

Traducción y adaptación transcultural de la Hypertension Knowledge-Level Scale para uso en Brasil*

Juliana Perez Arthur¹
Maria de Fátima Mantovani²
Maria Isabel Raimondo Ferraz³
Ângela Taís Mattei²
Luciana Puchalski Kalinke²
Roselene de Campos Corpolato⁴

Objetivo: traducir, adaptar transculturalmente y validar el contenido y apariencia de la Hypertension Knowledge-Level Scale para su uso en Brasil. Métodos: investigación metodológica realizada en seis etapas: traducción, síntesis, retrotraducción, comité de especialistas, pre-test y validación. La validación fue realizada por la técnica Delphi en dos rodadas. Los participantes fueron dos traductores y dos retrotraductores, ocho profesionales para el comité de especialistas, 40 participantes adultos para el pre-test, 35 expertos en la primera rodada de validación y 28 en la segunda. Los datos fueron analizados por medio del Alfa de Cronbach, índice de validez de contenido y test t unilateral. Resultados: las etapas de traducción y adaptación transcultural permitieron la realización de ajustes lingüísticos de modo que los ítems fueran comprensibles y adecuados para uso en Brasil. El índice de validez de contenido de la versión brasilera de Hypertension Knowledge-Level Scale fue de 0,96 y el Alfa de Cronbach fue 0,92. Conclusiones: la escala fue traducida, adaptada transculturalmente para el portugués de Brasil, tuvo su contenido y apariencia validados y se demostró confiable para evaluar el conocimiento de adultos sobre hipertensión.

Descriptores: Conocimiento; Hipertensión; Encuestas y Cuestionarios; Estudios de Validación; Enfermería; Educación en Salud.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Tradução, adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica", presentada en la Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

¹ Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Brescia, BS, Italia.

² Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

³ Universidade Estadual do Centro Oeste, Departamento de Enfermagem, Guarapuava, PR, Brasil.

⁴ Hospital do Trabalhador, Unidade de Terapia Intensiva, Curitiba, PR, Brasil.

Cómo citar este artículo

Arthur JP, Mantovani MF, Ferraz MIR, Mattei AT, Kalinke LP, Corpolato RC. Translation and cross-cultural adaptation of the Hypertension Knowledge-Level Scale for use in Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3073. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2832.3073>.

mes día año

URL

Introducción

El conocimiento envuelve la adquisición de informaciones y habilidades por la enseñanza y experiencias vividas⁽¹⁾. Su medición, en el área de la salud es importante, pues puede auxiliar a los profesionales en el planeamiento del cuidado y elaboración de actividades educativas.

Cuando se trata de enfermedades crónicas, como la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), la medición del conocimiento sobre la enfermedad es un factor que afecta el seguimiento de la terapéutica⁽²⁾. Por ser una enfermedad silenciosa y agresiva, depende del conocimiento, colaboración y participación activa del paciente. Se sabe que personas informadas son propensas a mudar positivamente la forma como cuidan de sí⁽³⁻⁴⁾. Además, la falta de conocimiento y convicciones incorrectas en relación a la hipertensión son factores influyentes y limitantes en la calidad de vida⁽²⁾.

En ese sentido, investigadores turcos desarrollaron la Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS), cuya finalidad es evaluar el conocimiento de adultos arriba de 18 años de edad sobre la HAS. La versión original de este instrumento fue publicada en el idioma inglés en 2012⁽⁵⁾ y ha sido utilizada en diversas partes del mundo.

En Irán, en 2015 la HK-LS fue empleada para determinar los factores relevantes para el conocimiento de la hipertensión, del tratamiento y el control⁽⁶⁾. En 2016, fue traducida y adaptada transculturalmente para el idioma árabe y utilizada en la evaluación del conocimiento de adultos jordanos sobre la HAS⁽¹⁾. Ella también pasó por el proceso de adaptación para el idioma griego⁽⁷⁾ y en Polonia, fue publicado un estudio que relata su uso en la versión polonesa⁽⁸⁾.

La traducción y adaptación transcultural pueden ser útiles cuando se objetiva utilizar un instrumento elaborado previamente por investigadores en un país o realidad diversos y para que la nueva versión sea de calidad, es necesaria la realización de procedimientos científicos bien delineados⁽⁹⁾. Actualmente, ese proceso ya es utilizado en varias áreas de estudio y se destaca por poseer beneficios en comparación con la creación de nuevos instrumentos, como la disminución de costos, economía de tiempo y la posibilidad de comparación entre realidades distintas⁽¹⁰⁾.

