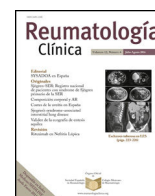




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Propuesta de actualización del *Health Assessment Questionnaire*

Alejandro Muñoz^{a,*}, Wilson Bautista-Molano^b, Isabel Castrejón^c, Blanca Hernández-Cruz^d,
José María Martín^e, Carmen Pinedo^f, Ana Urruticochea^g y Loreto Carmona^h



^a Reumatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Reumatología, Hospital Universitario Fundación Santa Fe, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

^c Reumatología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^e Reumatología, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España

^f Reumatología Pediátrica, Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

^g Reumatología, Hospital Can Misses, Ibiza, España

^h Instituto de Salud Musculoesquelética (InMusc), Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de marzo de 2022

Aceptado el 23 de mayo de 2022

On-line el 20 de julio de 2022

Palabras clave:

HAQ
Actualización
Versión en español
Capacidad funcional
Patient-reported outcome measures

R E S U M E N

Objetivo: Proponer una modificación consensuada del *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) según los valores, idioma y cultura predominantes en la sociedad española actual.

Métodos: En primer lugar, se realizó una revisión de alcance de la literatura y una encuesta a usuarios del HAQ para identificar las limitaciones de este cuestionario. En una segunda fase se celebró una reunión con profesionales expertos para discutir los resultados y diseñar propuestas de modificación.

Resultados: La revisión de alcance permitió describir las principales versiones del HAQ, así como sus propiedades psicométricas. En la encuesta a usuarios del HAQ se valoraron el grado de comprensión, la utilidad, la actualidad y la universalidad de cada uno de los ítems y se admitieron sugerencias y opiniones sobre sus principales inconvenientes. Durante la reunión de discusión se propusieron modificaciones de los ítems en función de los resultados de la revisión de alcance y de la encuesta a usuarios. Además, se tuvieron en cuenta la dificultad de comprensión de los ítems, su dificultad para evaluar los movimientos previstos, el carácter redundante, su obsolescencia y el posible sesgo de género.

Conclusiones: Se propone una actualización de la versión española del HAQ en base a la revisión de la literatura y a la opinión de expertos que pone de manifiesto el cambio de paradigma en los valores culturales y que pretende aumentar la validez de contenido y capacidad de discriminación de este cuestionario.

© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Proposal for updating the Health Assessment Questionnaire

A B S T R A C T

Keywords:

HAQ
Update
Spanish version
Functional status
Patient-reported outcome measures

Objective: To propose a consensus modification of the HAQ according to the predominant values, language, and culture of the society.

Methods: First, a scoping review of the literature and a survey of HAQ users were conducted to identify the problems of this questionnaire. In a second phase, a meeting was held with expert professionals to discuss the results and design proposals for modification.

Results: The scoping review allowed us to describe the main versions of the HAQ, as well as their psychometric properties. The HAQ users survey assessed the degree of comprehension, usefulness, timeliness, and universality of each of the items, and suggestions and opinions on its main limitations were accepted. During the discussion meeting, modifications to the items were proposed based on the results of the scoping review and the users survey. In addition, the difficulty of understanding the items, their difficulty in assessing intended movements, redundancy, obsolescence, and possible gender bias were taken into account.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandrogaleo@hotmail.com (A. Muñoz).

Conclusions: An update of the Spanish version of the HAQ is proposed based on the literature review and expert opinion that highlights the paradigm shift in cultural values and aims to increase the content validity and discrimination capacity of this questionnaire.

© 2022 Published by Elsevier España, S.L.U.

Introducción

El *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) es el cuestionario más utilizado para evaluar la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide (AR), y en población general^{1,2}. Incluye veinte actividades de la vida cotidiana agrupadas en ocho categorías (vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar, prensión y actividades complejas) y pregunta sobre la *capacidad para realizar cada actividad* en la última semana, graduando la respuesta de 0 (sin dificultad) a 3 (incapaz de hacerlo). Además, añade otras 14 preguntas sobre la necesidad de ayuda^{3,4}.

Aunque el HAQ se desarrolló para pacientes con AR, actualmente se utiliza como un cuestionario genérico^{5,6}. Las actividades incluidas en su desarrollo inicial en los años 80 eran las habituales de aquella época, pero carecen de valor universal y su relevancia depende mucho del ambiente en el que vive el individuo^{7,8}. Los factores socioculturales modifican las expectativas del paciente y los resultados^{8,9}. Se ha sugerido que el HAQ no está adaptado a ciertas poblaciones por incluir actividades no habituales en algunas culturas («bajarse del coche» o «trabajar en el jardín»), o inadecuadas en algunas personas («cortar la carne» en el caso de los vegetarianos), y se han observado discrepancias entre la percepción del paciente y la puntuación obtenida^{7,9,10}, lo que subraya la necesidad de evaluar la relevancia de algunos ítems en diferentes contextos clínicos¹¹.

