

Adaptación transcultural y validación clínica de la *Neonatal Skin Condition Score* para el portugués de Brasil¹

Juliana Machado Schardosim²
Luma Maiara Ruschel³
Giordana de Cássia Pinheiro da Motta⁴
Maria Luzia Chollopetz da Cunha⁵

Objetivo: describir el proceso de adaptación transcultural y validación clínica para uso en Brasil de la *Neonatal Skin Condition Score*. **Métodos:** se trata de un estudio metodológico de adaptación transcultural incluyendo cinco etapas: traducción inicial, síntesis de la traducción inicial, retrotraducción, evaluación por un Comité de Especialistas y prueba de la versión prefinal y estudio transversal observacional con análisis de las propiedades psicométricas utilizando las pruebas estadísticas de Kappa Ajustado, Coeficiente de Correlación Intraclase y método de Bland Altman. Se reclutó aleatoriamente 38 profesionales para evaluación de la claridad del instrumento adaptado y por conveniencia 47 recién nacidos internados en la Neonatología del Hospital de Clínicas de Porto Alegre para la validación clínica del instrumento. **Resultados:** demostraron cerca de 85% de claridad de la escala adaptada. Las pruebas estadísticas evidenciaron confiabilidades intra e interobservador ítem a ítem de moderada a fuerte y en el puntaje total de fuerte a muy fuerte, hubo variación entre los puntajes atribuidos por los enfermeros a los pacientes menor que 2 puntos. **Conclusiones:** la escala fue adaptada y validada para uso en el portugués hablado en Brasil. Las propiedades psicométricas de la Escala de Condição da Pele do Recém-Nascido, versión brasileña del instrumento, presentaron resultados semejantes a la validación de la escala original.

Descriptores: Estudios de Validación; Dermatología; Cuidados de la Piel; Recién Nacido; Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Adaptação Transcultural e Validação Clínica do Instrumento *Neonatal Skin Condition Score* para uso no Brasil" presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoyo financiero del Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA), Brasil, proceso nº 11-0344.

² Estudiante de doctorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Profesor Asistente, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

³ Residente en Enfermería, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ MSc, Enfermera, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondencia:

Juliana Machado Schardosim
Universidade de Brasília
Centro Metropolitano 1 Conjunto A
Bairro: Ceilândia Sul (Ceilândia)
CEP: 72220-900, Brasília, DF, Brasil
E-mail: jumachadoju@hotmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El nacimiento marca el principal y más rápido cambio de ambiente. El bebé necesita adaptarse - en la transición entre el ambiente acuático, con temperatura constante en el vientre materno - a nuestro medio característico con humedad más baja y otras variaciones⁽¹⁾. La piel posee importancia vital en ese período. Su función primordial es ser una barrera contra microorganismos patogénicos y sustancias de uso tópico (tóxicas o no), sin embargo, también participa en la manutención del equilibrio térmico e hidroelectrolítico⁽²⁻³⁾.

Mantener la piel íntegra es esencial para los recién nacidos (RNs), principalmente para los prematuros y RNs a término internados en neonatología⁽²⁻³⁾. Los bebés internados son expuestos constantemente a procedimientos invasores, sustancias desinfectantes, uso de adhesivos para fijación de aparatos, además de la flora bacteriana nosocomial, por eso generalmente presentan alteraciones más evidentes en la superficie de la piel que los bebés no internados⁽²⁾.

La evaluación de las condiciones de la piel de los neonatos hospitalizados hace parte del examen físico diario y necesita ser frecuente y objetiva. Con este objetivo fue publicada, en 2004 en los Estados Unidos, la *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS). La NSCS fue validada dentro de un gran estudio que investigó 51 instituciones denominado *Neonatal Skin Care*. La investigación iniciada en 1997 por la *Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses* - AWHONN (Asociación de Enfermeros de la Salud de la Mujer, Obstétricos y Neonatales), juntamente con la *National association of Neonatal Nurses* NANN (Asociación Nacional de Enfermeras Neonatales) objetivó principalmente la elaboración de la *Evidence-Based Clinical Practice Guideline - Neonatal Skin Care* (Guía de Cuidado de la Piel Neonatal Basado en Evidencia). Se trata de un instrumento corto y de rápida aplicación que podrá ser introducido en la práctica asistencial brasileña auxiliando a los equipos de salud en neonatología^(2,4-5). La NSCS evalúa tres factores: *dryness*, *erythema* y *breakdown*. Cada ítem posee 3 respuestas posibles con puntajes de 1 a 3. El puntaje final del paciente es resultante de la sumatoria de las respuestas de los 3 ítems pudiendo variar de 3 a 9, siendo 3 la mejor condición y 9 la peor condición de piel que el RN podría tener⁽⁴⁻⁵⁾.