La traducción y adaptación transcultural de la HK-LS para la realidad brasilera posibilita la disponibilidad de un instrumento válido y confiable, ya utilizado en otras realidades, para la medición del conocimiento sobre la hipertensión en adultos. Siendo así, el objetivo de esta investigación fue traducir, adaptar transculturalmente, validar el contenido y la apariencia de la Hypertension Knowledge-Level Scale para el uso en Brasil.

Método

Se trata de una investigación metodológica de traducción, adaptación transcultural y validez de contenido

y apariencia de la escala HK-LS que fue realizada en el período de abril de 2016 a octubre de 2017.

La HK-LS es compuesta por 22 afirmativas divididas en seis sub-dimensiones: definición (ítems 1 y 2), tratamiento médico (ítems 6, 7, 8 y 9), adhesión medicamentosa (ítems 3, 4, 5 y 12), estilo de vida (ítems 10, 11, 13, 16 y 17), dieta (ítems 14 y 15) y complicaciones (ítems 18, 19, 20, 21 y 22)⁽⁵⁾. Cada afirmativa fue elaborada para ser respondida en el formato de escala del tipo Likert y cuenta con tres opciones de respuestas: cierto, errado y no sé. La puntuación máxima de la escala es de 22, siendo puntuada apenas cuando el respondiente acierta la respuesta⁽⁵⁾.

El proceso de traducción y adaptación transcultural fue basado en directrices internacionales⁽¹¹⁾ y compuesto por seis etapas: 1 - Traducción inicial, 2 - Síntesis de las Traducciones, 3 - Retrotraducción, 4 - Comité de especialistas, 5 - Pre-test, 6 - Validez del contenido y apariencia.

En la etapa inicial (1), fue realizada la traducción del instrumento por dos traductores independientes bilingües del idioma original, inglés, para el idioma de destino, portugués del Brasil. Uno de los traductores era del área de la salud, el otro no poseía conocimiento en el área y cada uno produjo una versión independiente, llamadas de T1 y T2.

Etapas 2: la síntesis de las traducciones fue realizada por medio de una reunión de consenso entre los dos traductores y dos investigadores enfermeros que trabajaban con HAS. En ella, fueron realizadas reformulaciones necesarias, que dieron origen a la versión síntesis de las traducciones iniciales, que fue llamada T12.

En la etapa 3, la versión síntesis T12 fue retrotraducida, del idioma portugués, nuevamente para el inglés, por otros dos traductores independientes bilingües que no conocían el instrumento original. Cada retrotraductor produjo una nueva versión, llamadas de BT1 y BT2 y esta etapa tuvo el objetivo de evaluar si el contenido de la versión síntesis era semejante al del instrumento original.

Después de la retrotraducción, un comité de especialistas (etapa 4), formado por ocho profesionales (dos traductores, dos retrotraductores, dos doctoras en enfermería y profesoras universitarias y dos enfermeras estudiantes de post-graduación stricto sensu en enfermería con experiencia en la temática estudiada) se reunió con la finalidad de producir la versión llamada de pre-final del instrumento, en la cual ocurrió también el análisis de las equivalencias semántica, idiomática y conceptual de la versión traducida.

En la etapa 5, fue realizado el pre-test de la versión del instrumento producida en la etapa precedente. Esta etapa fue realizada en las dependencias de una unidad de salud del municipio de Curitiba, Paraná. Fueron convidados y aceptaron para participar de la investigación

40 individuos, conforme recomendado por el referencial metodológico utilizado⁽¹¹⁾, con los siguientes criterios de inclusión: ser adulto con edad entre 18 y 60 años, estar registrado en la unidad de salud donde fue realizada la investigación, saber leer y escribir. El criterio de exclusión fue: poseer cualquier factor limitante que imposibilitase la lectura y completar el cuestionario.

Los participantes respondieron al instrumento y posteriormente lo evaluaron cuanto al entendimiento, apariencia, claridad y escritura. También fueron incentivados a fornecer sugerencias de mejoras cuando considerasen pertinentes. Para comparación entre grupos fue aplicado el test t unilaterial y se consideró un nivel de significancia $p < 0,05$.

