

Adaptación cultural de la Escala de *Glamorgan* al portugués de Brasil: úlceras por presión en pediatría*

Marcelli Cristine Vocci^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-0029-139X>

Cassiana Mendes Bertencello Fontes¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6579-8637>

Luciana Patricia Fernandes Abbade¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0334-2079>

Objetivo: describir el proceso metodológico de adaptación cultural de la Escala de *Glamorgan* al portugués de Brasil.

Método: estudio metodológico de traducción y adaptación cultural de la Escala de *Glamorgan* siguiendo seis etapas: traducción inicial, síntesis de las traducciones, retrotraducción, comité de especialistas, prueba previa y envío de la versión adaptada para aprobación del autor. El comité de especialistas está formado por cinco médicos y, durante su evaluación, se realizó un análisis semántico, idiomático, cultural y conceptual. Se evaluó la concordancia y la representatividad de los ítems a través del Índice de Validez del Contenido. Se consideró un valor mínimo del 80% de concordancia. **Resultados:** todas las etapas del proceso de traducción y adaptación transcultural fueron satisfactorias. En la evaluación realizada por el comité de especialistas, todos los ítems obtuvieron un nivel de concordancia superior al 80 % en la primera etapa de evaluación. La etapa de la prueba previa permitió una visión crítica general del instrumento, en la cual los participantes sugirieron pocas modificaciones. **Conclusión:** se tradujo y se adaptó culturalmente la Escala de *Glamorgan* al portugués de Brasil. Se requieren estudios psicométricos futuros para validar la escala.

Descriptorios: Traducción; Estudios Transculturales; Investigación Metodológica en Enfermería; Úlcera por Presión; Calidad de la Atención de Salud; Enfermería Pediátrica.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Tradução e adaptação transcultural da Glamorgan Scale: comparação preditiva com a Escala de Braden Q", presentada en la Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - (CAPES) - Código de Financiamento 001, Proceso 88882.433308/2019-01, Brasil.

¹ Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Cómo citar este artículo

Vocci MC, Fontes CMB, Abbade LPF. Cultural adaptation of the *Glamorgan* Scale to Brazilian Portuguese: Pressure Injury in Pediatrics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3424. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4083.3424>.

Introducción

La úlcera por presión (UPP) es un daño localizado en la piel y/o en los tejidos blandos subyacentes, normalmente, sobre una prominencia ósea o relacionado con el uso de un dispositivo médico u otro artefacto. Ocurre como resultado de la presión intensa y/o prolongada asociada al esfuerzo de cizalla⁽¹⁾. Este daño impone cargas físicas y psicológicas a los pacientes y familiares; puede causar malestar y dolor, afectar la calidad de vida, prolongar la permanencia en el hospital en cerca de cuatro días⁽²⁾ y, en casos graves, UPP infectadas pueden generar osteomielitis⁽³⁾. Además, está relacionada con altos índices de mortalidad⁽⁴⁻⁵⁾, incremento de la carga de trabajo de los profesionales y aumento significativo de los costos para las instituciones⁽⁶⁻⁷⁾.

Así, en la búsqueda por mejorar la asistencia, se han estudiado indicadores y, entre ellos, la UPP se destaca como parte del conjunto de indicadores de calidad relacionado con los procesos de asistencia de Enfermería. En el año 2010, por medio del Consejo Regional de Enfermería del Estado de São Paulo, se publicó una guía con "10 pasos para la seguridad del paciente"⁽⁸⁾, uno de ellos es la prevención de la UPP. Además, disminuir el riesgo y la incidencia de UPP pasó a ser una de las seis metas de seguridad del paciente y una de las prioridades del Ministerio de Salud⁽⁹⁾.