En los años transcurridos desde el desarrollo del HAQ se han producido cambios sociales muy importantes que limitan la actualidad de algunos ítems y pueden alterar sus características psicométricas¹².

El objetivo de este estudio es proponer una modificación consensuada del HAQ, con una perspectiva de equidad y universalidad, según los valores predominantes en la sociedad española actual.

Material y métodos

Estudio en dos fases. Fase 1: identificación de las posibles limitaciones y áreas de mejora del HAQ, mediante revisión de alcance de la literatura (1 A) y encuesta a usuarios del HAQ (1 B). Fase 2: reunión de expertos para valorar los resultados y diseñar propuestas de modificación.

1A. Revisión del alcance

La estrategia de búsqueda se diseñó para responder a la siguiente pregunta: «¿Qué versiones del HAQ se utilizan en pacientes con AR y cuáles son sus principales limitaciones?» El objetivo era identificar artículos relacionados con versiones o modificaciones del HAQ. Se definieron los siguientes criterios de inclusión: 1) estudios que incluyeran pacientes con AR (población); 2) sobre desarrollo o validación de distintas versiones del HAQ (intervención); 3) evaluación de propiedades psicométricas o limitaciones (*outcome* o medida de desenlace); y 4) por tipo de estudio solo se incluyeron revisiones (sistemáticas o narrativas).

Una documentalista experta diseñó las estrategias de búsqueda en Medline, utilizando términos MeSH y texto libre. Los registros resultantes se descargaron en un gestor bibliográfico (EndNote®). Se identificaron y eliminaron los duplicados y se seleccionaron los estudios, primero por título y resumen y posteriormente por lectura

detallada, con recogida de la información pertinente e identificación de artículos adicionales.

1B. Encuesta a los usuarios del HAQ

Se diseñó una encuesta para conocer la opinión de los profesionales sanitarios y de pacientes con AR, sobre distintos aspectos del HAQ y su necesidad de actualización. El reclutamiento se realizó mediante redes sociales (Twitter y LinkedIn), o invitación directa a profesionales con interés reconocido en estos cuestionarios.

En cada uno de los ítems se valoró la comprensión, utilidad, actualidad y universalidad mediante escalas de 1 («nada») a 10 («mucho»), utilizando las puntuaciones por encima y por debajo de 7 para clasificar valoraciones como «buena/muy buena» y «pobre/muy pobre», respectivamente.

Se permitieron espacios de texto libre para sugerencias de los encuestados.

Debido a la naturaleza del estudio, no fue necesaria la aprobación de un comité de ética.

Resultados

1A. Revisión de alcance

Se seleccionaron 10 artículos para lectura detallada (fig. 1). La mayoría de los artículos eliminados se refieren a estudios de eficacia, utilidad y adaptación transcultural.

Uno de los artículos seleccionados era una revisión sistemática, publicada en 2021, sobre las propiedades psicométricas de los *patient reported outcome measures* (PROM) utilizados en AR durante los últimos 20 años. En esta revisión, y para el dominio de la capacidad funcional, se describen las diferentes versiones del HAQ¹³. En la tabla 1 se presentan las características generales y psicométricas de estas versiones.

HAQ original o HAQ-DI

Es un cuestionario autoadministrado desarrollado por Fries et al. en 1980. Contiene 34 ítems: 20 sobre la dificultad del paciente para realizar diversas actividades de la vida diaria (AVD) distribuidos en 8 áreas y con respuesta tipo Likert con 4 opciones (0, 1, 2, 3), y 14 adicionales sobre la necesidad de ayuda con respuesta sí/no. Las puntuaciones de cada área se corrigen en función de la necesidad de ayuda, y se obtiene una puntuación global de 0 a 3, en la que el 0 representa la ausencia de limitación funcional y el 3 la discapacidad grave. Fries et al., presentan el cuestionario junto con un análisis de su fiabilidad (consistencia interna y test-retest) y de su estructura multidimensional (análisis de componentes principales). Sin embargo, no existen datos de sensibilidad al cambio ni del impacto de la comorbilidad sobre la puntuación⁶.

