Terminación de Residencia. C.Habana 2000.Rev. Cubana de Reumatol. Vol.III,No 2. 2001.