La prevención de la UPP requiere la identificación previa y precisa de la puntuación de riesgo de cada paciente y, relacionado con eso, es fundamental poner en funcionamiento un conjunto de medidas preventivas. Es primordial para este proceso la disponibilidad de instrumentos de confianza que prevean el riesgo de desarrollo de UPP para pacientes pediátricos críticos⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Para ello, los procesos metodológicos⁽¹²⁾ de traducción y adaptación cultural son fundamentales cuando se desea utilizar un instrumento elaborado previamente por investigadores de otros países y/o realidades diferentes. Los instrumentos para evaluación en la práctica clínica tienen la capacidad de identificar un problema potencial posibilitando concentrar recursos humanos y materiales para prevenir su desarrollo. Asimismo, estandarizan la conducta que será aplicada en cada situación y organizan la comunicación entre el equipo de salud, lo que afecta directamente la prioridad que se le da a cada paciente. Es importante destacar que, por detrás del uso de instrumentos predictivos adaptados culturalmente, hay un amplio historial de personas que se han dedicado a diseñar métodos aceptables que muestren de manera objetiva y rápida la condición de vulnerabilidad de cada paciente⁽¹³⁾.

Los pacientes pediátricos, principalmente en unidades de terapia intensiva, son susceptibles a desarrollar UPP⁽¹⁴⁾. La piel de los niños se caracteriza por ser inmadura, fina, sensible, frágil, poco protegida y muy delicada debido a la

gran inmadurez estructural que la compone, lo que hace que se quiebre fácilmente⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

En Brasil, el instrumento de predicción de riesgo de UPP más conocido para pacientes pediátricos es la Escala de Braden Q (EB-Q)⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, que posee buena consistencia interna (0,93), pero no se desarrollaron parámetros específicos para pacientes pediátricos, sino que fueron adaptados a partir de una versión para adultos, la Escala de Braden⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

La Escala de *Glamorgan* (EG), elaborada en el año 2009⁽²¹⁾, se desarrolló a partir de un cuestionario detallado, basado en la revisión de la literatura sobre UPP en la población pediátrica y en extensos debates con enfermeros pediátricos experimentados en prevención y cuidados de UPP. A partir de este cuestionario, se realizó una investigación con 265 pacientes internados en un hospital infantil en Inglaterra, con el fin de obtener datos detallados sobre sus características. Luego del análisis estadístico (prueba chi-cuadrado de Pearson), surgieron variables con valores estadísticamente significativos ($p < 0,01$) que se utilizaron en la composición de la EG.

Esta escala se proyectó para evaluar específicamente a niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad; también es adecuada para recién nacidos prematuros⁽²¹⁾. Mientras que otras escalas de evaluación de riesgo atribuyen pesos similares a cada subescala, los autores de la EG demostraron que algunas variables, como la movilidad, son más significativas que otras; por eso, se las debe ponderar según su impacto⁽²¹⁾. En un estudio comparativo⁽²¹⁻²²⁾, en el que se aplicaron ambas escalas en 336 pacientes pediátricos con edades entre un día de vida y 18 años, la EG presentó mayor sensibilidad (98,4%) y especificidad (67,4%) que la EB-Q (sensibilidad del 67% y especificidad del 65%).

Al considerar la importancia de la evaluación de riesgo para el desarrollo de UPP en el contexto de la calidad de la asistencia y la mejor sensibilidad y especificidad de la EG, este estudio tuvo como objetivo describir el proceso metodológico de adaptación cultural de la EG al portugués de Brasil.

Método

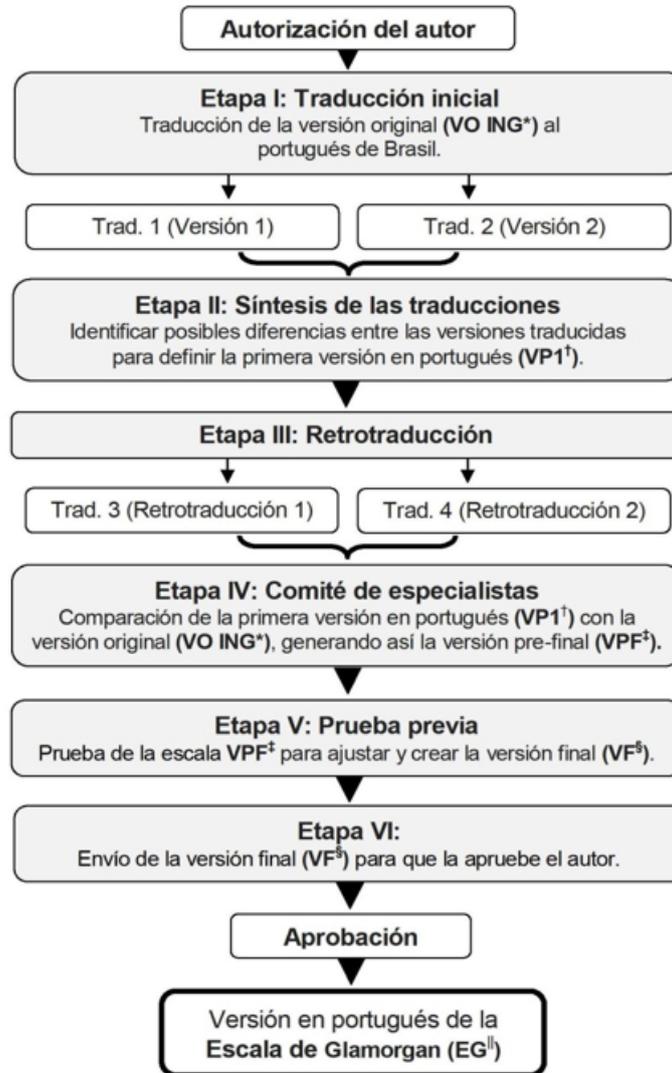
Se trata de un estudio de desarrollo metodológico de traducción y adaptación transcultural de la Escala de *Glamorgan*⁽²¹⁾, del inglés al portugués en el contexto brasileño.