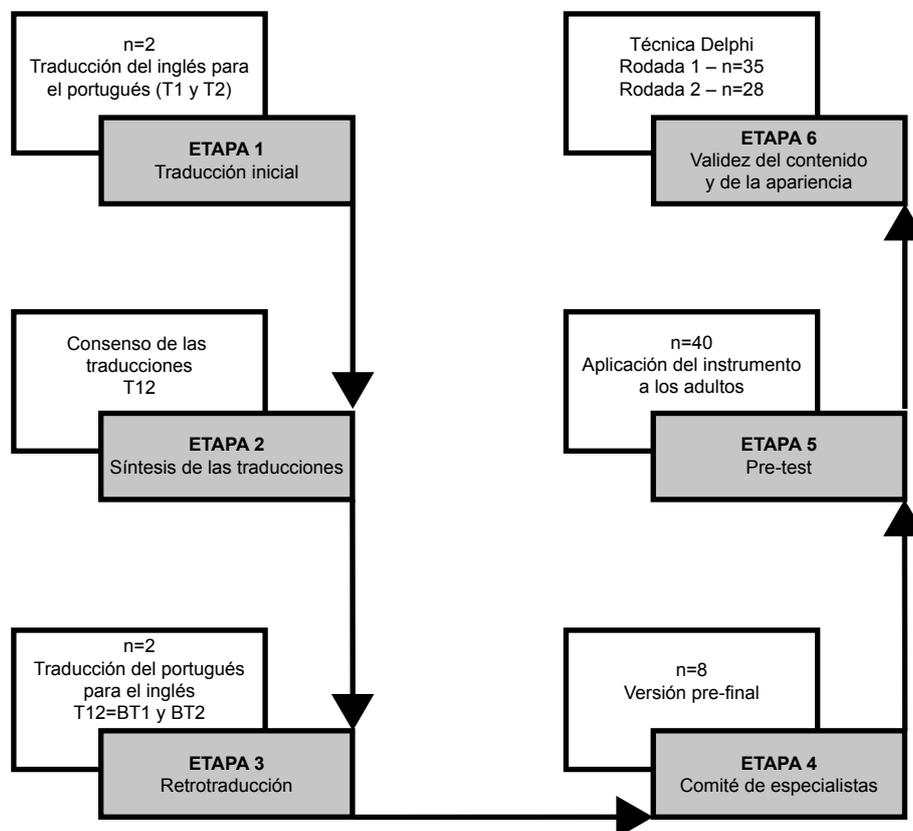
En la etapa 6, hubo la validez de contenido y de la apariencia con la técnica Delphi online y el auxilio de investigadores brasileiros expertos en la temática. Para evaluar la concordancia entre ellos fue utilizado el Índice de Validez de Contenido (IVC) y se estableció que serían realizadas rodadas del proceso de validez de contenido hasta que se obtuviese un $IVC \geq 0,8$. Ese valor fue determinado basándose en una revisión bibliográfica, que encontró como niveles de consenso entre los especialistas, para este tipo de evaluación, valores entre 0,5 y 0,8⁽¹²⁾, sin embargo se sabe que cuanto mayor el IVC mejor concordancia entre los expertos. Para la evaluar la confiabilidad fue calculado el Alfa de Cronbach.

Para el reclutamiento de los expertos se utilizó la plataforma do Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico. Fue realizada una búsqueda con las palabras clave y operadores booleanos: "Hipertensión arterial sistémica" AND "Enfermería" AND "Enfermedad Crónica" que resultó en un total de 241 expertos.

Después del reclutamiento fue enviada una invitación a los expertos para la participación en el proceso de validez que contenía los resultados de las etapas anteriores juntamente con un cuestionario para la validez de contenido y apariencia del instrumento.

Fueron necesarias dos rodadas de validez de contenido hasta que se llegase al $IVC \geq 0,8$. En la primera rodada participaron 35 expertos y en la segunda 28. Los participantes pudieron evaluar el instrumento traducido de manera cuantitativa, utilizándose una escala Likert de 1 a 4 puntos y también cualitativamente por medio de un campo en que era posible sugerir alteraciones. Fueron evaluados los quesitos: claridad, aplicabilidad, apariencia del instrumento y el contenido de cada afirmativa. En la Figura 1, se presenta el diagrama de flujo de todas las etapas de la investigación.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Paraná con el parecer número 1.689.333 y autorizada por el Comité de Ética de la Secretaria Municipal de Salud de Curitiba sobre el protocolo 104/2016 y sigue los principios de la resolución 466/2012.