MHAQ

La experiencia con el HAQ puso de manifiesto algunas limitaciones, como su duración prolongada, la dificultad de cálculo, y la falta de discriminación en algunas situaciones específicas. Por consiguiente, Pincus et al. desarrollaron una primera modificación del HAQ (HAQ modificado o MHAQ) disminuyendo el número de

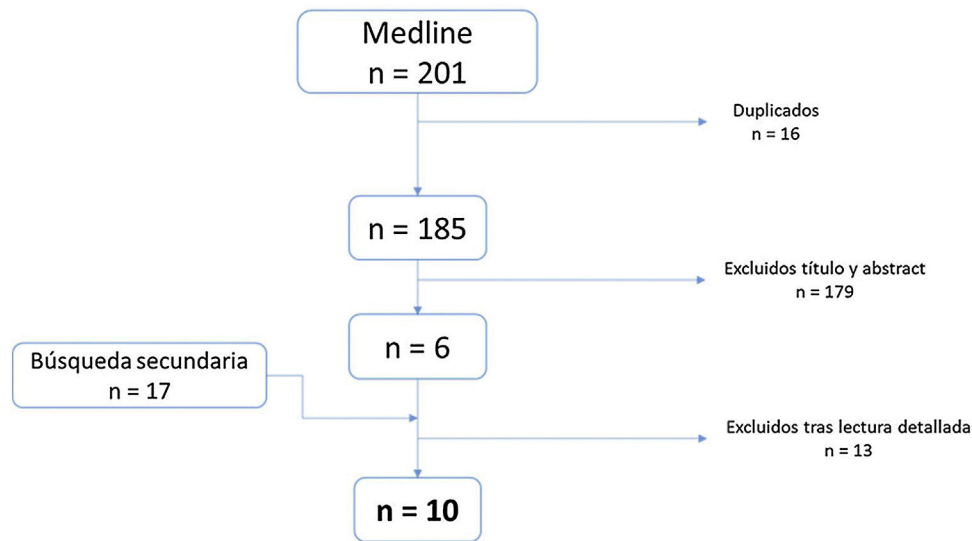


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de estudios.

AVD evaluadas y añadiendo ítems sobre el grado de satisfacción y el cambio de dificultad percibidos por el paciente en los 6 meses anteriores¹⁴.

En el MHAQ el número de AVD se redujo de 20 a 8, una por cada área del HAQ original, y se eliminaron las preguntas sobre necesidad de ayuda. De este modo, se consiguió una versión más fácil de puntuar y con el mismo rango de 0 a 3. Se demostró que los 8 ítems del MHAQ captan la mayor parte de la información contenida en los 20 del HAQ original y es más fácil de utilizar debido a su brevedad. No obstante, tiene efecto suelo (personas con alteraciones funcionales pueden tener puntuaciones normales), y su sensibilidad al cambio es menor que la de las versiones más largas⁵. El desarrollo del MHAQ se realizó en una población de diferentes enfermedades reumáticas, sin datos de validación del índice en la AR¹⁵.

HAQ multidimensional (MDHAQ)

Aunque el MHAQ es más breve y fácil de cumplimentar que el cuestionario original, también tiene efecto suelo. Además, el HAQ y el MHAQ solo evalúan las AVD más sencillas o básicas, pero no otro tipo de actividades complejas para las que algunos pacientes pueden tener dificultades que pueden quedar sin identificar.

Con el fin de resolver estos problemas, valorar el distrés psicológico, y mejorar la capacidad de detección en los extremos inferiores de la escala, se diseñó el HAQ multidimensional (MDHAQ). El MDHAQ incluye 10 ítems, 8 del original más 2 actividades complejas adicionales referidas a la capacidad para caminar 3 kilómetros o para participar en actividades recreativas o deportivas. Las 2 AVD avanzadas aumentan la probabilidad de detectar cambios de puntuación cuando hay una mejora clínica, reduciendo así el efecto suelo. El MDHAQ también valora sueño, depresión, fatiga, dolor, recuento articular y síntomas. Se han obtenido datos parciales de validación (validez aparente y fiabilidad test-retest) en una muestra heterogénea de enfermedades reumáticas¹⁵.

HAQ-II

Las múltiples limitaciones del HAQ, como su larga duración (34 ítems), la distribución no lineal (las diferencias de puntuación tienen el mismo significado en distintos niveles de discapacidad), la dificultad de comprensión de algunos ítems, y el efecto suelo, llevaron al diseño de una nueva versión por Wolfe y Pincus en

2004, el HAQ-II, que contiene 10 ítems, 5 procedentes del HAQ y 5 adicionales¹⁶.

Al ser un cuestionario más corto, es más fácil de rellenar y puntuar y su efecto suelo es menor que el del HAQ (5,8% frente al 10%). Presenta correlación con las variables clínicas (validez convergente) y su rendimiento es similar al del HAQ, lo que facilita el intercambio de puntuaciones. Aunque sus propiedades psicométricas son más favorables que las del HAQ original, su uso no está tan extendido⁵.