La EG está compuesta por nueve ítems que reciben puntuaciones según el comprometimiento presentado. Después de evaluado cada uno de los nueve ítems, se suman las respectivas puntuaciones obteniendo una puntuación total, que varía de 0 a 42 puntos, donde cuanto mayor el valor de la puntuación, mayor será el

comprometimiento presentado y, consecuentemente, mayor el riesgo de desarrollar UPP⁽²¹⁾.

Según los criterios de la EG, existen tres estratificaciones de riesgo para la puntuación total, en riesgo (10+), alto riesgo (15+) y muy alto riesgo (20+). Se debe evaluar al paciente a diario, o si cambia su condición clínica, o si es transferido a otra unidad⁽²¹⁾.

El proceso de traducción y adaptación transcultural de la EG, guiado por el referencial teórico de Beaton, et al.⁽¹²⁾, comprendió las siguientes etapas (Figura 1): I: traducción inicial; II: síntesis de las traducciones; III: retrotraducción; IV: comité de especialistas; V: prueba previa y VI: envío de la versión adaptada para que el autor a apruebe.



*VO ING = Versión original en inglés; †VP1 = Primera versión en portugués; ‡VPF = Versión pre final; §VF = Versión final; ¶EG = Escala de Glamorgan

Figura 1 - Diagrama de flujo de la trayectoria metodológica de traducción y adaptación cultural de la Escala de Glamorgan al portugués de Brasil. Botucatu, SP, Brasil, 2019

La etapa I, que corresponde a la traducción inicial de la versión original (VO ING), estuvo a cargo en forma independiente de dos traductores (Trad. 1 y Trad. 2), bilingües (inglés/portugués) y con perfiles distintos. El Trad. 1, enfermero, tenía conocimiento sobre los conceptos evaluados en el instrumento, buscando la equivalencia bajo una perspectiva clínica, y el Trad. 2 no tenía conocimiento en el área de salud. Después de las traducciones independientes, tuvo lugar la etapa II, donde los dos traductores (Trad. 1 y Trad. 2) establecieron contacto para discutir y sintetizar las

versiones (V1 y V2), surgiendo entonces la primera versión en portugués (VP1).

En la etapa III, retrotraducción, otros dos traductores (Trad. 3 y Trad. 4), bilingües (inglés/portugués) y sin formación en el área de salud, realizaron la retrotraducción del instrumento VP1, es decir, la traducción inversa al idioma original generando dos retrotraducciones independientes (RT1 y RT2). Este es un proceso de comprobación de validez, a fin de garantizar que la versión traducida refleje el mismo contenido que la versión original.