*HK-LS - Hypertension Knowledge-Level Scale

Figura 1. Diagrama de flujo de las etapas de adaptación transcultural, validez de contenido y apariencia de la HK-LS* para su uso en Brasil. Curitiba, PR, Brasil, 2018

Resultados

En relación a la etapa 1, las discrepancias más frecuentes encontradas en las traducciones fueron relacionadas a las palabras o términos con significados semejantes en Brasil (ex: presión sanguínea aumentada y presión arterial alta; medicaciones y medicamento; comidas y alimentos; con sal y salados).

En la etapa 2 – síntesis de las traducciones, todas las discrepancias encontradas en la etapa precedente fueron estudiadas y los profesionales optaron por el término que consideraron más usual en portugués de Brasil. En esta etapa, también fue identificada la necesidad de alteración del tiempo verbal pasado para el presente.

Además, la afirmativa número 11 del instrumento pasó por adaptación transcultural y el término "boiling or grilling" traducido inicialmente como "hervir o asar" fue alterado para "cocinar solamente en agua o asar" por considerar que la traducción inicial no correspondía a un término usual para el contexto brasilero.

En la etapa 3, las versiones retrotraducidas BT1 y BT2 fueron idénticas en ocho (66,7%) afirmativas y todas las diferencias de retrotraducciones fueron consideradas palabras sinónimas. De esta forma, se concluye que la versión T12 correspondía al instrumento original. En la etapa 4, el comité de especialistas realizó alteraciones, mejorías y adaptaciones transculturales relevantes de modo a producir la versión que fue utilizada en el pre-test (etapa 5).

Cuanto a las características sociodemográficas de los participantes del pre-test, 28 (70%) eran del sexo femenino, 19 (47,5%) tenían edad entre 19 y 39 años y 21 (52,5%) edad entre 40 y 60 años; 29 (72,5%) eran casados o en unión consensual, 20 (50%) poseían hasta nueve años de estudio y 20 (50%) poseían de nueve a 16 años de estudio. Con relación a la ocupación, 21 (52,5%) estaban empleados y al cuestionarse sobre la presencia o no del diagnóstico de HAS 26 (65%) refirieron no poseerla.

Cuanto a las respuestas del instrumento, el porcentaje general medio de acierto fue de 74,7%, la sub-dimensión, con menor porcentaje fue la "definición", con media de 46,2% y aquella con mayor porcentaje fue la del "estilo de vida", con media de acierto 89,5%.

Al separar los participantes del pre-test en dos grupos, con y sin diagnóstico de HAS, se notó que los porcentajes medios de aciertos de las personas con HAS fueron superiores en todas las sub-dimensiones del instrumento, conforme Tabla 1.

En la etapa 6 - validez de contenido y apariencia, participaron expertos de todas las regiones de Brasil en las dos rodadas de validez. En la rodada 1, las evaluaciones generales para el Alfa de Cronbach y IVC fueron de 0,92 y 0,84, respectivamente.

Ocho afirmativas obtuvieron IVC abajo de 0,80 en la rodada 1, que fueron: 1, 2, 4, 5, 6, 20, 21 y 22. En relación a los comentarios de los expertos, se destacaron: necesidad de adecuación de los términos técnicos al público lego, adaptación de palabras para el contexto brasilero y esclarecimiento de cuestiones dudosas.

Después de la rodada 1, fueron realizadas las reformulaciones de los ítems que obtuvieron el IVC abajo de 0,80 así como aquellos que recibieron sugerencias consideradas pertinentes. A partir de las alteraciones se elaboró un feedback que fue enviado a los participantes, los cuales fueron convidados a participar de la rodada siguiente. En la rodada 2 la evaluación del Alfa de Cronbach se mantuvo en 0,92 y el IVC aumentó para 0,96. En esta rodada, todas las preguntas evaluadas obtuvieron el IVC arriba de 0,80, de esta forma, el proceso de validez fue cerrado. Los IVCs por cuestiones evaluadas en cada una de las rodadas están presentados en la Tabla 2.

En la Figura 2 se presenta la versión traducida y adaptada de la HK-LS para su uso en Brasil y las orientaciones para su uso.