Personal impact (PI-HAQ)

El cálculo de ponderaciones o pesos de los ítems del HAQ permite valorar el impacto de la discapacidad en cada paciente. De esta manera, Hewlett et al. propusieron el *personal impact* PI-HAQ en 2002¹⁷. El PI-HAQ debe considerarse un instrumento complementario del HAQ y no un sustituto. Su principal valor es completar la evaluación de la discapacidad y facilitar su interpretación.

Evaluación de las diferentes versiones del HAQ

Los datos de validación del HAQ y sus versiones son variables. Según el consenso COSMIN, todos presentan consistencia interna, mientras que la fiabilidad test-retest solo se ha analizado de forma adecuada en el HAQ original. La validez de contenido, que valora la relevancia y grado de comprensión de los ítems solo se ha demostrado para el HAQ original. La validez estructural, o grado en el que las puntuaciones de un instrumento son un reflejo adecuado de la dimensionalidad del constructo, ha sido demostrada en todas las versiones, aunque los resultados del MDHAQ son limitados^{5,18}. Al no existir patrón oro, no es posible evaluar la validez de criterio. Todas las versiones poseen validez convergente, especialmente el original. Los datos sobre sensibilidad al cambio, o capacidad de un instrumento para detectar un cambio clínico a lo largo del tiempo son limitados, entre otras razones por la multitud de estadísticos utilizados. Los mejores resultados se han obtenido para el HAQ y el M-HAQ, y en menor medida para el HAQ-II⁵. Los instrumentos con escalas ordinales de 3-4 categorías, como el HAQ, tienen menor sensibilidad al cambio que los que usan escalas continuas de intervalo, lo que podría explicar la baja sensibilidad al cambio de esta herramienta¹⁹.

Existen algunos trabajos de comparación de las distintas versiones del HAQ. Wolfe et al. comparan el HAQ, el MHAQ compuesto por solo 8 ítems, y el RA-HAQ, que también tiene 8 ítems y

Tabla 1
Características generales y psicométricas de las diferentes versiones del HAQ

Característica	HAQ	M-HAQ	MDHAQ	HAQ-II	PI-HAQ
Tipo	Específico	Híbrido	Híbrido	Específico	
Contenido	20 AVD (8 áreas) 13 ayuda	8 AVD (1/área)	10 ítems: 8 AVD 2 complejas	10 AVD	
Puntuación	AVD: Likert 0-4 Ayuda: sí/no	Likert (0-4)	Likert (0-4)	Likert (0-4)	
Periodo	1 semana	3 meses	1 semana	1 semana	1 semana
Puntuación	De 0-3: 0 (normal) 3 (peor CF)	De 0-3: 0 (normal) 3 (peor CF)	De 0-3: 0 (normal) 3 (peor CF)		
Tiempo	Administración 5 m Cálculo: <2 m	Administración <5 m Cálculo: <1 m	Administración <5 m Cálculo: <10 sg	Administración <5 m Cálculo: <1 m	
Fiabilidad	Consistencia interna Test-retest	Consistencia interna	Consistencia interna	Consistencia interna	
Validez	Contenido Estructural Convergente	Estructural Convergente Predictiva	Convergente Predictiva	Estructural Convergente	Constructo
Sensibilidad cambio	Sí	Sí	No	Limitada	
Fortalezas	Patrón oro de CF Múltiples idiomas	Brevedad	Brevedad	>Correlación con HAQ <efecto suelo	
Limitaciones	Largo Complejidad cálculo Efecto suelo (10%)	No es = HAQ Efecto suelo No sensible al cambio	Efecto suelo (25%) No sensible al cambio	Efecto suelo (5,8%) No sensible al cambio	Complementario de HAQ, no sustituto

AVD: actividades vida diaria; CF: capacidad funcional; DCMI: diferencia clínica mínimamente importante; HAQ: Health Assessment Questionnaire; HAQ-II: Health Assessment Questionnaire-II; MDHAQ: Multidimensional Health Assessment Questionnaire; MHAQ: Modified Health Assessment Questionnaire; PI-HAQ: Personal Impact Health Assessment Questionnaire.

Fuente: Esteve-Vives et al.⁴.

características psicométricas adecuadas, aunque no se ha utilizado clínicamente²⁰. Las diferencias en la distribución podrían explicar la agrupación de los valores en el extremo inferior de la escala en las formas abreviadas, lo que hace que muchos individuos presenten una puntuación normal y no se identifique una parte importante del deterioro funcional, confirmando el efecto suelo. A pesar de ser más largo, con ítems más difíciles y puntuación más compleja, el HAQ original es más eficiente para discriminar a los pacientes y es más sensible al cambio que las formas abreviadas.