En la etapa IV el comité de especialistas realizó su análisis. Para la selección del comité se determinó que los integrantes fueran médicos, tuvieran fluidez en inglés, fueran profesionales del área de salud y tuvieran amplio conocimiento del tema en cuestión, además de tener específicamente un componente estomatoterapeuta especialista en UPP y otro con conocimiento sobre el proceso metodológico de adaptación cultural. A partir de la versión traducida y sintetizada (VP1), se evaluó y comparó este material con la versión original. La principal función del comité fue comparar las versiones, evaluándolas respecto de las siguientes equivalencias: semántica, idiomática, cultural y conceptual^(12,23). La equivalencia semántica permite evaluar el significado de las palabras a fin de preservar su sentido original; la idiomática, la formulación de expresiones y coloquialismos equivalentes al idioma de llegada; la cultural se refiere a los términos y situaciones cotidianas que difieren entre las culturas; y la equivalencia conceptual se refiere a las palabras que presentan significados culturales^(12,23).

De esta manera, los especialistas evaluaron y compararon las versiones, lo que derivó en la versión pre final (VPF). La relevancia y representatividad de los ítems se evaluaron a través del Índice de Validez de Contenido (IVC), que mide la concordancia entre los evaluadores. La adecuación de cada ítem varió entre adecuado y no adecuado, y se consideró un valor mínimo de 0,80, u 80%⁽²⁴⁻²⁵⁾.

En la etapa siguiente (V) se realizó la prueba previa, que consistió en la aplicación experimental de la VPF de la escala a cargo de enfermeros profesionales. Preliminarmente, se entregó lo siguiente a cada participante de esa fase: la VPF, una guía para aplicación de la escala y el documento para registrar la evaluación y posibles sugerencias. Siete enfermeros intensivistas evaluaron un grupo de pacientes con el fin de probar la escala respecto a la comprensión, claridad de las preguntas y respuestas, y las dificultades que encontraron los profesionales. El referencial teórico utilizado sugiere un ideal de 30 a 40 representantes para esta etapa¹². Sin embargo, la Escala de *Glamorgan* es una escala clinimétrica, donde el consumidor final es el enfermero que trabaja en una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. De este modo, se seleccionó una muestra de conveniencia con los siguientes criterios de inclusión: enfermeros, que trabajan en UCIP de hospitales de alta complejidad, y que estuvieran disponibles para participar. Así, se eligió a siete enfermeros y, de modo premeditado, se aguardó que devolvieran sus evaluaciones para identificar la necesidad de elegir más participantes. Al recibir las evaluaciones, se observó conformidad, constituyendo saturación de la muestra, no siendo necesaria ampliar la muestra, ya que los siete evaluadores tienen la misma formación básica y

alta comprensión del texto. Se aceptaron las sugerencias de los evaluadores y se envió una versión post-corrección para su aprobación, dando origen a la versión final (VF).

Se envió esta versión a los autores de la versión original (etapa VI), logrando su aprobación.

En las etapas I a V cada evaluador participante redactó informes.

Antes de realizar la investigación, los autores que poseen los derechos de la escala concedieron su autorización (comunicación personal). Todos los procedimientos realizados respetaron los principios éticos, y el Comité de Ética en Investigación aprobó la investigación bajo Dictamen n.º 1.908.776.

Resultados

En las etapas de traducción y síntesis, las discrepancias que se encontraron en las traducciones estuvieron relacionadas con palabras o términos con significados similares en Brasil (por ejemplo: sin información y desconocido; examinar y evaluar; historia clínica y registro). De esta manera, se estudiaron todas las divergencias encontradas y, junto con la investigadora, los traductores optaron por el término que consideraban más usual en el contexto.

En la retrotraducción, las versiones RT1 y RT2 fueron idénticas en 13 enunciados (65%), y se evaluaron las diferencias encontradas como sinónimos. De este modo, se concluye que las versiones de retrotraducción correspondían al instrumento original.

Se enviaron las versiones VO ING y VP1 al comité de especialistas para que realizaran la comparación entre ellas respecto a las equivalencias semántica, idiomática, cultural y conceptual. Se calculó el porcentaje de concordancia de los ítems basándose en el IVC, donde todos los ítems obtuvieron concordancia superior al 80% en la primera ronda de evaluación. Además de la evaluación de los especialistas sobre la adecuación o no de los términos, presentaron un informe con sugerencias de modificaciones y sus justificaciones. Los especialistas sugirieron modificar 16 palabras respecto a las equivalencias textuales, entre ellas: 12 semánticas; 3 culturales y 1 conceptual. Después del consenso del comité de especialistas, las investigadoras analizaron las sugerencias, se aprobaron todas las recomendaciones referentes al contenido textual y se creó la versión pre final (VPF), con posterior aplicación en la prueba previa.