La utilización de escalas en la práctica asistencial sirve para uniformizar la evaluación del estado de salud de los pacientes y estandarizar las intervenciones de enfermería por medio de protocolos asistenciales. La

utilización de estas escalas en otros países, con culturas e idiomas diferentes del país en que fueron creadas, depende del rigor científico con el cual ellas fueron traducidas, evaluadas y revisadas en la lengua en que se desea utilizar, debido a esto las investigaciones multiculturales ganaron espacio del mismo modo que el uso de instrumentos para estandarizar la asistencia a la salud en las diferentes culturas⁽⁶⁾.

Se justifica el desarrollo del estudio en la contribución - para el conocimiento de profesionales de la enfermería sobre la fragilidad de la piel de RNs - sobre las repercusiones de las lesiones de piel para esta población así como sobre la utilización de escalas en la práctica clínica. Debido a la anatomía e importantes funciones de la piel en el período de adaptación del RN la preservación de la integridad cutánea representa un importante cuidado de enfermería siendo todavía más relevante en el período neonatal, se cree que el uso de este instrumento en la práctica clínica auxilia en la estandarización de las acciones del enfermero y mejora la calidad de la asistencia en neonatología.

La NSCS hasta el momento no había sido validada para la lengua portuguesa de Brasil, siendo así surgió el interés de validar el instrumento en Brasil con el objetivo de facilitar y estandarizar las evaluaciones de los profesionales y, posteriormente, sus intervenciones. El objetivo del estudio fue realizar la adaptación transcultural y la validación clínica para uso del instrumento *Neonatal Skin Condition Score* en Brasil.

Métodos

En la realización del estudio fueron utilizados dos etapas distintas: a) adaptación transcultural que se constituyó en la traducción y adaptación del instrumento para el portugués hablado en Brasil, basándose en los procedimientos metodológicos propuestos por Beaton y colaboradores⁽⁷⁾; b) validación clínica que consistió en la aplicación de la versión final en portugués por profesionales en la práctica clínica para verificar las propiedades psicométricas por medio de un estudio transversal observacional.

Durante la adaptación transcultural fueron analizadas las equivalencias semántica (para mantener el mismo significado de cada ítem después de la traducción para el otro idioma), idiomática (busca expresiones o explicaciones correspondientes en la lengua objetivo, ya que las expresiones idiomáticas no pueden ser traducidas), conceptual (verifica si los diferentes conceptos usados en las diferentes culturas

poseen la misma connotación) y experimental (evalúa si los términos utilizados en el instrumento son adecuados para la práctica clínica en la cultura del idioma en donde la escala está siendo validada) para evitar distorsiones de un idioma para el otro⁽⁷⁾. Este mismo proceso ha sido utilizado en la validación de otros instrumentos para ser usados en Brasil⁽⁹⁻¹¹⁾.

La adaptación transcultural prevé cinco etapas: traducción inicial, síntesis de las traducciones, retrotraducción, evaluación por un Comité de Especialistas y prueba de la versión prefinal⁽⁷⁾.

La traducción inicial consistió en la traducción del instrumento original del inglés para el portugués hablado en Brasil, fue realizada por dos traductoras, ambas tenían como lengua materna el portugués hablado en Brasil y perfiles técnicos diferentes (una con y otra sin conocimientos en la área de la salud). Cada traductora produjo una versión independiente de forma ciega en relación a la otra⁽⁷⁾.

En la síntesis de las traducciones se realizó una revisión técnica y una evaluación de las equivalencias de las versiones originadas en la traducción inicial por un profesional de lenguas y las traductoras. Al final de esta etapa fue concluida la versión de consenso de la traducción inicial⁽⁷⁾.

En la retrotraducción se realizó la retrotraducción del portugués para el inglés por dos traductores que tenían como lengua materna el inglés y no poseían formación técnica en el área de la salud. Los traductores fueron ciegos entre sí y en relación al instrumento original. Se realizó en esta etapa también un consenso de las versiones retrotraducidas y esta versión de consenso fue enviada a la autora de la versión original de la NSCS, para comparación de la versión retrotraducida con la versión original.