Tabla 1. Media de aciertos de los participantes del pre-test (n=40) separados por grupos con y sin hipertensión. Curitiba, PR, Brasil, 2018

Sub-dimensión	Media geral (%) (n=40)	Media personas con HAS* (%) (n=14)	Media personas sin HAS* (%) (n=26)
Definición	46,2	60,7	38,5
Tratamiento Médico	66,9	71,7	64,4
Adhesión medicamentosa	81,9	82,1	81,7
Estilo de vida	89,5	92,9	87,7
Dieta	75	92,9	65,4
Complicaciones	71,5	88,6	62,3
p-valor [†]		0,0035	

*HAS - hipertensión arterial sistémica; †p-valor - Test t unilateral

Tabla 2. Índices de Validez de Contenido obtenidos en las rodadas 1 y 2 del proceso de validez por cuestiones evaluadas. Curitiba, Brasil, 2018

Cuestión evaluada	IVC* Rodada 1	IVC* Rodada 2	Cuestión evaluada	IVC* Rodada 1	IVC* Rodada 2
Apariencia	0,94	1	Ítem. 11	0,94	†
Clareza	0,80	0,96	Ítem. 12	0,91	1
Aplicabilidad	0,91	1	Ítem. 13	0,91	1
Ítem 1	0,66	0,86	Ítem. 14	0,89	†
Ítem 2	0,77	0,89	Ítem. 15	0,91	†
Ítem 3	0,86	†	Ítem. 16	0,97	†
Ítem. 4	0,77	0,93	Ítem. 17	0,83	1
Ítem. 5	0,74	1	Ítem. 18	0,97	0,93
Ítem. 6	0,54	1	Ítem. 19	0,89	0,96
Ítem. 7	0,91	†	Ítem. 20	0,71	0,96
Ítem. 8	0,91	†	Ítem. 21	0,74	0,96
Ítem. 9	0,91	†	Ítem. 22	0,71	0,96
Ítem. 10	0,86	†			

*IVC - Índice de Validez de Contenido; † - preguntas no evaluadas en la rodada 2.

Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS*) versión brasilera	CIERTO	ERRADO	NO SÉ
1) Presión arterial sistólica (máxima) o diastólica (mínima) elevada indica aumento de la presión arterial.			
2) La presión arterial diastólica (mínima) elevada también indica aumento de la presión arterial.			
3) Presión alta es causada por el envejecimiento, por eso no necesita de tratamiento.			
4) Si el medicamento para presión alta puede controlar la presión arterial, no hay necesidad de cambio en el estilo de vida.			
5) Si personas con presión alta mudar sus estilos de vida, no hay necesidad de tratamiento.			
6) Personas con presión alta deben tomar sus medicamentos de la manera que considerar más adecuada.			
7) Medicamentos para presión alta deben ser tomados diariamente.			
8) Personas con presión alta deben tomar sus medicamentos solamente cuando se sienten mal.			
9) Personas con presión alta deben tomar sus medicamentos por el resto de sus vidas.			
10) Para personas con presión alta la fritura es la mejor forma de preparar los alimentos			
11) Para personas con presión alta, cocinar solamente en agua o asar son las mejores formas de preparar alimentos.			
12) Personas con presión alta pueden comer alimentos sin controlar la cantidad de sal desde que tomen sus medicamentos todos los días.			
13) Personas con presión alta deben comer frutas y verduras frecuentemente.			
14) El mejor tipo de carne para personas con presión alta es la carne roja.			
15) El mejor tipo de carne para personas con presión alta es la carne blanca.			
16) Personas con presión alta no deben fumar.			
17) Personas con presión alta pueden ingerir bebidas alcohólicas.			
18) Si la presión alta no es tratada puede causar derrame/accidente vascular cerebral (AVC).			
19) Si la presión alta no es tratada puede causar infarto/ ataque cardíaco			
20) Si la presión alta no es tratada puede causar muerte precoz/ anticipar la muerte.			
21) Si la presión alta no es tratada puede hacer con que los riñones paren de funcionar.			
22) Si la presión alta no es tratada puede causar problemas en la visión.			
<p>Instrucciones de uso:</p> <p>Afirmaciones señaladas de manera correcta valen 1 punto.</p> <p>Afirmaciones señaladas de manera incorrecta valen 0 puntos.</p> <p>Afirmaciones señaladas en la opción "No sé" valen 0 puntos.</p> <p>La puntuación máxima, para toda la escala, es 22 puntos.</p> <p>13 ítems son correctos y 9 ítems son incorrectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ítems correctos: 1, 2, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22. • Ítems incorrectos 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 17. <p>Los ítems de la escala están divididos en 6 subdimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición: ítems números 1 e 2; • Tratamiento médico: ítems números 6, 7, 8 e 9; • Adhesión medicamentosa: ítems números 3, 4, 5 e 12; • Estilo de vida: ítems números 10, 11, 13, 16 e 17; • Dieta: ítems números 14 e 15; • Complicaciones: ítems números 18, 19, 20, 21 e 22. 			