Finalizada la etapa de análisis a cargo de los especialistas, se realizó la prueba previa, que contó con siete enfermeros intensivistas. En esta etapa surgieron dudas con respecto al conjunto de "movilidad", que tiene en su composición cuatro subtemas, debiéndose

puntuar solamente uno de ellos. En el informe, los evaluadores señalaron esta cuestión como un potencial factor de confusión, y sugirieron identificar los subítems como componentes del gran conjunto de "movilidad". En complemento a esa cuestión, también se sugirió enumerar los ítems para una mejor visualización.

Uno de los evaluadores, en el ítem de perfusión periférica perjudicada, destacó el término "livedo", que,

aunque sea apropiado, en la práctica es poco conocido, lo que puede dificultar su interpretación. Así, se sugirió sustituir o agregar el término reticular o reticulado.

Después de revisar estos ítems, se llegó a la versión final (VF), que fue enviada a los autores de la versión original para su aprobación. Los mismos aprobaron la VF de la escala, dando origen a la Versión brasileña de la Escala de Glamorgan, que se muestra a continuación (Figura 2).

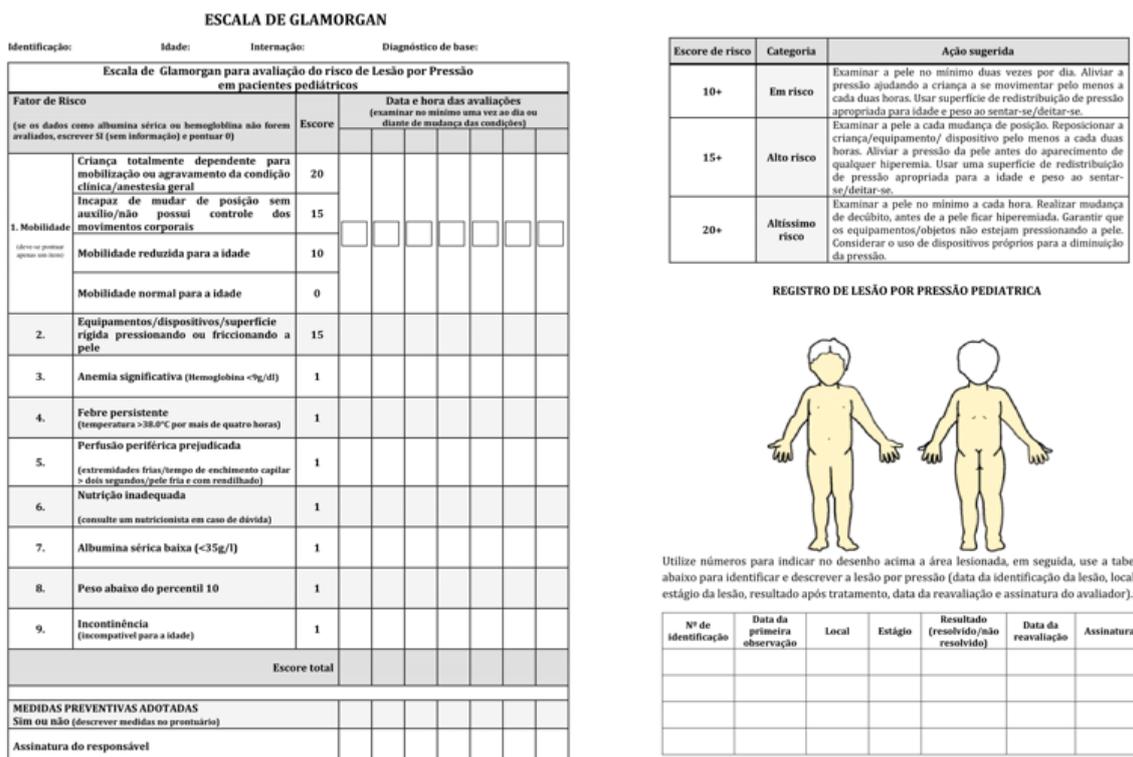


Figura 2 - Versión brasileña de la Escala de Glamorgan después del proceso metodológico de traducción y adaptación cultural. Botucatu, SP, Brasil, 2019

Discusión

El equipo de Enfermería desempeña un rol fundamental en identificar las UPP de manera temprana e implementar estrategias para prevenirlas, y se destaca el rol del enfermero que busca nuevos conocimientos para fundamentar su práctica. No obstante, la prevención de la UPP aún constituye un desafío para la Enfermería.