La evaluación por un comité de especialistas fue realizada por medio de una reunión para evaluar todas las versiones producidas con el objetivo de llegar a la versión prefinal del instrumento en el portugués hablado en Brasil. El comité fue compuesto por 1 profesora con dominio sobre el método de adaptación transcultural, 1 profesional de lenguas, 1 enfermera especialista en dermatología y los traductores⁽⁷⁾.

La prueba de la versión prefinal fue en la fase final del proceso de adaptación transcultural y objetivo evaluar la claridad de los ítems que componen el instrumento⁽⁷⁾. Fueron seleccionados de modo aleatorio 38 profesionales (médicos, enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería) que trabajaban en la Unidad de Internación Neonatal del Hospital de Clínicas de Porto

Alegre (UIN/HCPA), con auxilio de una tabla de números aleatorios⁽¹²⁾. Cada profesional registró sus impresiones sobre la claridad de la versión prefinal del instrumento en portugués en una escala *Likert*⁽¹²⁾. Las respuestas de la escala *Likert* fueron numeradas de 1 a 5 siendo 1 "nada claro" y 5 "totalmente claro". Además de responder al instrumento, los participantes registraron sugerencias y justificativas de sus respuestas en un campo específico para comentarios.

Finalizado el proceso de adaptación se inició la validación clínica de la versión adaptada de la NSCS. La población contempló RNs internados en la UIN/HCPA, estos fueron incluidos en el estudio en el primer día de internación. Fueron excluidos del estudio apenas los RNs procedentes de otros hospitales que no presentaba en la ficha médica todos los datos investigados. Con el uso del programa Stata versión 7.0 el cálculo del muestreo fue de 36 RNs suponiendo un $Kappa \geq 0,4$ (0,1;0,7) y un intervalo de confianza de 95% para un error de 0,3 (no IC 0,5%). La selección de la muestra fue por conveniencia.

La integridad de la piel de cada RN fue evaluada 4 veces (2 presenciales y 2 por imágenes digitales) con la versión en portugués de la NSCS, por 2 enfermeros de forma ciega. Las imágenes digitales fueron obtenidas en el momento de la evaluación presencial para evitar cambios en el estado de la piel entre las evaluaciones presencial y por imagen digital y fueron evaluadas por los enfermeros cerca de 10 días después de la evaluación presencial para evitar que la memoria del enfermero interfiriese en el puntaje del bebé. De este modo se pudo evaluar la confiabilidad intraobservador que representa la estabilidad de la escala en la evaluación de la condición de piel del mismo paciente por el mismo evaluador, y la confiabilidad interobservador que representa la estabilidad de la escala sobre evaluaciones realizadas por diferentes profesionales sobre la condición de piel del mismo paciente⁽¹³⁾.

La consistencia interna del instrumento no pudo ser verificada, ya que los ítems evaluados por la NSCS son independientes, o sea, uno no influencia el valor del otro. La validez de criterio concurrente no pudo ser verificada debido a la inexistencia de otros instrumentos de evaluación de la piel de recién nacidos que pudiesen ser utilizados como estándar oro⁽¹²⁻¹³⁾.

El análisis estadístico del estudio fue realizada con auxilio del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) y de la base de cálculos *web based calculators for SCR analysis*. La claridad del instrumento fue verificada por medio de la estadística descriptiva con resultados

expresados en frecuencias absolutas y relativas del porcentaje de claridad sumándose los conceptos (claro, muy claro y totalmente claro) de cada ítem evaluado. El análisis del puntaje total de la escala *likert* también fue realizado, este resultado fue expresado por el promedio y la desviación estándar del sumatorio de respuestas de los ítems evaluados en la escala *likert*⁽¹²⁾.

Fue elaborado el análisis descriptivo de los datos demográficos de la muestra del estudio. Las variables categóricas fueron expresadas en frecuencia absoluta y relativa, en cuanto las variables continuas expresadas en promedio y desviación estándar cuando simétricas y mediana y percentiles 25 y 75% cuando asimétricas.