Maska et al., compararon las características psicométricas del HAQ original y de diferentes versiones posteriores. Según estos autores, las principales limitaciones del HAQ son su duración, la complejidad de cálculo, la puntuación no lineal (efecto suelo), y la consiguiente dificultad para evaluar la sensibilidad al cambio²¹. Aunque es más breve y fácil de aplicar, el MHAQ no es equivalente al HAQ original, ya que evalúa menor número de ítems, lo que puede enmascarar la discapacidad de los pacientes. De nuevo, las puntuaciones tienden a agruparse en el extremo inferior de la escala, mostrando una distribución no normal que dificulta la evaluación

de la sensibilidad al cambio. El MDHAQ es el que presenta mejor correlación con el HAQ original, menor impacto de los ítems perdidos y menor efecto suelo, alrededor del 5,8%, bastante menor que el del HAQ (10%) y el MHAQ (25%)²¹.

Improved-HAQ

Es una ligera modificación del HAQ que utiliza los mismos 20 ítems pero añadiendo una nueva categoría de respuesta («con alguna dificultad») para intentar reducir el efecto suelo. Introducido en 2007 como HAQ-100 y posteriormente como PROMIS HAQ, su nombre se cambió posteriormente a *Improved-HAQ* para evitar la confusión con los instrumentos oficiales del *Patient-Reported Outcome Measurement Information System* (PROMIS). El *Improved-HAQ* contiene 20 ítems sobre AVD más 4 sobre necesidad de ayuda. A diferencia del original, los ítems no se agrupan por áreas. Para las respuestas se utiliza una escala Likert de 5 opciones, con una puntuación total que oscila entre 0 y 100. Muestra mayor fiabilidad y menor efecto suelo que la versión original. Su principal limitación

Tabla 2
Resultados de la encuesta a los usuarios del HAQ

	Ítem	Comprende	Útil	Actual	Universal	Limitaciones/sugerencias de modificación
Vestirse asearse	1. Vestirse solo incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	9,4 ± 0,8	9,0 ± 1,2	7,7 ± 1,9	8,1 ± 2,2	Eliminar cordones, botones
	2. Enjabonarse la cabeza	9,4 ± 0,6	8,4 ± 1,6	8,4 ± 1,8	8,6 ± 1,9	Poner/quitar calcetines, medias
Levantarse	3. Levantarse de una silla sin brazos	8,0 ± 2,0	8,3 ± 1,6	8,3 ± 1,3	8,4 ± 1,8	Abrocharse el sujetador
	4. Acostarse y levantarse de la cama	9,1 ± 1,5	9,0 ± 1,2	9,3 ± 0,8	9,4 ± 0,8	Levantarse «sin apoyo»
Comer	5. Cortar un filete de carne	8,9 ± 1,2	8,1 ± 1,6	7,7 ± 1,8	7,7 ± 1,9	Levantarse de la cama sin ayuda
	6. Abrir un cartón de leche nuevo	8,2 ± 2,0	6,5 ± 2,4	5,9 ± 2,7	6,1 ± 2,5	Personas que no comen carne
	7. Servirse la bebida	8,3 ± 1,9	7,8 ± 2,1	8,1 ± 1,9	8,2 ± 1,9	Necesidad de modificar ítem 6
Caminar	8. Caminar fuera de casa por un terreno llano	9,0 ± 1,3	8,9 ± 1,0	9,1 ± 1,0	9,1 ± 1,0	Servirse la bebida cogiendo la jarra o la botella llena
	9. Subir cinco escalones	9,5 ± 0,7	8,9 ± 1,2	9,1 ± 1,2	9,2 ± 1,2	Añadir «distancia (200 metros)»
Higiene	10. Lavarse y secarse todo el cuerpo	9,1 ± 1,4	8,7 ± 1,7	8,2 ± 1,5	9,1 ± 1,3	Sustituir por «es capaz de ducharse, bañarse y lavarse el pelo sin apoyo o ayuda»
	11. Entrar y salir del baño	9,1 ± 1,1	8,8 ± 1,5	8,9 ± 1,2	9,0 ± 1,1	Dificultad comprensión, posibilidad de modificación
	12. Ducharse	9,3 ± 1,0	8,4 ± 2,2	8,9 ± 1,2	8,8 ± 1,5	Recoger cualquier cosa pequeña del suelo
Alcanzar	13. Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada encima de su cabeza	8,2 ± 2,0	7,9 ± 2,1	7,8 ± 2,2	8,1 ± 2,0	Firmar un documento
	14. Agacharse y recoger la ropa del suelo	8,8 ± 1,5	8,9 ± 1,2	8,8 ± 1,6	8,8 ± 1,6	Cambiar la hora de un reloj de pulsera
Prensión	15. Abrir la puerta de un coche	8,5 ± 1,8	7,1 ± 2,6	7,5 ± 2,4	7,1 ± 2,7	Abrir la lavadora o un congelador
	16. Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos	8,8 ± 1,4	8,6 ± 1,6	8,5 ± 1,5	8,5 ± 1,7	Vestirse, lavarse, peinarse (asociar a ítem 1)
	17. Abrir y cerrar los grifos	8,3 ± 1,9	7,0 ± 2,5	6,4 ± 2,9	6,4 ± 3,0	Salir de casa para hacer recados o compras
Otras	18. Hacer los recados y las compras	8,2 ± 2,1	7,2 ± 2,1	7,1 ± 2,5	6,9 ± 2,6	Cambiar la hora de un reloj de pulsera
	19. Entrar y salir de un coche	9,0 ± 1,2	8,0 ± 2,0	8,2 ± 1,6	8,0 ± 2,0	Abrir la lavadora o un congelador
	20. Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos	8,9 ± 1,5	7,8 ± 2,3	7,4 ± 2,6	7,5 ± 2,8	Es un ítem obsoleto