El estudio que se realizó en un hospital público de Brasil, aplicando la EB-Q en una UCIP, señaló alto riesgo para el desarrollo de UPP en el 87% de los pacientes y el desarrollo de 24 UPP⁽¹⁴⁾, destacando así la importancia de implementar protocolos preventivos⁽²⁶⁾ e instrumentos predictivos para la prevención efectiva de este mal. Otro estudio ratificó que todos los pacientes que desarrollaron UPP en efecto tenían alerta de alto riesgo al aplicarse la escala⁽²⁷⁾.

Ante el alto riesgo comprobado, es necesario que los profesionales tengan conocimiento sobre los instrumentos predictores del riesgo. Actualmente, la EB-Q es el instrumento más utilizado y con más informes en la literatura científica para pacientes pediátricos internados bajo cuidados críticos^(11,28). Como se mencionó anteriormente, la EB-Q es un instrumento eficaz, pero la EG se desarrolló específicamente para la población en estudio, ya que presenta mayor exactitud, mayor capacidad predictiva, y también el beneficio de poder utilizarse en un rango de edad más amplio (0 a 18 años)⁽²⁹⁾. Por ese motivo, se realizó la adaptación transcultural de este nuevo instrumento.

Es importante traducir y adaptar transculturalmente los instrumentos para asegurar la precisión y la confiabilidad de las medidas obtenidas por profesionales e investigadores de salud. Una vez creado en país determinado, un instrumento

puede utilizarse en diferentes países. Para esa propuesta, se debe realizar una traducción y adaptación transcultural adecuada considerando las características del contexto en el que será utilizada. El proceso de adaptación cultural de instrumentos es un procedimiento legítimo capaz de promover el intercambio de conocimientos entre investigadores, también es un método financieramente accesible e importante para comparar los resultados de estudios utilizando la misma herramienta⁽³⁰⁻³¹⁾.

Existen múltiples estrategias para el proceso de adaptación transcultural, que van desde la simple traducción por parte de los investigadores hasta el proceso más minucioso⁽¹²⁾. Durante el proceso, en todas las etapas de este estudio se buscó ajustar el instrumento a la población objetivo, y los esfuerzos se destinaron a que se pudiera utilizar esta herramienta en todas las instituciones hospitalarias de Brasil.

El análisis del comité de especialistas respecto a las equivalencias textuales fue fundamental para asegurar que el enfermero entienda el nuevo instrumento. Los especialistas realizaron sugerencias significativas, haciendo que el instrumento fuera más claro y culturalmente apropiado para el portugués de Brasil. Diversas evidencias señalan que las investigaciones que tienen una etapa de evaluación a cargo de un comité de especialistas presentan mejores índices de ajuste de los modelos, con contenido más adecuado para el contexto propuesto⁽³²⁻³³⁾. Se aceptaron todas las sugerencias referentes al contenido textual para crear la versión pre final (VPF).

La aplicación de la prueba previa permitió una visión crítica general del instrumento, donde surgieron dudas sobre como puntuar el ítem "movilidad". Siguiendo sugerencias de los participantes, se agregó la palabra "movilidad" delante de sus subcategorías y, abajo, la frase "se debe puntuar solamente 1 ítem".

Por lo tanto, no fue necesario modificar la cantidad de ítems que componen la escala o la forma de evaluarla; de esta manera, la versión brasileña de la Escala de Glamorgan también está compuesta por nueve ítems, con una puntuación total de 0 a 42.

La traducción de un instrumento en una región de Brasil, país de lengua homogénea, puede ser considerada adecuada para todo el territorio nacional. También consideramos que profesionales de otros países cuya lengua nativa sea el portugués pueden utilizar la nueva versión del instrumento.