Para la evaluación de las propiedades psicométricas de la versión en portugués del instrumento fueron utilizados las siguientes pruebas estadísticas: Kappa ajustado (PABAK), que evaluó la concordancia intra e interobservador en cada ítem que compone la escala por tratarse de variables categóricas, el coeficiente de correlación intraclass (ICC) y el método de Bland-Altman, que analizaron la confiabilidad intra e interobservador en el puntaje total del instrumento por tratarse de variables continuas. Fue considerado un nivel de significancia de 5% ($\alpha=0,05$)⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Los derechos autorales del instrumento objeto de este estudio son de la *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* (AWHONN) y para realización del estudio y publicación del artículo fue obtenida la autorización formal. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre con el nº110344. Los presupuestos de la resolución 466/12 sobre las directrices y normas reguladoras para investigaciones en que participan seres humanos fueron seguidos y los profesionales y pacientes convidados firmaron el término de consentimiento libre e informado⁽¹⁶⁾.

Resultados

La adaptación transcultural buscó traducir y adaptar la NSCS para el portugués hablado en Brasil objetivando las correcciones de los términos técnicos utilizados de acuerdo con las equivalencias semántica, idiomática, conceptual y experimental. Las versiones original y adaptada para el portugués hablado en Brasil de la NSCS son presentadas en la figura 1.

El título y los términos *dryness*, *breakdown* y *note* exigieron mayor atención y búsqueda de conceptos en la literatura en los idiomas inglés y portugués por presentar diferentes palabras para la traducción. La

autora del instrumento original participó del proceso de traducción y adaptación del instrumento con esclarecimientos sobre los conceptos de los términos técnicos en el idioma inglés. Además de eso, la versión de consenso de la retrotraducción fue sometida a su evaluación para verificar posibles diferencias entre las versiones de consenso de la retrotraducción y original. De este modo se obtuvo la respuesta de que no había distorsiones a ser corregidas.

Después de las correcciones se sometió a versión prefinal de la escala en portugués a la etapa de Comprobación de la Versión Prefinal. La muestra reclutada fue de 38 profesionales compuesta por 6 médicos (15,8%), 14 enfermeros (36,8%) y 18 técnicos/auxiliares de enfermería (47,4%). El resultado de la escala analógica (*Likert*) constató claridad del instrumento demostrada en frecuencias absoluta y relativa. Fue considerado como claro el sumatorio de las respuestas claro, muy claro y totalmente claro, observándose 85% de claridad en la mayoría de los ítems. De ese modo se constató que la escala es clara y de fácil entendimiento por los profesionales de la salud.

La validación clínica fue realizada entre mayo y julio de 2012, la muestra final fue compuesta por 47 RNS no habiendo pérdidas durante la recolección de datos. Abajo está expuesto el perfil demográfico de la muestra del estudio (Tabla 1).

El análisis de la reproductibilidad y de las confiabilidades intraobservador e interobservador, comprobadas por tres pruebas concomitantes: PABAK, ICC y el método de Bland Altman se encuentran expresadas en la Tabla 2^(12,14-15).

El método de Bland Altman fue una prueba complementaria al ICC y verificó la variación entre las respuestas de los enfermeros evaluadores. En cuanto el ICC verifica la correlación entre las respuestas de los evaluadores, el método de Bland Altman evalúa la variación entre los puntajes comparados partiendo de una visualización gráfica (gráfico de dispersión) que presenta el sesgo y las tendencias de las respuestas analizadas. El sesgo, presentado en los gráficos, representa cuánto las diferencias entre los puntajes se alejaron del cero⁽¹⁴⁾, o sea, el promedio de variación entre los puntajes comparados. Los valores de límite superior de correlación (LSC) y límite inferior de correlación (LIC) son los límites superior e inferior en el cual ocurrieron las diferencias de puntuación del paciente entre los evaluadores (interobservador) y entre las dos evaluaciones realizadas por el mismo observador en cada paciente (intraobservador)⁽¹⁴⁾.