es que el cambio de puntuación de 0-3 a 0-100 dificulta la comparación con estudios realizados con la versión original y no existen datos sobre validez de constructo y predictiva²¹.

1B. Encuesta a usuarios del HAQ

En la encuesta a usuarios se obtuvieron 24 respuestas, correspondientes a médicos (n = 7; 70,8%), enfermeras de reumatología (n = 3; 12,5%), pacientes con AR (n = 2; 8,3%), y psicólogos de reumatología (n = 2; 8,3%).

La comprensión de los ítems fue el aspecto mejor valorado con puntuaciones ≥ 8 , siendo las más bajas las de los ítems 3 (8,0 ± 2,0); 6 (8,2 ± 2,0); 13 (8,0 ± 2,0); y 18 (8,0 ± 2,1). Los ítems menos útiles fueron el 6 (6,5 ± 2,4); 15 (7,1 ± 2,6); 17 (7,0 ± 2,5); y 18 (7,2 ± 2,1). Los menos actuales el 6 (5,9 ± 2,7); 17 (6,4 ± 2,9); 18 (7,1 ± 2,5); y 20 (7,4 ± 2,6). Los considerados menos universales el 6 (6,1 ± 2,5), el 15 (7,1 ± 2,7); el 17 (6,4 ± 3,0) y el 18 (6,9 ± 2,6) (tabla 2).

En el texto libre de la encuesta se recogieron limitaciones y sugerencias de cambio de los diferentes ítems (tabla 2).

Discusión y propuesta de modificación

Durante la reunión de expertos (reumatólogos y personal de enfermería con lengua materna español de España (n = 7) y de América Latina (n = 1)) se discutieron los resultados de la revisión y de la encuesta, y se propusieron modificaciones de los ítems en función de su comprensión, idoneidad para evaluar los movimientos para los que se diseñaron, redundancia, carácter obsoleto, y sesgo de género. A continuación, se presentan las sugerencias de cambio para cada ítem y en la tabla 3 una propuesta de cuestionario modificado.

Ítem 1. Vestirse solo incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos

Explora la flexibilidad y la movilidad fina de las manos. Poco actual (zapatos con velcro) y poco universal (no se usan botones en algunos países). Se descarta cambiar por «abrocharse el sujetador» debido a sesgo de género.

Sugerencia: vestirse solo incluyendo ponerse los zapatos.

Tabla 3
Propuesta de modificación del HAQ

	Versión actual	Propuesta de modificación
Vestirse y asearse	1. Vestirse solo incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	1. Vestirse solo incluyendo ponerse los zapatos
	2. Enjabonarse la cabeza	
Levantarse	3. Levantarse de una silla sin brazos	2. Levantarse de una silla sin apoyarse
	4. Acostarse y levantarse de la cama	3. Acostarse y levantarse de la cama sin ayuda
Comer	5. Cortar un filete de carne	4. Utilizar cuchillo y tenedor para cortar comida en su plato
	6. Abrir un cartón de leche nuevo	5. Abrir envases de bebida en general (botellas, latas, etc.)
	7. Servirse la bebida	6. Servirse la bebida de una jarra o una botella de 1 litro
Caminar	8. Caminar fuera de casa por un terreno llano	7. Caminar fuera de la casa por un terreno llano una distancia de 200-300 metros
	9. Subir cinco escalones	8. Subir cinco escalones con o sin apoyo
Higiene	10. Lavarse y secarse todo el cuerpo	9. Es capaz de ducharse, bañarse, y lavarse el pelo sin apoyo o ayuda
	11. Sentarse y levantarse del retrete	
	12. Ducharse	
Alcanzar	13. Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada encima de su cabeza	10. Coger un libro de una estantería por encima de su cabeza
	14. Agacharse y recoger la ropa del suelo	11. Agacharse y coger la ropa del suelo
Preensión	15. Abrir la puerta de un coche	12. Abrir una puerta con llave
	16. Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos	13. Abrir tarros previamente abiertos
	17. Abrir y cerrar los grifos	14. Manejar el mando de la televisión
Otras	18. Hacer los recados y las compras	15. Sacar la basura
	19. Entrar y salir de un coche	16. Entrar y salir de un coche
	20. Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos	17. Participar en actividades recreativas

Ítem 2. Enjabonarse la cabeza

Movilidad de la cintura escapular y de los hombros. Poca utilidad en mujeres que van a la peluquería y en hombres con alopecia. Redundancia con dominio «higiene». Sugerencia: añadir *peinarse sin ayuda*.