Considerando que la EG se proyectó específicamente para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años y que presenta mayor especificidad y sensibilidad que la EB-Q, este estudio contribuye con el área de salud y Enfermería aportando una herramienta específica para ayudar al profesional enfermero en la evaluación del riesgo de UPP en la población pediátrica, posibilitando así la

incorporación de intervenciones preventivas específicas en la asistencia al paciente de mayor riesgo.

Como limitación, se destaca el hecho de que la escala aún no haya sido sometida al proceso de adaptación cultural en otro país, lo que dificulta la discusión y comparación de los resultados.

Conclusión

El desarrollo de este estudio permitió la traducción y adaptación transcultural de la Escala de Glamorgan en su versión de portugués de Brasil, contribuyendo así al avance del conocimiento y de la práctica basada en evidencias en la medida en que, de manera relevante, provee un instrumento capaz de evaluar el riesgo de que pacientes pediátricos críticos desarrollen UPP.

Referencias

1. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016 Nov/Dec;43(6):585-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000281>
2. Bauer K, Rock K, Nazzal M, Jones O, Qu W. Pressure Ulcers in the United States' Inpatient Population From 2008 to 2012: Results of a Retrospective Nationwide Study. *Ostomy Wound Manag.* [Internet]. 2016 Nov [cited Jan 20, 2020];62(11):30-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27861135?dopt=Abstract&utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter
3. Wong D, Holtom P, Spellberg B. Osteomyelitis Complicating Sacral Pressure Ulcers: Whether or Not to Treat With Antibiotic Therapy. *Clin Infect Dis.* 2019 Jan;68(2):338-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciy559>
4. Dreyfus J, Gayle J, Trueman P, Delhougne G, Siddiqui A. Assessment of Risk Factors Associated With Hospital-Acquired Pressure Injuries and Impact on Health Care Utilization and Cost Outcomes in US Hospitals. *Am J Med Qual.* 2018 Jul;33(4):348-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1062860617746741>
5. Payne D. Strategies to support prevention, identification and management of pressure ulcers in the community. *Br J Community Nurs.* 2016 Jun;Suppl:S10, S12-5, S18. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.Sup6.S10>
6. Padula WV, Delarmente BA. The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the United States. *Int Wound J.* 2019 Jun;16(3):634-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.13071>
7. Wilson L, Kapp S, Santamaria N. The direct cost of pressure injuries in an Australian residential aged care