Versión Original	Versión Adaptada
Neonatal Skin Condition Score	Escala de Condição da Pele do Recém-Nascido
Dryness	Secura
1 = Normal, no sign of dry skin	1 = Pele normal, nenhum sinal de pele seca
2 = Dry skin, visible scaling	2 = Pele seca, descamação visível
3 = Very dry skin, cracking/fissures	3 = Pele muito seca, rachaduras/fissuras
Erythema	Eritema
1 = No evidence of erythema	1 = Não há evidência de eritema
2 = Visible erythema, <50% body surface	2 = Eritema visível, <50% da superfície corporal
3 = Visible erythema, ≥50% body surface	3 = Eritema visível ≥50% da superfície corporal
Breakdown	Ruptura/Lesão
1 = None evident	1 = Nenhuma visível
2 = Small, localized areas	2 = Pequena, em áreas localizadas
3 = Extensive	3 = Extensa
Note:	Observação:
Perfect score = 3	Resultado Ideal = 3
Worst score = 9	Pior Resultado = 9

Neonatal Skin Care Evidence-Based Clinical Practice Guideline Third Edition (Appendix A), by Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2013, Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Copyright (2013) by the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Adaptada con permiso.

Figura 1 - Cuadro de las versiones original y adaptada al portugués hablado en Brasil de la NSCS

Tabla 1 - Perfil demográfico de la muestra del estudio. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

	n (%)
Sexo (Masculino)	25 (53,2)
Peso de Nacimiento (gramos)*	2685,64 (934,03)
Apgar en el 1º/5º minuto de vida*	7,28 (2,7)/ 8,83 (1,2)
Vía de Nacimiento (vaginal)	27 (57,4)
Edad de Gestación (semanas)*	37 (3)
Edad en la Internación (días de vida)†	1(1-2)
Motivo de la Internación en la Neonatología	
Disfunción Respiratoria Precoz	11 (23,4)
Prematuridad	10 (21,3)
Ictericia	7 (14,9)
Otros	19 (40,4)

*Variables continuas simétricas expresadas por promedio ± desviación estándar

†Variables continuas asimétricas expresadas por mediana (percentiles 25% - 75%)

Se constató dispersión en las respuestas de los evaluadores tanto en la comparación inter cuanto en la intraobservador. Los resultados apuntaron en la comparación interobservador una variación de hasta 1,38 puntos para más (LSC) y 1,87 puntos para menos (LIC) con un sesgo de 0,24, en cuanto en la comparación intraobservador se observa una variación de 0,83 puntos para más (LSC) y 1,03 puntos para menos (LIC), con un sesgo de 0,01. Se nota que mismo con variaciones de hasta casi 2 puntos en las evaluaciones de la condición de piel de los pacientes, el promedio de variación (sesgo) fue pequeño. Esos hallazgos corroboran los resultados de los demás pruebas demostrando fuerte correlación entre los puntajes finales comparados.

Tabla 2 - Confiabilidades intra e interobservador de la versión final de la NSCS en portugués. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

	Unidad de Internación Neonatal		
	n=47		
	Concordancia	p	Magnitud
Intraobservador			
Sequedad*	77,2% (0,66)	<0,001	Fuerte
Eritema*	76,1% (0,66)	<0,001	Fuerte
Ruptura/Lesión*	85,9% (0,79)	<0,001	Fuerte
Puntaje total†	0,88	<0,001	Muy Fuerte
Interobservador			
Sequedad*	69,6% (0,54)	<0,001	Moderada
Eritema*	70,7 (0,56)	<0,001	Moderada
Ruptura/Lesión*	81,5 (0,72)	<0,001	Fuerte
Puntaje total†	0,61	<0,001	Fuerte

*Concordancia expresada en porcentaje de concordancia y valor del Kappa ajustado

†Concordancia calculada por el Coeficiente de Correlación Intraclass

Discusión

La elección de la NSCS como objeto de estudio de este trabajo proviene de la importancia de la estandarización de la evaluación diaria sobre la integridad de la piel para detección precoz de alteraciones en la piel de los RNS⁽⁴⁻⁵⁾. Este instrumento es el único publicado en la literatura capaz de evaluar las condiciones de piel de RNS, a pesar de otro instrumento ser capaz de evaluar el riesgo y ocurrencia de úlceras por presión en niños (Escala de Braden Q)⁽⁶⁾. Se observó la utilización de la

NSCS en estudios siempre en el idioma inglés, lo que nos lleva a creer que esta ha sido la primera traducción del instrumento para otro idioma⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

La utilización de escalas de salud es muy difundida. Diferencias entre definiciones exigen que, antes de la utilización de un instrumento en idioma o cultura diferente del cual él mismo fue elaborado, sea realizada la traducción y adaptación transcultural con el objetivo de realizar la mejor traducción posible por medio de un método meticulado y riguroso con la verificación constante de las equivalencias ya descritas en el método de este trabajo.