Ítem 3. Levantarse de una silla, sin brazos

Fuerza de cuádriceps, glúteos y espalda. Ítem útil, actual y universal, pero con dificultades de comprensión (no se entiende «sin brazos»). Sugerencia: *levantarse de una silla sin apoyarse*.

Ítem 4. Acostarse y levantarse de la cama

Ítem fundamental que aporta mucha información. Sugerencia: la acción debe hacerse sin ayuda: *acostarse y levantarse de la cama sin ayuda*.

Ítem 5. Cortar un filete de carne

Poco actual y no universal (gente que no come carne, por ser vegetarianos o por dificultades para masticar). Problemas de comprensión (no distingue entre cortar un trozo de carne para comer o de pieza para cocinar). Sugerencia: *utilizar cuchillo y tenedor para cortar comida en su plato*.

Ítem 6. Abrir un cartón de leche nuevo

Escasa utilidad, desactualización (cartones de leche con sistemas de rosca), y falta de universalidad (múltiples tipos de envases). Sugerencia: *abrir envases de bebida en general (botellas, latas, etc. . .)*.

Ítem 7. Servirse la bebida

Muy ambiguo y con dificultades de comprensión. Debe definirse mejor la acción concreta. Sugerencia: *servirse la bebida de una jarra o una botella de un litro*.

Ítem 8. Caminar fuera de la casa por un terreno llano

Movilidad de extremidades inferiores. Debe concretarse la distancia concreta. Sugerencia: *caminar fuera de la casa por un terreno llano una distancia de 200-300 metros*.

Ítem 9. Subir cinco escalones

Correcto, bien puntuado y universal. Sugerencia: *añadir «con o sin apoyo»*.

Los ítems 10, 11, y 12 son redundantes (correlación de 0,6 en la modificación del MHAQ)¹⁴ por lo que se propone dejar un único ítem de higiene: «*Es capaz de ducharse, bañarse y lavarse el pelo sin apoyo o ayuda*».

Ítem 13. Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada encima de su cabeza

Demasiado específico, desactualizado y con sesgo de género. Se planteó sustituir «paquete de azúcar» por un término neutro como «objeto»; sin embargo, este término no especifica volumen o peso por lo que no se consideró adecuado. Por consiguiente, la sugerencia final fue cambiar el paquete de azúcar por una actividad habitual del imaginario colectivo como: «*Coger un libro de una estantería por encima de su cabeza*».

Ítem 14. Agacharse y coger la ropa del suelo

Adecuado, útil, actual, y universal.

Ítem 15. Abrir la puerta de un coche

Obsoleto (apertura automática) y no universal (gente que no tiene coche). Sugerencia: *abrir una puerta con llave*.

Ítem 16. Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos

Dificultades de comprensión por el término «cerrados». Sugerencia: *abrir tarros previamente abiertos*.

Ítem 17. Abrir y cerrar los grifos

Desactualizado (grifos monomando) y redundante con el anterior («abrir»). Se descarta cambiar por otras actividades rutinarias (manejar móvil u ordenador) por las dificultades de algunas personas con estos dispositivos. Sugerencia: *manejar el mando de la televisión*.

Ítem 18. Hacer los recados y las compras

Poco actual (compras por Internet) y ambigüedad del término «recados». Se sustituye por una actividad universal que implique salir de casa: *sacar la basura*.

Ítem 19. Entrar y salir de un coche

Acción universal.

Ítem 20. Hacer las tareas de casa como barrer o lavar los platos

Obsoleto y con sesgo de género. Sugerencia: *participación en actividades recreativas*.

Existió acuerdo sobre la supresión de las preguntas de ayuda ya que complican la puntuación y no aportan valor añadido.

Conclusión

Se presenta una propuesta de actualización de la versión española del HAQ, realizada por profesionales y pacientes hispanohablantes, que pone de manifiesto el cambio de paradigma en los valores culturales que sustentan las actividades del cuestionario y pretende aumentar su validez de contenido y su capacidad de discriminación.