Figura 2. Versión brasilera de la HK-LS* y orientaciones de uso. Curitiba, PR, Brasil, 2018

*HK-LS - Hypertension Knowledge-Level Scale

Discusión

Durante el proceso de traducción y adaptación transcultural de la escala fueron necesarios ajustes gramaticales y culturales de modo a adaptarla al contexto brasileiro. La metodología utilizada para este proceso indica que el investigador, con el objetivo de asegurar la comprensión y la elección certera de las palabras que compondrán la versión traducida, debe garantizar que esta sea entendida con claridad por la población objetivo⁽¹¹⁾.

Preguntas sobre la relevancia cultural pueden aparecer a cualquier momento del proceso de traducción, siendo necesario que se discuta el origen del problema, de modo a encontrar alternativas, sin alterar significativamente el sentido de la frase⁽¹³⁾. Así, todas las etapas de esta investigación buscaron ajustar el instrumento a la población adulta brasileira y los esfuerzos fueron dirigidos para que este fuese adecuado para atender personas de contextos socioculturales diversos.

La aplicación del pre-test, etapa 5, permitió una visión crítica del instrumento en relación a las respuestas obtenidas. Las sub-dimensiones con mayor y menor número de aciertos fueron respectivamente "estilo de vida" (89,5%) y "definición" (46,2%). En el estudio que aplicó la versión árabe de la HK-LS, la sub-dimensión "estilo de vida" también fue aquella con mayor media de aciertos (84,22%), entre tanto, la sub-dimensión con menor media fue la "dieta" (52,11%), seguido por la "definición" (58,09%)⁽¹⁾.

Al separar los respondientes de la etapa del pre-test en dos grupos, con y sin HAS, se encontró una diferencia significativa ($p=0,0035$), siendo que aquellos con la enfermedad obtuvieron porcentajes más altos de aciertos. Esa diferencia también fue encontrada en el estudio que utilizó la HK-LS en la versión árabe para evaluar el conocimiento de adultos jordanos⁽¹⁾.

Considerando que el conocimiento sobre la enfermedad afecta el modo como las personas cuidan de sí, la adhesión a la terapéutica y el control de los factores de riesgo relacionados⁽⁶⁾, las altas tasas de acierto en el grupo con hipertensión son deseables. Se presupone que al poseer la enfermedad los pacientes conozcan más sobre ella, siendo así, pueden instrumentalizarse para el cuidado de sí. Por otro lado, se resalta la importancia de que la población en general, no portadora de HAS, pero con factores de riesgo relacionados, se informe sobre lo que es y cuales son las formas de prevención y tratamiento de la enfermedad.

Para promover el conocimiento sobre la HAS en la población, una de las posibilidades de uso de la HK-LS es en acciones preventivas y educativas en la atención primaria de salud. En ese sentido, la escala traducida y adaptada podrá ser aplicada para evaluación del conocimiento previo de esas personas, de modo que, frente a esta evaluación, puedan ser listadas las necesidades individuales o colectivas y realizadas

acciones relacionadas a la mejoría de la salud, con el objetivo de evitar o retardar el apareamiento de la enfermedad o de complicaciones.

Además, las informaciones recogidas por medio de la medición del conocimiento pueden ser utilizadas en la elaboración de actividades educativas. En este contexto, el enfermero tiene papel fundamental, por estar en constante diálogo con los pacientes, siendo capaz de promover transformaciones sociales e individuales que favorezcan la mejoría del cuidado de sí y/o que reduzcan daños frente al enfermarse⁽¹⁴⁾.

Con relación a la validez de contenido y apariencia de la escala, la participación de expertos de todas las regiones en Brasil fue importante debido a las proporciones continentales del país y diferencias regionales y culturales.

En relación a la confiabilidad, la versión original de la HK-LS en el idioma inglés obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,82⁽⁵⁾, en la versión brasileira este valor fue de 0,92. Ya el estudio que tradujo y adaptó la escala para el idioma griego, evaluó la confiabilidad en dos grupos, con y sin HAS, y obtuvo respectivamente 0,66 y 0,79⁽⁷⁾. Aunque los valores encontrados tengan sido desiguales, todos demostraron que la escala es confiable para ser aplicada en las realidades a que se destinan.