Históricamente, la utilización de instrumentos creados en otra cultura o idioma tenía como base la simple traducción de la versión original para el nuevo idioma en que la escala sería utilizada, sin embargo se cree que la simple traducción daba como resultado instrumentos diferentes del original debido al entendimiento personal del traductor. La adaptación transcultural tornó la traducción un método científico y su resultado más fidedigno al original y coherente con la nueva cultura en donde el instrumento será utilizado⁽¹⁹⁾.

Otro avance importante en el proceso de adaptación transcultural fue la retrotraducción ya que posibilita discutir entre los autores de la versión original y la versión traducida, favorece el intercambio de conocimiento y resolución de dudas y problemas provenientes del proceso de traducción. Se destaca la participación activa de la autora del instrumento original en este estudio durante todo proceso de traducción y adaptación del instrumento con esclarecimientos sobre los conceptos de los términos técnicos en el idioma inglés⁽¹⁰⁾.

La evaluación de la clareza al final de la fase de adaptación transcultural fue crucial para las últimas alteraciones en la escala antes de la realización de la prueba clínica. A través de los análisis de los porcentajes de clareza y de las observaciones subjetivas de los formularios llenados por los profesionales de salud fueron realizados también algunos ajustes. Fueron considerados satisfactorios los porcentajes de clareza de la evaluación a través de la escala *likert* por tratarse de muestra heterogénea de profesionales con diferentes niveles de conocimiento y tiempo de experiencia profesional variable. Esta es una fase prevista en el proceso de adaptación, por tanto no está descrita en el artículo de validación de la versión original del instrumento⁽⁴⁾.

Después de la conclusión del proceso de adaptación transcultural, la versión final en portugués de la NSCS

denominada Escala de Condición de la Piel del Recién Nacido (ECPRN) fue comprobada con la aplicación en la práctica por un equipo de enfermeros. Comparándose la concordancia entre las propiedades psicométricas de la NSCS y de la ECPRN se observó que los valores de PABAK encontrados en Brasil fueron superiores. El ICC intraobservador en la validación brasileña fue más expresivo que en la validación de la versión original de la NSCS, en cuanto el ICC interobservador fue muy semejante⁽⁴⁾.

Inclusive con una magnitud moderada en algunos ítems que componen la escala, calculados por el PABAK, en el puntaje final de la escala las magnitudes fueron de fuerte a muy fuerte. Esto se debió probablemente al hecho de que la escala está compuesta por 3 ítems independientes. Se nota en el estudio de validación de la versión original⁽⁴⁾ la misma tendencia, estos datos expresan que inclusive cuando algún ítem es evaluado de modo diferente por los enfermeros, al final la puntuación del estado de la piel del paciente es igual, más frecuentemente que cuando evaluado ítem a ítem, por tanto demuestra estabilidad en la escala.

Del punto de vista clínico es más importante una mejor correlación en el puntaje total, ya que en la práctica diaria este es el número que orienta a los profesionales en la toma de decisiones entre intervenir o no en la condición de piel del bebé. Los valores de coeficiente de correlación son considerados aceptables a partir de 0,6, que representa la correlación fuerte hasta 1, que representa la correlación perfecta⁽¹³⁾.

El método de Bland Altman demostró que hay una variabilidad en las puntuaciones intra e interevaluador. La mayor variación de puntuación observada en la comparación intraobservador puede haber ocurrido por el uso de imágenes digitales, ya que en esta se trata de la comparación de la evaluación de un mismo paciente presencialmente y por imágenes digitales. Se entiende que, dependiendo de las condiciones ambientales de luminosidad, condiciones técnicas de la máquina y movimientos del RN durante la obtención de las imágenes digitales pueden haber interferido en la calidad de la imagen y, por tanto en el puntaje total de piel atribuido al paciente. Se consideró como limitación del estudio la reprobación por imágenes digitales y no presencial, sin embargo la decisión de uso de estas imágenes se debió al hecho de que la piel sufre cambios a lo largo del proceso de adaptación del RN y la necesidad de comparar el puntaje atribuido por el enfermero con otra evaluación realizada por él sobre el mismo paciente para validación del instrumento^(1,5).