Una vez diseñada esta propuesta de actualización, y antes de su utilización en práctica clínica, es necesario realizar un estudio completo de validación para analizar su dimensionalidad y estructura, y garantizar que sus propiedades psicométricas son adecuadas y en línea con las de la versión original.

Estos trabajos pueden ser el punto de partida para estudios de validación en diferentes lenguas y en distintas poblaciones de pacientes, con el fin de facilitar las comparaciones con estudios internacionales.

Financiación

El artículo ha sido financiado por la Fundación Andaluza de Reumatología (FAR).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Pincus T, Callahan LF, Sale WG, Brooks AL, Payne LE, Vaughn WK. Severe functional declines, work disability, and increased mortality in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheum*. 1984;27:864–72.
- Sokka T, Häkkinen A, Krishnan E, Hannonen P. Similar prediction of mortality by the health assessment questionnaire in patients with rheumatoid arthritis and the general population. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:494–7.
- Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress, and documentation. *J Rheumatol*. 2003;30:167–78.
- Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. *J Rheumatol*. 1993;20:2116–22.
- Barber CEH, Zell J, Yazdany J, Davis AM, Cappelli L, Ehrlich-Jones L, et al. 2019 American College of Rheumatology Recommended Patient-Reported Functional Status Assessment Measures in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res*. 2019;71:1531–9.
- Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*. 1980;23:137–45.
- Hewlett S, Smith AP, Kirwan JR. Values for function in rheumatoid arthritis: patients, professionals, and public. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:928–33.
- Hifinger M, Norton S, Ramiro S, Putrik P, Sokka-Isler T, Boonen A. Equivalence in the Health Assessment Questionnaire (HAQ) across socio-demographic determinants: Analyses within QUEST-RA. *Semin Arthritis Rheum*. 2018;47:492–500.
- Sanderson T, Hewlett S, Calnan M, Morris M, Raza K, Kumar K. Exploring the cultural validity of rheumatology outcomes. *Br J Nur*. 2012;21:522–3, 1015–20.
- Dür M, Coenen M, Stoffer MA, Fialka-Moser V, Kautzky-Willer A, Kjekouk I, et al. Do patient-reported outcome measures cover personal factors important to people with rheumatoid arthritis? A mixed methods design using the International Classification of Functioning, Disability and Health as frame of reference. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:27.
- Ebbevi D, Essén A, Forsberg HH. Persons with rheumatoid arthritis challenge the relevance of the health assessment questionnaire: a qualitative study of patient perception. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2017;18:189.
- Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, Westerman MJ, Patrick DL, Alonso J, et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Qual Life Res*. 2018;27:1159–70.
- Küçükdeveci AA, Elhan AH, Erdoğan BD, Kutlay Ş, Gökmen D, Ateş C, et al. Use and detailed metric properties of patient-reported outcome measures for rheumatoid arthritis: a systematic review covering two decades. *RMD open*. 2021;7(2).
- Pincus T, Summey JA, Soraci SA Jr, Wallston KA, Hummon NP. Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum*. 1983;26:1346–53.
- Pincus T, Brooks RH, Callahan LF. A proposed 30–45 minute 4 page standard protocol to evaluate rheumatoid arthritis (SPERA) that includes measures of inflammatory activity, joint damage, and longterm outcomes. *J Rheumatol*. 1999;26:473–80.
- Wolfe F, Michaud K, Pincus T. Development and validation of the health assessment questionnaire II: a revised version of the health assessment questionnaire. *Arthritis Rheum*. 2004;50:3296–305.
- Hewlett S, Smith AP, Kirwan JR. Measuring the meaning of disability in rheumatoid arthritis: the Personal Impact Health Assessment Questionnaire (PI HAQ). *Ann Rheum Dis*. 2002;61:986–93.
- Cole JC, Motivala SJ, Khanna D, Lee JY, Paulus HE, Irwin MR. Validation of single-factor structure and scoring protocol for the Health Assessment Questionnaire-Disability Index. *Arthritis Rheum*. 2005;53:536–42.
- Adams J, Mullee M, Burrage J, Hammond A, Cooper C. Responsiveness of self-report and therapist-rated upper extremity structural impairment and functional outcome measures in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2010;62:274–8.
- Wolfe F. Which HAQ is best? A comparison of the HAQ, MHAQ and RA-HAQ, a difficult 8 item HAQ (DHAQ), and a rescored 20 item HAQ (HAQ20): analyses in 2,491 rheumatoid arthritis patients following leflunomide initiation. *J Rheumatol*. 2001;28:982–9.
- Maska L, Anderson J, Michaud K. Measures of functional status and quality of life in rheumatoid arthritis: Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ), Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ), Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ), Health Assessment Questionnaire II (HAQ-II) Improved Health Assessment Questionnaire (Improved HAQ), and Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL). *Arthritis Car Res*. 2011;63 Suppl 11:S4–13.