- setting. *Int Wound J.* 2019 Feb;16(1):64-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12992>
8. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Cartilha dos 10 passos da segurança do paciente. [Internet]. São Paulo: REBRAENSP; 2010 [Acesso 20 jan 2020]. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União, 3 out 2017 [Acesso 20 jan 2020]. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>
10. Hödl M, Voithofer C. Pressure ulcer risk assessment and preventive measures in mobile /chairfast /bedfast hospital patients. *Pflege.* 2019 Aug;32(4):181-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/1012-5302/a000678>
11. Ferreira MKM, Gurgel SS, Lima FET, Cardoso MVLML, Silva VM. Instruments for the care of pressure injury in pediatrics and hebiatrics: an integrative review of the literature. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018;26:e3034. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2289.3034>
12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000 Dec;25(24):3186-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
13. Gardona RGB, Barbosa DA. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. *Rev Bras Enferm.* 2018 Jul-Aug;71(4):1815-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>
14. MC Vocci, CMB Fontes, LPF Abbade. Pressure injury in the pediatric population: cohort study using the Braden Q scale. *Adv Skin Wound Care.* 2018 Oct;31(10):456-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000542529.94557.0a>
15. Mack MC, Chu MR, Tierney NK, Ruvolo E Jr, Stamatas GN, Kollias N, et al. Water-holding and transport properties of skin stratum corneum of infants and toddlers are different from those of adults: studies in three geographical regions and four ethnic groups. *Pediatr Dermatol.* 2016 May;33(3):275-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12798>
16. Walters RM, Khanna P, Chu M, Mack MC. Developmental changes in skin barrier and structure during the first 5 years of life. *Skin Pharmacol Physiol.* 2016;29(3):111-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000444805>
17. Curley MAQ, Razmus IS, Roberts KE, Wypij D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. *Nurs Res.* 2003 Jan-Feb;52(1):22-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200301000-00004>
18. Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. Portuguese translation and validation of the Braden Q scale for predicting pressure ulcer risk in pediatric patients. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(3):405-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000300016>
19. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res.* [Internet]. 1987 Jul-Aug [cited 20 jan 2020];36(4):205-10. Available from: <https://insights.ovid.com/nurres/198707000/00006199-198707000-00002>
20. Serpa LS, Santos VLCG, Campanili TCF, Queiroz M. Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011 Jan-Feb;19(1):50-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692011000100008>
21. Willock J, Baharestani MM, Anthony D. The development of the Glamorgan paediatric pressure ulcer risk assessment scale. *J Wound Care.* 2009;18(1):17-21. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/jowc.2009.18.1.32135>
22. Willock J, Habiballah L, Long D, Palmer K, Anthony D. A comparison of the performance of the Braden Q and the Glamorgan paediatric pressure ulcer risk assessment scales in general and intensive care paediatric and neonatal units. *J Tissue Viability.* 2016 May;25(2):119-26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.03.001>
23. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993 Dec;46(12):1417-32. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-n](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n)
24. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health.* 1997 Jun;20(3):269-74. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199706\)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g)
25. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006 Oct;29(5):489-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20147>
26. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. *Esc Anna Nery.* 2017 Jan;21(1):e20170001. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>
27. Vocci MC, Toso LAR, Fontes CMB. Application of the Braden Q scale at a pediatric intensive care unit. *J Nurs UFPE On Line.* 2017;11(1):165-72. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201720>
28. Liao Y, Gao G, Mo L. Predictive accuracy of the Braden Q Scale in risk assessment for paediatric pressure ulcer: A meta-analysis. *Int J Nurs Sci.* 2018;5(4):419-26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.08.003>
29. Anthony D, Willock J, Baharestani M. A comparison of Braden Q, Garvin and Glamorgan risk assessment scales in paediatrics. *J Tissue Viability.* 2010 Aug;19(3):98-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtv.2010.03.001>
30. Alshehri A, Lohman E, Daher NS, Bahijri K, Alghamdi A, Altorairi N, et al. Cross-cultural adaptation and

psychometric properties testing of the Arabic anterior knee pain scale Med Sci Monit. 2017 Apr 1;23:1559-82. doi: <http://dx.doi.org/10.12659/msm.901264>

31. Gomes A, Ximenes L, Mendes E, Teixeira O, Joventino E, Javorski M. Translation and cultural adaptation of the self-efficacy and their child's level of asthma control scale: Brazilian version. Texto Contexto Enferm. 2016;25(3):e2950015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002950015>

32. Epstein J, Osborne RH, Elsworth GR, Beaton DE, Guillemin F. Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. J Clin Epidemiol. 2015 Apr;68(4):360-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.013>

33. Machado RDS, Fernandes ADBF, Oliveira ALCB, Soares LS, Gouveia MTO, Silva GRFD. Cross-cultural adaptation methods of instruments in the nursing area. Rev Gaucha Enferm. 2018 Jul;39:e20170164. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0164>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Marcelli Cristine Vocci, Cassiana Mendes Bertencello Fontes, Luciana Patricia Fernandes Abbade. **Obtención de datos:** Marcelli Cristine Vocci, Cassiana Mendes Bertencello Fontes, Luciana Patricia Fernandes Abbade. **Análisis e interpretación de los datos:** Marcelli Cristine Vocci, Cassiana Mendes Bertencello Fontes, Luciana Patricia Fernandes Abbade. **Análisis estadístico:** Marcelli Cristine Vocci, Cassiana Mendes Bertencello Fontes, Luciana Patricia Fernandes Abbade. **Obtención de financiación:** Marcelli Cristine Vocci, Cassiana Mendes Bertencello Fontes, Luciana Patricia Fernandes Abbade. **Redacción del manuscrito:** Marcelli Cristine Vocci, Cassiana Mendes Bertencello Fontes, Luciana Patricia Fernandes Abbade. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Marcelli Cristine Vocci, Cassiana Mendes Bertencello Fontes, Luciana Patricia Fernandes Abbade.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 20.01.2020
Aceptado: 21.08.2020

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Autor de correspondencia:
Marcelli Cristine Vocci
E-mail: marcelli.vocci@unesp.br
 <https://orcid.org/0000-0003-0029-139X>

Copyright © 2021 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.