Consideraciones finales

Se concluye que la versión brasileña del instrumento, denominada Escala de Condición de la Piel del Recién Nacido (ECPRN) fue adaptada y validada para uso en el portugués hablado en Brasil. Después de la realización del proceso de traducción y adaptación transcultural el análisis realizado fase a fase evidenció buenos resultados. La claridad del instrumento fue verificada junto a los profesionales de la salud en la etapa final del proceso con la finalidad de confirmar los hallazgos obtenidos en las etapas anteriores por el grupo de estudio.

Los resultados del análisis de las propiedades psicométricas evidenciaron que la escala originada en portugués es de fácil aplicabilidad en la asistencia de enfermería en neonatología, en Brasil. La escala podrá servir de herramienta de evaluación de los cuidados con la piel en neonatología en la realidad brasileña auxiliando en el perfeccionamiento de las prácticas de cuidado con la piel del RN. Se sugiere que futuros estudios de intervenciones con el cuidado con la piel del recién nacido sean realizados utilizando la ECPRN como herramienta de evaluación.

Agradecimientos

A la *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* por el permiso para usar la escala para desarrollar este estudio. Un agradecimiento especial a Carolyn Lund, autora de la versión original del instrumento, por su disponibilidad, esclarecimientos, apoyo y dedicación a lo largo del desarrollo de la investigación y a la bachiller en letras Laura Lousada por el apoyo en las cuestiones lingüísticas durante las fases de desarrollo del estudio.

Referencias

1. Visscher MO, Utturkar R, Pickens ML, La Ruffa AA, Robinson M, Wickett R, et al. Neonatal Skin Maturation – Vernix Caseosa and Free Amino Acids. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(2):122-32.
2. Lund CH, Osborne JW, Kuller J, Lane AT, Lott JW, Raines DA. Neonatal Skin Care: Clinical Outcomes of the AWHONN/NANN Evidence-Based Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001;30(1):41-51.

3. Peytavi UB, Hauser M, Stamatas GN, Pathirana D, Bartels NG. Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. *Pediatr Dermatol*. 2012;29(1):1-14.
4. Lund CH, Osborne JW. Validity and Reability of the Neonatal Skin Condition Score. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(3):320-7.
5. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Neonatal Skin Care: evidence-based clinical practice guideline. 2nd ed. Washington (DC): Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN); 2007.
6. Nóbrega MML, Gutiérrez MGR. Método Utilizado na Adaptação Transcultural da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE – Versão Alfa. *Acta Paul Enferm*. 2001;14(3):44-51.
7. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures [Internet]. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health; 2007 [acesso 26 out 2012]. Disponível em <http://www.dash.iwh.on.ca/translate2.htm>
8. Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. Tradução para língua portuguesa e validação da escala de Bradem Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(3):406-14.
9. Feijó MK, Ávila CW, Souza EM, Jaarsma T, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(5):988-96.
10. Mininel VA, Felli VEA, Loisel P, Marziale MHP. Cross-cultural adaptation of the Disability Diagnosis Interview (WoDDI) for the Brazilian context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(1):27-34.
11. Rabelo ER, Mantovani VM, Aliti GB, Domingues FB. Cross-cultural adaptation and validation of a disease knowledge and self-care questionnaire for a Brazilian sample of heart failure patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):277-84.
12. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003. 255p.
13. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):992-9.
14. Hirakata VN, Camesy SA. Análise de Concordância entre Métodos de Bland-Altman. *Rev HCPA*. 2009;29(3):261-8.

15. Laureano GHC. Coeficiente de Correlação Intraclasse: comparação entre métodos de estimação clássico e bayesianos [Monografia]. Porto Alegre (RS): Instituto de Matemática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. 69 p.
16. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da Uniao [Internet]. 13 jun 2013. [acesso 20 jul 2013]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
17. Bartels NG, Scheufele R, Prosch F, Schink T, Proquitté H, Wauer RR, et al. Effect of Standardized Skin Care Regimens on Neonatal Skin Barrier Function in Different Body Areas. *Pediatr Dermatol*. 2010;27(1):1-18.
18. Kostandy RR, Ludington-Hoe SM, Cong X, Abouelfetoh A, Bronson C, Stankus A, et al. Kangaroo Care (skin contact) reduces crying response to pain in preterm neonates: pilot results. *Pain Manag Nurs*. 2008;9(2):55-65.
19. Reicheimheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):665-73.