No fue identificada la necesidad de alteraciones en el número de los ítems de la escala o en la forma de evaluación de la misma, siendo así, la versión brasileira de la HK-LS también es compuesta por 22 ítems, separados en seis sub-dimensiones, con puntuación máxima de 22 y mínima de cero.

Como limitaciones de la investigación se resalta el hecho de la escala haber pasado por el proceso de adaptación y validez en pocos países, dificultando la discusión y comparación de los resultados.

Conclusiones

La HK-LS fue traducida, adaptada transculturalmente para el portugués de Brasil, tuvo su contenido y apariencia validados y se demostró confiable para evaluar el conocimiento de adultos sobre la hipertensión. El seguimiento de etapas de acuerdo con el referencial metodológico elegidos fue importante para garantizar la calidad en el resultado final.

Considerando que la adaptación transcultural de la HK-LS, en la versión brasileira, obtuvo buenos índices de validez y confiabilidad, esta podrá ser utilizada tanto para evaluación del conocimiento sobre la HAS en diversos ámbitos de la salud, como en la atención primaria, para el planeamiento de cuidados y actividades de educación en salud, como para la población general en la medición de su conocimiento acerca de la hipertensión.

En la perspectiva de la enseñanza la HK-LS también podrá ser útil con la finalidad de instigar los estudiantes a utilizar instrumentos válidos y confiables que los auxilien en su práctica profesional.

Referencias

- Eshah NF, Al-Daken LI. Assessing Public's Knowledge About Hypertension in a Community-Dwelling Sample. *J Cardiovasc Nurs*. [Internet]. 2016 [cited Nov 25, 2017];31(2):158-65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25658184>
- Vancini-Campanharo CR, Oliveira GN, Andrade TFL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA. [Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 [cited Aug 27, 2017];23(6):1149-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0513.2660>.
- Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. [7ª Hypertension Brazilian]. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2016;107(3Supl.3):1-83. [cited Feb 20, 2017]. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
- Mantovani MF, Arthur JP, Mattei AT, Ulbrich EM, Kalinke LP. [Clinical protocols in advice to chronic patients]. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2015 [cited Aug 2, 2017];20(4):813-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.43077>.
- Ercok SB, Isikli B, Metintas S, Kalyoncu C. Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): A Study on Development, Validity and Reliability. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2012 [cited Jan 25, 2018];9:1018-29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367294/>
- Motlagh SFZ, Chaman R, Ghafari SR, Parisay Z, Golabi MR, Eslami AA, et al. Knowledge, Treatment, Control, and Risk Factors for Hypertension among Adults in Southern Iran. *Int J Hypertens*. [Internet]. 2015 [cited Feb 11, 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689970/>
- Chatziefstratiou AA, Giakoumidakis K, Fotos NV, Baltopoulos G, Brokalaki-Pananoudaki H. Translation and validation of the Greek version of the hypertension knowledge-level scale. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2015 [cited Dec 2, 2017];24(24):3417-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26333020>
- Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Prefer Adherence*. [Internet]. 2016 [cited Nov 1, 2017];10:2437-47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5153315>
- Cassepp-Borges V, Balbinotti MAA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: Pasquali L. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol*. [Internet] 1993 [cited Nov 1, 2017];46(12):1417-32. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine* [Internet]. 2000 [cited Apr 11, 2018];25(24):3186-91 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>
- Castro AV, Rezende M. [The Delphi technique and its use in brazilian nursing research: bibliographical review]. *Rev Min Enferm*. [Internet]. 2009 [cited Apr 1, 2017];13(3):429-34. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>.
- Coster WJ, Mancini M.C. Recommendations for translation and cross-cultural. *Rev Ter Ocup Univ* [Internet]. 2015 [cited Mar 2, 2018];26(1):50-7. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/85280/96368>.
- Pinheiro SJ, Lucas FEQ, Barreto LF, Cruz MRCM, Pereira FGF, Barbosa AL. [Conceptions of health education practices in the context of Nursing Education]. *Rev Rene*. [Internet]. 2016 [cited Mar 2, 2018];17(4):545-52. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4954/3655>.

Recibido: 07.05.2018

Aceptado: 13.08.2018

Autor correspondiente:

Juliana Perez Arthur

E-mail: julianaperez.4@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1465-0202>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.